(Korrigert utgave per 02.12.2025)

DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Prop. 1 S

(2025–2026)

Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak)

FOR BUDSJETTÅRET 2026

Utgiftskapitler: 700–783 og 2711–2790

Inntektskapitler: 3700–3748, 5572 og 5631

DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Prop. 1 S

(2025–2026)

Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak)

FOR BUDSJETTÅRET 2026

Utgiftskapitler: 700–783 og 2711–2790

Inntektskapitler: 3700–3748, 5572 og 5631

Innhold

Del I **Innledende del** 9

1 **Helse- og omsorgspolitikken** ... 11
1.1 Ventetidsløftet 11
1.2 Helsereform 12
1.3 Investeringer og utvikling av spesialisthelsetjenesten 12
1.4 Allmennlegetjenesten 13
1.5 En trygg og god eldreomsorg 13
1.6 Folkehelse, barn og unge 15
1.7 Opptrappingsplan for psykisk helse 16
1.8 Forebyggings- og behandlingsreformen for rusfeltet 16
1.9 Helseberedskap og Medevac 17
1.10 Digitalisering 18
1.11 Forskning, innovasjon og helsenæring 19
1.12 Personell 20
1.13 Tannhelsetjenestene 21
1.14 Prioritering i helse- og omsorgstjenesten 21
1.15 Tilskudd 21
1.16 God kvalitet og trygge tjenester ... 22
1.17 Kvinnehelse 22

2 **Profilen i budsjettforslaget** 24
2.1 Driftsbevilgninger til sykehus 24
2.2 Lånebevilgning til nye store sykehusprosjekter 26
2.3 Bo trygt hjemme-reformen 26
2.4 Opptrappingsplan psykisk helse ... 27
2.5 Allmennleger 27
2.6 Rekrutteringsprogram for unge utenfor arbeid og utdanning 27
2.7 Statsforvalterne 28
2.8 Rekrutterings- og samhandlingstilskuddet 28
2.9 Fritak for egenandeler for 16- og 17-åringer 28
2.10 Atomsikkerhet 28
2.11 Forsøksordning med økt refusjonssats for pasientreiser i Helse Nord 28
2.12 Forsyningssikkerhet og beredskap av legemidler og medisinsk utstyr 28
2.13 Modernisering Folkehelseinstituttet 28
2.14 Datainnsamling 22. juli 29
2.15 Mammografiprogrammet 29
2.16 Hjemmetest i livmorhalsprogrammet 29
2.17 Vestlandslegen 29
2.18 Tilskudd til å redusere overdiagnostikk og overbehandling i helsetjenesten 29

3 **Oppfølging av anmodnings- og utredningsvedtak** 31

Del II **Budsjettomtaler** 67

4 **Nærmere omtale av bevilgningsforslag mv.** 69

Programområde 10 Helse- og omsorg ... 69

Programkategori 10.00
Helse- og omsorgsdepartementet mv. 69
Kap. 700 Helse- og omsorgsdepartementet 70
Kap. 3700 Helse- og omsorgsdepartementet 71
Kap. 701 Digitalisering i helse- og omsorgstjenesten 71
Kap. 702 Beredskap 76
Kap. 703 Internasjonalt samarbeid 80
Kap. 704 Norsk helsearkiv 86
Kap. 3704 Norsk helsearkiv 87
Kap. 709 Pasient- og brukerombud 88

Programkategori 10.10 Folkehelse mv. 89
Kap. 710 Vaksiner mv. 90
Kap. 3710 Vaksiner mv. 92
Kap. 712 Bioteknologirådet 92
Kap. 714 Folkehelse 93
Kap. 3714 Folkehelse 105
Kap. 717 Legemiddeltiltak 106
Kap. 5572 Sektoravgifter under Helse- og omsorgsdepartementet 107
Kap. 5631 Aksjer i AS Vinmonopolet 108

Programkategori 10.30
Spesialisthelsetjenesten 110
Kap. 732 Regionale helseforetak 112
Kap. 3732 Regionale helseforetak 149
Kap. 733 Habilitering og rehabilitering 150
Kap. 734 Særskilte tilskudd til psykisk helse og rustiltak 151
Kap. 737 Historiske pensjonskostnader 153

Programkategori 10.40
Sentral helseforvaltning 155
Kap. 740 Helsedirektoratet 156
Kap. 3740 Helsedirektoratet 165
Kap. 741 Norsk pasientskadeerstatning 166
Kap. 3741 Norsk pasientskadeerstatning 169
Kap. 742 Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten 169
Kap. 3742 Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten 172
Kap. 745 Folkehelseinstituttet 173
Kap. 3745 Folkehelseinstituttet 176
Kap. 746 Direktoratet for medisinske produkter 176
Kap. 3746 Direktoratet for medisinske produkter 179
Kap. 747 Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet 180
Kap. 3747 Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet 184
Kap. 748 Statens helsetilsyn 184
Kap. 3748 Statens helsetilsyn 188
Kap. 749 Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten 189

Programkategori 10.60 Kommunetjenesten 191
Kap. 760 Kommunale helse- og omsorgstjenester 194
Kap. 761 Omsorgstjeneste 240
Kap. 762 Primærhelsetjeneste 240
Kap. 765 Psykisk helse, rus og vold 241

Programkategori 10.70 Tannhelse 275
Kap. 770 Tannhelsetjenester 278

Programkategori 10.80
Kunnskap og kompetanse 283
Kap. 780 Forskning 284
Kap. 781 Forsøk og utvikling mv. 288
Kap. 783 Personell 289

Programområde 30 Helsetjenester, folketrygden 292

Programkategori 30.10
Spesialisthelsetjenester 293
Kap. 2711 Spesialisthelsetjeneste mv. 293

Programkategori 30.50
Legehjelp, legemidler mv. 299
Kap. 2751 Legemidler mv. 299
Kap. 2752 Refusjon av egenbetaling 302
Kap. 2755 Helsetjenester i kommunene mv. 303
Kap. 2756 Andre helsetjenester 308

Programkategori 30.90 Andre helsetiltak 310
Kap. 2790 Andre helsetiltak 310

Del III Omtale av særlige tema 313

5 Spesialisthelsetjenesten 315

6 Administrative fellesomtaler..... 329
6.1 Likestilling og mangfold 329

7 Klima- og miljørelevante saker 335
7.1 Arbeid med klima og miljø i spesialisthelsetjenesten 336

8 Oppfølging av FNs bærekraftsmål 337

Forslag 346

Tabellinnhold

Tabell 3.1 Oversikt over anmodnings- og utredningsvedtak, ordnet etter sesjon og nummer 31
Tabell 4.1 Fordeling 135
Tabell 4.2 Fordelingsnøkkel basis-bevilgning 2025 og 2026 139
Tabell 4.3 Gjennomsnittlig treårig beregning av forskningspoeng i regionale helseforetak 143
Tabell 4.4 Fordelingen av tilskudd til forskning i spesialisthelse-tjenesten 144
Tabell 4.5 Oversikt over totalt låneopptak per 31. desember 2024 fordelt på de regionale helseforetakene (mill. kroner) 145
Tabell 4.6 Investeringslån 2024–2026 146
Tabell 4.7 Oversikt over innbetalte renter i 2024 fordelt på regionale helseforetak (mill. kroner) 149
Tabell 4.8 Foreslåtte tilskuddssatser i 2026 for investeringstilskuddet til heldøgns omsorgsplasser 225
Tabell 4.9 Forskningspoeng (2024) og prosentandel av forsknings-poeng (2022–2024) 234
Tabell 4.10 Forskningspoeng (2024) og prosentandel av forsknings-poeng (2022–2024) 266
Tabell 4.11 Forskningspoeng (2024) og prosentandel av forsknings-poeng (2022–2024) 282
Tabell 4.12 Utgifter og aktivitetsvekst privatpraktiserende spesialister 2023–2026 (mill. kroner) 294
Tabell 4.13 Regnskapsførte utgifter til privatpraktiserende psykologer 2023–2024 (mill. kroner) 295
Tabell 4.14 Utgifter og aktivitetsvekst psykologhjelp 2023–2026 (mill. kroner) 295
Tabell 4.15 Regnskapsførte utgifter og aktivitetsvekst tannbehandling 2023–2026 (mill. kroner) 295
Tabell 4.16 Regnskapsførte utgifter til private laboratorier og røntgeninstitutt 2023–2024 298
Tabell 4.17 Folketrygdens utgifter til lege-midler og næringsmidler de siste fem årene (mill. kroner) ... 301
Tabell 4.18 Utgifter dekket over egenandelstak 2023–2024 (mill. kroner) 302
Tabell 4.19 Utgifter til allmennlegehjelp 2023–2024 (mill. kroner) 304
Tabell 4.20 Utgifter og aktivitetsvekst allmennlegehjelp 2023–2026 (mill. kroner) 305
Tabell 4.21 Utgifter til fysioterapeuter med driftsavtale med kommunen 2023–2024 (mill. kroner) 306
Tabell 4.22 Utgifter og aktivitetsvekst fysioterapi 2023–2024 (mill. kroner) 306
Tabell 5.1 Gjennomsnittlige ventetider 323
Tabell 5.2 Pakkeforløp kreft samlet for 2024 (prosent) 323
Tabell 5.3 Årsresultat 2023 og 2024 (mill. kroner) 325
Tabell 5.4 Utvikling i helseforetakenes verdi på bygg, utstyr og immaterielle verdier 2003–2024 (mill. kroner) 326
Tabell 5.5 Helseforetakenes investerings-planer i perioden 2026–2029 (mill. 2025-kroner) 326
Tabell 6.1 Stillinger, Helse- og omsorgs-departementet 2024 kvinner/menn) 331
Tabell 6.2 Fravær grunnet sykdom, Helse- og omsorgsdepartementet 331

(Korrigert utgave per 02.12.2025)

DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Prop. 1 S

(2025–2026)

Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak)

FOR BUDSJETTÅRET 2026

Utgiftskapitler: 700–783 og 2711–2790

Inntektskapitler: 3700–3748, 5572 og 5631

Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet 26. september 2025, godkjent i statsråd samme dag.
(Regjeringen Støre)

Del I
Innledende del

1 Helse- og omsorgspolitikken

Regjeringens hovedmål for helse- og omsorgspolitikken er å sikre at folk i hele Norge får helsetjenester, av høy kvalitet, når de trenger det. Vår felles helsetjeneste skal være den beste helseforsikringen.

Utover det styrer regjeringen helse- og omsorgspolitikken etter en rekke mål, inkludert:

1. God helse og mestring i befolkningen, uavhengig av sosial bakgrunn.
2. Gode pasientforløp og rask tilgang til tjenester i hele landet.
3. Helse- og omsorgstjenesten er et attraktivt arbeidssted i et livslangt karriereløp.
4. Bærekraftig og rettferdig ressursbruk.
5. Helse- og omsorgssektoren er forberedt i møte med kriser og katastrofer.

Rammene for regjeringens helse- og omsorgspolitikk er folkehelsemeldingen, nasjonal helse- og samhandlingsplan, helseberedskapsmeldingen og ventetidsløftet.

Innenfor rammene har regjeringen lagt frem noen særlig viktige arbeider, inkludert opptrappingsplan for psykisk helse, kvinnehelsestrategien, nasjonal kreftstrategi, nasjonal tobakksstrategi og bo trygt hjemme-reformen. Regjeringen har også lagt frem en forebyggings- og behandlingsreform for rus, en stortingsmelding om allmennlegetjenesten og en prioriteringsmelding. Til sammen gir arbeidene retning for regjeringens helse- og omsorgspolitikk.

Status for helse og omsorg i Norge er overordnet sett positiv, men det er likevel flere utfordringer. Folkehelsen er god, og levealderen er høy. Samtidig er sosial ulikhet i helse fortsatt et problem. Vi vil fremover leve lenger, og flere vil leve med kroniske lidelser.

Pandemien har vist at internasjonalt samarbeid er avgjørende for Norges evne til å håndtere grensekryssende helsetrusler. Samarbeid med naboland og internasjonale organisasjoner om forskning, produksjon, innkjøp og distribusjon av legemidler og medisinsk utstyr bidrar til at vi har god beredskap.

Behovet for helse- og omsorgstjenester vil øke de neste tiårene, utover hva som kan møtes med økt bemanning. Den knappeste ressursen vil være helsepersonell med riktig kompetanse. I tillegg treffer den demografiske utviklingen ulikt i ulike deler av landet. Det skaper utfordringer for et likeverdig tjenestetilbud. Mange pasienter og pårørende opplever fragmenterte tjenester. Det kan ha konsekvenser for pasientsikkerhet og gi dårlig utnyttelse av ressurser.

Regjeringen har varslet en helsereform for å møte flere av utfordringene som helse- og omsorgstjenestene står overfor. Helsereformen skal bidra til å videreutvikle en helhetlig og sammenhengende helse- og omsorgstjeneste, der ingen blir kasteballer i systemet.

Resten av del 1 i denne proposisjonen tar kort for seg hovedtrekkene i: spesialisthelsetjenesten; kommunale helse- og omsorgstjenester; folkehelse; psykisk helse; rus; helseberedskap; digitalisering; forskning og innovasjon; helsepersonell; tannhelsetjeneste; kvinnehelse; og overordnet om prioriteringer og kvalitet.

1.1 Ventetidsløftet

Regjeringen lanserte i mai 2024 Ventetidsløftet sammen med de regionale helseforetakene og sentrale arbeidsgiver- og arbeidstakerorganisasjoner innenfor spesialisthelsetjenesten. Målet var å snu trenden med økende ventetider og oppnå en markant nedgang i ventetidene. De regionale helseforetakene fikk i oppdragsdokumentet for 2025 som styringsmål at ventetidene skulle være lik eller under nivået før pandemien – det vil si lik eller under nivået i 2019. Løftet er fulgt opp gjennom møter i partnerskapet annenhver måned og tett oppfølging av de regionale helseforetakene gjennom faste oppfølgingsmøter og rapportering til disse. Det har også vært gjennomført arbeidsgrupper med medlemmer fra partnerne innenfor arbeids- og oppgavedeling, KI og teknologiske løsninger og fjerning av tidstyver. Arbeidet har gitt effekt. Fra og med mai har regionale helseforetak oppnådd å ha ventetider for påbegynt helsehjelp lik eller under nivået i 2019. Antallet som venter på helsehjelp, er betydelig redusert. Det samme

er ventetiden for dem som fortsatt venter. I neste stortingsperiode vil det stilles som styringsmål å redusere ventetidene for påbegynt helsehjelp hvert år og redusere ventetidene til videre utredning og behandling.

1.2 Helsereform

Regjeringen har varslet en helsereform som skal møte utfordringen med mangel på personell og manglende sammenheng i tjenestene. Formålet er en felles helsetjeneste med høy kvalitet og sammenhengende behandling og oppfølging på tvers av kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten. Regjeringen har satt ned Helsereformutvalget som skal utrede og foreslå modeller for fremtidig organisering, styring og finansiering av en sammenhengende og integrert helse- og omsorgstjeneste. Utvalget skal levere sin utredning innen 1. november 2026.

I 2024 lanserte regjeringen et rekrutterings- og samhandlingstilskudd som tildeles alle fire helseregioner, og brukes etter enighet mellom helseforetak og kommuner. Rekrutterings- og samhandlingstilskuddet skal understøtte gode pasientforløp, effektiv ressursbruk og tjenesteutvikling mellom nivåene. Tilskuddet videreføres i 2026.

17. juni 2025 inngikk KS og regjeringen en tilleggsavtale til den eksisterende samarbeidsavtalen om helsefellesskapene (2024–2027). Regjeringen og KS skal støtte opp under et utvalg prosjekter hvor kommuner og sykehus i fellesskap tester ut nye og innovative måter å organisere helsetjenesten på. Formålet er å identifisere modeller med nasjonal overføringsverdi som kan breddes ut til hele landet. Helsedirektoratet skal følge med på utprøvingene, oppsummere erfaringer og identifisere læringspunkter, samt bistå prosjektene med veiledning og avklaringer.

Regjeringen har satt i gang flere tiltak for å øke samhandlingen mellom tjenestenivåene.

TØRN-programmet ble i 2023 utvidet til å gjelde for hele helse- og omsorgstjenesten. Gjennom delprogrammet TØRN samhandling settes søkelyset på å forbedre samarbeidet mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten, med mål om å sikre mer helhetlige tjenester. De første delprosjektene, som bygger på TØRN-metodikk og er forankret i helsefellesskapene, skal etter planen settes i gang i 2025.

Gjennom satsingen på digital samhandling prioriterer regjeringen tiltak for å styrke samhandlingen på tvers av virksomheter og nivåer. De nasjonale samhandlingstjenestene, slik som pasientens legemiddelliste, pasientens prøvesvar og pasientens journaldokumenter, bidrar til at helsepersonell får tilgang til nødvendig informasjon, slik at de kan gi best mulig behandling og bruke mindre tid på å lete etter informasjon.

1.3 Investeringer og utvikling av spesialisthelsetjenesten

De regionale helseforetakene forvalter betydelige bevilgninger og verdier på vegne av samfunnet for å sikre gode spesialisthelsetjenester. Investeringer i sykehusbygg og utstyr er en viktig del av dette ansvaret. Ansvaret for å se drift og investeringer i sammenheng innenfor en samlet regional ramme, er sammen med bruk av regnskapslovens bestemmelser, et sentralt premiss for helseforetaksmodellen. Dette ansvaret følges opp gjennom finansieringen. De regionale helseforetakene mottar en samlet økonomisk ramme som skal dekke både drift og investeringer.

Regjeringen er opptatt av å legge til rette for investeringer i helseforetakene. Som varslet i Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027 har denne regjeringen gjort flere endringer og forbedringer i modellen for sykehusfinansiering og finansieringen av investeringer. I 2018 innførte Solberg-regjeringen en ny rentemodell for investeringslån til de regionale helseforetakene med mer markedsmessige vilkår. Fra 2025 har denne regjeringen gått tilbake til den mer gunstige rentemodellen som ble benyttet frem til 2018 hvor renten på investeringslån knyttes til statens innlånsrente. I 2026 foreslår regjeringen lånerammer og lånebevilgninger til fem nye prosjekter: utbygging av Sunnaas sykehus, stråle- og somatikkbygg ved sykehuset Østfold, nytt somatikkbygg på Akershus universitetssykehus, nybygg og ombygging på Åsgård ved Universitetssykehuset Nord-Norge og nytt Mjøssykehus ved Sykehuset Innlandet.

Helseforetakene har krav om en økonomisk bærekraftig utvikling over tid. Innenfor rammene av dette kravet kan likevel det økonomiske resultatet være negativt enkelte år, for eksempel etter innflytting i nye sykehusbygg med tilhørende økte kapitalkostnader. Det er det regionale helseforetaket som vurderer hva som skal til for at større investeringer skal kunne gjennomføres i det enkelte helseforetak og om det ev. vil være behov for ekstraordinær inntektsstøtte fra det regionale helseforetaket. Investeringslån er en sentral del av finansieringsmodellen som sammen

med ev. tilførsel av regional likviditet legger til rette for at investeringer kan gjennomføres til rett tid.

1.4 Allmennlegetjenesten

Allmennlegetjenester er fundamentet for likeverdig tilgang til legetjenester og en trygg akuttmedisinsk kjede. Regjeringen har styrket allmennlegetjenestene med over 1 mrd. kroner, og rekrutteringen av fastleger er rekordhøy. Siden sommeren 2023 har nesten 215 000 flere innbyggere fått fastlege og antall innbyggere uten fast lege er redusert fra 228 000 til 122 000 pr. 1. september 2025.

I Meld. St. 23 (2024–2025) *Fornye, forsterke, forbedre – Fremtidens allmennlegetjeneste og akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus* presenterte regjeringen mål og løsninger for å innrette allmennlegetjenesten for fremtiden. Regjeringen vil at den offentlige allmennlegetjenesten også fremover skal være innbyggernes førstevalg. Alle innbyggere skal oppleve gode og sammenhengende tjenester, og sosiale forskjeller i helse skal reduseres. Kommuner i hele landet skal tilby tilgjengelige, kunnskapsbaserte og gode allmennlegetjenester og de med akutt sykdom skal få rask og god helsehjelp i hele landet.

For å gjøre de offentlige allmennlegetjenestene mer tidsriktige og tilgjengelige for befolkningen, prøver regjeringen ut en ordning med kommunal nettlege i 10–20 kommuner i 2025 og 2026. En offentlig finansiert ordning med en nettlege i kommunen kan bidra til å utjevne uønskede sosiale ulikheter i tilgang til tjenester. Ordningen er et supplement til fastlegeordningen og kommunal legevakt, og den er tilgjengelig via Helsenorge for innbyggere i utprøvingskommunene. Dersom timen hos fastlegen ikke passer for innbyggeren og problemstillingen egner seg for digital legekonsultasjon, kan innbyggeren velge å bestille en digital legekonsultasjon hos en annen lege som utprøvingskommunen har avtale med. Stortinget har bevilget 50 mill. kroner til utprøvingen i 2025. Utprøvingen startet i Kristiansand 1. juli og skal evalueres. Basert på erfaringene vil regjeringen vurdere videre utrulling.

For å realisere målene fokuseres innsatsen på følgende tiltaksområder:

- *Fornye, forsterke og forbedre fastlegeordningen* gjennom endringer i regelverk og en ny finansieringsmodell som skal bidra til god kvalitet og tilgjengelighet for innbyggerne, gjøre fastlegeordningen mer tverrfaglig med bedre oppgavedeling og effektive arbeidsprosesser, økt innovasjon og tydeligere ledelse i og av fastlegeordningen.
- *Øke tilgjengeligheten og bedre samhandlingen i de akuttmedisinske tjenestene* ved å styrke den lokale akuttberedskapen, ta alle ressursene i akuttkjeden i bruk og sørge for bedre prioritering og styring av ressursene.
- *Utprøving av kommunal nettlege* for å gjøre de offentlige allmennlegetjenestene mer tidsriktige og tilgjengelige, og motvirke sosiale ulikheter i tilgang til helsetjenester
- *Modernisere allmennlegetjenesten for det digitale skiftet* slik at innbyggernes digitale tilgang til allmennlegetjenesten samt mulighet til selvhjelp og økt helsekompetanse styrkes, ta i bruk ny teknologi, bedre samhandling og deling av helsedata og øke oppmerksomheten på sikkerhet og personvern.
- *Likeverdige tjenester og reduserte sosiale helseforskjeller* gjennom en rekke tiltak for å styrke innsatsen for de med store og sammensatte behov eller som ikke etterspør tjenestene de har behov for. Tiltakene skal også fremme allmennlegetjenestens bidrag i folkehelsearbeid og forebygging samt til økt helsekompetanse, mestring og deltakelse sosialt, i utdanning og i arbeidsliv.
- *Bedre kommunenes forutsetninger for å yte gode allmennlegetjenester* ved å legge til rette for mer fleksibel bruk av personell, iverksette ny fastlegeforskrift, endre kompetansekrav for leger som balanserer kvalitet og rekruttering og videreutvikle tilskuddet for legevakt til et bredere tilskudd for distriktskommuner.

1.5 En trygg og god eldreomsorg

Vi nådde en million alderspensjonister i 2021, og antallet vil stige med om lag 100 000 personer hvert fjerde år. Eldre i dag har et høyere funksjonsnivå enn før, men mange lever med kroniske sykdommer og nedsatt funksjonsevne. Lavere fødselstall og innvandring forsterker aldringen av samfunnet.

Regjeringen vil trygge befolkningen for en trygg alderdom nå og i fremtiden, gjennom et helhetlig Eldreløft. Regjeringen la i Meld. St. 24 (2022–2023) *Fellesskap og meistring – Bu trygt heime*, frem tiltak for å bidra til at eldre kan bo trygt hjemme, slik at behovet for helse- og omsorgstjenester utsettes gjennom bedre planlegging, styrket forebygging og mer målrettede tjenester. Det er fortsatt tidlig i planperioden (2024–2028), og arbeidet er godt i gang. Regje-

ringen har bl.a. etablert Program for et aldersvennlig Norge 2030 og et eldreboligprogram for å bidra til at alle har tilgang til en egnet bolig i et aldersvennlig bomiljø. I tillegg etablerte regjeringen en eldreboligallianse, som bl.a. skal levere konkrete forslag til regjeringen for å få fart på boligbyggingen og tilpasse eksisterende boliger bedre. Høsten 2024 ble pårørendeavtaler lansert for å bidra til bedre samarbeid mellom pårørende og tjenestene. Bruk av helse- og velferdsteknologi, inkludert digital hjemmeoppfølging, skal bidra til økt trygghet og mestring for de som bor hjemme, samtidig som det skal avlaste helsepersonell og gi bedre ressursutnyttelse gjennom å redusere behovet for antall hjemmebesøk, innleggelser og konsultasjoner. Gjennom helseteknologiordningen støtter regjeringen kommunene i arbeidet med å ta i bruk helseteknologi, som bedre journalløsninger, og velferdsteknologi, inkludert digital hjemmeoppfølging. Regjeringen oppnevnte i 2024 et utvalg for å utrede og gi råd til hvordan samskaping og innovasjon kan benyttes i utviklingen av nye og bærekraftige velferdstjenester. Utvalget skal etter planen levere sin utredning sommeren 2026. For å bidra til åpenhet, tillit og kvalitetsforbedring lanserte regjeringen første versjon av eldrebarometer.no sommeren 2025. Eldrebarometeret skal gi en oversikt over kvaliteten i helse- og omsorgstjenestene til eldre, og første versjon skal videreutvikles for å gi et helhetlig bilde av tjenestekvaliteten.

Regjeringen har gjort mye og vil nå øke innsatsen ytterligere. God kvalitet i omsorgstjenestene krever bemanning, tid, tillit, relasjoner og tydelige prioriteringer. Regjeringen vil derfor bidra med et Eldreløft, som har fem innsatsområder:

- *Bolig*. Regjeringen vil fortsette satsing på både flere og nyere heldøgns omsorgsplasser, som sykehjem og omsorgsboliger, og etablere en tilskuddsordning til eldre for oppgradering av egen bolig.
- *Bemanning, kvalitet og kompetanse*. Regjeringen starter arbeidet med en plan som reduserer bemanningsunderskuddet og legger til rette for at kommunene sikres tilstrekkelig personell med rett kompetanse i tjenesten. Regjeringen vil også jobbe for økt kvalitet og mindre kvalitetsforskjeller mellom kommunene.
- *Aktivitet.* Regjeringen vil legge til rette for gode aktivitetstilbud til eldre i hele landet i samarbeid med frivilligheten. Regjeringen vil opprette en tilskuddsordning for å fremme fysisk og sosial aktivitet og samtidig gi flere eldre muligheten til å delta og bidra i lokalsamfunnet.
- *Hørsel.* Regjeringen vil innføre en høreapparatgaranti, der eldre som trenger det, skal få tilgang til høreapparat innen fire måneder. Dette vil kreve flere fagfolk, bedre oppgavedeling, mer fleksible prosesser og endringer i et regelverk som oppleves som rigid. Regjeringen vil gjennomgå pasientforløp og regelverk for tildeling av høreapparat. For å oppnå bedre tilgang til personell vil regjeringen øke antall studieplasser ved audiografutdanningen ved NTNU og gi i oppdrag til de regionale helseforetakene å iverksette kompetansehevende tiltak for personell innen hørselsomsorgen.
- *Pårørende*. Regjeringen vil iverksette tiltak for å bidra til informasjon og veiledning og bedre samarbeid med pårørende. Helse- og omsorgsdepartementet vil integrere pårørendeperspektivet i alle planer og strategier i helse- og omsorgspolitikken og etablere systematisk dialog med pårørende- og brukerorganisasjonene.

Regjeringens satsing på en fremtidsrettet eldrepolitikk og Bo trygt hjemme-reformen bygger på innsats i flere sektorer. Målet er en helsefremmende og aktiv aldring gjennom selvstendighet, mestring, deltakelse og inkludering. Å styrke frivillig innsats og sivilsamfunnets rolle er viktig. Over 250 kommuner deltar nå i det nasjonale nettverket for aldersvennlige kommuner. Regjeringen viderefører opplæringen av eldrerådene i kommunene og vil fortsette arbeidet med digital inkludering.

Videre har regjeringen startet arbeidet med ny demensplan. Det tas sikte på at planen lanseres våren 2026. Den vil fokusere på forebygging, tidlig diagnostisering og behandling, persontilpasset medisin og tjenester, dagaktivitetstilbud, bo- og avlastningstilbud og økt bruk av teknologi, samt de særlige utfordringene distriktskommunene står overfor. Arbeidet vil også adressere utfordringer med ensomhet. Dagens demensplan videreføres til ny plan foreligger.

Folkehelsearbeidet er en viktig ramme for å skape et aldersvennlig samfunn og friskere aldring. Innsatsen ses også i sammenheng med arbeidet med livskvalitet, ernæring, fysisk aktivitet, fallforebygging og aktivitetsvennlige nærmiljø. For å følge utviklingen av eldres helse forbereder Helsedirektoratet en helhetlig oversikt med indikatorer og data om eldre på ulike områder.

1.6 Folkehelse, barn og unge

Folkehelsen i Norge er generelt god og levealderen er høy, men det er fremdeles store sosiale helseforskjeller. De som har lang utdanning og god økonomi, lever lenger og har færre helseproblemer enn de som har kortere utdanning og dårligere økonomi. De sosiale forskjellene skaper ulikhet i oppvekstsvilkår, helse og livskvalitet gjennom livet. Folkehelseundersøkelsen i Oslo viser at det er omfattende forskjeller i levevaner og helse etter landbakgrunn.

Våren 2025 la regjeringen frem Meld. St. 28 (2024–2025) *Tro på fremtiden – Uansett bakgrunn*, en stortingsmelding som peker ut videre retning for regjeringens politikk for å redusere sosiale forskjeller og bidra til like muligheter for barn og unge. Meldingen tar blant annet for seg betydningen av familien og de første 1 000 dagene i et barns liv. Gode og tverrfaglige tjenester i fødsels- og barselomsorgen, inkludert helsestasjons- og skolehelsetjenesten, og gode og tilgjengelige barnehager, blir spesielt løftet frem. Tiltakene omfatter også tilgjengelig foreldrestøtte og oppfølging av familier som har behov for det. Regjeringen vil innføre programfinansiering for tiltak rettet mot barn og unge i kommunene. Regjeringen har også satt i gang et målrettet samfunnsoppdrag for å mobilisere alle deler av samfunnet for å redusere utenforskap blant barn og unge betydelig innen 2035. Målbildet for samfunnsoppdraget og organiseringen av arbeidet er beskrevet i stortingsmeldingen.

Regjeringen la i 2023 frem Meld. St. 15 (2022–2023) *Folkehelsemeldinga – Nasjonal strategi for utjevning av sosiale helseforskjeller*. Regjeringen har igangsatt en rekke tiltak som oppfølging av folkehelsemeldingen. Flere regelverksendringer er utarbeidet for å beskytte befolkningen og å fremme helse.

Folkehelseloven danner et viktig rammeverk for folkehelsepolitikken, herunder utjevning av sosiale forskjeller, både i kommunene, i fylkeskommunene og i staten. Den bidrar til systematikk, forutsigbarhet og sammenheng i folkehelsearbeidet, både mellom forvaltningsnivåer og på tvers av sektorer. Gjennom en revisjon av folkehelseloven våren 2025 har regjeringen fått tilslutning til å styrke helseberedskapen, men også løftet frem psykisk helse og livskvalitet i folkehelsearbeidet og hensynet til barnets beste skal ivaretas.

Røyking er fortsatt den viktigste enkeltårsaken til sykdom og tidlig død i Norge, og til sosiale helseforskjeller. Videre er det en bekymringsfull utvikling blant barn og unge når det gjelder bruk av snus og e-sigaretter. Regjeringen la i folkehelsemeldingen frem en ambisiøs tobakksstrategi, bl.a. med mål om at ingen født i 2010 eller senere skal bruke tobakksvarer mv. Som ledd i oppfølgingen av strategien har regjeringen vedtatt forbud mot smakstilsetninger og krav om standardisert innpakning for e-sigaretter, forbud mot grensekryssende nettsalg av tobakksvarer og e-sigaretter samt utvidet røykeforbudene til å omfatte utendørs idrettsområder og lekeplasser, samt biler hvor barn er passasjer. Et forslag om å videreføre det norske forbudet mot e-sigaretter med nikotin er sendt på høring.

Flere av de øvrige regelverksendringene for å styrke folkehelsen som ble lagt frem våren 2025 er særskilt rettet mot å beskytte barn og unge. Med hjemmel i matloven har regjeringen vedtatt en forskrift som forbyr markedsføring av visse næringsmidler særlig rettet mot barn. Ny forskrift om forbud mot salg av energidrikk til barn under 16 år trer i kraft 1. januar 2026. Formålet med forskriften er å beskytte barn mot negative helseeffekter fra inntak av energidrikk grunnet drikkenes innhold av koffein. Regjeringen har også sendt på høring forslag om strengere regulering av solarium. Målet er å begrense bruken blant unge og redusere forekomsten av hudkreft i befolkningen. Regjeringen har videre foreslått et tydelig forbud mot å omsette lystgass til rusformål og en 18-årsgrense for salg.

Departementets arbeid med psykisk helse innenfor folkehelseområdet er forankret i Opptrappingsplan for psykisk helse. Satsningen har i første fase blant annet inneholdt tverrsektorielt forebyggende arbeid, folkehelsekampanjen ABC for god psykisk helse, samt utarbeidelse av kompetansepakke til bruk i skolen. Helsedirektoratet rapporterer også om positiv utvikling knyttet til digital og målrettet informasjon mot ungdom og deres foreldre. Helsedirektoratet har lagt frem nasjonale, faglige råd for skjermbruk for å hjelpe barn, unge og foreldre med å finne en balanse i tidsbruk mellom skjermbruk og andre aktiviteter, samtidig som de skal belyse sammenhengen mellom skjermbruk og fysisk og psykisk helse.

Regjeringen etablerte i 2025 et vaksinasjonsprogram for voksne og risikogrupper. Målet er bedre oppslutning om vaksinasjonsanbefalinger. Voksenvaksinasjonsprogrammet vil gi bedre beskyttelse for eldre og utsatte mot alvorlige infeksjoner, redusere sykelighet og innleggelser, samt utjevne sosiale forskjeller ved å sikre likeverdig tilgang til anbefalt vaksinasjon.

Kampanjen ABC for god psykisk helse er rullet ut i hele landet i 2025. For å sikre bred forankring vil kampanjen implementeres fylkesvis med Trøndelag fylkeskommune som modell. Frivillige organisasjoner er invitert til å bidra. Den nasjonale livskvalitetsstrategien er lansert, med ambisjon om å ta i bruk mål på livskvalitet som styringsinstrument og å utjevne sosiale forskjeller i livskvalitet.

Hovedprioriteringene i den nasjonale alkoholstrategien skal videreføres til 2030. Verdens helseorganisasjons mål om 20 pst. reduksjon i skadelig bruk av alkohol innen 2030 forplikter også Norge. De mest effektive virkemidlene som inngår i den norske alkoholpolitikken, skal opprettholdes.

Trygg mat og trygt drikkevann er forutsetninger for god folkehelse. Regjeringen styrker samfunnssikkerheten på drikkevannsområdet, bl.a. ved å etablere digital rapportering av drikkevannsdata i tråd med nasjonale mål for vann og helse, som regjeringen lanserte i 2024.

Regjeringen følger opp Handlingsplan for fysisk aktivitet 2020–2029. Aktivitetsnivået i befolkningen er for lavt. Målet er å gjøre det mulig for alle, uavhengig av alder og sosial bakgrunn, å være fysisk aktive i dagliglivet og på fritiden. Det er store helsegevinster å hente både på samfunns- og individnivå, dersom flere er fysisk aktive i tråd med nasjonale råd.

For å redusere ulikhet i helse vil regjeringen innføre fritak for egenandeler hos fastlege og legevakt for 16- og 17-åringer.

1.7 Opptrappingsplan for psykisk helse

Regjeringen ønsker at flere skal oppleve god psykisk helse og livskvalitet, og at de som har behov for psykisk helsehjelp, skal få god og lett tilgjengelig hjelp. For å nå disse målene har regjeringen lagt frem Meld. St. 23 (2022–2023) *Opptrappingsplan for psykisk helse (2023–2033)*. Planen omfatter hele befolkningen og hele bredden i det psykiske helsearbeidet, fra forebygging og helsefremming, til hjelp, behandling og oppfølging i kommunen og spesialisthelsetjenesten. Det er tre store innsatsområder i planen:

- Helsefremmende og forebyggende psykisk helsearbeid.
- Gode tjenester der folk bor.
- Tilbudet til personer med langvarige og sammensatte behov.

Sentrale tiltak i planen er blant annet å forbedre tilgjengeligheten til psykisk helsehjelp gjennom flere lavterskeltilbud i kommunene og innføring av vurderingssamtale/tidlig avklaring i psykisk helsevern. Andre sentrale tiltak i planen er styrking av tilbudet til personer med alvorlige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer, og økt kunnskap om psykisk helse i befolkningen gjennom folkehelsekampanjen ABC for god psykisk helse.

Veien inn til behandling skal gjøres enklere for pasientene, som er særlig viktig for barn og unge. Regjeringen har derfor innført egenandelsfritak for unge opp til 26 år innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet (TSB) i poliklinisk helsehjelp. Det gjøres allerede en stor innsats for å sikre rett hjelp til rett person på rett sted. I tråd med opptrappingsplan for psykisk helse skal de som henvises til psykisk helsevern som hovedregel ikke gis avslag kun basert på skriftlig henvisning, men tilbys vurderingssamtale/tidlig avklaring av videre oppfølging i spesialisthelsetjenesten eller den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det er også startet forsøk med Én vei inn, der kommunen og spesialisthelsetjenesten har felles inntak.

Opptrappingsplanen har en tiårig planperiode. For å kunne følge utviklingen og måloppnåelsen gjennom planperioden har regjeringen formulert åtte resultatmål. I planperioden vil regjeringen øke bevilgningene til psykisk helse med 3 mrd. kroner. Dette innebærer en permanent styrking til et nytt nivå. Så langt i planperioden er det bevilget over 1 mrd. kroner. I 2026 foreslås det å styrke bevilgningene til opptrappingsplanen med 140 mill. kroner, slik at vi totalt kommer opp i 1,2 mrd. kroner. Det foreslås å styrke lavterskeltilbud i kommunene og tilbud drevet av ideelle og frivillige organisasjoner. Videre foreslås det midler til å øke utbredelsen av digitale selvhjelps- og behandlingstilbud innen psykisk helse og til helseteam tilknyttet alle barnevernsinstitusjoner.

1.8 Forebyggings- og behandlingsreformen for rusfeltet

Den overordnede politikken på rusmiddelområdet skal bidra til å forebygge og redusere negative konsekvenser av rusmiddelbruk, både for enkeltpersoner og for samfunnet. Det er et mål at bruken av rusmidler i samfunnet reduseres, blant annet ved å forebygge rusmiddelbruk blant barn og unge.

Regjeringen la i oktober 2024 frem Meld. St. 5 (2024–2025) *Trygghet, fellesskap og verdighet*. Meldingen utgjør forebyggings- og behandlingsreformen for rusfeltet del I. Gjennom reformens seks innsatsområder vil regjeringen forebygge rusmiddelproblemer bedre og komme tidligere inn med god hjelp, behandling og oppfølging. Personer med rusmiddelproblemer har rett til verdige liv og til nødvendig helsehjelp uavhengig av hvilke rusmidler de bruker. Samfunnets reaksjoner på narkotikabruk skal være forholdsmessige, og personer med omfattende og alvorlig rusmiddelproblemer skal møtes med hjelp og behandling istedenfor strafferettslige reaksjoner. Samtidig går regjeringen imot en generell avkriminalisering av bruk og besittelse av narkotika.

Rapporter, blant annet fra Norges institusjon for menneskerettigheter (NIM), viser at personer med rusmiddelproblemer opplever stigmatisering og forskjellsbehandling. Forebyggings- og behandlingsreformen har derfor et tydelig helse- og rettighetsperspektiv og understreker at retten til helse etter FNs konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter (ØSK) artikkel 13, også gjelder for personer med rusmiddelproblemer.

Regjeringen har allerede igangsatt flere av tiltakene i meldingen. Utvikling og gjennomføring av et kunnskapsbasert nasjonalt program for rusmiddelforebygging blant barn og unge er godt i gang. Arbeidet med en plan for å forebygge stigmatisering og forskjellbehandling er påbegynt, og Helsedirektoratet har i 2025 lagt frem en dynamisk og ikke-tidsavgrenset handlingsplan mot overdoser.

Regjeringen vil bygge fremtidens rus- og avhengighetsbehandling på best mulig faglig grunnlag. Derfor er det satt ned et offentlig utvalg som skal utrede fremtidens rusmiddel- og avhengighetsbehandling. Utredningen omfatter også oppfølging av Hurdalsplattformens punkt om å sikre at legemiddelassistert rehabilitering (LAR) gir *et helhetlig og kunnskapsbasert tilbud til rusmiddelavhengige*. Formålet med utredningen er å sikre god kvalitet i tjenestene og rask tilgang til riktig behandling på best effektive omsorgsnivå (BEON-prinsippet). Utvalget skal levere sin NOU innen desember 2026.

I april 2025 la regjeringen frem Prop. 112 L (2024–2025) *Endringer i straffeloven og legemiddelloven mv. (befatning med mindre mengder narkotika til egen bruk)*. Proposisjonen utgjør forebyggings- og behandlingsreformens del II. En ny bestemmelse i legemiddelloven sikrer at personer med omfattende og alvorlige rusmiddelproblemer som hovedregel skal møtes med straffeutmålingsfrafall eller ubetinget påtaleunnlatelse. For personer over 18 år skal forenklet forelegg være foretrukket reaksjon, mens unge under 18 år som hovedregel skal møtes med betinget påtaleunnlatelse med vilkår om oppmøte for rådgivende enhet for russaker. Politiet er også gitt hjemmel for å henvise personer til enhetene på frivillig grunnlag utenfor straffesak.

1.9 Helseberedskap og Medevac

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

Norge har vært gjennom en pandemi og står overfor et mer krevende og sammensatt trusselbilde, med krig i Europa og Midtøsten, økning i digitale trusler, trusler mot kritisk infrastruktur og andre norske interesser ved bruk av virkemidler som ligger under terskelen for militær konflikt. Situasjonen innebærer at helse- og omsorgssektoren må redusere sårbarheter og være aktiv for å avverge og håndtere nye og sammensatte trusler, samt være forberedt på å håndtere kriser og krig.

Regjeringens Meld. St. 5 (2023–2024) *En motstandsdyktig helseberedskap – Fra pandemi til krig i Europa*, gir politisk og strategisk retning for norsk helseberedskap fremover. Regjeringen vil styrke helseberedskapen gjennom fire hovedgrep. For det første å etablere en modell for arbeidet med helseberedskapen og omorganisere helseforvaltningen for å klargjøre roller og ansvar. For det andre å legge til rette for å øke vår felles helsetjenestes evne til omstilling og fleksibilitet for å møte fremtidige kriser. For det tredje å styrke samvirket på tvers av sektorer for å øke befolkningens beredskapskompetanse. For det fjerde å styrke det internasjonale samarbeidet om helseberedskap.

Deltakelse i EUs styrkede helseberedskap er strategisk viktig. Det foreligger i dag ingen gode alternativer til den styrkede europeiske helseberedskapen som nå er fullt etablert i EU, hverken gjennom selvforsyning, nordisk samarbeid eller i andre allianser. Under pandemien samarbeidet vi tett med EU, men selv om vi er en del av EUs indre marked og Schengen-samarbeidet opplevde vi en sterk sårbarhet, bl.a. i tilgangen på smittevernutstyr og vaksiner. Regjeringen forhandler derfor med EU med mål om å delta i EUs styrkede helseberedskapssamarbeid. Regjeringen vil videreutvikle det nordiske samarbeidet om sivil-

militær helseberedskap innenfor rammene av EU og NATO og være en pådriver for investeringer i globale fellesgoder for helseberedskap.

På Verdens helseforsamling 20. mai i år ble det enighet om en pandemiavtale. Avtalens formål er å forebygge og ha beredskap, for å kunne respondere på pandemier på en måte som både fremmer likeverdighet mellom land og sikrer bedre beredskap for alle, inkludert land som Norge.

Krigen i Gaza er en humanitær katastrofe, og mange skadde og syke får ikke den medisinske hjelpen de trenger. Som del av en flernasjonal innsats besluttet regjeringen at Norge kan ta imot totalt inntil 100 medisinsk evakuerte pasienter og følgepersoner fra Gaza, gjennom EUs ordning for sivil beredskap (UCPM).

Norge deltar i det europeiske samarbeidet for medisinsk evakuering av pasienter fra Ukraina (Medevac), som skjer gjennom UCPM. Siden august 2022 har Norge tilbudt faste ukentlige flyvninger til europeiske land for å evakuere ukrainske pasienter. Per 23. juli 2025 hadde Norge bidratt med transportkapasitet til 2 647 pasienter og pårørende til Norge og andre europeiske land. Per 23. juli 2025 har det kommet 466 pasienter til Norge.

Norsk helsesektor bidrar med donasjoner av bl.a. legemidler, vaksiner og medisinsk utstyr til Ukraina, i hovedsak gjennom UCPM.

Som ledd i et ønske om tettere samarbeid inngikk Norge og Ukraina en avtale om et helsepartnerskap 1. juli i år. Helsepartnerskapsavtalen har mål om dypere samarbeid, bedre helse og å motvirke de negative konsekvensene i helsesektoren som følge av Russlands krigføring i Ukraina. Avtalen legger opp til erfaringsutveksling mellom helseforvaltningen, utdanningsinstitusjoner og helsesektoren i Norge og Ukraina.

Per 26. august 2025 er det i overkant av 82 000 personer fra Ukraina i Norge som har søkt om kollektiv beskyttelse. Helsemyndighetene følger nøye med på situasjonen med ankomster av personer fra Ukraina bl.a. for å følge med på kapasitet i helse- og omsorgstjenesten. Det har fortløpende blitt vurdert tiltak som kan avlaste eller øke kapasiteten i helsetjenesten.

1.10 Digitalisering

Digitalisering gir store muligheter for å utvikle vår felles helsetjeneste. Helsepersonell skal ha gode og brukervennlige digitale løsninger som gjør arbeidshverdagen mer effektiv og frigjør tid til pasientbehandlingen. Regjeringen har som mål at digitale løsninger og innføring av ny teknologi skal være personellbesparende. Ny teknologi bidrar også til å redusere ventetidene i helsetjenesten, jf. Ventetidsløftet. I arbeidet med Ventetidsløftet er det utarbeidet en rapport med en liste med teknologitiltak som raskt kan gi effekt. Et eksempel er behovsstyrt poliklinikk der bruk av digitale skjemaløsninger bidrar til at pasienten møter fysisk på sykehus etter behov.

Kunstig intelligens blir i økende grad tatt i bruk i helse- og omsorgstjenesten og gir gevinster i form av mer effektiv ressursbruk og kortere ventetid for pasientene. Både innenfor bildediagnostikk og journalføring sparer helsepersonell på sykehus og fastleger mye tid ved hjelp av kunstig intelligens.

Det skal være enkelt og trygt å ha digital kontakt med helse- og omsorgstjenesten. Pasientene skal slippe å gjenta opplysninger flere ganger og helsepersonell skal ha tilgang til informasjonen på rett sted til rett tid. Regjeringens strategi for digitalisering av helse- og omsorgstjenesten er forankret i Nasjonal helse- og samhandlingsplan. Digitalisering skal bidra til å realisere de helsepolitiske målene og en bærekraftig utvikling av tjenestene. Hovedansvaret for digitalisering ligger hos aktørene i sektoren. Nasjonale myndigheter bidrar gjennom å legge til rette for digital samhandling og støtte opp under det lokale ansvaret.

Innføring av digitale løsninger må gå raskere for å møte innbyggernes forventninger om en tilgjengelig og moderne tjeneste med god kvalitet. Regjeringens satsing på moderniseringen av allmennlegetjenesten innebærer blant annet å gi innbyggerne tilgang til digitale tjenester og gjøre det enklere for pasienter og brukere å ta en aktiv del i egen helse og behandling, jf. Meld. St. 23 (2024–2025) *Fornye, forsterke, forbedre – Framtidens allmennlegetjenester og akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus*. Regjeringen vil styrke innbyggernes helsekompetanse og er opptatt av at innbyggerne skal få økt tilgang til digitale mestrings- og selvhjelpsverktøy. Kunstig intelligens skal tas i bruk for å forenkle tilgangen til informasjon og verktøy på Helsenorge, og det skal vurderes hvordan kunstig intelligens kan benyttes for å svare på helserelaterte spørsmål fra innbyggere.

Gjennom satsingen på digital samhandling prioriterer regjeringen tiltak som skal gjøre det enklere å dele informasjon på tvers av nivåer og mellom virksomheter. I 2025 har oppmerksomheten vært rettet mot utvikling og utprøving av de tekniske løsningene for pasientens legemiddelliste, journaldokumenter, prøvesvar, kritisk informasjon og måledata. I 2026 starter det store arbei-

det med å sørge for at løsningene blir tatt i bruk i hele helse- og omsorgstjenesten. KS har en sentral rolle i innføringsarbeidet og er regjeringens formelle samarbeidspartner i digitalisering av offentlig sektor. Regjeringen har foreslått endringer i bestemmelsene om taushetsplikt og tilgjengeliggjøring av pasientopplysninger, jf. Prop. 154 L (2024–2025) *Endringer i helsepersonelloven og pasientjournalloven mv*. Formålet med endringene er at regelverket blir bedre egnet til å gjøre helseopplysninger tilgjengelig for behandling av pasientene (informasjonsdeling) og mer digitaliseringsvennlig.

Regjeringen støtter det lokale ansvaret gjennom helseteknologiordningen som er etablert for å bistå kommunene i å anskaffe og å innføre helseteknologi. Ordningen inkluderer tilskuddsordninger rettet mot kommunene, og en veiledningsog godkjenningsordning rettet mot aktører i sektoren og leverandører.

I tråd med Meld. St. 21 (2024–2025) *Helse for alle – Rettferdig prioritering i vår felles helsetjeneste* vil regjeringen styrke prioriteringsarbeidet i helse- og omsorgstjenesten for å sikre likeverdig og rask tilgang, tillit til prioriteringssystemene og bærekraft i tjenestene. Regjeringen vil tydeliggjøre hvilke metoder som skal vurderes nasjonalt og sikre bedre kobling mellom metodevurdering, implementering og kunnskap. Det legges opp til økt bruk av mini-metodevurderinger i kommuner og helseforetak. Det legges særlig vekt på teknologier og digitale løsninger som kan bidra til mer effektiv bruk av personellressurser.

Digital sikkerhet og beredskap må ha stor oppmerksomhet i arbeidet med digitalisering i dagens geopolitiske situasjon med krig og endret trusselbilde. Arbeid med digital sikkerhet har høy prioritet.

1.11 Forskning, innovasjon og helsenæring

Regjeringen har som mål at helsedata av god kvalitet skal gi bedre helse og bedre helse- og omsorgstjenester. I 2026 er det en prioritert oppgave å legge til rette for mer og bedre bruk av helsedata. Data og statistikk skal raskere ut til brukerne. Samtidig skal befolkningens tillit bevares gjennom trygg og sikker behandling av helsedata. Fra 1. januar 2026 etablerer regjeringen en nasjonal infrastruktur for behandling av personsensitive data basert på eksisterende analyseinfrastrukturer ved universitetene. Målet er å gjøre sensitive data tryggere og lettere tilgjengelig for forskning, innovasjon og utvikling på tvers av sektorer. Den nye infrastrukturen samler analyseinfrastrukturene under en felles styrings- og finansieringsmodell.

Vår felles helsetjeneste utvikles gjennom forskning og innovasjon i samarbeid med næringslivet, ideelle aktører og akademia nasjonalt og internasjonalt. Klinisk forskning skal være en integrert del av pasientbehandling og klinisk praksis. Regjeringen vil videreutvikle den nasjonale handlingsplanen for kliniske studier i 2025. Bedre bruk av helsedata gjennom forskning og innovasjon bidrar i kunnskapsutviklingen.

Regjeringen vil legge til rette for økt internasjonalt og bilateralt samarbeid om helsedata og kliniske studier. I tillegg til videre deltakelse i Horisont Europa, vil regjeringen jobbe med sikte på å etablere bilateralt samarbeid om forskning og helsenæring med Tyskland, Frankrike og England.

Helse- og omsorgsdepartementet har i Prop. 109 L (2024–2025) foreslått endringer i helseforskningsloven, helseregisterloven og helsepersonelloven. Endringene ble vedtatt av Stortinget 5. juni 2025. Formålet er å legge til rette for mer og bedre medisinsk- og helsefaglig forskning, styrke forskningsdeltakerens rettsvern og sikkerhet og å forenkle formelle prosesser knyttet til forskningen. I tillegg har de regionale helseforetakene fått i oppdrag å vurdere om, og i tilfelle hvordan, et samarbeid om felles personverntjenester for forskning i spesialisthelsetjenesten, herunder ev. et felles personvernombud for forskning, kan etableres innenfor rammene av personvernforordningen. Helsedirektoratet og Direktoratet for medisinske produkter skal i fellesskap utarbeide en veileder til helseforskningsloven.

Regjeringen finansierer etablering av et tjenestenært kunnskapsstøttesystem for de kommunale helse- og omsorgstjenestene, og lanserte i 2024 en satsing i Forskningsrådet på forskning i, om og med kommunale helse- og omsorgstjenester. Formålet med systemet er å bistå kommunene med å implementere relevant kunnskap for å forbedre tjenestene sine. Dette må ses i sammenheng med forslaget om å bevilge midler til etableringen av Kommunenes strategiske forskningsorgan (KSF). Regjeringen tar sikte på at kompetansesentre der de primære brukerne er de kommunale helse- og omsorgstjenestene, som i dag er organisert i helseforetak, organisatorisk forankres i en nasjonal overbyggende enhet under Helsedirektoratet med virkning fra 1. januar 2027.

Regjeringen følger opp strategi for persontilpasset medisin, der målene er at pasienter skal ha mest mulig likeverdig tilgang til persontilpasset

medisin, at fagfolk i tjenestene skal ha relevant kompetanse og at det skal være en effektiv og sikker bruk og analyse av storskala helsedata for helsehjelp, forskning og tjenesteutvikling.

Regjeringen ønsker en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste som skal holde god kvalitet, en forutsetning for å få dette til er et godt og forutsigbart samarbeid med helsenæringen. Regjeringen la derfor i 2023 frem Veikart for helsenæringen og i 2024 ble en eksportsatsing på helsenæring lansert. I 2025 ble det satt av midler til et nytt akseleratorprogram for helseinnovasjon gjennom Innovasjon Norge. Programmet kan bidra til raskere utvikling av ny teknologi og nye løsninger for helse- og omsorgstjenestene og å øke den norske helsenæringens muligheter i eksportmarkedet.

1.12 Personell

Fagfolkene er den viktigste ressursen i vår felles helse- og omsorgstjeneste, og et av regjeringens viktigste mål er å sikre nok fagfolk med riktig kompetanse. Den offentlige helse- og omsorgstjenesten skal være et attraktivt og givende arbeidssted gjennom hele yrkeslivet, der de ansatte opplever trivsel og faglig utvikling. Helse- og omsorgstjenestene opplever allerede i dag utfordringer med å rekruttere personell. Det vil være et enda større behov for nye årsverk i helse- og omsorgstjenestene fremover. Samtidig vil antallet nye personer som kommer inn i arbeidsmarkedet i de neste tiårene være betydelig lavere, og det forventes å være et betydelig underskudd på årsverk i helse- og omsorgstjenestene i 2040. Den forventede veksten i personellbehov kan derfor ikke møtes med vekst i bemanningen alene.

De ansatte i helse- og omsorgstjenesten vil fremover måtte ta hånd om flere pasienter og brukere enn i dag. Den største behovs- og aktivitetsøkningen vil komme i kommunene, men det vil også være behov for mer breddekompetanse i spesialisthelsetjenesten fremover for å kunne tilby et godt tjenestetilbud i hele landet.

Å rekruttere og beholde personell med riktig kompetanse er ett av seks hovedgrep i Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027. Regjeringen vil fortsette arbeidet med å sikre nok fagfolk gjennom en helhetlig innsats for bedre arbeidsmiljø, gode vilkår, effektiv oppgavedeling og organisering, samt målrettet rekruttering og kompetanseutvikling. Attraktive arbeidsoppgaver og arbeidsplasser skal legge til rette for at personellet forblir i tjenestene, og at de videreutvikler seg i tråd med tjenestenes og brukernes/pasientenes behov. Tjenester med tilstrekkelig og kompetent personell vil også kunne bidra til å avlaste pårørende.

Innsatsene fremover skal være forankret i et oppdatert kunnskapsgrunnlag og gode behovsanalyser, og personellbehovet i de ulike delene av helse- og omsorgstjenestene skal bedre ses i sammenheng. Innsatsene må understøtte hensiktsmessig bruk av personellet og dets kompetanse, gjennom bruk av personellbesparende innovasjon, teknologi og mer hensiktsmessig arbeids- og oppgavedeling. Forsterket innsats innenfor forebygging og folkehelsearbeid med mål om en friskere og mer robust befolkning vil være et nødvendig bidrag til en mer bærekraftig helse- og omsorgstjeneste, og vil også være vesentlige bidragsytere for å understøtte et bærekraftig personellbehov.

I henhold til Statistisk sentralbyrå sine fremskrivinger trenger vi en økning i årsverk som tilsvarer nesten 30 000 sykepleiere, 25 000 helsefagarbeidere, 7 000 vernepleiere og 2 500 leger frem mot 2040. Hoveddriveren for dette er flere eldre og kronikere med sammensatte behov. Et gap på nesten hundre tusen vil kreve en betydelig innsats å dekke. Regjeringen vil i løpet av 2026 legge frem en helsepersonellplan som går frem til 2040 for å rekruttere og beholde fagkompetanse i helse- og omsorgstjenestene, hvor også pårørendeperspektivet og pårørenderollen skal ivaretas. Partene vil involveres i arbeidet. Planen skal blant annet omfatte tiltak innen følgende innsatsområder: i) arbeidsmiljø og arbeidsvilkår, ii) ansvars- og oppgavedeling og hensiktsmessig organisering av arbeidsprosesser, iii) teknologi og utstyr og iv) rekruttering til helse- og omsorgstjenestene.

Regjeringen har startet et arbeid med sikte på å etablere offentlig spesialistgodkjenning for sykepleiere innen anestesi-, barn-, intensiv-, operasjon- og kreftsykepleiere (ABIOK), jordmødre, helsesykepleiere og sykepleiere innen psykisk helse, rus og avhengighet. Dette kan være et viktig virkemiddel for å rekruttere, utvikle og beholde sykepleiergrupper i vår felles helsetjeneste.

Regjeringen har tidligere lagt frem opptrappingsplan for heltid og god bemanning i omsorgstjenesten. Planen er fulgt opp gjennom Kompetanseløft 2025, og sammen har planene vært viktige bidrag til å understøtte et faglig sterkt tjenestetilbud, med forsvarlig og kompetent bemanning i kommunesektoren.

Det er behov for å tenke nytt om hvordan vi kan rekruttere inn i helse- og omsorgssektoren. Helse- og omsorgssektoren har et stort behov for

arbeidskraft fremover. Samtidig er det en utfordring at flere unge står utenfor arbeid og utdanning. Regjeringen etablerer nå et rekrutteringsprogram, med oppstart i 2026, der innsatsene rettes mot å redusere utenforskap og inkludere til arbeid i en sektor som har stort behov for arbeidskraft fremover.

1.13 Tannhelsetjenestene

Regjeringen ønsker en gradvis utvidelse av den offentlige tannhelsetjenesten og å sikre at tilbudet til pasienter som allerede har rett til tannhelsehjelp i den offentlige tannhelsetjenesten skal styrkes. I statsbudsjettet for 2024 ble det bevilget 420 mill. kroner for å gi et offentlig tannhelsetilbud til fire årskull i aldersgruppen fra 25 til og med 28 år.

Stortinget vedtok 4. juni å lovfeste rettigheter etter tannhelsetjenesteloven for nye pasientgrupper, med ikrafttredelse 1. juli 2025. Dette gjelder unge voksne i alderen fra 25 til 28 år. Lovendringen medfører at unge voksne skal betale 25 pst. av prisen for nødvendig tannhelsehjelp til og med det året de fyller 28 år, beregnet ut fra departementets takster.

Det er god helsefaglig og samfunnsøkonomisk begrunnelse for å tilby tannhelsehjelp til unge voksne. Regelmessige undersøkelser og tidlig behandling bidrar til å forebygge tannhelseproblemer og redusere behovet for mer omfattende behandling senere. Tiltaket er i tråd med regjeringens mål om å styrke det forebyggende arbeidet og redusere sosiale helseforskjeller.

Tannhelseutvalget la i september 2024 frem NOU 2024: 18 *En universell tannhelsetjeneste – Harmonisering, styring og utvidet offentlig ansvar*. Utvalget foreslår en reform som skal sikre likeverdig tilgang til nødvendige tannhelsetjenester for hele befolkningen, og fremmer 40 konkrete forslag. Blant forslagene er egenandelstak, økt offentlig ansvar og bedre samordning med øvrige helse- og omsorgstjenester. Utredningen har vært på høring. Departementet vil vurdere forslagene nærmere i det videre arbeidet med utviklingen av tannhelsetjenesten. Det er oppnevnt et offentlig utvalg for en helhetlig og sammenhengende helsetjeneste som blant annet skal vurdere ansvars- og oppgavefordelingen mellom den kommunale og fylkeskommunale helsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

1.14 Prioritering i helse- og omsorgstjenesten

Regjeringen har lagt frem Meld. St. 21 (2024–2025) *Helse for alle – Rettferdig prioritering i vår felles helsetjeneste*, som skal bidra til rask og likeverdig tilgang til helsetjenester, styrket tillit og bærekraft i tjenestene. Meldingen bygger videre på de etablerte prioriteringskriteriene: nytte, ressursbruk og alvorlighet, og presenterer flere viktige tiltak for å styrke prioriteringsarbeidet. Nasjonal veileder for Prioriteringer i kommunale helse- og omsorgstjenester ble lansert samtidig med prioriteringsmeldingen og skal understøtte kommunenes arbeid med prioriteringsprosesser og -beslutninger.

System for Nye metoder skal videreutvikles. Flere tiltak følges opp i 2026. For å møte usikkerhet knyttet til innføring av nye metoder, skal det utredes en ny ordning for kunnskapsinnhenting, som skal bidra til bedre beslutningsgrunnlag der det er stor usikkerhet om budsjettmessige, personellmessige og organisatoriske konsekvenser.

I lys av den medisinsk-teknologiske utviklingen, demografiske endringer og personellutfordringer, vil regjeringen at personellkonsekvenser skal vurderes særskilt ved innføring av nye tiltak og det åpnes for at samfunnsvirkninger i andre sektorer kan hensyntas på relevante områder. Alternativkostnad for tjenesten skal utredes, med mål om å utvikle et sikrere anslag basert på norske data.

Regjeringen vil etablere et Nasjonalt råd for prioritering og bærekraft, og slik bidra til bred forankring i møte med problemstillinger som treffer på tvers av tjenestenivå. Regjeringen vil videreutvikle verktøy for kommuner og helseforetak som støtter lokale prioriteringsbeslutninger, herunder implementere den nasjonale veilederen for prioritering i kommunale helse- og omsorgstjenester. Kunnskap om prioritering skal integreres i utdanningsløp for helsepersonell og ledere for å sikre felles forståelse og praksis i hele tjenesten.

1.15 Tilskudd

Tilskudd kan være et godt virkemiddel for både drift og utvikling, og det er et klart mål at tilskudd på Helse- og omsorgsdepartementets budsjettkapitler skal tildeles etter åpne, transparente og rettferdige prosesser. For å sikre forutsigbarhet for tilskuddsmottakere, er det også et mål at tilskudd skal kunne tildeles med flerårighet der hvor det er

egnet, samtidig som tilskuddordningene skal legge til rette for at nye mottakere kan komme i betraktning.

1.16 God kvalitet og trygge tjenester

Den offentlige helsetjenesten skal sørge for beredskap, trygghet og tilgang på helsehjelp av god kvalitet ut fra behov og uavhengig av bosted. Norsk helsetjeneste skal være preget av åpenhet og tillit.

Pasientene skal oppleve sammenhengende pasientforløp med trygge overganger. Det er et ledelsesansvar å legge til rette for at det er trygt for ansatte, pasienter og pårørende å melde om uønskede pasienthendelser og forbedringspunkter, og at helse- og omsorgstjenestens system og kultur for tilbakemelding, oppfølging og læring bidrar til gode tjenester og færre pasientskader. I 2026 skal helse- og omsorgstjenesten videreføre sin oppfølging av Rammeverk for bedre pasient- og brukersikkerhet presentert i Nasjonal helse- og samhandlingsplan. Helse- og omsorgstjenesten skal forberede implementering av ny meldeordning for alvorlige hendelser samt legge til rette for nasjonal oversikt og analyser av alvorlige hendelser og nesten-hendelser (uønskede pasienthendelser) som grunnlag for mer læring på tvers og bedre pasientsikkerhet. I oppfølgingen av ny meldeordning vil regjeringen styrke kapasiteten hos statsforvalterne. Det er behov for å styrke kompetansen i pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring hos ledere. Regjeringen legger til rette for økt kompetanse hos ledere i kommunale helse- og omsorgstjenester ved finansiering av flere lederutdanninger.

Helsedirektoratet koordinerer og følger opp Rammeverk for bedre pasient- og brukersikkerhet på nasjonalt nivå, og har et særskilt ansvar for de nasjonale innsatsområdene. Samordningsorganet for pasient og brukersikkerhet skal bidra til nasjonal samordning og felles løft for bedre pasientsikkerhet og utarbeider årlige rapporter med status på pasientsikkerhet og forslag til videre innsats. Folkehelseinstituttet, Direktoratet for medisinske produkter, Statens helsetilsyn og Helsedirektoratet er medlemmer i samarbeidsorganet, og samhandler med helse- og omsorgstjenesten og andre relevante aktører.

1.17 Kvinnehelse

Alle i Norge, uavhengig av kjønn, skal ha likeverdige muligheter til god helse og livskvalitet. Regjeringens *Kvinnehelsestrategi – betydningen av kjønn for helse* følger opp NOU 2023: 5 *Den store forskjellen – Om kvinners helse og betydningen av kjønn for helse.*

Regjeringen har arbeidet målrettet og systematisk for å styrke kvinners helse. I 2026 vil regjeringen følge opp satsingen med vekt på økt kunnskap. Helse Sør-Øst RHF ved Oslo universitetssykehus og Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning skal etablere en digital plattform for formidling av kunnskap om kvinnehelse. Målsettingen er å bidra til at forskning gjøres kjent for befolkningen og for helse- og omsorgstjenesten, og at kunnskapen tas i bruk. Helsenorge.no er oppdatert med en egen side for kvinnehelse. Regjeringen mener det er viktig at kunnskap om kjønn og helse når ut til befolkningen og at arbeidet med kjønnsspesifikk informasjon også ses i sammenheng med arbeidet med å styrke helsekompetansen. Regjeringen har styrket minoritetskvinners helse gjennom økt bevilgning til flerkulturell doula og har gitt Helsedirektoratet i oppdrag å utrede treffsikre tiltak for å heve minoritetskvinners helsekompetanse.

Regjeringen vil innenfor rammen av kvinnehelsestrategien videreføre allerede igangsatt arbeid med å gi et bedre tilbud til blant annet jenter og kvinner som har endometriose og adenomyose, muskel- og skjelettlidelser og lipødem. Regjeringen ønsker et faglig godt tilbud til kvinner med lipødem. Resultatene fra den store norske studien av operasjon og konservativ behandling av lipødem vil være klare i 2026. Studien vil gi økt kunnskap om hvilke pasienter som bør tilbys operasjon og hvem som bør få andre tilbud. Frem til resultatene er klare må pasientenes behov for behandling med fysioterapi og behandlingshjelpemidler bli vurdert. Manglende diagnosekoder har vært oppfattet som et problem. Helsedirektoratet ga i juni 2025 anbefalinger om slik koding.

Helsedirektoratet har fått i oppdrag å innarbeide kjønnsperspektivet når de reviderer og utarbeider nye nasjonale anbefalinger, råd, pakkeforløp og pasientforløp.

På bakgrunn av et forslag fra Regjeringen (Prop. 117 L (2023–2024) *Lov om abort (abortloven)*), har Stortinget vedtatt ny abortlov med rett til selvbestemt abort fra utgangen av 12. svangerskapsuke. Retten omfatter også fosterantallsreduksjoner. Kvinner som har gjennomgått en pro-

vosert abort skal ha rett til oppfølgingssamtaler for eksempel på sykehuset eller hos sin fastlege. Etter utgangen av 18. svangerskapsuke kreves tillatelse fra en nemnd for å få utført abort. Etter loven skal de regionale helseforetakene ha ansvar for å sørge for tilbud om abort og for å oppnevne og drifte de nye abortnemndene. Den nye loven trådte i kraft 1. juni i år. Fra samme dato var nye abortnemnder på plass.

2 Profilen i budsjettforslaget

Helse- og omsorgsdepartementets samlede budsjettforslag er om lag 305,3 mrd. kroner, jf. tabell 2.1. Dette er fordelt med 257,4 mrd. kroner på programområde 10, Helse og omsorg, og 47,9 mrd. kroner på programområde 30, Helsetjenester, folketrygden. Samlet foreslås om lag 10,8 mrd. kroner mer enn i saldert budsjett for 2025. Dette svarer til en nominell økning på 3,7 pst.

Tabell 2.1 Utgiftsendringer sammenliknet med saldert budsjett inneværende år

Mill. kroner

Betegnelse	Saldert budsjett 2025	Forslag 2026	Endring i pst.
Programområde 10 Helse og omsorg			
10.00 Helse- og omsorgsdepartementet mv.	1 438,1	1 508,1	4,9
10.10 Folkehelse mv.	1 271,6	1 472,8	15,8
10.30 Spesialisthelsetjenester	229 555,1	238 122,0	3,7
10.40 Sentral helseforvaltning	5 050,2	5 063,1	0,3
10.60 Helse- og omsorgstjenester i kommunene	9 742,5	9 820,7	0,8
10.70 Tannhelse	451,5	459,8	1,9
10.80 Kunnskap og kompetanse	874,1	919,1	5,2
Sum Helse og omsorg	248 383,0	257 365,6	3,6
Programområde 30 Helsetjenester, folketrygden			
30.10 Spesialisthelsetjenester mv.	8 022,4	8 582,4	7,0
30.50 Legehjelp, legemidler mv.	37 864,5	39 078,8	3,2
30.90 Andre helsetiltak	270,0	278,0	3,0
Sum Helsetjenester, folketrygden	46 156,9	47 939,2	3,9
Sum Helse- og omsorgsdepartementet	294 539,9	305 304,8	3,7

Bevilgningene er gjennomgående justert med forventet pris- og kostnadsvekst fra 2025 til 2026.

De viktigste styrkingene i budsjettforslaget ut over anslag for regelstyrte ordninger under folketrygden er omtalt i boks 2.1. Under pkt. 2.1 redegjøres det for gjennomgående budsjett- og strukturtiltak som foreslås for 2026.

2.1 Driftsbevilgninger til sykehus

Det foreslås å styrke de regionale helseforetakene med 3,4 mrd. kroner sammenlignet med saldert budsjett 2025. Dette inkluderer om lag 2,9 mrd. kroner til økt aktivitet i hovedsak som følge av demografiske endringer, samt 40 mill. kroner til utprøvinger som inngår i regjeringens «Prosjekt X» og 40 mill. kroner til helseteam innen psykisk helsevern i barnevernet. Den foreslåtte økningen

Boks 2.1 Regjeringens hovedprioriteringer på Helse- og omsorgsdepartementets område sammenlignet med saldert budsjett for 2025

Driftsbevilgning sykehus	3 143 mill. kroner
Lånebevilgning til nye store sykehusprosjekter	580 mill. kroner
Eldreløftet og Bo trygt hjemme-reformen	533 mill. kroner
Opptrappingsplan psykisk helse	140 mill. kroner
Allmennleger	115 mill. kroner
Rekrutteringsprogram for unge utenfor arbeid og utdanning	87,5 mill. kroner
Statsforvalterne	40,5 mill. kroner
Rekrutterings- og samhandlingstilskuddet	40 mill. kroner
Fritak for egenandeler for 16 og 17-åringer	30 mill. kroner
Atomsikkerhet	17 mill. kroner
Forsøksordning med økt refusjonssats for pasientreiser i Helse Nord	14 mill. kroner
Forsyningssikkerhet og beredskap av legemidler og medisinsk utstyr	10 mill. kroner
Modernisering Folkehelseinstituttet	7 mill. kroner
Datainnsamling 22. juli	5,5 mill. kroner
Mammografiprogrammet	5 mill. kroner
Hjemmetest i livmorhalsprogrammet	3,8 mill. kroner
Vestlandslegen	3,5 mill. kroner
Tilskudd til å redusere overdiagnostikk og overbehandling i helsetjenesten	3 mill. kroner

tar i tillegg hensyn til videreføring av høyere aktivitet i 2025 som tilsvarer om lag 0,5 mrd. kroner mer enn lagt til grunn i saldert budsjett 2025.

Spesialisthelsetjenesten pålegges et effektiviseringstiltak på administrasjon på 194 mill. kroner. Dette skal ikke påvirke pasienttilbudet. Videre underreguleres refusjoner innenfor offentlige laboratorie- og radiologiske undersøkelser med 79 mill. kroner. Fratrukket disse effektiviseringstiltakene øker driftsbevilgningen med 3,1 mrd. kroner sammenlignet med budsjett 2025.

Helsedirektoratets tall om bruk av spesialisthelsetjenester og Statistisk sentralbyrå sine befolkningsfremskrivinger tilsier merkostnader som følge av at vi blir flere og eldre på om lag 2,8 mrd. kroner i 2026. Det er lagt til grunn en forutsetning om at aktivitetsvekst i spesialisthelsetjenesten nå realiseres med en marginalkostnad på 100 pst. av gjennomsnittskostnaden, jf. Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027, begrunnet blant annet med gjeninnhenting etter flere år med 80 pst. marginalkostnad. Regjeringen vil senest i forbindelse med neste Nasjonal helse- og samhandlingsplan oppdatere forutsetningen om marginalkostnad basert på et oppdatert faglig grunnlag.

Det foreslås å avvikle refusjon for laboratorieanalyser når analysene er rekvirert av helprivate behandlere som ikke har avtale med det offentlige fra 1. mai 2026. Det vil være en offentlig høring om hvordan tiltaket gjennomføres. Tiltaket forventes å føre til en innsparing på statsbudsjettet gjennom reduserte refusjonsutgifter til sykehusene på inntil 258 mill. kroner i 2026. Gitt at kostnadsdekkende betaling innføres, vil forslaget ikke redusere sykehusenes handlingsrom.

For pasientbehandling som omfattes av ISF og for laboratorie- og radiologiske undersøkelser i helseforetakene legges det til rette for en vekst på om lag 1,4 pst. fra anslått aktivitetsnivå i 2025. ISF-andelen videreføres med 30 pst. innen somatikken i 2026. Tall for første tertial 2025 viser at pasientbehandling som omfattes av ISF i all hovedsak tilsvarer den aktivitetsveksten som saldert budsjett for 2025 la til rette for. Det har vært en høyere aktivitet innenfor offentlige laboratorier og radiologi på 527 mill. kroner sammenlignet med saldert budsjett 2025.

Det er lagt til grunn et lønns- og prisvekstanslag (deflator) på 3,2 prosent i 2026. Deflatoren i statsbudsjettet beregnes fra 2026 som et vektet gjennomsnitt av anslag for lønnsvekst og anslag for prisvekst på kjøp av varer og tjenester og bruttoinvesteringer, basert på regnskapstall fra helseforetakene slik de kommer frem i Statistisk sentralbyrå sine statistikk for offentlige finanser.

Saldert budsjett for 2025 innebar en økning i driftsbevilgningene på 5,7 mrd. kroner, fratrukket effektiviseringskrav, sammenlignet med saldert budsjett 2024.

I mai 2024 lanserte regjeringen Ventetidsløftet sammen med de regionale helseforetakene og sentrale arbeidsgiver- og arbeidstakerorganisasjoner i spesialisthelsetjenesten. Målet var å snu trenden med økende ventetider og sørge for en markant nedgang i ventetidene. Styringsmålene for 2025 er at ventetidene for påbegynt helsehjelp skal være lik eller under nivået før pandemien, det vil si i 2019. Arbeidet har gitt effekter. Fra mai har regionale helseforetak oppnådd ventetider som er lik eller under nivået i 2019. I neste stortingsperiode vil det stilles som styringsmål å redusere ventetidene for påbegynt helsehjelp hvert år og redusere ventetidene til videre utredning og behandling.

For å kunne gjennomføre planlagte investeringer må de regionale helseforetakene ha økonomiske resultater i tråd med vedtatte økonomiske langtidsplaner. Dette forutsetter god styring og kontroll med den løpende driften og kapitalkostnader, samtidig som det tas hensyn til behovene for spesialisthelsetjenester i befolkningen. Helse Nord har særskilte utfordringer og må videreføre arbeidet med tiltak for å sikre at kostnadene holdes innenfor gitte rammer og som sikrer økonomiske bærekraft fremover. Det er også utfordringer i Helse Midt-Norge.

2.2 Lånebevilgning til nye store sykehusprosjekter

Det foreslås å gi lån til fem nye store investeringsprosjekter i 2026. De nye prosjektene er nytt stråle- og somatikkbygg ved Sykehuset Østfold HF med en låneramme på 4 mrd. kroner og en lånebevilgning i 2026 på 130 mill. kroner, nytt somatikkbygg ved Akershus universitetssykehus HF med en låneramme på 1,6 mrd. kroner og en lånebevilgning i 2026 på 90 mill. kroner, utbygging av Sunnaas sykehus HF med en låneramme på 600 mill. kroner og en lånebevilgning i 2026 på 40 mill. kroner, nye Åsgård, bygg for psykisk helse og rus, ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF med en låneramme på 2,1 mrd. kroner og en lånebevilgning i 2026 på 50 mill. kroner og nytt sykehus ved Sykehuset Innlandet HF, Mjøssykehuset, med en låneramme på 18 mrd. kroner og en lånebevilgning i 2026 på 270 mill. kroner. De nye prosjektene har til sammen lånerammer på 26,3 mrd. kroner og lånebevilgninger i 2026 på 580 mill. kroner. Regjeringen viser til at investeringsprosjektene er i tråd med planer og søknader fra de regionale helseforetakene og vil være viktige for å sikre tilstrekkelig kapasitet og kvalitet i spesialisthelsetjenesten fremover.

2.3 Bo trygt hjemme-reformen

For å følge opp Meld. St. 24 (2022–2023) *Fellesskap og meistring – Bu trygt heime* foreslås det 3 365 mill. kroner i tilsagnsramme for investeringstilskudd til om lag 1 500 heldøgns omsorgsplasser i 2026. Av dette skal 1 mrd. kroner forbeholdes plasser som gir netto tilvekst i kommunene som mottar tilskudd. I tillegg foreslås det forenklinger for kommunene ved at bindingstiden for disponering av plassene reduseres fra 30 til 20 år og avvikle differensiert sats knyttet til lokalt produksjonskjøkken.

Det er viktig å bygge tilgjengelige boliger for fremtiden, men de fleste boligene vi skal bo i er allerede bygget. Regjeringen foreslås at det opprettes et tilskudd på 89 mill. kroner til oppgradering av egen bolig, for å øke insentivene til at flere oppgraderer eller tilpasser egen bolig ved å gjøre den mer aldersvennlig. Videre har regjeringen etablert en eldreboligallianse, for å bidra til å få fart på bygging av nye aldersvennlige boliger og tilpasse eksisterende boliger bedre. Alliansen har startet sitt arbeid og en hurtigarbeidende arbeidsgruppe leverer i oktober 2025 en bruttoliste av tiltak og virkemidler som kan mobilisere til at flere kan bo hjemme lengre.

For å bygge opp under regjeringens varslede aktivitetsgaranti i *Bo trygt hjemme*-reformen, foreslås det 60 mill. kroner til en ny tilskuddsordning rettet mot frivillige og ideelle aktører som tilbyr aktiviteter for eldre. Tilskuddet skal gi rom for lokale tiltak med lav terskel og høy fleksibilitet.

Som en del av eldresatsingen foreslås 38 mill. kroner til tiltak for å oppnå bedre tilgang til personell innen hørselsomsorgen i alle fire helseregioner. Herunder foreslås 10 mill. kroner til å øke utdanningskapasiteten ved audiografutdanningen ved NTNU, over Kunnskapsdepartementets budsjett, kap. 260, post 50, der praksisveilederkapasiteten skal styrkes og studieplassene skal desentraliseres for å bidra til rekruttering i hele landet. 28 mill. kroner foreslås til de regionale helseforetakene, til kompetansehevende tiltak som skal bidra til å øke kapasiteten og å fremme hensiktsmessig oppgavedeling mellom personell i hørselsomsorgen, herunder vurdere etablering av fagskoleutdanning i audiologi for relevant personell i dialog med fagskolene, jf. omtale under kap. 732, post 70. Dette kan inngå i regjeringens fagarbeiderløft, og bidra til at fagarbeidere får nødvendig spesialkompetanse.

2.4 Opptrappingsplan psykisk helse

Regjeringen har lagt frem Meld. St. 23 (2022–2023) *Opptrappingsplan for psykisk helse (2023–2033)*. Gjennom opptrappingsplanen vil regjeringen styrke psykisk helsefeltet med minst 3 mrd. kroner over ti år. Dette er en permanent styrking til et nytt nivå. Det foreslås å styrke bevilgningen til psykisk helse med 140 mill. kroner i 2026. Forslaget omfatter 60 mill. kroner til utvikling, tilpasning og etablering av kunnskapsbaserte lavterskeltilbud innen psykisk helse- og rusmiddelfeltet i kommunene, 40 mill. kroner til helseteam tilknyttet barnevernsinstitusjonene, 30 mill. kroner til å styrke frivillige organisasjoner som driver lavterskeltilbud og 10 mill. kroner til å øke utbredelsen av digitale selvhjelps- og behandlingstilbud. Med dette forslaget vil regjeringen så langt i opptrappingsplanperioden ha styrket bevilgningen til feltet med til sammen 1,2 mrd. kroner. Regjeringen har videre, i tråd med fremskrivingene i de regionale helseforetakene, lagt til grunn en vekst av døgnkapasitet i psykisk helsevern for voksne på 12,9 pst. frem mot 2040. Den langvarige nedbyggingen av døgnkapasitet er redusert og de regionale helseforetakene skal i 2025 levere en konkret og tidfestet plan for økning av døgnkapasitet i tråd med fremskrivingene, tilsvarende omtrent 430 døgnplasser.

2.5 Allmennleger

Regjeringen la våren 2025 frem Meld. St. 23 (2024–2025) *Fornye, forsterke, forbedre – Framtidens allmennlegetjenester og akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus*. I meldingen beskrev regjeringen en utprøving av kommunal nettlege for å gjøre de offentlige allmennlegetjenestene mer tidsriktige og tilgjengelige for befolkningen, gi innbyggerne et mer fleksibelt allmennlegetilbud i kommunene og bidra til å utjevne uønskede sosiale ulikheter i tilgang til tjenester. Utprøvingen startes i inntil 20 kommuner i 2025. Den finansieres gjennom egenandeler fra pasientene, refusjoner fra folketrygden og tilskudd. Utprøvingen utvides i 2026 og det foreslås økt bevilgning på 65 mill. kroner til formålet.

Fra 1. januar 2026 innfører regjeringen stønad for konsultasjoner delegert fra fastlege til sykepleier. Bedre oppgavedeling, større innslag av annet personell og mer tverrfaglig samarbeid på fastlegekontorene vil bidra til å øke kapasiteten i tjenestene, styrke innsatsen for innbyggere med store og sammensatte behov og legge til rette for en mer forebyggende og proaktiv allmennlegetjeneste. Regjeringen bevilger 50 mill. kroner til formålet.

2.6 Rekrutteringsprogram for unge utenfor arbeid og utdanning

De kommunale helse- og omsorgstjenestene står overfor store personellutfordringer fremover, samtidig som et stort antall unge står utenfor arbeid og utdanning. I et samarbeid mellom Helse- og omsorgsdepartementet og Arbeids- og inkluderingsdepartementet etableres det fra 2026 et program for å rekruttere primært unge utenfor arbeid og utdanning til den kommunale helse- og omsorgssektoren.

Unge personer som trenger bistand til å komme i arbeid og som er motiverte for å prøve ut kommunal helse- og omsorgstjeneste kan delta i programmet. Dette gjøres i samarbeid med Nav som bistår med rekruttering, jobbmatching og oppfølging fra jobbspesialister, som skal følge opp deltakerne underveis og ved en eventuell videre fast ansettelse.

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten bistår med arbeidsplass, arbeidspraksis, faglig opplæring og oppfølging. Tilskuddsmidlene skal understøtte kommunene i dette arbeidet, og midlene skal bidra til å sikre personellressurser til opplæring, slik at dette ikke blir en ekstraoppgave utover øvrige oppgaver. Det skal legges til rette for at flest mulig deltakere går videre til fag- og yrkesopplæring med sikte på et fagbrev. Det åpnes for at kommunene kan ansette pensjonister som kan bistå som faddere, der det er hensiktsmessig.

Kommuner som skal delta må oppfylle visse forutsatte kriterier, som blant annet et etablert samarbeid med Nav. Partnerskapsavtaler med sentrale aktører på ulike forvaltningsnivå, som KS og partene, vil ligge til grunn for programmet. En nasjonal intensjonsavtale om programmet mellom staten ved Arbeids- og inkluderingsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet, Kommunal- og distriktsdepartementet, KS og arbeidstakerorganisasjonene for perioden 2025–2030 ble inngått i 2025.

Det foreslås til sammen 125,5 mill. kroner til tiltaket, hvorav 87,5 mill. kroner over Helse- og omsorgsdepartementets budsjett og 38 mill. kroner over Arbeids- og inkluderingsdepartementets budsjett. Nærmere avklaringer og innretning på programmet vil bli klart i løpet av høsten 2025.

2.7 Statsforvalterne

Det foreslås å øke bevilgningen til statsforvalterne med 40,5 mill. kroner i 2026. Statsforvalternes kapasitet på helsefeltet til klagebehandling, tilsyn og veiledning styrkes for å håndtere at saksmengden har økt betydelig på flere områder de siste årene og ført til lengre saksbehandlingstider. Videre vil ny meldeordning for alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenesten tre i kraft fra 1. juli 2026. Det foreslås også at behandling av pasientreiseklagesaker effektiviseres og samles hos Statsforvalteren i Vestland.

2.8 Rekrutterings- og samhandlingstilskuddet

Rekrutterings- og samhandlingstilskuddet ble innført ifm. revidert nasjonalbudsjett 2024. Formålet med tilskuddet er å understøtte gode pasientforløp, effektiv ressursbruk og tjenesteutvikling gjennom samhandling mellom nivåene. Tilskuddsmidlene skal brukes etter enighet mellom helseforetak og aktuell(e) kommune(r). I 2025 ble det bevilget 286 mill. kroner i tilskuddsmidler til ulike prosjekter som skal støtte opp under bedre samhandling mellom kommuner og sykehus. HOD foreslår en styrking av tilskuddet i 2026 på 40 mill. kroner.

Av det samlede tilskuddet skal 80 mill. kroner gå til utprøvinger av særlig innovative og ambisiøse samhandlingstiltak som er utpekt av regjeringen i forbindelse med Prosjekt X. Formålet med disse utprøvingene skal være å utforske nye måter å organisere helsetjenestene på, med formål å bidra til mer sammenhengende tjenester på tvers av forvaltningsnivåer og fagområder, og bedre bruk av samlede ressurser. Tiltaket inngår i regjeringens arbeid med en ny helsereform.

2.9 Fritak for egenandeler for 16- og 17-åringer

Det foreslås 30 mill. kroner til å øke aldersgrensen for betaling av egenandeler hos fastlege/legevakt 16 til 18 år fra 1. august 2026. Økning i aldersgrensen for betaling av egenandeler vil senke terskelen for å søke behandling for denne aldersgruppen i en utsatt periode av livet, uten at de behøver å involvere foresatte.

2.10 Atomsikkerhet

Det foreslås å øke bevilgningen til Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet i 2026 med 17 mill. kroner. Det er nødvendig for å styrke direktoratets kapasitet som tilsynsmyndighet og til økt kapasitet og kompetanse til råd, veiledning og myndighetsutøvelse knyttet til avviklingen av de norske atomanleggene.

2.11 Forsøksordning med økt refusjonssats for pasientreiser i Helse Nord

I Helse Nord er det særlige utfordringer knyttet til lange avstander, og med det ofte lang reisevei for å komme til helsetjenesten. Det er også særskilte utfordringer med lange ventetider i spesialisthelsetjenesten i regionen. Helse Nord RHF opplever at tilgjengelig kapasitet på sykehusene ikke blir benyttet fordi pasientene vegrer seg for lengre reiser, da dette innebærer større privatøkonomiske kostnader. Regjeringen vil gjøre det økonomisk enklere for pasienter å reise for å benytte seg av spesialisthelsetjenester i regionen. I forbindelse med revidert nasjonalbudsjett 2025 økte regjeringen stønaden til pasientreiser i regionen ved å øke refusjonssatsen for overnatting ved pasientreise til 1300 kr. Tiltaket foreslås videreført i 2026 med 14 mill. kroner.

2.12 Forsyningssikkerhet og beredskap av legemidler og medisinsk utstyr

Det foreslås å øke bevilgningen til Direktoratet for medisinske produkter med til sammen 10 mill. kroner i 2026. Bevilgningen er knyttet til gjennomføring av forordning (EU) 2022/123 om utvidet mandat for Det europeiske legemiddelbyrået.

2.13 Modernisering Folkehelseinstituttet

Det foreslås 7 mill. kroner til Folkehelseinstituttet for 2026 for igangsetting av to tiltak, henholdsvis nasjonalt register for uønskede pasienthendelser og skreddersydd statistikk på legemiddelområdet. Tiltakene forutsetter at Folkehelseinstituttet gjør interne omprioriteringer for å fullfinansiere tiltakene.

Som grunnlag for et eventuelt permanent nasjonalt register for alvorlige hendelser og nesten-hendelser (uønskede hendelser), skal Folkehelseinstituttet gjennomføre et kvalitetsforbedringsprosjekt med data og informasjon om uønskede hendelser fra helseforetak og kommuner. Oversikten over uønskede hendelser skal brukes til å analysere ulike aspekter ved uønskede hendelser som kan bidra til mer læring på tvers og bedre pasientsikkerhet.

Skreddersydd statistikk på legemiddelområdet skal understøtte trygg og kostnadseffektiv legemiddelbruk i det norske samfunnet. For å oppnå målet skal Folkehelseinstituttet utnytte nye muligheter med rask tilgang til skreddersydd statistikk basert på sammenstilte registerdata, i nær sanntid. Arbeidet krever kobling av data fra flere helseregistre for å oppnå høy kvalitet.

2.14 Datainnsamling 22. juli

Det foreslås 5,5 mill. kroner til å gjennomføre en femte datainnsamling for å få mer kunnskap om hvordan det går med de overlevende og etterlatte etter 22. juli.

2.15 Mammografiprogrammet

Det er behov for oppgradering av IT-systemet i Mammografiprogrammet. Oppgraderingen skal sikre kvinnene i målgruppen et moderne, trygt og kostnadseffektivt tilbud. Det foreslås 5 mill. kroner i 2026 til tiltaket. Moderniseringen vil bidra til at Mammografiprogrammet på sikt kan ta i bruk automatiserte løsninger og kunstig intelligens (KI) i form av selvbetjeningsløsninger for brukere, samt bildetyding og kvalitetskontroll av mammogrammene. Folkehelseinstituttet skal gjøre interne omprioriteringer for å fullfinansiere tiltaket.

2.16 Hjemmetest i livmorhalsprogrammet

Målet med å innføre hjemmetest er at deltakelsen i Livmorhalsprogrammet skal øke og at færre kvinner på sikt skal utvikle livmorhalskreft. For å muliggjøre utsendelser av HPV-hjemmetest direkte til kvinnen, er utvikling av et nytt IKT-system i livmorhalsprogrammet nødvendig. Prosjektet har etablert HPV-hjemmetest for kvinner i målgruppen via fastlegen, i kvinnefengsler og hos enkelte aktører. Nytt HPV-laboratorium på Akershus universitetssykehus har startet å analysere HPV-hjemmetester. Arbeid med elektronisk henvisning fra Kreftregisteret til spesialisthelsetjenesten er påbegynt, og integrasjoner og funksjonalitet med Helsenorge pågår. Regjeringen foreslår 3,8 mill. kroner til tiltaket i 2026.

2.17 Vestlandslegen

Det foreslås 3,5 mill. kroner til 20 studieplasser ved medisinstudiet ved Universitetet i Bergens desentraliserte studiemodell, Vestlandslegen, gjennom en overføring til Kunnskapsdepartementets budsjett. Studiemodellen innebærer at studentene gjennomfører de tre første årene av utdanningen i Bergen og de tre siste årene av utdanningen desentralt.

2.18 Tilskudd til å redusere overdiagnostikk og overbehandling i helsetjenesten

Det foreslås 3 mill. kroner i nytt tilskudd med formål å redusere overdiagnostikk og overbehandling i tjenesten. Tilskuddet skal gå til kampanjer rettet mot helsepersonell for å redusere undersøkelser og behandlinger som er unødvendig eller til ulempe for pasienten, herunder «Gjør kloke valg»-kampanjen.

2.19 Budsjett- og strukturtiltak

Gjennomgående budsjettiltak

Innenfor Helse- og omsorgsdepartementets ramme foreslås det et effektiviseringskrav på totalt 300 mill. kroner, hvorav 106 mill. kroner i samlet effektivisering for underliggende etater og 194 mill. kroner i effektiviseringstiltak på administrasjon i spesialisthelsetjenesten, som ikke skal påvirke pasienttilbudet. I forbindelse med dette kravet vil det etableres et prosjekt for forenkling og forbedring i forvaltningen av helsetjenestene, slik at ressurser kan flyttes til økt tjenesteyting i førstelinjen.

Det foreslås at tilskudds- og 21-poster, med enkelte unntak, underreguleres med om lag 48 prosentenheter sammenlignet med forventet pris- og kostnadsvekst, svarende til en samlet innsparing til andre prioriterte formål innenfor departementets budsjettrammer på 166,9 mill. kroner. Det er gjort unntak bl.a. for bevilgninger til de regionale helseforetakene. Videre foreslås det å

redusere vertskommunetilskuddet med 84 mill. kroner utover vanlig nedtrekk som følge av frafall av beboere.

Det foreslås å avvikle refusjon for laboratorieanalyser når analysene er rekvirert av helprivate leger som ikke har avtale med det offentlige fra 1. mai 2026. Tiltaket forventes å føre til en innsparing i form av reduserte refusjonsutgifter tilsvarende inntil 258 mill. kroner i 2026. Det vil gjennomføres offentlig høring og gitt at kostnadsdekkende betaling innføres, vil forslaget ikke redusere sykehusenes handlingsrom.

Det foreslås å øke egenandelen for poliklinisk helsehjelp i spesialisthelsetjenesten med 10 pst. eller 40 kroner fra 1. januar. Dette innebærer at egenandelen vil øke fra 403 til 443 kroner. Økningen innebærer samtidig en økning av gebyret som kan kreves av pasienter som ikke møter som avtalt. Samlet sett innebærer egenandels- og gebyrøkningen en besparelse tilsvarende 92 mill. kroner.

Budsjett- og strukturtiltak under folketrygden

For 2026 foreslås egenbetalingene i sum prisjustert med 3,9 pst., svarende til 185 mill. kroner. Dette foreslås gjennomført ved å øke egenandelstaket med 128 kroner.

Det foreslås å avvikle Stønadspunkt 14 Sterkt nedsatt evne til egenomsorg, tilsvarende en innsparing på 35 mill. kroner.

Videre foreslås det å avvikle statens fondsavsetning til tannleger, tilsvarende en innsparing på 31 mill. kroner.

Det foreslås å underregulere refusjonene for laboratorie- og radiologitjenester tilsvarende 1 pst. eller en innsparing på anslagsvis 17 mill. kroner. I tillegg til dette videreføres tiltak om underregulering av laboratorieanalyser vedtatt i forbindelse med behandlingen av revidert nasjonalbudsjett for 2025 svarende til helårsvirkning på 16 mill. kroner.

Det foreslås at det fra 1. mai 2026 ikke lenger ytes statlig refusjon for laboratorieanalyser rekvirert fra behandlere uten avtale med det offentlige. Det vil gjennomføres offentlig høring om hvordan tiltaket gjennomføres. Tiltaket forventes å føre til en innsparing i form av reduserte refusjonsutgifter tilsvarende inntil 34 mill. kroner i 2026.

3 Oppfølging av anmodnings- og utredningsvedtak

Nedenfor gis en oversikt over oppfølging av anmodnings- og utredningsvedtak under Helse- og omsorgsdepartementet. Oversikten inkluderer alle vedtak fra stortingssesjonen 2024–2025, samt de vedtakene fra tidligere stortingssesjoner som kontroll- og konstitusjonskomiteen i Innst. 216 S (2024–2025) mente ikke var kvittert ut. I tabellen nedenfor angis det også hvorvidt departementet planlegger at rapporteringen knyttet til anmodningsvedtaket nå avsluttes eller om departementet vil rapportere konkret på vedtaket også i neste års budsjettproposisjon.

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

Sesjon	Vedtak nr.	Stikkord	Rapportering avsluttes (Ja/Nei) i Prop. 1 S (2024–2025)
2024–2025	46	Psykiske helsetilbud i Longyearbyen	Ja
2024–2025	70	Rett til veiledning og oppfølgingssamtaler knyttet til abort	Nei
2024–2025	71	Oppfølging etter avslag på abortsøknad	Ja
2024–2025	72	Evaluering av abortnemnder	Nei
2024–2025	82	Tannhelserettigheter for 27- og 28-åringer	Ja
2024–2025	83	Definere «nødvendig tannregulering» for barn og unge	Ja
2024–2025	84	Definere «nødvendige tannhelsetjenester»	Ja
2024–2025	85	Utvalg – Personer med innvandrer- eller minoritets-bakgrunn sin tilgang og bruk av helsetjenester	Ja
2024–2025	111	Utredning av utvidet salg av alkohol hos alkohol-produsenter	Ja
2024–2025	468	Analyse av fordeler og ulemper ved Helseplattformen	Ja
2024–2025	469	Plan for oppfølging av Dokument 3:3 (2024–2025)	Ja
2024–2025	501	Oppfølging av personer med ubehandlet hepatitt C	Ja
2024–2025	502	Gjøre nalokson tilgjengelig via apotek	Nei
2024–2025	503	Rett til refusjon av reiseutgifter for barn som er pårørende	Nei
2024–2025	504	Styrke innsats overfor mennesker med ROP-lidelser	Ja
2024–2025	505	Avslag grunnet rusmiddelproblemer	Ja
2024–2025	506	Revidere nasjonale retningslinjer og veiledere for ADHD	Ja
2024–2025	507	Arbeid, sosial inkludering og ettervern som integrert del av rusbehandlingen	Ja
2024–2025	519	Oversikt over behandlingstilbud for spilleavhengige	Nei

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

Sesjon	Vedtak nr.	Stikkord	Rapportering avsluttes (Ja/Nei) i Prop. 1 S (2024–2025)
2024–2025	521	Økt kapasitet innen behandlingstilbud for spille-problemer	Nei
2024–2025	533	Evaluering av ny lovbestemmelse om bruk av elektro-konvulsiv behandling uten eget samtykke	Nei
2024–2025	534	Evaluering av tvangsbruk i helse- og omsorgstjenesten	Nei
2024–2025	576	Revisjon av pasient- og brukerrettighetsloven	Ja
2024–2025	577	Kostnader for bedøvelse til barn under 16 år	Ja
2024–2025	629	Styrke samarbeid og koordinering	Ja
2024–2025	630	Tilstrekkelig bemanning og ressurser i helsevesenet	Ja
2024–2025	631	Forebyggende tiltak	Ja
2024–2025	632	Beredskapsavtaler mellom privat og offentlig helsetjeneste	Nei
2024–2025	704	Palliativ medisin som påbyggingsspesialitet	Nei
2024–2025	705	Videreutvikling av palliativ medisin	Nei
2024–2025	753	Plan for bevaring av helsepersonell	Ja
2024–2025	829	Erstatning til ofrene i Varhaug-saken	Nei
2024–2025	897	E-helseløsninger i tannhelsetjenesten	Ja
2024–2025	898	Normering av kodeverk i tannhelsetjenesten	Ja
2024–2025	899	Lik data i privat og offentlig tannhelse	Ja
2024–2025	900	Stortingsmelding om tannhelsetjeneste	Nei
2024–2025	901	Styrke helsefellesskapene	Nei
2024–2025	902	Folketrygdfinansierte legemidler	Ja
2024–2025	903	Alternativkostnaden i helse- og omsorgstjenesten	Nei
2024–2025	904	Åpenhet i markedene for medisinske produkter	Ja
2024–2025	906	Profesjonsnøytrale takster	Nei
2024–2025	907	Ideelle og frivillige aktører i akuttberedskapen	Ja
2024–2025	908	Forskrivningsrett for sykepleiere	Nei
2024–2025	909	Forebygging og helsefremmende arbeid i fastlege-tjenesten	Nei
2024–2025	910	Forskrift om helsetjeneste ved samskipnadene	Nei
2024–2025	912	Evaluering av endringer i helsetilsynsloven mv.	Nei
2024–2025	913	Evaluering av endringer i helseforskningsloven	Nei
2024–2025	914	Evaluering av forskrift om forbud mot markedsføring av næringsmidler rettet mot barn	Nei
2024–2025	915	Iverksettelse av endring i matloven	Ja

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

Sesjon	Vedtak nr.	Stikkord	Rapportering avsluttes (Ja/Nei) i Prop. 1 S (2024–2025)
2024–2025	961	Hjemmel til henvisning for russaker	Nei
2024–2025	962	Vilkår om ruskontroll hos rådgivende enhet for russaker	Nei
2024–2025	999	Langtidsopphold for barn med store og sammensatte behov	Ja
2024–2025	1002	Barnevernsinstitusjoner og helseteam	Ja
2024–2025	1003	Sikkerhetspsykiatrisk tilbud barn under 18 år	Ja
2024–2025	1032	Ansvarsfordeling i rehabiliterings- og habiliterings-tjenester	Ja
2024–2025	1033	Gjennomgang av rehabiliterings- og habiliterings-tilbudet	Ja
2024–2025	1034	Fødetilbud med lavere intervensjon	Ja
2024–2025	1226	Vurderinger ved endringer i vertskommunetilskuddet	Ja
2024–2025	1236	Forsøksordning i Helse Nord vedr. nødvendig overnatting	Ja
2024–2025	1249	God drift og arbeidsmiljø ved nye sykehus	Nei
2023–2024	3	Sikre kvinnehelse i Nasjonal helse- og samhandlingsplan	Ja
2023–2024	121	Helseutfordringer knyttet til rasisme og diskriminering	Ja
2023–2024	122	Oppfølging av spesialister som arbeider med psykisk helsevern	Ja
2023–2024	123	Helseteam i barneverntjenesten	Ja
2023–2024	124	Personlige økonomiske hensyn i det selvmords-forebyggende arbeidet	Ja
2023–2024	125	Konkrete tiltak i opptrappingsplan psykisk helse	Ja
2023–2024	489	Stortingsmelding om BPA	Nei
2023–2024	543	Frivillighetens rolle i helseberedskapen	Ja
2023–2024	612	Overgrepsmottak for barn	Ja
2023–2024	614	Intervensjonsprogram for førstegangsfødende	Ja
2023–2024	628	Tjeneste med integrert ettervern	Ja
2023–2024	629	Behandlingstilbudet til voldsutsatte kvinner med ruslidelse	Ja
2023–2024	630	Følgeforskning i forbindelse med TSB	Ja
2023–2024	684	Godkjenningsordning for kommersielle aktører	Ja
2023–2024	686	Ivaretakelse av kjønnsperspektiv	Ja
2023–2024	687	Kjønnsperspektiv i behandlingsretningslinjene	Ja

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

Sesjon	Vedtak nr.	Stikkord	Rapportering avsluttes (Ja/Nei) i Prop. 1 S (2024–2025)
2023–2024	690	Redusere bruk av innleid arbeidskraft	Ja
2023–2024	692	Avskrivninger og rentekompensasjon for sykehusbygg	Nei
2023–2024	693	Kontraktsansvar for fristbruddordningen	Ja
2023–2024	694	Ikke møtt-gebyr innen psykisk helse	Nei
2023–2024	908	Rett til nødvendig tannhelsehjelp for 25- og 26-åringer	Ja
2022–2023	2	Avlasting av fastleger knyttet til ikke-kliniske oppgaver	Ja
2022–2023	79	Styrke den offentlige allmennlegetjenesten	Ja
2022–2023	86	Rett til nødvendig tannhelsehjelp i den offentlige tannhelsetjenesten for unge voksne	Ja
2022–2023	137	Akuttilbud til personer som er utsatt for vold i nære relasjoner	Nei
2022–2023	486	Lovendring om å innhente opplysninger uten samtykke i pasientskadesaker	Ja
2022–2023	610	Evaluering av Norsk pasientskadeerstatning	Ja
2022–2023	742	Stortingsmelding om BPA	Nei
2022–2023	745	Aldersgrense for kjøp og salg av energidrikker	Ja
2022–2023	746	Grønn resept	Nei
2022–2023	748	Selvmordsforebygging	Ja
2022–2023	756	Apotekenes rolle i vaksinasjonsarbeidet	Nei
2022–2023	929	Utvide vilkårene for folketrygdstønad på grunnlag av sterkt nedsatt evne til egenomsorg	Ja
2021–2022	417	Avklaring knyttet til Register for utøvere av alternativ behandling	Nei
2021–2022	517	Lovfeste rett til selvvalgt støtteperson gjennom graviditet og fødsel	Ja
2021–2022	518	Oppfølging og hjelpeapparat for forebygging av fødselsdepresjon	Ja
2021–2022	520	Rettighetsfesting av hjemmebesøk av jordmor	Ja
2021–2022	561	Utredning av spesialistforskriften	Nei
2021–2022	762	Handlingsplan for reduksjon av ensomhet	Ja
2021–2022	764	Styrking av samarbeid for forebygging av ensomhet	Ja
2020–2021	5	Økonomiske modeller for utvikling av antibiotika	Ja
2020–2021	84	Helhetlig revisjon av smittevernloven	Nei
2020–2021	96	Gjennomgang av folketrygdens refusjonsordning for tannbehandling	Ja
2020–2021	726	Responstider, kompetanse og akuttmedisinsk utstyr	Ja

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

Sesjon	Vedtak nr.	Stikkord	Rapportering avsluttes (Ja/Nei) i Prop. 1 S (2024–2025)
2020–2021	876	Koronakommisjonen – situasjonen for kommune-overleger og kommunale smittevernleger	Ja
2020–2021	1114	Legemiddelloven – narkotika til eget bruk	Ja
2020–2021	1122	Etterversnsreform for rusavhengige	Ja
2020–2021	1164	Evaluering av de regionale odontologiske kompetansesentrene	Ja
2019–2020	347	Prøveprosjekt der helsesykepleiere henviser til BUP	Ja
2019–2020	611	Utredning av markedet for genetisk selvtesting	Ja
2019–2020	612	Forbud mot genetisk testing av barn	Ja
2019–2020	616	Preimplantasjonsdiagnostikk	Ja
2018–2019	20	Styrking av norsk tannhelse	Nei
2018–2019	25	Ensomhet inn i folkehelseloven § 7	Ja
2018–2019	39	Forslag om innholdsmerking på alkoholholdig drikk	Nei
2018–2019	44	Innføring av merking med helseadvarsler på alkoholholdig drikk	Nei
2018–2019	82	Ideelle organisasjoners pensjonskostnader	Ja
2018–2019	93	Årsmeldingen for 2017 fra Norges nasjonale institusjon for menneskerettigheter	Ja
2017–2018	468	Legevakt- og fastlegeordningen	Ja
2017–2018	615	Regelverket for pasientreiser	Ja
2017–2018	915	Tobakksskadeloven	Ja

3.1 Stortingssesjon (2024–2025)

Psykisk helsetilbud i Longyearbyen

Vedtak nr. 46, 21. november 2024

> *«Stortinget ber regjeringen utrede hvilke tiltak som kan innføres for å styrke det psykiske helsetilbudet i Longyearbyen.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med behandling av Meld. St. 26 (2023–2024) *Svalbard*.

Det er Helse Nord RHF og Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) som har ansvar for å vurdere stedlige forhold på Svalbard. Helse- og omsorgsdepartementet har gitt Helse Nord RHF i oppdrag i supplerende oppdragsdokument for 2025 å redegjøre for tilbudet til mennesker som oppholder seg på Svalbard og som har behov for psykisk helsehjelp, og om dette vurderes som tilstrekkelig opp mot registrerte behov for slik hjelp. Utredningen er satt i gang. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Rett til veiledning og oppfølgingssamtaler knyttet til abort

Vedtak nr. 70, 3. desember 2024

> *«Stortinget ber regjeringen gjennomføre en evaluering av den lovfestede retten til veiledning og oppfølgingssamtaler etter at loven har fått virke i fire år.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med behandlingen av Prop. 117 L (2023–2024) *Lov om abort*, jf. Innst.

60 L (2024–2025), Lovvedtak 10 (2024–2025). Regjeringen vil følge opp vedtaket om evaluering når loven har virket i fire år, dvs. i 2029. Regjeringen vil så komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Oppfølging etter avslag på abortsøknad

Vedtak nr. 71, 3. desember 2024

> *«Stortinget ber regjeringen sikre at kvinner som får avslag på sin abortsøknad i nemnd, får oppfølging.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med behandlingen av Prop. 117 L (2023–2024) *Lov om abort*, jf. Innst. 60 L (2024–2025), Lovvedtak 10 (2024–2025).

OUS (Oslo universitetssykehus) har en rolle i å koordinere møter og ha kontakt med kvinnen som skal søke til Nasjonal klagenemnd for abort. Klagenemnda er et forvaltningsorgan og ikke et helsetilbud. Nemnda informerer henvisende sykehus om avslaget. Nemnda kan gi informasjon om behov for oppfølging.

Henvisende sykehus kan gi støtte etter et avslag i klagenemnda, i likhet med kvinnens fastlege. Det er også mulig å henvise til Amathea, som er en gratis, landsdekkende tjeneste. Amathea har lang erfaring med å støtte kvinner emosjonelt og praktisk i en abortsøknad og videre prosess, og være en støtteperson hvis kvinnen ønsker det i møte med nemnda. Amathea kan også gi råd og støtte etter avslag i klagenemnda. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Evaluering av abortnemnder

Vedtak nr. 72, 3. desember 2024

> *«Stortinget ber regjeringen gjennomføre en evaluering av abortnemndenes behandling av krav om abort og de gravides opplevelse av nemndbehandling etter at abortloven har fått virke i fire år.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med behandlingen av Prop. 117 L (2023–2024) *Lov om abort*, jf. Innst. 60 L (2024–2025), Lovvedtak 10 (2024–2025).

Regjeringen vil følge opp vedtaket om evaluering av abortnemndene når loven har virket i fire år, dvs. i 2029. Regjeringen vil så komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Tannhelserettigheter for 27- og 28-åringer

Vedtak nr. 82, 5. desember 2024

> *«Stortinget ber regjeringen i løpet av våren 2025 fremme nødvendig lovforslag som sikrer unge voksne på 27 og 28 år de samme tannhelserettighetene som unge voksne i alderen 21 til 24, med ikrafttredelse senest fra 1. juli 2025.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med behandling av Prop. 1 S (2024–2025), jf. Innst. 2 S (2024–2025).

Regjeringen la frem forslag til endringer i tannhelsetjenesteloven, jf. Prop. 124 L (2024–2025). I proposisjonen ble det foreslått endringer som gir personer i alderen 25 til og med 28 år rett til nødvendig tannhelsehjelp i den offentlige tannhelsetjenesten, med 25 pst. egenbetaling. Stortinget sluttet seg til forslaget og vedtok lovendringer som trådte i kraft 1. juli 2025. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Definere «nødvendig tannregulering» for barn og unge

Vedtak nr. 83, 5. desember 2024

> *«Stortinget ber regjeringen innen 1. februar 2025 starte arbeidet med å definere hva som skal regnes som «nødvendig tannregulering» for barn og unge. Definisjonen skal leveres til Stortinget senest innen statsbudsjettet for 2026.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med behandling av Prop. 1 S (2024–2025), jf. Innst. 2 S (2024–2025).

Helsedirektoratet fikk i tildelingsbrev for 2025 i oppdrag å definere begrepet «nødvendig tannregulering», med frist 1. april 2026. Hovedformålet er å finne definisjoner som kan brukes til å gi nye eller utvidete rettigheter i tannhelsetjenesteloven. Direktoratet bes også om å gi nærmere retningslinjer for hvordan begrepet bør forstås og praktiseres i odontologisk praksis. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Definere «nødvendige tannhelsetjenester»

Vedtak nr. 84, 5. desember 2024

> *«Stortinget ber regjeringen innen 1. juni 2025 starte arbeidet med å definere hva som skal regnes som «nødvendige tannhelsetjenester». Definisjonen skal leveres til Stortinget senest innen 1. juni 2026.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med behandling av Prop. 1 S (2024–2025), jf. Innst. 2 S (2024–2025).

Helsedirektoratet fikk i tildelingsbrev for 2025 i oppdrag å definere begrepene «nødvendige tannhelsetjenester/nødvendig tannhelsehjelp» med frist 1. april 2026. Hovedformålet er å finne definisjoner som kan brukes til å gi nye eller utvidete rettigheter i tannhelsetjenesteloven. Direktoratet bes også om å gi nærmere retningslinjer for hvordan begrepene bør forstås og praktiseres i odontologisk praksis. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Utvalg – Personer med innvandrer- eller minoritetsbakgrunn sin tilgang og bruk av helsetjenester

Vedtak nr. 85, 5. desember 2024

> *«Stortinget ber regjeringen sette ned et utvalg som skal se på personer med innvandrer- eller minoritetsbakgrunn sin tilgang og bruk av helsetjenester, for å få mer innsikt i hvordan ulike barrierer og sosial klasse påvirker mulighetene for helsehjelp og arbeidsinkludering.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med behandling av statsbudsjettet for 2025, jf. Innst. 2 S (2024–2025). Regjeringen har besluttet å sette ned et offentlig utvalg om innvandrerhelse. Det tas sikte på at utvalget kan settes ned i løpet av høsten 2025 og at utvalget kan starte sitt arbeid fra vinteren 2026. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Utredning av utvidet salg av alkohol hos alkoholprodusenter

Vedtak nr. 111, 12. desember 2024

> *«Stortinget ber regjeringen om å gjennomføre en utredning for å avklare handlingsrommet for utvidede salgsmuligheter for alkoholprodusenter for øl, sterkøl, vin og brennevin. Dette inkluderer gårdssalg, bryggeriutsalg og utredning av forbedringer i Taxfreeordningen. Utredningen skal ta utgangspunkt i at det er en forutsetning at Vinmonopolet består i sin nåværende form.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med behandling av Dokument 8:175 S (2023–2024), jf. Innst. 65 S (2024–2025). Våren 2025 ble det inngått avtale med ekstern utreder om å gjennomføre en juridisk utredning av det EØS-rettslige handlingsrommet for salg av alkoholholdige produkter utenom Vinmonopolet. Den juridiske utredningen er ferdigstilt og overlevert departementet. Departementet vil vurdere utredningen for videre oppfølging. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Analyse av fordeler og ulemper ved Helseplattformen

Vedtak nr. 468, 18. februar 2025

> *«Stortinget ber regjeringen sørge for åpne og uavhengige økonomiske, samfunnsmessige, kvalitetsmessige og juridiske analyser av fordeler og ulemper for sykehus, kommuner, fastleger og pasienter ved journal- og samhandlingsløsningen Helseplattformen. Analysene må se hen til alternativer med videreføring og forbedring eller løsninger basert på eksisterende alternativer i markedet.*
>
> *Stortinget orienteres senest i forbindelse med behandlingen av statsbudsjettet for 2026.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med behandlingen av Dokument 8:17 S (2024–2025), jf. Innst. 134 S (2024–2025). Helseplattformen er en ny journal- og samhandlingsløsning for kommuner og spesialisthelsetjeneste i Midt-Norge som er innført fra 2022. Helse- og omsorgsdepartementet har inngått avtale med et eksternt analyseselskap om å gjennomføre en analyse. Formålet med analysen er å utarbeide et faktabasert kunnskapsgrunnlag. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget om resultatene fra analysen. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Plan for oppfølging av Dokument 3:3 (2024–2025)

Vedtak nr. 469, 18. februar 2025

> *«Stortinget ber regjeringen holde Stortinget orientert om regjeringens plan for hvordan den skal følge opp Riksrevisjonens anbefalinger fra Dokument 3:3 (2024–2025).»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med behandlingen av Dokument 8:17 S (2024–2025), jf. Innst. 134 S (2024–2025). Helse- og omsorgsdepartementet har fulgt opp anmodningsvedtaket i oppdragsdokumentet til Helse Midt-Norge RHF for 2025. Helse Midt-Norge RHF har fått i oppdrag å følge opp Riksrevisjonens hovedfunn, vurderinger og anbefalinger. Helsedirektoratet har tildelingsbrevet for 2024 og 2025 fått i oppdrag å innhente og dele læringspunkter fra Helseplattformen, og i arbeidet se hen til Riksrevisjonens undersøkelse av Helseplattformen. Helsedirektoratet har identifisert og kategorisert læringspunkter og drøftet

disse i dialog med Helseplattformen. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Oppfølging av personer med ubehandlet hepatitt C

Vedtak nr. 501, 18. mars 2025

> *«Stortinget ber regjeringen sørge for at Folkehelseinstituttet, Helsedirektoratet, de regionale helseforetakene og helseforetakene utnytter mulighetsrommet for å identifisere personer med ubehandlet kronisk hepatitt C, slik at de får tilgang til behandling og smittefaren reduseres.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med stortingsbehandling av Meld. St. 5 (2024–2025) om forebyggings- og behandlingsreformen for rusfeltet Del I, jf. Innst. 155 S (2024–2025). Norge har gjort betydelige fremskritt i arbeidet med å eliminere hepatitt C i befolkningen, særlig etter at det fra 2018 ble mulig å tilby gratis behandling til alle diagnostiserte personer, uavhengig av sykdommens alvorlighetsgrad. Tall viser at mellom 80 og 90 pst. av dem som påbegynte behandling, fullførte hele behandlingsforløpet.

I Meld. St. 5 (2024–2025) uttalte regjeringen at den vil vurdere nærmere hvordan personer med tidligere diagnostisert, men ubehandlet hepatitt C kan tilbys behandling. Formålet med dette er å utrede om det finnes tiltak som både er effektive og samfunnsøkonomisk forsvarlige, uten at det går på bekostning av andre prioriterte oppgaver.

Helse- og omsorgsdepartementet har bedt Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet, i samarbeid med den nasjonale referansegruppen, om å revidere den nasjonale strategien for hepatitt. Som en del av dette arbeidet skal helsemyndighetene evaluere og vurdere mulighetsrommet for å identifisere personer med behov for behandling for kronisk hepatitt C som ennå ikke har fått et behandlingstilbud. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Gjøre nalokson tilgjengelig via apotek

Vedtak nr. 502, 18. mars 2025

> *«Stortinget ber regjeringen komme tilbake til Stortinget med en sak om hvordan apotekene bedre kan benyttes for å gjøre nalokson mer tilgjengelig for personer med risiko for opioidoverdose i hele landet.»*

Vedtaket ble truffet ved behandling av Meld. St. 5 (2024–2025) *Trygghet, fellesskap og verdighet*, jf. Innst. 155 S (2024–2025). Det finnes to nesesprayprodukter med nalokson. Fra 15. januar 2025 kan begge disse rekvireres av lege på blå resept, og fra 20. mars 2025 uten egenandel, til pasienter som har behov for tilgang til akuttbehandling ved kjent eller mistenkt opioidoverdose. Nalokson på blå resept kan utleveres i alle landets apotek. Fra 1. juli 2025 er det ene produktet omklassifisert fra reseptpliktig legemiddel til reseptfritt legemiddel, og kan kjøpes reseptfritt i apotek etter at apotekpersonell har gjennomgått obligatorisk veiledning for å sikre at kunden blir informert om riktig bruk av legemiddelet. Helsedirektoratet er gitt i oppdrag med frist 31. desember 2025 å utrede en ny innretning for utdeling av nalokson og understøttende finansieringsordninger, herunder vurdere behovet for videreføring og innretning av Naloksonprosjektet som en permanent ordning, for å nå relevante pasienter, brukere, pårørende og aktører. Det innebærer også en vurdering av om og hvordan flere aktører enn i dag kan inngå i en ny innretning. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Rett til refusjon av reiseutgifter for barn som er pårørende

Vedtak nr. 503, 18. mars 2025

> *«Stortinget ber regjeringen forskriftsfeste rett til refusjon av reiseutgifter for barn som er pårørende, på lik linje med dekning av reiseutgifter for barn av pasienter med livstruende sykdom, som en del av en helhetlig og effektiv finansiering av familiearbeid.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med stortingsbehandlingen av Meld. St. 5 (2024–2025) om forebyggings- og behandlingsreformen for rusfeltet Del I, jf. Innst. 155 S (2024–2025). Oppfølging av vedtaket er påbegynt, men økonomiske og administrative konsekvenser må utredes. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Styrke innsatsen overfor mennesker med ROP-lidelser

Vedtak nr. 504, 18. mars 2025

> *«Stortinget ber regjeringen styrke innsatsen overfor mennesker med ROP-lidelser ved å etablere tverrfaglige behandlingsplasser for denne gruppen i alle helseregioner.»*

Vedtaket ble truffet ved behandling av Meld. St. 5 (2024–2025) *Trygghet, fellesskap og verdighet*, jf. Innst. 155 S (2024–2025). Helse- og omsorgsdepartementet har gitt de regionale helseforetakene i oppdrag å styrke innsatsen overfor mennesker med ROP-lidelser i supplerende oppdragsdokument 2025. Det er vist til anmodningsvedtaket og presisert at det skal være tverrfaglige behandlingsplasser for denne gruppen i alle helseregioner. Det vises for øvrig til de regionale helseforetakenes egne fremskrivninger. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Avslag grunnet rusmiddelproblemer

Vedtak nr. 505, 18. mars 2025

> *«Stortinget ber regjeringen sikre, gjennom tydelige føringer til alle helseregioner, at rusproblemer alene ikke kan være en grunn for avslag til behandling i psykisk helsevern. Dette gjelder også for barn.»*

Vedtaket ble truffet ved behandling av Meld. St. 5 (2024–2025) *Trygghet, fellesskap og verdighet*, jf. Innst. 155 S (2024–2025). Helse- og omsorgsdepartementet har gitt tydelige føringer til alle helseregioner i supplerende oppdragsdokument for 2025. De regionale helseforetakene er bedt om å sikre at inntaksvurderinger i psykisk helsevern gjøres i tråd med gjeldende prioriteringsveiledere fra Helsedirektoratet og at rusmiddelproblemer alene ikke er grunn for avslag til behandling i psykisk helsevern. Dette gjelder også for barn og unge. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Revidere nasjonale retningslinjer og veiledere for ADHD

Vedtak nr. 506, 18. mars 2025

> *«Stortinget ber regjeringen gå gjennom og revidere nasjonale retningslinjer og veiledere for ADHD-utredning, medisiner og rusbruk.»*

Vedtaket ble truffet ved behandling av Meld. St. 5 (2024–2025) *Trygghet, fellesskap og verdighet*, jf. Innst. 155 S (2024–2025). Helsedirektoratet har våren 2025 startet med et omfattende innsiktsarbeid om ADHD og satt ut oppdrag om en kunnskapsoppsummering som grunnlag for å revidere de nasjonale faglige retningslinjene. Problemstillinger knyttet til medisiner og rusbruk inngår i arbeidet. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Arbeid, sosial inkludering og ettervern som integrert del av rusbehandlingen

Vedtak nr. 507, 18. mars 2025

> *«Stortinget ber regjeringen prioritere økt satsing på arbeid, sosial inkludering og ettervern som en integrert del av rusbehandlingen, for å styrke mulighetene for varig bedring og sosial deltakelse for personer som har gjennomgått rusbehandling.»*

Vedtaket ble truffet ved behandling av Meld. St. 5 (2024–2025) *Trygghet, fellesskap og verdighet*, jf. Innst. 155 S (2024–2025). Tiltak som bidrar til bedre fungering sosialt, i arbeidslivet og på skolen for den enkelte, kan være en viktig del av ettervernet. I tilleggsdokument etter Stortingets behandling av Prop. 104 S (2023–2024) fikk de regionale helseforetakene i oppdrag å utvikle en tjeneste med integrert ettervern. Helse Sør-Øst RHF har etablert en nasjonal arbeidsgruppe som i sin rapport vil definere begrepet integrert ettervern og beskrive målgruppe for ettervernet. Videre vil rapporten beskrive ansvaret til hhv. spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten og mulige tiltak som vil kunne inngå i det integrerte ettervernet. Rusbehandlingsutvalget som ble oppnevnt i statsråd 24. juni 2025, har også som del av sitt mandat fått i oppdrag å vurdere og anbefale innretning av tjenestene som gir et mer samlet og helhetlig behandlingstilbud på tvers av forvaltningsnivåene og andre deler av velferdssektoren, der særlig tilknytning til arbeidslivet er sentralt. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Oversikt over behandlingstilbud for spilleproblemer

Vedtak nr. 519, 18. mars 2025

> *«Stortinget ber regjeringen sørge for en oppdatert og mer informativ oversikt over tilgjengelige behandlingstilbud for spilleavhengighet samt sørge for at denne informasjonen er lett tilgjengelig og gjøres godt kjent.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med Stortingets behandling av Dokument 8:13 S (2024–2025). Behovet for bedre og mer tilgjengelig informasjon om behandlingstilbudet vil inngå i arbeidet med ny handlingsplan mot spilleproblemer som skal avløse den nåværende (2022–2025). Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Økt kapasitet innen behandlingstilbud for spilleproblemer

Vedtak nr. 521, 18. mars 2025

> *«Stortinget ber regjeringen sørge for at kapasiteten innen fjernbehandlingstilbud og andre digitale, spesialiserte lavterskeltilbud for spilleavhengige økes, og at tilbudene gjøres tilgjengelige for alle – uavhengig av hvor de bor.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med Stortingets behandling av Dokument 8:13 S (2024–2025). Regjeringen vil følge opp vedtaket som del av arbeidet med ny handlingsplan og kommer tilbake til Stortinget på egnet måte.

Evaluering av ny lovbestemmelse om elektrokonvulsiv behandling uten eget samtykke

Vedtak nr. 533, 1. april 2025

> *«Stortinget ber regjeringen evaluere endringene i ny psykisk helsevernlov § 4-4 b, og komme tilbake til Stortinget etter at loven har fatt virke i to år.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med behandlingen av Prop. 31 L (2024–2025) *Endringer i psykisk helsevernloven og pasient- og brukerrettighetsloven mv. (bedre beslutningsgrunnlag og behandling)*, jf. Innst. 168 L (2024–2025). Endringene vil tre i kraft 1. juni 2026, jf. kongelig resolusjon av 20. juni 2025. Evalueringen kan først starte når det er gått to år etter ikrafttredelsen. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Evaluering av tvangsbruk i helse- og omsorgstjenesten

Vedtak nr. 534, 1. april 2025

> *«Stortinget ber regjeringen om å sette i gang en evaluering av praksisen knyttet til tvangsbruk i helse- og omsorgstjenesten, særlig med fokus på endringene i samtykkebegrepet og sykdomsvilkåret. Evalueringen bør starte innen tre år etter at lovendringene trer i kraft.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med med behandlingen av Prop. 31 L (2024–2025) *Endringer i psykisk helsevernloven og pasient- og brukerrettighetsloven mv. (bedre beslutningsgrunnlag og behandling)*, jf. Innst. 168 L (2024–2025). Endringene vil tre i kraft 1. juni 2026, jf. kongelig resolusjon av 20. juni 2025. Evalueringen kan først starte når det er gått tre år etter ikrafttredelsen. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Revisjon av pasient- og brukerrettighetsloven

Vedtak nr. 576, 10. april 2025

> *«Stortinget ber regjeringen snarest gjennomføre en fullstendig revisjon av pasient- og brukerrettighetsloven for å sikre et klarere og mer brukervennlig lovverk for å styrke pasientenes posisjon.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med behandlingen av Dokument 8:45 S (2024–2025).

Regjeringen vil oppnevne et offentlig utvalg for å utrede og foreslå ny pasient- og brukerrettighetslov i løpet av høsten. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Kostnader for bedøvelse til barn under 16 år

Vedtak nr. 577, 10. april 2025

> *«Stortinget ber regjeringen straks gi styringssignal til de regionale helseforetakene om å sikre barns tilgang til helsetjenester og sørge for at barn under 16 år ikke blir nødt til å betale for bedøvelse i forbindelse med behandling på sykehus.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med Stortingets behandling av Dokument 8:46 S (2024–2025), jf. Innst. 205 S (2024–2025). Aktuelt regelverk med virkning fra 1. juli 2025 spesifiserer at pasientbetaling for bandasjemateriell og bedøvelsesmidler ikke kan kreves fra barn under 16 år. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Styrke samarbeid og koordinering mellom aktører i helsevesenet

Vedtak nr. 629, 5. mai 2025

> *«Stortinget ber regjeringen styrke samarbeidet og koordineringen mellom ulike aktører i helsevesenet, som sykehus, kommuner, fastleger og andre helsetjenester, for bedre samhandling og effektiv respons i nødsituasjoner.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med Stortingets behandling av Meld. St. 9 (2024–2025), jf. Innst. 242 S (2024–2025). Regjeringen har lagt frem Meld. St. 23 (2024–2025) *Fornye, forsterke, forbedre – Framtidens allmennlegetjenester og akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus* med tiltak for å

styrke samarbeid og koordinering mellom aktørene i de akuttmedisinske tjenestene. Regjeringen har også oppnevnt et offentlig utvalg som skal utrede og foreslå modeller for å sikre en sammenhengende og bærekraftig helse- og omsorgstjeneste. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Tilstrekkelig bemanning og ressurser i helsevesenet

Vedtak nr. 630, 5. mai 2025

> *«Stortinget ber regjeringen sikre tilstrekkelig bemanning og ressurser i helsevesenet, inkludert rekruttere og ansette flere helsepersonell og øke kapasiteten på sykehus og helsestasjoner.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med Stortingets behandling av Meld. St. 9 (2024–2025), jf. Innst. 242 S (2024–2025).

Som det fremkommer av Meld. St. 5 (2023–2024) *En motstandsdyktig helseberedskap – Fra pandemi til krig i Europa,* er de samlede helse- og omsorgstjenestene kjernen i en motstandsdyktig helseberedskap, og de er Norges største beredskapsressurs. En velfungerende helseberedskap forutsetter tilgang til tilstrekkelig personell med riktig kompetanse, organisatorisk fleksibilitet, prioriteringer og omstilling, god samhandling på tvers av tjenestenivåer og mulighet for å mobilisere reservepersonell. Samtidig vet vi at stabil tilgang til arbeidskraft vil kreve innsats fremover. Regjeringen vil derfor i løpet av 2026 legge frem en helsepersonellplan som går frem til 2040 for å rekruttere og beholde fagkompetanse i helse- og omsorgstjenestene hvor også pårørendeperspektivet og pårørenderollen skal ivaretas. Partene vil involveres i arbeidet. Planen skal blant annet omfatte tiltak innen følgende innsatsområder i) arbeidsmiljø og arbeidsvilkår, ii) ansvars- og oppgavedeling og hensiktsmessig organisering av arbeidsprosesser, iii) teknologi og utstyr og iv) rekruttering til helse- og omsorgstjenestene. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Forebyggende tiltak

Vedtak nr. 631, 5. mai 2025

> *«Stortinget ber regjeringen intensivere innsatsen på forebyggende tiltak, inkludert informasjonskampanjer, vaksinasjonsprogrammer og tiltak for å redusere smittespredning.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med Stortingets behandling av Meld. St. 9 (2024–2025), jf. Innst. 242 S (2024–2025).

Regjeringen deler Stortingets mål om å styrke forebyggende tiltak og har iverksatt en rekke tiltak i tråd med vedtaket. Et sentralt grep er etableringen av et voksenvaksinasjonsprogram med oppstart høsten 2025. Programmet vil bidra til å redusere sykdomsbyrde, sykefravær og dødsfall i befolkningen.

I tillegg gjennomfører Folkehelseinstituttet en rekke kommunikasjonstiltak i 2025, vedrørende voksenvaksinasjonsprogrammet som retter seg til befolkningen og helsetjenesten.

For å styrke beredskapen mot fremtidige smittehendelser arbeides det med en oppdatert plan for pandemihåndtering og alvorlige smittehendelser. Planen vil forankres under Nasjonal helseberedskapsplan og er blant annet basert på erfaringer fra covid-19-pandemien. Folkehelseinstituttet utvikler et system for helhetlig infeksjonsovervåking (Norsurv), som skal modernisere og styrke smittevernarbeidet frem mot 2028.

Kommunenes sykdomsoversikt (Kosy) er også under utrulling og gir kommuneoverleger tilgang til oppdatert statistikk om sykdom, testing og vaksinasjon. Løsningen planlegges tilgjengelig for alle kommuner i løpet av 2025.

Regjeringen har også lansert en nasjonal énhelse-strategi mot antimikrobiell resistens (2024–2033), og det utarbeides en handlingsplan for å styrke smittevern og innsatsen mot resistens. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Beredskapsavtaler mellom privat og offentlig helsetjeneste

Vedtak nr. 632, 5. mai 2025

> *«Stortinget ber regjeringen søke å etablere beredskapsavtaler mellom privat og offentlig helsetjeneste, som er et fremforhandlet rammeverk som kan nyttes i kriser for å sikre at vi på en bedre måte utnytter samfunnets samlede ressurser.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med Stortingets behandling av Meld. St. 9 (2024–2025), jf. Innst. 242 S (2024–2025). Departementet vil følge dette opp videre, og regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Palliativ medisin som påbyggingsspesialitet

Vedtak nr. 704, 20. mai 2025

> *«Stortinget ber regjeringen etablere palliativ medisin som påbyggingsspesialitet, for å sikre nødvendig og spesialisert kompetanse innen lindrende behandling i tråd med tidligere stortingsvedtak, og som erstatning for den nordiske videreutdanningen som avvikles. Stortinget forventer at etableringen av palliativ medisin som påbyggingsspesialitet etableres så raskt som mulig.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med behandling i Stortinget 20. mai 2025 av Dokument 8: 119 S (2024–2025), jf. Innst. 294 S (2024–2025). Departementet vil følge dette opp videre, og regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Videreutvikling av palliativ medisin

Vedtak nr. 705, 20. mai 2025

> *«Stortinget ber regjeringen sikre at det ikke blir opphold i videreutdanningen i palliativ medisin, at kompetanseområdet videreføres inntil en tilfredsstillende spesialistordning er på plass, og at leger med godkjent kompetanseområde godkjennes som spesialister.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med behandling i Stortinget 20. mai 2025 av Dokument 8: 119 S (2024–2025), jf. Innst. 294 S (2024–2025). Vedtaket om å sikre at det ikke blir opphold i videreutdanningen/kompetanseordningen i palliativ medisin ble gitt som oppdrag til Helsedirektoratet i supplerende tildelingsbrev nr. 2 for 2025 av 27. mars som presisering av oppdrag TTB2024/62 og anses oppfylt. Det resterende i anmodningsvedtaket, at leger med godkjent kompetanseområde godkjennes som spesialister, vil følges opp av departementet og regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Plan for bevaring av helsepersonell

Vedtak nr. 753, 26. mai 2025

> *«Stortinget ber regjeringen fortsette og forsterke arbeidet med å rekruttere og beholde personell i helse- og omsorgstjenesten i samarbeid med KS og arbeidstakerorganisasjonene, og lage en plan frem mot 2030 for hele helse- og omsorgssektoren. Målsettingen er å etablere lokal heltidskultur, herunder øke gjennomsnittlig stillingsstørrelser, øke heltidsandelen innen helse- og omsorgstjenestene, sikre mer klinisk kompetanse ute i tjenestene, samt å følge opp arbeidet til Kvinnearbeidshelseutvalget. Planen må komme med tiltak for å beholde helsepersonell og forbedre arbeidsmiljø og arbeidshelse, trappe opp arbeidet med oppgavedeling, kombinerte stillinger og kompetanseheving, inkludert gode praksis- og læreplasser. Planen må romme tiltak for systemisk innføring av personellbesparende teknologi, som KI for turnusplanlegging og implementering og god opplæring i bruk av nye teknologier.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med behandling i Stortinget 26. mai 2025 av Dokument 8:170 S (2024–2025), jf. Innst. 325 (2024–2025). Regjeringen vil i løpet av 2026 legge frem en helsepersonellplan som går frem til 2040 for å rekruttere og beholde fagkompetanse i helse- og omsorgstjenestene hvor også pårørendeperspektivet og pårørenderollen skal ivaretas. Partene vil involveres i arbeidet. Planen skal blant annet omfatte tiltak innen følgende innsatsområder i) arbeidsmiljø og arbeidsvilkår, ii) ansvars- og oppgavedeling og hensiktsmessig organisering av arbeidsprosesser, iii) teknologi og utstyr og iv) rekruttering til helse- og omsorgstjenestene. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Erstatning til ofrene i Varhaug-saken

Vedtak nr. 829, 2. juni 2025

> *«Stortinget ber regjeringen følge opp anbefalingene fra Pasientovergrepsutvalgets rapport fra 2022 og sørge for at man raskt setter i gang arbeidet med en erstatning til ofrene i Varhaug-saken.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med Stortingets behandling av Dokument 8:148 S (2024–2025), jf. Innst. 390 S (2024–2025). Regjeringen har fulgt opp anbefalingene i Pasientovergrepsutvalgets rapport, jf. Prop. 63 L (2023–2024). Regjeringen vil igangsette et arbeid med å etablere en erstatningsordning for ofrene i Varhaug-saken og komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

E-helseløsninger i tannhelsetjenesten

Vedtak nr. 897, 4. juni 2025

> *«Stortinget ber regjeringen sørge for at relevante nasjonale e-helseløsninger blir tilrettelagt for bruk i tannhelsetjenesten.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med behandling av Prop. 124 L (2024–2025) *Endringer i tannhelsetjenesteloven mv. (rett til nødvendig tannhelsehjelp for personer fra 25 til og med 28 år)*, jf. Innst. 458 L (2024–2025). Helsedirektoratet og Norsk helsenett SF samarbeider allerede med tannhelsetjenesten for å tilrettelegge for at tannleger kan ta i bruk relevante nasjonale e-helseløsninger, slik som e-resept, helsenettet og tjenester på Helsenorge. Norsk helsenett SF har teknisk lagt til rette for at tannleger med tjenstlig behov kan benytte flere av de nasjonale e-helseløsningene. Tilgang forutsetter at tannlegene har lokale journalsystemer som støtter tilgang til de nasjonale e-helseløsningene. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Normering av kodeverk for tannhelsetjenesten

Vedtak nr. 898, 4. juni 2025

> *«Stortinget ber regjeringen sørge for at det stilles krav om felles sterkere normering av kodeverk for tannhelsetjenesten.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med behandling av Prop. 124 L (2024–2025) *Endringer i tannhelsetjenesteloven mv. (rett til nødvendig tannhelsehjelp for personer fra 25 til og med 28 år)*, jf. Innst. 458 L (2024–2025).

Helse- og omsorgsdepartementet har vært i dialog med Helsedirektoratet, som vurderer at det ligger til rette for sterkere normering på dette området. Departementet følger opp vedtaket i styringsdialogen med Helsedirektoratet. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Lik data i privat og offentlig tannhelse

Vedtak nr. 899, 4. juni 2025

> *«Stortinget ber regjeringen sørge for innhenting av data fra private tannhelsetilbydere til de nasjonale pasientregistrene på lik linje med den offentlige tannhelsetjenesten.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med behandling av Prop. 124 L (2024–2025) *Endringer i tannhelsetjenesteloven mv. (rett til nødvendig tannhelsehjelp for personer fra 25 til og med 28 år)*, jf. Innst. 458 L (2024–2025) og Lovvedtak 104 (2024–2025). Fra 2022 har det vært hjemmel for å innhente data fra privat tannhelsetjeneste til kommunalt pasient- og brukerregister (KPR). Folkehelseinstituttet har samarbeidet med både den offentlige tannhelsetjenesten og Den norske tannlegeforening i utrednings- og forberedelsesarbeidet for å gjøre datainnhentingen mulig. Det legges opp til at data fra tannhelsetjenestene kan tas inn i KPR i løpet av 2026. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Stortingsmelding om tannhelsetjeneste

Vedtak nr. 900, 4. juni 2025

> *«Stortinget ber regjeringen legge frem en stortingsmelding om oppfølging av anbefalingene i NOU 2024:18 En universell tannhelsetjeneste, med særlig fokus på å redusere geografiske, sosiale og økonomiske forskjeller og gradvis utvide det offentlige ansvaret for tannhelsetjenester, og komme tilbake til Stortinget på egnet måte.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med behandling av Prop. 1 S (2024–2025), jf. Innst. 2 S (2024–2025). Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Styrke helsefellesskapene

Vedtak nr. 901, 4. juni 2025

> *«Stortinget ber regjeringen i konsultasjon med KS vurdere tiltak for å styrke helsefellesskapene slik at de i større grad kan bidra til bedre samhandling mellom kommune og spesialisthelsetjenesten, herunder hvordan det bedre kan legges til rette for tillitsvalgtes deltagelse.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med behandling av Meld. St. 21 (2024–2025) *Helse for alle – Rettferdig prioritering i vår felles helsetjeneste*, jf. Innst. 461 S (2024–2025). Helse- og omsorgsdepartementet og KS er i dialog om hensiktsmessig oppfølging av vedtaket. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Folketrygdfinansierte legemidler

Vedtak nr. 902, 4. juni 2025

> *«Stortinget ber regjeringen sikre at et anbud på folketrygdfinansierte legemidler ikke vil føre til tvungent bytte av legemidler, for pasienter som står på allerede godkjente medisiner.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med Stortingets behandling av Meld. St. 21 (2024–2025) *Helse for alle – Rettferdig prioritering i vår felles helsetjeneste*, jf. Innst. 461 S (2024–2025). Vedtaket blir fulgt opp gjennom løpende styringsdialog med Direktoratet for medisinske produkter. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Alternativkostnaden i helse- og omsorgstjenesten

Vedtak nr. 903, 4. juni 2025

> *«Stortinget ber regjeringen utrede et sikrere anslag på alternativkostnaden for helse- og omsorgstjenesten i Norge, basert på norske data. Stortinget ber regjeringen i mellomtiden, innen utgangen av 2025, gjøre en hurtig utredning basert på tilgjengelige data med mål om å justere dagens alternativkostnad for pris- og produktivitetsutvikling inntil det sikrere anslaget er på plass.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med Stortingets behandling av Meld. St. 21 (2024–2025) *Helse for alle – Rettferdig prioritering i vår felles helsetjeneste*, Innst. 461 S (2024–2025). Det er gitt oppdrag til Direktoratet for medisinske produkter i samarbeid med Helsedirektoratet om å gjennomføre en hurtig utredning. Direktoratene er bedt vurdere å benytte en ekstern referansegruppe i arbeidet. Fristen er 30. desember. Direktoratene har også fått i oppdrag med frist 15. februar å utarbeide et mandat for en ekstern anskaffelse av en utredning med mål om å utarbeide anslag på alternativkostnaden for helse- og omsorgstjenesten i Norge, basert på norske data. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Åpenhet i markedene for medisinske produkter

Vedtak nr. 904, 4. juni 2025

> *«Stortinget ber regjeringen sørge for at Norge tar en ledende rolle i å arbeide for større åpenhet i markedene for medisinske produkter i internasjonale fora.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med Stortingets behandling av Meld. St. 21 (2024–2025) *Helse for alle – Rettferdig prioritering i vår felles helsetjeneste*, Innst. 461 S (2024–2025). Vedtaket blir fulgt opp gjennom løpende arbeid med nordisk samarbeid i Nordisk legemiddelforum samt departementets ledende rolle i WHO EUROs Novel Medicines Platform. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Profesjonsnøytrale takster

Vedtak nr. 906, 5. juni 2025

> *«Stortinget ber regjeringen utrede innføring av profesjonsnøytrale takster i hele fastlegeordningen. Utredningen skal foreligge innen mars 2026.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med behandlingen av Meld. St. 23 (2024–2025) *Fornye, forsterke, forbedre*. Helse- og omsorgsdepartementet har gitt Helsedirektoratet i oppdrag å utrede en fremtidig finansieringsmodell for fastlegeordningen, inkludert profesjonsnøytrale takster. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Ideelle og frivillige aktører i akuttberedskapen

Vedtak nr. 907, 5. juni 2025

> *«Stortinget ber regjeringen inkludere ideelle og frivillige aktører som samarbeidspartnere i arbeidet med å utvikle akuttberedskap og lavterskel helsetjenester, og sikre dem forutsigbare og stabile rammevilkår.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med Stortingets behandling av Meld. St. 23 (2024–2025), jf. Innst. 460 S (2024–2025). De regionale helseforetakene er blitt enige med Røde Kors og Norsk Folkehjelp om en ny nasjonal samarbeidsavtale som gir den frivillige helseberedskapen økt forutsigbarhet og bedre rammevilkår for å utvikle seg. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Forskrivningsrett for sykepleiere

Vedtak nr. 908, 5. juni 2025

> *«Stortinget ber regjeringen utrede forskrivningsrett i legenær praksis for sykepleiere med spesialisering i avansert klinisk allmennsykepleie.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med behandling av Meld. St. 23 (2024–2025) *Fornye, forsterke, for-*

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

Forebygging og helsefremmende arbeid i fastlegetjenesten

Vedtak nr. 909, 5. juni 2025

> *«Stortinget ber regjeringen sikre at forebygging og helsefremmende arbeid blir en bedre integrert og finansiert del av fastlegetjenesten, med særlig vekt på barn, unge og eldre med sammensatte behov.*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med behandlingen av Meld. St. 23 (2024–2025) *Fornye, forsterke, forbedre*. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Forskrift om helsetjeneste ved samskipnadene

Vedtak nr. 910, 5. juni 2025

> *«Stortinget ber regjeringen å endre forskrift om helsetjeneste ved samskipnadene slik at alle studentsamskipnader kan opprette fastlegetjenester slik Studentsamskipnaden i Oslo (SiO) kan i dag, for å sikre at forskriften gjelder alle landets studenter.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med behandlingen av Meld. St. 23 (2024–2025) *Fornye, forsterke, forbedre*. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Evaluering av endringer i helsetilsynsloven mv. (ny meldeordning for alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenester)

Vedtak nr. 912, 5. juni 2025

> *«Stortinget ber regjeringen om å sikre en helhetlig evaluering lovendringene vedtatt ved behandlingen av Prop. 121 L (2024–2025), med sikte på å vurdere hvordan endringene påvirker pasient- og brukersikkerheten og arbeidet med læring og å forebygge lignende hendelser i fremtiden. Evalueringen skal gjennomføres etter to år og senest foreligge ett år etter påbegynt evaluering.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med behandlingen av Prop. 121 L (2024–2025) *Endringer i helsetilsynsloven mv. (ny meldeordning for alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenesten)*, jf. Innst. 459 L (2024–2025). Loven trer i kraft fra den tiden Kongen bestemmer. Evalueringen kan først starte når det er gått to år etter ikrafttredelsen. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Evaluering av endringer i helseforskningsloven (vilkår for medisinsk og helsefaglig forskning og for bruk av helseopplysninger i forskning)

Vedtak nr. 913, 5. juni 2025

> *«Stortinget ber regjeringen sikre en evaluering av helseforskningsloven når endringene i loven har virket i to år.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med behandlingen av Prop. 109 L (2024–2025) *Endringer i helseforskningsloven mv. (vilkår for medisinsk og helsefaglig forskning og for bruk av helseopplysninger i forskning)*, jf. Innst. 400 L (2024–2025). Loven trer i kraft fra den tiden Kongen bestemmer. Evalueringen kan først starte når det er gått to år etter ikrafttredelsen. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Evaluering av forskrift om markedsføring av visse næringsmidler særlig rettet mot barn

Vedtak nr. 914, 5. juni 2025

> *«Stortinget ber regjeringen evaluere forskrift om forbud mot markedsføring av visse næringsmidler særlig rettet mot barn og tilhørende overtredelsesgebyr etter 2 år.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med Stortingets behandling av Prop. 125 L (2024–2025) *Endringer i matloven (hjemmel for overtredelsesgebyr ved brudd på forskrift)*. I tildelingsbrevet til Folkehelseinstituttet av 20. januar 2025 ligger det et oppdrag om å evaluere markedsføringsforbudet. Departementet vil følge opp dette med Folkehelseinstituttet, og regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Iverksettelse av endring i matloven

Vedtak nr. 915, 5. juni 2025

> *«Stortinget ber regjeringen sikre at endringer i matloven (hjemmel for overtredelsesgebyr ved brudd på forskrift) iverksettes 1. januar 2027.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med Stortingets behandling av Prop. 125 L (2024–2025) *Endringer i matloven (hjemmel for overtredelsesgebyr ved*

brudd på forskrift). I statsråd 20. juni 2025 ble lovendringen iverksatt fra 1. januar 2027. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Hjemmel til henvisning for russaker

Vedtak nr. 961, 10. juni 2025

> *«Stortinget ber regjeringen fremme nødvendige lovendringer slik at relevante offentlige etater har hjemmel til henvisning til frivillig oppmøte hos rådgivende enhet for russaker, og at rådgivende enhet har ansvar for å møte personer som er henvist av slike etater.»*

Vedtaket ble truffet ved behandling av Prop. 112 L (2024–2025) *Endringer i straffeloven og legemiddelloven mv. (befatning med mindre mengder narkotika til egen bruk)*, jf. Innst. 518 L (2024–2025). Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Vilkår om ruskontroll hos rådgivende enhet for russaker

Vedtak nr. 962, 10. juni 2025

> *«Stortinget ber regjeringen fremme lovforslag om å endre helse- og omsorgstjenesteloven § 3-9 c første ledd, slik at vilkår om ruskontroll i medhold av straffeloven § 37 første ledd bokstav d, ikke kan gjennomføres hos rådgivende enhet for russaker.»*

Vedtaket ble truffet ved behandling av Prop. 112 L (2024–2025) *Endringer i straffeloven og legemiddelloven mv. (befatning med mindre mengder narkotika til egen bruk)*, jf. Innst. 518 L (2024–2025). Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Langtidsopphold for barn med store og samansette behov

Vedtak nr. 999, 11. juni 2025

> *«Stortinget ber regjeringa sikre at langtidsopphald for barn med store og samansette behov blir varetatt i den varsla kapasitetsauka i døgnplassar i BUP, og gi helseføretaka plikt til å prioritere barn i barnevernsinstitusjon, og kome attende til Stortinget på eigna måte.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med Stortingets behandling av Prop. 83 L (2024–2025) *Endringer i barnevernsloven mv. (kvalitetsløftet i barnevernet)*, jf. Innst. 524 L (2024–2025). De regionale helseforetakene vil styrke hele behandlingskjeden for mennesker med langvarige og sammensatte behov, også for barn i barnevernet. I dette inngår polikliniske tilbud og videreføring av arbeidet med ambulante team. Varighet av både poliklinisk, ambulante og døgntilbud må tilpasses barnas individuelle behov. Som del av samlet behandlingstilbud er de regionale helseforetakene bedt om å utarbeide og iverksette en nasjonal plan for utbygging av tjenestetilbudet for barn og unge med rusmiddelproblemer. De regionale helseforetakene har også i tilleggsdokument til oppdragsdokument 2025 fått i oppdrag å lage en konkret og tidfestet plan for hvordan døgnkapasiteten i regionene skal økes, i tråd med gjeldende fremskrivningsmodell. Helsedirektoratet har i 2025 fått i oppdrag å vurdere behov for endringer i regelverk, prioriteringsveiledere og/eller faglige retningslinjer når det gjelder spesialisthelsetjenestens prioritering av helsehjelp til barn med tiltak i barnevernet. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Barnevernsinstitusjoner og helseteam

Vedtak nr. 1002, 11. juni 2025

> *«Stortinget ber regjeringa så snart som mogleg syte for at alle barnevernsinstitusjonar er knytte til eit helseteam.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med Stortingets behandling av Prop. 83 L (2024–2025) *Endringer i barnevernsloven mv. (kvalitetsløftet i barnevernet)*, jf. Innst. 524 L (2024–2025). De regionale helseforetakene fikk i 2024 i oppdrag å planlegge for at alle barnevernsinstitusjoner er tilknyttet et ambulant spesialisthelsetjeneste-team forankret i psykisk helsevern barn og unge, med kompetanse innen psykisk helse og ruslidelser. Alle regioner rapporterer om at arbeidet med slike tilbud er igangsatt og at det i all hovedsak bygges på eksisterende ambulante team eller tilsvarende tilbud i psykisk helsevern barn og unge. Regionene viderefører arbeidet gjennom styrking av eksisterende tilbud, alternative modeller og/eller samarbeid med kommunene og barnevernet for å imøtekomme behovene for helsehjelp til barn i barnevernsinstitusjoner og veiledning til personellet. Det rapporteres om utilstrekkelig kapasitet, særlig i områder med et høyt antall barnevernsinstitusjoner. Fra 2026 foreslås det derfor å styrke tilbudene i alle de regionale helseforetakene med 40 mill. kroner slik at alle barnevernsin-

stitusjoner er tilknyttet et helseteam. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Sikkerhetspsykiatrisk tilbud til barn under 18 år

Vedtak nr. 1003, 11. juni 2025

> *«Stortinget ber regjeringa snarast opprette sikkerheitspsykiatrisk tilbod for barn under 18 år.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med Stortingets behandling av Prop. 83 L (2024–2025) *Endringer i barnevernsloven mv. (kvalitetsløftet i barnevernet)*, jf. Innst. 524 L (2024–2025). De regionale helseforetakene har på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet utarbeidet en «Overordnet plan for sikkerhetspsykiatri og øvrige tiltak for personer på dom til overføring til tvungent psykisk helsevern». Videre har de utredet tiltak som går på tvers av regionene, og som krever samarbeid og enighet om løsninger, herunder etablering av et sikkerhetspsykiatrisk tilbud til barn og unge under 18 år. Forslagene er styrebehandlet i alle regionale helseforetak våren 2025, herunder anbefaling om at tilbudet organiseres som regionale tilbud med interregionale fagnettverk og at det bør inneha døgnbehandling og ambulant/veiledende virksomhet. Målgruppens størrelse og behov er svært usikker, og det anbefales derfor en foreløpig evaluering av tilbudets omfang og innretning etter to år. De regionale helseforetakene vil etablere et sikkerhetspsykiatrisk tilbud til barn og unge i samsvar med planen og tilgjengelige budsjettmidler til formålet. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Ansvarsfordeling i rehabiliterings- og habiliteringstjenester

Vedtak nr. 1032, 12. juni 2025

> *«Stortinget ber regjeringen ikke foreta endringer i ansvarsfordeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten for rehabiliterings- og habiliteringstjenester frem til det er foretatt en helhetlig faglig gjennomgang av det samlede rehabiliterings- og habiliteringstilbudet.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med behandling av Dokument 8: 265 S (2024–2025) om å sikre pasienter likeverdig tilgang til rehabilitering, jf. Innst. 329 S (2024–2025). Regjeringen viser til at det i Meld. St. 9 (2024–2027) *Nasjonal helse- og samhandlingsplan* omtales oppgave- og ansvarfordeling innen rehabilitering, hvor det vises til at regjeringen støtter vurderinger fra Helsedirektoratet om ansvarsfordelingen innen rehabilitering bør videreføres slik den står beskrevet i dagens veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator. Regjeringen viser også til at Helsedirektoratet jobber, på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet, med utarbeidelse av nasjonale handlingsplaner innen habilitering og rehabilitering. Anmodningsvedtaket må ses i sammenheng med oppfølging av anmodningsvedtak nr. 1033 (2024–2025). Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Gjennomgang av rehabiliterings- og habiliteringstilbudet

Vedtak nr. 1033, 12. juni 2025

> *«Stortinget ber regjeringen foreta en helhetlig faglig gjennomgang av det samlede rehabiliterings- og habiliteringstilbudet og legge frem en fremskriving av behovet for både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten frem mot 2040.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med behandling av Dokument 8: 265 S (2024–2025) om å sikre pasienter likeverdig tilgang til rehabilitering, jf. Innst. 329 S (2024–2025). Regjeringen viser til at Helsedirektoratet utarbeider nasjonal plan for rehabilitering. Regjeringen vil gi oppdrag til Helsedirektoratet. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Fødetilbud med lavere intervensjon

Vedtak nr. 1034, 12. juni 2025

> *«Stortinget ber regjeringen sikre at alternative fødetilbud med lavere intervensjon, som ABC-modeller, tilrettelegges og videreutvikles innenfor spesialisthelsetjenesten.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med behandling av Dokument 8:272 S (2024–2025), jf. Innst. 380 (2024–2025).

Stortingets behandling av Nasjonal helse- og samhandlingsplan ga føringer for å sikre gravide kvinner et helhetlig tilbud i svangerskap, fødsel og barsel. Det er satt i gang nye tilbud som gir forsvarlige og samtidig individuelt tilpassede, fleksible fødetilbud. Mange av kvalitetene som ABC representerer, er med i utviklingen av tilbudet på mange fødeavdelinger. Flere steder i landet utvikles fødetilbud som følger fødende i svangerskapet, gjennom fødselen og i barselperioden.

På landets største fødeavdeling ved Oslo universitetssykehus, planlegges fødeavdelingen på Nye Aker sykehus med fleksible fødestuer, hvor fødslene kan planlegges med lav intervensjon, men hvor rommene kan omgjøres til å tilby mer intervensjon hvis det blir nødvendig. Det blir også multifunksjonsrom som kan benyttes til forberedelse til fødsel, fødsler og til barsel.

Min jordmor er et tilbud som er etablert i Vestre Viken HF. Forskning viser at en helhetlig omsorgsmodell gir økt trygghetsfølelse for den gravide og høyere andel normale fødsler. Regjeringen ønsker gjennom innføring av omsorgsmodellen Min jordmor å sikre at alle gravide som kan føde med mindre intervensjon får muligheten til dette. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Vurderinger ved eventuelle fremtidige endringer i vertskommunetilskuddet

Vedtak nr. 1226, 20. juni 2025

> «*Stortinget ber regjeringen ta særlig hensyn til kommuner hvor vertskommunetilskuddet utgjør en betydelig del av det totale helse- og omsorgstjenestebudsjettet ved eventuelle fremtidige endringer i tilskuddsordningen, samt gjøre en konkret vurdering av disse kommunenes økonomiske situasjon i forbindelse med statsbudsjettet for 2026.*»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Meld. St. 2 (2024–2025), jf. Innst. 540 S (2024–2025).

Ved forslag til innretning for tilskuddet vurderer regjeringen flere forhold, herunder også særskilt situasjonen for kommunene der vertskommunetilskuddet utgjør en betydelig del av det totale helse- og omsorgstjenestebudsjettet. Det vurderes at Kvæfjord, Vestnes, Søndre Land og Saltdal er kommunene hvor tilskuddet utgjør størst andel sett opp mot utgiftene.

Det er tatt særlig hensyn til kommunene der vertskommunetilskuddet utgjør størst andel sett opp mot utgiftene, ved at rammereduksjonen i tilskuddet i 2026 fordeles etter befolkningsstørrelse.

Regjeringen har også vurdert den økonomiske situasjonen til kommunene som mottar vertskommunetilskuddet i 2025. Det er stor variasjon i den økonomiske situasjonen til landets kommuner, og dette gjelder også blant kommunene som mottar vertskommunetilskudd. Ingen av vertskommunene var registrert i ROBEK per 12. august 2025. Nivået på sentrale økonomiske indikatorer som netto driftsresultat, disposisjonsfond og gjeldsnivå varierer mellom vertskommunene, på samme måte som for øvrige kommuner.

Netto driftsresultat er hovedindikatoren for økonomisk balanse i kommunesektoren, og vertskommunene skiller seg ikke vesentlig fra andre kommuner på denne indikatoren. For mange kommuner var den økonomiske situasjonen i 2024 krevende, og i underkant av 60 pst. av alle kommuner hadde et negativt driftsresultat i 2024. Andelen kommuner med negativt driftsresultat var den samme blant vertskommunene som blant øvrige kommuner.

Den økonomiske situasjonen varierer også blant kommunene der vertskommunetilskuddet utgjør størst andel av utgiftene til helse- og omsorgstjenester. Både Kvæfjord og Vestnes hadde positive netto driftsresultater hvert av årene i perioden 2022–2024. Søndre Land og Saltdal har hatt negative driftsresultater de siste årene. Nivået på oppsparte midler (fri egenkapital i drift eller disposisjonsfond) varierer også mellom kommunene. Kvæfjord har betydelige oppsparte midler, mens disposisjonsfondene for de øvrige tre var under landsgjennomsnittet ved utgangen av 2024. Alle de fire kommunene har et gjeldsnivå under landsgjennomsnittet.

Den økonomiske situasjonen varierer altså mellom vertskommunene, på samme måte som mellom kommunene ellers. Regjeringen mener at økonomisk balanse i kommunesektoren er viktig for tjenestetilbudet til innbyggerne i alle kommuner, og har derfor lagt opp til en betydelig inntektsvekst i de årlige statsbudsjettene.

Ytterligere informasjon og vurderinger rundt helheten i kommuneøkonomien er fyldig beskrevet i kommuneproposisjonen for 2026 og Prop. 1 S (2025–2026) for Kommunal- og distriktsdepartementet. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Forsøksordning i Helse Nord vedr. nødvendig overnatting

Vedtak nr. 1236, 20. juni 2025

> *«Stortinget ber regjeringen innføre en forsøksordning der Helse Nord kan refundere et høyere beløp for nødvendig overnatting.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med behandlingen av Prop. 146 S (2024–2025), jf. Innst. 540 S (2024–2025). Helse- og omsorgsdepartementet har den 4. juli sendt revidert oppdragsdokument til Helse Nord RHF der det vises til vedtaket og spesifiseres at «Helse Nord RHF skal etablere et

arbeid med sikte på å ha en slik forsøksordning iverksatt så fort som mulig.» Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

God drift og arbeidsmiljø ved nye sykehus

Vedtak nr. 1249, 20. juni 2025

> *«Stortinget ber regjeringen sørge for, ved bygging av nye eller utvidelse av eksisterende sykehus, at det legges til rette for god drift og godt arbeidsmiljø. Dette inkluderer gode garderobefasiliteter med mulighet for oppbevaring av sko og personlige eiendeler. Løsningene skal utarbeides i nært samarbeid med tillitsvalgte.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med behandling av Meld. St. 2 (2024–2025), jf. Innst. 540 S (2024–2025). Vedtaket vil bli fulgt opp med oppdrag til de regionale helseforetakene i oppdragsdokumentet for 2026. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

3.2 Stortingssesjon (2023–2024)

Sikre kvinnehelse i Nasjonal helse- og samhandlingsplan

Vedtak nr. 3, 5. oktober 2023

> *«Stortinget ber regjeringen sikre at kvinnehelse blir en sentral del av nasjonal helse- og samhandlingsplan og at det legges frem konkrete forslag til tiltak og en plan slik at kvinnehelse blir behandlet i Stortinget.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med trontaledebatten 5. oktober 2023. Regjeringen viser til plan for arbeidet med kvinnehelse og om innholdet i regjeringens kvinnehelsestrategi omtalt i Meld. St. 9 (2023–2024) *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027 – Vår felles helsetjeneste.* Her er det tatt inn et eget kapittel 7 om En sammenhengende, trygg og helhetlig svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg og et underkapittel 3.4 om Kvinnehelse. I kapittel 7 utkvitteres forslagene fra Kvinnehelseutvalget innenfor svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen (NOU 2023: 5 *Den store forskjellen – Om kvinners helse og betydningen av kjønn for helse)*. I 3.4 beskrives planen for arbeidet med kvinnehelsestrategien. I tillegg presenteres forslag fra Kvinnehelseutvalget som regjeringen har fulgt opp, som styrking av helsestasjon- og skolehelsetjenesten, arbeidet med å styrke tilbudet til kvinner med plager som endometriose og lymfødem og nedsettelse av utvalg som skal se på kvinners arbeidshelse. Regjeringen presenterer også hvordan forslagene fra Kvinnehelseutvalget skal innlemmes i pågående arbeid, som i opptrappingsplan for psykisk helse og i opptrappingsplan mot vold mot barn og vold i nære relasjoner. Nasjonal helse- og samhandlingsplan ble behandlet i Stortinget 28. mai 2024 jf. Innst. 387 S (2023–2024). Stortinget gjorde følgende vedtak knyttet til kjønnsperspektivet i helse og kvinnehelse: Vedtak nr. 2, 3, 4 og 5, 28. mai 2024. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Helseutfordringer knyttet til rasisme og diskriminering

Vedtak nr. 121, 7. desember 2023

> *«Stortinget ber regjeringen i oppfølgingen av opptrappingsplanen inkludere de psykiske helseutfordringene mennesker som utsettes for rasisme og diskriminering opplever, samt sikre at helsetjenestene får mer kunnskap om disse sammenhengene.»*

Vedtaket ble truffet ved behandling av Meld. St. 23 (2022–2023) *Opptrappingsplan for psykisk helse (2023–2033)*, jf. Innst. 108 S (2023–2024). Regjeringen har gjort mye for å motvirke rasisme og diskriminering, blant annet gjennom *Handlingsplan mot rasisme og diskriminering – Ny innsats 2024–2027*. Planen er rettet mot rasisme og diskriminering som ungdom opplever, og den vektlegger innsatsen i kommuner og lokalsamfunn. Handlingsplanen skal bidra til regjeringens mål om å bygge et samfunn med sterkere fellesskap og like muligheter for alle. Folkehelseinstituttet har videre fått i oppdrag om å skaffe oversikt over hvordan sammenhengen mellom opplevd rasisme og diskriminering og helse adresseres i eksisterende undersøkelser og vurdere om det er behov for å sammenstille og videreutvikle disse for å kartlegge sammenhengen mellom rasisme, diskriminering og helse nærmere. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Oppfølging av spesialister som arbeider med psykisk helsevern

Vedtak nr. 122, 7. desember 2023

> *«Stortinget ber regjeringen komme tilbake med en plan for oppfølging av nyutdannede og etablerte spesialister i psykisk helsevern, med mål*

om at flere opplever en god arbeidshverdag og at færre slutter.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Meld. St. 23 (2022–2023) *Opptrappingsplan for psykisk helse (2023–2033)*, jf. Innst. 108 S (2023–2024). Regjeringen har lagt frem Meld. St. 9 (2023–2024*) Nasjonal helse- og samhandlingsplan*. Meldingen legger de overordnede rammene for regjeringens politikk for å rekruttere, kvalifisere, utvikle og beholde arbeidskraft i helse- og omsorgstjenestene, herunder også for nyutdannede og etablerte spesialister i psykisk helsevern. Arbeidet for å sikre nok fagfolk til den offentlige helse- og omsorgstjenesten pågår med en samtidig innsats innen områdene i) arbeidsmiljø og arbeidsvilkår, ii) oppgavedeling og effektiv organisering og iii) rekruttering, kvalifisering og kompetanseutvikling. Departementet følger opp arbeidet for å sikre arbeidskraft. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Helseteam i barneverntjenesten

Vedtak nr. 123, 7. desember 2023

«Stortinget ber regjeringen komme tilbake til Stortinget med forslag til hvordan en ordning med helseteam i barneverntjenesten kan se ut, og eventuelt andre tiltak som må på plass for å sikre at barn i barnevernsinstitusjon får den oppfølgingen innen psykisk helsehjelp de har rett på.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Meld. St. 23 (2022–2023) *Opptrappingsplan for psykisk helse (2023–2033)*, jf. Innst. 108 S (2023–2024). De regionale helseforetakene fikk i 2024 i oppdrag å planlegge for at alle barnevernsinstitusjoner er tilknyttet et ambulant spesialisthelsetjeneste-team forankret i psykisk helsevern barn og unge, med kompetanse innen psykisk helse og ruslidelser. Alle regioner rapporterer om at arbeidet med slike tilbud er igangsatt og at det i all hovedsak bygges på eksisterende ambulante team eller tilsvarende tilbud i psykisk helsevern barn og unge. Regionene viderefører arbeidet gjennom styrking av eksisterende tilbud, alternative modeller og/eller samarbeid med kommunene og barnevernet for å imøtekomme behovene for helsehjelp til barn i barnevernsinstitusjoner og veiledning til personellet. Det rapporteres om utilstrekkelig kapasitet, særlig i områder med et høyt antall barnevernsinstitusjoner. Fra 2026 foreslås det derfor å styrke tilbudene i alle de regionale helseforetakene med 40 mill. kroner. Helsedirektoratet har i 2025 fått i oppdrag, i samarbeid med Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet og de regionale helseforetakene, å utarbeide nasjonale faglige anbefalinger om nærmere innretning av og faglige råd fra helseteam. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Personlige økonomiske hensyn i det selvmordsforebyggende arbeidet

Vedtak nr. 124, 7. desember 2023

«Stortinget ber regjeringen sikre at tiltak for å avdekke og håndtere gjeldsproblematikk og økonomiske problemer får en plass i det selvmordsforebyggende arbeidet.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Meld. St. 23 (2022–2023) *Opptrappingsplan for psykisk helse (2023–2033)*, jf. Innst. 108 S (2023–2024). Regjeringen har besluttet at det skal utarbeides en ny, spisset handlingsplan for forebygging av selvmord. Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet har fått i oppdrag å gi anbefalinger om innsatsområder, resultatmål og tiltak i en ny handlingsplan. Etatene er særskilt bedt om forslag til tiltak for å adressere sammenhengen mellom økonomiske problemer/gjeld og selvmord. Frem til ny handlingsplan foreligger, vil Handlingsplan for forebygging av selvmord 2020–2025 – Ingen å miste følges opp og forlenges. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Konkrete tiltak i opptrappingsplan psykisk helse

Vedtak nr. 125, 7. desember 2023

«Stortinget ber regjeringen sikre at opptrappingsplanen for psykisk helse inneholder konkrete tiltak og ressurser som gjør en reduksjon av mekaniske tvangsmidler mulig, herunder ressurser til økt bemanning og kompetanseheving.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Meld. St. 23 (2022–2023) *Opptrappingsplan for psykisk helse (2023–2033)*, jf. Innst. 108 S (2023–2024). I tråd med omtalen av tvang i opptrappingsplanen ble de regionale helseforetakene i oppdragsdokumentet for 2025 bedt om å «i samarbeid og under ledelse av Helse Sør-Øst RHF gjennomgå bruk av tvangsmidler og tvangsinnleggelser i psykisk helsevern som grunnlag for å forebygge tvang bedre, og sørge for at alle tvangsvedtak registreres i EPJ etter gjeldende mal. Arbeidet som omhandler tvungne innleggelser gjøres i samarbeid med kommunene, herunder legevakt.» Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Stortingsmelding om BPA

Vedtak nr. 489, 15. februar 2024

> *«Stortinget ber regjeringen følge opp vedtak 742 (2022–2023) om en stortingsmelding om brukerstyrt personlig assistanse snarest, og ber om at meldingen legges frem senest innen utgangen av 2024.»*

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:49 (2023–2024), jf. Innst. 189 S (2023–2024). Det var ikke mulig å legge frem en stortingsmelding om et så omfattende og viktig tema som brukerstyrt personlig assistanse innenfor den tidsfristen Stortinget har anmodet om. Selv om NOU 2021: 11 *Selvstyrt er velstyrt* er et godt utgangspunkt for et slikt arbeid, kom det under høringen av utvalgets innstilling, og i det etterfølgende arbeidet opp problemstillinger som det er nødvendig å få utredet videre. Helse- og omsorgsdepartementet vil nedsette et ekspertutvalg for å få utredet disse problemstillingene. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Frivillighetens rolle i helseberedskapen

Vedtak nr. 543, 4. april 2024

> *«Stortinget ber regjeringen sikre at frivillighetens rolle i helseberedskapen styrkes, og at de frivillige organisasjonene integreres i planverk og øvelser.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med Stortingets behandling av Meld. St. 5 (2023–2024) *En motstandsdyktig helseberedskap – Fra pandemi til krig i Europa*, jf. Innst. 220 S (2023–2024). Regjeringen viser til at det i Meld. St. 5 (2023–2024) legges til rette for at frivillig sektor blir bedre integrert i helseberedskapen, både regulatorisk, i avtaler, i planer og øvelser og at det legges opp til tettere dialog med frivillige organisasjoner blant annet gjennom et årlig dialogmøte mellom Helse- og omsorgsdepartementet og frivillige organisasjoner. Det første årlige dialogmøtet har funnet sted. I den nye helseberedskapsmodellen som er etablert skal utvalgene ha kontakt og samarbeid med frivillige organisasjoner der det er relevant. I Nasjonal helseberedskapsplan, som er det overordnede rammeverket for helse- og omsorgsektorens håndtering av alle typer kriser og katastrofer, er frivillig sektor inkludert. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Overgrepsmottak for barn

Vedtak nr. 612, 7. mai 2024

> *«Stortinget ber regjeringen påse at overgrepsutsatte barn gis rett til et akuttilbud og et likeverdig helsetjenestetilbud som voksne overgrepsutsatte.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med Stortingets behandling av Prop. 36 S (2023–2024) *Opptrappingsplan mot vold og overgrep mot barn og vold i nære relasjoner (2024–2028)*. Regjeringen viser til at barn og unge utsatt for vold og overgrep ivaretas på barne- og ungdomsavdelingene. Helsedirektoratet har fått i oppdrag å utarbeide en retningslinje eller veileder for medisinsk og psykososial ivaretakelse av barn og unge som er utsatt for seksuelle overgrep, jf. Prop. 36 S (2023–2024*) Opptrappingsplan mot vold og overgrep mot barn og vold i nære relasjoner*. Retningslinjen vil bidra til et godt og likeverdig akuttilbud ved barne- og ungdomsavdelingene. Arbeidet med retningslinjen pågår. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Intervensjonsprogram for førstegangsforeldre

Vedtak nr. 614, 7. mai 2024

> *«Stortinget ber regjeringen i forbindelse med revidert nasjonalbudsjett for 2024 igangsette et prøveprosjekt i minst ti kommuner av ulik størrelse, med sikte på å innføre et universelt intervensjonsprogram rettet mot førstegangsforeldre i løpet av første halvdel av planperioden. Regjeringen bes komme nærmere tilbake til finansieringen i forbindelse med statsbudsjettet for 2025.»*

Vedtaket ble truffet ved behandling av Prop. 36 S (2023–2024) *Opptrappingsplan mot vold og overgrep mot barn og vold i nære relasjoner – Trygghet for alle*, jf. Innst. 259 S (2023–2024). Dette er fulgt opp gjennom helhetlig tiltak slik de presenteres i Meld. St. 28 (2024–2025) *Tro på framtida – uansett bakgrunn*. Regjeringen har besluttet å etablere en tverrsektoriell tilskuddsordning for helhetlig og forebyggende innsats i kommunene (programfinansiering) rettet mot barn og unge i 2026. Dette gjøres gjennom å foreslå å omdisponere midler fra andre øremerkede tilskuddsordninger som i dag går til kommunenes arbeid med å sikre gode oppvekstvilkår for barn og unge. Fra 2026 foreslår regjeringen 520 mill. kroner til formålet. Ordningen skal støtte opp under kommunenes forebyggende arbeid og bidra til målrettet og helhetlig innsats for barn og unge. Tilskuddsordningen vil

legge til rette for mer tverrfaglige tjenester og tilbud til kommende og nye familier, barn og unge. Ordningen vil bidra til å oppfylle regjeringens ambisjon om et helhetlig og godt tilbud fra de viktige første 1000 dagene, gjennom barndom og ungdomstid og inn i voksenlivet.

Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Tjeneste med integrert ettervern

Vedtak nr. 628, 14. mai 2024

> *«Stortinget ber regjeringen sørge for at det snarest utvikles en tjeneste med integrert ettervern som inkluderer brukerstyrte plasser, i samarbeid med kommunene.»*

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:82 S (2023–2024), jf. Innst. 269 S (2023–2024). I forbindelse med revidert nasjonalbudsjett 2024, jf. Prop. 104 S (2023–2024) og Innst. 447 S (2023–2024), ble de regionale helseforetakene styrket med 50 mill. kroner til å styrke døgntilbudet til pasienter med rusmiddellidelser og sikre oppfølging av rusmiddelavhengige etter døgnbehandling (integrert ettervern). I tilleggsdokument etter Stortingets behandling av Prop. 104 S (2023–2024) fikk de regionale helseforetakene i oppdrag innen rusmiddelfeltet å *utvikle en tjeneste med integrert ettervern som inkluderer brukerstyrte plasser, i samarbeid med kommunene*. God samhandling er nødvendig både for å legge til rette for det som skal skje under tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), og for det som skal skje etter utskrivning fra døgnbehandling. Pasientene i TSB er på ulike stadier før behandlingsstart, og helseforetakene og kommunene må etablere kontakt tidlig i forløpet. Helseforetakene må også koordinere videre forløp etter utskrivning fra døgnbehandling. Det skal etableres brukerstyrte døgnplasser i helseforetakene, som gjør det enklere å oppsøke slike tilbud – uavhengig av hvor døgnbehandlingen er gjennomført. Det er viktig å sikre bruker- og pårørendemedvirkning i utviklingen av tilbudet. Se nærmere omtale i del III der det blant annet fremgår at Helse Sør-Øst RHF har etablert en nasjonal arbeidsgruppe som svar på oppdraget. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Behandlingstilbudet til voldsutsatte kvinner med ruslidelse i spesialisthelsetjenesten

Vedtak nr. 629, 14. mai 2024

> *«Stortinget ber regjeringen sørge for at det snarest bygges opp kapasitet i behandlingstilbudet til voldsutsatte kvinner med ruslidelse i spesialisthelsetjenesten.»*

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:82 S (2023–2024), jf. Innst. 269 S (2023–2024). I forbindelse med revidert nasjonalbudsjett 2024, jf. Prop. 104 S (2023–2024) og Innst. 447 S (2023–2024), ble de regionale helseforetakene styrket med 50 mill. kroner til å styrke døgntilbudet til pasienter med rusmiddellidelser og sikre oppfølging av rusmiddelavhengige etter døgnbehandling (integrert ettervern). I tilleggsdokument etter Stortingets behandling av Prop. 104 S (2023–2024) fikk de regionale helseforetakene i oppdrag å sørge for at det bygges opp kapasitet i behandlingstilbudet til voldsutsatte kvinner med ruslidelse i spesialisthelsetjenesten. Voldsutsatte kvinner med ruslidelse er blant de mest sårbare pasientene med behov for de mest spesialiserte tjenestene. Kunnskapsbaserte tilbud skal bygges opp i helseforetakene, som dekker samtidige behov for helsehjelp både fra psykisk helsevern og somatikk, i tillegg til døgntilbud innen TSB. Se nærmere omtale i del III der de regionale helseforetakenes rapportering på oppdraget er nærmere omtalt. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Følgeforskning i forbindelse med TSB

Vedtak nr. 630, 14. mai 2024

> *«Stortinget ber regjeringen sørge for at det igangsettes følgeforskning i forbindelse med videreutviklingen av tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og integrert ettervern.»*

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:82 S (2023–2024), jf. Innst. 269 S (2023–2024). Det er sendt ut tilleggsdokument til de regionale helseforetakene etter Stortingets behandling av Prop. 104 S (2023–2024). Her fremgår det at det skal legges til rette for følgeforskning i forbindelse med videreutviklingen av TSB og integrert ettervern. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Godkjenningsordning for kommersielle helseaktører

Vedtak nr. 684, 4. juni 2024

> *«Stortinget ber regjeringen i løpet av stortingsperioden innføre en godkjenningsordning for kommersielle helseaktører. En slik ordning skal sikre kvalitet og faglig forsvarlighet i kommersielle tjenester. Det må innføres mekanismer der staten har mulighet til å legge begrensninger på etablering av nye kommersielle helseaktører når nyetableringer, av beredskapshensyn eller mangel på helsepersonell vil gå på bekostning av den offentlige helsetjenestenes evne til å gi forsvarlig helsehjelp.»*

Vedtaket ble truffet ved behandling av Meld. St. 9 (2023–2024) *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027 – Vår felles helsetjeneste*, jf. Innst. 387 S (2023–2024). Regjeringen la frem forslag til endringer i spesialisthelsetjenesteloven og helse- og omsorgstjenesteloven, jf. Prop. 114 L (2024–2025). I proposisjonen ble det foreslått hjemmel til å forskriftsfeste krav om godkjenning av private virksomheter som omfattes av helse- og omsorgstjenesteloven når det er nødvendig av hensyn til tjenestetilbudets kvalitet, pasientsikkerhet, samfunnssikkerhet eller beredskap. I tillegg ble det foreslått hjemmel både i denne loven og spesialisthelsetjenesteloven til å kreve godkjenning av private virksomheter når det er nødvendig for å sikre helsepersonellressurser for et forsvarlig offentlig tilbud til befolkningen av helse- og omsorgstjenester. Regjeringen foreslo også hjemmel til å stille vilkår for bruk av betegnelsene sykehus og legevakt i forskrift. Stortinget sluttet seg til forslaget, og vedtok lovendringer som trådte i kraft 1. juli 2025. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Ivaretakelse av kjønnsperspektiv

Vedtak nr. 686, 4. juni 2024

> *«Stortinget ber regjeringen bedre ivareta et kjønnsperspektiv i beslutningsgrunnlaget på helse- og omsorgsfeltet»*

Vedtaket ble truffet ved behandling av Meld. St. 9 (2023–2024) *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027 – Vår felles helsetjeneste*, jf. Innst. 387 S (2023–2024). Vedtaket skal vektlegges i departementets beslutningsprosesser og er også innarbeidet i *Regjeringens kvinnehelsestrategi – betydningen av kjønn for helse*. Kvinnehelsestrategien er tatt inn i tildelingsbrevene for 2025 til Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet og Direktoratet for medisinske produkter. Kvinnehelsestrategien er også tatt inn i oppdragsdokumentene til regionale helseforetak for 2025. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Kjønnsperspektiv i behandlingsretningslinjene

Vedtak nr. 687, 4. juni 2024

> *«Stortinget ber regjeringen om å sikre at kjønnsperspektivet blir ivaretatt i behandlingsretningslinjene når de oppdateres, og ber regjeringen foreta en særskilt oppdatering av retningslinjene for typiske kvinnesykdommer der de starter med å oppdatere Nasjonal prioriteringsveileder for kvinnesykdommer, retningslinjer for angst og depresjon og de faglige retningslinjene for forebygging og behandling av osteoporose og osteoporotiske brudd.»*

Vedtaket ble truffet ved behandling av Meld. St. 9 (2023–2024) *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027 – Vår felles helsetjeneste*, jf. Innst. 387 S (2023–2024). Helsedirektoratet har fått i oppdrag å følge opp vedtaket i tildelingsbrevet for 2025. Når det gjelder Nasjonal prioriteringsveileder for kvinnesykdommer er arbeidet i gang innenfor rammen av den forenklede revisjonen av alle de 33 fagspesifikke prioriteringsveilederne. Planlegging av arbeidet med nye retningslinjer for angst og depresjon er startet. På grunn av annet retningslinjearbeid på psykisk helse-området anslås det at retningslinjer for angst og depresjon kan være ferdig i 2027. Når det gjelder de faglige retningslinjene for forebygging og behandling av osteoporose og osteoporotiske brudd starter planarbeidet høsten 2025 og direktoratet tar sikte på å sende et utkast på høring i løpet av første halvår 2027. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Redusere bruk av innleid arbeidskraft

Vedtak nr. 690, 4. juni 2024

> *«Stortinget ber regjeringen ta initiativ til å få på plass en samarbeidsavtale med KS og partene i arbeidslivet om å redusere bruken av innleid arbeidskraft fra bemanningsbyråer i helse- og omsorgstjenestene i kommunesektoren. Ansvaret for arbeidet med å redusere innleie fra bemanningsbyråer i kommunale helse- og oppvekstsektjenester skal sikres gjennom partssamarbeidet mellom KS og partene i arbeidslivet.»*

Vedtaket ble truffet ved behandling av Meld. St. 9 (2023–2024) *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027 – Vår felles helsetjeneste*, jf. Innst. 387 S (2023–2024). Regjeringen viser til at det er iverksatt flere tiltak gjennom Kompetanseløft 2025, opptrappingsplan for heltid og god bemanning i omsorgstjenesten og Nasjonal helse- og samhandlingsplan, som på sikt vil kunne bidra til å redusere behovet for innleie i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Regjeringen vil i løpet av 2026 legge frem en helsepersonellplan som går frem til 2040 for å rekruttere og beholde fagkompetanse i helse- og omsorgstjenestene hvor også pårørendeperspektivet og pårørenderollen skal ivaretas. Partene vil involveres i arbeidet. Planen skal blant annet omfatte tiltak innen følgende innsatsområder i) arbeidsmiljø og arbeidsvilkår, ii) ansvars- og oppgavedeling og hensiktsmessig organisering av arbeidsprosesser, iii) teknologi og utstyr og iv) rekruttering til helse- og omsorgstjenestene. Med bakgrunn i pågående og planlagte tiltak i sektoren, hvor KS allerede er sterkt involvert og partssamarbeidet er fremtredende, er det per i dag ikke hensiktsmessig å etablere nye partssamarbeid. Regjeringen vil følge med på utviklingen i innleie fremover. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Avskrivninger og rentekompensasjon for sykehusbygg

Vedtak nr. 692, 4. juni 2024

> *«Stortinget ber regjeringen utrede ulike ordninger for å håndtere avskrivningskostnader i sykehus og alternative modeller for rentekompensasjon for sykehusbygg.»*

Vedtaket ble truffet ved behandling av Meld. St. 9 (2023–2024) *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027 – Vår felles helsetjeneste*, jf. Innst. 387 S (2023–2024). Vedtaket vil bli fulgt opp av Helse- og omsorgsdepartementet. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Kontraktsansvar for fristbruddordningen

Vedtak nr. 693, 4. juni 2024

> «*Stortinget ber regjeringen vurdere å overføre kontraktsansvaret for fristbruddordningen til de regionale helseforetakene.*»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Meld. St. 9 (2023–2024) *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027 – Vår felles helsetjeneste*, jf. Innst. 387 (2023–2024). Helsedirektoratet har på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet utredet forslag til forbedringer i fristbruddordningen, herunder løsninger der ansvaret for kontraktene som inngås med private aktører i fristbruddordningen overføres til de regionale helseforetakene.

Helse- og omsorgsdepartementet tar sikte på å overføre kontraktsansvaret til de regionale helseforetakene for å sikre bedre kontroll med kvaliteten i tilbudet og kostnader og har derfor i tillegg til oppdragsdokument for 2025 gitt de regionale helseforetakene i oppdrag å vurdere hvordan overtakelse av kontraktsansvaret i fristbruddordningen kan innrettes, herunder hvordan arbeidet kan organiseres i de regionale helseforetakene og om gjeldende avtaler inngått av Helfo kan overdras til de regionale helseforetakene. Frist for oppdraget er 1. november 2025. Ansvaret for formidlingen av fristbruddpasienter til behandling skal fortsatt ivaretas av Helfo. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Ikke-møtt-gebyr innen psykisk helse

Vedtak nr. 694, 4. juni 2024

> *«Stortinget ber regjeringen vurdere ikke møttgebyret for barn og pasienter innen psykisk helse, og komme tilbake til Stortinget på egnet måte med en innretning som i mindre grad er belastende for sårbare grupper.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med behandlingen av Meld. St. 9 (2023–2024) *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027 – Vår felles helsetjeneste,* jf. Innst. 387 S (2023–2024). Gebyret som kan ilegges pasienter som ikke møter til avtalt tid for poliklinisk helsehjelp er fremdeles under evaluering. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Rett til tannhelsehjelp for 25- og 26-åringer

Vedtak nr. 908, 21. juni 2024

> *«Stortinget ber regjeringen, innen utgangen av 2024, fremme forslag om å endre tannhelseloven slik at personer i alderen 25 og 26 år får rett til behandling i den offentlige tannhelsetjenesten på lik linje med unge voksne opp til 25 år.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med behandlingen av Meld. St. 2 (2023–2024), jf. Innst. 447 S (2023–2024) og må ses i sammenheng med

anmodningsvedtak nr. 86 (2022–2023) og nr. 832 (2021–2022).

I revidert nasjonalbudsjett for 2024 ble det bevilget midler til å gi tilbud om tannhelsehjelp i den offentlige tannhelsetjenesten til ytterligere to årskull med unge voksne. Innretningen på tilbudet er det samme som for voksne i aldersgruppen fra 19 til 24 år, og inkluderer dermed dem som fyller 25 eller 26 år i behandlingsåret. Det ble bevilget 105 mill. kroner til formålet i 2024.

I statsbudsjettet for 2025 ble det bevilget midler til å gi tilbud om tannhelsehjelp i den offentlige tannhelsetjenesten til ytterligere to årskull med unge voksne. Innretningen på tilbudet er det samme som for voksne i aldersgruppen fra 19 til 24 år, og inkluderer dermed dem som fyller 27 eller 28 år i behandlingsåret. Det ble bevilget 420 mill. kroner til formålet i 2025.

Regjeringen la frem forslag til endringer i tannhelsetjenesteloven, jf. Prop. 124 L (2024–2025). I proposisjonen ble det foreslått endringer som gir personer i alderen 25 til og med 28 år rett til nødvendig tannhelsehjelp i den offentlige tannhelsetjenesten, med 25 pst. egenbetaling. Stortinget sluttet seg til forslaget og vedtok lovendringer som trådte i kraft 1. juli 2025. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

3.3 Stortingssesjon (2022–2023)

Avlastning av fastleger knyttet til ikke-kliniske oppgaver

Vedtak nr. 2, 5. oktober 2022

> *«Stortinget ber regjeringen legge frem løsninger som gjør at fastleger kan avlastes fra oppgaver av ikke-klinisk art og hvordan oppgaver kan fordeles til annet helsepersonell.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med trontaledebatten 5. oktober 2022. Regjeringen har i Meld. St. 23 (2024–2025) *Fornye, forsterke, forbedre*, redegjort for og fått tilslutning til regjeringens plan for å avlaste fastleger for oppgaver av ikke-klinisk art og oppgavedeling med annet helsepersonell. Det vises videre til forslag til ny Forskrift om fastlegeordning i kommunene, samt endringer i fraværsreglene for videregående skole.

Stortingsmeldingen presenterer tiltak som legger til rette for bedre oppgavedeling og tverrfaglig samarbeid i allmennlegetjenesten. Blant annet vil regjeringen ta sikte på å innføre stønad for konsultasjon delegert fra lege til sykepleier ved fastlegekontoret.

Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Styrke den offentlige allmennlegetjenesten

Vedtak nr. 79, 1. desember 2022

> *«Stortinget ber regjeringen fremme tiltak for å styrke den offentlige allmennlegetjenesten, herunder utarbeide hjemmel til å regulere etablering av helprivate kommersielle allmennlegekontor.»*

Vedtaket ble truffet ved behandling av Meld. St. 1 (2022–2023), jf. Innst. 2 S (2022–2023). Regjeringen har i Meld. St. 23 (2024–2025) *Fornye, forsterke, forbedre*, redegjort for og fått tilslutning til regjeringens plan for å styrke den offentlige allmennlegetjenesten. Videre er vedtaket om å utarbeide hjemmel fulgt opp i Prop. 114 L (2024–2025) *Endringer i spesialisthelsetjenesteloven og helse- og omsorgstjenesteloven (godkjenning av virksomheter og bruk av betegnelser)* og tilhørende Lovvedtak 107 (2024–2025). Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Rett til nødvendig tannhelsehjelp i den offentlige tannhelsetjenesten for unge voksne

Vedtak nr. 86, 1. desember 2022

> *«Stortinget ber regjeringen, i løpet av første halvår 2023, fremme forslag om å endre tannhelseloven slik at personer i alderen 23–26 år får rett til behandling i den offentlige tannhelsetjenesten, samt forskriftsfeste retten til 50 prosent redusert betaling for disse årskullene.»*

Vedtaket ble truffet ved Stortingets behandling av Prop. 1 S (2022–2023), jf. Innst. 11 S (2022–2023), der det ble bevilget 280 mill. kroner til fylkeskommunene for at den fylkeskommunale tannhelsetjenesten skulle kunne tilby tannhelsetjenester til aldersgruppen 23 til 26 år med 50 pst. egenbetaling. Dette innebar en utvidelse av dagens ordning med 50 pst. egenbetaling for 21- og 22-åringene som ble vedtatt i forbindelse med statsbudsjettet for 2022, jf. Innst. 11 S (2021–2022), se omtale av dette under anmodningsvedtak nr. 832 (2021–2022). Vedtakene må ses i sammenheng. Regjeringen la frem forslag til endringer i tannhelsetjenesteloven, jf. Prop. 60 L (2023–2024). I proposisjonen ble det foreslått en rett til nødvendig tannhelsehjelp for personer fra 21 til og med 24 år,

med 25 pst. egenbetaling. Løsningen med 25 pst. egenbetaling, redusert fra 50 pst. i vedtakene, var etter departementets vurdering i tråd med regelverket om statsstøtte etter EØS-avtalen, fordi en egenbetaling i denne størrelsesordenen gjør tilbudet til en del av den solidarisk finansierte offentlige tannhelsetjenesten. Reduksjon i egenbetaling medførte at pasientgruppen måtte avgrenses til 21- til 24-åringer, for at de utvidete rettighetene skulle holdes innenfor budsjettrammene. Stortinget sluttet seg til forslaget, blant annet om å avgrense rettigheten oppad til 24-åringer, og vedtok lovendringer som trådte i kraft 1. juli 2024. I revidert nasjonalbudsjett for 2024 ble det bevilget midler til å gi tilbud om tannhelsehjelp i den offentlige tannhelsetjenesten til ytterligere to årskull med unge voksne. Innretningen på tilbudet er det samme som for voksne i aldersgruppen fra 19 til 24 år, og inkluderer dermed dem som fyller 25 eller 26 år i behandlingsåret. Det ble bevilget 105 mill. kroner til formålet i 2024.

I statsbudsjettet for 2025 ble det bevilget midler til å gi tilbud om tannhelsehjelp i den offentlige tannhelsetjenesten til ytterligere to årskull med unge voksne. Innretningen på tilbudet er det samme som for voksne i aldersgruppen fra 19 til 24 år, og inkluderer dermed dem som fyller 27 eller 28 år i behandlingsåret. Det ble bevilget 420 mill. kroner til formålet i 2025. Regjeringen la frem forslag til endringer i tannhelsetjenesteloven, jf. Prop. 124 L (2024–2025). I proposisjonen ble det foreslått endringer som gir personer i alderen 25 til og med 28 år rett til nødvendig tannhelsehjelp i den offentlige tannhelsetjenesten, med 25 pst. egenbetaling. Stortinget sluttet seg til forslaget og vedtok lovendringer som trådte i kraft 1. juli 2025.

Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Akuttilbudet til personer som er utsatt for vold i nære relasjoner

Vedtak nr. 137, 6. desember 2022

> *«Stortinget ber regjeringen styrke akuttilbudet til personer som er utsatt for vold i nære relasjoner.»*

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:218 S (2021–2022), jf. Innst. 64 S (2022–2023).

Helsedirektoratet har som ledd i oppfølging av Prop. 36 S (2023–2024) *Opptrappingsplan mot vold og overgrep mot barn og vold i nære relasjoner (2024–2028)* gjennomført en kartlegging av det medisinske og psykososiale akuttilbudet til voksne utsatt for vold i nære relasjoner. Kartleggingen, som ble utført av Menon Economics og publisert i februar 2025, representerer et første steg i arbeidet med å etablere en helhetlig oversikt over tjenestene, og peker på behov for videre utredning. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Lovendring om å innhente opplysninger uten samtykke i pasientskadesaker

Vedtak nr. 486, 16. februar 2023

> *«Stortinget ber regjeringa fylgje opp lovendringa om å innhente opplysningar utan samtykke i pasientskadesaker for å kvalitetssikre at ho bidreg til ei enklare og meir effektiv sakshandsaming. Stortinget ber regjeringa kome attende med saka på eigna måte.»*

Vedtaket ble truffet ved behandling av Prop. 8 L (2022–2023), jf. Innst. 173 L (2022–2023). Anmodningsvedtaket er fulgt opp i dialog med Norsk pasientskadeerstatning og Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten. Lovendringen har medført at saksbehandlingen i de saker hvor innhenting av opplysninger nå kan innhentes uten samtykke fra pasient kan gjennomføres noe raskere enn det som tidligere var tilfellet. På grunn av den store saksmengden innen pasientskadeområdet har det blitt ansett som lite hensiktsmessig å forsøke å tallfeste effekten på samlet saksbehandling i de to etatene. Effekten av lovendringen går i riktig retning. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Evaluering av Norsk pasientskadeerstatning

Vedtak nr. 610, 20. april 2023

> *«Stortinget ber regjeringen gjennomføre en evaluering av Norsk Pasientskadeerstatning hvor rutiner for saksbehandling og saksbehandlingstid står sentralt. Stortinget ber også om at evalueringen inneholder anbefalinger. Stortinget ber regjeringen komme tilbake med saken på egnet måte.»*

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:80 S (2022–2023), jf. Innst. 245 S (2022–2023). Helse- og omsorgsdepartementet oppnevnte 31. januar 2024 en ekspertgruppe til vurdering av saksbehandlingen i pasientskadeordningen. Ekspertgruppen la frem sin rapport i august 2024. Rapporten ble sendt på høring. Ekspertgruppen skilte mellom fire hovedanbefalinger og 29 ordi-

nære anbefalinger blant de tilrådninger som ble gitt. Hovedanbefalingene var:

- Pasientskadenemnda/Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten etablerer en mer nyansert praksis rundt retur av saker til Norsk pasientskadeerstatning og avgjør flere saker i sin helhet i klageorganet.
- Norsk pasientskadeerstatning innfører som klar hovedregel at en sak ikke bytter saksbehandler når saken går over til beregning.
- Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten slår sammen fløterrollen og SIL-teamet til en ny enhet – Helseklages Team ekspress.
- Norsk pasientskadeerstatning etablerer en ordning med ledende sakkyndig for alle relevante fagområder.

Begge etatene deler intensjonene i hovedanbefalingene. Norsk pasientskadeerstatning arbeider kontinuerlig med å oppfylle hovedregelen om å ikke bytte saksbehandler ved beregning, men mulighetene for dette vil også påvirkes av blant annet sakstype. Etaten vurderer å teste ut bruk av ledende sakkyndig innen utvalgte medisinske områder.

Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten har innført nye rutiner i 2025 der målet er å avgjøre flere saker uten retur til Norsk pasientskadeerstatning. Etablering av Team ekspress er en del av Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten sin plan for organisering.

Hovedtyngden av de 29 ordinære anbefalingene er enten blitt innført eller vil bli innført gradvis over tid, i takt med etatenes ressurssituasjon og organisasjonenes kapasitet til å implementere nye tiltak. Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten har fått i oppdrag å utarbeide et begrunnet forslag til lovfesting av rammene for delegering av myndighet til å treffe vedtak i klagesak etter pasientskadeloven fra Pasientskadenemnda til Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Stortingsmelding om BPA

Vedtak nr. 742, 5. juni 2023

> *«Stortinget ber regjeringen legge frem en stortingsmelding om ordningen med brukerstyrt personlig assistanse (BPA) basert på NOU 2021: 11 Selvstyrt er velstyrt. Stortinget ber regjeringen komme tilbake på egnet måte.»*

Vedtaket ble truffet ved Stortingets behandling av Meld. St. 15 (2022–2023) *Folkehelsemeldinga – Nasjonal strategi for utjamning av sosiale helseforskjellar*, jf. Innst. 398 S (2022–2023).

Under høringen av og i det etterfølgende arbeidet med NOU 2021: 11 *Selvstyrt er velstyrt* kom det opp problemstillinger som det er nødvendig å få utredet videre. Helse- og omsorgsdepartementet vil nedsette et ekspertutvalg for å få utredet disse problemstillingene. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Aldersgrense for kjøp og salg av energidrikker

Vedtak nr. 745, 5. juni 2023

> *«Stortinget ber regjeringen fremme forslag om å innføre 16-års aldersgrense for kjøp og salg av energidrikker.»*

Vedtaket ble truffet ved Stortingets behandling av Meld. St. 15 (2022–2023) *Folkehelsemeldinga – Nasjonal strategi for utjamning av sosiale helseforskjellar*, jf. Innst. 398 S (2022–2023). Helse- og omsorgsdepartementet fastsatte forskrift om forbud mot salg av energidrikk til barn under 16 år den 20. august 2025. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Grønn resept

Vedtak nr. 746, 5. juni 2023

> *«Stortinget ber regjeringen legge til rette for økt bruk av grønn resept og ber regjeringen utrede nye oppfølgingsmodeller til grønn resept, for eksempel med mer veiledet aktivitet og kosthold. Stortinget ber regjeringen komme tilbake på egnet måte.»*

Vedtaket ble truffet ved behandling av Meld. St. 15 (2022–2023) *Folkehelsemeldinga – Nasjonal strategi for utjamning av sosiale helseforskjellar*, jf. Innst. 398 S (2022–2023). Helsedirektoratet fikk i 2024 i oppdrag om å utrede ulike måter å følge opp ordningen med grønn resept på. Utredningen ses i sammenheng bl.a. med oppdraget om å evaluere frisklivs-, lærings- og mestringstilbud som ble ferdigstilt sommeren/høsten 2025. Helsedirektoratet jobber med oppfølgingen av oppdraget om grønn resept. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Selvmordsforebygging

Vedtak nr. 748, 5. juni 2023

> *«Stortinget ber regjeringen sørge for at selvmordsforebyggende tiltak styrkes.»*

Vedtaket ble truffet ved behandling av Meld. St. 15 (2022–2023) *Folkehelsemeldinga*, jf. Innst. 398 S (2022–2023). Regjeringen har besluttet at det skal utarbeides en ny, spisset handlingsplan for forebygging av selvmord. Planen skal ha både et befolkningsperspektiv og et tjenesteperspektiv. Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet har fått i oppdrag å gi anbefalinger om innsatsområder, resultatmål og tiltak i en ny handlingsplan. Etatene er særskilt bedt om forslag til tiltak for å adressere sammenhengen mellom økonomiske problemer/gjeld og selvmord, og om at kjønns- og mangfoldsperspektiv ivaretas. Frem til ny handlingsplan foreligger, vil *Handlingsplan for forebygging av selvmord 2020–2025 – Ingen å miste* følges opp og forlenges. I forbindelse med oppfølging av Meld. St. 23 (2022–2023) *Opptrappingsplan for psykisk helse (2023–2033)* er det bevilget over 1 mrd. kroner til tiltak for å styrke tilbudet innen psykisk helsefeltet. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Apotekenes rolle i vaksinasjonsarbeidet

Vedtak nr. 756, 5. juni 2023

> *«Stortinget ber regjeringen se på hvordan apotekenes rolle i vaksinasjonsarbeidet kan styrkes, blant annet for å øke vaksinasjonsgraden i befolkningen og sikre riktig legemiddelbruk. Stortinget ber regjeringen komme tilbake på egnet måte.»*

Vedtaket ble truffet ved behandling av Meld. St. 15 (2022–2023) *Folkehelsemeldinga – Nasjonal strategi for utjamning av sosiale helseforskjellar*, jf. Innst. 398 S (2022–2023). Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte i forbindelse med arbeidet med å videreutvikle voksenvaksinasjonsprogrammet.

Utvide vilkårene for folketrygdstønad på grunnlag av sterkt nedsatt evne til egenomsorg

Vedtak nr. 929, 16. juni 2023

> *«Stortinget ber regjeringen sikre at pasienter med psykiske helseplager som etter forskrift om stønad til dekning av utgifter til tannbehandling § 1 nr. 14 har rett til stønad til tannbehandling, beholder rettighetene i seks måneder etter at de sterkt nedsatte evnene til egenomsorg er gjenopprettet.»*

Vedtaket ble truffet ved behandling av Prop. 118 S (2022–2023), jf. Innst. 490 S (2022–2023). Regjeringen foreslår å avvikle stønad til tannbehandling (egenomsorg) etter forskrift om stønad til dekning av utgifter til tannbehandling § 1 nr. 14 for å gi rom for andre prioriterte tiltak. Anmodningsvedtak nr. 929 (2022–2023), 16. juni 2023, foreslås opphevet, jf. forslag til romertallsvedtak X.

3.4 Stortingssesjon (2021–2022)

Avklaring knyttet til Register for utøvere av alternativ behandling

Vedtak nr. 417, 8. mars 2022

> *«Stortinget ber regjeringen avklare hvilke av tjenestetilbyderne som er registrert i Registeret for utøvere av alternativ behandling, som kan anses å yte helsehjelp, og komme tilbake til Stortinget med en helhetlig gjennomgang av ordningene for autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning av helsepersonell, herunder en vurdering av hvilke grupper som skal omfattes av disse ordningene og få fritak fra merverdiavgiftsloven, så snart som mulig.»*

Vedtaket ble truffet ved behandling av Prop. 236 L (2020–2021), jf. Innst. 170 L (2021–2022). Endringene i loven omfatter etter Stortingets behandling også manuellterapeuter. Regjeringen har i Meld. St. 9 (2023–2024) *Nasjonal helse- og samhandlingsplan*, lagt frem for Stortinget hvordan vedtaket vil følges opp. Helse- og omsorgsdepartementet har utarbeidet kriterier som skal legges til grunn ved vurdering av om det skal opprettes nye ordninger med offentlige spesialistgodkjenninger, eller spesialiteter innenfor eksisterende ordninger. Kriteriene er formidlet til Helsedirektoratet. Departementet har også satt i gang et arbeid for å vurdere om det er nødvendig med en tydeliggjøring av formålet med autorisasjonsordningen og offentlig spesialistgodkjenning, og om andre kriterier skal legges til grunn når nye søknader om autorisasjon og regulering av beslutningsmyndighet skal vurderes. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Lovfeste rett til selvvalgt støtteperson gjennom graviditet og fødsel

Vedtak nr. 517, 3. mai 2022

> *«Stortinget ber regjeringen fremme forslag om å lovfeste retten til å ha med en støtteperson som mor velger, under svangerskap og i fødsel og i barsel.»*

Vedtaket ble truffet ved Stortingets behandling av Dokument 8:85 S (2021–2022), jf. Innst. 255 S (2021–2022). Som varslet i Nasjonal helse- og samhandlingsplan har Helse- og omsorgsdepartementet sendt på høring et lovforslag om å foreslå endringer i pasient- og brukerrettighetsloven for å tydeliggjøre retten til å ha andre til stede når det gis helse- og omsorgstjenester, inkludert under konsultasjoner i svangerskap, under fødsel og i barseltiden. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Oppfølging og hjelpeapparat for forebygging av fødselsdepresjon

Vedtak nr. 518, 3. mai 2022

> *«Stortinget ber regjeringen sikre bedre oppfølging og hjelpeapparat i forbindelse med svangerskap og barseltid for å forebygge og behandle fødselsdepresjon.»*

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:85 S (2021–2022), jf. Innst. 255 S (2021–2022).

Forebygging og behandling av fødselsdepresjon omtales i Meld. St. 23 (2022–2023) *Opptrappingsplan for psykisk helse (2023–2033)*. I Meld. St. 28 (2024–2025) *Tro på framtida – uansett bakgrunn* (Oppvekstmeldinga) har regjeringen lagt frem en samlet politikk for de første årene av et barns liv, med særlig oppmerksomhet på perinatal mental helse, det vil si psykisk helse under svangerskapet og i perioden etter fødselen. Viktige elementer i den samlede politikken er blant annet god og tilgjengelig universell foreldrestøtte, gode og tilgjengelige barnehager, god oppfølging av dem som trenger ekstra støtte, og forebygging av vold, overgrep og omsorgssvikt. I Meld. St. 9 (2023–2024) *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027* omtales tiltak for å sikre sammenhengende, trygt og helhetlig tilbud gjennom svangerskap, fødsel og barseltid. Helsedirektoratet, i samarbeid med Norsk helsenett SF, har fått oppdrag om å legge til rette for bedre og kvalitetssikret foreldrestøtte til kommende og nye foreldre gjennom digitale tilbud tilpasset ulike situasjoner og faser i familiers liv. Arbeidet ses i sammenheng med digitalt helsekort for gravide. Høsten 2025 ble det lansert to tjenester på Helsenorge, Gravid og Småbarnsliv, som skal gi kvalitetssikret hjelp og støtte til gravide og småbarnsfamilier. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Rettighetsfesting av hjemmebesøk av jordmor

Vedtak nr. 520, 3. mai 2022

> *«Stortinget ber regjeringen rettighetsfeste hjemmebesøk av jordmor innen én uke etter fødsel.»*

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:85 S (2021–2022), jf. Innst. 255 S (2021–2022). Det vises til omtale i Meld. St. 9 (2023–2024) *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027* som Stortinget har sluttet seg til. Hvis hjemmebesøk rettighetsfestes, vil det kunne medføre at hjemmebesøk må prioriteres fremfor andre viktige oppgaver for jordmor i svangerskapsomsorgen, og da særlig muligheten for å gi et utvidet tilbud til familier med et særskilt behov. Manglende hjemmebesøk betyr imidlertid ikke manglende oppfølging. Oppfølgingen av nyfødte og foreldrene skal sikres ved behov og alle helsestasjoner skal ha rutiner for å følge opp de som ikke møter til kontroller. Regjeringen vurderer at intensjonen i Stortingets vedtak er oppfylt. Hjemmebesøk av jordmor innen en uke etter fødsel rettighetsfeste ikke da det vil kunne gi et dårligere tilbud til familier med behov for ekstra oppfølging. Det understrekes også at det er en sterk faglig anbefaling om hjemmebesøk av helsesykepleier 8–10 dager etter fødsel. Dette supplerer hjemmebesøk av jordmor. Anmodningsvedtak nr. 520 (2021–2022), 3. mai 2022, foreslås opphevet, jf. forslag til romertallsvedtak X.

Utredning av spesialistforskriften

Vedtak nr. 561, 24. mai 2022

> *«Stortinget ber regjeringen så raskt som mulig utrede å endre spesialistforskriften § 18 første ledd for å åpne for at leger som har gjennomført praktisk tjeneste i et annet EU-/EØS-land, etter søknad og konkret vurdering av læringsmål kan få godkjent hele eller deler av den praktiske tjenesten som LIS1-tjeneste, samtidig som LIS1-ordningen sikres og opprettholdes. Regjeringen bes komme tilbake til Stortinget på egnet måte innen utgangen av 2022.»*

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:98 S (2021–2022) og Dokument 8:128 S (2021–2022), jf. Innst. 297 S (2021–2022). Regjeringen har i Meld. St. 9 (2023–2024), *Nasjonal helse- og samhandlingsplan*, lagt frem for Stortinget hvordan vedtaket følges opp. LIS1-ordningen opprettholdes i store trekk som i dag, men det legges opp til en større kapasitet i ordningen ved at tjenesten selv kan opprette LIS1-stillinger innenfor egne budsjettrammer. Dette åpner også for at leger med kompetanse kan få bedre tilrettelagte utdanningsløp. Forskriftsendringer for å oppnå dette ble iverksatt 1. januar 2025. Regjeringen vil også, som del av en gjennomgang av spesialistforskriften, vurdere behovet for å endre § 18. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Handlingsplan for reduksjon av ensomhet

Vedtak nr. 762, 10. juni 2022

> *«Stortinget ber regjeringen utarbeide en handlingsplan for å redusere ensomhet og etablere verktøy for å måle forekomsten av ensomhet.»*

Vedtaket ble truffet ved Stortingets behandling av Dokument 8:219 S (2021–2022), jf. Innst. 357 S (2021–2022).

Helse- og omsorgsdepartementet vil legge frem en handlingsplan for å redusere ensomhet. I arbeidet legges det vekt på å styrke kunnskapsgrunnlaget om ensomhet, og Helse- og omsorgsdepartementet har bedt Forskningsrådet om å tydeliggjøre ensomhet i utlysninger for 2025. Temaet ensomhet er et prioritert område i folkehelsearbeidet, bl.a. gjennom folkehelsekampanjen ABC for god psykisk helse og i Nasjonal livskvalitetsstrategi som regjeringen la frem i vår. Ensomhet er tatt inn i revisjonen av folkehelseloven som ble vedtatt av Stortinget 20. mai 2025. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Styrking av samarbeid for forebygging av ensomhet

Vedtak nr. 764, 10. juni 2022

> *«Stortinget ber regjeringen styrke samarbeidet mellom det offentlige, næringslivet, arbeidslivet og frivillige lag og organisasjoner for å forebygge ensomhet.»*

Vedtaket ble truffet ved Stortingets behandling av Dokument 8:219 S (2021–2022), jf. Innst. 357 S (2021–2022). Samarbeidet mellom det offentlige, næringslivet, arbeidslivet og frivillige lag og organisasjoner for å forebygge ensomhet vil bli tatt opp i handlingsplanen for forebygging av ensomhet. Det vises til arbeidet med Innovasjons- og samskapingsutvalget (oppnevnt oktober 2024), som skal levere sin utredning senest sommeren 2026. Frivillighet er et av flere relevante tema her. Regjeringen vil gjennom Eldreløftet, som skal bidra til å følge opp flere satsinger på eldreområdet, og Bo trygt hjemme-reformen, foreslå å etablere en tilskuddsordning frivillige aktører som tilbyr aktiviteter for eldre. Å motvirke ensomhet er en viktig del av satsingen. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

3.5 Stortingssesjon (2020–2021)

Økonomiske modeller for utvikling av nye, virksomme antibiotika

Vedtak nr. 5, 6. oktober 2020

> *«Stortinget ber regjeringen utarbeide forslag til økonomiske modeller for utvikling av nye, virksomme antibiotika som premierer medikamentutvikling, ikke salg og bruk, der både belønningsmekanismer og avgift/skatt vurderes som virkemiddel.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med trontaledebatten 6. oktober 2020. Regjeringen la frem den nye strategien Nasjonal én-helse-strategi mot antimikrobiell resistens høsten 2024. Å sikre tilgang til nødvendige antimikrobielle midler er et av strategiens overordnede mål. Som oppfølging av strategien vil det utarbeides sektorspesifikke handlingsplaner der dette er hensiktsmessig. Arbeidet med handlingsplanen er igangsatt i 2025. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Helhetlig revisjon av smittevernloven

Vedtak nr. 84, 17. november 2020

> *«Stortinget ber regjeringen foreta en helhetlig revisjon av smittevernloven etter at koronakommisjonen har levert sin rapport.»*

Vedtaket er truffet i forbindelse med Stortingets behandling av Dokument 8: 109 S (2019–2020), jf. Innst. 56 S (2020–2021). Oppfølging av vedtaket må ses i sammenheng med de to delrapportene som Koronakommisjonen avga hhv. 14. april 2021 (NOU 2021: 6 *Myndighetenes håndtering av koronapandemien*) og 26. april 2022 (NOU 2022: 5 *Myndig-*

hetenes håndtering av koronapandemien – del 2), samt Koronautvalgets rapport 2. juni 2023 med evaluering av myndighetenes håndtering av covid-19-pandemien samlet sett, herunder omikronhåndteringen (NOU 2023: 16 *Evaluering av pandemihåndteringen – rapport fra Koronautvalget*). Oppfølging av vedtaket må også ses i sammenheng med regjeringens stortingsmelding om folkehelsepolitikken (Meld. St. 15 (2022–2023)), regjeringens stortingsmelding om helseberedskap (Meld. St. 5 (2023–2024)), samt organisatoriske endringer i sentral helseforvaltning som omtalt i revidert nasjonalbudsjett for 2023 (Prop. 118 S (2022–2023)), med påfølgende lovendringer satt i kraft fra 1. januar 2024, jf. Prop. 11 L (2023–2024). Basert på ovennevnte dokumenter arbeider regjeringen med forslag til både ny smittevernlov og ny helseberedskapslov, samt endringer i andre relevante lover. Det tas sikte på å sende forslagene på høring i løpet av høsten 2025. Regjeringen vil etter gjennomført høring komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Gjennomgang av folketrygdens refusjonsordning for tannbehandling

Vedtak nr. 96, 17. november 2020

> *«Stortinget ber regjeringen om en helhetlig gjennomgang av folketrygdens refusjonsordning for tannbehandling. Stortinget ber om forslag til forbedring og forenkling av ordningene, og spesielt § 22-15 a om tilbakekreving av utbetaling etter direkteoppgjørsordningen. Stortinget ber regjeringen komme tilbake til Stortinget med dette før oktober 2021.»*

Vedtaket ble truffet ved behandling av Prop. 121 L (2019–2020) *Endringer i folketrygdloven (krav til direkte oppgjør)*, jf. Innst. 72 L (2020–2021) og Lovvedtak 20 (2020–2021). Kontroll- og konstitusjonskomiteen merket seg i Innst. 141 S (2021–2022) at det ikke er gjort noen helhetlig gjennomgang, og at rapporteringen derfor ikke kan avsluttes. Tannhelseutvalget, som har hatt i oppdrag å foreta en helhetlig gjennomgang av tannhelsefeltet, leverte sin utredning 26. september 2024. Tannhelseutvalgets utredning har vært på offentlig høring. Arbeidet med oppsummering av høringsinnspill og oppfølging av Tannhelseutvalgets rapport pågår. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Responstider, kompetanse og akuttmedisinsk utstyr

Vedtak nr. 726, 2. mars 2021

> *«Stortinget ber regjeringen forskriftsfeste responstider for ambulansetjenesten og sette en standard for kompetanse og akuttmedisinsk utstyr i ambulansebilene og på ambulansebasene.»*

Vedtaket ble truffet ved behandlingen av Meld. St. 5 (2020–2021), jf. Innst. 275 S (2020–2021). Vedtaket er fulgt opp med oppdrag til Helsedirektoratet om å vurdere forslaget og utrede hvordan forslaget eventuelt kan innføres. Helsedirektoratets utredning viser at årlige kostnader vil øke i størrelsesorden mellom 780 mill. kroner og 1,26 mrd. kroner, mellom 700 og 1200 flere årsverk og mellom 62 og 115 nye ambulansestasjoner. Helsedirektorat anbefaler ikke å forskriftsfeste responstider. Regjeringens vurdering er at forskriftsfesting av responstid for ambulansetjenesten ikke kan gjennomføres i praksis, og vil derfor ikke innføre dette. Anmodningsvedtakets del om å sette en standard for kompetanse og akuttmedisinsk utstyr i ambulansebilene og ved ambulansebasene er oppfylt gjennom det interregionale/nasjonale samarbeidet om felles retningslinjer for ambulansetjenesten (FRAm). Det vises til Meld. St. 23 (2024–2025) *Fornye, forsterke, forbedre* der dette er omtalt. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Koronakommisjonen – situasjonen for kommuneoverleger og kommunale smittevernleger

Vedtak nr. 876 4. mai 2021

> *«Stortinget ber regjeringen sikre at Koronakommisjonen gjør en grundig vurdering av situasjonen for kommuneoverleger og kommunale smittevernleger under pandemien og fremme forslag til nødvendige tiltak for tilstrekkelig rekruttering og stabilisering i denne delen av tjenesten.»*

Vedtaket ble truffet under behandlingen av statsministerens redegjørelse holdt den 26. april 2021 om Koronakommisjonens rapport. Regjeringens arbeid med å styrke kommuneoverlegefunksjonen er omtalt i Meld. St. 15 (2022–2023) *Folkehelsemeldinga – Nasjonal strategi for utjamning av sosiale helseforskjellar*. Ved revisjon av folkehelseloven som trer i kraft 1. januar 2026, er kommuneoverlegefunksjonen tydeliggjort og styrket, bl.a. knyttet til beredskap. Helsedirektoratet har utgitt en veileder om kommuneoverlegefunksjonen. Hensikten med veilederen er å gjøre det lettere

for kommunen å organisere og styrke kommunelegefunksjonen. Dette er viktig for å sikre at kommunen har forsvarlig samfunnsmedisinsk kapasitet, kompetanse og kontinuitet både under normale forhold og i kriser. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Legemiddelloven – narkotika til eget bruk

Vedtak nr. 1114, 3. juni 2021

> *«Stortinget ber regjeringen foreslå lovendringer som sørger for at fengsel ikke lenger blir straffereaksjon for brudd på legemiddellovens bestemmelser om bruk og besittelse av narkotika til eget bruk, herunder også foreslå avbøtende tiltak for konsekvenser av endringer i lov.»*

Vedtaket ble truffet ved første behandling av Prop. 92 L (2020–2021), jf. Innst. 612 L (2020–2021). Stortinget har ved behandling av Prop. 112 L (2024–2025), jf. Innst. 518 L (2024–2025) vedtatt endringer i straffeloven og legemiddelloven mv. (befatning med mindre mengder narkotika til egen bruk). Straffebestemmelsen i legemiddelloven endres og skal gjelde bruk av narkotika samt erverv og oppbevaring av mindre mengder narkotika til egen bruk. Strafferammen for befatning med narkotika til egen bruk etter den nye straffebestemmelsen skal være bot eller fengsel inntil seks måneder. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Etterversnsreform for rusavhengige

Vedtak nr. 1122, 3. juni 2021

> *«Stortinget ber regjeringen komme tilbake til Stortinget med en etterversnsreform der rusavhengige blir fulgt opp på en systematisk måte etter behandlings- og fengselsopphold, herunder sikre boforhold og oppfølging som forebygger at de faller tilbake til rusmiljøet.»*

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:119 S (2020–2021), jf. Innst. 578 S (2020–2021). Regjeringen la i oktober 2024 frem Meld. St. 5 (2024–2025) *Trygghet, fellesskap og verdighet – Forebyggings- og behandlingsreformen for rusfeltet del I*. Gjennom reformens seks innsatsområder vil regjeringen forebygge rusmiddelproblemer bedre og komme tidligere inn med god hjelp, behandling og oppfølging. Ettervern inngår som en sentral del av dette. Slik det fremgår av meldingen, vil regjeringen komme tilbake til Stortinget med gjennomføring av tiltakene i meldingene i forbindelse med de årlige budsjettfremleggene. I tillegg vises det til departementets oppfølging av vedtak nr. 628, 14. mai 2024 om integrert ettervern. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Evaluering av de regionale odontologiske kompetansesentrene

Vedtak nr. 1164, 8. juni 2021

> *«Stortinget ber regjeringen gjennomføre en evaluering av de regionale odontologiske kompetansesentrene. Evalueringen må blant annet vurdere hvorvidt man har nådd målet om at sentrene skal bidra til en desentralisering av spesialisert kompetanse på tannhelsefeltet, om innretningen av dagens statlige tilskuddsordning er riktig, og hvorvidt bruken av disse statlige tilskuddsmidlene bør endres, for bedre å kunne bidra til at man sikrer pasienter tilgang på god spesialisert tannhelsebehandling i hele landet. Resultatet av evalueringen og forslag til tiltak legges fram for Stortinget.»*

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:200 S (2020–2021), jf. Innst. 540 S (2020–2021). Evalueringen av de regionale odontologiske kompetansesentrene er utført av PwC på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Departementet mottok sluttrapport oktober 2023. Tannhelseutvalget, som har hatt i oppdrag å foreta en helhetlig gjennomgang av tannhelsefeltet, leverte sin utredning 26. september 2024. Utvalget fikk rapporten oversendt som ledd i deres arbeid. Tannhelseutvalgets utredning har vært på offentlig høring. Arbeidet med oppsummering av høringsinnspill og oppfølging av Tannhelseutvalgets rapport pågår. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

3.6 Stortingssesjon (2019–2020)

Prøveprosjekt der helsesykepleiere henviser til BUP

Vedtak nr. 347, 4. februar 2020

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

Vedtaket ble truffet ved behandling av Prop. 121 S (2018–2019), jf. Innst. 131 S (2019–2020). Regjeringen tar sikte på å starte en nasjonal prøveordning med henvisningsrett til BUP for helsesyke-

pleiere i løpet av 2026. Det foreslås bevilget 10 mill. kroner til formålet. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Utredning av markedet for genetisk selvtesting

Vedtak nr. 611, 26. mai 2020

> *«Stortinget ber regjeringen komme tilbake til Stortinget med en utredning av markedet for genetisk selvtesting, som skal danne grunnlag for lovregulering av dette markedet. Utredningen må blant annet ivareta hensynet til personvern, retten til egne helsedata og helsekonsekvenser ved villedende testresultater.»*

Vedtaket ble truffet ved Stortingets behandling av Prop. 34 L (2019–2020), jf. Innst. 296 L (2019–2020). På oppdrag fra departementet, utredet Helsedirektoratet markedet for genetisk selvtesting som beskrevet i dette vedtaket. Utredningen ble presentert 17. desember 2021 i rapporten *Regulering av genetiske selvtester. Utredning av markedet for genetiske selvtester og av forslag til lovendringer som sikrer at testing av barn utenfor helsetjenesten blir forbudt. Svar på tilleggsoppdrag nr. 50 til tildelingsbrev for 2020, punkt 2.4.* Med utgangspunkt i direktoratets utredning har Regjeringen fremmet, og Stortinget vedtatt et forbud mot genetisk testing av barn utenfor helsetjenesten, jf. Prop. 67 L (2024–2025) *Endringar i bioteknologiloven (vilkår for preimplantasjonsdiagnostikk og forbod mot genetisk testing av barn utanfor helsetenesta)* og Innst. 388 L (2024–2025). Forbudet trådte i kraft 1. oktober 2025. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Forbud mot genetisk testing av barn

Vedtak nr. 612, 26. mai 2020

> *«Stortinget ber regjeringen fremme lovforslag som sikrer at genetisk testing av barn utenfor helsetjenesten er forbudt.»*

Vedtaket ble truffet ved Stortingets behandling av Prop. 34 L (2019–2020), jf. Innst. 296 L (2019–2020). Det vises til redegjørelse under vedtak nr. 611. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Preimplantasjonsdiagnostikk

Vedtak nr. 616, 8. juni 2020

> *«Stortinget ber regjeringen sørge for en gjennomgang av vilkår og retningslinjer for preimplantasjonsdiagnostikk og fosterdiagnostikk, slik at disse kan ses i sammenheng og gi et helhetlig og sammenhengende tilbud for kvinner og familier som har særlig risiko for alvorlig sykdom eller skade hos fosteret. Gjennomgangen skal vektlegge lidelse og tapt livskvalitet ved lindrende og livsforlengende behandling i gjennomgangen av vilkårene for å få innvilget PGD. Regjeringen bes legge frem forslag til de nødvendige lovendringer som følge av denne gjennomgangen.»*

Vedtaket ble truffet ved Stortingets behandling av Prop. 34 L (2019–2020), jf. Innst. 296 L (2019–2020). På oppdrag fra departementet har Helsedirektoratet gjennomgått vilkårene og retningslinjene for PGD og fosterdiagnostikk som beskrevet i vedtaket og utredet og foreslått enkelte lovendringer som følge av gjennomgangen. Svar på oppdraget er presentert i rapporten *Et helhetlig og sammenhengende tilbud til kvinner og par som har økt risiko for å få et foster eller barn med en alvorlig, arvelig sykdom eller tilstand. Gjennomgang av vilkår for preimplantasjonsdiagnostikk og genetisk fosterdiagnostikk og forslag til endringer i regelverk. Svar på tilleggsoppdrag nr. 50 til tildelingsbrev for 2020, punkt 2.3.* Rapporten ble levert 17. desember 2021. Med utgangspunkt i direktoratets utredning har Regjeringen fremmet, og Stortinget vedtatt endringer i bioteknologilovens regler om preimplantasjonsdiagnostikk, jf. Prop. 67 L (2024–2025) *Endringar i bioteknologiloven (vilkår for preimplantasjonsdiagnostikk og forbod mot genetisk testing av barn utanfor helsetenesta)* og Innst. 388 L (2024–2025). Endringene trådte i kraft 1. oktober 2025. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

3.7 Stortingssesjon (2018–2019)

Styrking av norsk tannhelse

Vedtak nr. 20, 15. november 2018

> *«Stortinget ber regjeringen komme tilbake til Stortinget med en egen sak om styrking av norsk tannhelse, med mål om å utjevne sosial ulikhet i tannhelse gjennom å hjelpe dem som trenger det mest. Stortinget ber om at saken inneholder:*

a. *forslag til hvordan man kan styrke det forebyggende arbeidet for god folketannhelse*
b. *en gjennomgang av refusjonsordningene på tannhelsefeltet*
c. *forslag som i større grad vil hjelpe dem som i dag ikke har økonomisk mulighet for å få gjennomført nødvendig tannhelsebehandling*
d. *forslag til forbedring og forenkling av ordningene for refusjon gjennom folketrygden til spesielle diagnoser.»*

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:209 S (2017–2018), jf. Innst. 39 S (2018–2019). Tannhelseutvalget, som har hatt i oppdrag å foreta en helhetlig gjennomgang av tannhelsefeltet, leverte sin utredning 26. september 2024. Denne har vært på offentlig høring. Departementet vil følge opp dette videre, og regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Ensomhet inn i folkehelseloven § 7

Vedtak nr. 25, 20. november 2018

«Stortinget ber regjeringen fremme forslag om at «ensomhet» tas inn i folkehelseloven § 7.»

Vedtaket ble truffet ved Stortingets møte 20. november 2018. Ensomhet er tatt inn i revisjonen av folkehelseloven som ble vedtatt av Stortinget 20. mai 2025. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Forslag om innholdsmerking på alkoholholdig drikk

Vedtak nr. 39, 20. november 2018

«Stortinget ber regjeringen fremme forslag for Stortinget om å innføre krav om innholdsmerking av alkoholholdig drikk.»

Vedtaket ble truffet ved Stortingets behandling av Dokument 8:141 S (2017–2018) om en offensiv og solidarisk alkoholpolitikk, jf. Innst. 38 S (2018–2019). Vurdering av merkekrav for alkohol ses i sammenheng med et regelverk EU har vedtatt for innholdsmerking av vin og aromatiserte drikker. Dette regelverket er fortsatt til vurdering for innlemmelse i EØS-avtalen og ev. gjennomføring i norsk rett. Departementet vil følge opp dette videre, og regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Innføring av merking med helseadvarsler på alkoholholdig drikk

Vedtak nr. 44, 20. november 2018

«Stortinget ber regjeringen innføre en merkeordning for alkoholholdig drikk med helseadvarsler om alkoholbruk under graviditet og i forbindelse med kjøring.»

Vedtaket ble truffet ved Stortingets behandling av Dokument 8:141 S (2017–2018) om en offensiv og solidarisk alkoholpolitikk, jf. Innst. 38 S (2018–2019). I Nasjonal alkoholstrategi fremgår det at det vil foreslås innføring av krav til advarselsmerking på alkoholholdig drikk i Norge. Helsedirektoratet har gjort en kunnskapsgjennomgang og juridiske vurderinger, og foreslått faktiske og praktiske løsninger for å innføre advarselsmerking av alkoholholdig drikk. Departementet vil følge opp dette videre, og regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Ideelle organisasjoners pensjonskostnader

Vedtak nr. 82, 3. desember 2018

«Stortinget ber regjeringen utrede de økonomiske konsekvensene av å dekke de ideelle organisasjoners historiske pensjonskostnader for kommunal og fylkeskommunal sektor med sikte på at de dekkes av kommunene og fylkeskommunene. Utredningen bør også se på om dekningen bør gå gjennom å utvide den søknadsbaserte tilskuddsordningen som det er enighet om å etablere i budsjettavtalen for 2019.»

Vedtaket ble truffet ved behandling Meld. St. 1 (2018–2019), jf. Innst. 2 S (2018–2019). Vedtaket omfatter ideelle organisasjoners arbeid for kommuner og fylkeskommuner over flere år og innenfor ulike sektorer. Helsedirektoratet har på oppdrag fra de berørte departementene utredet spørsmålet. Det anslås at engangskostnaden ved å dekke ideelle organisasjoners historiske pensjonskostnader vil kunne være i størrelsesorden 1,1 mrd. kroner. Denne kostnaden vil trolig også øke som følge av oppdatert beregningsmetode for avviklingstilskudd hos Sikringsordningen. Dagens økonomiske situasjon gjør at budsjettene de nærmeste årene vil være særlig stramme. Regjeringen finner ikke rom for å prioritere å dekke disse utgiftene innen helse-, omsorgs- og barnevernsfeltet. Anmodningsvedtak nr. 82 (2018–2019), 3. desember 2018, foreslås opphevet, jf. forslag til romertallsvedtak X.

Årsmeldingen for 2017 fra Norges nasjonale institusjon for menneskerettigheter

Vedtak nr. 93, 4. desember 2018

> *«Stortinget ber regjeringen gjennomgå anbefalingene i årsmeldingen for 2017 fra Norges nasjonale institusjon for menneskerettigheter og komme tilbake til Stortinget på egnet måte med hvordan anbefalingene er fulgt opp.»*

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 6 (2017–2018), jf. Innst. 78 S (2018–2019). Kontroll- og konstitusjonskomiteen opprettholdt vedtaket, jf. Innst. 580 S (2020–2021). Anmodningsvedtaket gjelder lovregulering av elektrokonvulsiv behandling (ECT) og er ivaretatt gjennom Stortingets vedtak ved behandlingen av Prop. 31 L (2024–2025), jf. Innst. 168 L (2024–2025). Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

3.8 Stortingssesjon (2017–2018)

Legevakt- og fastlegeordningen

Vedtak nr. 468, 13. februar 2018

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

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:3 S (2017–2018), jf. Innst. 109 S (2017–2018). Kontroll- og konstitusjonskomiteen merket seg i Innst. 141 S (2021–2022) at regjeringen har kommet med en handlingsplan, og at denne ikke er fremmet i Stortinget. Komiteen anser derfor ikke anmodningsvedtaket som utkvittert. Regjeringen har i Meld. St. 23 (2024–2025) *Fornye, forsterke, forbedre* lagt frem en rekke tiltak for forbedringer i legevaktordningen og rekruttering til fastlegeordningen. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Regelverket for pasientreiser

Vedtak nr. 615, 19. april 2018

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

Vedtaket ble truffet ved behandlingen av Dokument 8:98 S (2017–2018), jf. Innst. 196 S (2017–2018). Helsedirektoratet fikk i tildelingsbrevet for 2019 i oppdrag å foreta en gjennomgang av regelverket for pasientreiser og oversendte departementet en rapport om gjennomgangen i midten av oktober 2020. På bakgrunn av rapporten sendte departementet et forslag om forskriftsendringer på høring, med høringsfrist 11. april 2024. Forskriftsendringene ble vedtatt 22. januar 2025 og satt i kraft 3. mars 2025. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Tobakksskadeloven

Vedtak nr. 915, 12. juni 2018

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

Vedtaket ble truffet ved behandlingen av Dokument 8:189 S (2017–2018), jf. Innst. 367 S (2017–2018). I Prop. 116 L (2024–2025) *Endringer i tobakksskadeloven, strålevernloven og atomenergiloven (utvidelse av røykeforbudene og forbud mot grensekryssende fjernsalg)*, ble det foreslått å utvide røykeforbudet til utendørs lekeplasser og idrettsområder, samt i biler hvor barn er passasjer. I tillegg ble det foreslått et forbud mot grensekryssende fjernsalg av tobakksvarer og e-sigaretter, jf. Innst. 398 L (2024–2025). Forslagene ble vedtatt av Stortinget 10. juni 2025, jf. Lovvedtak 108 (2024–2025). Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Del II
Budsjettomtaler

4 Nærmere omtale av bevilgningsforslag mv.

Alle budsjettforslag er endringer sammenlignet med saldert budsjett 2025 så fremt ikke annet er angitt.

Budsjettkapitler uten bevilgning i 2025 og uten regnskap i 2024 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 2024	Saldert budsjett 2025	Forslag 2026	Endring i pst.
700	Helse- og omsorgsdepartementet	304 141	323 186	333 959	3,3
701	Digitalisering i helse- og omsorgs-tjenesten	566 372	511 799	571 622	11,7
702	Beredskap	146 591	129 978	129 437	-0,4
703	Internasjonalt samarbeid	363 766	298 817	296 826	-0,7
704	Norsk helsearkiv	81 633	84 962	87 647	3,2
709	Pasient- og brukerombud	84 059	89 340	88 620	-0,8
	Sum kategori 10.00	1 546 562	1 438 082	1 508 111	4,9

Utgifter under programkategori 10.00 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)

Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2024	Saldert budsjett 2025	Forslag 2026	Endring i pst.
01–29	Statens egne driftsutgifter	925 722	870 520	821 308	-5,7
50–89	Overføringer til andre	620 840	567 562	686 803	21,0
	Sum kategori 10.00	1 546 562	1 438 082	1 508 111	4,9

Kap. 700 Helse- og omsorgsdepartementet

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2024	Saldert budsjett 2025	Forslag 2026
01	Driftsutgifter	304 141	323 186	333 959
	Sum kap. 700	304 141	323 186	333 959

Helse- og omsorgsdepartementet har ansvar for følgende underliggende virksomheter i 2026:

- Bioteknologirådet (underliggende etat).
- Direktoratet for medisinske produkter (underliggende etat).
- Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet (underliggende etat).
- Folkehelseinstituttet (underliggende etat).
- Helsedirektoratet, inkl. Helfo (underliggende etat).
- Helse Midt-Norge RHF (tilknyttet virksomhet).
- Helse Nord RHF (tilknyttet virksomhet).
- Helse Sør-Øst RHF (tilknyttet virksomhet).
- Helse Vest RHF (tilknyttet virksomhet).
- Mattilsynet (deltar i faglig styring, underlagt Landbruks- og matdepartementet).
- Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten (Helseklage) (underliggende etat).
- Norsk helsearkiv (deltar i faglig styring, innenfor Arkivverket og underlagt Kulturdepartementet).
- Norsk helsenett SF (tilknyttet virksomhet).
- Norsk pasientskadeerstatning (underliggende etat).
- Statens helsetilsyn (underliggende etat).
- Statens undersøkelseskommisjon (underliggende etat).
- AS Vinmonopolet (tilknyttet virksomhet).

I sesjonen 2024–2025 er det lagt frem følgende for Stortinget i tillegg til de faste budsjettproposisjonene:

- Prop. 31 L (2024–2025) *Endringer i psykisk helsevernloven og pasient- og brukerrettighetsloven mv. (bedre beslutningsgrunnlag og behandling)*.
- Prop. 39 L (2024–2025) *Endringer i lov om folketrygd (opphevelse av § 5-9 om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos kiropraktor)*.
- Prop. 67 L (2024–2025) *Endringar i bioteknologiloven (vilkår for preimplantasjonsdiagnostikk og forbod mot genetisk testing av barn utanfor helsetenesta)*.
- Prop. 82 L (2024–2025) *Endringer i folkehelseloven m.m. (krav til systematisk og kunnskapsbasert folkehelsearbeid, helsemessig beredskap)*.
- Prop. 101 LS (2024–2025) *Endringer i lov om medisinsk utstyr (gjennomføring av endringsforordninger (EU) 2023/607 og (EU) 2023/2197 om medisinsk utstyr i norsk rett) og samtykke til godkjenning av EØS-komiteens beslutninger nr. 275/2023 og 23/2024 om innlemmelse i EØS-avtalen av forordningene.*
- Prop. 109 L (2024–2025) *Endringer i helseforskningsloven mv. (vilkår for medisinsk og helsefaglig forskning og for bruk av helseopplysninger i forskning)*.
- Prop. 114 L (2024–2025) *Endringer i spesialisthelsetjenesteloven og helse- og omsorgstjenesteloven (godkjenning av virksomheter og bruk av betegnelser)*.
- Prop. 116 L (2024–2025) *Endringer i tobakksskadeloven, strålevernloven og atomenergiloven (utvidelse av røykeforbudene og forbud mot grensekryssende fjernsalg)*.
- Prop. 121 L (2024–2025) *Endringer i helsetilsynsloven mv. (ny meldeordning for alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenesten)*.
- Prop. 124 L (2024–2025) *Endringer i tannhelsetjenesteloven mv. (rett til nødvendig tannhelsehjelp for personer fra 25 til og med 28 år)*.
- Prop. 125 L (2024–2025) *Endringer i matloven (hjemmel for overtredelsesgebyr ved brudd på forskrift)*.
- Prop. 151 S (2024–2025) *Endringar i statsbudsjettet 2025 under Helse- og omsorgsdepartementet (som følgje av endra takstar for legar, psykologar og fysioterapeutar)*.
- Prop. 152 L (2024–2025) *Endringer i helselovgivningen (tilgjengeliggjøring av helsedata og krav til tekniske og organisatoriske sikkerhetstiltak)*.
- Prop. 154 L (2024–2025) *Endringer i helsepersonelloven og pasientjournalloven mv. (taushetsplikt og tilgjengeliggjøring av pasientopplysninger)*.

Helse- og omsorgsdepartementet hadde 210 årsverk i 2024.

Post 01 Driftsutgifter

Bevilgningen dekker ordinære utgifter til lønn, godtgjørelse, varer og tjenester. Utover lønns- og prisjustering og gjennomgående budsjettiltak omtalt i del I:

- Det foreslås å flytte 0,1 mill. kroner til Direktoratet for forvaltning og økonomistyring (DFØ) i henhold til avtale om tjenester relatert til lønnsforhandlinger (årlige drifts- og forvaltningskostnader).
- Det foreslås å flytte 1 mill. kroner til kap. 700 post 01 som følge av forslag om endring fra dagens ordning med belastningsfullmakt på kap. 21 Statsrådet for å dekke reiseutgifter for politisk ledelse.
- Det foreslås å flytte 0,1 mill. kroner til Statistisk sentralbyrå for å finansiere et veiledningsmiljø for forsøk i offentlig forvaltning.
- Det foreslås å flytte 0,5 mill. kroner til Statens innkjøpssenter (DFØ) for å styrke arbeidet knyttet til nye, felles innkjøpsavtaler for staten.

Kap. 3700 Helse- og omsorgsdepartementet

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2024	Saldert budsjett 2025	Forslag 2026
03	Refusjon av ODA-godkjente utgifter fra Utenriksdepartementet	200 000	208 200	215 695
	Sum kap. 3700	200 000	208 200	215 695

Post 03 Refusjon fra Utenriksdepartementet av ODA-godkjente utgifter

Det vises til omtale under kap. 732, post 70 om utgifter knyttet til Medevac-pasienter. Helse-foretakene sine ekstraordinære utgifter til behandling av Medevac-pasienter fra Ukraina regnes som utviklingshjelp, jf. omtale under Utenriksdepartementet, kap. 179 Flyktningtiltak i Norge, post 21. Det foreslås en bevilgning på posten på 215,7 mill. kroner.

Kap. 701 Digitalisering i helse- og omsorgstjenesten

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2024	Saldert budsjett 2025	Forslag 2026
21	Spesielle driftsutgifter, *kan overføres, kan nyttes under post 70*	379 703	322 597	254 978
60	Tilskudd til helseteknologi i kommunal helse- og omsorgstjeneste	71 200	71 211	72 568
70	Norsk Helsenett SF	72 244	73 447	74 806
73	Tilskudd til digitalisering i kommunal helse- og omsorgstjeneste, *kan overføres*	43 225	44 544	45 370
74	Rammefinansiering av fellestjenester levert av Norsk helsenett			123 900
	Sum kap. 701	566 372	511 799	571 622

Vesentlige endringsforslag, utover gjennomgående budsjettiltak omtalt i del I og generelle pris- og lønnsjustering:

Sammenlignet med saldert budsjett 2025 foreslås bevilgningen redusert med:

– 75,2 mill. kroner på post 21 knyttet til digital samhandling steg 2 i henhold til planlagt gjennomføring av tiltakene og endret periodisering.

Sammenlignet med saldert budsjett 2025 foreslås bevilgningen økt med:

– 3 mill. kroner på post 21 til arbeidet med enklere tilgang til informasjon til familier og tjenesteytere til barn med behov for sammensatte tjenester.
– 123,9 mill. kroner på post 74 for rammefinansiering av fellestjenester levert av Norsk helsenett SF.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Bevilgningen dekker oppfølging og gjennomføring av tiltak som bidrar til økt bruk av teknologi og digital samhandling i helse- og omsorgstjenesten.

Sammenlignet med saldert budsjett 2025 foreslås bevilgningen redusert med:

– 75,2 mill. kroner til digital samhandling steg 2 i henhold til planlagt gjennomføring av tiltakene og endret periodisering.

Sammenlignet med saldert budsjett 2025 foreslås bevilgningen økt med:

– 3 mill. kroner på post 21 til arbeidet med enklere tilgang til informasjon til familier og tjenesteytere til barn med behov for sammensatte tjenester.

Digital samhandling

Det foreslås 187 mill. kroner til digital samhandling i 2026, inkludert tilskudd gjennom helseteknologiordningen.

For å kunne gi best mulig helsehjelp, må relevante og nødvendige helseopplysninger følge pasienten gjennom pasientforløpet og forvaltes på en trygg og sikker måte. Satsingen på digital samhandling skal bidra til at helsepersonell får tilgang til relevant, oppdatert og korrekt informasjon om pasienten, slik at de kan gi best mulig behandling og bruke mindre tid på å finne informasjon. Digital samhandling skal også styrke innbyggernes mulighet til å ta aktiv del i eget behandlingsopplegg.

Det ble med Stortingets behandling av Prop. 1 S (2023–2024) besluttet å gjennomføre steg 2 av satsingen på digital samhandling for å videreutvikle de nasjonale løsningene. Stortinget vedtok en samlet styringsramme på 1 250,3 mill. kroner (P50) og en samlet kostnadsramme på 1 517,6 mill. kroner (P85) over seks år. I forbindelse med revidert nasjonalbudsjett for 2025 ble digital samhandling redusert med 100 mill. kroner. Dette vil ikke ha konsekvenser for den samlede rammen for tiltaket. Det vil legges opp til et gevinstuttak fra aktørene som over tid tilsvarer statens kostnader. Det tas sikte på at tilbakebetaling gjøres gjennom en gradvis opptrapping i perioden 2030–2043 (14 år).

Satsingen på digital samhandling er et arbeid som har pågått over flere år for å etablere nasjonale tjenester for digital samhandling på tvers av virksomheter og nivåer. Gjennom å bygge videre på de nasjonale e-helseløsningene etableres tjenester som skal dekke de største behovene for samhandling mellom de ulike aktørene. Regjeringen legger vekt på trinnvise utviklingsprosjekter med tidlig utprøving og justering av kurs underveis. I 2026 fortsetter arbeidet med pasientens legemiddelliste, pasientens journaldokumenter (dokumentdeling), pasientens prøvesvar, pasientens kritiske informasjon og pasientens måledata (datadeling for digital hjemmeoppfølging).

Flere av løsningene prøves ut i 2025 og er klare til å tas i bruk på flere områder og av flere sykehus, fastleger, legevakter, hjemmetjenester, sykehjem og andre aktører i 2026. Videre innføring vil bygge på erfaringene fra utprøvingene som gjennomføres i 2025. En sentral oppgave i 2026 er å øke bruken av de nasjonale samhandlingstjenestene. Helsedirektoratet vil som nasjonal myndighet bidra med å koordinere og gjennomføre ulike tiltak for å støtte aktørenes arbeid med å innføre og ta i bruk de nasjonale samhandlingstjenestene. Hovedansvaret for digitalisering ligger fortsatt hos aktørene i sektoren.

Pasientens legemiddelliste er det høyest prioriterte samhandlingsområdet og skal gjøre det mulig for helsepersonell på tvers av tjenesten å få en samlet og oppdatert oversikt over alle legemidler pasienten bruker. Legemiddellisten skal også være tilgjengelig for pasienten selv. Pasientens legemiddelliste skal bidra til bedre kvalitet og redusere pasientskader som skyldes feil i legemiddelhåndteringen. For å ta i bruk pasientens legemiddelliste er det en forutsetning med teknisk tilrettelegging, tilpasning av arbeidsprosesser og at helsepersonell har fått nødvendig opplæring. Teknisk tilrettelegging for pasientens lege-

middelliste har tatt lengre tid enn opprinnelig planlagt. Dette skyldes i hovedsak høy kompleksitet med mange aktører og stor variasjon i styringslinjer, løsninger og behov. Utprøvingen av pasientens legemiddelliste har pågått i Helse Vest siden 2021 og den ble utvidet med Helse Nord i 2025. Utprøvingene fortsetter i 2026 og skal gradvis utvides. Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge har gjennomført nødvendige forberedelser og starter utprøvingen i 2026. Det er fortsatt risiko knyttet til dette arbeidet, og fremdriften vil følges videre opp i 2026. Erfaring viser at en felles legemiddeloversikt gir både tidsbesparelser og bedre pasientbehandling.

I tillegg er det videre arbeidet med deling av pasientens journaldokumenter og pasientens prøvesvar høyt prioritert i 2026. Både pasientens journaldokumenter og pasientens prøvesvar prøves ut i 2025 og bidrar til at helsepersonell får tilgang til informasjonen de trenger uten ekstraarbeid.

I regjeringens satsing på moderniseringen av allmennlegetjenesten legges det vekt på at fastleger og øvrige deler av allmennlegetjenesten skal ta i bruk de digitale samhandlingstjenestene og at det også skal vurderes hvordan fastleger skal kunne dele sine journaldokumenter, jf. Meld. St. 23 (2024–2025) *Fornye, forsterke, forbedre – Framtidens allmennlegetjeneste og akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus*.

Gjennom helseteknologiordningen gis tilskudd til kommuner for å støtte utprøving og innføring og bruk av de nasjonale samhandlingstjenestene og tilpasning av pasientjournalsystemene, herunder tilskudd til nettverk for innføring i regi av KS. Se nærmere omtale av helseteknologiordningen under post 21.

Videreutviklingen av digital samhandling skal ta hensyn til initiativene fra EU knyttet til styrket helseberedskap og realiseringen av det europeiske helsedataområdet, European Health Data Space (EHDS, helsedataforordningen). Helse- og omsorgsdepartementet legger vekt på at det nasjonale digitaliseringsarbeidet ses i sammenheng med europeisk arbeid på området, herunder bidra til bedre bruk av helsedata, styrke innbyggernes kontroll over og tilgang til egne opplysninger, og gjør det lettere for norsk helsenæring å tilby løsninger i et større europeisk marked. Se nærmere omtale av helsedataforordningen under kap. 740.

Digitalt helsekort for gravide

Digitalt helsekort for gravide skal erstatte papirskjemaet for informasjonsflyt mellom ulike helseaktører som følger opp svangerskapet. Tiltaket innebærer at informasjon fra dagens papirhelsekort for gravide blir digitalt tilgjengelig for den gravide og for helsepersonell. Et digitalt helsekort for gravide skal gi økt kvalitet i svangerskapsomsorgen, forbedre oppfølgingen av den gravide og øke pasientsikkerheten. Den gravide skal få tilgang til eget helsekort på Helsenorge og helsepersonell skal få tilgang i eget journalsystem. Arbeidet skal ses i sammenheng med videreutvikling av tilbudet om digital foreldrestøtte som skal tilgjengeliggjøres via Helsenorge. I 2025 har Norsk helsenett SF utviklet en løsning som prøves ut med noen aktører og leverandører der formålet er å få en bedre innsikt i samhandlingen mellom aktørene og å innhente læring og erfaring som kan brukes til å videreutvikle konseptet og forbedre løsningen i samarbeid med helse- og omsorgstjenesten. Utprøvingen utvides gradvis.

I 2026 fortsetter utprøvingen av digitalt helsekort for gravide. Regjeringen har som ambisjon at helsekortet skal innføres i hele landet fra 2026. Full innføring er avhengig av at sykehusene får på plass nødvendig støtte i fødejournalsystemene. Departementet vil følge opp eventuelle behov for regelverksutvikling for å støtte opp om nasjonal innføring.

Helseteknologiordningen

Det foreslås samlet 179,1 mill. kroner til helseteknologiordningen. Ordningen består av:

- Tilskudd til tilrettelegging for å ta i bruk teknologi i den kommunale helse- og omsorgstjenesten på 72,6 mill. kroner, jf. post 60.
- Tilskudd til nettverk for innføring av helseteknologi og prioriterte samhandlingstiltak i kommunal sektor i regi av KS på 45,4 mill. kroner, jf. post 73.
- Tilskudd til utprøving og innføring av digitale samhandlingsløsninger og tilpasning av pasientjournalsystemene på 30 mill. kroner, jf. post 21.
- Veilednings- og godkjenningsordning og standardiseringsarbeid på 21,7 mill. kroner, jf. post 21.
- Oppfølging av ordningen og myndighetsoppgaver på 8,4 mill. kroner, jf. kap. 740, post 01.
- Tilskudd til standardiseringsorganisasjoner som styrker kompetanse og gjennomfører tiltak mot kommunene, inkludert tilskudd til Standard Norge på 1,0 mill. kroner, jf. kap 781, post 79.

Helseteknologiordningen ble etablert i 2024 og er en søknadsbasert tilskuddsordning for kommuner og fylkeskommuner som skal bygges ut gradvis basert på erfaring. Ordningen støtter innføringen av helseteknologi, stimulerer næringslivet og tilrettelegger for bruk av standarder i tråd med europeisk utvikling og nasjonale behov. Ordningen skal bidra til at kommunene tar i bruk personellbesparende teknologi. Økt bruk av helseteknologi er sentralt for at flere eldre skal kunne bo trygt hjemme og helseteknologiordningen ses i sammenheng med oppfølging av Meld. St. 24 (2022–2023) *Fellesskap og meistring – Bu trygt heime*.

Tilskuddet til tilrettelegging for å ta i bruk teknologi i den kommunale helse- og omsorgstjenesten ble i 2025 fordelt på tiltak som omfatter over 300 kommuner. Sammenlignet med 2024 er det i 2025 flere kommuner som går sammen om anskaffelse av helseteknologi som journalløsninger, digital hjemmeoppfølging og velferdsteknologi. Erfaringsdeling og bruk av samme rammeverk for anskaffelse gir en mer effektiv innføring av helseteknologi i kommunal helse- og omsorgstjeneste. En stor andel av søknadene er i tidlig fase og vil strekke seg over flere år. Særlig anskaffelse og innføring av journalløsninger og digital hjemmeoppfølging er komplekse prosesser som krever kontinuitet i arbeidet over tid.

Tilskuddet til nettverk for innføring i regi av KS skal bidra til erfarings- og kompetansedeling på tvers av kommuner, og at kommunene i større grad koordinerer og samordner seg om innføring av helseteknologi og digitale samhandlingstjenester. I 2025 har KS sammen med kommuner videreutviklet regionale digitaliseringsnettverk. I 2026 skal det vurderes tiltak for å styrke bestillerkompetansen i kommunene og mer koordinert dialog med leverandørene, og hvordan allmennlegetjenesten i større grad kan inngå i kommunenes arbeid med digitalisering, jf. Meld. St. 23 (2024–2025) *Fornye, forsterke, forbedre – Framtidens allmennlegetjeneste og akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus*.

I 2025 ble tilskuddet til utprøving og innføring av digitale samhandlingsløsninger utvidet til å omfatte tilskudd for tilpasning av kommunenes journalløsninger til de prioriterte nasjonale samhandlingsløsningene. Tilskuddet skal bidra til raskere utbredelse og bruk av digital samhandling.

Helsedirektoratet har i 2025 arbeidet med å videreutvikle veiledningstjenesten for myndighetskrav for helseteknolgi til en første versjon av en veilednings- og godkjenningsordning for helseteknologi. Innretningen sees i sammenheng med krav i den europeiske helsedataforordningen. Norsk helsenett SF, KS, næringsklyngene og leverandører er involvert i arbeidet. Helsedirektoratet forvalter ordningen og koordinerer tiltakene med andre myndighetsoppgaver for å sikre sammenhengende og effektive tjenester.

Ordningen inkluderer også arbeid med standardisering og tilskudd til standardiseringsorganisasjoner. Kompetansetiltak i regi av HL7 Norge og Standard Norge skal bidra til å forenkle prosessene i kommunene, gjennom å bygge kunnskap om internasjonale standarder og erfaringer, og legge til rette for at aktørene er forberedt på kravene i helsedataforordningen. Se omtale av tilskudd til Standard Norge, kap. 781, post 79.

I 2026 skal ordningen videreutvikles i samarbeid med KS og helsenæringen. Ordningen bygges ut gradvis basert på erfaring og økonomiske rammer. Det skal fremover vurderes tiltak som bidrar til at kommunene enklere kan ta i bruk helseteknologi som frigjør tid hos helsepersonell, inkludert allmennlegetjenesten, og som støtter samhandling rundt innbyggerne. Det er et mål for regjeringen at den norske helsenæringens skal styrkes, og bruk av løsninger som allerede finnes i markedet er vektlagt i ordningen.

Enklere tilgang til informasjon til familier og tjenesteytere til barn med behov for sammensatte tjenester – livshendelsen Alvorlig sykt barn

Enklere tilgang til informasjon skal legge til rette for enklere tilgang til informasjon om tjenester, rettigheter og hjelp til familier til barn med behov for sammensatte tjenester og til tjenesteytere. Dette er et av tiltakene i arbeidet med livshendelsene, jf. Nasjonal digitaliseringsstrategi 2024–2030. Ved bruk av kunstig intelligens sammenstilles og presenteres relevant informasjon fra et stort antall offentlige kilder. Enklere tilgang til informasjon er tverrsektoriell og viser innhold fra mange sektorer i én tjeneste. Kildekoden kan deles for å benyttes på andre områder i offentlig sektor. En første versjon av løsningen ble tilgjengeliggjort for noen få kommuner i 2025. Det skal vurderes hvordan løsningen kan integreres i andre offentlige nettsteder, som for eksempel Helsenorge. Det er planlagt med en kontrollert oppskalering av bruk i løpet av 2026. Norsk helsenett SF overtok i 2025 eierskap for Enklere tilgang til informasjon, jf. omtale under post 70.

Post 60 Tilskudd til helseteknologi i kommunal helse- og omsorgstjeneste

Bevilgningen dekker tilskudd til helseteknologi i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Tilskuddet inngår som del av helseteknologiordningen, se omtale under post 21.

Post 70 Norsk helsenett SF

Bevilgningen dekker Norsk helsenett SFs arbeid med digital sikkerhet i helse- og omsorgssektoren, digital samhandling, melde.no, tjenesten Enklere tilgang til informasjon og MyHealth@EU.

Norsk helsenett SF skal sørge for en sikker og trygg infrastruktur for effektiv samhandling mellom aktørene i helse- og omsorgsektoren og bidra til at den nasjonale helseberedskapen blir ivaretatt, jf. Nasjonal helseberedskapsplan. Norsk helsenett SF har ansvar for Helse- og kommuneCERT, som er helse- og kommunesektoens felles kompetansesenter for operativ IKT-sikkerhet og har som formål å gjøre helse- og kommunesektoren sikrere. Det ble i 2024 lansert en ny sikkerhetstjeneste for kommunene, Kommunetest, som kartlegger sårbarheter og sikkerhetsrisikoer i infrastrukturen til kommunene. I 2025 ble det gjennomført 27 kommunetester. I tillegg har Helse- og kommuneCERT bidratt med inntregningstester av systemer som brukes til gjennomføring av stortings- og sametingsvalget. Helse- og kommuneCERT har tett samarbeid med Nasjonalt cybersikkerhetssenter, Nasjonal sikkerhetsmyndighet og øvrige sektorers responsmiljøer.

Norsk helsenett SF har ansvar for utvikling av den tekniske løsningen for melde.no som felles meldeportal for uønskede hendelser. Viderutvikling av portalen vil fortsette i 2026 i samarbeid med de som er ansvarlig for de ulike meldeordningene og finansieres i tråd med modellen som er etablert mellom Norsk helsenett og aktørene

Norsk helsenett SF overtok i 2025 eierskap for tjenesten Enklere tilgang til informasjon, som skal gi tilgang til informasjon om tjenester, rettigheter og hjelp til familier til barn med behov for sammensatte tjenester og til tjenesteytere. Se nærmere omtale under post 21.

MyHealth@EU er en digital tjeneste som skal bidra til gode helsetjenester for europeiske borgere som reiser innenfor EU-/EØS-området. Gjennom MyHealth@EU skal enkeltpersoner få tilgang til egne helseopplysninger og mulighet til å dele helseopplysninger med helsepersonell i andre EU/EØS-land. Norsk helsenett SF har ansvar for etablering av den tekniske løsningen for tilknytning til MyHealth@EU. I 2025 ble det gjennomført en begrenset utprøving av utveksling av resepter, kritisk informasjon og utvalgte journaldokumenter. I 2026 skal Norsk helsenett SF videreføre arbeidet for å legge til rette for ytterligere utveksling av opplysninger.

Post 73 Tilskudd til digitalisering i kommunal helse- og omsorgstjeneste

Bevilgningen dekker tilskudd til nettverk i regi av KS for å styrke innføringen av helseteknologi og digitale samhandlingstjenester i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Tilskuddet inngår som del av helseteknologiordningen, se omtale under post 21.

Post 74 Rammefinansiering av fellestjenester levert av Norsk helsenett

Det foreslås at det opprettes en ny post 74 under kap. 701. Formålet med posten er å finansiere fellestjenester som Norsk Helsenett skal levere til departementets underliggende etater og Pasient- og brukerombudet.

Det foreslås 123,9 mill. kroner på post 74 til rammefinansiering av fellestjenester til helseforvaltningen levert av Norsk helsenett SF.

Norsk helsenett SF leverer felles IKT-tjenester til Helse- og omsorgsdepartementets underliggende etater og Pasient- og brukerombudet. Det foreslås å overføre bevilgninger fra virksomhetene til Norsk helsenett SF for å rammefinansiere deler av fellestjenestene Norsk helsenett SF leverer. Beløpet per virksomhet tilsvarer summen av kostnadene for deltjenestene virksomhetene benytter. Rammefinansieringen gjelder også for Helfo, der beløpet er inkludert i overføringen fra Helsedirektoratet til Norsk helsenett SF.

Rammefinansieringen har som hensikt å skape bedre prisforutsigbarhet, samtidig som den gir insentiver til Norsk helsenett SF for å kostnadseffektivisere sine leveranser. Tidligere har Norsk helsenett SF fakturert virksomhetene for tjenestene. Norsk helsenett SF kan i tillegg levere andre tjenester som finansieres med fakturering. Helse- og omsorgsdepartementet vil følge opp dette i styringsdialogen med Norsk helsenett SF.

Kap. 702 Beredskap

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2024	Saldert budsjett 2025	Forslag 2026
21	Spesielle driftsutgifter, *kan overføres, kan nyttes under post 70*	32 790	37 173	37 861
22	Beredskapslagring legemidler, *kan overføres, kan nyttes under post 71*	34 330		
70	Tilskudd, *kan nyttes under post 21*	4 635	4 811	4 899
72	Kompensasjon til legemiddelgrossister	74 836	87 994	86 677
	Sum kap. 702	146 591	129 978	129 437

Formålet med helseberedskap er å verne liv og helse, samt bidra til at befolkningen kan tilbys nødvendig helsehjelp og sosiale tjenester ved kriser og katastrofer, i fredstid og krig. Dette som en del av regjeringens innsats for samfunnssikkerhet og beredskap.

Helse- og omsorgsdepartementet har overordnet ansvar for beredskap og sikkerhet innenfor helse- og omsorgstjenesten og folkehelseområdet, inkludert smittevern- og pandemiberedskap, miljørettet helsevern, strålevern, atomberedskap og atomsikkerhet, legemidler og medisinsk utstyr, mattrygghet og drikkevann. Departementet har ansvar for de kritiske samfunnsfunksjonene helse og omsorg, vann og avløp, og de grunnleggende nasjonale funksjonene (GNF) helseberedskap, trygg vannforsyning, Helse- og omsorgsdepartementets virksomhet, handlefrihet og beslutningsdyktighet, og medansvar for den tverrsektorielle GNF-en matvareforsyning sammen med Nærings- og fiskeridepartementet og Landbruks- og matdepartementet.

Helseberedskapsloven, øvrig helselovgivning og sikkerhetsloven regulerer ansvar. Kommunene har ansvar for å yte helse- og omsorgstjenester til alle som oppholder seg i kommunen. Kommunene har også ansvar for å beskytte befolkningens helse og forebygge sykdom og skade ved å sørge for smittevern, miljørettet helsevern, trygt drikkevann og strålevern. Regionale helseforetak har ansvar for å sørge for spesialisthelsetjenester. Kommuner og helseforetak skal ha beredskapsplaner som gjør at de ved kriser kan legge om, og utvide driften for å yte nødvendige tjenester tilpasset situasjonen. Statsforvalteren er bindeledd mellom lokalt og sentralt nivå og har en samordningsrolle i fylket. På sentralt nivå er de viktigste aktørene Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet, Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet, Direktoratet for medisinske produkter, Mattilsynet, Norsk helsenett SF og Statens helsetilsyn. Roller og ansvar er omtalt i Nasjonal helseberedskapsplan, som ble lansert 23. mai 2025. Sammen med NATO, EU og våre nordiske naboland bygger Norge økt motstandsdyktighet på tvers av sektorer og fra samfunn til individ. Planer og systemer for å forebygge og håndtere hendelser og kriser skal være integrert i ledelses- og styringssystemer i tråd med forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Finansiering ivaretas i hovedsak over de ordinære driftsbudsjettene.

Helseberedskap er grenseoverskridende. Norge deltar derfor i internasjonalt samarbeid om motstandsdyktige helsesystemer, overvåking, varsling, analyse og tiltak for å forebygge, oppdage og håndtere hendelser. Norge samarbeider nært med EU om helseberedskap og har en nordisk helseberedskapsavtale, kriser og krig. Det vises til omtale under kap. 703.

Regjeringens Meld. St. 5 (2023–2024) *En motstandsdyktig helseberedskap – Fra pandemi til krig i Europa (helseberedskapsmeldingen)* og Stortingets tilslutning, jf. Innst. 220 S (2023–2024), Prop. 87 S (2023–2024) *Forsvarsløftet – for Norges trygghet – Langtidsplan for forsvarssektoren 2025–2036*, jf Innst. 426 S (2023–2024), Meld. St. 9 (2024–2025) *Totalberedskapsmeldingen – Forberedt på kriser og krig*, jf. Innst. 242 S (2024–2025) og Nasjonal sikkerhetsstrategi gir politisk og strategisk retning for norsk helseberedskap.

Strategiske mål er å ha en motstandsdyktig og fleksibel helse- og omsorgssektor som er forberedt på nye trusler og kan håndtere kriser i fred

og krig, på grunnlag av forebyggende sikkerhetsarbeid og beredskap i daglig drift, erfaring fra hendelser og øvelser samt koordinert beredskapsplanlegging utviklet basert på risiko- og sårbarhetsanalyser.

Mål og hovedprioriteringer for budsjettperioden 2026:

- Økt motstandsdyktighet i møte med sammensatte trusler og krig.
- Styrket sikkerhet og beredskap mot digitale trusler og sårbarheter.
- Styrket forsyningssikkerhet.
- Styrket sikkerhet og beredskap mot pandemier, smittsomme sykdommer, atomhendelser og andre farlige og eksplosive stoffer (CBRNE).
- Trygg vannforsyning.

Motstandsdyktighet i møte med sammensatte trusler, kriser og krig

Motstandsdyktighet mot sammensatte trusler følges opp gjennom implementeringen av lov om nasjonal sikkerhet i helse- og omsorgssektoren. Formålet er å trygge nasjonale sikkerhetsinteresser og forebygge, avdekke og motvirke sikkerhetstruende virksomhet. Departementet har identifisert grunnleggende nasjonale funksjoner (GNF-ene) innenfor eget myndighetsområde. På grunnlag av skadevurderinger er det identifisert virksomheter med vesentlig og avgjørende betydning for GNF-ene, samt utpekt og klassifisert skjermingsverdige verdier, og gitt frist for gjennomføring av sikringstiltak. Skadevurderingene gir også grunnlag for å identifisere avhengigheter til andre offentlige og private virksomheter av vesentlig eller avgjørende betydning for GNF.

Motstandsdyktighet og beredskap mot kriser og krig bygger på generiske forberedelser. Rammene for dette beskrives i Nasjonal helseberedskapsplan. I tillegg har vi særlig oppmerksomhet på beredskapsplaner, innsatsteam og kapasiteter for håndtering av masseskader.

De regionale helseforetakene samarbeider med Forsvaret om beredskapsplaner for å møte masseskader, blant annet som følge av NATOs forventninger til medlemslandene. Samarbeidet startet med en pilot i Helse Nord i 2021, som er utvidet til alle regioner. Departementet har nylig gitt de regionale helseforetakene et nytt oppdrag om å kartlegge relevante beredskapskapasiteter og beredskapsbehov i spesialisthelsetjenesten, inkludert Forsvarets behov for helsetjenester. Det sivil-militære helseberedskapssamarbeidet koordineres i utvalget for sivilt-militært helseberedskapssamarbeid, som ledes av Helsedirektoratet, med Forsvarets sanitet som nestleder.

Norwegian Medical Team (NOR EMT) og Norwegian rescEU Jet air Ambulance for Highly Infectious Patients (NOJAHIP) er eksempler på team og kapasiteter. Bruksområdet til NOJAHIP omfatter transport av alvorlige brannskade- og CBRN-pasienter i tillegg til høysmittepasienter og inngår som kapasitet i rescEU. NOR EMT tilfredsstiller Verdens helseorganisasjons krav og er meldt inn som en kapasitet i EUs ordning for sivil beredskap. Konseptet kan levere tjenester som triage, stabilisering av ustabile pasienter og primærhelse, samt overføring og transport av pasienter til lokale sykehus eller feltsykehus. Teamene, normalt bestående av 20–25 personer, settes sammen fra en pool av leger, sykepleiere og teknisk støttepersonell innen ulike yrkesgrupper, medbringende en feltklinikk med teltløsninger.

Sikkerhet og beredskap mot digitale trusler og sårbarheter

Digitalisering av helse- og omsorgssektoren styrker pasientsikkerheten, gir bedre kvalitet på dokumentasjon og samhandling, effektiviserer og forenkler hverdagen. Digitale systemer er avgjørende for logistikk, styring, forskning, anskaffelser og forsyningslinjer. Samtidig innebærer digitalisering økt kompleksitet, nye sårbarheter og angrepsflater. Helsedata er et attraktivt mål og pekes på som en årsak til at helse- og omsorgssektoren er interessant for trusselaktørene. Ny teknologi som kunstig intelligens, syntetisk biologi og nevroteknologi utvikles globalt på tvers av statlige og private aktører. Kunstig intelligens er viktig for helse- og omsorgssektoren og vi har bare så vidt begynt å ta den i bruk. Økt konkurranse, store mengder data og forbedret maskinlæring har gitt gjennombrudd og fremskritt de siste årene. Både de menneskelige og ikke-menneskelige bidragene i slike systemer har stor sikkerhetsmessig innvirkning.

For å følge opp Lov om digital sikkerhet, jf. NIS I direktivet og møte utfordringene den nye teknologien gir, må IKT-sikkerhet prioriteres og ansvaret tydeliggjøres, kompetanse bygges opp og sikkerhetskultur utvikles i all virksomhet. Det er etablert et utvalg på etatsnivå for digital sikkerhet for virksomhetene i helse- og omsorgssektoren, som også vil jobbe tverrsektorielt. Se omtale av HelseCert og kommuneCert under kap. 701, post 70.

Forsyningssikkerhet

Lange og sammensatte produksjons- og forsyningslinjer gjør Norge sårbar for markedsforstyrrelser. Tilgangen til legemidler og medisinsk utstyr er avgjørende for å kunne yte helse og omsorgstjenester. Vannforsyningen er avhengig av kjemikalier for rensing av vann. Atomberedskapen trenger måleutstyr. Avhengighetene er like store for innsatsfaktorer som ligger utenfor det konstitusjonelle ansvaret til helse- og omsorgsministeren. Det er betydelige tverrsektorielle avhengigheter. Det stiller store krav til samarbeid på tvers av sektorer. Dersom ett ledd i matforsyningskjeden svikter, kan følgene for beredskapen være store. For helseberedskapen er særlig tilgangen til legemidler og medisinsk utstyr en kritisk innsatsfaktor. Legemiddel- og medisinsk utstyrsmarkedene er globale med betydelige avhengigheter i verdi- og forsyningskjedene. Prioriteringer for å sikre tilgang til legemidler og medisinsk utstyr omfatter nasjonale og internasjonale tiltak. Beredskapslagre av legemidler og smittevernutstyr ble etablert under pandemien, og krav til beredskapslagring er forskriftsfestet.

Direktoratet for medisinske produkter leder utvalget for forsyningssikkerhet og beredskap for medisinske produkter som ble opprettet høsten 2024. Det vises til kap. 746 for omtale av Direktoratet for medisinske produkter.

Sikkerhet og beredskap mot pandemier, smittsomme sykdommer, atomhendelser og andre farlige og eksplosive stoffer (CBRNE)

Beredskap mot pandemier, smittsomme sykdommer og farlige stoffer omfatter kjemiske stoffer (C), biologiske agens (B), radioaktive stoffer, nukleært materiale (RN) og eksplosiver (E). Denne type hendelser med høyt skadepotensiale omtales som CBRNE-hendelser. Det er internasjonal og nasjonal regulering og systemer for overvåkning, deteksjon, varsling, måling, analyse og tiltak for å forebygge og møte slike hendelser.

Helse- og omsorgsdepartementet er ansvarlig for samordning av beredskap mot biologiske agens (B-området)- og atomberedskapen (RN-området). Helsesektorens beredskap mot slike hendelser bygger på smittevernberedskap, miljørettet helsevern, og atomberedskap, supplert av spesialiserte planer, faginstanser og nettverk. Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet leder kriseutvalget for atomberedskap, mens Helsedirektoratet leder utvalget for smittevernberedskap.

Nasjonal strategi for strålevern og atomsikkerhet ble publisert 2. juli 2025. Strategien skisserer Norges internasjonale forpliktelser for strålevern, atomsikkerhet og beredskap og skal klargjøre Norges intensjon om å følge opp mangler som ble påpekt av Det internasjonale atomenergibyrået i 2019.

Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet leder Kriseutvalget for atomberedskap og er faginstans for strålevern, atomberedskap og atomsikkerhet. Folkehelseinstituttet er faginstans for smittevern- og miljørettet helsevern. Begge har eksperter og innsatsteam som kan bistå kommuner og andre ved hendelser. Nasjonal behandlingstjeneste for CBRNE-medisin er lagt til Helse Sør-Øst RHF og Oslo Universitetssykehus HF, mens Nasjonal behandlingstjeneste for avansert brannskadebehandling er lagt til Helse Vest RHF ved Helse Bergen HF.

Prioriteringer innenfor smittevern er å styrke og modernisere overvåkingssystemer, ivareta sterke fagmiljøer og legge til rette for faglig støtte og kompetanse lokalt. Innenfor atomberedskapen prioriteres videreutvikling av varslingssystemer, utvidelse av målekapasiteter, kompetanseheving og modellerings- og analyseverktøy. Det vises til kap. 710 om vaksiner og kap. 745 om Folkehelseinstituttets ansvar, samt kap. 747 for omtale av Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet.

Trygg vannforsyning

Vannforsyning er viktig for liv og helse og samfunnets evne til å ivareta kritiske funksjoner og fungere generelt. Som kritisk infrastruktur kan vannforsyningen være mål for hybride trusler og sabotasjehandlinger. Den urolige internasjonale situasjonen har medført at sikring og beredskap i vannforsyningen er særlig viktig, og kommunene er gjort oppmerksomme på dette. Drikkevannet i Norge er i hovedsak trygt, og de fleste innbyggerne får drikkevann av god kvalitet. Likevel er det sårbarheter i vannforsyningen i mange kommuner. Utfordringer ligger i gammelt ledningsnett og en lav fornyelsesgrad som fører til økt forfall og økt risiko for bortfall av vann og forurensning av vannforsyningen. Klimaendringer øker risikoen for svikt i vannforsyningssystemene. Vannforsyningen er avhengig av import av grunnleggende innsatsvarer for å produsere drikkevann. Ifølge Mattilsynet er vannverkenes beredskapsplaner i mange tilfeller ikke tilstrekkelige. Bortfall av vann vil få konsekvenser i Oslo frem til 2028.

Helse- og omsorgsdepartementet har sektoransvar for regelverk og tilsyn på drikkevannsområdet, er hovedansvarlig for den kritiske samfunnsfunksjonen vann og avløp og den grunnleggende nasjonale funksjonen trygg vannforsyning. Departementet koordinerer innsats på området med andre departementer. Kommuner og vannverk har ansvar for helsemessig trygg og sikker drikkevannsforsyning. Mattilsynet forvalter drikkevannsforskriften, fører tilsyn med vannforsyningssystemer og påser at drikkevannshensyn blir ivaretatt i kommunale og fylkeskommunale planer. Folkehelseinstituttet er kunnskapsinstitusjon på drikkevannsområdet for Helse- og omsorgsdepartementet og Mattilsynet.

Regjeringen lanserte i februar 2024 nye Nasjonale mål for vann og helse med gjennomføringsplan som omfatter både drikkevanns- og avløpsområdet. Gjennomføringsplanen følges opp gjennom tiltak med sikte på å oppnå tryggere vannforsyning og bedre avløpsrensing på en kostnadseffektiv måte. Mattilsynet er i ferd med å kartlegge situasjonen for nødvannforsyning og utrede behov for eventuelle tiltak og følge opp de nye målene for vann og helse med gjennomføringsplan for å redusere sårbarheter og øke robustheten i vannforsyningen. Mattilsynet leder utvalg for vannforsyningsberedskap, som i tillegg består av representanter fra relevante statlige etater og kommuner. Nasjonale sikkerhetsmyndigheter ser alvorlig på cybertrusler og advarer om at vannverkenes digitale systemer kan være for sårbare og ser behov for at digital sikkerhet styrkes. Departementet og Mattilsynet følger også særskilt opp sikkerhet og beredskap relatert til Oslos vannforsyning og NATOs forventninger til robust vannforsyning.

Anmodningsvedtak

Frivillighetens rolle i helseberedskapen

Vedtak nr. 543, 4. april 2024

> *«Stortinget ber regjeringen sikre at frivillighetens rolle i helseberedskapen styrkes, og at de frivillige organisasjonene integreres i planverk og øvelser.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med Stortingets behandling av Meld. St. 5 (2023–2024) *En motstandsdyktig helseberedskap – Fra pandemi til krig i Europa*, jf. Innst. 220 S (2023–2024). Regjeringen viser til at det i Meld. St. 5 (2023–2024) legges til rette for at frivillig sektor blir bedre integrert i helseberedskapen, både regulatorisk, i avtaler, i planer og øvelser og at det legges opp til tettere dialog med frivillige organisasjoner blant annet gjennom et årlig dialogmøte mellom Helse- og omsorgsdepartementet og frivillige organisasjoner. Det første årlige dialogmøtet har funnet sted. I den nye helseberedskapsmodellen som er etablert skal utvalgene ha kontakt og samarbeid med frivillige organisasjoner der det er relevant. I Nasjonal helseberedskapsplan, som er det overordnede rammeverket for helse- og omsorgsektorens håndtering av alle typer kriser og katastrofer, er frivillig sektor inkludert. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Bevilgningen dekker beredskapstiltak som analyser, plan- og systemutvikling, øvelser og kompetansetiltak, beredskapslagre av legemidler, materiell og utstyr, systemer for overvåkning, målekapasiteter, varsling og laboratorieberedskap. Om lag 8 mill. kroner av bevilgningen går til ulike innsatsteam som Norwegian Medical Team (NOR EMT).

Post 70 Tilskudd

Bevilgningen dekker tilskudd til beredskapstiltak ved Nasjonal behandlingstjeneste for CBRNE-medisin og til Røde Kors for tilrettelegging av pårørendeberedskap.

Post 72 Kompensasjon til legemiddelgrossister

Bevilgningen dekker kompensasjon til grossistene iht. forskriftsfestet beredskapslager for legemidler. Det foreslås 86,7 mill. kroner til kompensasjon i 2026.

Legemiddelgrossister som distribuerer legemidler til apotek, plikter å beredskapssikre et ekstra lager av legemidler i Norge, jf. forskrift om grossistvirksomhet for legemidler. Det gis kompensasjon for håndtering og lagring etter sats fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet samt ukurans.

Statens kostnader til beredskapslagring vil variere med bl.a. NIBOR, fyllingsgrad, prisendringer og ukurans.

Kap. 703 Internasjonalt samarbeid

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2024	Saldert budsjett 2025	Forslag 2026
21	Spesielle driftsutgifter, *kan overføres*	9 066	13 262	18 243
71	Internasjonale organisasjoner	339 054	262 417	255 017
72	Tilskudd til Verdens helseorganisasjon (WHO)	15 646	23 138	23 566
	Sum kap. 703	363 766	298 817	296 826

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

- Det foreslås å flytte 5 mill. kroner fra Utenriksdepartementets kap. 118, post 21 til kap. 703, post 21, til forvaltning av midler til internasjonalt helsesamarbeid i nordområdene.
- Det foreslås å flytte 0,3 mill. kroner fra kap. 703, post 21 til Departementenes digitaliseringsorganisasjons kap. 1515, post 01 til drift og forvaltning av ny EØS- og Schengen-notatbase.
- Bevilgningen på kap. 703, post 71 foreslås redusert med totalt 7,4 mill. kroner i 2026. Reduksjonen skyldes at den norske proporsjonalitetsfaktoren for beregning av kostnader til kontingenter og programmer tilknyttet EU er nedjustert fra 2,6 pst. i 2025 til 2,4 pst. i 2026. Det er samtidig en økning for kontingent til European Union Drugs Agency (EUDA) som følge av organisatoriske endringer i EUDA. Det vises også til endring i valutakurs for kontingenter og programmer som bidrar til at den samlede reduksjonen i kap. 703, post 71 blir noe mindre enn den isolerte effekten av reduksjonen av proporsjonalitetsfaktoren skulle tilsi.

Det overordnede målet for Helse- og omsorgsdepartementets internasjonale arbeid er å bidra til god folkehelse, helsetjenester og styrket helseberedskap nasjonalt, europeisk og globalt.

Mål for 2026

Fremme norske interesser innen folkehelse, helse- og omsorgstjenester og helseberedskap ved å delta aktivt i EUs ulike prosesser, programmer, byråer og komiteer, herunder:

- Arbeide for en tilknytning til EUs styrkede helseberedskapssamarbeid som ivaretar norsk helseberedskap så godt som mulig.
- Systematisk fremme norske interesser gjennom Health Emergency Preparedness and Response Authority Board, Det europeiske smittevernbyrået ECDC og Det europeiske legemiddelbyrået EMA.
- Sikre godt utbytte av norsk deltagelse i EUs fjerde helseprogram EU4Health og i Horisont Europa og bidra til regjeringens arbeid med ny programperiode 2028–2034.
- Bidra med å sikre at vi kan utnytte potensialet i forordningen om det europeiske helsedataområdet (EHDS/helsedataforordningen) for å legge til rette for bedre bruk av helsedata, styrke innbyggernes kontroll over egne opplysninger og gjøre det lettere for norsk helsenæring å tilby løsninger i et større europeisk marked.
- Bidra i EUs arbeid for å ivareta tilgangen til, utvikling og produksjon av medisinske mottiltak, inkludert Europakommisjonens forslag til revisjon av legemiddelregelverket og forslag om kritiske legemidler.
- Bidra i EUs regelverksutvikling på mat- og folkehelseområdet samt regelverk om bruk av helsedata.

Bidra til å oppnå de helserelaterte bærekraftsmålene og fremme norske interesser innen folkehelse, helse- og omsorgstjenester og helseberedskap. Dette gjennom aktiv deltakelse i FN-organisasjoner, herunder Verdens helseorganisasjon (WHO), og i andre internasjonale og multilaterale organisasjoner, initiativer og allianser, samt bilateralt og regionalt strategiske samarbeid:

- Være aktivt styremedlem i WHO for perioden 2024–2027 med utgangspunkt i Norges brobyggerrolle og bidra til at WHO når sine strategiske mål og sikre ivaretakelse av kritiske kjernefunksjoner og normative oppgaver.
- Fremme viktigheten av investeringer i globale fellesgoder for helseberedskap og bidra aktivt i

forhandlingene om en mekanisme for deling av patogener og tilgang på medisinske mottiltak, innen rammen av WHOs nylig vedtatte pandemiavtale.
- Følge med på internasjonale forhold som påvirker folkehelsen og utviklingen av helse- og omsorgstjenesten, og være en premissleverandør internasjonalt innen prioriterte helsefaglige områder som universell helsedekning, samt tverrsektorielle utfordringer som klimaendringer og miljø.
- Ivareta helsefaglige og helsepolitiske hensyn i internasjonale handels- og investeringsavtaler.
- Ivareta internasjonale forpliktelser og delta aktivt i avtaler, initiativer og mekanismer, inkludert Den globale koden for internasjonal rekruttering av helsepersonell og Det internasjonale helsereglementet (IHR 2005), tobakkskonvensjonen og protokollen mot ulovlig handel med tobakk, koden for markedsføring av morsmelkerstatning, Codex Alimentarius og Protokollen om vann og helse.

Styrke samarbeidet og ivareta norske interesser i Nordisk ministerråd, herunder:
- Sørge for at arbeidet i Ministerrådet for sosial- og helsepolitikk (MR-S) og Ministerrådet for fiskeri og havbruk, jordbruk, næringsmidler og skogbruk (MR-FJLS) bidrar til gjennomføring av sektorens samarbeidsprogram 2025–2030. Samarbeidsprogrammet skal støtte opp under Visjon 2030 om at Norden skal bli verdens mest bærekraftige og integrerte region.
- Styrke samarbeidet om helseberedskap, særlig innenfor Svalbardgruppen under MR-S.

Bidra i regjeringens arbeid med Nordområdene, herunder ved å:
- Ivareta norsk deltakelse i helsesamarbeidet under Den nordlige dimensjon, Barentssamarbeidet og Arktisk råd, i tråd med regjeringens nordområdepolitikk.

Sentrale områder for internasjonalt samarbeid

Samarbeid med EU om helseberedskap

Siden koronapandemien har EUs samarbeid om helseberedskap vært under utvikling. Samarbeidet forsterkes og fordypes. Samtidig er helseberedskap i økende grad avhengig av forhold på tvers av sektorer, også i EU. Europakommisjonen har lansert en beredskapsunionsstrategi som skal styrke EUs sivile beredskap på tvers av samfunnet. Økende geopolitisk spenning, synliggjort ikke minst gjennom krigen i Ukraina, gjør dette nødvendig. EU vektlegger strategisk autonomi, også innenfor helseområdet. EU er Norges viktigste internasjonale partner. Deltakelse i EUs styrkede helseberedskap er strategisk viktig. Det foreligger heller i dag ingen gode alternativer til den styrkede europeiske helseberedskapen som nå er fullt etablert i EU, hverken gjennom selvforsyning, nordisk samarbeid eller i andre allianser. Under pandemien samarbeidet vi tett med EU, men selv om vi er en del av EUs indre marked og Schengen-samarbeidet opplevde vi en sterk sårbarhet, bl.a. i tilgangen på smittevernutstyr og vaksiner. Regjeringen forhandler derfor med EU med mål om en tilknytning til EUs styrkede helseberedskapssamarbeid som ivaretar norsk helseberedskap så godt som mulig.

EØS-avtalen

EØS-avtalen er en av Norges viktigste internasjonale avtaler. Gjennom EØS-avtalen er Norge fullt integrert i EUs indre marked. Dette berører store deler av departementets ansvarsområde, herunder regelverk for næringsmidler, drikkevann, kosmetikk, tobakk, legemidler og medisinsk utstyr.

Størstedelen av EØS-regelverket (35–40 pst., om lag 350 forskrifter) faller inn under matlovens virkeområde. Helse- og omsorgsdepartementet deler forvaltningsansvaret for disse regelverkene med Landbruks- og matdepartementet og/eller Nærings- og fiskeridepartementet. De fleste av forskriftene under matloven er basert på EØS-regelverk (om lag 90 pst.).

Norske myndigheter deltar og påvirker regelverksutviklingen i EU i tidlig fase på områder som er viktige for norske interessenter og myndigheter. Helse- og omsorgsdepartementet følger EUs regelverksutviklingsarbeid tett. Også på områder som for eksempel knyttet til behandling av personopplysninger, dekning av utgifter til helsehjelp mottatt i andre EØS-land og godkjenning av helsepersonell, setter EUs regelverk rammer for norsk regelverksutforming.

Som en del av samarbeidet med EU deltar norske myndigheter også i flere av EUs satsinger på områder som kreft og andre ikke-smittsomme sykdommer, antimikrobiell resistens, digital helse, forskning og innovasjon.

Norske myndigheter deltar i EUs byråer på helse- og mattrygghetsområdet; Den europeiske myndighet for næringsmiddeltrygghet (EFSA), EUs legemiddelbyrå (EMA), EUs smittevernbyrå (ECDC) og EUs narkotikabyrå (EUDA).

Europakommisjonen endret i 2024 organisatorisk tilknytningsform/status for European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) til et byrå i EU. I tillegg ble mandatet til EMCDDA styrket og senterets navn ble endret til European Union Drugs Agency (EUDA). Norge er tilknyttet EUDA gjennom en bilateral avtale.

Under EU4Health-programmet ble det i 2024 igangsatt et myndighetssamarbeid om kreft og andre ikke-smittsomme sykdommer, Joint Action (JA) on Cancer and other NCDs prevention – action on health determinants. Helsedirektoratet har med støtte fra Folkehelseinstituttet påtatt seg oppgaven som koordinator og leder for satsingen, som har et budsjett på 75 mill. euro over fire år. Det overordnede målet med satsingen er å forene kreftene i Europa for å forebygge sykdommer som kreft, hjertesykdom, diabetes og andre ikke-smittsomme sykdommer.

Norske myndigheter deltar også i andre Joint Actions (JA) under EU4Health, som for eksempel JA Global Health Impact.

Norge deltar i EUs rammeprogram for forskning og innovasjon. De felleseuropeiske forskningsprogrammene er de europeiske landenes virkemiddel for å koordinere, samordne og effektivisere forskningsinnsatsen på felles definerte samfunnsutfordringer.

Globale fellesgoder

Det globale helselandskapet gjennomgår store endringer. Multilateralt samarbeid er under press. USAs varslede uttrekking fra Verdens helseorganisasjon (WHO) og landets reduksjon i bevilgninger til helserelatert bistand og medisinsk forskning og utvikling, samt den generelle nedgangen i bistandsbevilgninger (ODA), svekker rammebetingelsene for internasjonalt helsesamarbeid. Dette får konsekvenser for arbeidet med å forebygge, oppdage og respondere på infeksjonstrusler og utbrudd, og for forsyningssikkerheten av medisiner, vaksiner og diagnostikk, både globalt, regionalt og på landnivå. WHOs evne til å bistå medlemslandene i arbeidet med å styrke helseberedskapen og å håndtere helsekriser, kommer under press. Som svar på dette vil regjeringen fortsette å føre en helhetlig og aktiv politikk for global helse.

Gjennom politisk lederskap, diplomati og økonomisk støtte skal Norge arbeide for et rettferdig globalt samarbeid om pandemihåndtering og helseberedskap, inkludert fellesgoder. Styrket internasjonalt helsesamarbeid og global helseberedskap er nødvendig for at verden kan forebygge, tidlig oppdage og raskt respondere på nye eller vedvarende infeksjonstrusler og resistensutvikling. Regjeringen vil videreutvikle støtten til fellesgoder for helseberedskap innenfor eksisterende budsjettrammer, hovedsakelig gjennom Coalition for Epidemic Preparedness Innovations (CEPI), WHO og Pandemifondet, og ved påvirkningsarbeid i organisasjonenes styrer. Det er nødvendig å forenkle og forbedre samarbeidet mellom aktører innen global helse for å sikre bedre utnyttelse av tilgjengelige ressurser, unngå overlappende roller og funksjoner og skape synergier. Norges aktive deltakelse i reform av den globale helsearkitekturen bidrar til å fremme løsninger som gagner både global helse og våre nasjonale interesser. Reformer av de globale helseinitiativene må ses i sammenheng med pågående prosesser for FN-reform. Norges helseberedskap forutsetter velfungerende systemer, institusjoner og samarbeid på globalt nivå.

FN

I 2015 vedtok FNs medlemsland 17 globale mål for bærekraftig utvikling frem mot 2030. Norge følger opp arbeidet gjennom bl.a. Meld. St. 40 (2020–2021) *Mål med mening – Norges handlingsplan for å nå bærekraftsmålene innen 2030*. Helseforvaltningen har et særskilt ansvar for å følge opp bærekraftsmål 3 om å sikre god helse og fremme livskvalitet for alle, men også delansvar for bærekraftsmål 2 (utrydde sult) og 6 (om bl.a. rent drikkevann).

FNs organisasjon for mat og landbruk (FAO)

FNs organisasjon for mat og landbruk (FAO) har som overordnet mål å sikre alle tilgang til nok og næringsrik mat av høy kvalitet slik at alle kan leve sunne og friske liv. FAOs arbeid med bærekraftsmål 2 (utrydde sult og sikre tilgang til nok, trygg, ernæringsmessig riktig mat) er spesielt viktig for helsemyndighetene. Helsemyndighetene følger også arbeidet i flere av Codex Alimentarius Commission sine undergrupper, bl.a. innenfor mattrygghet og ernæring. Codex Alimentarius Commission er organisasjonen for matvarestandarder under FAO og WHO.

Verdens helseorganisasjon (WHO)

Et godt utbygd, åpent og koordinert internasjonalt helsesamarbeid er viktig for å møte globale utfordringer og for å ivareta norsk folkehelse og

helseberedskap. Som FNs særorganisasjon for helse og verdens ledende globale helseorganisasjon er WHO relevant for alle medlemsland. Den skal være en samlende arena for utforming av politiske svar på felles globale helseutfordringer, den utsteder normer og standarder på helseområdet, leder og koordinerer verdens respons på helsekriser, og er en faglig støttespiller for nasjonale myndigheter. WHO spiller også en viktig rolle som utviklings- og humanitær aktør.

Innrammingen for WHOs arbeid er bærekraftsmål 3, som skal sikre god helse og livskvalitet for alle. WHO er en sentral arena for å fremme norske helsepolitiske interesser og en viktig kanal for norsk helsebistand. Departementet skal være faglig og helsepolitisk premissleverandør for norske posisjoner i WHO og innen global helse. Departementet følger også arbeidet i WHOs regionale kontor for Europaregionen (WHO EURO).

Norge er medlem av WHOs globale styre fra mai 2024–mai 2027. I perioden 2024–2025 ledet Norge underkomiteen Program-, budsjett- og administrasjonskomiteen (PBAC) og i 2025–2026 er Norge nestleder i styret. Norge skal fortsette å være en sterk støttespiller for WHO. Helse- og omsorgsdepartementet og Utenriksdepartementet har sammen med relevante etater utarbeidet en felles norsk strategi for styreperioden. Til grunn for norsk innsats i WHO ligger viktige prinsipper som respekt for folkeretten, fremme menneskerettigheter, spesielt retten til god helse og livskvalitet, likestilling, seksuell- og reproduktiv helse og rettigheter, og bekjempelse av sosial ulikhet og fattigdom. Norge skal føre en samstemt politikk for global helse og helseberedskap på tvers av arenaer. Den norske WHO-strategien har tre hovedprioriteringer:

- *Godt styresett*: Bedre måten WHO styres og finansieres på, med fokus på mer effektivt og etterrettelig styresett i WHO; en bedret organisasjonskultur, mer forutsigbar og bærekraftig finansiering, slik at organisasjonen på best mulig måte kan oppnå mål og oppfylle sitt mandat som normativ-, global samhandlings-, utviklings- og humanitær aktør.
- *Oppnå universell helsedekning (UHC)*: Styrke WHOs arbeid for bedre koordinert og bærekraftig nasjonal og internasjonal innsats for helsesystemstyrking, som skal sikre rettferdig tilgang til essensielle helsetjenester for alle, uten høy grad av egenbetaling (UHC). Særlig oppmerksomhet skal rettes mot forebygging og robuste primærhelsetjenester, inkl. fremme WHOs lederskap og agenda på helsepersonellfeltet, vektlegging av ikke-smittsomme sykdommer, styrke WHOs rolle for økt tilgang til essensielle legemidler og vaksiner, og sikre inkluderende beslutningsprosesser for helse.
- *Bedre beredskap og respons i helse- og humanitære kriser*: Norge vil bidra til å styrke global innsats for å forebygge og motvirke utbrudd av infeksjonssykdommer med alvorlige folkehelseimplikasjoner (inkludert pandemier), og sikre tilgang til essensielle helsetjenester i humanitære kriser. Norge vil vektlegge implementering av IHR 2005 og ferdigstilling av den nye pandemiavtalen. Norge vil særlig bidra aktivt i forhandlingene om annekset til pandemiavtale om tilgang til og fordeling av fordeler ved bruk av patogener, være en forkjemper for at én-helse-perspektivet integreres på alle nivåer i samfunnet, for økt innsats mot antimikrobiell resistens, samt å styrke kunnskap om ikke-farmakologiske smittevernstiltak. Norge vil arbeide aktivt for å sikre tilstrekkelig støtte og ressurser til at livreddende helsetjenester forblir en sentral del av WHOs humanitære innsats, og at det i akutte kriser gis rask og nødvendig respons. Norge vil understøtte WHOs evne til å ivareta sitt mandat, og arbeide for at organisasjonen bidrar til best mulig koordinering i det globale landskapet av aktører.

Siden strategien ble publisert i 2024, har verden vært preget av store geopolitiske endringer som har rammet WHO hardt. Endringer i amerikansk politikk har medført bortfall av omfattende teknisk ekspertise og om lag 20 pst. av all finansiering, på toppen av en generell reduksjon i bistandsbudsjetter fra andre land. Med utgangspunkt i de tre hovedprioriteringene i WHO-strategien vil Norge fortsette å ta en aktiv og konstruktiv rolle i forsvarlig håndtering av den finansielle situasjonen og arbeide for reformtiltak som resulterer i en mer effektiv og hensiktsmessig organisering og dimensjonering av WHO på sikt. Norges mål er å bidra til at WHO skal levere på sitt normative kjernemandat og fortsatt ha en ledende og koordinerende rolle i den globale helsearkitekturen.

Særskilt om vedtaket av pandemiavtalen på Verdens helseforsamling i mai 2025

Etter over tre år med forhandlinger ble det enighet om en pandemiavtale i den internasjonale forhandlingsgruppen (INB) under WHO 16. april d.å. Avtalen ble vedtatt på Verdens helseforsamling 20. mai. Norge stemte i likhet med 123 andre land for vedtaket. Ingen land stemte mot, men 11 land avsto.

Avtalens formål er å forebygge, ha beredskap for og å kunne respondere på pandemier på en måte som både fremmer likeverdighet mellom land og sikrer bedre beredskap for alle, inkludert land som Norge. Avtalen pålegger partslandene å gjennomføre tiltak for å forebygge pandemier og å styrke sykdomsovervåkning for å redusere fare for spredning av sykdommer med pandemisk potensiale, inkludert de som smitter fra dyr til mennesker. Tiltakene skal legge én-helse-perspektivet til grunn.

Et sentralt tiltak er etableringen av en mekanisme for å sikre at landene raskt deler patogener og relevante gensekvenser for hurtig utvikling av nye vaksiner og behandlinger, og på den andre siden sikre at land kan motta medisinske mottiltak mv. på bakgrunn av slik deling (Pathogen Access and Benefit Sharing, PABS). Avtalen etablerer prinsipper for mekanismen, herunder at legemiddelselskapene som velger å delta i mekanismen, forplikter seg til å bidra med mellom 10 og 20 pst. av den løpende produksjonen til WHO for videre fordeling. PABS-mekanismen må videreutvikles og konkretiseres gjennom fortsatte forhandlinger før den kan vedtas og integreres som et anneks til avtalen.

Videre inneholder pandemiavtalen tiltak for å styrke samarbeid og kapasiteter for forskning og utvikling (FoU), herunder at betingelser for likeverdig tilgang til legemidler skal inkluderes der FoU er offentlig finansiert. Den forplikter også landene til å fremme tiltak for økt geografisk spredning av produksjonskapasitet for medisinske mottiltak, og til frivillig å fremme teknologioverføring for dette formålet. Et nytt logistikknettverk skal sørge for anskaffelse og distribusjon av medisinske mottiltak til landene, med WHO i en koordinerende rolle.

Det etableres også en koordinerende finansieringsmekanisme som skal gi veiledning om tilgjengelige ressurser til land som trenger bistand til å styrke beredskapen. Mekanismen skal basere arbeidet på tilgjengelige ressurser i eksisterende finansieringsmekanismer.

WHO skal være sekretariat for avtalen. Hvorvidt avtalen vil medføre en ny kontingent for partslandene blir i praksis først avgjort på den første partskonferansen (COP 1).

Avtalevedtaket er hjemlet i art. 19 i WHOs grunnlov. Det er samme hjemmel som for WHOs tobakkskonvensjon og vil kreve signering og ratifikasjon fra hvert land som ønsker å bli part til avtalen. Avtalen kan imidlertid ikke legges ut for signering før PABS-mekanismen er ferdigforhandlet og deretter blir vedtatt av Verdens helseforsamling og integrert i den vedtatte avtalen som et anneks. Det innebærer at også vår nasjonale prosess for å vurdere signering og ratifikasjon av pandemiavtalen, herunder innhenting av Stortingets samtykke, må avvente vedtak av PABS-mekanismen.

Verdens helseforsamling etablerte i mai mandat for PABS-forhandlingene ved å opprette en mellomstatlig arbeidsgruppe som skal rapportere tilbake i mai 2026. Det er imidlertid en utbredt oppfatning at forhandlingene kan ta lengre tid enn ett år, gitt den betydelige prinsipielle forskjellen i posisjoner mellom landene som allerede har kommet klart til syne. Norge deltar aktivt i forhandlingene.

Særskilt om tilslutning til endringer i Det internasjonale helsereglementet (IHR 2005) som vedtatt på Verdens helseforsamling 1. juni 2024

Det internasjonale helsereglementet (IHR 2005) inneholder regler for varsling og vern mot internasjonale helsetrusler. Verdens helseorganisasjon (WHO) kan erklære en internasjonal folkehelsekrise dersom en hendelse utgjør en helsetrussel mot andre land og fordrer koordinering av tiltak.

WHOs håndtering av pandemien har vært evaluert og en rekke anbefalinger ble foreslått for å styrke organisasjonens mandat og kapasitet til å lede det globale arbeidet med pandemirespons og beredskap. Mellomstatlige forhandlinger basert på disse forslagene ledet frem til endringene av 1. juni 2024.

Hovedinnholdet i endringene i IHR er: 1) definisjon av pandemikrise er tilføyd – «pandemic emergency» – for å utløse mer effektivt internasjonalt samarbeid som svar på hendelser som er i fare for å bli, eller er, en pandemi; 2) bestemmelser om styrket tilgang til helseprodukter og finansiering for kapasitetsbygging for å forberede og respondere på internasjonale folkehelsekriser, særlig for lavinntektsland; 3) etablering av en komité for å fremme og støtte samarbeid mellom statspartene for effektiv implementering av IHR; 4) krav om å utpeke nasjonal IHR-myndighet for koordinering av gjennomføringen innen og mellom land og 5) økt detaljnivå av kapasitetene som land skal ha på plass på lokalt, regionalt og nasjonalt nivå.

Helsereglementet er folkerettslig bindende, og 2024-endringene er vurdert opp mot den alminnelige prosedyren for traktatinngåelse. Norsk tilslutning til endringene ble besluttet ved kongelig resolusjon av 4. april 2025, da endringene ble ansett som en sak av viktighet som etter Grl. § 28

måtte besluttes av Kongen i statsråd. Det følger av Grl. § 26 andre ledd at traktater «om saker som er av særlig stor viktighet, og i alle tilfeller traktater hvis iverksettelse etter Grunnloven nødvendiggjør en ny lov eller stortingsbeslutning, blir først bindende når Stortinget har gitt sitt samtykke dertil». Videre følger det av Grl. § 115 første ledd at Stortinget med tre fjerdedelsflertall kan «samtykke i at en internasjonal sammenslutning som Norge er tilsluttet eller slutter seg til, på et saklig begrenset område skal ha rett til å utøve beføyelser som etter denne Grunnlov ellers tilligger statens myndigheter». Da IHR ble vedtatt i 2005, ble reglementet ikke forelagt Stortinget før gjennomføring. IHR-reglementet ble delvis implementert gjennom IHR-forskriften ved kongelig resolusjon av 21. desember 2007 om forskrift og varsling av og tiltak ved alvorlige hendelser av betydning for internasjonal folkehelse (IHR-forskriften), publisert i Norsk Lovtidend, 2007 hefte 13, s. 1917. Gjennomføring av 2024-endringene vil ikke kreve lovendring, og endringsbehovene i gjeldende forskrift er begrensede. Endringer i forskriften vil i hovedsak være tekniske og begrepsmessige endringer. Tilslutning til IHR og 2024-endringene innebærer ikke suverenitetsavståelse. Nasjonale smitteverntiltak skal fortsatt bestemmes av norske myndigheter. Etter departementets vurdering er ikke IHR eller endringene som nå er vedtatt av en slik art at Stortingets samtykke til tilslutning er nødvendig i medhold av Grl. §§ 26 eller 115. Dette gjelder også endringene sett i sammenheng med allerede vedtatt regelverk.

Departementet har bedt Helsedirektoratet, i samarbeid med Folkehelseinstituttet, om å foreta en vurdering av behovet for konkrete endringer i den nåværende IHR-forskriften. På bakgrunn av denne vurderingen er det bedt om konkrete forslag til forskriftsendringer.

Nordisk ministerråd

Nordisk ministerråd er de nordiske regjeringers formelle samarbeidsorgan. Samarbeidet skal fremme nordisk merverdi ved at utvalgte oppgaver belyses og løses på nordisk nivå for å øke nordisk kompetanse og konkurransekraft. Dette arbeidet blir også brukt som plattform i det europeiske og globale samarbeidet.

Ministerrådets visjon er at Norden innen 2030 skal bli verdens mest bærekraftige og integrerte region. Helsemyndighetene arbeider for å oppnå visjonens mål gjennom en rekke initiativer i tilknytning til visjonens tre strategiske prioriteringer: et grønt Norden, et konkurransedyktig Norden og et sosialt bærekraftig Norden. For å følge opp visjonen har alle sektorene i Ministerrådet utarbeidet nye samarbeidsprogram for 2025–2030. Fremme folkehelsen, forebyggende arbeid og arbeid for å bekjempe antimikrobiell resistens samt helseberedskap er viktige elementer for samarbeidsprogrammet under Ministerrådet for sosial- og helsepolitikk.

Høsten 2024 ble det under svensk formannskap vedtatt en ministererklæring om bekjempelse av antimikrobiell resistens i et én-helse perspektiv. Våren 2025 ble det under finsk formannskap vedtatt en ministererklæring om å fremme deltakelse for personer med funksjonsnedsettelse gjennom inkluderende, rettferdig og tilgjengelig KI.

Helsemyndighetene deltar også i Ministerrådet for fiskeri og havbruk, jordbruk, næringsmidler og skogbruk. Sunt kosthold, trygg mat og bærekraftige matsystemer er sentrale tema i dette arbeidet.

Nordområdene

Helse- og omsorgsdepartementets internasjonale helsesamarbeid i nordområdene er i tråd med regjeringens nordområdepolitikk.

Norge hadde lederskapet i Arktisk råd i perioden 2023–2025. Ifb. med lederskapet var helse en viktig prioritering. Norge vil fortsette å følge opp helsesamarbeidet i Arktisk Råd under Danmarks ledelse 2025–2027, spesielt gjennom deltakelse i Ekspertgruppen for human helse i Arktis (Arctic Human Health Expert Group (AHHEG)). Norge bidrar også til helsesamarbeid gjennom arbeidsgruppen Emergency prevention, preparedness and response (EPPR).

I 2024–2025 hadde Norge formannskapet i helsesamarbeidet under Barentsrådet. Barentssamarbeidet har både regional og nasjonal representasjon.

Under Den nordlige dimensjons helsepartnerskap, der Norge deltar, er ekspertsamarbeid og koordinering av EUs Østersjøstrategi en viktig del av samarbeidet.

Annet internasjonalt samarbeid

OECD er en viktig aktør for å fremskaffe komparative analyser av medlemslandenes helsesystemer og brukes i nasjonal politikkutforming. Helse- og omsorgsdepartementet deltar i OECDs Health Committee, der arbeidsområdene er utvikling av komparative data for helsepolitikk og resultater, som kvalitet, ressursutnyttelse, fore-

byggende helsearbeid, legemidler, aldring, finansiering og personell. Som følge av pandemien har det de siste årene også vært jobbet mye med å se på hva som gjør helsesystemer robuste. Komiteen har tatt tak i viktige utviklingsområder og betydning for helsetjenestene, som digitalisering/KI og klima. Et satsningsområde har vært PaRIS, en undersøkelse av den voksne befolkningens brukeropplevde kvalitet i helsetjenestene.

Samarbeidet i Europarådet har som hovedmålsetting å fremme demokrati, rettsstaten og respekt for menneskerettigheter. Innenfor helseområdet tar Norge del i Pompidou-gruppen, et tverrfaglig samarbeid om narkotikaspørsmål, og i Europarådets direktorat for legemiddelkvalitet (EDQM). EDQM utvikler bl.a. standarder for virkestoffer og hjelpestoffer som inngår i legemidler.

Norge har også inngått handelsavtaler, både gjennom EFTA og Verdens handelsorganisasjon (WTO), på flere områder som berører helse, bl.a. regler for handel med varer og tjenester.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Bevilgningen dekker kostnader i tilknytning til internasjonalt samarbeid, herunder bl.a. ekspertstillinger i internasjonale organisasjoner og kontingent til Europarådet. Det foreslås å øke bevilgning med 5 mill. kroner som følge av rammeoverføring fra Utenriksdepartementets kap. 118, post 21 til kap. 703, post 21 Spesielle driftsutgifter, til forvaltning av midler til internasjonalt helsesamarbeid i nordområdene. Det foreslås videre en rammeoverføring til Departementenes digitaliseringsorganisasjons kap. 1515, post 01 på 0,3 mill. kroner til drift og forvaltning av ny EØS- og Schengen-notatbase.

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

Bevilgningen foreslås redusert med 7,4 mill. kroner, hovedsakelig som følge av en lavere norsk proporsjonalitetsfaktor for beregning av kostnader til kontingenter og programmer i EU. Samtidig er det en økning for kontingent til European Union Drugs Agency (EUDA) knyttet til organisatoriske endringer i EUDA, samt en styrket eurokurs. Disse faktorene bidrar til at den samlede reduksjonen på post 71 totalt sett blir mindre enn det nedgangen i proporsjonalitetsfaktoren alene skulle tilsi.

Post 72 Tilskudd til Verdens helseorganisasjon (WHO)

WHO ivaretar funksjoner og oppgaver av betydning for departementets overordnede ansvar for at befolkningen får gode og likeverdige helsetjenester. Dette inkluderer blant annet utvikling av normer og standarder som brukes i den norske helseforvaltningen og koordinering av det internasjonale samarbeidet for å håndtere grensekryssende helsekriser. Det foreslås å videreføre bevilgningen til Verdens helseorganisasjon (WHO). Formålet er å ivareta norske helsepolitiske og faglige prioriteringer i WHO som ikke omfattes av det norske utviklings- og bistandsarbeidet. Dette bidrar til en helhetlig tilnærming til finansieringen av global helseinnsats, herunder globale fellesgoder. Støtten vil komme i tillegg til det årlige kjernebidraget og bidragene Norge tildeler WHO over bistandsbudsjettet.

Kap. 704 Norsk helsearkiv

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2024	Saldert budsjett 2025	Forslag 2026
01	Driftsutgifter	71 090	75 603	77 951
21	Spesielle driftsutgifter, *kan overføres*	10 543	9 359	9 696
	Sum kap. 704	81 633	84 962	87 647

Det er ingen vesentlige endringsforslag utover gjennomgående budsjettiltak omtalt i Del I og generell pris- og lønnsjustering.

Norsk helsearkiv er organisert som en enhet i Arkivverket, og formålet er å fremme medisinsk og helsefaglig forskning gjennom digital bevaring av pasientarkiv fra spesialisthelsetjenesten og å tilgjengeliggjøre helsedata fra Helsearkivregisteret.

Norsk helsearkiv forvalter Helsearkivregisteret som er et nasjonalt helseregister, jf. helseregisterloven §12. Helsearkivregisteret inneholder personidentifiserbar pasientdokumentasjon om avdøde pasienter og vil være en viktig kilde for forskning.

Helsearkivregisteret har nærmere 1,7 mill. pasientjournaler fra avdøde pasienter i spesialisthelsetjenesten. I 2024 ble 29,9 mill. journalsider digitalisert og 400 000 journaler innlemmet i Helsearkivregisteret. Nærmere 9 000 journaler ble utlevert til forskere i 2024.

Digitaliseringen av papirbaserte pasientarkiver fra spesialisthelsetjenesten gir økt tilgjengelighet for både forskere og pårørende. Det er etablert et kvalitetssystem som ivaretar kravene til personvern og informasjonssikkerhet og digital langtidsbevaring av arkivmaterialet. Norsk helsearkiv vil i 2026 fortsette digitaliseringen, og innlemme elektroniske pasientjournaler i registeret.

Norsk helsearkiv samarbeider med Helsedataservice i Folkehelseinstituttet for å gjøre data fra Helsearkivregisteret tilgjengelig på lik linje med andre sentrale helseregistre. Registeret kan fungere som en primærkilde til forskningsdata og som koblingsregister som gir forskerne tilgang til supplerende helsedata.

Norsk helsearkiv har ansvaret for den nasjonale ordningen for oppbevaring av journaler ved opphør og overdragelse av virksomhet.

Post 01 Driftsutgifter

Bevilgningen dekker lønnsutgifter, utgifter til bygning, årlig support, samt drift og vedlikehold av datasenter, IT-infrastruktur (lagring, nettverk, overvåkings- og sikkerhetsløsninger m.m.) og systemer for Norsk helsearkiv. Bevilgningen dekker også kostnader knyttet til bruk av Arkivverkets fellestjenester og systemer.

Bevilgningen dekker i tillegg drift og forvaltning av ordningen for pasientjournaler fra opphørte virksomheter, inkludert saksbehandling, som tidligere ble utført av Helsedirektoratet.

Post 21 Spesielle driftsutgifter, kan overføres

Bevilgingen dekker kostnader til utvidelse av IT-lagring og oppgradering av datasenteret i tråd med økt produksjon og lagringsbehov, og kommende investeringer i maskinvare, utstyr og systemer ved Norsk helsearkiv. Tiltakene er viktige for å oppfylle nasjonale og internasjonale krav til digital langtidsbevaring, og for å videreføre gode tjenester for søk, analyse og fremfinning av helsedata til forskningsformål.

Kap. 3704 Norsk helsearkiv

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2024	Saldert budsjett 2025	Forslag 2026
02	Diverse inntekter	4 066	3 008	3 116
	Sum kap. 3704	4 066	3 008	3 116

Norsk helsearkiv har inngått avtaler med flere helseforetak om bistand med oppgaver som etter helsearkivforskriften er pålagt avleverende virksomheter. Oppgavene omhandler utskilling av morsjournaler (avdøde), pakking/transport og utarbeidelse av avleveringsliste over avlevert materiale. Tiltaket sikrer materiale til produksjonen på Tynset og fremdrift i avleveringene av pasientarkiver fra spesialisthelsetjenesten.

Post 02 Diverse inntekter

Posten omfatter inntekter fra bistand til helseforetakene med avlevering av arkivmateriale. Oppgavene inngår i virksomhetenes avleveringsplikt etter helsearkivforskriften.

Kap. 709 Pasient- og brukerombud

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2024	Saldert budsjett 2025	Forslag 2026
01	Driftsutgifter	84 059	89 340	88 620
	Sum kap. 709	84 059	89 340	88 620

Pasient- og brukerombudet skal arbeide for å ivareta pasientens og brukerens behov, interesser og rettssikkerhet overfor den statlige spesialisthelsetjenesten, den fylkeskommunale tannhelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for å bedre kvaliteten i disse tjenestene. Pasient- og brukerombudets virksomhet er hjemlet i pasient- og brukerrettighetsloven, og skal være et likeverdig lavterskeltilbud til alle landets innbyggere. Ombudet skal være tilgjengelig for de som har behov for bistand og søke å løse saker på lavest mulig nivå, gjerne i direkte dialog med tjenestestedene. Gjennom møter med pasienter og brukere av helse- og omsorgstjenestene samler ombudene erfaringer som skal bidra til å bedre kvaliteten i tjenestene. Pasient- og brukerombudet har kontor i Hammerfest, Tromsø, Bodø, Trondheim, Kristiansund, Førde, Bergen, Stavanger, Kristiansand, Skien, Tønsberg, Drammen, Hamar, Moss og Oslo. Pasient- og brukerombudet i Bergen er nasjonalt koordinerende pasient- og brukerombud og er talsperson i saker av nasjonal interesse. Fremover er det ønskelig at pasient- og brukerombudet tar i bruk funn og data gjennom egen virksomhet som grunnlag for systematisk læring og forbedring i helse- og omsorgstjenestene. Administrativ leder av Pasient- og brukerombudet har overordnet ansvar for virksomhetsstyring, inkludert økonomi, personal, rapportering og internkontroll.

Pasient- og brukerombudet er en tilknyttet etat til Helsedirektoratet og får sine fullmakter gjennom det årlige mål- og disponeringsskrivet. Pasient- og brukerombudet er faglig uavhengig overordnede organer og helsetjenestene. De lokale pasient- og brukerombudene er uavhengig i enkeltsaker.

I 2024 mottok Pasient- og brukerombudet 17 723 nye henvendelser. Om lag 56 pst. av henvendelsene kom fra spesialisthelsetjenesten, 43 pst. fra kommunal helse- og omsorgstjeneste og 1 pst. fra offentlig tannhelsetjeneste. Innenfor spesialisthelsetjenesten var det flest henvendelser om psykisk helsevern og kirurgi, og innenfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten var det flest henvendelser knyttet til fastlegeordningen. Pasient- og brukerombudet hadde i 2024 spesiell oppmerksomhet rettet mot fristbrudd. Internt har Pasient- og brukerombudet videreført arbeidet med likeverdige tjenester, de søker aktivt samarbeid med andre aktører og er blant annet en del av svartjenesten hos ung.no.

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

Post 01 Driftsutgifter

Bevilgningen dekker ordinære utgifter til lønn og godtgjørelser, varer og tjenester. Utover generell pris- og lønnsjustering, foreslås følgende endringer:

– Det foreslås å flytte 3,5 mill. kroner til kap. 701, post 74 knyttet til rammefinansiering av fellestjenester levert av Norsk helsenett SF, jf. nærmere omtale der.

Programkategori 10.10 Folkehelse mv.

Utgifter under programkategori 10.10 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)

Kap.	Betegnelse	Regnskap 2024	Saldert budsjett 2025	Forslag 2026	Endring i pst.
710	Vaksiner mv.	784 352	549 123	751 234	36,8
712	Bioteknologirådet	13 696	14 387	14 502	0,8
714	Folkehelse	508 122	623 398	620 766	-0,4
717	Legemiddeltiltak	82 505	84 710	86 279	1,9
	Sum kategori 10.10	1 388 675	1 271 618	1 472 781	15,8

Utgifter under programkategori 10.10 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)

Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2024	Saldert budsjett 2025	Forslag 2026	Endring i pst.
01–29	Statens egne driftsutgifter	942 022	769 241	963 971	25,3
50–89	Overføringer til andre	446 653	502 377	508 810	1,3
	Sum kategori 10.10	1 388 675	1 271 618	1 472 781	15,8

Programkategorien omfatter nasjonale satsinger, spesielle driftsutgifter og tilskudd på folkehelseområdet, vaksineforsyning, legemiddeltiltak, gebyrinntekter på folkehelseområdet, sektoravgifter under Helse- og omsorgsdepartementet, samt Bioteknologirådet og Vinmonopolet. Innenfor programkategorien er det funnet rom for nye satsinger på drøyt 23 mill. kroner som vil styrke folkehelsearbeidet i 2026 og fremover:

- Det er foreslått 12,4 mill. kroner knyttet til ny beredskapsavtale for vaksine mot pandemisk influensa, jf. kap. 710, post 21. Avtalen vil gi god forsyningssikkerhet og sikre to doser til hele befolkningen.
- Det er foreslått 6 mill. kroner for å styrke samfunnssikkerheten på drikkevannsområdet. Det foreslås etablering av digital rapportering av drikkevannsdata fra kommunene til statlige myndigheter, jf. kap. 714, post 60.
- Det er foreslått 3 mill. kroner til oppstart av den femte datainnsamlingen i Helseundersøkelsen i Trøndelag, Hunt-5, jf. kap. 714, post 79.
- Det er foreslått 2 mill. kroner til styrking av det øremerkede tilskuddet til organisasjonen Ammehjelpen, til 5 mill. kroner i 2026.

Programkategorien og satsingene over understøtter de tre overordnede, nasjonale folkehelsemålene:

- 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.

Status for folkehelsen og regjeringens arbeid på området er nærmere omtalt i kap. 1.6 Folkehelse, barn og unge, samt under programkategori 10.40, bl.a. under kap. 740 Helsedirektoratet.

Kap. 710 Vaksiner mv.

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2024	Saldert budsjett 2025	Forslag 2026
21	Spesielle driftsutgifter, *kan overføres*	241 022	298 753	306 703
22	Salgs- og beredskapsprodukter m.m., *kan overføres*	253 541	138 551	182 900
23	Vaksinasjonsprogram for voksne og risikogrupper, *kan overføres*	289 789	111 819	261 631
	Sum kap. 710	784 352	549 123	751 234

Anmodningsvedtak

Koronakommisjonen – situasjonen for kommuneoverleger og kommunale smittevernleger

Vedtak nr. 876 4. mai 2021

> *«Stortinget ber regjeringen sikre at Koronakommisjonen gjør en grundig vurdering av situasjonen for kommuneoverleger og kommunale smittevernleger under pandemien og fremme forslag til nødvendige tiltak for tilstrekkelig rekruttering og stabilisering i denne delen av tjenesten.»*

Vedtaket ble truffet under behandlingen av statsministerens redegjørelse holdt den 26. april 2021 om Koronakommisjonens rapport. Regjeringens arbeid med å styrke kommuneoverlegefunksjonen er omtalt i Meld. St. 15 (2022–2023) *Folkehelsemeldinga – Nasjonal strategi for utjamning av sosiale helseforskjellar*. Ved revisjon av folkehelseloven som trer i kraft 1. januar 2026, er kommuneoverlegefunksjonen tydeliggjort og styrket, bl.a. knyttet til beredskap. Helsedirektoratet har utgitt en veileder om kommuneoverlegefunksjonen. Hensikten med veilederen er å gjøre det lettere for kommunen å organisere og styrke kommunelegefunksjonen. Dette er viktig for å sikre at kommunen har forsvarlig samfunnsmedisinsk kapasitet, kompetanse og kontinuitet både under normale forhold og i kriser. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

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

Utover prisjustering og gjennomgående budsjettiltak omtalt i del I, foreslås følgende endringer:

- Bevilgningen foreslås økt med 12,4 mill. kroner knyttet til ny beredskapsavtale for vaksine mot pandemisk influensa.
- Bevilgningen foreslås redusert med 9,7 mill. kroner knyttet til endret prognose for innkjøp av vaksiner.

Det foreslås å videreføre beredskapsavtaler for vaksiner mot pandemisk influensa som sikrer to doser til hele befolkningen. Dette antas å gi tilstrekkelig beskyttelse og er anbefalt av Folkehelseinstituttet, basert på erfaringer i Norge og andre europeiske land. For å ta høyde for forventet befolkningsvekst i perioden 2026–2030, usikkerhet i leveranser, fleksibilitet og forsyningssikkerhet, legges det opp til en dekning på inntil 12 mill. doser. Dette innebærer en økning på 1 mill. doser, og gir en beregnet årlig økt utgift på 12,4 mill. kroner. Økningen vil sikre at Norge har tilstrekkelig dekning også ved befolkningsvekst og leveranseusikkerhet, og mulighet for å tilby mer enn én vaksinetype til befolkningen.

Prognoseendringen skyldes endringer i etterspørsel og pris, blant annet knyttet til redusert pris på pneumokokkvaksine og prisøkning på kombinasjonsvaksine mot difteri, stivkrampe, kikhoste og poliomyelitt.

Bestillingsfullmakt

Det foreslås at Helse- og omsorgsdepartementet gis fullmakt til å foreta bestillinger under post 21 utover gitte bevilgninger, men slik at samlet ramme for nye bestillinger og gammelt ansvar ikke overstiger 235 mill. kroner.

Post 22 Salgs- og beredskapsprodukter m.m.

Bevilgingen dekker utgifter til vaksiner for utbrudd, beredskap og salg. Innkjøp dekker også etablering av beredskapslager med vaksiner for gjennomføring av smitteverntiltak som ikke dekkes gjennom vaksinasjonsprogrammene. Produktsortimentet består i hovedsak av vaksiner, men omfatter også andre legemidler relatert til vaksineforebyggbare sykdommer (immunglobuliner, sera og antitoksiner).

Utover prisjustering og gjennomgående budsjettiltak omtalt i del I, foreslås bevilgningen økt med 41,4 mill. kroner knyttet til endret prognose for innkjøp av vaksiner. Prognoseendringen skyldes økt etterspørsel og vesentlig prisøkning på flere vaksiner.

Bestillingsfullmakt

Det foreslås at Helse- og omsorgsdepartementet gis fullmakt til å foreta bestillinger under post 22 utover gitte bevilgninger, men slik at samlet ramme for nye bestillinger og gammelt ansvar ikke overstiger 119 mill. kroner.

Post 23 Vaksinasjonsprogram for voksne og risikogrupper

Bevilgningen dekker utgifter til innkjøp av vaksiner til vaksinasjonsprogram for voksne og risikogrupper. Innkjøp dekker også etablering av lager.

Utover prisjustering og gjennomgående budsjettiltak omtalt i del I, foreslås følgende endringer:

- Bevilgningen foreslås økt med 128,8 mill. kroner til nyanskaffelse av koronavaksiner.
- Bevilgningen foreslås økt med 14,3 mill. kroner knyttet til omlegging av systemet for egenbetaling i voksenvaksinasjonsprogrammet.

Bevilgningen foreslås økt med 128,8 mill. kroner til nyanskaffelse av koronavaksiner. Gjeldende avtale om anskaffelse av koronavaksiner er gyldig ut 2025. Fra 2026 må det gjøres en ny anskaffelse.

Folkehelseinstituttet endret våren 2025 de faglige anbefalingene om risikogrupper for koronavaksinasjon. Den største endringen er at personer 65–74 år uten andre risikofaktorer enn alder, ikke anbefales vaksinasjon. I tillegg fjernes gravide fra risikogruppene. I disse gruppene er sykdomsbyrden lav, og det er en dårlig balanse mellom kostnad og nytte.

Bevilgningen foreslås økt med 14,3 mill. kroner knyttet til omlegging av systemet for egenbetaling i voksenvaksinasjonsprogrammet. Det foreslås at kommunene ikke faktureres for vaksinene de bestiller fra Folkehelseinstituttet. Endringen innebærer at egenbetalingen ved korona- og pneumokokkvaksine (inntil 25 pst.) beregnes samlet for vaksine og vaksinasjon. Hensikten er å ivareta hensynet til konfidensielle vaksinepriser, slik at vaksineprisen ikke fremkommer indirekte ved kommunenes innkjøp av vaksine. Forslaget er provenynøytralt og innebærer ikke endringer i forutsetningen om inntil 25 pst. egenbetaling på vaksine og vaksinasjon mot pneumokokk og korona.

Satsen på egenbetalingen blir ikke påvirket av omleggingen. Satsene for egenbetaling er omtalt i Helsedirektoratets veileder til forskrift om nasjonalt vaksinasjonsprogram mv. Veilederen omtaler også kompensasjon til private vaksinatører for gjennomført vaksinasjon og forslag til hvordan kommunene kan etablere oppgjørsordninger. Se også omtale under kap. 3710, post 03.

Bestillingsfullmakt

Det foreslås at Helse- og omsorgsdepartementet gis fullmakt til å foreta bestillinger under post 23 utover gitte bevilgninger, men slik at samlet ramme for nye bestillinger og gammelt ansvar ikke overstiger 755 mill. kroner. Se forslag III om bestillingsfullmakt under romertallsvedtak.

Kap. 3710 Vaksiner mv.

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2024	Saldert budsjett 2025	Forslag 2026
03	Vaksinesalg	290 184	340 486	288 661
	Sum kap. 3710	290 184	340 486	288 661

Post 03 Vaksinesalg

Bevilgningen er knyttet til inntekter fra salgsvaksiner, vaksiner dekket av folketrygden etter blåreseptforskriften § 4, reisevaksiner og beredskapslager. Produktsortimentet består i hovedsak av vaksiner, men omfatter også andre legemidler relatert til vaksineforebyggbare sykdommer (immunglobuliner, sera og antitoksiner).

Bevilgningen foreslås redusert med 9,1 mill. kroner knyttet til prognoser for forventet etterspørsel etter vaksiner. Videre foreslås bevilgningen redusert med 42,7 mill. kroner knyttet til omlegging av systemet for egenbetaling i voksenvaksinasjonsprogrammet, jf. omtale under kap. 710, post 23.

Kap. 712 Bioteknologirådet

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2024	Saldert budsjett 2025	Forslag 2026
01	Driftsutgifter	13 696	14 387	14 502
	Sum kap. 712	13 696	14 387	14 502

Bioteknologirådet er et frittstående, rådgivende organ oppnevnt av regjeringen, hjemlet i genteknologiloven og bioteknologiloven. Bioteknologirådet er høringsinstans for norske myndigheter, og skal bidra med informasjon til publikum og forvaltningen og fremme debatt om de etiske og samfunnsmessige konsekvensene for bruk av bioteknologi. Rådet er også høringsinstans for søknader om godkjenning av genmodifiserte dyr og planter. Bioteknologirådet blir oppnevnt for fire år av gangen med 15 medlemmer og fem varamedlemmer. Gjeldende Bioteknologiråd ble oppnevnt 26. mai 2023 og sitter frem til 31. mai 2027. Rådet skal legge stor vekt på informasjons- og debattskapende aktiviteter ved å bidra til informasjon til publikum og bidra til kommunikasjon mellom offentlige myndigheter, fagfolk og interesseorganisasjoner. Bioteknologirådet har i 2024 levert i tråd med sitt mandat. Sekretariatet til Bioteknologirådet har syv årsverk i 2024.

Post 01 Driftsutgifter

Bevilgningen dekker ordinære utgifter til lønn, godtgjørelse, varer og tjenester. Sammenlignet med saldert budsjett for 2024 foreslås, utover gjennomgående budsjettiltak og generell pris- og lønnsjustering følgende endringer:

- Bevilgningen foreslås redusert med 0,1 mill. kroner som et effektiviseringstiltak.
- Det foreslås å flytte 0,2 mill. kroner til kap. 701, post 74 knyttet til rammefinansiering av fellestjenester levert av Norsk helsenett SF, jf. nærmere omtale der.

Kap. 714 Folkehelse

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2024	Saldert budsjett 2025	Forslag 2026
21	Spesielle driftsutgifter, *kan overføres*	113 779	147 697	139 946
22	Gebyrfinansierte ordninger	19 995	47 118	47 172
60	Kommunale tiltak, *kan overføres*	93 388	124 871	121 307
70	Rusmiddeltiltak mv., *kan overføres*	195 342	201 772	205 510
74	Skolefrukt mv., *kan overføres*	20 660	20 613	20 996
79	Andre tilskudd, *kan overføres, kan nyttes under post 21*	64 958	81 327	85 835
	Sum kap. 714	508 122	623 398	620 766

Anmodningsvedtak

Oppfølging av personer med ubehandlet hepatitt C

Vedtak nr. 501, 18. mars 2025

> *«Stortinget ber regjeringen sørge for at Folkehelseinstituttet, Helsedirektoratet, de regionale helseforetakene og helseforetakene utnytter mulighetsrommet for å identifisere personer med ubehandlet kronisk hepatitt C, slik at de får tilgang til behandling og smittefaren reduseres.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med stortingsbehandling av Meld. St. 5 (2024–2025) om forebyggings- og behandlingsreformen for rusfeltet Del I, jf. Innst. 155 S (2024–2025). Norge har gjort betydelige fremskritt i arbeidet med å eliminere hepatitt C i befolkningen, særlig etter at det fra 2018 ble mulig å tilby gratis behandling til alle diagnostiserte personer, uavhengig av sykdommens alvorlighetsgrad. Tall viser at mellom 80 og 90 pst. av dem som påbegynte behandling, fullførte hele behandlingsforløpet.

I Meld. St. 5 (2024–2025) uttalte regjeringen at den vil vurdere nærmere hvordan personer med tidligere diagnostisert, men ubehandlet hepatitt C kan tilbys behandling. Formålet med dette er å utrede om det finnes tiltak som både er effektive og samfunnsøkonomisk forsvarlige, uten at det går på bekostning av andre prioriterte oppgaver.

Helse- og omsorgsdepartementet har bedt Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet, i samarbeid med den nasjonale referansegruppen, om å revidere den nasjonale strategien for hepatitt. Som en del av dette arbeidet skal helsemyndighetene evaluere og vurdere mulighetsrommet for å identifisere personer med behov for behandling for kronisk hepatitt C som ennå ikke har fått et behandlingstilbud. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Forebyggende tiltak

Vedtak nr. 631, 5. mai 2025

> *«Stortinget ber regjeringen intensivere innsatsen på forebyggende tiltak, inkludert informasjonskampanjer, vaksinasjonsprogrammer og tiltak for å redusere smittespredning.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med Stortingets behandling av Meld. St. 9 (2024–2025), jf. Innst. 242 S (2024–2025).

Regjeringen deler Stortingets mål om å styrke forebyggende tiltak og har iverksatt en rekke tiltak i tråd med vedtaket. Et sentralt grep er etableringen av et voksenvaksinasjonsprogram med oppstart høsten 2025. Programmet vil bidra til å redusere sykdomsbyrde, sykefravær og dødsfall i befolkningen.

I tillegg gjennomfører Folkehelseinstituttet en rekke kommunikasjonstiltak i 2025 knyttet til voksenvaksinasjonsprogrammet som retter seg til befolkningen og helsetjenesten.

For å styrke beredskapen mot fremtidige smittehendelser arbeides det med en oppdatert plan for pandemihåndtering og alvorlige smittehendelser. Planen vil forankres under Nasjonal helseberedskapsplan og er blant annet basert på erfaringer fra covid-19-pandemien. Folkehelseinstituttet

utvikler et system for helhetlig infeksjonsovervåking (Norsurv), som skal modernisere og styrke smittevernarbeidet frem mot 2028.

Kommunenes sykdomsoversikt (Kosy) er også under utrulling og gir kommuneoverleger tilgang til oppdatert statistikk om sykdom, testing og vaksinasjon. Løsningen planlegges å være tilgjengelig for alle kommuner i løpet av 2025.

Regjeringen har også lansert en nasjonal énhelse strategi mot antimikrobiell resistens (2024–2033), og det utarbeides nå en handlingsplan for å styrke smittevern og innsatsen mot resistens. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Iverksettelse av endring i matloven

Vedtak nr. 915, 5. juni 2025

> *«Stortinget ber regjeringen sikre at endringer i matloven (hjemmel for overtredelsesgebyr ved brudd på forskrift) iverksettes 1. januar 2027.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med Stortingets behandling av Prop. 125 L (2024–2025) *Endringer i matloven (hjemmel for overtredelsesgebyr ved brudd på forskrift)*. I statsråd 20. juni 2025 ble lovendringen iverksatt fra 1. januar 2027. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Utredning av utvidet salg av alkohol hos alkoholprodusenter

Vedtak nr. 111, 12. desember 2024

> *«Stortinget ber regjeringen om å gjennomføre en utredning for å avklare handlingsrommet for utvidede salgsmuligheter for alkoholprodusenter for øl, sterkøl, vin og brennevin. Dette inkluderer gårdssalg, bryggeriutsalg og utredning av forbedringer i Taxfreeordningen. Utredningen skal ta utgangspunkt i at det er en forutsetning at Vinmonopolet består i sin nåværende form.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med behandling av Dokument 8:175 S (2023–2024), jf. Innst. 65 S (2024–2025). Våren 2025 ble det inngått avtale med ekstern utreder om å gjennomføre en juridisk utredning av det EØS-rettslige handlingsrommet for salg av alkoholholdige produkter utenom Vinmonopolet. Den juridiske utredningen er ferdigstilt og overlevert Helse- og omsorgsdepartementet. Departementet vil vurdere utredningen for videre oppfølging. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Aldersgrense for kjøp og salg av energidrikker

Vedtak nr. 745, 5. juni 2023

> *«Stortinget ber regjeringen fremme forslag om å innføre 16-års aldersgrense for kjøp og salg av energidrikker.»*

Vedtaket ble truffet ved Stortingets behandling av Meld. St. 15 (2022–2023) *Folkehelsemeldinga – Nasjonal strategi for utjamning av sosiale helseforskjellar*, jf. Innst. 398 S (2022–2023). Helse- og omsorgsdepartementet fastsatte forskrift om forbud mot salg av energidrikk til barn under 16 år den 20. august 2025. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Handlingsplan for reduksjon av ensomhet

Vedtak nr. 762, 10. juni 2022

> *«Stortinget ber regjeringen utarbeide en handlingsplan for å redusere ensomhet og etablere verktøy for å måle forekomsten av ensomhet.»*

Vedtaket ble truffet ved Stortingets behandling av Dokument 8:219 S (2021–2022), jf. Innst. 357 S (2021–2022). Helse- og omsorgsdepartementet vil legge frem en handlingsplan for å redusere ensomhet. I arbeidet legges det vekt på å styrke kunnskapsgrunnlaget om ensomhet, og Helse- og omsorgsdepartementet har bedt Forskningsrådet om å tydeliggjøre ensomhet i utlysninger for 2025. Temaet ensomhet er et prioritert område i folkehelsearbeidet, bl.a. gjennom folkehelsekampanjen ABC for god psykisk helse og i Nasjonal livskvalitetsstrategi som regjeringen la frem i vår. Ensomhet er tatt inn i revisjonen av folkehelseloven som ble vedtatt av Stortinget 20. mai 2025. Anmodningsvedtaket anses som fult opp.

Styrking av samarbeid for forebygging av ensomhet

Vedtak nr. 764, 10. juni 2022

> *«Stortinget ber regjeringen styrke samarbeidet mellom det offentlige, næringslivet, arbeidslivet og frivillige lag og organisasjoner for å forebygge ensomhet.»*

Vedtaket ble truffet ved Stortingets behandling av Dokument 8:219 S (2021–2022), jf. Innst. 357 S (2021–2022). Samarbeidet mellom det offentlige, næringslivet, arbeidslivet og frivillige lag og organisasjoner for å forebygge ensomhet vil bli tatt

opp i handlingsplanen for forebygging av ensomhet. Det vises til arbeidet med Innovasjons- og samskapingsutvalget (oppnevnt oktober 2024), som skal levere sin utredning senest sommeren 2026. Frivillighet er et av flere relevante tema her. Regjeringen vil gjennom Eldreløftet, som skal bidra til å følge opp flere satsinger på eldreområdet, og Bo trygt hjemme-reformen, foreslå å etablere en tilskuddsordning frivillige aktører som tilbyr aktiviteter for eldre. Å motvirke ensomhet er en viktig del av satsingen. Anmodningsvedtaket anses som fult opp.

Økonomiske modeller for utvikling av nye, virksomme antibiotika

Vedtak nr. 5, 6. oktober 2020

> *«Stortinget ber regjeringen utarbeide forslag til økonomiske modeller for utvikling av nye, virksomme antibiotika som premierer medikamentutvikling, ikke salg og bruk, der både belønningsmekanismer og avgift/skatt vurderes som virkemiddel.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med trontaledebatten 6. oktober 2020. Regjeringen la frem den nye strategien Nasjonal én-helse-strategi mot antimikrobiell resistens høsten 2024. Å sikre tilgang til nødvendige antimikrobielle midler er et av strategiens overordnede mål. Som oppfølging av strategien vil det utarbeides sektorspesifikke handlingsplaner der dette er hensiktsmessig. Arbeidet med handlingsplanen er igangsatt i 2025. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Ensomhet inn i folkehelseloven § 7

Vedtak nr. 25, 20. november 2018

> *«Stortinget ber regjeringen fremme forslag om at «ensomhet» tas inn i folkehelseloven § 7.»*

Vedtaket ble truffet ved Stortingets møte 20. november 2018. Ensomhet er tatt inn i revisjonen av folkehelseloven som ble vedtatt av Stortinget 20. mai 2025. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Tobakksskadeloven

Vedtak nr. 915, 12. juni 2018

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

Vedtaket ble truffet ved behandlingen av Dokument 8:189 S (2017–2018), jf. Innst. 367 S (2017–2018). I Prop. 116 L (2024–2025) *Endringer i tobakksskadeloven, strålevernloven og atomenergiloven (utvidelse av røykeforbudene og forbud mot grensekryssende fjernsalg)* ble det foreslått å utvide røykeforbudet til utendørs lekeplasser og idrettsområder samt i biler hvor barn er passasjer. I tillegg ble det foreslått et forbud mot grensekryssende fjernsalg av tobakksvarer og e-sigaretter, jf. Innst. 398 L (2024–2025). Forslagene ble vedtatt av Stortinget 10. juni 2025, jf. Lovvedtak 108 (2024–2025). Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Bevilgningen dekker spesielle driftsutgifter på folkehelseområdet, herunder kontingenter og andre utgifter i forbindelse med internasjonale forpliktelser på folkehelseområdet samt bidrag til internasjonalt arbeid. Utover prisjustering og gjennomgående budsjettiltak omtalt i del I, foreslås følgende endringer:

- Bevilgningen foreslås økt med 6 mill. kroner til en nasjonal satsing på samfunnssikkerhet knyttet til drikkevann.
- Det foreslås å flytte 0,6 mill. kroner til kap. 740, post 01 knyttet til Helsedirektoratets arbeid med oppgjørsordning for voksenvaksinasjon.
- Det foreslås å flytte 0,7 mill. kroner til kap. 285 Norges forskningsråd, post 21, knyttet til innsatsgruppe i samfunnsoppdraget for inkludering.
- Bevilgningen foreslås redusert med 4 mill. kroner for å styrke andre tiltak.

Trygg mat og trygt drikkevann

Trygg mat og trygt drikkevann er grunnleggende forutsetninger for god folkehelse og et godt livsmiljø. Det faglige ansvaret på mattrygghetsområdet og styringen av Mattilsynet er delt mellom Helse- og omsorgsdepartementet, Landbruks- og matdepartementet og Nærings- og fiskeridepartementet. Hovedmålene på det matpolitiske området er omtalt i Prop. 1 S (2025–2026) for Landbruks- og matdepartementet.

Det foreslås å omdisponere 6 mill. kroner fra kap. 714 post 60 til styrket samfunnssikkerhet på

drikkevannsområdet inkludert etablering av digital rapportering av drikkevannsdata fra kommunene til statlige myndigheter, se også omtale under kap. 714 post 60. Dette bidrar til oppfølging av Totalberedskapsmeldingen, NATOs Seven Baseline Requirements og innføring av ny digitalsikkerhetslov med -forskrift mv. Mattilsynet vil få ansvar for å etablere en slik ny rapporteringsordning og øke sin kompetanse og kapasitet for å styrke samfunnsikkerhetsarbeidet på drikkevannsområdet. Nye digitale verktøy på drikkevannsområdet vil medføre en innsparing i kommunene beregnet til 21 mill. kroner pr. år grunnet redusert tidsbruk til rapportering. Verktøyene vil også styrke Mattilsynets evne til å respondere raskt og effektivt i kriser eller ved uønskede hendelser. Det er også nødvendig som grunnlag for oppfølgingen av Nasjonale mål for vann og helse. Tiltaket følger også opp Riksrevisjonens kritikk overfor departementet i Dokument 3:8 (2022–2023) Myndighetenes arbeid med trygt drikkevann, der det påpekes at styringsinformasjonen på drikkevannsområdet ikke er tilstrekkelig og ikke innhentes på en effektiv måte.

Det foreslås 3,2 mill. kroner til tilsyn med ny forskrift om forbud mot salg av energidrikk til barn under 16 år. Mattilsynet skal føre tilsyn med forskriften og vil høsten 2025 utarbeide en veileder til forskriften som trer i kraft 1. januar 2026. Tilsynet skal etter forskriften inngå som en del av Mattilsynet sitt ordinære tilsyn med de aktuelle virksomhetene der det er relevant.

Det foreslås å videreføre 1,1 mill. kroner til arbeidet med å følge opp nasjonale mål for vann og helse, som ble lansert i februar 2024. De nasjonale målene følger opp Norges forpliktelser i henhold til Verdens helseorganisasjon/UNECEs Protokoll for vann og helse og bidrar samtidig til gjennomføring av FNs bærekraftsmål seks om rent vann og gode sanitærforhold.

Aldersvennlig Norge og friskere aldring

Med en økende andel eldre i befolkningen er det nødvendig å fremme eldre sine muligheter til å leve aktive liv i alders- og aktivitetsvennlige nærmiljø og bygde omgivelser, og å rette mer oppmerksomhet på forhold og oppdatert kunnskap som gir flere gode leveår og friskere aldring, samt deltakelse, selvstendighet og livskvalitet for eldre.

Det foreslås å videreføre 8 mill. kroner til drift av Senteret for et aldersvennlig Norge, en enhet i Helsedirektoratet. Senteret skal ha kunnskap om og være en pådriver for en aldersvennlig samfunnsutvikling og aktive eldre på tvers av samfunnsområder. Senteret er sekretariat for Rådet for et aldersvennlig Norge, som skal bidra til å forankre og fremme aldersvennlige løsninger i ulike sektorer og virksomheter. Arbeidet følger av Folkehelsemeldingen og Bo trygt hjemme-reformen, hvor senteret har ansvar for Program for et aldersvennlig Norge 2030, se nærmere omtale kap. 760 post 21.

Det foreslås å videreføre 5,5 mill. kroner til opplæring og kurs for de kommunale og fylkeskommunale eldrerådene i regi av Senteret for et aldersvennlig Norge. Senteret utførte en kursrekke for alle landets eldreråd i 2024, som bidro til mer kunnskap om rådenes rolle i lokale politiske prosesser og om eldrepolitikk, og i 2025 har senteret gitt kurs i opplæring i lederrollen og i medie- og kommunikasjonsarbeid, og holdt digitale møteplasser for eldrerådene om ulike tema. Senteret viderefører kursaktivitet fysisk og digitalt om ulike tema i 2026.

Det foreslås å videreføre 5,2 mill. kroner til innsatsen for digital inkludering og opplæring for eldre innbyggere i regi av Senteret for et aldersvennlig Norge. Senteret har etablert samarbeid med ulike aktører for å kartlegge det digitale landskapet, barrierer og muligheter, hvordan personvernhensyn ivaretas og hvordan ulike opplæringstilbud fungerer og behov for ikke-digitale tjenester. Kartleggingen har vist at dagens tilbud er lite koordinert og helhetlig, og det mangler standarder for rollen som veileder i digitale verktøy og tilbud tilpasset de ulike ferdighetsnivåene til eldre. Kartleggingen er grunnlag for piloter som senteret skal gjennomføre i 2026.

Det foreslås å videreføre 2,2 mill. kroner til kunnskapsutvikling om eldres helse og livskvalitet og aldersvennlige samfunn. Med flere eldre og færre i arbeidsfør alder er det behov for mer kunnskaps- og metodeutvikling i folkehelsearbeidet for å gi myndigheter og andre aktører bedre data om eldrebefolkningen og hva som har betydning for aktiv og friskere aldring. Helsedirektoratet utvikler et indikator- og monitoreringssystem basert på flere datakilder, med vekt på å få integrert data om eldre i ulike indikatorsett, blant annet for aktivitets–vennlige og aldersvennlige nærmiljø, i Nasjonal livskvalitetsstrategi og i forskning om friskere leveår. Datainnsamlingen må utformes slik at ikke eldre faller fra i undersøkelser, og at man sikrer representativitet for ikke-digitale eldre.

For å styrke aktiviteter for og blant eldre, vises det til at regjeringen vil etablere et aktivitetstilskudd til frivillige organisasjoner, se nærmere omtale under kap. 760 post 70.

Økt kunnskap om psykisk helse

Det foreslås å videreføre 5,5 mill. kroner til prosjektet folkehelse og livsmestring i skolen. Gjennom læreplanverket skal skolene gi elevene kompetanse som fremmer god psykisk og fysisk helse, og som gir muligheter til å ta ansvarlige livsvalg. Utdanningsdirektoratet og Helsedirektoratet utvikler en kompetansepakke om folkehelse og livsmestring, der psykisk helse inngår. En nettbasert kompetansepakke skal med utgangspunkt i læreplanverket bidra til refleksjon om hva arbeid med folkehelse og livsmestring i og på tvers av fag kan handle om, og skal dekke bredden i det tverrfaglige temaet. Utdanningsdirektoratet har etablert et kunnskapsgrunnlag og arbeider med støtte- og veiledningsressurser sammen med Helsedirektoratet.

Det foreslås å videreføre 5,5 mill. kroner til Folkehelseinstituttets arbeid for økt kunnskap om barn og unges psykiske helse. Folkehelseinstituttet har formalisert en nasjonal samordningsgruppe med representanter fra de norske fagmiljøene for å sikre oppdatert kunnskap om forekomsten av psykiske plager og lidelser, endringer over tid, risikofaktorer og mulige årsaker, og konsekvenser av psykisk uhelse. Kunnskapen skal støtte utviklingen av effektive og målrettede forebyggende og helsefremmende tiltak.

Det foreslås å videreføre 5,2 mill. kroner til nasjonale informasjonstiltak, evaluering mv. knyttet til ABC-kampanjen for god psykisk helse, jf. nærmere omtale under kap. 714, post 60.

Fysisk aktivitet

Det foreslås å videreføre 1,1 mill. kroner til oppfølging av Handlingsplan for fysisk aktivitet 2020–2029, herunder bruk og formidling av oppdatert kunnskap som viser at helseeffektene av fysisk aktivitet i tråd med nasjonale råd, er større enn tidligere antatt.

Ernæring og kosthold

Det foreslås 3,2 mill. kroner til veiledning og tilsyn med ny forskrift om forbud mot markedsføring av visse næringsmidler særlig rettet mot barn, som trer i kraft 25. oktober 2025. Helsedirektoratet skal føre tilsyn med forskriften.

Det foreslås å videreføre 7,5 mill. kroner til tiltak på kostholdsområdet forankret i Meld. St. 15 (2022–2023) *Folkehelsemeldinga*, bl.a. utdeling av gratis vitamin D-tilskudd via helsestasjonene til spedbarn 0–6 måneder med foreldre som har bakgrunn fra Afrika, Asia, Sør- og Mellom-Amerika, og samarbeid med matvarebransjen om å gjøre det enklere for forbrukeren å velge sunt. Hensikten med samarbeidet er å øke andelen i befolkningen som har et kosthold i tråd med myndighetenes kostråd. I underkant av hundre aktører er tilsluttet avtalen. Folkehelseinstituttet leverer en evaluering av avtalen i løpet av 2025.

Det foreslås å videreføre 2,4 mill. kroner til tiltak innenfor jodberikningsprogrammet som har som mål å bedre jodstatusen i den norske befolkningen. Programmet, som er utarbeidet av Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet og Mattilsynet, ble startet våren 2025.

Det foreslås å videreføre 2,2 mill. kroner til arbeid med evaluering og tiltaksforskning på ernæringsområdet. Instituttet skal levere en evaluering av forskrift om forbud mot markedsføring av usunn mat og drikke særskilt rettet mot barn, i tråd med vedtak fra Stortinget.

Det foreslås å videreføre 1,6 mill. kroner til tiltak for å fremme barn og unges kosthold med verktøyet Matjungelen. Matjungelen er et verktøy med gratis og kvalitetssikret aktivitetsopplegg for barna og kompetanseøkning for voksne i skolefritidsordningen (SFO) og barnehager. Per 4. juni 2025 var 942 (41 pst.) av landets SFO og 1 118 (21 pst.) av landets barnehager fra 267 ulike kommuner påmeldt Matjungelen. For å stimulere til at barn og unge skal spise mer fisk og sjømat, bidrar departementet med midler til kostholdsprogrammet Fiskesprell, jf. omtale under kap. 714, post 79.

Rusmiddelforebyggende arbeid

Det foreslås å videreføre 13 mill. kroner til nasjonalt program for rusmiddelforebyggende arbeid blant barn og unge. Formålet med programmet er å forebygge rusmiddelbruk blant barn og unge og begrense skadene rusmiddelbruk kan medføre, gjennom å implementere kunnskapsbaserte verktøy og metodikk hos aktører med ansvar for rusmiddelforebygging. Programmet skal ha vekt på kunnskapsutvikling, kunnskapsformidling, utprøving og evaluering, og skal samarbeid med aktører på feltet gradvis bygge opp en kunnskapsbasert tiltaksportefølje som kan iverksettes på nasjonalt, regionalt og lokalt nivå. Programmet er ikke tidsavgrenset.

Som del av programmet tilrettelegges det for pilotering av forebyggingsinitiativet Champs (Children Amplified Prevention Services) i to utvalgte kommuner. Initiativet er utviklet av FNs kontor for narkotika og kriminalitet (UNODC). I programmet legges det også vekt på kunnskapsformidling til barn, unge og deres foresatte om rusmiddelbruk

og potensielle rusmiddelrelaterte skader. Det er gjennomført innsiktsarbeid og en kampanje som grunnlag for dette formålet. Utviklingen av programmet ses i sammenheng med andre relevante programmer og oppdrag, herunder oppfølging av UNODCs anbefalinger etter gjennomgangen av den norske forebyggingsinnsatsen. I samarbeid med de regionale kompetansesentrene for rusfeltet (Korus) er det igangsatt et arbeid med utvikling av en kunnskapsbasert tiltaksporteføljе, og i samarbeid med Folkehelseinstituttet er det igangsatt aktiviteter for å styrke kunnskapsgrunnlaget for forebyggende tiltak. I tillegg er det iverksatt opplæring i og tilrettelegging for å anvende verktøyet European Prevention Curriculum (EUPC) som er en håndbok spesifikt utformet for å gi beslutningstakere og opinionsdannere kunnskap om de mest effektive forebyggende tiltakene og tilnærmingene innen rusmiddelforebygging.

Det foreslås å videreføre 5 mill. kroner til Helsedirektoratets satsinger på andre rusmiddelforebyggende tiltak, blant annet oppfølging av Nasjonal alkoholstrategi, der målet er 20 pst. reduksjon i alkoholforbruket i perioden 2010–2030. Etter en periode med nedgang i alkoholforbruket frem mot 2019, både blant voksne og ungdom, er det mye som tyder på at utviklingen har stagnert. Det er derfor behov for forsterket innsats i det forebyggende arbeidet dersom målene i strategien skal nås. Som en del av evalueringen av alkoholstrategien har Folkehelseinstituttet blitt bedt om å vurdere om målet om 20 pst. reduksjon i alkoholforbruket er realistisk med dagens virkemidler og hvordan alkoholpolitikken eventuelt bør innrettes for å nå målet. Helsedirektoratet samarbeider med Folkehelseinstituttet om evaluering av alkoholstrategien. I 2025 har direktoratet levert en utredning med konkrete forslag til hvordan alkoholholdig drikk kan merkes med skadevirkninger, blant annet økt kreftrisiko.

I 2026 vil Helsedirektoratet blant annet utvikle bedre verktøy og støtte for næringsaktører og kommuner i forvaltning og bruk av alkoholloven.

Kommunikasjon og kampanjer

Det foreslås å videreføre 22,7 mill. kroner til Helsedirektoratets arbeid med kommunikasjon om levevaner og helse. Helsedirektoratet gjennomfører flere kampanjer på området for å bidra til god helse og utjevning av sosiale helseforskjeller.

Lev-kampanjen er Helsedirektoratets overordnede kommunikasjonskonsept for levevanene og psykisk helse. Lev har som mål å motivere til endring ved å bygge mestringstro og tilby støtte til atferdsendring innenfor områdene fysisk aktivitet, kosthold, tobakk, alkohol, søvn og psykisk helse. Kommunikasjonen skal bidra til å sette befolkningen i stand til å fremme egen helse, forebygge sykdom og mestre egen sykdom. Hovedmålgruppe er voksne mennesker med gryende utfordringer knyttet til helsa. Lev-kampanjen skal videreutvikles for å ta hensyn til barrierer for å endre levevaner og for å tilpasses dagens fragmenterte mediebruk.

Helsedirektoratet tar i stor grad i bruk apper i sitt kommunikasjonsarbeid. Appen Tankevirus, som skal bidra til forebygging og mestring av lette psykiske plager, har nær 120 000 nedlastinger og 100 000 aktive brukere. Røykesluttappen Slutta har 300 000 nedlastinger siste år og totalt nær 1,5 mill. over 12 år. Helsedirektoratet har også utviklet treningsapplikasjonen Smart mosjon i arbeidslivet.

Folkehelsearbeid i kommunene

Det foreslås å videreføre 6,7 mill. kroner til kompetansestøtte og evalueringsarbeid ifb. folkehelseprogrammet, med formål å utvikle det målrettede samfunnsoppdraget «Ingen barn og unge utenfor!». På nasjonalt nivå er utviklingen av folkehelseprogrammet gjort i nært og langvarig samarbeid mellom KS, Folkehelseinstituttet, Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet.

Helsedirektoratet har ifb. programmet et samarbeid med Frivillighet Norge, Landsrådet for Norges barne- og ungdomsorganisasjoner, Landsforeningen ungdom og fritid og Nettverk for helsefremmende samfunn (Fremsam). Formålet er å fremme gode og trygge miljøer for barn og unge i frivillige organisasjoner og på fritidssektoren, samt utvikle kommunal frivillighetspolitikk. Arbeidet med en sluttevaluering av programmet igangsettes i 2026.

Erfaringer fra folkehelseprogrammet vil brukes i implementeringsarbeidet for revidert folkehelselov. Gjennom revisjonen er betydningen av partnerskap, medvirkning, samarbeid med frivilligheten og systematisk og kunnskapsbasert folkehelseinnsats forsterket.

Det foreslås å videreføre 0,5 mill. kroner til Frivillighet Norge for arrangementet Møteplass for folkehelse. Formålet er å styrke samarbeidet mellom frivillig sektor, stat, kommuner og fylkeskommuner innen folkehelse-området. Tema for en av møteplassene i 2025 var frivillighetens rolle i møte med utenforskap og en aldrende befolkning.

Miljø og helse

Det foreslås å videreføre 1,7 mill. kroner til Folkehelseinstituttets arbeid med oppdatering av kunn-

skapsgrunnlaget om effekter av luftforurensning og støy til bruk i verdsetting (verdsettingsprosjektet). Arbeidet avsluttes i 2026.

Det foreslås å videreføre 0,5 mill. kroner til Folkehelseinstituttets arbeid med europeisk partnerskap for vurdering av risiko fra kjemikalier (Assessment of Risk from Chemicals – PARC). Instituttet har en sentral rolle i partnerskapet for hvor arbeid med overvåkning av miljøgifter i befolkningen og utvikling av New Approach Methods (NAMs) for farevurdering av kjemikalier er i fokus. Et sentralt formål er å utvikle neste generasjons kjemiske risikovurdering for å beskytte menneskers helse og miljø.

Statistikk og datagrunnlag

Det foreslås å videreføre 8,2 mill. kroner til Velferdsforskningsinstituttet Nova til gjennomføring av undersøkelsene Ungdata og Ungdata junior. Ungdata er lokale undersøkelser der skoleelever over hele landet svarer på spørsmål om hvordan de har det, og hva de driver med på fritiden. Undersøkelsene er tilpasset barn på femte til sjuende trinn (Ungdata junior-undersøkelsen) og ungdom på ungdomstrinnet og i videregående opplæring (ungdomsdelen av Ungdata-undersøkelsene). Sekretariatet ved Nova har levert infrastrukturen som ligger til grunn for undersøkelsene, og har i samarbeid med de sju regionale kompetansesentrene for rusfeltet (Korus) gjennomført undersøkelser i kommuner og fylkeskommuner som ønsket det.

Nesten alle kommuner i Norge, og Svalbard, har gjennomført Ungdata minst én gang. Siden oppstarten av Ungdata junior i 2017, er det samlet inn om lag 215 000 svar i alt. Totalt har 253 kommuner gjennomført Ungdata junior minst én gang i perioden 2022–2024. Siden oppstarten i 2010 er det samlet inn over 1 mill. svar fra ungdommer på ungdomsskolen og videregående.

Det foreslås å videreføre 3,3 mill. kroner til helseundersøkelser i regi av Folkehelseinstituttet, herunder Fylkeshelseundersøkelser og Nasjonale folkehelseundersøkelser.

Det foreslås å videreføre 2,1 mill. kroner til Helsedirektoratets arbeid med innhenting av statistikkgrunnlag for befolkningens bruk av tobakk og rusmidler, kartlegging av kommunenes forvaltning av tobakksskadeloven, folkehelseloven og alkoholloven, samt innhenting av rapporter om taxfree-handel og avgiftsbasert omsetning av alkohol- og tobakksvarer. I 2025 ble rusmiddel- og tobakksundersøkelsen utvidet til også å kartlegge skader og problemer forårsaket av alkohol, samt spørsmål om forsyningskilder for alkohol.

Det foreslås å videreføre 1,1 mill. kroner til forbruksstatistikk om kosthold. Forbruksstatistikken er en del av myndighetens forpliktelser i intensjonsavtalen for et sunnere kosthold og inngår som en del av overvåkningen av samarbeidet. Statistisk sentralbyrå publiserte i 2025 kostholdsstatistikk fra 2019 til og med 2023, og ny statistikk planlegges publisert årlig.

Strålevern og atomsikkerhet

Det foreslås å videreføre 2,3 mill. kroner knyttet til Direktoratet for strålevern og atomsikkerhets veiledning av Institutt for energiteknikk (IFE) og Norsk nukleær dekommisjonering (NND) ifb. oppryddingen av de norske atomreaktorene. Veiledningen innebærer blant annet rådgivning mht. søknadsprosesser, lovverk både nasjonalt og internasjonalt, kvalitetssikring og konseptvalg (KVU/KS) og sikkerhet.

I 2025 var veiledning viktig i forbindelse med at atomanleggene i Halden ble overført fra Institutt for energiteknikk (IFE) til Norsk Nukleær dekom–misjonering (NND). I 2026 vil veiledning fortsette å være viktig for planlagt overføring av det nukleære anlegget i Himdalen, og planleggingen for overføring av atomanlegget på Kjeller. I tillegg brukes veiledning i forbindelse med etablering av nye atomanlegg som skal ivareta dekommisjoneringen av de norske atomanleggene.

Andre tiltak

Det foreslås å videreføre 7,2 mill. kroner til andre tiltak og spesielle driftsutgifter, herunder reiser, kontingenter og andre utgifter knyttet til nasjonalt og internasjonalt folkehelsearbeid og internasjonale avtaler, bl.a. tobakkskonvensjonen og WHO/UNECEs vannprotokoll.

Post 22 Gebyr- og avgiftsfinansierte ordninger

Bevilgningen dekker bevillings- og registreringsordninger på tobakksfeltet finansiert av gebyrer og avgifter, jf. kap. 3714, post 04 og kap. 5572, post 74 og post 75. Videre dekker bevilgningen Helsedirektoratets forvaltning av bevillingsordningen for tilvirkning av alkoholholdig drikk og statlige bevillinger for skjenking av alkoholholdig drikk på tog og fly.

Statlige bevillingsordninger for alkohol

Det foreslås å videreføre 2,9 mill. kroner, mot tilsvarende inntektsbevilgning over kap. 3714, post 04, til Helsedirektoratets forvaltning av bevillingsordningen for tilvirkning av alkoholholdig drikk og statlige skjenkebevillinger for skjenking av alkoholholdig drikk på tog og fly etter alkohollovens § 5-2 første ledd nr. 1 og 2.

Gjennomføring av EUs tobakksdirektiv

Det foreslås å videreføre 4,8 mill. kroner, mot tilsvarende inntektsbevilgning over kap. 3714, post 04, til Helsedirektoratets arbeid med gjennomføring av EUs tobakksdirektiv. Systemet er under utarbeidelse, og det er derfor usikkerhet knyttet til størrelsen på kostnadene. Departementet vil ev. komme tilbake med reviderte estimater ifb. revidert nasjonalbudsjett for 2026. Gjennomføringen av direktivet har i lengre tid vært forsinket grunnet EU/EØS-prosesser, men Helse- og omsorgsdepartementet planlegger for at direktivet vil tre i kraft i Norge i 2025.

Tobakksanalyser

Det foreslås å videreføre 4,9 mill. kroner, mot tilsvarende inntektsbevilgning over kap. 3714, post 04, til Folkehelseinstituttets toksikologiske risikovurderinger av nye nikotin- og tobakksprodukter samt andre oppgaver knyttet til gjennomføring av EUs tobakksdirektiv. Systemet er under utarbeidelse og det er derfor usikkerhet knyttet til størrelsen på kostnadene. Departementet vil ev. komme tilbake med reviderte estimater ifb. revidert nasjonalbudsjett for 2026.

Bevillingsordning for import, eksport og produksjon av tobakksvarer

Det foreslås å videreføre 0,5 mill. kroner, mot tilsvarende inntektsbevilgning over kap. 3714, post 04, til Helsedirektoratets forvaltning av bevillingsordningen for innførsel, utførsel og produksjon av tobakksvarer og utstyr for tobakksproduksjon. Bevillingsordningen tredde i kraft i 2021. Per april 2025 var det to bevillinger til produksjon, 28 til innførsel og 8 til utførsel. Helsedirektoratet samarbeider tett med Tolletaten om ordningen.

Registreringsordning for tobakkssalg og tiltak mot ulovlig handel

Det foreslås å videreføre 18,9 mill. kroner, mot tilsvarende inntektsbevilgning over kap. 5572, post 75, til Helsedirektoratets forvaltning av registreringsordningen for tobakkssalg og kommende system for sporing og sikkerhetsmerking av tobakksvarer. Bevilgningen dekker også Helsedirektoratets kostnader med tilsyn av tobakksgrossister samt register over salgssteder og grossister. Systemet for sporing og sikkerhetsmerking er under utarbeidelse og det er derfor usikkerhet knyttet til størrelsen på kostnadene. Departementet vil ev. komme tilbake med reviderte estimater ifb. revidert nasjonalbudsjett for 2026.

Registreringsordning for e-sigaretter

Det foreslås å videreføre 11,2 mill. kroner, mot tilsvarende inntektsbevilgning over kap. 3714, post 04, til forvaltning av registreringsordningen for e-sigaretter. Systemet er under utarbeidelse og det er derfor usikkerhet knyttet til størrelsen på kostnadene. Departementet vil ev. komme tilbake med reviderte estimater ifb. revidert nasjonalbudsjett for 2026.

Ansvaret for registreringsordningen ble overført fra Direktoratet for medisinske produkter til Helsedirektoratet fra 1. januar 2025. Helsedirektoratet har fortsatt arbeidet med å forberede håndteringen av det nye ansvaret i form av å utarbeide rutiner, systemer, veiledning og informasjon. En viktig del av dette har vært å se ordningen i sammenheng med allerede eksisterende systemer som er i bruk på tobakksområdet. I tillegg har meldeordningen for skadelige uønskede hendelser blitt overført som en del av Helsedirektoratets ansvar.

Tilsynsavgift e-sigaretter

Det foreslås å videreføre 3,7 mill. kroner, mot tilsvarende inntektsbevilgning over kap. 5572, post 74, til tilsyn med registreringsordningen for e-sigaretter. Systemet er under utarbeidelse og det er derfor usikkerhet knyttet til størrelsen på kostnadene. Departementet vil ev. komme tilbake med reviderte estimater ifb. revidert nasjonalbudsjett for 2026.

Post 60 Kommunale tiltak

Bevilgningen dekker støtte til lokalt folkehelsearbeid, blant annet gjennom kommunalt utviklingsarbeid og implementering av program for folkehelsearbeid i kommunen. Utover prisjustering og gjennomgående budsjettiltak omtalt i del I, foreslås bevilgningen redusert med 6 mill. kroner for å styrke andre tiltak.

Program for teknologiutvikling i vannbransjen

Det ble i 2024 gitt tilskudd til elleve prosjekter på bakgrunn av søknader fra kommuner og kommunale vann- og avløpsselskaper. Programmet avsluttes i 2025. Midlene i programmet foreslås fra 2026 omdisponert for å styrke samfunnssikkerheten på drikkevannsområdet, jf. omtale under kap. 714, post 21.

ABC-kampanje for god psykisk helse

Det foreslås å videreføre 20,3 mill. kroner til den fylkeskommunale tilskuddsordningen ABC-kampanje for god psykisk helse. Målgruppen er hele befolkningen, og formålet med kampanjen er å øke befolkningens kunnskap om hvordan den kan ivareta og styrke psykisk helse og forebygge psykiske plager gjennom å gjøre noe aktivt, gjøre noe sammen med andre og gjøre noe meningsfullt.

ABC tar sikte både på å øke kunnskap og endre atferd. Kampanjen forankres i fylkeskommunene som avsender og tilskuddsmottaker. Helsedirektoratet forvalter tilskuddsordningen og støtter opp om fylkeskommunenes arbeid med kampanjen. Tilskuddsmidler for lokal implementering ble tildelt de 11 fylkeskommunene som søkte i 2025. Det er store forskjeller i hvordan fylkeskommunene har valgt å innrette arbeidet sitt. Noen satser på bred regional spredning i både kommuner og organisasjonsliv, og andre har startet med få pilotkommuner eller utvalgte målgrupper. Noen fylkeskommuner har etablert en regional tilskuddsordning for sine kommuner. Fylkeskommuner som ikke søkte om midler for 2025 har signalisert at de ønsker å søke midler over ordningen i 2026.

Trøndelag fylkeskommune, som har gjennomført en pilot av kampanjen, ble tildelt egne midler for å veilede andre fylkeskommuner og arrangerer webinarer for informasjons- og erfaringsdeling. Trøndelag har i perioden 2022–2025 gjort et omfattende kommunikasjonsarbeid og etablert samarbeid med kommuner, organisasjoner, skoler og arbeidsliv m.m. Det videre arbeidet med kampanjen vil ta lærdom av erfaringer gjort med piloten.

I tillegg til tilskuddsordningen foreslås nasjonale informasjonstiltak som understøtter implementering på fylkesnivå, samt følgeevaluering av kampanjen, jf. omtale under kap. 714, post 21. Helsedirektoratet har utarbeidet annonsemateriell og gjennomført en nasjonal kampanje. Det er også utviklet en materiellpakke som kan benyttes til regionale og lokale tiltak. Det ble gjennomført en nullpunktsmåling av kunnskap, holdninger, intensjoner og atferd før kampanjen startet. Store landsdekkende organisasjoner er invitert inn i samarbeidet. Helsedirektoratet fortsetter arbeidet med å inkludere flere nasjonale aktører inn i satsingen.

Program for folkehelsearbeid i kommunene (folkehelseprogrammet)

Det foreslås å videreføre 86,7 mill. kroner til tilskuddsordningen. Tiltaksutvikling innen program for folkehelsearbeid i kommunene, hvorav 0,8 mill. kroner øremerkes Fremsam – Nettverk for helsefremmende samfunn, og 3,2 mill. kroner knyttet til det målrettede samfunnsoppdraget Ingen barn og unge utenfor! (2025–2035).

Folkehelseprogrammet ble opprettet i 2017 i samarbeid med KS. Programmet består av en tilskuddsordning og et system for kunnskapsstøtte og evaluering, jf. omtale under kap. 714, post 21. Målet med tilskuddsordningen er å styrke kommunenes arbeid med å fremme befolkningens helse og livskvalitet. Programmet skal fremme lokalt rusforebyggende arbeid og bidra til å innlemme psykisk helse som en likeverdig del av det lokale folkehelsearbeidet. Barn og unge er en prioritert målgruppe.

Fylkeskommunene bistår kommunene med kunnskap og kompetanse i tiltaksgjennomføringen, og legger til rette for samarbeid mellom kommuner og forsknings- og kompetansemiljøer om utvikling og evaluering av helsefremmende tiltak. I den reviderte folkehelseloven er fylkeskommunens rolle forsterket, med mer søkelys på partnerskap, medvirkning, samarbeid med frivilligheten samt systematisk og kunnskapsbasert folkehelseinnsats. Erfaringer fra programmet vil brukes i implementeringsarbeidet for loven.

Folkehelseprogrammet utløper i 2026. Da skal satsingen videreføres, men tilskuddsmidlene legges inn i rammen til fylkeskommunene. Det vil være opp til fylkeskommunene å organisere arbeidet med overgang til ordinære oppgaver på egnet måte, og bygge videre på positive erfaringer som har lagt til rette for involvering og samarbeid mellom mange aktører, f.eks. gjennom regionale samarbeidsorganer.

Områdesatsinger

Det foreslås å videreføre 10 mill. kroner til tilskudd til Oslo kommune for pågående områdesatsinger. Områdesatsingene i Oslo omfatter tre delprogram i seks bydeler og er inne i sitt siste år i 2026. Oslo kommune har iverksatt en sluttevaluering. Det overordnede inntrykket er at sosiale og fysiske nærmiljøkvaliteter i innsatsområdene er forbedret og at tiltak og tilbud verdsettes.

Det foreslås å videreføre 4,3 mill. kroner til områdesatsinger utenfor Oslo, for å gjøre en ekstra innsats for tjenesteutvikling og bedre nærmiljøkvaliteter i levekårsutsatte områder.

Områdesatsinger omtales samlet i Prop. 1 S (2025–2026) Kommunal- og distriktsdepartementet, jf. programkategori 13.90, kap. 590 Planlegging og byutvikling.

Post 70 Rusmiddeltiltak mv.

Bevilgningen dekker tilskudd til rusmiddelforebyggende innsats. Utover prisjustering og gjennomgående budsjettiltak omtalt i del I, foreslås ingen endringer på posten. Det er gjort endringer i flere tilskuddsordninger slik at det åpnes for å kunne gi flerårige tilskudd, med forbehold om bevilgninger i statsbudsjettet.

Tilskuddsordningen for frivillig rusmiddelforebyggende og spillavhengighetsforebyggende innsats

Det foreslås å videreføre 52,1 mill. kroner til tilskuddsordningen for frivillig rusmiddelforebyggende og spillavhengighetsforebyggende innsats. Tilskuddsordningen skal gjennom støtte til forebyggende tiltak og rusmiddelpolitisk påvirkningsarbeid bygge opp under frivillig sektors rusmiddel- og spillavhengighetsforebyggende innsats. Det gis støtte til tiltak som retter seg mot befolkningen generelt og mot barn, unge og utsatte grupper, jf. forskrift om tilskudd til frivillig rusmiddelforebyggende og spillavhengighetsforebyggende innsats.

I 2024 mottok Helsedirektoratet 61 søknader. Samlet sett vurderer direktoratet at mottakerne kan vise til relevante og dekkende resultater i sin rapportering opp mot tilskuddsordningens formål, og måloppnåelsen vurderes som middels.

I 2024 ble tilskuddsordningen evaluert av Rambøll. På bakgrunn av funnene kom Rambøll med anbefalinger til endringer i ordningen. Anbefalingene adresserer behov fra informanter om blant annet forventningsavklaringer, bedre informasjon og tydelighet i formål og avgrensninger. Enkelte anbefalinger handler om tydeliggjøring av hvilke typer tiltak som tildeles tilskudd. Flere av anbefalingene har som mål å gjøre søknadsprosessen enklere, samt bidra til forventningsavklaring og økt forutsigbarhet for organisasjonene.

Evalueringen planlegges fulgt opp delvis gjennom endringer i forskrift, og delvis i ny veiledningstekst. Forskriftsendringene som har vært på høring, tar utgangspunkt i evalueringen, samt Helsedirektoratets erfaringer med forvaltning av tilskuddsordningen. De foreslåtte endringene i forskriftene er i hovedsak språklige og strukturelle for å klargjøre gjeldende tilskuddsregelverk. For å sikre forutsigbarhet foreslår regjeringen å åpne for at det, med forbehold om bevilgninger over statsbudsjettet, kan innvilges tilskudd for inntil tre år for etablerte og velfungerende tiltak. Helsedirektoratet vil utarbeide veiledende materiell med utfyllende informasjon og eksempler i forbindelse med ny forskrift som planlegges å tre i kraft fra 2026.

Tilskuddsordningen for drift av frivillige, rusmiddelpolitiske organisasjoner

Det foreslås å videreføre 26,4 mill. kroner til tilskuddsordningen for drift av frivillige rusmiddelpolitiske organisasjoner. Målet med tilskuddsordningen er å stimulere til frivillig, rusmiddelpolitisk engasjement og aktivitet både på nasjonalt og lokalt nivå, og å redusere bruk av rusmidler og skader forårsaket av rusmidler.

Helsedirektoratet forvalter ordningen. I 2024 mottok direktoratet 23 søknader, hvorav 16 søknader ble innvilget. Direktoratets rapportering viser at mottakerne i all hovedsak driver etter tilskuddsordningens formål og tilskuddet kommer målgruppen til gode. Organisasjonene har i stor grad gjennomført kjerneoppgavene i 2024, da spesielt oppgaver knyttet til administrasjon, oppfølging av lokallag og medlemmer. Måloppnåelsen vurderes som middels.

Tilskuddsordningen for drift av nasjonale foreninger og stiftelser med forebyggende innsats på rusmiddel-, doping- og spillområdet

Det foreslås å videreføre 73,6 mill. kroner til tilskuddsordningen for drift av nasjonale foreninger og stiftelser med forebyggende innsats på rusmiddel-, doping- og spillområdet. Formålet med tilskuddsordningen er å forebygge bruk av rusmidler og dopingmidler, forebygge spillavhengighet samt å forebygge og redusere skader og negative

følger i samfunnet forårsaket av rusmidler, dopingmidler og problemspilling. Med forbehold om årlige bevilgninger over statsbudsjettet, kan tilskudd over denne tilskuddsordningen innvilges for tre år.

Helsedirektoratet mottok ni søknader i 2024, hvorav fem ble innvilget; Actis, Akan, Av-og-til, Rusfeltets Hovedorganisasjon og Stiftelsen Antidoping Norge. Fire mottakere fikk innvilget flerårig tilskudd. Tematisk jobber fire av mottakerne med rus, og to av disse jobber også med spillproblematikk, mens en av mottakerne primært jobber med doping.

Regelverket ble endret før utlysning til også å omfatte spillområdet. Regelverket er utformet på en slik måte at mottakerne skal rapportere både kvalitativt og kvantitativt på oppnådde mål og effekter. Måloppnåelse for ordningen som helhet vurderes ut fra kriterier for måloppnåelse, og samlet vurderes den som høy. Samlet sett har mottakerne av tilskudd arbeidet i tråd med effektmålene slik de er satt opp i regelverket, og blant annet rapporteres det at samarbeidspartnere får økt kunnskap om forebygging gjennom samarbeidet.

Tilskuddsordningen for faktainformasjon om rus og rusmidler

Det foreslås 9 mill. kroner til å videreføre tilskuddsordningen for faktainformasjon om rus og rusmidler, inkludert tobakks- og nikotinprodukter. Formålet med tilskuddsordningen er økt kunnskap om rus og rusmidler i befolkningen. Tilskuddsordningen er kun åpen for frivillige organisasjoner og kommuner med tiltak som har landsdekkende nedslagsfelt. Med forbehold om årlige bevilgninger over statsbudsjettet, kan tilskudd over denne tilskuddsordningen innvilges for tre år.

Helsedirektoratet mottok 10 søknader i 2024, hvorav én søknad ble innvilget. Dette var søknaden fra Oslo kommune og deres tiltak Rusinfo.

Rusinfo er en anonym og offentlig informasjons- og veiledningstjeneste for hele Norge. I 2024 oppnådde Rusinfo gode resultater. I tillegg til å besvare henvendelser på telefon og chat har Rusinfo informasjonsvirksomhet på nettside, podkast og sosiale medier. Rusinfo svarer også på rusmiddelrelaterte spørsmål fra ungdom hos Ung.no. Rusinfo driver videre med omfattende kurs og foredragsvirksomhet. Samlet sett har deres innsats vært i tråd med effektmålet i tilskuddsordningens regelverk og Helsedirektoratet vurderer måloppnåelsen som høy.

Tilskudd til det rusmiddel- og spilleavhengighetsforebyggende arbeidet i regi av Korusene

Det foreslås å videreføre 44,4 mill. kroner som tilskudd til de regionale kompetansesentrene for rusfeltet (Korusene) slik at de kan ivareta sitt arbeid med rusmiddel- og spilleavhengighetsforebyggende arbeid. Se nærmere omtale og rapportering under kap. 765, post 74.

Post 74 Skolefrukt mv.

Bevilgningen dekker tiltak som skal stimulere til gode kost- og måltidsvaner generelt og økt inntak av frukt og grønnsaker hos barn og unge spesielt, herunder abonnementsordningen Skolefrukt. Utover prisjustering og gjennomgående budsjettiltak omtalt i del I, foreslås ingen endringer på posten.

Tiltakene som dekkes over posten er rettet mot skoleeier, foreldre og elever. Opplysningskontoret for frukt og grønt drifter abonnementsordningen for skolefrukt på vegne av Helsedirektoratet som har kommunikasjons- og ernæringsfaglig ansvar. Det gis et statlig tilskudd, for tiden 2 kroner per frukt/grønt, med en egenandel på 4,40 kroner per frukt/grønt. Egenandelen kan være betalt av foreldre, kommunen, skolen, FAU eller andre. Det er åpnet for at SFO kan benytte ordningen der skoler ikke deltar, eller har lav deltakelse. Prosjektet Skolefrukt samkjører kommunikasjonstiltak med Helsedirektoratet. Våren 2025 abonnerte om lag 36 100 elever på skolefrukt gjennom ordningen. Dette tilsvarer om lag 6 pst. av elevene i grunnskolen. Av disse er det omtrent 20 850 som får gratis skolefrukt betalt av skolen eller kommunen.

Post 79 Andre tilskudd

Bevilgningen dekker tilskudd til generelt folkehelsearbeid. Utover prisjustering og gjennomgående budsjettiltak omtalt i del I, foreslås følgende endringer:

- Bevilgningen foreslås økt med 3 mill. kroner for å sikre oppstart av Hunt-5.
- Bevilgningen foreslås økt med 2 mill. kroner for å øke driftstilskuddet til Ammehjelpen.

Befolkningsbaserte helseundersøkelser

Det foreslås 10,5 mill. kroner som tilskudd til Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet. 3 mill. kroner er tilskudd til oppstart av datainnsamlingen Hunt-5 og 7,5 mill. kroner er en videreføring av tilskudd til drift av Hunt-databasen.

Den befolkningsbaserte helseundersøkelsen Hunt omfatter helseopplysninger og biologisk materiale fra innbyggerne i Trøndelag. Undersøkelsen er viktig for å få kunnskap om både fysisk og psykisk helse, og den gir grunnlag for forskning, politikkutvikling og bidrag til praktisk folkehelsearbeid.

Data fra Hunt inngår i nasjonale oversikter over utviklingen i befolkningens helsetilstand og faktorer som påvirker denne. Hunt-databasen inneholder data og tidsserier som strekker seg over flere tiår. Den femte datainnsamlingen, Hunt-5, vil sikre innsamling av vital informasjon om befolkningsgruppen over 70 år, en gruppe som er av særlig interesse for forskning på aldring og relaterte helseutfordringer.

Det foreslås å videreføre 20 mill. kroner til Universitetet i Tromsø – Norges arktiske universitet til drift av databasen for Tromsøundersøkelsen samt tilskudd til medfinansiering av datainnsamlingen i den åttende Tromsøundersøkelsen (Tromsø8).

Tromsø8 startet opp i 2025 og fortsetter i 2026. Undersøkelsen har fokus på eldres helse og sosial ulikhet i helse. I likhet med Hunt, inngår data fra Tromsøundersøkelsen i nasjonale oversikter over utviklingen i befolkningens helsetilstand og faktorer som påvirker denne.

Det foreslås å videreføre 3 mill. kroner som tilskudd til Studentsamskipnaden i Oslo for å administrere og gjennomføre Studentenes helse- og trivselsundersøkelse (Shot). Undersøkelsen kartlegger studentenes helse og trivsel i bred forstand og gir et viktig grunnlag for langsiktig utvikling og arbeid med å bedre studentenes helse.

Tilskuddsordninger

Det foreslås å videreføre 19,8 mill. kroner til tilskuddsordningen Studenter – psykisk helse og rusmiddelbruk. Tilskuddsordningen har som formål å fremme god psykisk helse og livskvalitet blant studenter, og forebygge problemer knyttet til bruk av rusmidler, blant annet gjennom å fremme samarbeid og kunnskapsdeling om forebyggende rusarbeid og psykisk helsearbeid rettet mot studenter. Ordningen skal benyttes til å følge opp funnene i Studentenes helse- og trivselsundersøkelse (Shot), og understøtte opptrappingsplan for psykisk helse (2023–2033). Målgruppen er studenter ved fagskoler, høgskoler, universiteter og høyere utdanning.

Tilskuddet går til et bredt spekter av lavterskeltjenester innen psykisk helse, kurs, veiledning og mentorordninger/aktiviteter. Tilskuddet omfatter i tillegg til lokale/regionale tiltak, prosjekter med nasjonalt nedslagsfelt, samt utvikling av digitale tilbud med selvhjelpsverktøy for psykisk helsehjelp for studenter.

Tilskuddet har i perioden 2022 til 2024 vært fordelt til 11 av landets 14 studentsamskipnader, i tillegg til Ansa og to universiteter.

Samlet vurderes måloppnåelsen for tilskuddsordningen for perioden 2022 til 2024 som middels til høy. Tilskuddsregelverket er revidert med tildelingen for 2025, i tråd med en evaluering gjennomført av Deloitte i 2023. Endringer i tilskuddsregelverket vil i kommende budsjettår kunne bidra til høyere måloppnåelse samlet sett.

Det foreslås å videreføre 14,1 mill. kroner til tilskuddsordningen Psykisk helse i skolen. Overordnet formål er å videreføre og styrke skolens systematiske arbeid for å skape et læringsmiljø som fremmer alle elevenes psykiske helse. Målgruppen er elever i barneskole, ungdomsskole og videregående opplæring. Helsedirektoratet forvalter tilskuddet som fordeles til ulike skoleprogrammer som understøtter det tverrgående emnet Folkehelse og livsmestring, med vekt på psykisk helse.

Tilskuddsregelverket ble revidert før utlysning av tilskudd for 2024. Dette har gitt en spissing av hvilke programmer og tiltak som har fått tilskudd, ved at programmer med svak evidens eller som ikke støtter direkte opp under det tverrgående emnet har falt ut av ordningen. Rene kompetansetiltak for lærere er i praksis faset ut fra ordningen. Hver for seg har tilskuddsmottakerne som fikk tilskudd i 2024 høy måloppnåelse i tråd med målsetningene i tilskuddsordningen.

Mange av programmene som har mottatt midler gjennom mange år har vært evaluert, men det er ikke gjort en helhetlig effektevaluering for tiltakene som mottar tilskudd. Generelt er det sannsynlig at de ulike programmene kan bidra til en bevisstgjøring av lærere og skoleledere rundt deres rolle i å styrke elevenes psykososiale læringsmiljø lokalt på skolene som gjennomfører programmene. Selv om programmene hver for seg kan ha høy måloppnåelse sett i forhold til regelverk og egen søknad, er det ikke god nok dokumentasjon på effekt av tiltakene for å si at måloppnåelsen for tilskuddsordningen som helhet er høy. På bakgrunn av dette vurderes ordningen som helhet å ha middels måloppnåelse.

Andre enkeltstående tilskudd

Det foreslås 5 mill. kroner i driftstilskudd til organisasjonen Ammehjelpen. Ammehjelpen er en fri-

villing organisasjon som gir gratis informasjon, veiledning og støtte ved spørsmål omkring amming og morsmelk, med utgangspunkt i kunnskapsbasert praksis. Ammehjelpen avlaster spesialist- og primærhelsetjenesten, og tilskuddet vil kunne bidra til at mødre får den hjelpen og støtten de trenger til å amme så lenge de selv ønsker, til beste for barnas og mødrenes helse. Tilbudet er gratis for brukerne.

Det foreslås å videreføre 5,8 mill. kroner som tilskudd til Mental Helse for å koordinere den norske kampanjen Verdensdagen for psykisk helse. Målet med kampanjen er å bidra til å øke befolkningens kunnskap, åpenhet og engasjement rundt psykisk helse ved å mobilisere til tiltak som kan styrke den psykiske folkehelsen, redusere stigma og øke forståelsen av hva som bidrar til å styrke eller svekke psykisk helse. Målgruppen for kampanjen er organisasjoner, kommuner, private og offentlige virksomheter, helsetjenesten, skoler og andre lokale/regionale arrangører. Endelig målgruppe er befolkningen generelt.

Kampanjen i 2024 hadde temaet Vi trenger å snakke mer sammen. #gi8minutter, hvor hele landet ble oppfordret til å sette av åtte minutter hver dag til å ringe noen de er glad i. Kampanjen hadde som mål å fremheve helseeffekten av jevnlige, korte samtaler med de som kjenner deg. Kampanjen hadde 3 370 markeringer og alle landets fylker var representert i markeringen. Verdensdagen for psykisk helse har hatt bred oppmerksomhet og synlighet i media og sosiale medier. Måloppnåelsen for ordningen vurderes som høy. Regelverket ble oppdatert i 2024 med virking fra budsjettåret 2025.

Det foreslås å videreføre 4,2 mill. kroner som tilskudd til Norges astma- og allergiforbund (NAAF). Tilskuddet skal sikre at mennesker med astma og allergier skal kunne leve best mulig, og at det kan arbeides for å redusere forekomsten av astma og allergi i befolkningen. Målgruppen er hele befolkningen.

Det foreslås å videreføre 2,2 mill. kroner til samarbeidsavtalen med Finans Norge om Skadeforebyggende forum for perioden 2024-2027. Samarbeidet skal blant annet bidra til å spre Trygge lokalsamfunn, en modell som hjelper kommunene å arbeide systematisk, langsiktig og tverrsektorielt med ulykkesforebygging. Skadeforebyggende forum har en viktig rolle i å fremme samarbeid mellom ulike sektorer, forvaltningsnivåer, frivillig sektor og næringsliv. Det er bl.a. etablert fagråd innen drukning, barnesikkerhet og eldresikkerhet. Skadeforebyggende Forum har bl.a. søkelys på ulykker og skader i hjemmet, trafikk, lekeplasser og ved vann.

Det foreslås å videreføre 1,2 mill. kroner i driftsstøtte til Norges sjømatråd til det nasjonale kostholds-programmet Fiskesprell. Programmet er et samarbeid mellom Nærings- og fiskeridepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet og Sjømatnæringen. Se nærmere omtale i Prop. 1 S (2025–2026) for Nærings- og fiskeridepartementet.

Kap. 3714 Folkehelse

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2024	Saldert budsjett 2025	Forslag 2026
04	Gebyrinntekter	3 268	24 396	25 274
	Sum kap. 3714	3 268	24 396	25 274

Post 04 Gebyrinntekter

Bevilgningen er knyttet til gebyrordninger som skal dekke enkelte myndighetsoppgaver på tobakksfeltet, herunder registreringsordningen for elektroniske sigaretter, tobakksanalyser i Folkehelseinstituttet, samt bevillingsordningen for tilvirkning av alkoholholdig drikk og statlige skjenkebevillinger, jf. kap. 714, post 22.

Det foreslås å videreføre til sammen 22,2 mill. kroner i gebyrinntekter knyttet til bevillings- og registreringsordninger på tobakksfeltet, jf. omtale under kap. 714, post 22.

Videre foreslås å videreføre 3,1 mill. kroner i gebyrinntekter knyttet til bevillingsordningen for tilvirkning av alkoholholdig drikk og statlige skjenkebevillinger gitt for skjenking av alkoholholdig drikk på tog og fly etter alkoholloven, jf. også kap. 714, post 22.

Kap. 717 Legemiddeltiltak

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2024	Saldert budsjett 2025	Forslag 2026
21	Spesielle driftsutgifter, *kan overføres*	10 200	10 916	11 117
70	Tilskudd	72 305	73 794	75 162
	Sum kap. 717	82 505	84 710	86 279

Bevilgningen dekker ulike tiltak som skal sørge for riktig legemiddelbruk, herunder finansiering av Norsk legemiddelhåndbok. Videre dekker bevilgningen tilskudd til Nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn, apotektilskudd, fraktrefusjon av legemidler og tilskudd til hhv. regionale legemiddelinformasjonssentre og veterinærmedisinsk legemiddelinformasjonssenter.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Utover pris- og lønnsjustering, og gjennomgående budsjettiltak omtalt i del I, foreslås ingen endringer sammenlignet med saldert budsjett for 2025.

Bevilgningen nyttes til tiltak for å sikre riktigere legemiddelbruk.

Det foreslås en bevilgning på 11,0 mill. kroner til finansiering av Norsk legemiddelhåndbok. Norsk legemiddelhåndbok (NLH) er en terapirettet nettside om legemidler som behandlingsalternativ. Den er spesielt beregnet på allmennpraktiserende leger og institusjonsleger på områder hvor vedkommende ikke er spesialist. NLH har også redaksjonsansvaret for oppslagsverket Koble (Kunnskapsbasert oppslagsverk om barns legemidler), som gir både helsetjenesten og allmennheten tilgang til uavhengig og kvalitetssikret informasjon om bruk av legemidler til barn. Rollen som tilskuddsforvalter er fra 2025 flyttet fra Direktoratet for medisinske produkter til Helsedirektoratet.

Post 70 Tilskudd

Utover pris- og lønnsjustering, og gjennomgående budsjettiltak omtalt i del I, foreslås ingen endringer sammenlignet med saldert budsjett for 2025. Bevilgningen dekker følgende tilskudd til ulike legemiddeltiltak:

Kompetansenettverk for legemidler til barn

Det foreslås et tilskudd på 10,7 mill. kroner til Haukeland Universitetssykehus til drift av Nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn, inkludert sekretariatet for NorPedMed – et klinisk forskningsnettverk for legemiddelstudier på barn, og nasjonalt kompetansenettverk for psykofarmaka til barn og unge.

Nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn arbeider for at legemiddelbehandling til barn skal være hensiktsmessig og trygg. Kompetansenettverket har administrasjon og ledelse lokalisert ved Barne- og ungdomsklinikken ved Haukeland Universitetssykehus, Helse Bergen.

Fra 2023 driftes også nasjonalt kompetansenettverk for psykofarmaka til barn og unge innenfor rammene av kompetansenettverket, og skal jobbe for at barn og unge som behandles med psykofarmaka skal få en trygg og likeverdig behandling uavhengig av geografisk tilknytning.

Apotek

Ved utgangen av 2024 var det 1 055 apotek i Norge. Det var en økning på seks apotek sammenlignet med 2023.

Statens tilskudd er øremerket apotek i distriktene med liten omsetning og apotek som har særlige samfunnsoppgaver (vaktapotek). Videre gis det støtte til samfunnsfunksjoner ved Agilera Pharma AS (tidl. Institutt for energiteknikk) i forbindelse med omsetning av radioaktive legemidler. For driftsåret 2024 er det gitt støtte til seks vaktapotek og ti distriktsapotek.

Fraktrefusjon av legemidler

Fraktrefusjonsordningen dekker 100 pst. av fraktkostnadene for legemidler til pasienter med særskilt behov for hyppig og kostbar forsendelse av legemidler som det ytes full stønad til uten egen-

andel etter blåreseptforskriften, og spesialproduserte legemidler med kort holdbarhet. Legemidler forskrevet på h-resept og andre legemidler hvor helseforetakene har finansieringsansvar dekkes ikke av ordningen.

Regionale legemiddelinformasjonssentra, RELIS

RELIS-sentrene driftes av de fire regionale helseforetakene. RELIS skal gjennom generell og individuell veiledning i legemiddelspørsmål bidra til riktigere bruk av legemidler. RELIS skal også understøtte Direktoratet for medisinske produkters arbeid med sikkerhetsoppfølging av legemidler gjennom saksbehandling av bivirkningsmeldinger fra helsepersonell og samarbeid med relevante fagmiljøer i regionene, herunder lokale og regionale legemiddelkomiteer, sykehusavdelinger, kvalitetsavdelinger og sykehusapotek/kliniske farmasøyter.

Veterinærmedisinsk legemiddelinformasjonssenter, VETLIS

Veterinærmedisinsk legemiddelinformasjonssenter, VETLIS, er finansiert gjennom en tilskuddsordning forvaltet av Direktoratet for medisinske produkter og er lokalisert ved NMBU Veterinærhøgskolen i Ås. VETLIS har en landsdekkende funksjon og formidler produsentnøytral informasjon om bruk av legemidler til dyr. Riktig legemiddelbruk er viktig for å ivareta dyrehelsen, mattryggheten og for å forebygge antibiotikaresistens. VETLIS utarbeider og evaluerer også statistikk over forbruket av antibakterielle midler i veterinærmedisinen.

Kap. 5572 Sektoravgifter under Helse- og omsorgsdepartementet

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2024	Saldert budsjett 2025	Forslag 2026
70	Legemiddeldetaljistavgift	107 218	75 985	75 985
72	Avgift utsalgssteder utenom apotek	3 601	3 000	3 000
73	Legemiddelleverandøravgift	271 341	240 000	240 000
74	Tilsynsavgift		3 770	3 770
75	Sektoravgift tobakk	11 186	18 952	18 952
	Sum kap. 5572	393 346	341 707	341 707

Post 70 Legemiddeldetaljistavgift

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 Direktoratet for medisinske produkter, jf. Ot.prp. nr. 61 (2000–2001) og St.prp. nr. 1 (2000–2001).

Post 72 Avgift utsalgssteder utenom apotek

Avgiften kreves inn som en prosentvis avgift basert på grossistenes omsetning til utsalgssteder for legemidler utenom apotek (LUA-ordningen), jf. legemiddelloven § 16. Inntektene skal dekke Direktoratet for medisinske produkters kostnader knyttet til administrasjon av ordningen, samt Mattilsynets kostnader til tilsyn.

Post 73 Legemiddelleverandøravgift

Avgiften legges på legemiddelprodusentenes omsetning, jf. legemiddelloven § 10 og legemiddelforskriften § 15-3 fjerde ledd. Avgiften skal finansiere myndighetenes utgifter til kvalitetskontroll, overvåking av bivirkninger, informasjon om legemidler, regulatorisk og vitenskapelig veiledning, metodevurderinger, tilsyn med legemiddelreklame og fastsettelse av pris på legemidler. Avgiften skal også dekke myndighetenes utgifter ved deltakelse i vitenskapelige komiteer og faste grupper i EU/EØS-samarbeidet, kvalitetssikring og utstedelse av dokumenter knyttet til markedsføringstillatelser og markedsføring i Norge som ikke dekkes av gebyr eller oppdragsinntekt.

Post 74 Tilsynsavgift

Det foreslås å videreføre 3,8 mill. kroner i inntektskrav som skal belastes aktører som har registrert e-sigaretter for innførsel og salg i Norge. Inntektene skal dekke tilsynsmyndighetens kostnader, jf. omtale under kap. 714, post 22. Systemet er under utarbeidelse, og det er derfor usikkerhet knyttet til størrelsen på kostnadene. Departementet vil ev. komme tilbake med reviderte estimater ifb. revidert nasjonalbudsjett for 2026.

Post 75 Sektoravgift tobakk

Det foreslås å videreføre 18,9 mill. kroner i inntektskrav som skal belastes bevillingshavere for import, eksport og produksjon av tobakksvarer. Inntekten skal dekke Helsedirektoratets kostnader til drift av registreringsordningen for tobakkssalg, bevillingsordningen for import, eksport og produksjon av tobakksvarer samt nytt system for sporing og sikkerhetsmerking av tobakksvarer. Deler av systemene er fortsatt under utarbeidelse og det er derfor usikkerhet knyttet til størrelsen på kostnadene. Departementet vil ev. komme tilbake med reviderte estimater ifb. revidert nasjonalbudsjett for 2026.

Kap. 5631 Aksjer i AS Vinmonopolet

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2024	Saldert budsjett 2025	Forslag 2026
85	Statens overskuddsandel	151 819	79 500	
86	Utbytte		2	2
	Sum kap. 5631	151 819	79 502	2

Vinmonopolet er organisert som et særlovselskap etter lov 19. juni 1931 om Aksjeselskapet Vinmonopolet, og har enerett til detaljsalg av alkoholholdig drikk som inneholder over 4,7 volumprosent alkohol.

Vinmonopolet skal sikre ansvarlig salg av alkoholholdig drikk slik at skadevirkningene av alkohol for den enkelte og for samfunnet begrenses. Vinmonopolet skal innrette sin virksomhet i tråd med alkoholpolitiske målsettinger og i samsvar med vinmonopolloven og alkoholloven. Vinmonopolet er underlagt alkoholreklameforbudet, de har ingen salgskampanjer og oppfordrer ikke til mersalg i noen kanaler.

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 som motiverende for salg. Det er omfattende dokumentasjon gjennom nasjonal og internasjonal forskning for at statlige detaljsalgsmonopoler er effektive når det gjelder å forebygge alkoholrelaterte skader og problemer. For å sikre fortsatt oppslutning og legitimitet i befolkningen, er det viktig at Vinmonopolet utvikler seg i takt med samfunnets forventninger og behov.

Ansvarlig salg av alkohol er Vinmonopolet viktigste oppgave. Vinmonopolet ber alle kunder under 25 år om å vise legitimasjon. I 2024 spurte Vinmonopolets ansatte 96,7 pst. av kundene under 25 år om legitimasjon, ifølge interne målinger. Det har de siste årene vært en økning i antall kunder som blir avvist på grunn av manglende gyldig legitimasjon. I mars 2024 lanserte Vinmonopolet, etter tett samarbeid om løsningen med BankID og Posten, en trygg og brukervennlig løsning for digital ID, og det forventes at avvisninger pga. alder vil reduseres når flere tar denne løsningen i bruk.

Antall avviste kjøp på grunn av mistanke om langing var på samme nivå i 2024 som i 2023 (rundt 2000 tilfeller), til tross for at det var om lag 600 000 færre kunder i 2024. Antall avviste kjøp som følge av ruspåvirkning i 2024 var omtrent det samme som i 2023 (i overkant av 4 200 tilfeller). Selskapet har de siste årene forbedret de interne rutinene og satt i gang opplæringsprogrammer for å gjøre de butikkansatte tryggere i slike situasjoner.

Vinmonopolet solgte 92,1 mill. liter i 2024, en nedgang på 3,7 pst. sammenlignet med 2023. Det

ble solgt 74 mill. liter svakvin i 2024 mot 77 mill. liter i 2023. Salget av brennevin og brennevinsbaserte drikker ble redusert til 12,3 mill. liter i 2024 fra 12,9 liter i 2023. Salget av sterkvin ble redusert fra 510 000 liter i 2023 til 506 000 liter i 2024. Salget av øl økte fra 3,5 mill. liter i 2023 til 3,7 mill. liter i 2024. Salget av alkoholfrie drikker økte fra 1,1 mill. liter i 2023 til 1,3 mill. liter i 2024.

Vinmonopolets salgsinntekter i 2024 var 18 646 mill. kroner eks. mva., hvorav 8 693 mill. kroner utgjør alkoholavgifter. Salgsinntektene gikk ned med 60 mill. kroner fra 2023 på grunn av et lavere salgsvolum. Selskapet ser en gradvis tilbakevending til salgsnivåene slik det var før pandemien. Driftsresultatet for 2024 ble 149 mill. kroner, mens resultatet før skatt endte på 233 mill. kroner. Endringene skyldes primært lavere salgsvolum kombinert med høy pris- og lønnsvekst i kostnadsbasen. Statens overskuddsandel utgjorde 92 mill. kroner i 2024. Resterende andel av overskuddet tilsvarende 92 mill. kroner er tilført egenkapitalen.

Forbrukerne skal sikres mest mulig lik tilgjengelighet til Vinmonopolet i hele landet. Ved utgangen av 2024 hadde selskapet 351 utsalg. Det ble åpnet fire nye butikker i 2024. 97 pst. av befolkningen bor i en kommune med vinmonopolbutikk eller mindre enn 30 km fra nærmeste vinmonopolbutikk. Vinmonopolets butikker er inndelt i seks kategorier, og utvalget i hver butikk varierer fra om lag 300 produkter i de minste butikkene til over 4000 produkter i de største. Hele vareutvalget, om lag 40 000 produkter, er tilgjengelig for bestilling og henting på hvilken som helst vinmonopolbutikk. Netthandel utgjør om lag 5 pst. av Vinmonopolets totale salg.

Datterselskapet Nordpolet AS på Svalbard hadde i 2024 et resultat på 5,9 mill. kroner. Hele årsresultatet ble tilbakeført til lokalsamfunnet på Svalbard gjennom Longyearbyen lokalstyre.

Post 85 Statens overskuddsandel

Statens andel av driftsoverskuddet i Vinmonopolet er for 2025 fastsatt til 50 pst. av resultatet i 2024 etter skatt. I 2024 ble overskuddsandelen 92 mill. kroner.

Endringene i den offentlige pensjonsordningen (AFP), vedtatt i 2024, vil gi en negativ effekt i Vinmonopolets resultatregnskap for 2025. Som følge av engangseffekten (planendring) av endringen i pensjonsordningene, vil Vinmonopolet i 2025 levere et betydelig underskudd. I Vinmonopolets budsjett for 2025 er det budsjettert med et resultat før skatt på -373 mill. kroner for budsjettåret 2025. Det negative resultatet skyldes endringer i pensjonsordningene – innføring av livsvarig AFP – som medfører en engangskostnad (planendring) i 2025 på om lag 470 mill. kroner og varig økte årlige pensjonskostnader på om lag 150 mill. kroner. I budsjettet for 2025 er det også lagt inn en avansejustering fra 1. mai 2025 med forventet økt avanse på 120 mill. kroner i 2025. Selskapet har betydelig egenkapital og forutsetningen om fortsatt drift er oppfylt.

Vinmonopolets overskuddsandel reguleres av alkoholloven § 7-2 som lyder: «I forbindelse med statsbudsjettet fastsetter Stortinget hvert år en andel av AS Vinmonopolets netto-overskudd som overføres til statskassen.» Vinmonopolets resultat i 2025 vil være negativt, og det er derfor iht. alkoholloven § 7-2 ikke grunnlag for utdeling av overskuddsandel. For 2026 foreslås det at statens andel av driftsoverskuddet til AS Vinmonopolet fastsettes til kroner null.

På grunn av økte kostnader og forventninger om redusert salg, vil Vinmonopolet gjennomføre tiltak for å opprettholde lønnsomhet fremover i tid slik at det igjen er grunnlag for å overføre en andel av netto-overskuddet til staten.

Post 86 Utbytte

Vinmonopolets aksjekapital utgjorde 50 000 kroner ved utgangen av 2024. Utbyttet er i vinmonopolloven fastsatt til 5 pst. av aksjekapitalen og utgjør 2 500 kroner.

Programkategori 10.30 Spesialisthelsetjenesten

Utgifter under programkategori 10.30 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)

Kap.	Betegnelse	Regnskap 2024	Saldert budsjett 2025	Forslag 2026	Endring i pst.
732	Regionale helseforetak	217 316 690	228 636 830	237 123 786	3,7
733	Habilitering og rehabilitering	123 042	130 004	131 299	1,0
734	Særskilte tilskudd til psykisk helse og rustiltak	571 041	673 228	785 101	16,6
737	Historiske pensjonskostnader	83 518	115 000	81 844	-28,8
	Sum kategori 10.30	218 094 291	229 555 062	238 122 030	3,7

Utgifter under programkategori 10.30 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)

Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2024	Saldert budsjett 2025	Forslag 2026	Endring i pst.
01–29	Statens egne driftsutgifter	204 567	147 212	173 823	18,1
50–89	Overføringer til andre	217 889 724	229 407 850	237 948 207	3,7
	Sum kategori 10.30	218 094 291	229 555 062	238 122 030	3,7

Vesentlige endringsforslag er omtalt under hvert budsjettkapittel.

Spesialisthelsetjenesten skal sørge for diagnostikk, behandling og oppfølging av pasienter med akutte, alvorlige og kroniske sykdommer, skader og helseplager. I tillegg til pasientbehandling, har regionale helseforetak ansvar for utdanning av helsepersonell, forskning og opplæring av pasienter og pårørende. Innovasjon og samarbeid med næringslivet, universiteter og høyskoler er viktig for å understøtte tjenesteutvikling. De fire regionale helseforetakene har ansvar for å tilby befolkningen i sin region nødvendige spesialisthelsetjenester (sørge for-ansvaret). De fire regionale helseforetakene skal planlegge, organisere, styre og samordne virksomhetene i de helseforetakene de eier. Sørge-for-ansvaret ivaretas gjennom den offentlige helsetjenesten, driftsavtaler med ideelle institusjoner og kjøp av tjenester fra andre private kommersielle og ideelle aktører.

De regionale helseforetakene skal samarbeide med kommunene om å tilby tjenester. Det er opprettet 19 helsefellesskap mellom helseforetak og kommuner for å skape en mer sammenhengende helse- og omsorgstjeneste. Videre er det et mål å skape mer utadvendte sykehus. Det innebærer for eksempel at spesialister fra store sykehus bistår spesialister på mindre sykehus nærmere pasienten, at spesialister fra sykehus samarbeider med kommunal helse- og omsorgstjeneste og at pasienter i større grad møter spesialisthelsetjenesten hjemme, digitalt eller ved ambulante tjenester.

En sentral målsetting med helseforetaksmodellen er å sikre helhetlig styring av spesialisthelsetjenesten og god ressursutnyttelse for å drifte og videreutvikle gode spesialisthelsetjenester. Det

forutsettes at drift og videreutvikling skjer i tråd med den nasjonale helsepolitikken, innenfor lover og forskrifter og de økonomiske rammene som stilles til disposisjon. Det helsepolitiske oppdraget samt tildeling av midler, skjer gjennom oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene. Gjennom foretaksmøter settes styringskrav på økonomi- og organisasjonsområdet. Departementet holder seg orientert om foretakenes virksomhet og om foretakene drives i samsvar med mål og krav gjennom årlig melding, årsregnskap og årsberetning, samt gjennom rapportering med tilhørende oppfølgingsmøter.

Boks 4.1 Helse Sør-Øst RHF

- Etablert i 2007, som følge av sammenslåing av Helse Sør RHF (etablert 2002) og Helse Øst RHF (etablert 2002)
- Ansvar for befolkningen i Østfold, Akershus, Oslo, Innlandet, Buskerud, Vestfold, Telemark og Agder (om lag 3,1 mill. innbyggere)
- Består av 11 helseforetak: Akershus universitetssykehus HF, Oslo universitetssykehus HF, Sykehuset Østfold HF, Sykehuset Innlandet HF, Vestre Viken HF, Sykehuset i Vestfold HF, Sykehuset Telemark HF, Sørlandet sykehus HF, Sunnaas sykehus HF, Sykehusapotekene HF og Sykehuspartner HF
- Helse Sør-Øst RHF har langsiktige avtaler med fem private ideelle sykehus: Stiftelsen Betanien Hospital Skien, Diakonhjemmet Sykehus AS, Lovisenberg Diakonale Sykehus AS, Martina Hansens hospital AS (blir en del av Vestre Viken HF 1. november 2025) og Revmatismesykehuset AS
- Kjøpte tjenester fra private aktører for om lag 11,6 mrd. kroner i 2024. Dette inkluderer kjøp fra både kommersielle og ideelle virksomheter, samt avtalespesialister.
- Antall ansatte/årsverk i 2024: 85 342/ 68 488
- Driftsinntekter i 2024: 114,8 mrd. kroner

Boks 4.2 Helse Midt-Norge RHF

- Etablert i 2002
- Ansvar for befolkningen i Møre og Romsdal og Trøndelag (om lag 0,7 mill. innbyggere)
- Består av fem helseforetak: Helse Møre og Romsdal HF, St. Olavs hospital HF, Helse Nord-Trøndelag HF, Sykehusapotekene i Midt-Norge HF og Hemit HF
- Kjøpte tjenester fra private aktører for om lag 1,4 mrd. kroner i 2024. Dette inkluderer kjøp fra både kommersielle og ideelle virksomheter, samt avtalespesialister.
- Antall ansatte/årsverk i 2024: 23 014/ 19 816
- Driftsinntekter i 2024: 30,3 mrd. kroner

Boks 4.3 Helse Vest RHF

- Etablert i 2002
- Ansvar for befolkningen i Rogaland og Vestland (om lag 1,1 mill. innbyggere)
- Består av fem helseforetak: Helse Førde HF, Helse Bergen HF, Helse Fonna HF, Helse Stavanger HF og Sjukehusapoteka Vest HF
- Helse Vest RHF har langsiktige avtaler med sju private ideelle sykehus: Haraldsplass Diakonale Sykehus AS, Haugesund Sanitetsforeningens Revmatismesykehus AS, NKS Jæren distriktspsykiatriske senter AS, Solli DPS AS, Betanien sykehus, NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus AS og Voss DPS NKS Bjørkeli AS
- Kjøpte tjenester fra private aktører for om lag 3,5 mrd. kroner i 2024. Dette inkluderer kjøp fra både kommersielle og ideelle virksomheter, samt avtalespesialister.
- Antall ansatte/årsverk i 2024: 31 353/ 24 934
- Driftsinntekter i 2024: 40,6 mrd. kroner

Boks 4.4 Helse Nord RHF

- Etablert i 2002
- Ansvar for befolkningen i Nordland, Troms og Finnmark, samt Svalbard (om lag 0,5 mill. innbyggere)
- Består av seks helseforetak: Finnmarkssykehuset HF, Universitetssykehuset Nord-Norge HF, Nordlandssykehuset HF, Helgelandssykehuset HF, Sykehusapotek Nord HF og Helse Nord IKT HF
- Kjøpte tjenester fra private aktører for om lag 1,3 mrd. kroner i 2024. Dette inkluderer kjøp fra både kommersielle og ideelle virksomheter, samt avtalespesialister.
- Antall ansatte/årsverk 2024: 19 881/15 724
- Driftsinntekter i 2024: 24,7 mrd. kroner

Kap. 732 Regionale helseforetak

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2024	Saldert budsjett 2025	Forslag 2026
21	Spesielle driftsutgifter, *kan overføres*	67 362	20 161	20 806
70	Særskilte tilskudd, *kan overføres, kan nyttes under postene 72, 73, 74 og 75*	4 009 629	2 669 897	2 137 459
71	Resultatbasert finansiering	646 145	671 631	693 123
72	Basisbevilgning Helse Sør-Øst RHF	78 014 868	88 215 193	94 780 348
73	Basisbevilgning Helse Vest RHF	27 539 909	31 097 884	33 303 002
74	Basisbevilgning Helse Midt-Norge RHF	20 442 124	22 965 665	24 581 328
75	Basisbevilgning Helse Nord RHF	17 651 877	19 508 851	20 772 493
76	Innsatsstyrt finansiering, *overslagsbevilgning*	39 118 664	32 080 562	33 523 840
77	Laboratorie- og radiologiske undersøkelser, *overslagsbevilgning*	4 660 799	4 462 863	4 767 295
78	Forskning og nasjonale kompetansetjenester	1 492 468	1 551 334	1 352 477
80	Kompensasjon for merverdiavgift, *overslagsbevilgning*	10 162 285	10 630 589	11 230 115
81	Protonsenter, *kan overføres*	212 563		
82	Investeringslån, *kan overføres*	9 711 108	6 420 200	6 992 500
83	Byggelånsrenter , *overslagsbevilgning*	1 773 889	1 874 000	651 000
86	Driftskreditter	1 813 000	6 468 000	2 318 000
	Sum kap. 732	217 316 690	228 636 830	237 123 786

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

- 3 950 mill. kroner i økt bevilgning til pensjonskostnader i helseforetakene.
- En styrking av de regionale helseforetakene med 3 416 mill. kroner sammenlignet med saldert budsjett 2025. Av dette er 194 mill. kroner et effektiviseringstiltak på administrasjon som ikke skal påvirke pasienttilbudet, og 79 mill. kroner underregulering av refusjoner innenfor offentlige laboratorie- og radiologiske undersøkelser. Fratrukket effektiviseringskrav øker bevilgningen med 3 143 mill. kroner.
- 580 mill. kroner i økt bevilgning til investeringslån til fem nye prosjekter (Østfold, Akershus universitetssykehus, Mjøssykehuset, Sunnaas og Åsgård i Tromsø).
- 175 mill. kroner i økt bevilgning knyttet til flytting av finansieringsansvar for enkelte legemidler ved Parkinsons sykdom og legemidler til forebygging av alvorlige nedre luftveisinfeksjoner forårsaket av RS-virus hos barn, til kap. 732, post 72–75, fra kap. 2751, post 70.
- 170 mill. kroner i økt anslag mva.-kompensasjon.
- 40 mill. kroner i økt rekrutterings- og samhandlingstilskudd til utprøvinger som er utpekt av regjeringen til å inngå i «Prosjekt X».
- 40 mill. kroner til helseteam tilknyttet alle barnevernsinstitusjoner.
- 36 mill. kroner i økt bevilgning knyttet til provenynøytral nedjustering av laboratorierefusjon for private laboratorier. Nedjusteringen for offentlige laboratorier skjer innenfor postene på kap. 732.
- 28 mill. kroner til kompetansehevende tiltak innen hørselsomsorgen.
- 14,4 mill. kroner i økt bevilgning knyttet til flytting av finansieringsansvar for medisinsk forbruksmateriell ved laryngektomi (strupeopererte), blødersykdom, veksthormonbehandling og nyretransplantasjon, til kap. 732, post 72–75, fra kap. 2751, post 72.
- 14 mill. kroner til videreføring av forsøksordning med økt sats for pasientovernatting i Helse Nord.
- 9,5 mill. kroner i økt bevilgning til å gjennomføre forenklede arbeidsmedisinske vurderinger av oljepionerene i forbindelse med søknader om kompensasjon.
- 4 150 mill. kroner i redusert bevilgning til driftskreditter.
- 1 223 mill. kroner i redusert bevilgning til byggelånsrenter.
- 302 mill. kroner i redusert bevilgning som følge av at egenandelen for poliklinisk helsehjelp i spesialisthelsetjenesten øker med 10 pst., og som følge av dette øker også gebyret som kan kreves fra pasienter som ikke møter til avtalt time.
- 258 mill. kroner i redusert bevilgning som følge av forslaget om å avvikle refusjon for laboratorieanalyser når analysene er rekvirert av helprivate behandlere som ikke har avtale med det offentlige fra 1. mai 2026. Det vil gjennomføres offentlig høring og gitt at kostnadsdekkende betaling innføres, vil forslaget ikke redusere sykehusenes handlingsrom.
- 9,4 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til reversering av flytting av finansieringsansvar for behandling av leppe-kjeve-ganespalte og kraniofaciale tilstander fra kap. 2711, post 72.

Finansieringsordningenes viktigste formål er å understøtte sørge for-ansvaret til de regionale helseforetakene. Finansieringen av de regionale helseforetakene er i hovedsak todelt og består av basisbevilgning (kap. 732, post 72–75) og aktivitetsbasert finansiering (kap. 732, post 76, Innsatsstyrt finansiering, kap. 732, Laboratorie- og radiologiske undersøkelser, post 77, og Kompensasjon for merverdiavgift, kap. 732, post 80). I tillegg kommer bevilgninger til avtalespesialister (kap. 2711, post 70 og 71) og private laboratorier og røntgeninstitutt (kap. 2711, post 76). Det gis også tilskudd basert på resultater (kap. 732, post 71) og tilskudd til forskning og nasjonale kompetansetjenester (kap. 732, post 78).

I årlig melding 2024 har de regionale helseforetakene rapportert hvordan de har fulgt opp oppdragsdokument og foretaksmøter. Det vises til rapportering 2024 i del III, kap. 5 Spesialisthelsetjenesten. Årlig melding inngår som en del av grunnlaget for departementets særskilte satsingsområder og budsjettforslag for 2026.

Hovedtrekk i forslaget for 2026

Det foreslås å styrke de regionale helseforetakene med 3,4 mrd. kroner sammenlignet med saldert budsjett 2025. Dette inkluderer om lag 2,9 mrd. kroner til økt aktivitet i hovedsak som følge av demografiske endringer, samt 40 mill. kroner til utprøvinger som inngår i regjeringens «Prosjekt X» og 40 mill. kroner til helseteam innen psykisk helsevern i barnevernet. Den foreslåtte økningen tar i tillegg hensyn til videreføring av høyere aktivitet i 2025 som tilsvarer om lag 0,5 mrd. kroner mer enn lagt til grunn i saldert budsjett 2025.

Spesialisthelsetjenesten pålegges et effektiviseringstiltak på administrasjon på 194 mill. kroner. Dette skal ikke påvirke pasienttilbudet. Videre underreguleres refusjoner innenfor offentlige laboratorie- og radiologiske undersøkelser med 79 mill. kroner. Fratrukket disse effektiviseringstiltakene øker driftsbevilgningen med 3,1 mrd. kroner sammenlignet med budsjett 2025.

Helsedirektoratets tall om bruk av spesialisthelsetjenester og Statistisk sentralbyrå sine befolkningsfremskrivinger tilsier merkostnader som følge av at vi blir flere og eldre på om lag 2,8 mrd. kroner i 2026. Det er lagt til grunn en forutsetning om at aktivitetsvekst i spesialisthelsetjenesten nå realiseres med en marginalkostnad på 100 pst. av gjennomsnittskostnaden, jf. Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027, begrunnet blant annet med gjeninnhenting etter flere år med 80 pst. marginalkostnad. Regjeringen vil senest i forbindelse med neste Nasjonal helse- og samhandlingsplan oppdatere forutsetningen om marginalkostnad basert på et oppdatert faglig grunnlag.

Det foreslås å avvikle refusjon for laboratorieanalyser når analysene er rekvirert av helprivate behandlere som ikke har avtale med det offentlige fra 1. mai 2026. Det vil være en offentlig høring om hvordan tiltaket gjennomføres. Tiltaket forventes å føre til en innsparing på statsbudsjettet gjennom reduserte refusjonsutgifter til sykehusene på inntil 258 mill. kroner i 2026. Gitt at kostnadsdekkende betaling innføres, vil forslaget ikke redusere sykehusenes handlingsrom.

For pasientbehandling som omfattes av ISF og for laboratorie- og radiologiske undersøkelser i helseforetakene legges det til rette for en vekst på om lag 1,4 pst. fra anslått aktivitetsnivå i 2025. ISF-andelen videreføres med 30 pst. innen somatikken i 2026. Tall for første tertial 2025 viser at pasientbehandling som omfattes av ISF i all hovedsak tilsvarer den aktivitetsveksten som saldert budsjett for 2025 la til rette for. Det har vært en høyere aktivitet innenfor offentlige laboratorier og radiologi på 527 mill. kroner sammenlignet med saldert budsjett 2025.

Det er lagt til grunn et lønns- og prisvekstanslag (deflator) på 3,2 prosent i 2026. Deflatoren i statsbudsjettet beregnes fra 2026 som et vektet gjennomsnitt av anslag for lønnsvekst og anslag for prisvekst på kjøp av varer og tjenester og bruttoinvesteringer, basert på regnskapstall fra helseforetakene slik de kommer frem i Statistisk sentralbyrå sin statistikk for offentlige finanser.

Saldert budsjett for 2025 innebar en økning i driftsbevilgningene på 5,7 mrd. kroner, fratrukket effektiviseringskrav, sammenlignet med saldert budsjett 2024.

I mai 2024 lanserte regjeringen Ventetidsløftet sammen med de regionale helseforetakene og sentrale arbeids- og arbeidstakerorganisasjoner i spesialisthelsetjenesten. Målet var å snu trenden med økende ventetider og sørge for en markant nedgang i ventetidene. Styringsmålene for 2025 er at ventetidene for påbegynt helsehjelp skal være lik eller under nivået før pandemien, det vil si i 2019. Arbeidet har gitt effekter. Fra mai av har de regionale helseforetakene oppnådd ventetider som er lik eller under nivået i 2019. I neste stortingsperiode vil det stilles som styringsmål å redusere ventetidene for påbegynt helsehjelp hvert år og redusere ventetidene til videre utredning og behandling.

For å kunne gjennomføre planlagte investeringer må de regionale helseforetakene ha økonomiske resultater i tråd med vedtatte økonomiske langtidsplaner. Dette forutsetter god styring og kontroll med den løpende driften og kapitalkostnader, samtidig som det tas hensyn til behovene for spesialisthelsetjenester i befolkningen. Helse Nord har særskilte utfordringer og må videreføre arbeidet med tiltak for å sikre at kostnadene holdes innenfor gitte rammer og som sikrer økonomiske bærekraft fremover. Det er også utfordringer i Helse Midt-Norge.

Innenfor den foreslåtte veksten i ordinære, frie driftsbevilgninger må de regionale helseforetakene dekke enkelte varige kostnadsøkninger. Økning i 20 nye studieplasser i medisin ved Universitetet i Bergen og deres sentraliserte studiemodell, Vestlandslegen, innebærer at flere skal ha veiledet praksis i spesialisthelsetjenesten under utdanning. Helse Vest må dekke disse økte praksiskostnadene innenfor gjeldende rammer. Det tas sikte på å overføre kontraktsansvaret for fristbruddordningen fra Helfo til de regionale helseforetakene. Helfos bevilgning reduseres med 8 mill. kroner knyttet til kostnadene for å forvalte dette ansvaret. De regionale helseforetakene må dekke sine kostnader innenfor gjeldende rammer.

Betalingssatsen for kommunene for utskrivningsklare pasienter prisjusteres til 6 172 kroner i 2026.

Særskilte satsingsområder 2026

Styringskrav og mål i oppdragsdokument og foretaksmøter for 2026 samles i følgende hovedområder:

– Rask tilgang til trygge helsetjenester av høy kvalitet og sammenhengende pasientforløp.

- Styrke psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.
- Kunnskapsbaserte og bærekraftige tjenester gjennom forskning, innovasjon og næringslivssamarbeid.
- Den offentlige helsetjenesten skal være fagfolkenes foretrukne arbeidsplass.
- Spesialisthelsetjenesten bidrar til samfunnssikkerhet og er forberedt på kriser.
- En bærekraftig drift og utvikling av spesialisthelsetjenesten.

Rask tilgang til trygge helsetjenester av høy kvalitet og sammenhengende pasientforløp

De regionale helseforetakene skal bidra til at alle i Norge har tilgang til helsetjenester av god kvalitet når de trenger det. Pasientene skal oppleve sammenhengende pasientforløp med trygge overganger.

Rask tilgang til helsetjenester av god kvalitet har høy prioritet. Dette gjelder både for oppstart av helsehjelpen og i pasientforløpene. I 2024 og 2025 har det som et resultat av Ventetidsløftet blitt jobbet aktivt med å redusere ventetiden for påbegynt helsehjelp. Arbeidet har lyktes. I neste stortingsperiode vil det stilles som styringsmål å redusere ventetidene for påbegynt helsehjelp hvert år og redusere ventetidene til videre utredning og behandling.

Digitale helsetjenester kan bidra til et mer tilpasset tjenestetilbud for pasientene og mer effektiv ressursbruk. Helseforetakene tar i bruk digital hjemmeoppfølging for flere pasientgrupper basert på ulike digitale verktøy for dialog og deling av data mellom pasient og behandler. De regionale helseforetakene skal i 2026 arbeide for å brede ut bruken av digital hjemmeoppfølging. Helseforetak og kommuner må samarbeide slik at digitale verktøy i hjemmet henger sammen på tvers av tjenestetilbud og omsorgsnivå

Et økende antall eldre har behov for hjelp med hørsel. Det skal jobbes videre med å redusere ventetiden for personer med behov for høreapparat. I løpet av neste fireårsperiode skal ventetiden ned til maksimalt fire måneder for tildeling av høreapparat. For å oppnå dette, settes det i verk arbeid med å styrke tilgangen til personell, vurdere regelverk og gjennomgå rutiner slik at ventetiden kan gå ned.

Det er et ledelsesansvar å legge til rette for at det er trygt for ansatte i spesialisthelsetjenesten å melde om uønskede pasienthendelser og forbedringspunkter, og at helseforetakenes system og kultur for tilbakemelding, oppfølging og læring bidrar til færre pasientskader. I 2026 skal de regionale helseforetakene videreføre sin oppfølging av rammeverk for bedre pasientsikkerhet, og rapportere status på tiltak og målene i rammeverket. Det er behov for å styrke kompetansen i pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring hos ledere. De regionale helseforetakene skal forberede implementering av ny meldeordning for alvorlige hendelser samt legge til rette for at det etableres en nasjonal oversikt samt gjennomføres analyser av alvorlige hendelser og nesten-hendelser (uønskede pasienthendelser) som grunnlag for mer læring på tvers og bedre pasientsikkerhet.

I 2026 skal de regionale helseforetakene videreføre arbeidet med drift og utvikling av systemet for Nye metoder, i tråd med regjeringens mål om rask og likeverdig tilgang til nye behandlingsmetoder, styrket tillit til beslutningsprosessene og bærekraftig ressursbruk i spesialisthelsetjenesten. Arbeidet skal bidra til å sikre at pasienter får tilgang til effektive og trygge metoder, samtidig som ressursene anvendes på en rettferdig og forsvarlig måte.

De regionale helseforetakene skal videreføre arbeidet med implementering av den nye ordningen for individuell tilgang til metoder som ikke er godkjent for hele pasientgruppen.

De regionale helseforetakene skal i 2026 utrede en modell for systematisk kunnskapsinnhenting ved vurdering av metoder med stor usikkerhet, særlig knyttet til budsjettmessige, personellmessige og organisatoriske konsekvenser.

Bruker- og klinikerrepresentasjon skal styrkes også i 2026, med tiltak som bedre kan legge til rette for reell og tidlig involvering i beslutningsprosessene. De regionale helseforetakene skal videre arbeide med å styrke personellets kompetanse om prioriteringskriterier, beslutningsprosesser og muligheter for innspill i praktisk prioriteringsarbeid.

Helsepersonell skal ha gode og brukervennlige digitale løsninger som gjør arbeidshverdagen mer effektiv og frigjør tid til pasientbehandlingen. Digitale løsninger og innføring av ny teknologi skal være personellbesparende og bidra til å redusere ventetidene i helsetjenesten, jf. Ventetidsløftet. Hovedansvaret for digitalisering er tydelig plassert hos aktørene som yter helsehjelp og regjeringen prioriterer tiltak for å styrke samhandlingen på tvers av kommuner og sykehus.

Gjennom satsingen på digital samhandling etableres tjenester som skal dekke de største behovene for samhandling mellom de ulike aktørene. Erfaringer fra utprøving av de tekniske løsningene for pasientens legemiddelliste, journaldoku-

menter, prøvesvar, kritisk informasjon og måledata viser at samhandlingstjenestene bidrar til bedre pasientbehandling og spart tid for helsepersonell. De regionale helseforetakene skal i 2026 bidra til at de nasjonale samhandlingstjenestene tas i bruk på flere områder og av flere sykehus. Utprøving og innføring av digital helsekort for gravide fortsetter i 2026. En sentral oppgave for de regionale helseforetakene er å sørge for å få på plass nødvendig støtte i fødejournalsystemene. Se også omtale under kap. 701, post 21.

Kunstig intelligens (KI) er i økende grad tatt i bruk i helse- og omsorgstjenesten, og har allerede gitt resultater i form av mer effektiv ressursbruk og kortere ventetid for pasientene. Både innenfor bildediagnostikk og journalføring sparer helsepersonell tid ved hjelp av kunstig intelligens. I 2025 har raskere spredning av pågående tiltak innenfor helsepersonellbesparende teknologier og logistikk vært hovedinnsatsområdet for de regionale helseforetakene. Helseforetakene skal legge enda bedre til rette for erfaringsutveksling og gjenbruk, og skal i 2026 fortsette å bre ut KI-tiltak som har dokumentert gevinst, for eksempel tale-til-tekst-teknologi for hjelp med journalføring. Metodevurderinger kan også være et egnet verktøy til å undersøke merverdi av de nye teknologiene, og både nasjonale og lokale metodevurderinger kan bidra til spredning av løsninger med dokumentert effekt. Meld. St. 21 (2024–2025) *Helse for alle – Rettferdig prioritering i vår felles helsetjeneste* løfter behovet for å arbeide videre med problemstillingene knyttet til innføring av kunstig intelligens, både med tanke på bærekraft og prioritering.

Styrke psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Et viktig mål for regjeringen er å øke levealderen for de med alvorlige psykiske lidelser og/eller alvorlige rusmiddelproblemer, og det er derfor lagt frem en handlingsplan som skal bidra til dette. Hele behandlingskjeden for disse gruppene skal styrkes og somatisk helse, rus og psykisk lidelse skal ses i sammenheng med følgende hovedgrep: Bedre hjelp til endring av levevaner og forebygging av somatiske sykdommer og utredning og behandling av somatiske sykdommer. De regionale helseforetakene skal følge opp planen i 2026.

Regjeringen vil styrke ruskompetansen og behandlingstilbudene for barn og unge. Med behandlingen av i Prop. 83 L (2024–2025) *Endringer i barnevernsloven mv. (kvalitetsløftet i barnevernet)* er det gitt tilslutning til å overføre ansvaret for spesialisert rusbehandling fra barnevernet til spesialisthelsetjenesten. De regionale helseforetakene har i 2025 fått i oppdrag å utarbeide og iverksette en nasjonal plan for utbygging av tjenestetilbudet for barn og unge med rusmiddelproblemer.

De regionale helseforetakene skal lage planer for hvordan døgnkapasiteten i psykisk helsevern skal utvikles i tråd med gjeldende fremskrivningsmodell, som tilsvarer omtrent 430 plasser. I tråd med fremskrivningene er det behov for å styrke polikliniske, ambulante og digitale tjenester for ulike grupper i årene fremover. Oppfølging av fremskrivningsmodellen vil bidra til å redusere uønsket geografisk variasjon og styrke behandlingstilbudet til pasientgrupper med økt behov for behandling i spesialisthelsetjenesten fremover.

De regionale helseforetakene skal i 2026 fortsette oppfølging av overordnet plan for sikkerhetspsykiatri og øvrige tiltak for dømte til behandling, samt rapport om interregionale problemstillinger. Herunder skal regionene fortsette etablering av sikkerhetsboliger, overgangsboliger og ambulante sikkerhetsteam, samt etablere regionale tilbud om sikkerhetspsykiatriske plasser og ambulante team for barn og unge under 18 år. De regionale helseforetakene skal vurdere hvordan døgnbehandling kan innrettes på en best mulig måte på bakgrunn av fremskrivninger og annen kunnskap. FACT og FACT-ung bør tilbys der det er befolkningsmessig grunnlag for det.

De regionale helseforetakene skal videreføre arbeidet med å synliggjøre, systematisere og få opp bruken av digitale selvhjelps- og behandlingstilbud både før, under, mellom og etter behandling for å gi trygghet til pasienter og pårørende fra de oppsøker hjelp til de er trygt tilbake igjen. De regionale helseforetakene skal vurdere om det er behov for å utvikle mer kostnadseffektive måter å organisere tilbudet på i spesialisthelsetjenesten, herunder på tvers av foretak. Det skal i samarbeid med Helsedirektoratet vurderes om det er hensiktsmessig å etablere behandlingstilbud på tvers av kommune og spesialisthelsetjeneste. Målet er at flere skal kunne få kunnskapsbasert informasjon, hjelp og behandling raskere og at de samlede ressursene i tjenestene brukes mer effektivt.

Helsesatsingen i barnevernet skal videreføres og styrkes, og barn i barnevernet skal få bedre tilgang til helsehjelp. Implementering av Nasjonalt forløp for barnevern vil fortsette. Etter tilslutning til forslag i Prop. 83 L (2024–2025), vil det bli innført en ny modell for tverrfaglig kartlegging av barn som flytter ut av hjemmet i regi av barnevernet og som vil erstatte dagens sakkyndigordning.

I ny modell vil helsekartlegging inngå i det ordinære tjenestetilbudet, med mer sømløs overgang fra kartlegging til helsehjelp. De regionale helseforetakene vil få i oppdrag å få på plass den nærmere innretning, organisering og innhold av den helsefaglige delen av kartleggingen. De regionale helseforetakene følger opp oppdrag om å planlegge for at alle barnevernsinstitusjoner er tilknyttet et ambulant team. Det er behov for å styrke arbeidet med å få slike tilbud på plass rettet mot barn på alle barnevernsinstitusjoner. De regionale helseforetakene følger også opp oppdrag om å utarbeide og iverksette en nasjonal plan for utbygging av tjenestetilbudet for barn og unge med rusmiddelproblemer.

Kunnskapsbaserte og bærekraftige tjenester gjennom forskning, innovasjon og næringslivssamarbeid

Klinisk forskning skal være en integrert del av pasientbehandlingen. De regionale helseforetakene deltar med innspill til departementets arbeid med å videreføre Nasjonal handlingsplan for kliniske studier 2021–2025 og skal bidra i oppfølgingen av den reviderte planen. Det skal legges vekt på gjennomføring av nasjonale fellesløsninger for kliniske studier, slik som løsning for dynamisk samtykke til kliniske studier og sanntidsoversikt over kliniske studier, samt ordning for at forskningsstøttetjenestene i spesialisthelsetjenesten kan gjøres tilgjengelig for kliniske studier i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. De regionale helseforetakene skal i 2026 evaluere sentrale infrastrukturer for klinisk forskning som NorTrials og program for klinisk behandlingsforskning. Videre skal de regionale helseforetakene jobbe med en helhetlig tilnærming til hvordan eksisterende nasjonale nettverksstrukturer for klinisk forskning som er positivt evaluert kan videreføres. De regionale helseforetakene skal legge til rette for at resultater fra klinisk forskning tas i bruk i klinisk praksis.

Det er behov for nasjonal samordning av helseforetakenes personvernvurderinger av forskningsprosjekter for å sikre at like saker behandles likt. De regionale helseforetakene skal følge opp arbeidet fra 2025 om et samarbeid om felles personverntjenester for forskning i spesialisthelsetjenesten, jf. oppdragsdokument for 2025.

NorTrials og Pilot Helse er viktige virkemidler for offentlig-privat samarbeid om forskning og innovasjon. De regionale helseforetakene skal, basert på erfaringene fra prøverapportering i 2025, legge til rette for at helseforetakene rapporterer på ny indikator for innovasjonsaktivitet i helseforetakene. Utprøving, implementering og spredning av innovative arbeidsprosesser og løsninger i samarbeid med helsenæringen bidrar til bedre tjenester, kortere ventetider og bedre bruk av personellets tid og kompetanse. Sykehusene har en viktig rolle i å understøtte målene i regjeringens eksportsatsning innenfor helse som test- og utprøvingsarena, utviklingspartner og markedsaktør. Det er et mål å øke helseforetakenes deltakelse i det europeiske rammeprogrammet for forskning, Horisont Europa. De regionale helseforetakene skal legge til rette for økt bruk av data fra de medisinske kvalitetsregistrene til forskning og analyse gjennom Helsedataservice og tjenestene på helsedata.no.

Bedre bruk av helsedata er viktig for å unngå uønsket variasjon og for kunnskapsutvikling gjennom forskning og innovasjon. De regionale helseforetakene deltar i arbeid med å avklare kodeverk, terminologi og standarder for helseopplysninger. Dette bidrar til blant annet automatisk datafangst til registre, økt bruk av helsedata til forskning, og tilrettelegger for bedre bruk av helsedata i europeisk sammenheng. I 2026 skal helseforetakene bidra i forberedelsene til helsedataforordningen og det europeiske helsedataområdet. Forordningen skal gi innbygger økt kontroll over egne helsedata og tilrettelegge forbedring av helsetjenesten, forskning og innovasjon ved bedre bruk av helsedata. De regionale helseforetakene deltar arbeidet med å etablere en nasjonal infrastruktur for sensitive data i samarbeid med UiO, UiB og NTNU, og i 2026 skal de regionale helseforetakene delta i styringsgruppen for modellen.

Bruk av innovative arbeidsprosesser og løsninger i samarbeid med helsenæringen bidrar til bedre tjenester, kortere ventetider og bedre bruk av personellets tid og kompetanse. De regionale helseforetakene har i 2025 intensivert arbeidet med å implementere effektive løsninger innen KI og IKT. Det er et mål å tilrettelegge for erfaringsutveksling innad og mellom regionene slik at pågående tiltak kan gjenbrukes og spres raskere. Valideringsprosesser skal ikke måtte gjentas. Sykehusene har en viktig rolle for å stimulere til innovasjon og økt samarbeid med helsenæringen, i tråd med veikart for helsenæring og eksportfremmesatsingen på helsenæringen.

Den offentlige helsetjenesten skal være fagfolkenes foretrukne arbeidsplass

Regjeringen er opptatt av å styrke arbeidet som sikrer et godt og trygt arbeidsliv, også for spesialisthelsetjenestens mange ansatte. Å rekruttere,

beholde og utvikle personell i den offentlige spesialisthelsetjenesten er et høyt prioritert område. De regionale helseforetakene skal følge opp de tre særskilte innsatsområdene som ble løftet frem i Nasjonal helse- og samhandlingsplan: i) arbeidsmiljø og arbeidsvilkår; ii) hensiktsmessig oppgavedeling og effektiv organisering av arbeidsprosesser; og iii) rekruttering, kvalifisering og kompetanseutvikling.

De regionale helseforetakene skal også i 2026 arbeide aktivt med god ivaretakelse av medarbeiderne på alle nivåer og i alle faggrupper. Spesialisthelsetjenesten skal være preget av åpenhet, samarbeid og tillit. Arbeidet for å fremme faste, hele stillinger skal videreføres i 2026. Det vises også til krav som er stilt om utprøving av økt fleksibilitet i arbeidstidsordninger. Det er også stilt krav om å redusere sykefraværet og det er behov for å fortsette og forsterke denne innsatsen. Dette er sentrale tiltak som kan bidra til å bedre tilgjengeligheten på arbeidskraft og redusere innleie.

Hensiktsmessig oppgavedeling skal bidra til god ressursutnyttelse og effektive arbeidsprosesser i vår felles helsetjeneste. Partene har gitt tilslutning til premisser for hensiktsmessig oppgavedeling i Ventetidsløftet og de regionale helseforetakene skal sørge for at disse premissene legges til grunn for det pågående arbeidet. Arbeidet med å kartlegge muligheter for kombinerte stillinger i samarbeid mellom helseforetak og kommuner skal fortsette i 2026, særlig innen svangerskap-, føde- og barselomsorgen og psykisk helse med formål å bidra til bedre bruk av de samlede ressursene og fremme kvaliteten i tjenesteytingen.

De regionale helseforetakene skal ivareta behovet for bredde- og generalistkompetanse i alle faggrupper, herunder også i LIS1-stillinger og i breddespesialiteter som generell kirurgi og indremedisin. Det er nødvendig for å gi god behandling til pasienter med sammensatte tilstander og for å opprettholde et desentralisert tjenestetilbud over hele landet. De regionale helseforetakene skal fortsatt legge til rette for praksisplasser og lærlingestillinger i grunn- og videreutdanninger, samt legge til rette for å bedre rekrutteringen av fagarbeidere til spesialisthelsetjenesten. Behovet for utdanningsstillinger for sykepleiere innenfor anestesi-, barn-, intensiv-, operasjon- og kreftsykepleie (ABIOK) og jordmødre skal ivaretas. Det bør legges til rette for at ti prosent av utdanningsstillingene lyses ut som stillinger som dekker et fullverdig masterløp. De regionale helseforetakene skal også bidra til å utvikle mer robuste fremskrivningsmodeller for personell og i 2026 videreutvikle den årlige felles rapporten om personell, kompetanseutvikling og utdanning.

Spesialisthelsetjenesten bidrar til samfunnssikkerhet og er forberedt på kriser

Arbeid med sikkerhet og beredskap er en viktig del av helseforetakenes oppgaver. Den sikkerhetspolitiske situasjonen og trusselbildet er i endring og det er viktig å prioritere beredskapsarbeid og motstandsdyktighet mot sikkerhetstruende hendelser og kriser, samt angrep mot IKT-systemene i helseforetakene. De regionale helseforetakene skal i 2026 kartlegge militært behov for sivil støtte og da kartlegge relevante beredskapskapasiteter og -behov i spesialisthelsetjenesten, klargjøre rollefordeling og logistikkbehov mellom sykehusene i den enkelte helseregion og behovet for samarbeid på tvers av helseregionene.

Sykehusene skal ha en intensivkapasitet som takler naturlige variasjoner og en beredskap som gjør at sykehusene ved større kriser raskt kan skalere opp intensivkapasiteten. I denne sammenheng er fleksibilitet og omdisponering av personell, inkludert øvelser og kompetanse, viktig. Arbeidet med samfunnsansvar, herunder klima- og miljø, er en viktig del av virksomheten til helseforetakene. De regionale helseforetakene har vedtatt ambisiøse klima- og miljømål for spesialisthelsetjenesten, som er viktig at blir fulgt opp.

En bærekraftig drift og utvikling av spesialisthelsetjenesten

Styrene i de regionale helseforetakene har ansvar for at virksomhetene drives innenfor de rammene som er stilt til disposisjon. Både daglig drift og behovet for langsiktig utvikling og investeringer skal ivaretas innenfor rammen. Budsjettene fastsettes av styrene innenfor gitte rammer. Måloppnåelsen vil avhenge av faktisk utvikling i driften, aktiviteten i sykehusene og faktorer som pris- og lønnsutvikling mv. Styring og kontroll med ressursbruken av avgjørende for å kunne gjøre de riktige faglige prioriteringene og sikre god kvalitet i pasientbehandlingen. De regionale helseforetakene må sørge for effektiv ressursutnyttelse og god økonomistyring, slik at sørge for-ansvaret oppfylles og det legges til rette for en bærekraftig utvikling over tid.

Det er stor investeringsaktivitet i helseforetakene med mange store utbygginger som har blitt gjennomført de siste årene og som er under gjennomføring og planlegging. Utbyggingene skal

legge til rette for at sykehusene kan ivareta sitt sørge for-ansvar over tid.

Det er i budsjettet foreslått et effektiviseringskrav på 194 mill. kroner på administrasjon i spesialisthelsetjenesten, som ikke skal påvirke pasienttilbudet. I forbindelse med dette kravet vil det etableres et prosjekt for forenkling og forbedring i forvaltningen av helsetjenestene, slik at ressurser kan flyttes til økt tjenesteyting i førstelinjen.

Anmodningsvedtak

Psykisk helsetilbud i Longyearbyen

Vedtak nr. 46, 21. november 2024

> *«Stortinget ber regjeringen utrede hvilke tiltak som kan innføres for å styrke det psykiske helsetilbudet i Longyearbyen.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med behandling av Meld. St. 26 (2023–2024) *Svalbard*. Det er Helse Nord RHF og Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) som har ansvar for å vurdere stedlige forhold på Svalbard. Helse- og omsorgsdepartementet har gitt Helse Nord RHF i oppdrag i supplerende oppdragsdokument for 2025 å redegjøre for tilbudet til mennesker som oppholder seg på Svalbard og som har behov for psykisk helsehjelp, og om dette vurderes som tilstrekkelig opp mot registrerte behov for slik hjelp. Utredningen er satt i gang. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Oppfølging etter avslag på abortsøknad

Vedtak nr. 71, 3. desember 2024

> *«Stortinget ber regjeringen sikre at kvinner som får avslag på sin abortsøknad i nemnd, får oppfølging.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med behandlingen av Prop. 117 L (2023–2024) *Lov om abort (abortloven)*, jf. Innst. 60 L (2024–2025), Lovvedtak 10 (2024–2025).

Oslo universitetssykehus har en rolle i å koordinere møter og ha kontakt med kvinnen som skal søke til Nasjonal klagenemnd for abort. Klagenemnda er et forvaltningsorgan og ikke et helsetilbud. Nemnda informerer henvisende sykehus om avslaget. Nemnda kan gi informasjon om behov for oppfølging.

Henvisende sykehus kan gi støtte etter et avslag i klagenemnda, i likhet med kvinnens fastlege. Det er også mulig å henvise til Amathea, som er en gratis, landsdekkende tjeneste. Amathea har lang erfaring med å støtte kvinner emosjonelt og praktisk i en abortsøknad og videre prosess, og være en støtteperson hvis kvinnen ønsker det i møte med nemnda. Amathea kan også gi råd og støtte etter avslag i klagenemnda. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Analyse av fordeler og ulemper ved Helseplattformen

Vedtak nr. 468, 18. februar 2025

> *«Stortinget ber regjeringen sørge for åpne og uavhengige økonomiske, samfunnsmessige, kvalitetsmessige og juridiske analyser av fordeler og ulemper for sykehus, kommuner, fastleger og pasienter ved journal- og samhandlingsløsningen Helseplattformen. Analysene må se hen til alternativer med videreføring og forbedring eller løsninger basert på eksisterende alternativer i markedet.*
>
> *Stortinget orienteres senest i forbindelse med behandlingen av statsbudsjettet for 2026.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med behandlingen av Dokument 8:17 S (2024–2025), jf. Innst. 134 S (2024–2025). Helseplattformen er en ny journal- og samhandlingsløsning for kommuner og spesialisthelsetjeneste i Midt-Norge som er innført fra 2022. Helse- og omsorgsdepartementet har inngått avtale med et eksternt analyseselskap om å gjennomføre en analyse. Formålet med analysen er å utarbeide et faktabasert kunnskapsgrunnlag. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget om resultatene fra analysen. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Plan for oppfølging av Dokument 3:3 (2024–2025)

Vedtak nr. 469, 18. februar 2025

> *«Stortinget ber regjeringen holde Stortinget orientert om regjeringens plan for hvordan den skal følge opp Riksrevisjonens anbefalinger fra Dokument 3:3 (2024–2025).»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med behandlingen av Dokument 8:17 S (2024–2025), jf. Innst. 134 S (2024–2025). Helse- og omsorgsdepartementet har fulgt opp anmodningsvedtaket i oppdragsdokumentet til Helse Midt-Norge RHF for 2025. Helse Midt-Norge RHF har fått i oppdrag å følge opp Riksrevisjonens hovedfunn, vurderinger

og anbefalinger. Helsedirektoratet har tildelingsbrevet for 2024 og 2025 fått i oppdrag å innhente og dele læringspunkter fra Helseplattformen, og i arbeidet se hen til Riksrevisjonens undersøkelse av Helseplattformen. Helsedirektoratet har identifisert og kategorisert læringspunkter og drøftet disse i dialog med Helseplattformen. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Styrke innsatsen overfor mennesker med ROP-lidelser

Vedtak nr. 504, 18. mars 2025

> *«Stortinget ber regjeringen styrke innsatsen overfor mennesker med ROP-lidelser ved å etablere tverrfaglige behandlingsplasser for denne gruppen i alle helseregioner.»*

Vedtaket ble truffet ved behandling av Meld. St. 5 (2024–2025) *Trygghet, fellesskap og verdighet*, jf. Innst. 155 S (2024–2025). Helse- og omsorgsdepartementet har gitt de regionale helseforetakene i oppdrag å styrke innsatsen overfor mennesker med ROP-lidelser i supplerende oppdragsdokument 2025. Det er vist til anmodningsvedtaket og presisert at det skal være tverrfaglige behandlingsplasser for denne gruppen i alle helseregioner. Det vises for øvrig til de regionale helseforetakenes egne fremskrivninger. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Avslag grunnet rusmiddelproblemer

Vedtak nr. 505, 18. mars 2025

> *«Stortinget ber regjeringen sikre, gjennom tydelige føringer til alle helseregioner, at rusproblemer alene ikke kan være en grunn for avslag til behandling i psykisk helsevern. Dette gjelder også for barn.»*

Vedtaket ble truffet ved behandling av Meld. St. 5 (2024–2025) *Trygghet, fellesskap og verdighet*, jf. Innst. 155 S (2024–2025). Helse- og omsorgsdepartementet har gitt tydelige føringer til alle helseregioner i supplerende oppdragsdokument for 2025. De regionale helseforetakene er bedt om å sikre at inntaksvurderinger i psykisk helsevern gjøres i tråd med gjeldende prioriteringsveiledere fra Helsedirektoratet og at rusmiddelproblemer alene ikke er grunn for avslag til behandling i psykisk helsevern. Dette gjelder også for barn og unge. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Revidere nasjonale retningslinjer og veiledere for ADHD

Vedtak nr. 506, 18. mars 2025

> *«Stortinget ber regjeringen gå gjennom og revidere nasjonale retningslinjer og veiledere for ADHD-utredning, medisiner og rusbruk.»*

Vedtaket ble truffet ved behandling av Meld. St. 5 (2024–2025) *Trygghet, fellesskap og verdighet*, jf. Innst. 155 S (2024–2025). Helsedirektoratet har våren 2025 startet med et omfattende innsiktsarbeid om ADHD og satt ut oppdrag om en kunnskapsoppsummering som grunnlag for å revidere de nasjonale faglige retningslinjene. Problemstillinger knyttet til medisiner og rusbruk inngår i arbeidet. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Arbeid, sosial inkludering og ettervern som integrert del av rusbehandlingen

Vedtak nr. 507, 18. mars 2025

> *«Stortinget ber regjeringen prioritere økt satsing på arbeid, sosial inkludering og ettervern som en integrert del av rusbehandlingen, for å styrke mulighetene for varig bedring og sosial deltakelse for personer som har gjennomgått rusbehandling.»*

Vedtaket ble truffet ved behandling av Meld. St. 5 (2024–2025) *Trygghet, fellesskap og verdighet*, jf. Innst. 155 S (2024–2025). Tiltak som bidrar til bedre fungering sosialt, i arbeidslivet og på skolen for den enkelte, kan være en viktig del av ettervernet. I tilleggsdokument etter Stortingets behandling av Prop. 104 S (2023–2024) fikk de regionale helseforetakene i oppdrag å utvikle en tjeneste med integrert ettervern. Helse Sør-Øst RHF har etablert en nasjonal arbeidsgruppe som i sin rapport vil definere begrepet integrert ettervern og beskrive målgruppe for ettervernet. Videre vil rapporten beskrive ansvaret til hhv. spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten og mulige tiltak som vil kunne inngå i det integrerte ettervernet.

Rusbehandlingsutvalget som ble oppnevnt i statsråd 24. juni 2025, har også som del av sitt mandat fått i oppdrag å vurdere og anbefale innretning av tjenestene som gir et mer samlet og helhetlig behandlingstilbud på tvers av forvaltningsnivåene og andre deler av velferdssektoren, der særlig tilknytning til arbeidslivet er sentralt. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Revisjon av pasient- og brukerrettighetsloven

Vedtak nr. 576, 10. april 2025

> *«Stortinget ber regjeringen snarest gjennomføre en fullstendig revisjon av pasient- og brukerrettighetsloven for å sikre et klarere og mer brukervennlig lovverk for å styrke pasientenes posisjon.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med behandlingen av Dokument 8:45 S (2024–2025).

Regjeringen vil oppnevne et offentlig utvalg for å utrede og foreslå ny pasient- og brukerrettighetslov i løpet av høsten. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Kostnader for bedøvelse til barn under 16 år

Vedtak nr. 577, 10. april 2025

> *«Stortinget ber regjeringen straks gi styringssignal til de regionale helseforetakene om å sikre barns tilgang til helsetjenester og sørge for at barn under 16 år ikke blir nødt til å betale for bedøvelse i forbindelse med behandling på sykehus.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med Stortingets behandling av Dokument 8:46 S (2024–2025), jf. Innst. 205 S (2024–2025). Aktuelt regelverk med virkning fra 1. juli 2025 spesifiserer at pasientbetaling for bandasjemateriell og bedøvelsesmidler ikke kan kreves fra barn under 16 år. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Styrke samarbeid og koordinering mellom aktører i helsevesenet

Vedtak nr. 629, 5. mai 2025

> *«Stortinget ber regjeringen styrke samarbeidet og koordineringen mellom ulike aktører i helsevesenet, som sykehus, kommuner, fastleger og andre helsetjenester, for bedre samhandling og effektiv respons i nødsituasjoner.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med Stortingets behandling av Meld. St. 9 (2024–2025), jf. Innst. 242 S (2024–2025). Regjeringen har lagt frem Meld. St. 23 (2024–2025) *Fornye, forsterke, forbedre – Framtidens allmennlegetjenester og akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus* med tiltak for å styrke samarbeid og koordinering mellom aktørene i de akuttmedisinske tjenestene. Regjeringen har også oppnevnt et offentlig utvalg som skal utrede og foreslå modeller for å sikre en sammenhengende og bærekraftig helse- og omsorgstjeneste. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Tilstrekkelig bemanning og ressurser i helsevesenet

Vedtak nr. 630, 5. mai 2025

> *«Stortinget ber regjeringen sikre tilstrekkelig bemanning og ressurser i helsevesenet, inkludert rekruttere og ansette flere helsepersonell og øke kapasiteten på sykehus og helsestasjoner.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med Stortingets behandling av Meld. St. 9 (2024–2025), jf. Innst. 242 S (2024–2025).

Som det fremkommer av Meld. St. 5 (2023–2024) *En motstandsdyktig helseberedskap. Fra pandemi til krig i Europa* er de samlede helse- og omsorgstjenestene kjernen i en motstandsdyktig helseberedskap, og de er Norges største beredskapsressurs. En velfungerende helseberedskap forutsetter tilgang til tilstrekkelig personell med riktig kompetanse, organisatorisk fleksibilitet, prioriteringer og omstilling, god samhandling på tvers av tjenestenivåer og mulighet for å mobilisere reservepersonell. Samtidig vet vi at stabil tilgang til arbeidskraft vil kreve innsats fremover. Regjeringen vil derfor i løpet av 2026 legge frem en helsepersonellplan som går frem til 2040 for å rekruttere og beholde fagkompetanse i helse- og omsorgstjenestene hvor også pårørendeperspektivet og pårørenderollen skal ivaretas. Partene vil involveres i arbeidet. Planen skal blant annet omfatte tiltak innen følgende innsatsområder i) arbeidsmiljø og arbeidsvilkår, ii) ansvars- og oppgavedeling og hensiktsmessig organisering av arbeidsprosesser, iii) teknologi og utstyr og iv) rekruttering til helse- og omsorgstjenestene. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Plan for bevaring av helsepersonell

Vedtak nr. 753, 26. mai 2025

> *«Stortinget ber regjeringen fortsette og forsterke arbeidet med å rekruttere og beholde personell i helse- og omsorgstjenesten i samarbeid med KS og arbeidstakerorganisasjonene, og lage en plan frem mot 2030 for hele helse- og omsorgssektoren. Målsettingen er å etablere lokal heltidskultur, herunder øke gjennomsnittlig stillingsstørrelser, øke heltidsandelen innen helse- og omsorgstjenestene, sikre mer klinisk kompetanse ute i tje-*

nestene, samt å følge opp arbeidet til Kvinnearbeidshelseutvalget. Planen må komme med tiltak for å beholde helsepersonell og forbedre arbeidsmiljø og arbeidshelse, trappe opp arbeidet med oppgavedeling, kombinerte stillinger og kompetanseheving, inkludert gode praksis- og læreplasser. Planen må romme tiltak for systemisk innføring av personellbesparende teknologi, som KI for turnusplanlegging og implementering og god opplæring i bruk av nye teknologier.»

Vedtaket ble truffet i forbindelse med behandling i Stortinget 26. mai 2025 av Dokument 8:170 S (2024–2025), jf. Innst. 325 (2024–2025). Regjeringen vil i løpet av 2026 legge frem en helsepersonellplan som går frem til 2040 for å rekruttere og beholde fagkompetanse i helse- og omsorgstjenestene hvor også pårørendeperspektivet og pårørenderollen skal ivaretas. Partene vil involveres i arbeidet. Planen skal blant annet omfatte tiltak innen følgende innsatsområder i) arbeidsmiljø og arbeidsvilkår, ii) ansvars- og oppgavedeling og hensiktsmessig organisering av arbeidsprosesser, iii) teknologi og utstyr og iv) rekruttering til helse- og omsorgstjenestene. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Åpenhet i markedene for medisinske produkter

Vedtak nr. 904, 4. juni 2025

«Stortinget ber regjeringen sørge for at Norge tar en ledende rolle i å arbeide for større åpenhet i markedene for medisinske produkter i internasjonale fora.»

Vedtaket ble truffet i forbindelse med Stortingets behandling av Meld. St. 21 (2024–2025) *Helse for alle – Rettferdig prioritering i vår felles helsetjeneste*, Innst. 461 S (2024–2025). Vedtaket blir fulgt opp gjennom løpende arbeid med nordisk samarbeid i Nordisk legemiddelforum samt departementets ledende rolle i WHO EUROs Novel Medicines Platform. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Ideelle og frivillige aktører i akuttberedskapen

Vedtak nr. 907, 5. juni 2025

«Stortinget ber regjeringen inkludere ideelle og frivillige aktører som samarbeidspartnere i arbeidet med å utvikle akuttberedskap og lavterskel helsetjenester, og sikre dem forutsigbare og stabile rammevilkår.»

Vedtaket ble truffet i forbindelse med Stortingets behandling av Meld. St. 23 (2024–2025), jf. Innst. 460 S (2024–2025). De regionale helseforetakene er blitt enige med Røde Kors og Norsk Folkehjelp om en ny nasjonal samarbeidsavtale som gir den frivillige helseberedskapen økt forutsigbarhet og bedre rammevilkår for å utvikle seg. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Langtidsopphold for barn med store og samansette behov

Vedtak nr. 999, 11. juni 2025

«Stortinget ber regjeringa sikre at langtidsopphald for barn med store og samansette behov blir varetatt i den varsla kapasitetsauka i døgnplassar i BUP, og gi helseføretaka plikt til å prioritere barn i barnevernsinstitusjon, og kome attende til Stortinget på eigna måte.»

Vedtaket ble truffet i forbindelse med Stortingets behandling av Prop. 83 L (2024–2025) *Endringer i barnevernsloven mv. (kvalitetsløftet i barnevernet)*, jf. Innst. 524 L (2024–2025). De regionale helseforetakene vil styrke hele behandlingskjeden for mennesker med langvarige og sammensatte behov, også for barn i barnevernet. I dette inngår polikliniske tilbud og videreføring av arbeidet med ambulante team. Varighet av både polikliniske, ambulante og døgntilbud må tilpasses barnas individuelle behov. Som del av samlet behandlingstilbud er de regionale helseforetakene bedt om å utarbeide og iverksette en nasjonal plan for utbygging av tjenestetilbudet for barn og unge med rusmiddelproblemer. De regionale helseforetakene har også i tilleggsdokument til oppdragsdokument 2025 fått i oppdrag å lage en konkret og tidfestet plan for hvordan døgnkapasiteten i regionene skal økes, i tråd med gjeldende fremskrivningsmodell. Helsedirektoratet har i 2025 fått i oppdrag å vurdere behov for endringer i regelverk, prioriteringsveiledere og/eller faglige retningslinjer når det gjelder spesialisthelsetjenestens prioritering av helsehjelp til barn med tiltak i barnevernet. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Barnevernsinstitusjoner og helseteam

Vedtak nr. 1002, 11. juni 2025

«Stortinget ber regjeringa så snart som mogleg syte for at alle barnevernsinstitusjonar er knytte til eit helseteam.»

Vedtaket ble truffet i forbindelse med Stortingets behandling av Prop. 83 L (2024–2025) *Endringer i barnevernsloven mv. (kvalitetsløftet i barnevernet)*, jf. Innst. 524 L (2024–2025). De regionale helseforetakene fikk i 2024 i oppdrag å planlegge for at alle barnevernsinstitusjoner er tilknyttet et ambulant spesialisthelsetjeneste-team forankret i psykisk helsevern barn og unge, med kompetanse innen psykisk helse og ruslidelser. Alle regioner rapporterer om at arbeidet med slike tilbud er igangsatt og at det i all hovedsak bygges på eksisterende ambulante team eller tilsvarende tilbud i psykisk helsevern barn og unge. Regionene viderefører arbeidet gjennom styrking av eksisterende tilbud, alternative modeller og/eller samarbeid med kommunene og barnevernet for å imøtekomme behovene for helsehjelp til barn i barnevernsinstitusjoner og veiledning til personellet. Det rapporteres om utilstrekkelig kapasitet, særlig i områder med et høyt antall barnevernsinstitusjoner. Fra 2026 foreslås det derfor å styrke tilbudene i alle de regionale helseforetakene med 40 mill. kroner slik at alle barnevernsinstitusjoner er tilknyttet et helseteam. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Sikkerhetspsykiatrisk tilbud til barn under 18 år

Vedtak nr. 1003, 11. juni 2025

> *«Stortinget ber regjeringa snarast opprette sikkerheitspsykiatrisk tilbod for barn under 18 år.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med Stortingets behandling av Prop. 83 L (2024–2025) *Endringer i barnevernsloven mv. (kvalitetsløftet i barnevernet)*, jf. Innst. 524 L (2024–2025). De regionale helseforetakene har på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet utarbeidet en «Overordnet plan for sikkerhetspsykiatri og øvrige tiltak for personer på dom til overføring til tvungent psykisk helsevern». Videre har de utredet tiltak som går på tvers av regionene, og som krever samarbeid og enighet om løsninger, herunder etablering av et sikkerhetspsykiatrisk tilbud til barn og unge under 18 år. Forslagene er styrebehandlet i alle regionale helseforetak våren 2025, herunder anbefaling om at tilbudet organiseres som regionale tilbud med interregionale fagnettverk og at det bør inneha døgnbehandling og ambulant/veiledende virksomhet. Målgruppens størrelse og behov er svært usikker, og det anbefales derfor en foreløpig evaluering av tilbudets omfang og innretning etter to år. De regionale helseforetakene vil etablere et sikkerhetspsykiatrisk tilbud til barn og unge i samsvar med planen og tilgjengelige budsjettmidler til formålet. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Fødetilbud med lavere intervensjon

Vedtak nr. 1034, 12. juni 2025

> *«Stortinget ber regjeringen sikre at alternative fødetilbud med lavere intervensjon, som ABC-modeller, tilrettelegges og videreutvikles innenfor spesialisthelsetjenesten.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med behandling av Dokument 8:272 S (2024–2025), jf. Innst. 380 (2024–2025).

Stortingets behandling av Nasjonal helse- og samhandlingsplan ga føringer for å sikre gravide kvinner et helhetlig tilbud i svangerskap, fødsel og barsel. Det er satt i gang nye tilbud som gir forsvarlige og samtidig individuelt tilpassede, fleksible fødetilbud. Mange av kvalitetene som ABC representerer, er med i utviklingen av tilbudet på mange fødeavdelinger. Flere steder i landet utvikles fødetilbud som følger fødende i svangerskapet, gjennom fødselen og i barselperioden.

På landets største fødeavdeling ved Oslo universitetssykehus, planlegges fødeavdelingen på Nye Aker sykehus med fleksible fødestuer, hvor fødslene kan planlegges med lav intervensjon, men hvor rommene kan omgjøres til å tilby mer intervensjon hvis det blir nødvendig. Det blir også multifunksjonsrom som kan benyttes til forberedelse til fødsel, fødsler og til barsel.

Min jordmor er et tilbud som er etablert i Vestre Viken HF. Forskning viser at en helhetlig omsorgsmodell gir økt trygghetsfølelse for den gravide og høyere andel normale fødsler. Regjeringen ønsker gjennom innføring av omsorgsmodellen Min jordmor å sikre at alle gravide som kan føde med mindre intervensjon får muligheten til dette. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Forsøksordning i Helse Nord vedr. nødvendig overnatting

Vedtak nr. 1236, 20. juni 2025

> *«Stortinget ber regjeringen innføre en forsøksordning der Helse Nord kan refundere et høyere beløp for nødvendig overnatting.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med behandlingen av Prop. 146 S (2024–2025), jf. Innst. 540 S (2024–2025). Helse- og omsorgsdepartementet

har den 4. juli sendt revidert oppdragsdokument til Helse Nord RHF der det vises til vedtaket og spesifiseres at «Helse Nord RHF skal etablere et arbeid med sikte på å ha en slik forsøksordning iverksatt så fort som mulig.» Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Sikre kvinnehelse i Nasjonal helse- og samhandlingsplan

Vedtak nr. 3, 5. oktober 2023

> *«Stortinget ber regjeringen sikre at kvinnehelse blir en sentral del av nasjonal helse- og samhandlingsplan og at det legges frem konkrete forslag til tiltak og en plan slik at kvinnehelse blir behandlet i Stortinget.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med trontaledebatten 5. oktober 2023. Regjeringen viser til plan for arbeidet med kvinnehelse og om innholdet i regjeringens kvinnehelsestrategi omtalt i Meld. St. 9 (2023–2024) *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027 – Vår felles helsetjeneste.* Her er det tatt inn et eget kapittel 7 om En sammenhengende, trygg og helhetlig svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg og et underkapittel 3.4 om Kvinnehelse. I kapittel 7 utkvitteres forslagene fra Kvinnehelseutvalget innenfor svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen (NOU 2023: 5 *Den store forskjellen – Om kvinners helse og betydningen av kjønn for helse)*. I 3.4 beskrives planen for arbeidet med kvinnehelsestrategien. I tillegg presenteres forslag fra Kvinnehelseutvalget som regjeringen har fulgt opp, som styrking av helsestasjon- og skolehelsetjenesten, arbeidet med å styrke tilbudet til kvinner med plager som endometriose og lymfødem og nedsettelse av utvalg som skal se på kvinners arbeidshelse. Regjeringen presenterer også hvordan forslagene fra Kvinnehelseutvalget skal innlemmes i pågående arbeid, som i opptrappingsplan for psykisk helse og i opptrappingsplan mot vold mot barn og vold i nære relasjoner. Nasjonal helse- og samhandlingsplan ble behandlet i Stortinget 28. mai 2024 jf. Innst. 387 S (2023–2024). Stortinget gjorde følgende vedtak knyttet til kjønnsperspektivet i helse og kvinnehelse: Vedtak nr. 2, 3, 4 og 5, 28. mai 2024. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Oppfølging av spesialister som arbeider med psykisk helsevern

Vedtak nr. 122, 7. desember 2023

> *«Stortinget ber regjeringen komme tilbake med en plan for oppfølging av nyutdannede og etablerte spesialister i psykisk helsevern, med mål om at flere opplever en god arbeidshverdag og at færre slutter.»*

Vedtaket ble truffet ved behandling av Meld. St. 23 (2022–2023) *Opptrappingsplan for psykisk helse* (2023–2033), jf. Innst. 108 S (2023–2024). Regjeringen har lagt frem Meld. St. 9 (2023–2024) *Nasjonal helse- og samhandlingsplan*. Meldingen legger de overordnede rammene for regjeringens politikk for å rekruttere, kvalifisere, utvikle og beholde arbeidskraft i helse- og omsorgstjenestene, herunder også for nyutdannede og etablerte spesialister i psykisk helsevern. Arbeidet for å sikre nok fagfolk til den offentlige helse- og omsorgstjenesten pågår med en samtidig innsats innen områdene i) arbeidsmiljø og arbeidsvilkår, ii) oppgavedeling og effektiv organisering og iii) rekruttering, kvalifisering og kompetanseutvikling. Departementet følger opp arbeidet for å sikre arbeidskraft. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Helseteam i barneverntjenesten

Vedtak nr. 123, 7. desember 2023

> *«Stortinget ber regjeringen komme tilbake til Stortinget med forslag til hvordan en ordning med helseteam i barneverntjenesten kan se ut, og eventuelt andre tiltak som må på plass for å sikre at barn i barnevernsinstitusjon får den oppfølgingen innen psykisk helsehjelp de har rett på.»*

Vedtaket ble truffet ved behandling av Meld. St. 23 (2022–2023) *Opptrappingsplan for psykisk helse (2023–2033)*, jf. Innst. 108 S (2023–2024). De regionale helseforetakene fikk i 2024 i oppdrag å planlegge for at alle barnevernsinstitusjoner er tilknyttet et ambulant spesialisthelsetjeneste-team forankret i psykisk helsevern barn og unge, med kompetanse innen psykisk helse og ruslidelser. Alle regioner rapporterer om at arbeidet med slike tilbud er igangsatt og at det i all hovedsak bygges på eksisterende ambulante team eller tilsvarende tilbud i psykisk helsevern barn og unge. Regionene viderefører arbeidet gjennom styrking av eksisterende tilbud, alternative modeller og/

eller samarbeid med kommunene og barnevernet for å imøtekomme behovene for helsehjelp til barn i barnevernsinstitusjoner og veiledning til personellet. Det rapporteres om utilstrekkelig kapasitet, særlig i områder med et høyt antall barnevernsinstitusjoner. Fra 2026 foreslås det derfor å styrke tilbudene i alle de regionale helseforetakene med 40 mill. kroner. Helsedirektoratet har i 2025 fått i oppdrag, i samarbeid med Bufdir og de regionale helseforetakene om å utarbeide nasjonale faglige anbefalinger om nærmere innretning av og faglige råd fra helseteam. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Konkrete tiltak i opptrappingsplan psykisk helse

Vedtak nr. 125, 7. desember 2023

> *«Stortinget ber regjeringen sikre at opptrappingsplanen for psykisk helse inneholder konkrete tiltak og ressurser som gjør en reduksjon av mekaniske tvangsmidler mulig, herunder ressurser til økt bemanning og kompetanseheving.»*

Vedtaket ble truffet ved behandling av Meld. St. 23 (2022–2023) *Opptrappingsplan for psykisk helse* (2023–2033), jf. Innst. 108 S (2023–2024). I tråd med omtalen av tvang i opptrappingsplanen ble de regionale helseforetakene i Oppdragsdokumentet for 2025 bedt om å «i samarbeid og under ledelse av Helse Sør-Øst RHF gjennomgå bruk av tvangsmidler og tvangsinnleggelser i psykisk helsevern som grunnlag for å forebygge tvang bedre, og sørge for at alle tvangsvedtak registreres i EPJ etter gjeldende mal. Arbeidet som omhandler tvungne innleggelser gjøres i samarbeid med kommunene, herunder legevakt.» Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Overgrepsmottak for barn

Vedtak nr. 612, 7. mai 2024

> *«Stortinget ber regjeringen påse at overgrepsutsatte barn gis rett til et akuttilbud og et likeverdig helsetjenestetilbud som voksne overgrepsutsatte.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med Stortingets behandling av Prop. 36 S (2023–2024) Opptrappingsplan mot vold og overgrep mot barn og vold i nære relasjoner (2024–2028). Regjeringen viser til at barn og unge utsatt for vold og overgrep ivaretas på barne- og ungdomsavdelingene. Helsedirektoratet har fått i oppdrag å utarbeide en retningslinje eller veileder for medisinsk og psykososial ivaretakelse av barn og unge som er utsatt for seksuelle overgrep, jf. Prop. 36 S (2023–2024) Opptrappingsplan mot vold og overgrep mot barn og vold i nære relasjoner. Retningslinjen vil bidra til et godt og likeverdig akuttilbud ved barne- og ungdomsavdelingene. Arbeidet med retningslinjen pågår. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Tjeneste med integrert ettervern

Vedtak nr. 628, 14. mai 2024

> *«Stortinget ber regjeringen sørge for at det snarest utvikles en tjeneste med integrert ettervern som inkluderer brukerstyrte plasser, i samarbeid med kommunene.»*

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:82 S (2023–2024), jf. Innst. 269 S (2023–2024). I forbindelse med revidert nasjonalbudsjett 2024, jf. Prop. 104 S (2023–2024) og Innst. 447 S (2023–2024), ble de regionale helseforetakene styrket med 50 mill. kroner til å styrke døgntilbudet til pasienter med rusmiddellidelser og sikre oppfølging av rusmiddelavhengige etter døgnbehandling (integrert ettervern). I tilleggsdokument etter Stortingets behandling av Prop. 104 S (2023–2024) fikk de regionale helseforetakene i oppdrag innen rusmiddelfeltet å *utvikle en tjeneste med integrert ettervern som inkluderer brukerstyrte plasser, i samarbeid med kommunene*. God samhandling er nødvendig både for å legge til rette for det som skal skje under tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), og for det som skal skje etter utskrivning fra døgnbehandling. Pasientene i TSB er på ulike stadier før behandlingsstart, og helseforetakene og kommunene må etablere kontakt tidlig i forløpet. Helseforetakene må også koordinere videre forløp etter utskrivning fra døgnbehandling. Det skal etableres brukerstyrte døgnplasser i helseforetakene, som gjør det enklere å oppsøke slike tilbud – uavhengig av hvor døgnbehandlingen er gjennomført. Det er viktig å sikre bruker- og pårørendemedvirkning i utviklingen av tilbudet. Se nærmere omtale i del III der det blant annet fremgår at Helse Sør-Øst RHF har etablert en nasjonal arbeidsgruppe som svar på oppdraget. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Behandlingstilbudet til voldsutsatte kvinner med ruslidelse i spesialisthelsetjenesten

Vedtak nr. 629, 14. mai 2024

> *«Stortinget ber regjeringen sørge for at det snarest bygges opp kapasitet i behandlingstilbudet til voldsutsatte kvinner med ruslidelse i spesialisthelsetjenesten.»*

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:82 S (2023–2024), jf. Innst. 269 S (2023–2024). I forbindelse med revidert nasjonalbudsjett 2024, jf. Prop. 104 S (2023–2024) og Innst. 447 S (2023–2024), ble de regionale helseforetakene styrket med 50 mill. kroner til å styrke døgntilbudet til pasienter med rusmiddellidelser og sikre oppfølging av rusmiddelavhengige etter døgnbehandling (integrert ettervern). I tilleggsdokument etter Stortingets behandling av Prop. 104 S (2023–2024) fikk de regionale helseforetakene i oppdrag å sørge for at det bygges opp kapasitet i behandlingstilbudet til voldsutsatte kvinner med ruslidelse i spesialisthelsetjenesten. Voldsutsatte kvinner med ruslidelse er blant de mest sårbare pasientene med behov for de mest spesialiserte tjenestene. Kunnskapsbaserte tilbud skal bygges opp i helseforetakene, som dekker samtidige behov for helsehjelp både fra psykisk helsevern og somatikk, i tillegg til døgntilbud innen TSB. Se nærmere omtale i del III der de regionale helseforetakenes rapportering på oppdraget er nærmere omtalt. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Følgeforskning i forbindelse med TSB

Vedtak nr. 630, 14. mai 2024

> *«Stortinget ber regjeringen sørge for at det igangsettes følgeforskning i forbindelse med videreutviklingen av tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og integrert ettervern.»*

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:82 S (2023–2024), jf. Innst. 269 S (2023–2024). Det er sendt ut tilleggsdokument til de regionale helseforetakene etter Stortingets behandling av Prop. 104 S (2023–2024). Her fremgår det at det skal legges til rette for følgeforskning i forbindelse med videreutviklingen av TSB og integrert ettervern. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Godkjenningsordning for kommersielle helseaktører

Vedtak nr. 684, 4. juni 2024

> *«Stortinget ber regjeringen i løpet av stortingsperioden innføre en godkjenningsordning for kommersielle helseaktører. En slik ordning skal sikre kvalitet og faglig forsvarlighet i kommersielle tjenester. Det må innføres mekanismer der staten har mulighet til å legge begrensninger på etablering av nye kommersielle helseaktører når nyetableringer, av beredskapshensyn eller mangel på helsepersonell vil gå på bekostning av den offentlige helsetjenestenes evne til å gi forsvarlig helsehjelp.»*

Vedtaket ble truffet ved behandling av Meld. St. 9 (2023–2024) *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027 – Vår felles helsetjeneste*, jf. Innst. 387 S (2023–2024). Regjeringen la frem forslag til endringer i spesialisthelsetjenesteloven og helse- og omsorgstjenesteloven, jf. Prop. 114 L (2024–2025). I proposisjonen ble det foreslått hjemmel til å forskriftsfeste krav om godkjenning av private virksomheter som omfattes av helse- og omsorgstjenesteloven når det er nødvendig av hensyn til tjenestetilbudets kvalitet, pasientsikkerhet, samfunnssikkerhet eller beredskap. I tillegg ble det foreslått hjemmel både i denne loven og spesialisthelsetjenesteloven til å kreve godkjenning av private virksomheter når det er nødvendig for å sikre helsepersonellressurser for et forsvarlig offentlig tilbud til befolkningen av helse- og omsorgstjenester. Regjeringen foreslo også hjemmel til å stille vilkår for bruk av betegnelsene sykehus og legevakt i forskrift. Stortinget sluttet seg til forslaget, og vedtok lovendringer som trådte i kraft 1. juli 2025. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Ivaretakelse av kjønnsperspektiv

Vedtak nr. 686, 4. juni 2024

> *«Stortinget ber regjeringen bedre ivareta et kjønnsperspektiv i beslutningsgrunnlaget på helse- og omsorgsfeltet»*

Vedtaket ble truffet ved behandling av Meld. St. 9 (2023–2024) *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027 – Vår felles helsetjeneste*, jf. Innst. 387 S (2023–2024). Vedtaket skal vektlegges i departementets beslutningsprosesser og er også innarbeidet i regjeringens kvinnehelsestrategi. Kvinne-

helsestrategien er tatt inn i tildelingsbrevene for 2025 til Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet og Direktoratet for medisinske produkter. Kvinnehelsestrategien er også tatt inn i oppdragsdokumentene til regionale helseforetak for 2025. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Kjønnsperspektiv i behandlingsretningslinjene

Vedtak nr. 687, 4. juni 2024

> *«Stortinget ber regjeringen om å sikre at kjønnsperspektivet blir ivaretatt i behandlingsretningslinjene når de oppdateres, og ber regjeringen foreta en særskilt oppdatering av retningslinjene for typiske kvinnesykdommer der de starter med å oppdatere Nasjonal prioriteringsveileder for kvinnesykdommer, retningslinjer for angst og depresjon og de faglige retningslinjene for forebygging og behandling av osteoporose og osteoporotiske brudd.»*

Vedtaket ble truffet ved behandling av Meld. St. 9 (2023–2024) *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027 – Vår felles helsetjeneste*, jf. Innst. 387 S (2023–2024). Helsedirektoratet har fått i oppdrag å følge opp vedtaket i tildelingsbrevet for 2025. Når det gjelder Nasjonal prioriteringsveileder for kvinnesykdommer er arbeidet i gang innenfor rammen av den forenklede revisjonen av alle de 33 fagspesifikke prioriteringsveilederne. Planlegging av arbeidet med nye retningslinjer for angst og depresjon er startet. På grunn av annet retningslinjearbeid på psykisk helse-området anslås det at retningslinjer for angst og depresjon kan være ferdig i 2027. Når det gjelder de faglige retningslinjene for forebygging og behandling av osteoporose og osteoporotiske brudd starter planarbeidet høsten 2025 og direktoratet tar sikte på å sende et utkast på høring i løpet av første halvår 2027. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Kontraktsansvar for fristbruddordningen

Vedtak nr. 693, 4. juni 2024

> *«Stortinget ber regjeringen vurdere å overføre kontraktsansvaret for fristbruddordningen til de regionale helseforetakene.»*

Vedtaket ble truffet ved behandling av Meld. St. 9 (2023–2024) *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027 – Vår felles helsetjeneste*, jf. Innst. 387 (2023–2024). Helsedirektoratet har på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet utredet forslag til forbedringer i fristbruddordningen, herunder løsninger der ansvaret for kontraktene som inngås med private aktører i fristbruddordningen overføres til de regionale helseforetakene.

Helse- og omsorgsdepartementet tar sikte på å overføre kontraktsansvaret til de regionale helseforetakene for å sikre bedre kontroll med kvaliteten i tilbudet og kostnader og har derfor i tillegg til oppdragsdokument for 2025 gitt de regionale helseforetakene i oppdrag å vurdere hvordan overtakelse av kontraktsansvaret i fristbruddordningen kan innrettes, herunder hvordan arbeidet kan organiseres i de regionale helseforetakene og om gjeldende avtaler inngått av Helfo kan overdras til de regionale helseforetakene. Frist for oppdraget er 1. november 2025. Ansvaret for formidlingen av fristbruddpasienter til behandling skal fortsatt ivaretas av Helfo. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Lovfeste rett til selvvalgt støtteperson gjennom graviditet og fødsel

Vedtak nr. 517, 3. mai 2022

> *«Stortinget ber regjeringen fremme forslag om å lovfeste retten til å ha med en støtteperson som mor velger, under svangerskap og i fødsel og i barsel.»*

Vedtaket ble truffet ved Stortingets behandling av Dokument 8:85 S (2021–2022), jf. Innst. 255 S (2021–2022). Som varslet i Nasjonal helse- og samhandlingsplan har Helse- og omsorgsdepartementet sendt på høring et lovforslag om å foreslå endringer i pasient- og brukerrettighetsloven for å tydeliggjøre retten til å ha andre til stede når det gis helse- og omsorgstjenester, inkludert under konsultasjoner i svangerskap, under fødsel og i barseltiden. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Responstider, kompetanse og akuttmedisinsk utstyr

Vedtak nr. 726, 2. mars 2021

> *«Stortinget ber regjeringen forskriftsfeste responstider for ambulansetjenesten og sette en standard for kompetanse og akuttmedisinsk utstyr i ambulansebilene og på ambulansebasene.»*

Vedtaket ble truffet ved behandlingen av Meld. St. 5 (2020–2021), jf. Innst. 275 S (2020–2021). Vedtaket er fulgt opp med oppdrag til Helsedirektoratet om å vurdere forslaget og utrede hvordan forsla-

get eventuelt kan innføres. Helsedirektoratets utredning viser at årlige kostnader vil øke i størrelsesorden mellom 780 mill. kroner og 1,26 mrd. kroner, mellom 700 og 1200 flere årsverk og mellom 62 og 115 nye ambulansestasjoner. Helsedirektorat anbefaler ikke å forskriftsfeste responstider. Regjeringens vurdering er at forskriftsfesting av responstid for ambulansetjenesten ikke kan gjennomføres i praksis, og vil derfor ikke innføre dette. Anmodningsvedtakets del om å sette en standard for kompetanse og akuttmedisinsk utstyr i ambulansebilene og ved ambulansebasene er oppfylt gjennom det interregionale/nasjonale samarbeidet om felles retningslinjer for ambulansetjenesten (FRAm). Det vises til Meld. St. 23 (2024–2025) *Fornye, forsterke, forbedre – Framtidens allmennlegetjenester og akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus*, der dette er omtalt. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Legemiddelloven – narkotika til eget bruk

Vedtak nr. 1114, 3. juni 2021

> *«Stortinget ber regjeringen foreslå lovendringer som sørger for at fengsel ikke lenger blir straffereaksjon for brudd på legemiddellovens bestemmelser om bruk og besittelse av narkotika til eget bruk, herunder også foreslå avbøtende tiltak for konsekvenser av endringer i lov.»*

Vedtaket ble truffet ved første behandling av Prop. 92 L (2020–2021), jf. Innst. 612 L (2020–2021). Stortinget har ved behandling av Prop. 112 L (2024–2025), jf. Innst. 518 L (2024–2025) vedtatt endringer i straffeloven og legemiddeloven mv. (befatning med mindre mengder narkotika til egen bruk). Straffebestemmelsen i legemiddelloven endres og skal gjelde bruk av narkotika samt erverv og oppbevaring av mindre mengder narkotika til egen bruk. Strafferammen for befatning med narkotika til egen bruk etter den nye straffebestemmelsen skal være bot eller fengsel inntil seks måneder. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Utredning av markedet for genetisk selvtesting

Vedtak nr. 611, 26. mai 2020

> *«Stortinget ber regjeringen komme tilbake til Stortinget med en utredning av markedet for genetisk selvtesting, som skal danne grunnlag for lovregulering av dette markedet. Utredningen må blant annet ivareta hensynet til personvern, retten til egne helsedata og helsekonsekvenser ved villedende testresultater.»*

Vedtaket ble truffet ved Stortingets behandling av Prop. 34 L (2019–2020), jf. Innst. 296 L (2019–2020). På oppdrag fra departementet, utredet Helsedirektoratet markedet for genetisk selvtesting som beskrevet i dette vedtaket. Utredningen ble presentert 17. desember 2021 i rapporten *Regulering av genetiske selvtester. Utredning av markedet for genetiske selvtester og av forslag til lovendringer som sikrer at testing av barn utenfor helsetjenesten blir forbudt. Svar på tilleggsoppdrag nr. 50 til tildelingsbrev for 2020, punkt 2.4.* Med utgangspunkt i direktoratets utredning har Regjeringen fremmet, og Stortinget vedtatt et forbud mot genetisk testing av barn utenfor helsetjenesten, jf. Prop. 67 L (2024–2025) *Endringar i bioteknologiloven (vilkår for preimplantasjonsdiagnostikk og forbod mot genetisk testing av barn utanfor helsetenesta)* og Innst. 388 L (2024–2025). Forbudet trådte i kraft 1. oktober 2025. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Forbud mot genetisk testing av barn

Vedtak nr. 612, 26. mai 2020

> *«Stortinget ber regjeringen fremme lovforslag som sikrer at genetisk testing av barn utenfor helsetjenesten er forbudt.»*

Vedtaket ble truffet ved Stortingets behandling av Prop. 34 L (2019–2020), jf. Innst. 296 L (2019–2020). Det vises til redegjørelse under vedtak nr. 611. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Preimplantasjonsdiagnostikk

Vedtak nr. 616, 8. juni 2020

> *«Stortinget ber regjeringen sørge for en gjennomgang av vilkår og retningslinjer for preimplantasjonsdiagnostikk og fosterdiagnostikk, slik at disse kan ses i sammenheng og gi et helhetlig og sammenhengende tilbud for kvinner og familier som har særlig risiko for alvorlig sykdom eller skade hos fosteret. Gjennomgangen skal vektlegge lidelse og tapt livskvalitet ved lindrende og livsforlengende behandling i gjennomgangen av vilkårene for å få innvilget PGD. Regjeringen bes legge frem forslag til de nødvendige lovendringer som følge av denne gjennomgangen.»*

Vedtaket ble truffet ved Stortingets behandling av Prop. 34 L (2019–2020), jf. Innst. 296 L (2019–2020). På oppdrag fra departementet har Helsedirektoratet gjennomgått vilkårene og retningslinjene for PGD og fosterdiagnostikk som beskrevet i vedtaket og utredet og foreslått enkelte lovendringer som følge av gjennomgangen. Svar på oppdraget er presentert i rapporten *Et helhetlig og sammenhengende tilbud til kvinner og par som har økt risiko for å få et foster eller barn med en alvorlig, arvelig sykdom eller tilstand. Gjennomgang av vilkår for preimplantasjonsdiagnostikk og genetisk fosterdiagnostikk og forslag til endringer i regelverk. Svar på tilleggsoppdrag nr. 50 til tildelingsbrev for 2020, punkt 2.3.* Rapporten ble levert 17. desember 2021. Med utgangspunkt i direktoratets utredning har Regjeringen fremmet, og Stortinget vedtatt endringer i bioteknologilovens regler om preimplantasjonsdiagnostikk, jf. Prop. 67 L (2024–2025) *Endringar i bioteknologiloven (vilkår for preimplantasjonsdiagnostikk og forbod mot genetisk testing av barn utanfor helsetenesta)* og Innst. 388 L (2024–2025). Endringene trådte i kraft 1. oktober 2025. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Årsmeldingen for 2017 fra Norges nasjonale institusjon for menneskerettigheter

Vedtak nr. 93, 4. desember 2018

> *«Stortinget ber regjeringen gjennomgå anbefalingene i årsmeldingen for 2017 fra Norges nasjonale institusjon for menneskerettigheter og komme tilbake til Stortinget på egnet måte med hvordan anbefalingene er fulgt opp.»*

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 6 (2017–2018), jf. Innst. 78 S (2018–2019). Kontroll- og konstitusjonskomiteen opprettholdt vedtaket, jf. Innst. 580 S (2020–2021). Anmodningsvedtaket gjelder lovregulering av elektrokonvulsiv behandling (ECT) og er ivaretatt gjennom Stortingets vedtak ved behandlingen av Prop. 31 L (2024–2025), jf. Innst. 168 L (2024–2025). Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Regelverket for pasientreiser

Vedtak nr. 615, 19. april 2018

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

Vedtaket ble truffet ved behandlingen av Dokument 8:98 S (2017–2018), jf. Innst. 196 S (2017–2018). Helsedirektoratet fikk i tildelingsbrevet for 2019 i oppdrag å foreta en gjennomgang av regelverket for pasientreiser og oversendte departementet en rapport om gjennomgangen i midten av oktober 2020. På bakgrunn av rapporten sendte departementet et forslag om forskriftsendringer på høring, med høringsfrist 11. april 2024. Forskriftsendringene ble vedtatt 22. januar 2025 og satt i kraft 3. mars 2025. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Bevilgningen over posten dekker tilskudd til ulike utviklingsprosjekter i spesialisthelsetjenesten. I 2025 og 2026 er bl.a. følgende prosjekter finansiert over posten:

- Måling av forskningsaktivitet i helseforetakene.
- Rusbehandlingsutvalget.
- Etablering av ekspertutvalg for samiske spesialisthelsetjenester.
- Helsereformutvalget.
- Lovutvalg for revisjon av pasient- og brukerrettighetsloven.
- Teknisk beregningsutvalg for spesialisthelsetjenestens økonomi (TBU-S).

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.

I forhold til saldert budsjett 2025 foreslås bevilgningen økt med:

- 40 mill. kroner i økt rekrutterings- og samhandlingstilskudd til utprøvinger som er utpekt av regjeringen til å inngå i «Prosjekt X».
- 14 mill. kroner til en forsøksordning med økt refusjonssats for pasientreiser i Helse Nord, herunder økt sats for overnatting.
- 28 mill. kroner til kompetansehevende tiltak innen hørselsomsorgen.
- 9,5 mill. kroner til helseundersøkelser ifm. ny kompensasjonsordning for oljepionerer.
- 6,2 mill. kroner til virksomhetsoverføring rettsmedisin til Helse Bergen.
- 4,6 mill. kroner til husleiekompensasjon for Livsvitenskapsbygget.
- 2,9 mill. kroner til seks nye plasser i Ungdomsenhet øst.
- 0,6 mill. kroner til abortnemnder.

Bevilgningen foreslås redusert med:
- 52 mill. kroner som følge av at Kreftregisterets andel av driftsutgifter til tarmscreeningprogrammet flyttes til Folkehelseinstituttets driftskapittel, kap. 745, post 01.
- 179,6 mill. kroner som følge av at de regionale helseforetakenes andel av driftsutgifter til tarmscreeningprogrammet flyttes til basisbevilgningen over kap. 732, poster 72–75.
- 493 mill. kroner i øremerkede tilskudd som følge av at tilskuddene foreslås flyttes til de regionale helseforetakenes basisbevilgning over kap. 732, poster 72–75.

Følgende øremerkede tilskudd fra saldert budsjett 2025 foreslås videreført i budsjettforslaget for 2026:
- 220 mill. kroner til rettsmedisinsk institutt.
- 215 mill. kroner til å rekruttere og beholde personell i Helse Nord.
- 214,2 mill. kroner til Medevac-pasienter.
- 205,7 mill. kroner til kjøp av ideell kapasitet innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling til Helse Sør-Øst.
- 175,5 mill. kroner til Nasjonalt beredskapslager for smittevernutstyr.
- 155,1 mill. kroner i rekrutterings- og samhandlingstilskudd til Helse Sør-Øst RHF, Helse Vest RHF og Helse Midt-Norge RHF.
- 154,3 mill. kroner i tilskudd for å opprettholde akuttilbud i Helse Nord.
- 119,1 mill. kroner til persontilpasset medisin.
- 99,1 mill. kroner i rekrutterings- og samhandlingstilskudd til Helse Nord RHF.
- 72,5 mill. kroner til ambulansehelikopter i Kirkenes.
- 65 mill. kroner til heroinassistert behandling.
- 48,4 mill. kroner til Nasjonalt senter for e-helseforskning.
- 46,5 mill. kroner til medisinske kvalitetsregistre.
- 42,9 mill. kroner til videreutvikling av spesialisthelsetjenester i Alta.
- 37,6 mill. kroner til beredskap ved Kirkenes sykehus.
- 26,9 mill. kroner til DMS– Kristiansund, Sykehuset Nordmøre og Romsdal.
- 19,9 mill. kroner til tverrfaglig helsekartlegging i barnevernet.
- 16,5 mill. kroner til bedre psykisk helsehjelp i barnevernet.
- 14,7 mill. kroner til Innomed.
- 13,0 mill. kroner til landsdekkende modell for rettspsykiatri.
- 12,6 mill. kroner til sykestuer i Finnmark.
- 11,6 mill. kroner til redningshelikopterbase i Tromsø.
- 3,1 mill. kroner til portal for formidling av kunnskap om kvinners helse (Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning).
- 2,4 mill. kroner til kompetansenettverk for arbeid og helse, tidligere Raskere tilbake.

Heroinassistert behandling

HAB er et femårig prøveprosjekt med heroinassistert behandling som ble åpnet for pasienter i 2022. Det er etablert tilbud i Oslo og i Bergen for opiatavhengige gjennom egne klinikker med god helse- og sosialfaglig bemanning. Som en del av prosjektet gjennomføres en følgeevaluering for å innhente mer kunnskap. Senter for rus- og avhengighetsforskning (Seraf) har i oppgave å lede evalueringen som følger det kliniske prosjektet så lenge prøveprosjektet varer. Tiltaket finansieres over kap. 732, post 70, og kap. 734, post 21. Det foreslås å videreføre heroinassistert behandling og tilskuddet til følgeevalueringen i 2026.

Evalueringen skal svare på hvordan HAB som ny klinisk behandling lar seg implementere og integrere som del av LAR, hvilke kliniske resultater behandlingen gir, og hvilke kost-nytte-effekter som tiltaket kan gi. Regjeringen legger til grunn at heroinassistert behandling vil videreføres dersom sluttevalueringen gir kunnskap som understøtter en positiv vurdering, og vil komme tilbake til hva som vil være en hensiktsmessig fremtidig innretning av HAB i sammenheng med kommende budsjettprosesser.

Bedre psykisk helsehjelp til barn i barnevernet

Fra 2019 har det vært et forsøk med et kombinert omsorgs- og behandlingstilbud til barn 16–18 år og med tilsatt helsepersonell ved to barnevernsinstitusjoner i hhv. Bodø og Søgne, finansiert over kap. 732, post 70. Målgruppen var barn og unge med behov for langvarig omsorg utenfor hjemmet og samtidig stort behov for psykisk helsehjelp. Etter en evaluering av forsøket (NTNU Samfunnsforskning) har Barne- og familiedepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet, besluttet å ikke videreføre forsøket i nåværende form, med helsepersonell i turnus i de to barnevernsinstitusjonene. Evalueringen peker blant annet på flere metodiske utfordringer med manglende medbestemmelse for barna og opplevelse av «intervenerende» personell. Tilbudet har representert et forsterket helsetilbud til et lite antall barn med store helseutfordringer i deler av landet, men som van-

skelig kan la seg skalere opp. Hjelpebehovene til barn i barnevernsinstitusjoner er fortsatt stort, og fagmiljøene, Helse Nord og Helse Sør-Øst anbefaler at fagressurser omdisponeres til ambulante helseteam for å forsterke disse tilbudene og bidra til et mer likeverdig tilbud til barn i alle barnevernsinstitusjonene i de to regionene. Helse Sør-Øst og Helse Nord erfarer å ha utfordringer med å få på plass et samlet tilbud av ambulante helseteam grunnet personellmangel, avstander og et høyt antall barnevernsinstitusjoner i enkelte områder. Midler til formålet foreslås omdisponert til styrking av tilbud om helseteam tilknyttet barnevernsinstitusjoner i de to regionene, se også kap. 732 post 72–75. Helseteamene vil også understøtte pilotering av nytt institusjonstilbud i regionene, jf. Prop. 83 L (2024–2025) *Endringer i barnevernsloven mv. (kvalitetsløftet i barnevernet)*.

Tilskuddet til forsøksordningen foreslås videreført over kap. 732 post 70 til Helse Sør-Øst RHF og Helse Nord RHF til formålet om bedre psykisk helsehjelp til barn i barnevernet, men omdisponert til helseteam i disse to regionene.

Tverrfaglig helsekartlegging

I 2022 ble tilbud om tverrfaglig helsekartlegging av barn i barnevernet lovfestet, jf. Prop. 222 L (2020–2021). Dagens tverrfaglige helsekartlegging er etablert som en sakkyndigordning og organisert som et tverrfaglig spesialisert andrelinjetilbud. Kartleggingen er organisatorisk forankret i Bufetat, men utføres i samarbeid med spesialisthelsetjenesten der helsepersonellet bidrar som sakkyndige. Det har vært utfordringer med å skaffe tilstrekkelig helsepersonell til ordningen, og overgang til helsehjelp har vært for komplisert. Dette er noe av bakgrunnen for at Barnevernsinstitusjonsutvalget anbefalte å endre modellen, jf. NOU 2023: 24 *Med barnet hele vegen*. Med behandlingen av Prop. 83 L (2024–2025) *Endringer i barnevernsloven mv. (kvalitetsløftet i barnevernet)*, er det gitt tilslutning til en ny modell for tverrfaglig kartlegging med et todelt og likestilt formål om å ivareta barnevernets behov for informasjon samt barnets behov for nødvendig helsehjelp og et sammenhengende hjelpetilbud. Kartleggingen vil fortsatt rette seg mot alle barn som barnevernet skal flytte ut av hjemmet. I ny modell vil helsekartlegging inngå i det ordinære tjenestetilbudet, med mer sømløs overgang fra kartlegging til helsehjelp. Helsedirektoratet fikk i 2025 i oppdrag å vurdere regelverksendringer som følge av ny modell. Helsedirektoratet og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet har fått i felles oppdrag å beskrive de overordnede rammene for ny modell og konkretisere nærmere innhold og samlet organisering av tverrfaglig kartlegging. De regionale helseforetakene vil få i oppdrag å vurdere og etablere den nærmere innretning, organisering og innhold av den helsefaglige delen av kartleggingen.

Inntil ny modell er på plass, videreføres midler til gjeldende ordning. For 2026 foreslås det 77 mill. kroner til tverrfaglig helsekartlegging. Midlene fordeles mellom Barne- og familiedepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet med henholdsvis 56 mill. kroner og 19,9 mill. kroner over kap 732, post 70 som utgjør spesialisthelsetjenestens andel av utgiftene. Det tildeles også midler over kap. 740, post 01 til koordinerende tiltak gjennom Helsedirektoratet.

Det vises også til omtale av helsehjelp til barn i barnevernet under kap. 765 og i Prop. 1 S (2025–2026), Barne- og familiedepartementet.

Rekrutterings- og samhandlingstilskuddet

I Nasjonal helse- og samhandlingsplan varslet regjeringen innføring av et rekrutterings- og samhandlingstilskudd for å stimulere til forpliktende samarbeid mellom kommuner og helseforetak om tjenesteutvikling og gode pasientforløp, samt understøtte tiltak som fremmer rekruttering og god bruk av personell i helseregionene. I saldert budsjett 2024 ble det bevilget 40 mill. kroner i rekrutterings- og samhandlingstilskudd til Helse Nord RHF. Ved behandling av revidert nasjonalbudsjett 2024 ble tilskuddet breddet ut til alle fire helseregioner. Formålet med rekrutterings- og samhandlingstilskuddet er videre å legge til rette for et godt desentralisert helsetilbud, med god kvalitet og riktig arbeidsdeling. Tilskuddsmidlene skal brukes etter enighet mellom helseforetak og aktuell(e) kommune(r). Det ble bevilget 286 mill. kroner til formålet i 2025. Det foreslås å styrke tilskuddet med ytterligere 40 mill. kroner i 2026.

Av potten med tilskuddsmidler skal 80 mill. kroner gå til utprøvinger av særlig innovative og ambisiøse samhandlingstiltak som er utpekt av regjeringen til å inngå i «Prosjekt X», jf. tilleggsavtalen mellom regjeringen og KS fra 17. juni 2025. Tilskuddet tildeles de regionale helseforetakene som skal forvalte tilskuddet for sin region, og skal sørge for at tilskuddet tildeles i tråd med formålet. Det foreslås 57 mill. kroner til Helse Sør-Øst RHF, 10 mill. kroner til Helse Vest RHF, og 10 mill. kroner til Helse Nord RHF. I tillegg foreslås 3 mill. kroner til Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet til oppfølging og veiled-

ning av utprøvingene. Formålet med utprøvingene er mer sammenhengende tjenester på tvers av forvaltningsnivåer og fagområder, og bedre bruk av samlede ressurser. Utprøvingene skal samlet gi kunnskap og erfaringsgrunnlag med nasjonal overføringsverdi. Utprøvingene kan enten være avgrenset til et fagområde/en pasientgruppe i et område, eller gjelde det samlede tilbudet i et geografisk område. Utprøvingene i Prosjekt X kan i tillegg søke ordinært rekrutterings- og samhandlingstilskudd gjennom sitt helsefellesskap.

Det ordinære rekrutterings- og samhandlingstilskuddet videreføres i 2026 med til sammen 254,2 mill. kroner, etter følgende fordeling:

- 96,1 mill. kroner til Helse Sør-Øst RHF
- 34 mill. kroner til Helse Vest RHF
- 25 mill. kroner til Helse Midt-Norge RHF
- 99,1 mill. kroner til Helse Nord RHF

Lokale prioriteringer skal fortsatt ligge til grunn i tildeling av det ordinære rekrutterings- og samhandlingstilskuddet. Føringer omtalt i Prop. 1 S (2024–2025) og oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene for 2025 videreføres.

De regionale helseforetakene bes rapportere i årlig melding på bruk av midlene, herunder hvilke kommuner og sykehus som har inngått avtale; hvor mye som er utbetalt i tilskuddsmidler; status for prosjekter, inkludert planlagt varighet for finansiering med tilskuddsmidler, og eventuelt om prosjekter er planlagt å gå over i finansiering med ordinære driftsmidler. Rapporteringen skal omfatte vurderinger av effekt av tiltak så langt, læringspunkter og mulighet for spredning. Kommunene (avtalepartner) skal involveres i rapporteringen i årlig melding på egnet vis.

Ordningen med rekrutterings- og samhandlingstilskudd vil også evalueres.

Nasjonalt kompetansenettverk for behovsdrevet innovasjon i helse- og omsorgstjenesten (InnoMed)

InnoMed skal spre kompetanse om tjenesteinnovasjon på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten. InnoMed eies og styres av de fire regionale helseforetakene i samarbeid med KS. Helse Midt-Norge RHF leder styringsgruppen og ressursgruppen. Nettverket skal legge til rette for personellbesparende innovasjoner og støtte implementering av innovasjoner som er effektive, jf. Nasjonal helse- og samhandlingsplan. InnoMed har samhandling mellom tjenestenivåene som et prioritert område. Departementet viser i den forbindelse til regjeringens Prosjekt X og de aktuelle utprøvingene som inngår i dette. Tilskuddet til InnoMed foreslås videreført med 14,7 mill. kroner.

Kompetansehevende tiltak innen hørselsomsorgen

Et av regjeringens Eldreløfts fem innsatsområder, er hørsel. God hørsel er ofte viktig for å opprettholde arbeid og sosial aktivitet, unngå psykiske plager og demens. I flere helseforetak er det lang ventetid for tilpasning av høreapparat. Regjeringen vil innføre en høreapparatgaranti, der eldre som trenger det skal få tilgang til høreapparat innen fire måneder. Dette vil kreve flere fagfolk og bedre oppgavedeling. Det foreslås 28 mill. kroner over kap. 732, post 70, til kompetansehevende tiltak som skal bidra til å øke kapasiteten og å fremme hensiktsmessig oppgavedeling mellom personell i hørselsomsorgen, herunder vurdere etablering av fagskoleutdanning i audiologi for relevant personell i dialog med fagskolene.

Det foreslås også 10 mill. kroner til å øke utdanningskapasiteten ved audiografutdanningen ved NTNU, over Kunnskapsdepartementets budsjett, kap. 260 post 50, der praksisveilederkapasiteten skal styrkes, og studieplassene skal desentraliseres for å bidra til rekruttering i hele landet.

Abortnemnder

Bevilgningen økes med 0,6 mill. kroner mot en tilsvarende reduksjon på kap. 781, post 21. Omdisponeringen hensyntar endrete ansvarsforhold knyttet til abortnemnder.

Forsøksordning økt refusjonssats for pasientreiser i Helse Nord

Bevilgningen økes med 14 mill. kroner i forbindelse med en forsøksordning der Helse Nord kan refundere et høyere beløp for nødvendig overnatting ifm. pasientreiser. Tiltaket ble innført ifm. behandlingen av revidert nasjonalbudsjett 2025, og videreføres i 2026 med helårsvirkning.

Økt kapasitet for mindreårige i kriminalomsorgen

Det har vært en markant økning i tallet på innsettelser av mindreårige i fengsel de siste årene. Økningen innebærer at det er en risiko for at det i perioder kan være flere mindreårige innsatte enn det er plass til i ungdomsenhetene. Regjeringen har satt i verk tiltak for å øke kapasiteten ved ungdomsenhetene, og i 2025 er en ny ungdomsenhet

på Evje åpnet. Ungdomsenhet øst på Eidsvoll har en bygningsmasse som gjør det mulig å etablere seks nye plasser ved enheten. Regjeringen foreslår til sammen 2,9 mill. kroner over kap. 732, post 70 og 0,9 mill. kroner over kap. 760, post 62 til økt kapasitet ved Ungdomsenhet øst.

Virksomhetsoverføring av rettsmedisin til Helse Bergen HF

Helse Bergen HF og UiB inngikk i november 2024 en avtale om virksomhetsoverføring av rettsmedisinsk tjeneste fra UiB til Helse Bergen HF med virkning fra 1. januar 2025. Det er avtalt at Helse Bergen skal få kompensert 6 mill. kroner til lønn og drift i forbindelse med virksomhetsoverføringen. Dette er midler som frem til nå har vært en del av den årlige tildelingen fra Kunnskapsdepartementet til Universitetet i Bergen. Midlene overføres fra Kunnskapsdepartementets budsjett, kap. 260, post 50, til Helse- og omsorgsdepartementets kap. 732, post 70. Midlene bevilges til Helse Vest RHF over post 70, og øremerkes med formål til rettsmedisin ved Helse Bergen HF.

Husleiekompensasjon for Livsvitenskapsbygget

Det foreslås 4,6 mill. kroner til Helse Sør-Øst RHF, som husleiekompensasjon til Oslo universitetssykehus HF sine kostnader i 2025 for Livsvitenskapsbygget. Ifm. statsbudsjettet for 2022 ble det vedtatt at Helse Sør-Øst RHF etter innflytting i Livsvitenskapsbygget skulle motta husleiekompensasjon på 90 mill. 2021-kroner årlig. Kompensasjonen er knyttet til at vilkårene i statens husleieordning avviker fra det som ligger til grunn i den ordinære finansieringsordningen for store investeringsprosjekter i helseforetakene.

Kompetansenettverk for arbeid og helse

Av Nasjonal helse- og samhandlingsplan fremgår det at Regjeringen vil inkludere flere med helseutfordringer i arbeid, styrke arbeidsrettet rehabilitering og bidra til et bedre arbeidsmiljø gjennom et forsterket samarbeid mellom helsesektoren og arbeids- og velferdssektoren. Arbeidsinkludering og jobbmestring bør i større grad inkluderes som behandlings- og/eller rehabiliteringsmål i helse- og omsorgstjenestene og i pasientforløp. Felles nasjonale faglige anbefalinger innen fagfeltet arbeid og helse ble publisert i 2025. Se kap. 740 for nærmere omtale av arbeid og helse.

Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet har etter felles oppdrag om å vurdere behovet for å samordne og styrke kompetanse og kvalitet innen arbeid og helse, levert forslag til en tverrsektoriell kompetansemodell. Direktoratenes utredning er fulgt opp gjennom et oppdrag til de regionale helseforetakene som, i samarbeid med Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet, skal etablere og drifte et interregionalt kompetansenettverk for arbeid og helse. Som del av oppdraget vil det bli utarbeidet et mandat for kompetansenettverket. Det tildeles 2,4 mill. kroner til Helse Nord RHF som leder arbeidet.

Medisinske kvalitetsregistre

De regionale helseforetakene har ansvar for å finansiere faglig og teknisk drift av de medisinske kvalitetsregistrene med nasjonal status, og bidra til at etablerte registre benyttes i tråd med formålet. Helsedirektoratet beslutter nasjonal status etter søknad fra de regionale helseforetakene. Bevilgningen på 46,5 mill. kroner dekker finansiering av Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre ved Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) i Helse Nord RHF. Videre dekker bevilgningen videreutvikling av tekniske fellesløsninger og implementering av felles infrastruktur for medisinske kvalitetsregistre i regi av de regionale helseforetakene. Infrastrukturen som er bygget opp rundt medisinske kvalitetsregistre bidrar inn i de regionale helseforetakenes oppgaver i det nasjonale arbeidet for enklere tilgang til helsedata, jf. omtale i kapittel 745 Folkehelseinstituttet.

I 2026 vil tiltak for bedre bruk av helsedata videreføres i samarbeid med blant annet Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet, herunder tiltak for å fremme automatisk datafangst, innføre fellestjenester som felles søknadsskjema i nasjonale medisinske kvalitetsregistre, oppdatere metadata og harmonisere prioriterte registervariabler i kvalitetsregistre.

Oljepionerene

Etter Stortingets vedtak ved behandling av Dokument 8:16 S (2024–2025), ble det bestemt at det skal etableres en kompensasjonsordning for kjemikalieskadde oljepionerer i tråd med anbefalingene i NOU 2022: 19 *Oljepionerene – en kompensasjonsordning*. Som ledd i de administrative forberedelsene, skal de regionale helseforetakene fra 2026 utføre forenklede arbeidsmedisinske vurderinger i forbindelse med søknader om kompensasjon som vil bli formidlet fra et sekretariat for ordningen og gjennomføres basert på en egen veileder som utarbeides til dette formålet. Det ble i revidert nasjonal-

budsjett 2025 under Arbeids- og inkluderingsdepartementet, bevilget midler til administrative forberedelser, inkludert midler til arbeidsmedisinske utredninger ved de fire regionale helseforetakene for ikke å fortrenge pasientbehandling. Det foreslås å flytte 9,5 mill. kroner fra Arbeids- og inkluderingsdepartementets budsjett, kap. 647, post 01, til kap. 732, post 70 til formålet.

Helseplattformen

Helse Midt-Norge RHF har innført Helseplattformen som er en felles pasientjournal og samhandlingsplattform for sykehus, kommuner og fastleger i Midt-Norge. Det ble i 2019 etablert en tilskuddsordning for å legge til rette for deltakelse av kommuner og fastleger i Midt-Norge, slik at Helse Midt-Norge og kommunene som går inn i prosjektet ble avlastet for risiko knyttet til manglende deltakelse. Tilskuddsrammen var på 601 mill. 2019-kroner og siste del av tilskuddet ble utbetalt i 2023. Tilskuddet betales tilbake etter hvert som kommuner og fastleger tar i bruk løsningen. Se nærmere omtale under kap. 3732, post 87, om tilbakebetalingen.

Helseplattformen er innført i alle helseforetak i Helse Midt-Norge og i 34 kommuner.

Helse Midt-Norge oppgir at innføringen har vært mer krevende enn forventet. I Riksrevisjonens rapport om Helseplattformen (Dokument 3:3 (2024–2025)) blir innføringen vurdert som sterkt kritikkverdig. Helse Midt-Norge har i 2025 fått i oppdrag å følge opp Riksrevisjonens hovedfunn, vurderinger og anbefalinger. I nysalderingen for 2024 har Helse Midt-Norge fått midler til å forbedre brukervennlighet og effektivitet i løsningen. Se også omtale av anmodningsvedtak 468 (2024–2025) om analyse av fordeler og ulemper ved Helseplattformen. Videre vurderer Helse Midt-Norge RHF hvordan innbyggertjenester kan integreres med tjenester på Helsenorge slik at det blir mest mulig brukervennlig for innbyggere. Helsedirektoratet har i tildelingsbrevet for 2024 og 2025 fått i oppdrag å innhente og dele læringspunkter fra Helseplattformen, og i arbeidet se hen til Riksrevisjonens undersøkelse av Helseplattformen. Helsedirektoratet har identifisert og kategorisert læringspunkter og drøftet disse i dialog med Helseplattformen.

Helse Nord

Regjeringen foreslår å videreføre særskilte tilskudd til Helse Nord fra 2025 på til sammen 548,9 mill. kroner. Dette inkluderer:

- Tilskudd til å rekruttere og beholde personell på 215 mill. kroner.
- Beredskapstilskudd for å opprettholde akuttilbud i Helse Nord på 154,3 mill. kroner.
- Rekrutterings- og samhandlingstilskudd på 99,1 mill. kroner.
- Tilskudd til videreutvikling av spesialisthelsetjenesten i Alta på 42,9 mill. kroner.
- Tilskudd til beredskap og akuttjenester i Kirkenes på 37,6 mill. kroner.

Post 71 Resultatbasert finansiering

Ordningen med resultatbasert finansiering i spesialisthelsetjenesten ble innført fra budsjettåret 2022, jf. Prop. 1 S (2021–2022). Resultatbasert finansiering erstattet den tidligere ordningen med kvalitetsbasert finansiering. Formålet med ordningen er å stimulere til ønsket tjenesteutvikling, med vekt på samhandling og digitalisering. I 2026 inkluderes følgende indikatorer:

- Video- og telefonkonsultasjoner.
- Samarbeidsaktiviteter (PHV/TSB).
- Samarbeidsaktiviteter (somatikk).
- Teambasert oppfølging (ACT- og FACT- team).
- Teambasert oppfølging (Somatikk).
- Digital skjemabasert pasientoppfølging og monitorering.
- Gjennomført nettbasert behandlingsprogram.
- Digital hjemmeoppfølging av pasienter via medisinsk utstyr.
- Andel epikriser sendt innen 1 dag.

Det er satt måltall for de ulike indikatorene. Videre vektes de noe ulikt, ut fra antall observasjoner.

For 2026 justeres vektingen for 4 av 9 indikatorene i modellen:

- Video- og telefonkonsultasjoner justeres fra 24 pst. til 20 pst.
- Andel epikriser sendt innen 1 dag justeres fra 24 pst. til 20 pst.
- Digital skjemabasert pasientoppfølging og monitorering justeres fra 4 pst. til 7 pst.
- Digital hjemmeoppfølging av pasienter via medisinsk utstyr justeres fra 3 pst. til 7 pst.

I fordelingen for 2026 er det data for første tertial 2025 som benyttes. Det vil gjennomføres en avregning ifm. revidert nasjonalbudsjett for 2026, der data for hele 2025 benyttes. Helsedirektoratet publiserer årlig regelverk for ordningen. Fordelingen for 2026 følger av tabell 4.1.

Tabell 4.1 Fordeling

	Fordeling 2026	Fordeling 2025	Endring fra 2025 til 2026	Fordeling sammenlignet med fordeling av basisbevilgning i pst.
Helse Sør-Øst RHF	358,0	369,5	-11,5	-5,3%
Helse Vest RHF	162,0	125,4	36,6	21,6%
Helse Midt-Norge RHF	94,9	99,1	-4,2	-3,5%
Helse Nord RHF	78,2	77,6	0,6	-6,5%
Sum	693,1	671,6	21,5	0

Helse Vest RHF vil motta 162 mill. kroner, som innebærer en økning på 28,8 mill. kroner sammenlignet med den ordinære inntektsfordelingsmodellen. Regionen gjør det jevnt over godt på indikatorene, og er det eneste regionale helseforetaket som får poeng for indikatoren gjennomført nettbasert behandlingsprogram.

Ved den foreløpige fordelingen av midler vil Helse Midt-Norge RHF motta 94,9 mill. kroner, noe som innebærer en differanse på -3,4 mill. kroner sammenlignet med den ordinære inntektsfordelingsmodellen. Regionen oppnår jevnt over gode resultater, men oppnår ikke poeng på indikatoren for gjennomført nettbasert behandlingsprogram.

Helse Nord RHF vil motta 78,2 mill. kroner, tilsvarende en differanse på -5,4 mill. kroner i forhold til inntektsfordelingsmodellen. Regionen har god måloppnåelse på flere indikatorer, men oppnår noe lavere resultater andel epikriser sendt innen 1 dag, digital hjemmeoppfølging av pasienter via medisinsk utstyr, og får ikke poeng for gjennomført nettbasert behandlingsprogram.

Helse Sør-Øst RHF får ved den foreløpige fordelingen tildelt 358 mill. kroner, noe som innebærer en differanse på -20 mill. kroner sammenlignet med inntektsfordelingsmodellen. Resultatene er jevnt over gode, men regionen oppnår ikke poeng for gjennomført nettbasert behandlingsprogram og har noe svakere resultater knyttet til samarbeidsaktiviteter i somatikken.

Post 72–75 Basisbevilgning til regionale helseforetak

Basisbevilgningen fra staten til de regionale helseforetakene skal legge grunnlaget for å realisere de helsepolitiske målsettingene i spesialisthelsetjenesten. Det er etablert et inntektssystem som fordeler basisbevilgningen mellom Helse Sør-Øst RHF (post 72), Helse Vest RHF (post 73), Helse Midt-Norge RHF (post 74) og Helse Nord RHF (post 75). For rapportering 2024 vises det til del III, kap. 5 Spesialisthelsetjenesten.

Nedenfor følger enkeltforslag med bevilgningsmessige konsekvenser samt forslag til modell for fordeling av basisbevilgningene mellom de fire regionale helseforetakene i 2025. Endelig fordeling av de fire basisbevilgningene følger av fordelingsnøklene i inntektsmodellen, jf. tabell 4.2.

Økt driftsbevilgning

Av den foreslåtte økte driftsbevilgningen på 2 885 mill. kroner sammenlignet med saldert budsjett 2025 fordeles 2 180 mill. kroner på basisbevilgningene. Resterende beløp tildeles over kap. 732, postene 70, 76, 77 og 80.

Det foreslås videre å nedjustere laboratorierefusjonene innen offentlig og privat radiologi. Det vises til omtale under kap. 732, post 77 Laboratorie- og radiologiske undersøkelser, og kap. 2711, post 76 Private laboratorier og røntgenundersøkelser. Omleggingen er budsjettnøytral. Samlet reduseres bevilgningene under kap. 732, post 77, og kap. 2711, post 76, med 144 mill. kroner mot at basisbevilgningene økes med samme beløp.

Deflatoren i statsbudsjettet for 2026 er endret ved at også prisvekst på bruttoinvesteringer er innarbeidet. I tillegg blir vektene nå basert på regnskapstall fra helseforetakene slik de fremkommer i Statistisk sentralbyrå sin statistikk for offentlige finanser. Omleggingen innebærer at vektingen i deflatoren endres fra 70/30 mellom lønn og varer og tjenester til 56,6/43,4. Vektene vil fra nå av oppdateres løpende.

Pensjon

Til grunn for basisbevilgningen ligger et anslått nivå for helseforetakenes samlede pensjonskostnader på 22 000 mill. kroner. Dette er 3 950 mill. kroner høyere enn bevilgningsnivået i saldert budsjett 2025. Det vises til samlet omtale av helseforetakenes pensjonsbevilgninger og forutsetninger for disse under post 86 Driftskreditter.

Bevilgningen økes dermed med 3 950 mill. kroner, fordelt slik:

- 2 163 mill. kroner til kap. 732, post 72.
- 761 mill. kroner til kap. 732, post 73.
- 559 mill. kroner til kap. 732, post 74
- 467 mill. kroner til kap. 732, post 75.

Økt egenandel for poliklinisk helsehjelp og gebyr for manglende fremmøte

Det foreslås å øke egenandelen for poliklinisk helsehjelp med 10 pst. eller 40 kroner med virkning fra 1. januar 2026. Egenandelen vil med den foreslåtte økningen være 443 kroner. Egenandelen for bildediagnostikk mv. berøres ikke av forslaget. Bevilgningen over poster 72–75 reduseres med 271 mill. kroner, fordelt slik:

- 147,3 mill. kroner fra kap. 732, post 72.
- 52,3 mill. kroner fra kap. 732, post 73.
- 38,6 mill. kroner fra kap. 732, post 74.
- 32,8 mill. kroner fra kap. 732, post 75.

Det vises også til omtale på kap. 2711, post 70 og 71, kap. 2752, post 70 samt i del I, kapittel 2.

Gebyret for manglende fremmøte til somatisk poliklinikk er i dag fire ganger egenandelsbeløpet eller 1 612 kroner. Innenfor psykiatri og rusbehandling er gebyret på samme beløp som egenandelen, dvs. 403 kroner. Gebyret inngår ikke i frikortet og kan kreves av alle, også grupper som er fritatt for egenandel. Økningen av egenandelen for poliklinisk helsehjelp 10 pst. eller 40 kroner fra 1. januar vil også øke gebyrbeløpene fra samme dato. Nytt egenandelsnivå tilsvarende 443 kroner innebærer at gebyret for manglende fremmøte til somatisk poliklinikk blir 1 772 kroner. Innenfor psykiatri og rusbehandling blir gebyret 443 kroner. Forslaget innebærer en samlet innsparing tilsvarende 31 mill. kroner. Reduksjonen på kap. 732 fordeles slik:

- 16,9 mill. kroner fra kap. 732, post 72.
- 6 mill. kroner fra kap. 732, post 73.
- 4,4 mill. kroner fra kap. 732, post 74.
- 3,7 mill. kroner fra kap. 732, post 75.

Helseteam i barnevernet

Barn i barnevernet har et større omfang av helseplager enn andre barn. For å styrke tilgang til helsehjelp for barn i barnevernsinstitusjoner, ble helseteam foreslått i NOU 2023: 24 *Med barnet hele vegen.* De regionale helseforetakene fikk i 2024 i oppdrag å planlegge for at alle barnevernsinstitusjoner er tilknyttet et ambulant team fra spesialisthelsetjenesten med kompetanse innen psykisk helse og ruslidelser. Helseteam ble også varslet i regjeringens strategi for barnevernets institusjonstilbud og foreslått i Prop. 83 L (2024–2025) *Endringer i barnevernsloven mv. (kvalitetsløftet i barnevernet)*.

Alle regioner har igangsatt arbeidet med slike tilbud, bruker eksisterende ambulante team eller tilsvarende tilbud i psykisk helsevern barn og unge. Målet er å gi barn på barnevernsinstitusjon et mer tilgjengelig tilbud om helsehjelp samt veiledning til personellet. Arbeidet i regionene er kommet ulikt, og enkelte steder rapporteres det om utilstrekkelig kapasitet – noe som skyldes lokale bemanningsutfordringer og et høyt antall barnevernsplasser. Helsedirektoratet har, i samarbeid med Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet og de regionale helseforetakene, fått i oppdrag å utarbeide nasjonale faglige anbefalinger om helseteam.

Det er behov for å styrke ordningen slik at alle barn i barnevernsinstitusjoner får tilgang til slik helsehjelp så snart som mulig og samtidig unngå at etablering av tilbudet går på bekostning av andre prioriterte pasientgrupper og gir økte ventetider i psykisk helsevern barn og unge. Det foreslås 40 mill. kroner til formålet som del av opptrappingsplan for psykisk helse. Det vises også til omtale av forsøk med helsepersonell ved to barnevernsinstitusjoner i hhv Bodø og Søgne, finansiert over kap. 732, post 70. Det foreslås en videreføring av midler som har vært benyttet til forsøksordningen til Helse Sør-Øst RHF og Helse Nord RHF, men omdisponert til helseteam i disse to regionene. Disse midlene kommer i tillegg til tildelingene til Helse Sør-Øst RHF og Helse Vest RHF nedenfor.

Midlene fordeles slik til de regionale helseforetakene basert på fordelingsnøkkel for basisbevilgning og som i all hovedsak samsvarer med antall plasser i barnevernsinstitusjoner i regionene:

- 21,7 mill. kroner til Helse Sør-Øst RHF.
- 7,7 mill. kroner til Helse Vest RHF.
- 5,7 mill. kroner til Helse Midt-Norge RHF.
- 4,9 mill. kroner til Helse Nord RHF.

Flytting av øremerkede tilskudd fra post 70

Hovedregelen er at midler til de fire regionale helseforetakene budsjetteres over kap. 732, postene 72–75. Særskilte forhold gjør det nødvendig å bevilge midler over en felles post 70 i en periode. Det foreslås å flytte noen enkelttilskudd fra 732, post 70 til basisbevilgningene kap. 732, post 72–75 i 2026. Det innebærer at noen tidligere øremerkede midler blir frie inntekter. Det foreslås at følgende tilskudd tilsvarende 672,6 mill. kroner på kap. 732, post 70 flyttes til basisbevilgningene i 2026:

- Tarmscreeningprogrammet (179,6 mill. kroner).
- LIS1-stillinger i Helse Nord (64 mill. kroner).
- LIS1-stillinger (376,3 mill. kroner).
- Tiltak Møre og Romsdal (29,9 mill. kroner).
- Nasjonal forsterket fellesskapsavdeling kvinner ved Telemark fengsel, Skien avdeling (16,2 mill. kroner).
- Økt kapasitet for mindreårige kriminalomsorgen (5,6 mill. kroner).
- Tilskudd til Ungdomsenhet øst (1 mill. kroner).

Bevilgningen til nasjonal forsterket fellesskapsavdeling kvinner ved Telemark fengsel, Skien avdeling og til økt kapasitet for mindreårige kriminalomsorgen vurderes som en permanent styrkning av tilbudet i kriminalomsorgen, og aktivitet forutsettes videreført på varig basis.

LIS1 er første del av legenes spesialistutdanning. Helse- og omsorgsdepartementet har hatt praksis for å øremerke tilskudd til opprettelse av LIS1-stillinger i de regionale helseforetakene. Fra og med 1. januar 2025 åpner spesialistforskriften § 11 tredje ledd for at kommuner og helseforetak eller sykehus i fellesskap kan opprette egne LIS1-stillinger ved behov. Øremerkede tilskudd over departementets budsjett til de regionale helseforetakene til LIS1-stillinger avvikles og overføres til de regionale helseforetakenes basisbevilgning.

34 nye LIS1-stillinger

Ifm. Stortingets behandling av Prop. 1 S (2024–2025) ble det besluttet å opprette 34 nye LIS1 stillinger. Stillingene skal videre innfases og det er behov for ytterligere 21,3 mill. kroner i 2026, med følgende fordeling:

- 11,6 mill. kroner til kap. 732, post 72.
- 4,1 mill. kroner til kap. 732, post 73.
- 3,0 mill. kroner til kap. 732, post 74.
- 2,6 mill. kroner til kap. 732, post 75.

Nasjonalt program for screening av tarmkreft

Tarmscreeningprogrammet startet i 2022 og ble landsdekkende fra 2024. Tilbudet gis til kvinner og menn året de fyller 55 år og baserer seg på undersøkelse hvert andre år av blod i avføringen. Programmet driftes av Kreftregisteret ved Folkehelseinstituttet som i tillegg har oppfølging av Pilotprosjektet og drift av endoskopiskolen. Akershus universitetssykehus HF er nasjonalt mottak for analyse av avføringsprøvene i Tarmscreeningprogrammet. Helseforetakene har ansvar for oppfølgende koloskopi av deltagere med påvist blod i avføringen. Kreftregisteret har ansvar for å drifte programmet. Det foreslås å overføre 52 mill. kroner til Folkehelseinstituttets driftskapittel, kap. 745, post 01. Som følge av at programmet nå er landsdekkende, foreslås det også å flytte 179,6 mill. kroner til de regionale helseforetakenes basisbevilgning, kap. 732, poster 72–75, fra kap. 732, post 70, med følgende fordeling:

- 97,9 mill. kroner til kap. 732, post 72.
- 34,5 mill. kroner til kap. 732, post 73.
- 25,5 mill. kroner til kap. 732, post 74.
- 21,7 mill. kroner til kap. 732, post 75.

Finansieringsansvar for kraniofaciale lidelser og leppe-kjeve-ganespalte

I statsbudsjettet for 2025 ble det foretatt en omlegging av organisering og finansiering av kjeveortopedi for pasienter med leppe-kjeveganespalte og kraniofaciale tilstander. Det ble i denne anledning flyttet midler fra kap. 2711, post 72 til kap. 732, post 72–76.

Erfaring viser at det vil kreve mer tid å foreta omstillingen. Det foreslås derfor å tilbakeføre endringen, noe som innebærer at det flyttes 9,4 mill. kroner fra kap. 732, post 72–75 til kap. 2711, post 72 etter følgende fordeling:

- 4,9 mill. kroner fra kap. 732, post 72.
- 2,7 mill. kroner fra kap. 732, post 73.
- 1,1 mill. kroner fra kap. 732, post 74.
- 0,7 mill. kroner fra kap. 732, post 75.

Det vises også til forslag på kap. 732, post 76.

Nasjonale kompetansetjenester

Det foreslås å flytte totalt 248,5 mill. kroner fra kap. 732.78 til de regionale helseforetakenes basisbevilgning, kap. 732, post 72–75, med følgende fordeling:

- 135,2 mill. kroner til kap. 732, post 72.
- 47,8 mill. kroner til kap. 732, post 73.

– 35,3 mill. kroner til kap. 732, post 74.
– 30,2 mill. kroner til kap. 732, post 75.

Flyttingen er en konsekvens av endringer i systemet for nasjonale tjenester med mer tidsavgrenset og dynamisk system for etablering og avvikling av nasjonale kompetansetjenester. Midlene skal fortsatt finansiere nasjonale kompetansetjenester, samt tjenester som omorganiseres til nettverk, senter eller annen form etter avvikling som nasjonal tjeneste. Ved å legge midlene i rammen til de regionale helseforetakene gis regionene mer fleksibilitet ved avvikling og etablering av nye tjenester. Man unngår at midler må flyttes mellom regionene dersom tjenester avvikles i en region og andre etableres i annen region.

Finansieringsansvar for legemidler ved Parkinsons sykdom og forebygging av alvorlige luftveisinfeksjoner forårsaket av RS-virus hos barn

Med henvisning til Prop. 146 S (2024–2025), jf. Innst. 540 S (2024–2025), foreslås det at de regionale helseforetakene fra 1. januar 2026 får overført finansieringsansvaret for enkelte legemiddelgrupper. Helsedirektoratet har hatt på høring hvilke konkrete legemidler som skal omfattes av overføringen. Legemiddelgruppene som foreslås overført omfatter legemidler ved alvorlig, fremskreden Parkinsons sykdom og legemidler til forebygging av alvorlige nedre luftveisinfeksjoner forårsaket av RS-virus hos barn. Som følge av forslaget overføres 175 mill. kroner, svarende til forventede utgifter for helseforetakene i 2026, fra folketrygdens kapittel 2751, post 70, til kap. 732, post 72–75. Midlene legges på de regionale helseforetakenes basisbevilgninger med følgende fordeling:

– 95,0 mill. kroner til kap. 732, post 72.
– 33,5 mill. kroner til kap. 732, post 73.
– 25,0 mill. kroner til kap. 732, post 74.
– 21,5 mill. kroner til kap. 732, post 75.

Det vises til omtale også under kap. 2751, post 70.

Finansieringsansvar for medisinsk forbruksmateriell ved laryngektomi (strupeopererte), blødersykdom, veksthormonbehandling og nyretransplantasjon

Helse- og omsorgsdepartementet har hatt på høring forslag til endringer i blåreseptforskriften, der det foreslås at de regionale helseforetakene fra 1. januar 2026 får overført finansieringsansvaret for enkelte produktgrupper innen medisinsk forbruksmateriell. Produktgruppene som foreslås overført omfatter medisinsk forbruksmateriell ved laryngektomi (strupeopererte), blødersykdom, veksthormonbehandling og nyretransplantasjon. Som følge av forslaget overføres 14,4 mill. kroner, svarende til forventede utgifter for helseforetakene i 2026, fra folketrygdens kapittel 2751, post 72, til kap. 732, post 72–75. Midlene legges på de regionale helseforetakenes basisbevilgninger med følgende fordeling:

– 7,8 mill. kroner til kap. 732, post 72.
– 2,8 mill. kroner til kap. 732, post 73.
– 2,0 mill. kroner til kap. 732, post 74.
– 1,8 mill. kroner til kap. 732, post 75.

Det vises til omtale også under kap. 2751, post 72.

Sikkerhetspsykiatri

I forbindelse med revidert nasjonalbudsjett 2024 ble det bevilget 100 mill. kroner til sikkerhetspsykiatriske tiltak i de fire regionale helseforetakene. I 2025 ble det bevilget ytterligere 36 million kroner til ambulante sikkerhetsteam. Bevilgningene er varige og skal benyttes til oppfølging av plan for sikkerhetspsykiatri også i 2026. Regionene må vurdere hvilke tiltak som er mest relevante ut fra lokalt utfordringsbilde og anbefalinger i plan for sikkerhetspsykiatri og oppfølging av interregionale problemstillinger. Noen helseforetak har behov for å etablere flere plasser og øke bemanningen i 2026, mens andre har størst behov for etablering av f.eks sikkerhetspsykiatriske tilbud til barn og unge, sikkerhetsboliger eller ambulante sikkerhetspsykiatriske team som kan følge opp pasienter i kommunene.

Inntektsmodell for regionale helseforetak

Basisbevilgningene til de regionale helseforetakene over kap. 732, postene 72–75, fordeles gjennom en inntektsmodell. Modellen tar hensyn til regionale forskjeller i behov for spesialisthelsetjenester og forskjeller i kostnader ved å yte spesialisthelsetjenester, slik det også er i inntektssystemet for kommunesektoren.

Modellen bygger på forslaget i NOU 2019: 24 *Inntektsfordeling mellom regionale helseforetak*. Den er innført gjennom inntektsvekst over to år i 2021 og 2022. Det vises til Prop. 1 S (2020–2021) for en nærmere beskrivelse av inntektsmodellen.

Oppdatering av befolkningstall og andre kriterieverdier i modellen medfører på vanlig måte omfordeling mellom de regionale helseforetakene fra 2025 til 2026. Det er en tilsiktet og ønsket virkning av en inntektsmodell som tar hensyn til

endringer i befolkningen samt helse- og sosiale kriterier som har betydning for behovet for spesialisthelsetjenester.

For 2026 innebærer oppdatering av kriterieverdiene at Helse Vest RHF, Helse Midt-Norge RHF og Helse Nord RHF isolert sett får redusert sine andeler av basisbevilgningen, mens Helse Sør-Øst RHF får økt sin andel. Samlet omfordeling er estimert til om lag 213 mill. kroner. Det er Helse Nord RHF som får redusert sin andel av basisbevilgning mest som følge av oppdatering av kriterieverdiene i modellen, både i absolutt og relativt nivå. Det er forskjeller i befolkningsvekst som har størst forklaringskraft. Samtidig mottar Helse Nord RHF høyest andel av basisbevilgningen per innbygger. Budsjettforslaget for 2026 innebærer at alle de regionale helseforetakene får økt sine basisbevilgninger fra 2025 til 2026, korrigert for oppgaveendringer og pris- og lønnsvekst.

Fordelingsnøkkelen for fordeling av basisbevilgning mellom de regionale helseforetakene i 2026 fremgår av tabell 4.3.

Tabell 4.2 Fordelingsnøkkel basisbevilgning 2025 og 2026

	2025	2026
Helse Sør-Øst RHF	0,5453	0,5465
Helse Vest RHF	0,1922	0,1920
Helse Midt-Norge RHF	0,1419	0,1417
Helse Nord RHF	0,1206	0,1198
Sum	1,0000	1,0000

Post 72 Basisbevilgning Helse Sør-Øst RHF

Bevilgningen er en grunnfinansiering for å sette Helse Sør-Øst RHF i stand til å utføre sin virksomhet og realisere sitt sørge for-ansvar slik dette er fastsatt i lover og helsepolitiske mål og rammer. Det foreslås bevilget 94 780 mill. kroner i 2026.

Post 73 Basisbevilgning Helse Vest RHF

Bevilgningen er en grunnfinansiering for å sette Helse Vest RHF i stand til å utføre sin virksomhet og realisere sitt sørge for-ansvar slik dette er fastsatt i lover og helsepolitiske mål og rammer. Det foreslås bevilget 33 303 mill. kroner i 2026.

Post 74 Basisbevilgning Helse Midt-Norge RHF

Bevilgningen er en grunnfinansiering for å sette Helse Midt-Norge RHF i stand til å utføre sin virksomhet og realisere sitt sørge for-ansvar slik dette er fastsatt i lover og helsepolitiske mål og rammer. Det foreslås bevilget 24 581 mill. kroner i 2026.

Post 75 Basisbevilgning Helse Nord RHF

Bevilgningen er en grunnfinansiering for å sette Helse Sør-Øst RHF i stand til å utføre sin virksomhet og realisere sitt sørge for-ansvar slik dette er fastsatt i lover og helsepolitiske mål og rammer. Det foreslås bevilget 20 772 mill. kroner i 2026.

Post 76 Innsatsstyrt finansiering

Det viktigste formålet med innsatsstyrt finansiering er å understøtte sørge for-ansvaret til de regionale helseforetakene. Ordningen skal legge til rette for kostnadseffektiv pasientbehandling. Gjennom innsatsstyrt finansiering gjøres deler av budsjettet til de regionale helseforetakene avhengig av hvor mange og hva slags pasienter som får behandling. Dersom aktiviteten blir mindre enn forutsatt vil tilskuddene til de regionale helseforetakene bli lavere. Dersom aktiviteten blir høyere enn forutsatt vil tilskuddene til de regionale helseforetakene bli høyere. Helsedirektoratet har et helhetlig ansvar for forvaltning og utvikling av innsatsstyrt finansiering. Arbeidet utføres i dialog med de regionale helseforetakene.

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

– Det foreslås å øke bevilgningen med 5,5 mill. kroner for å inkludere aktivitet i ISF som tidligere utelukkende har blitt finansiert gjennom Helse Vests basisbevilgning.

- Det foreslås å flytte 16,8 mill. kroner til kap. 732, post 74 fordi det er blitt færre rapporteringsenheter i Helse Midt-Norge.
- Det foreslås å øke bevilgingen med 10 mill. kroner i forbindelse med egenandelsfritak i psykisk helsevern for pasienter til og med 25 år (inntil fylte 26 år) som ble innført i 2025.
- Det foreslås å redusere bevilgningen med 4 mill. kroner i forbindelse med endret finansiering av leppe-kjeve-ganespalte og kraniofaciale tilstander.

Nærmere om ISF-ordningen

Innsatsstyrt finansiering (ISF) omfatter somatisk spesialisthelsetjeneste, både innleggelser, poliklinisk utredning og -behandling, samt pasientbehandling utenfor sykehus, herunder pasientadministrert legemiddelbehandling. Ordningen omfatter også poliklinisk psykisk helsevern og poliklinisk tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

ISF er rettet mot de regionale helseforetakene. De regionale helseforetakene har egne modeller for fordeling av inntektene til det enkelte helseforetak, basert på lokal kunnskap om sykehus, pasientsammensetning og kostnadsstrukturen ved disse.

ISF skal understøtte ønsket faglig utvikling i spesialisthelsetjenesten. ISF utvikles for at ordningen skal understøtte sammenhengende forløp, bruk av ny teknologi og andre nye og effektive måter å organisere tjenestetilbudet på. Det legges vekt på at ordningen bør være mest mulig nøytral med tanke på hvilke personellgrupper som utfører behandling, hvor behandlingen finner sted, og hvordan pasientforløpene organiseres. Dette skal bl.a. bidra til mer effektiv utnyttelse av personellressurser i sykehus og at tjenester i større grad flyttes hjem til pasienten ved bruk av teknologi.

Utvikling av ISF skal bidra til at finansieringsordningen avspeiler og understøtter medisinsk praksis. Målsettingen om en mest mulig oppdatert finansieringsordning kan imidlertid komme i konflikt med behovet for mest mulig stabile og forutsigbare rammevilkår for de regionale helseforetakene. Disse hensynene må veies mot hverandre. Målet er å ha en mest mulig oppdatert finansieringsordning, men medisinsk praksis endres kontinuerlig, og det vil ikke være mulig å være fullstendig oppdatert til enhver tid.

Innsatsstyrt finansiering bygger på DRG-systemet, jf. boks 4.5. Fra 2025 ble ISF-andelen redusert fra 40 pst. til 30 pst. innenfor somatikken. En ISF-andel på 30 pst. innebærer at refusjonene i gjennomsnitt er ment å dekke 30 pst. av driftskostnadene knyttet til aktiviteten for somatisk spesialisthelsetjeneste. De øvrige kostnadene skal dekkes av basisbevilgningene til de regionale helseforetakene, jf. kap. 732, postene 72–75. Innenfor hver enkelt pasientgruppe kan det for den enkelte behandling være avvik mellom faktisk ressursbruk og ISF-refusjon. En høyere andel basisfinansiering kan bidra til økt strategisk handlingsrom for de regionale helseforetakene, særlig knyttet til sammenhengende pasientforløp og samarbeid med den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

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.

Nærmere om poliklinisk psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

ISF-ordningen omfatter også polikliniske tjenester innen psykisk helsevern og TSB. ISF-andelen for dette tjenesteområdet anslås til å være om lag 25 pst. ISF for poliklinisk psykisk helsevern og TSB vil også i 2025 holdes atskilt fra den øvrige delen (somatikk), ved at det blir forskjellige enhetspriser for de to delene av systemet.

Resultat 2024

Saldert budsjett for 2024 la til rette for en aktivitetsvekst på om lag 1,7 pst. over saldert budsjett for 2023.

Faktisk aktivitet i 2023 og oppdaterte analyser for årsaktiviteten i 2024 gjør at aktivitetsveksten i 2024 nå anslås til 2 pst. fra det som ble det faktiske aktivitetsnivået i 2023.

Helse- og omsorgsdepartementet vil komme tilbake til endelig avregning for 2024 ifm. nysalderingen av statsbudsjettet for 2025, inkludert eventuelle justeringer som følge av behandling av enkeltsaker i avregningsutvalget.

Status 2025

Fra 2025 er ISF-andelen for somatisk pasientbehandling endret fra 40 til 30 pst.

I Prop. 1 S (2024–2025) ble det lagt til rette for et aktivitetsnivå om lag 1,8 pst. over anslått nivå 2024 per 1. tertial 2024.

Boks 4.5 Diagnoserelaterte grupper (DRG), særtjenestegrupper (STG) og tjenesteforløpsgrupper (TFG)

DRG er et system for å klassifisere aktivitet i spesialisthelsetjenesten i ulike grupper basert på bl.a. diagnoser og prosedyrer. Systemet gjør det mulig å sammenligne sykehus selv om de behandler forskjellige pasienter. STG-systemet er etablert for å hensynta aktivitet som faller utenfor rammen av tradisjonelle konsultasjoner og innleggelser, som for eksempel pasientadministrert legemiddelbehandling og ulike former for digital hjemmeoppfølging. Det er også etablert tjenesteforløpsgrupper (TFG) for utvalgte fagområder. Dette innebærer at behandlingsaktiviteter finansieres per pasient for behandlingsperioden. Aktiviteten finansieres likt uavhengig av om aktiviteten skjer hjemme eller i sykehus, og uavhengig av antall kontakter i perioden. Et eksempel er legemiddelbehandling av MS-pasienter hvor TFG-finansiering innebærer en årsrefusjon for hver pasient. Det er 979 diagnoserelaterte grupper i 2025, 62 særtjenestegrupper og 9 tjenesteforløpsgrupper. Målsettingen er at hver enkelt gruppe skal inneholde mest mulig like pasientgrupper medisinsk og ressursmessig. Inndelingen i grupper bygger på om lag 20 000 diagnosekoder og om lag 9000 prosedyre- eller tiltakskoder. Systemet innebærer en 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-gruppe har tilordnet en kostnadsvekt som angir gjennomsnittskostnaden for pasientbehandlingen i gruppen. Beregningen av kostnadsvektene skjer med grunnlag i rapporterte gjennomsnittskostnader per DRG (behandling) fra alle landets helseforetak. Helseforetakene benytter kostnad per pasient metodikken (KPP), basert på en nasjonal spesifikasjon, for å sikre et standardisert kostnadsgrunnlag i beregningene. Utbetaling til de regionale helseforetakene gjennom ISF-ordningen påvirkes i all hovedsak av fire faktorer:

- Antall behandlinger.
- Kostnadsvekt.
- Enhetspris.
- ISF-andel.

Aktivitetsutviklingen i ISF-ordningen måles i antall ISF-poeng. Antallet ISF-poeng kommer frem ved å multiplisere antall behandlinger per gruppe med tilhørende kostnadsvekt. Utbetalingene gjennom ISF skal baseres på reell aktivitet basert på rapportering av aktivitet til Norsk pasientregister (NPR). Helsedirektoratet forvalter ISF-ordningen og følger opp at endringene i ISF reflekterer faktisk aktivitetsutvikling i sektoren. Det kan justeres for utilsiktede endringer gjennom kontrollarbeid og gjennom justering av enhetsprisene.

Prognosen for 2025 basert på aktivitetstall per første tertial 2025 og korrigert for vekst i 2024, indikerer et faktisk rom for vekst på om lag 2,2 pst. i 2025 sammenlignet med 2024. Helse- og omsorgsdepartementet vil komme tilbake til bevilgningsmessige konsekvenser av anslått aktivitet 2025 ifm. nysalderingen av statsbudsjettet for 2025 etter at ny informasjon om aktivitetstall for første og andre tertial 2025 foreligger.

Budsjettforslag 2026

Det ble i 2025 innført egenandelsfritak for pasienter til og med 25 år for behandling i offentlig psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling mot rusmiddelavhengighet og bevilgningen ble da økt med 142 mill. kroner. Bevilgningen foreslås økt med ytterligere 10 mill. kroner i forbindelse med egenandelsfritak i psykisk helsevern for pasienter til og med 25 år (inntil fylte 26 år) som ble innført i 2025.

Det foreslås å redusere bevilgningen med 4 mill. kroner i forbindelse med endret finansiering av leppe-kjeve-ganespalte og kraniofaciale tilstander. Forslaget har også budsjettmessige konsekvenser på kap. 732, post 72–75, jf. nærmere omtale der.

Det har blitt færre rapporteringsenheter for ISF i Helse Midt-Norge. Dette innebærer at ISF-utbetalingene blir mindre for ellers likt aktivitetsnivå. Det foreslås derfor å flytte 16,8 mill. kroner fra posten til basisbevilgningen til Helse Midt-Norge, kap. 732, post 74.

Helse Vest har anskaffet enkelte helsetjenester som så langt ikke har vært inkludert i ISF-ordningen. Det foreslås å flytte 5,5 mill. kroner fra Helse Vests basisbevilgning slik at denne aktiviteten heretter inkluderes i ISF.

For 2026 foreslås det etter dette bevilget 33 523,8 mill. kroner til innsatsstyrt finansiering på post 76. Budsjettet legger til rette for et aktivitetsnivå i 2026 som ligger om lag 1,4 pst. høyere enn anslått nivå for 2025.

Enhetsprisen for somatiske fagområder settes til 56 153 kroner. Enhetsprisen for poliklinisk psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling settes til 3 954 kroner. Det legges til grunn at enhetsprisen kan justeres ifb. årsavregning dersom aktivitetsgrunnlaget avviker fra det som er lagt til grunn ved fastsettelse av ISF-regelverket. Ev. endring i kodepraksis forutsettes ivaretatt gjennom Helsedirektoratets ordinære kontrollarbeid, herunder også arbeidet i avregningsutvalget.

Post 77 Laboratorie- og radiologiske undersøkelser

Bevilgningen omfatter refusjon for poliklinisk virksomhet ved offentlige helseinstitusjoner innenfor områdene radiologi og laboratorievirksomheter. Refusjon av egenandeler for somatisk poliklinisk virksomhet, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling inngår også. For 2026 foreslås det bevilget 4 767,3 mill. kroner, tilsvarende en vekst på 1,4 pst. utover anslag for aktivitetsnivået i 2025 basert på regnskapstall per juli 2025 for laboratorievirksomhet og per mai for radiologisk virksomhet og refusjon av egenandeler.

Det foreslås videre følgende endringer på posten:

- Det foreslås å flytte 108 mill. kroner fra kap. 732, post 77, til kap. 732, postene 72–75 knyttet til lavere sats på refusjoner til laboratorievirksomhet.
- Det foreslås å redusere bevilgingen tilsvarende 258 mill. kroner i forbindelse med forslaget om å avvikle refusjon for laboratorieanalyser når analysene er rekvirert av helprivate leger som ikke har avtale med det offentlige. Det vises til omtale i kapittel 2 og på kap. 2711, post 76.
- Det foreslås å øke bevilgningen med 0,3 mill. kroner i forbindelse med at ny abortlov innebærer at det kan gis inntil to oppfølgingssamtaler etter abort uten at det skal kreves egenandel.

For ytterligere å stimulere til økt effektivisering underreguleres de aktivitetsbaserte refusjonene for laboratorie- og radiologiområdet med 39 mill. kroner eller om lag 1 pst. utover øvrige budsjettiltak. I tillegg til dette videreføres tiltak om underregulering av laboratorieanalyser vedtatt i forbindelse med behandlingen av revidert nasjonalbudsjett for 2025 svarende til helårsvirkning 40 mill. kroner.

Samlet sett vurderes refusjonene til laboratorieanalyser til å være for høye. På dette grunnlag foreslås det flyttet 108 mill. kroner fra posten til de regionale helseforetakenes basisbevilgninger. Det vises til omtale på kap. 732, post 72–75 samt på kap. 2711, post 76.

Status 2025

Det ble flyttet 100 mill. kroner fra posten til de regionale helseforetakenes basisbevilgninger som følge av at refusjonene til laboratorieanalyser var vurdert å være for høye.

Saldert budsjett for 2025 la til rette for en aktivitetsvekst på 1,8 pst. utover anslag for aktivitetsnivået i 2024 basert på regnskapstall per mai i 2024. Basert på regnskapstall per juli 2025 for laboratorievirksomhet og per mai 2025 for radiologisk virksomhet og refusjon av egenandeler er samlede utbetalinger i 2025 anslått til å bli 4 990 mill. kroner eller 527,1 mill. kroner over saldert budsjett. Anslaget er usikkert. Årsaken til den anslåtte utbetalingsveksten er sterkere volumvekst enn opprinnelig antatt. Volumveksten i laboratorieområdet mellom første tertial 2024 og 1. tertial 2025 var på 34 pst. Medisinsk mikrobiologi hadde særskilt stor volumvekst og korrigert for denne var volumveksten 6 pst. Den sterke veksten innen medisinsk mikrobiologi kan i hovedsak knyttes til parallelle epidemier av luftveisinfeksjoner fra høsten 2024 til og med første tertial 2025 som anslås til å utgjøre om lag 60 pst. av veksten i medisinsk mikrobiologi.

Post 78 Forskning og nasjonale kompetansetjenester mv.

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

- Det foreslås å redusere bevilgningen med 248,5 mill. kroner som følge av flytting av midler til nasjonale kompetansetjenester til de regionale helseforetakenes basisbevilgning, kap. 732, poster 72–75.

Bevilgningen dekker:

- Tilskudd til forskning i helseforetakene. Tilskuddet skal være et økonomisk bidrag og insentiv for forskning i helseforetakene. Alle helseforetak skal ha forskning integrert i pasi-

entbehandling og i sin virksomhet. Basisdelen (30 pst.) fordeles likt. Den resultatbaserte delen (70 pst.) fordeles etter et glidende gjennomsnitt av forskningsresultater de siste tre år.
- Program for klinisk behandlingsforskning. Programmet eies og følges opp av de fire regionale helseforetakene og skal imøtekomme behovet for større nasjonale kliniske behandlingsstudier som svarer på identifiserte kunnskapsbehov i tjenesten. Forsøk med medikamentell behandling for avhengighet til benzodiazepiner og sentralstimulerende midler følges opp i programmet.
- NorTrials. NorTrials er et gjensidig forpliktende partnerskap mellom spesialisthelsetjenesten og helsenæringen, og omfatter seks NorTrials-sentre innenfor faglige satsningsområder, frikjøpsordninger for studiepersonell og markedsføring av Norge som utprøverland. Helse Sør-Øst RHF har koordineringsansvaret.
- Tilskudd til nasjonale kompetansetjenester mv. Tilskuddet foreslås overført til basisbevilningen til de regionale helseforetakene, med unntak av bevilgningen til Nasjonalt senter for sjeldne diagnoser i Helse Sør-Øst RHF og Nasjonal kompetansetjeneste for døvblinde i Helse Nord RHF, jf omtale under kap. 732 post 72–75.

Resultat 2024

Samlet bevilgning var 1 492,5 mill. kroner i 2024. Tilskudd til forskning utgjorde 935,6 mill. kroner. Tilskudd til nasjonale kompetansetjenester i spesialisthelsetjenesten utgjorde 556,8 mill. kroner, herunder 253,8 mill. kroner til Nasjonal kompetansetjeneste for sjeldne diagnoser i Helse Sør-Øst RHF og 63,9 mill. kroner til Nasjonal kompetansetjeneste for døvblinde i Helse Nord RHF.

Status 2025

Forskning

Tilskudd til forskning i helseregionene var i saldert budsjett for 2025 på 972,5 mill. kroner. Dette inkluderte 216,9 mill. kroner til program for klinisk behandlingsforskning (KLINBEFORSK) og 33,9 mill. kroner til NorTrials.

Årlige målinger av forskningsaktiviteten i helseforetakene og private ideelle sykehus ligger til grunn for fordeling av den resultatbaserte delen av tilskudd til forskning. Cristin (Current research information system) brukes for rapportering av vitenskapelige publikasjoner. Indikatorene som inngår i poengberegningen er vitenskapelige publikasjoner, avlagte doktorgrader, uttelling for tildelinger av midler fra EU og Forskningsrådet og indikator for kliniske behandlingsstudier (KBS). Tabell 4.3 viser fordelingen av forskningspoeng i regionale helseforetak. For utdypende omtale av forskningsaktivitet og resultater for 2024, se del III, kap. 5 Spesialisthelsetjenesten.

Tabell 4.3 Gjennomsnittlig treårig beregning av forskningspoeng i regionale helseforetak

Prosentfordeling	2022–2024	2021–2023	2020–2022
Helse Sør-Øst RHF	63,58	63,24	62,5
Helse Vest RHF	18,90	19,09	19,2
Helse Midt-Norge RHF	10,87	10,64	10,9
Helse Nord RHF	6,66	7,03	7,5

Nasjonale kompetansetjenester mv.

Tilskudd til nasjonale kompetansetjenester var i saldert budsjett for 2025 på 578,8 mill. kroner, herunder 263,8 mill. kroner til Nasjonal kompetansetjeneste for sjeldne diagnoser i Helse Sør-Øst RHF og 66,4 mill. kroner til Nasjonal kompetansetjeneste for døvblinde i Helse Nord RHF. Nasjonal kompetansetjeneste for sjeldne diagnoser i Helse Sør-Øst RHF er i 2025 blitt omgjort til Nasjonalt senter for sjeldne diagnoser, mens fremtidig organisering av Nasjonal kompetansetjeneste for døvblinde i Helse Nord RHF er i prosess.

Mål 2026

Det foreslås bevilget 1 352,5 mill. kroner i 2026. Det foreslås et tilskudd på 1 006,4 mill. kroner til forskning og 346,1 mill. kroner til nasjonale kompetansetjenester mv.

Forskning

Det foreslås et tilskudd på 1 006,4 mill. kroner til forskning i 2026. Dette inkluderer 224,5 mill. kroner til program for klinisk behandlingsforskning i spesialisthelsetjenesten (KLINBEFORSK) og 35,1 mill. kroner til NorTrials.

Av tilskuddet til KLINBEFORSK fordeles 206,8 mill. kroner til Helse Sør-Øst RHF, som håndterer midlene i samråd med og på vegne av de øvrige tre regionale helseforetakene. De resterende 17,7 mill. kronene utgjøres av tildelingen på 14,6 mill. kroner til forsøk med medikamentell behandling for avhengighet til benzodiazepiner og sentralstimulerende midler og 3,1 mill. kroner for gjennomføring av nasjonale kliniske behandlingsstudier innenfor fagfeltet. KLINBEFORSK anvendes til rapportering og oppfølging av de nasjonale kliniske behandlingsstudiene som inngår i oppdraget. Disse 17,7 mill. kronene tildeles Helse Vest RHF som gjennomfører oppdraget.

Tilskuddet til NorTrials tildeles Helse Sør-Øst RHF som koordinerer satsningen i samråd med og på vegne av de øvrige tre regionale helseforetakene.

Tabell 4.4 Fordelingen av tilskudd til forskning i spesialisthelsetjenesten

	Basis (30 %)	Resultat (70 %)	Sum
Helse Sør-Øst RHF	56 010 232,1	332 351 274,8	388 361 506,9
Helse Vest RHF	56 010 232,1	98 796 821,8	154 807 053,9
Helse Midt-Norge RHF	56 010 232,1	56 813 792,2	112 824 024,3
Helse Nord RHF	56 010 232,1	34 800 277,4	90 810 509,5

Nasjonale kompetansetjenester mv.

Det foreslås å flytte 248,5 mill. kroner til kap. 732, postene 72–75. Flyttingen er forankret med de regionale helseforetakene. Midlene skal fortsatt finansiere nasjonale kompetansetjenester og tjenester som omorganiseres til nettverk, senter eller annen form etter avvikling som nasjonal tjeneste. Ved å legge midlene i rammen til de regionale helseforetakene vil det gi regionene mer fleksibilitet ved avvikling og etablering av nye tjenester.

Det foreslås 346,1 mill. kroner på denne posten i 2026. Midlene inkluderer 276,5 mill. kroner til Nasjonalt senter for sjeldne diagnoser i Helse Sør-Øst RHF og 69,6 mill. kroner til Nasjonal kompetansetjeneste for døvblinde i Helse Nord RHF.

Siden 2022 har de regionale helseforetakene styrket sitt samarbeid om nasjonale kompetansetjenester. De har etablert de regionale helseforetakenes *servicemiljø for nasjonale tjenester, nettverk og sentre,* og en samordnet prosess med å etablere nye tjenester, samt avviklet og omorganisert nasjonale kompetansetjenester som har gjennomført sin funksjonstid på ti år, jf. https://nasjonaletjenester.no/.

Helse- og omsorgsdepartementet godkjenner nasjonale tjenester etter søknad fra de regionale helseforetakene. I 2025 ble tre nye nasjonale kompetansetjenester godkjent, herunder Nasjonal kompetansetjeneste for organdonasjon og for spiseforstyrrelser.

Post 80 Kompensasjon for merverdiavgift

Bevilgningen dekker kompensasjon for merverdiavgift til de regionale helseforetakene. Bevilgningen på posten skal dekke utbetaling av seks etterskuddsvise kompensasjonskrav i budsjettåret. Som følge av ordningen med nøytral merverdiavgift må deler av veksten til de regionale helseforetakene i 2026 bevilges på posten. Det foreslås at 143 mill. kroner av økningen bevilges på kap. 732, post 80, jf. omtale under kap. 732, postene 72–75. Samlet foreslås det en bevilgning på 11 230,1 mill. kroner på posten i 2026.

Post 81 Protonsenter

Bevilgningen har dekket tilskudd til etablering av protonbehandling på Radiumhospitalet ved Oslo universitetssykehus HF og på Haukeland universitetssjukehus i Helse Bergen HF. Sentrene stod ferdig i 2025. Siste tilskudd ble utbetalt i 2024.

Post 82 Investeringslån

Bevilgningen dekker investeringslån som staten gir de regionale helseforetakene til investeringer over 500 mill. kroner. Helseforetakene får lån på

inntil 90 pst. av forventet prosjektkostnad (P50) basert på kostnadstall etter konseptfasenivå. De regionale helseforetakene kan kun ta opp lån gjennom denne låneordningen.

Lån i 2024

I 2024 ble det bevilget 9 711,1 mill. kroner i investeringslån til de regionale helseforetakene. Alle helseregioner hadde da investeringsprosjekter innenfor låneordningen.

Tabell 4.5 Oversikt over totalt låneopptak per 31. desember 2024 fordelt på de regionale helseforetakene (mill. kroner)

	Lånesaldo per 31.12.23	Låneopptak 2024	Påløpte byggelåns-renter 2024 jf. kap. 732, post 83	Innbetalte avdrag 2024 jf. kap. 3732, post 85, og 90	Lånesaldo per 31.12.24
Helse Sør-Øst RHF	22 354,6	7 092,7	755,3	639,0	29 563,9
Helse Vest RHF	16 321,6	1 036,7	526,7	276,7	17 608,3
Helse Midt-Norge RHF	6 959,8	1 251,7	293,4	237,1	8 267,7
Helse Nord RHF	6 695,4	330,0	198,5	189,4	7 034,6
Sum	52 331,4	9 711,1	1 773,9	1 342,1	62 474,3

Ved inngangen til 2025 utgjør samlede låneopptak til investeringer i de regionale helseforetakene 62,5 mrd. kroner. Av dette er 15,8 mrd. kroner langsiktige lån, hvor avdrag betales. Det resterende beløpet, tilsvarende 46,7 mrd. kroner, er byggelån til prosjekter som er under gjennomføring.

Budsjett 2025

Saldert budsjett 2025 er på 6 420,2 mill. kroner og er knyttet opp til 12 lånerammer for gjennomføring av sykehusprosjekter. Helse Nord er eneste regionen som ikke har investeringsprosjekter innenfor låneordningen i 2025. To av prosjektene, nytt sykehus i Drammen og protonsenter på Haukeland, får siste års bevilgning i 2025. Nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal fikk siste låneutbetaling i 2024 og ble tatt i bruk i april 2025. Nytt sykehus i Drammen skal være i full drift fra oktober 2025. Nye Stavanger universitetssjukehus på Ullandhaug skal tas i bruk i november 2025. Det er tre store nye akuttsykehus som med dette er ferdigstilt.

Budsjettforslag 2026

Det foreslås en lånebevilgning på om lag 7 mrd. kroner i 2026. Det foreslås vedtatt lånerammer til 5 nye prosjekter. Det gjelder byggetrinn 3 ved Sunnaas sykehus HF, nytt stråle- og somatikkbygg ved Sykehuset Østfold HF, nytt somatikkbygg ved Akershus universitetssykehus HF, nytt bygg for psykisk helse og rus på Åsgård ved Universitetssykehuset i Nord-Norge HF og nytt Mjøssykehus ved Sykehuset Innlandet HF.

Byggetrinn 3 ved Sunnaas sykehus

Det foreslås en lånebevilgning på 40 mill. kroner i 2026 og en samlet låneramme 551 mill. kroner (prisnivå per 1. juli 2025) til byggetrinn 3 ved Sunnaas sykehus HF som innebærer å bygge et nytt bygg som skal erstatte to av dagens bygg som ikke tilfredsstiller kravene til moderne sykehusdrift og ikke har tilstrekkelig fleksibilitet i bygningsstrukturen til å kunne renoveres på en hensiktsmessig måte. Det nye bygget vil gi en bedre logistikk og sammenheng mellom de ulike funksjonsområdene ved sykehuset. Prosjektet planlegges å være ferdig i 2029.

Stråle- og somatikkbygg ved Sykehuset Østfold

Det foreslås en lånebevilgning på 130 mill. kroner i 2026 og en samlet låneramme 3 987 mill. kroner (prisnivå per 1. juli 2025) til en utvidelse av somatisk kapasitet, både når det gjelder senger og poliklinikkrom. Det vil også bli etablert stråleterapi, noe som Sykehuset Østfold HF ikke har i dag. Prosjektet planlegges å være ferdig i 2031. Helse Sør-Øst RHF har også bedt om lån til å tilpasse den nye helikopterlandingsplassen som skal bygges som del av prosjektet til landing med red-

ningshelikopteret SAR Queen. Helse Sør-Øst RHF vil bli bedt om å ta en fornyet vurdering av behovet for å inkludere en forsterket landingsplass for SAR Queen i investeringsprosjektet før lånet til denne delen av prosjektet innvilges. Regjeringen kommer i så fall tilbake til saken i revidert nasjonalbudsjett 2026.

Somatikkbygg ved Akershus universitetssykehus

Det foreslås en lånebevilgning på 90 mill. kroner i 2026 og en samlet låneramme 1 591 mill. kroner (prisnivå per 1. juli 2025) til utvidelse av Akershus universitetssykehus HF sitt tilbud på Nordbyhagen i Lørenskog kommune for å møte kapasitetsutfordringene innen somatisk sengekapasitet og bildediagnostikk. Prosjektet planlegges å være ferdig i 2030. Den økte sengekapasiteten skal gradvis tas i bruk frem mot 2040, i tråd med behovet for økt kapasitet.

Nytt sykehusbygg for psykisk helse- og rusbehandling ved UNN Åsgård

Det foreslås en lånebevilgning på 50 mill. kroner i 2026 og en samlet låneramme 2 119 mill. kroner (prisnivå per 1. juli 2025) til nybygg og ombygging av eksisterende arealer for psykisk helse- og rusbehandling ved Åsgård, Universitetssykehuset Nord-Norge. Nybygget skal sikre gode og tidsriktige rammer for behandlingen, bidra til bedre kvalitet på helsetjenestene og bidra til økt pasientsikkerhet. Prosjektet vil ivareta behov for styrking av døgnkapasiteten i psykisk helsevern og spesielt styrking av døgnkapasiteten i det sikkerhetspsykiatriske tilbudet. Prosjektet planlegges å være ferdig i 2030.

Nytt Mjøssykehus ved Sykehuset Innlandet

Det foreslås en lånebevilgning på 270 mill. kroner i 2026 og en samlet låneramme 18 009 mill. kroner (prisnivå per 1. juli 2025) til et nytt Mjøssykehus for Sykehuset Innlandet HF. Prosjektet innebærer en samling av spesialiserte funksjoner innen somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling på Mjøssykehuset, lokalisert til Moelv, etablering av en luftambulansebase i Elverum, elektiv ortopedi og rehabilitering, akutt indremedisin, fødestue og barselavdeling ved sykehuset i Elverum, og en styrking av tilbudet ved sykehuset på Tynset. Prosjektet planlegges å være ferdig i 2032.

Tabell 4.6 Investeringslån 2024–2026

Prosjekt	Låneramme	Regnskap 2024	Bevilging 2025	Gjenstående låneramme etter utbetaling i 2025 (kroneverdi 1.7.2025)	Forslag 2026
Sunnaas	551 mill. kr (pr.1.7.25)			551,0	40,0
Stråle- og somatikkbygg, Sykehuset Østfold	3 987 mill. kr (pr.1.7.25)			3987,0	130,0
Somatikkbygg Ahus	1 591 mill. kr (pr.1.7.25)			1 591,0	90,0
Nybygg og ombygning ved Åsgård, UNN	2 119 mill. kroner (pr.1.7.25)			2 119,0	50,0
Videreutvikling Sykehuset Innlandet HF – Nytt Mjøssykehus	18 009 mill. kroner (pr.1.7.25)			18 009,0	270,0
Akuttbygg Kristiansand, Sørlandet sykehus	1 623 mill. kr (pr 1.7.24)		7,0	1 685,0	473,4
Fase 1 av byggetrinn 2 ved nye Stavanger universitetssykehus	1 405 mill. kr (pr 1.7.24)		20,0	1 444,3	20,0

Tabell 4.6 Investeringslån 2024–2026

Prosjekt	Låneramme	Regnskap 2024	Bevilging 2025	Gjenstående låneramme etter utbetaling i 2025 (kroneverdi 1.7.2025)	Forslag 2026
Ombygging av Årstadhuset ved Haukeland universitetssykehus	611 mill. kr (pr 1.7.24)		53,0	582,3	169,9
Oppgradering og nybygg Ålesund sjukehus	881 mill. kr (pr. 1.7.23)	120,0	389,3	424,5	341,9
Etappe 2 ny sikkerhetspsykiatri OUS	375 mill. kr (pr. 1.7.23)	10,0	279,5	106,9	107,2
Telemark, Skien – strålebygg/somatikk	928 mill. 2022-kr	249,6	159,5	509,1	103,6
Utbygging og modernisering av Haugesund sjukehus – byggetrinn 2	722 mill. 2022-kr	37,6	285,5	101,8	102,1
Ahus – psykisk helsevern	695 mill. 2022-kr	365,6	136,9	64,4	64,6
E-bygget Stavanger	1 295 mill. 2021-kr	503,2			
Regional sikkerhetsavdeling OUS	830 mill. 2021-kr	321,1	261,8	99,2	99,5
Nye Oslo universitetssykehus	29 073 mill. 2020-kr	3 192,5	3 913,7	27 833,0	4930,3
Nytt sykehus i Narvik	1 716 mill. 2019-kr	44,6			
Nytt sykehus i Hammerfest	1 893 mill. 2019-kr	285,4			
Protonsenter Haukeland	907 mill. 2018-kr	234,9	66,4		
Protonsenter Radiumhospitalet	1 198 mill. 2018-kr	357,2			
Nytt klinikkbygg Radiumhospitalet	2 738 mill. 2018-kr	280,3			
Nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal	3 554 mill. 2018-kr	1 131,7			
Nytt sykehus i Drammen	8 460 mill. 2017-kr	2 316,4	847,6		
Oppgradering og modernisering i Helse Førde	1 125 mill. 2017-kr	261,0			
Sum		9 711,1	6 420,2	59 107,5	6 992,5

Post 83 Byggelånsrenter

I perioden frem 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 2024 utgjorde byggelånsrenter på posten 1 773,9 mill. kroner. Det er flere store byggeprosjekter som ferdigstilles før 2026, og anslag for byggelånsrenter i 2026 utgjør 651 mill. kroner.

Post 86 Driftskreditter

Bevilgningen på posten benyttes til å håndtere svingninger i forholdet mellom pensjonskostnader og -premier. Det foreslås en bevilgning på 2 318 mill. kroner i 2026.

De regionale helseforetakene har innenfor rammer fastsatt av Stortinget adgang til å ha driftskreditter. Denne adgangen er gitt for at de regionale helseforetakene til enhver tid skal ha tilstrekkelig likviditet til å håndtere løpende utbetalinger. Helse- og omsorgsdepartementet har ansvar for å fordele rammen mellom de regionale helseforetakene. Det samlede opplegget for håndtering av pensjonskostnader og -premier for helseforetakene innebærer at pensjonskostnaden legges til grunn ved fastsettelse av basisbevilgningene til de regionale helseforetakene. Hvis pensjonspremien er høyere enn pensjonskostnaden, blir likviditet tilført gjennom økt tilførsel av driftskreditt. Hvis pensjonspremien er lavere enn pensjonskostnaden, blir overskuddslikviditet trukket inn gjennom krav til nedbetaling av driftskreditt. Dersom det skjer betydelige endringer i pensjonskostnaden, vurderes det i det enkelte tilfelle om det skal gjøres endringer i basisbevilgningene til helseforetakene.

Håndtering av pensjonskostnader og -premier 2024

Helseforetakenes samlede pensjonskostnader for 2024 på 16 400 mill. kroner ble dekket gjennom bevilget basisramme. Helseforetakenes ytterligere likviditetsbehov på 9 800 mill. kroner som følge av pensjonspremier på 26 200 mill. kroner ble håndtert dels gjennom å gi helseforetakene anledning til å benytte 7 mrd. kroner fra premiefond til betaling av premie. Ettersom det ikke betales arbeidsgiveravgift av premie dekket gjennom premiefond, ble likviditetsbehovet redusert med 987 mill. kroner. I tillegg ble helseforetakenes ramme for driftskreditt økt med 1 813 mill. kroner i forhold til nivået ved utgangen av 2023. Endelig driftskredittramme for de regionale helseforetakene var på 25 243 mill. kroner ved utgangen av 2024.

Håndtering av pensjonskostnader og -premier 2025

Til grunn for bevilgningene gjennom Prop. 1 S (2024–2025) var et anslag for samlede pensjonskostnader helseforetakene på 18 050 mill. kroner og pensjonspremier på 26 800 mill. kroner. Gjennom Stortingets behandling av Prop. 146 S (2024–2025) *Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet 2025*, ble helseforetakenes bruk av premiefond til betaling av pensjonspremie økt med 5 600 mill. kroner til 7 600 mill. kroner. i forhold til saldert budsjett 2025 Dette ga en samlet driftskredittramme for de regionale helseforetakene på 25 321 mill. kroner ved utgangen av 2025.

Gjennom Stortingets behandling av Prop. 145 LS (2024–2025) *Endringar i skatte- og avgiftslovgivinga* ble helseforetaksloven §43 første ledd endret slik at departementet i forskrift kan utfylle eller fravike bestemmelsene i regnskapsloven om regnskapsføring av pensjonsforhold for helseforetakene. Det vises til utfyllende omtale i nevnte proposisjon samt Prop. 146 S (2024–2025) *Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet 2025* kap. 732 post 72. I påvente av arbeid som følge av denne lovendringen, ble øvrig justering av helseforetakenes basisramme og likviditetsbehov som følge av pensjon utsatt til ny saldering av statsbudsjettet for 2025.

Helse Sør-Øst RHF og Helse Vest RHF har langsiktige avtaler med private ideelle institusjoner som årlig mottar oppdrags-/bestillerdokument fra de regionale helseforetakene. Endringer i disse institusjonenes pensjonskostnader som følge av forhold de selv i liten grad kan påvirke, håndteres som hovedregel på linje med helseforetakene. Imidlertid fikk disse virksomhetene beholde hele den positive regnskapsmessige effekten i 2014 av at levealdersjustering var blitt innført for offentlige tjenestepensjonsordninger for personer født i 1954 eller senere. Økte pensjonskostnader i årene etter 2014 har for disse virksomhetene blitt sett i sammenheng med den positive resultateffekten dette forholdet medførte i 2014. Flere av de private ideelle institusjonene har nå hatt en samlet kostnadsøkning som er større enn den positive resultateffekten fra 2014. I tillegg antas det at pensjonskostnadene for 2025 vil bli betydelig påvirket som følge av ny offentlig AFP og ny lov om pensjonsregler for ansatte som har jobb med særaldersgrense, og som er født i 1963 eller senere. Regjeringen vil komme tilbake til håndtering av eventuelle bevilgningsmessige endringer for Helse Sør-Øst RHF og Helse Vest RHF som følge av dette.

Håndtering av pensjonskostnader og -premier 2026

Budsjettforslaget for 2026 bygger på et anslag for samlede pensjonskostnader for helseforetakene på 22 000 mill. kroner inkl. arbeidsgiveravgift og pensjonspremier på 26 600 mill. kroner inkl. arbeidsgiveravgift. Anslaget for pensjonspremie for 2026 er utarbeidet på bakgrunn av en lønns-

vekstforutsetning på 4 pst. Som følge av det pågående forskriftsarbeidet for regnskapsføring av helseforetakenes pensjonskostnader, er anslaget for pensjonskostnad for 2026 utarbeidet utgangspunkt i kostnadsberegninger fra 2024, justert for lønnsoppgjør og antatt kostnadsøkning som følge av ny offentlig AFP og nye pensjonsregler for ansatte som har jobb med særaldersgrense.

Differansen mellom pensjonskostnad og -premie utgjør 4 600 mill. kroner, som foreslås håndtert dels gjennom bruk av helseforetakenes premiefond og dels gjennom øking av driftskredittrammen. Det foreslås at helseforetakene gis anledning til å bruke 2 mrd. kroner av premiefond til betaling av pensjonspremier i 2026. Ved bruk av premiefond til å betale pensjonspremier svares det ikke arbeidsgiveravgift og likviditetsbehovet reduseres derfor med 282 mill. kroner. I tillegg foreslås driftskredittrammen til de regionale helseforetakenes økt med 2 318 mill. kroner til 27 639 mill. kroner ved utgangen av 2026. I sum er dermed det økte likviditetsbehovet dekket.

Endelig informasjon om nivået på pensjonskostnad i 2026 vil tidligst være kjent ultimo januar 2026, mens nivået for pensjonspremie først vil være kjent høsten 2026.

Kap. 3732 Regionale helseforetak

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2024	Saldert budsjett 2025	Forslag 2026
80	Renter på investeringslån	405 072	1 545 000	2 110 000
85	Avdrag på investeringslån f.o.m. 2008	792 577	1 151 000	1 992 000
87	Avdrag på tilskudd til Helseplattformen	163 242	91 000	3 000
90	Avdrag på investeringslån t.o.m. 2007	549 544	504 300	426 600
	Sum kap. 3732	1 910 435	3 291 300	4 531 600

Post 80 Renter på investeringslån

Bevilgningen dekker innbetalinger fra de regionale helseforetakene knyttet til renter av investeringslån som er omgjort til langsiktige lån. I 2024 innbetalte de regionale helseforetakene samlet 405,1 mill. kroner i renter på de langsiktige lånene. Anslag for innbetaling av renter på investeringslån i 2026 er på 2 110 mill. kroner.

Tabell 4.7 Oversikt over innbetalte renter i 2024 fordelt på regionale helseforetak (mill. kroner)

Helse Sør-Øst RHF	136,4
Helse Vest RHF	177,1
Helse Midt-Norge RHF	27,1
Helse Nord RHF	64,5
Sum	405,1

Post 85 Avdrag på investeringslån f.o.m. 2008

Bevilgningen dekker avdragsinnbetalinger fra de regionale helseforetakene på lån tatt opp etter 2008. I 2024 utgjorde avdrag på denne posten 792,6 mill. kroner. Anslag for avdrag i 2026 er på 1 992 mill. kroner.

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 2024 innbetalte de regionale helseforetakene samlet 1 342,1 mill. kroner i avdrag på sine investeringslån. Se tabell under kap. 732, post 82 for fordeling av avdrag per regionalt helseforetak.

Post 87 Avdrag på tilskudd til Helseplattformen

Bevilgningen dekker renter og avdrag på tilskudd som blir gjort om til lån etter hvert som kommuner og fastleger tar i bruk løsningen. Anslag på renter og avdrag på tilskudd til Helseplattformen i 2026 er på 3 mill. kroner.

Post 90 Avdrag på investeringslån t.o.m. 2007

Bevilgningen dekker avdragsinnbetalinger fra de regionale helseforetakene på lån tatt opp før 2008. Avdrag på denne posten utgjorde 549,5 mill. kroner i 2024. Anslag for avdrag i 2026 er på 426,6 mill. kroner.

Kap. 733 Habilitering og rehabilitering

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2024	Saldert budsjett 2025	Forslag 2026
21	Spesielle driftsutgifter, *kan nyttes under post 79*	4 765	3 967	4 039
70	Behandlingsreiser til utlandet	116 949	120 190	121 306
79	Andre tilskudd, *kan nyttes under post 21*	1 328	5 847	5 954
	Sum kap. 733	123 042	130 004	131 299

Spesialisthelsetjenesten og kommunene har ansvar for å yte habiliterings- og rehabiliteringstjenester til personer med medfødt eller ervervet nedsatt funksjonsevne. Regjeringen følger opp Stortingets behandling av Nasjonal helse- og samhandlingsplan med en rekke tiltak for å forbedre tilbudet innen rehabilitering og habilitering.

Formålet er at den enkelte pasient og bruker, som har eller står i fare for å få begrensninger i sin fysiske, psykiske, kognitive eller sosiale funksjonsevne, skal gis mulighet til å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltagelse i utdanning og arbeidsliv, sosialt og i samfunnet.

Områdene habilitering og rehabilitering spenner vidt både når det gjelder tjenester og målgrupper. Utfordringsbildet for habilitering og rehabilitering har fellestrekk på mange områder samtidig som det på det fagspesifikke vil være behov for ulike tiltak rettet mot ulike aktører. Store deler av målgruppene har behov for koordinerte tjenester og samarbeid på tvers av fag, nivåer og sektorer, og brukermedvirkning står sentralt. For helhetlig oppfølging, både på kort og lang sikt, må tjenester på kommunalt nivå og i spesialisthelsetjenesten ses i sammenheng.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Formålet med bevilgningen er å bidra til en fortsatt styrking av habilitering- og rehabiliteringsfeltet i tråd med de nasjonale målene om at alle med behov for habilitering og rehabilitering skal gis et tilbud, og at tjenestene skal tilbys nærmest mulig pasientens vante miljø.

Helsedirektoratet skal lage en nasjonal handlingsplan for rehabilitering og en nasjonal handlingsplan for habilitering. I begge planarbeider skal kommuner, fagmiljøer og brukere trekkes med i arbeidet. Nasjonal helse- og samhandlingsplan (2024), og Stortingets behandling av denne, er et viktig grunnlag for direktoratets arbeid. Det vil være nødvendig at begge handlingsplanene har en forankring i helsefellesskapenes planarbeid, og helsefellesskapene må involveres i arbeidet med planene. Riksrevisjonens undersøkelse av rehabilitering i helse- og omsorgstjenestene (2024) og Riksrevisjonens funn i rapporten om tjenester til barn og unge med funksjonsnedsettelser (2021), skal følges opp gjennom handlingsplanene.

Grunnlaget for utviklingsarbeid for å styrke både habilitering og rehabilitering er bedre kunnskap om innhold og kvalitet i tjenestene og bedre systematikk i utredning av behov for habilitering og rehabilitering. Denne kunnskapen er viktig for å kunne sette mål for utviklingsarbeid og sikre gode prioriteringer. Helsedirektoratet arbeider med en løsning for standardiserte, felles funksjonsmålinger for rehabiliteringstjenester som tilbys ved sykehusene.

ParkinsonNet er bygget ut til et landsomfattende nettverk som bidrar til et bedre tilbud til pasienter med parkinson. Modellen underbygger gode pasientforløp i samarbeid mellom primær-

og spesialisthelsetjenesten. ParkinsonNet er en nettverksmodell som kan være aktuell for andre pasientgrupper med kronisk sykdom.

Økningen i antall eldre vil gi behov for nye tilbud og løsninger i tjenestene til hørselshemmede. God hørsel er viktig for deltakelse i samfunnet og bl.a. også for å unngå demens. Regjeringen har fremmet en høreapparatgaranti. Innen 2029 skal alle med behov for høreapparat få tildelt apparatet innen fire måneder. Helsedirektoratet skal i 2025 gjennomgå teknologisk utvikling, behov for personell og finansiering på 5–10 års sikt. Helsedirektoratet skal vurdere planer i andre land, særlig de nordiske landene. Direktoratet skal også vurdere hørselskontakt- og hørselshjelperordningene og hvordan arenafleksible tilbud kan styrkes.

Det er publisert informasjon på helsenorge.no om diagnoser, tjenester og tilbud til hørselshemmede og synshemmede. Det arbeides målrettet og systematisk med å intensivere bruken av teknologi i tjenestene og utnytte potensialet som ligger i dette, også i samhandlingen mellom nivåene.

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 RHF ved Oslo universitetssykehus HF har det faglige og administrative ansvaret for ordningen. Egenandelen for pasienter er omfattet av utgiftstaket for egenandeler.

Post 79 Andre tilskudd

Sunnaasstiftelsen driver et omfattende tilbud til personer med alvorlige skader i hjerne og ryggmarg. Stiftelsen driver mentorordninger, kompetanse- og tjenesteutvikling, forskning og innovasjon. Sunnaasstiftelsens Camp Spinal og Brain Camp arrangerer motivasjons- og treningsleire sommer og vinter for personer med hjerne- og ryggmargsskade. Disse samlingene legger vekt på mestring, trening og fysisk aktivitet som virkemidler for økt selvstendighet, integritet og et innholdsrikt liv. Sunnaasstiftelsen mottar et årlig tilskudd som forvaltes av Helsedirektoratet. Tilskuddet ble i 2025 økt med 2 mill. kroner. Tilskuddet videreføres i 2026 med til sammen 3,6 mill. kroner.

Kap. 734 Særskilte tilskudd til psykisk helse og rustiltak

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2024	Saldert budsjett 2025	Forslag 2026
01	Driftsutgifter	119 017	106 580	132 168
21	Spesielle driftsutgifter	13 423	16 504	16 810
70	Hjemhenting ved alvorlig psykisk lidelse mv.	1 806	3 453	3 517
71	Tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede	422 177	531 559	617 195
72	Utviklingsområder innen psykisk helsevern og rus	14 618	15 132	15 411
	Sum kap. 734	571 041	673 228	785 101

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

- Det foreslås å øke bevilgningen til kontrollkommisjonene i psykisk helsevern med 22 mill. kroner knyttet til økte saksbehandlingskostnader.
- Det foreslås å øke bevilgningen til ordningen for dømte til tvungen omsorg med 66,5 mill. kroner.

Post 01 Driftsutgifter

Bevilgningen dekker ordinære utgifter til godtgjøring og andre utgifter for kontrollkommisjonene innen det psykiske helsevernet.

Der det er personer under psykisk helsevern etter lov av 2. juli 1999 nr. 62 (psykisk helsevernloven), skal det være en kontrollkommisjon. Landet har 55 kontrollkommisjoner. Kontrollkommisjonene ivaretar rettssikkerheten til pasienter i møte med det psykiske helsevernet. Kommisjonen skal gjennomgå alle vedtak om tvungent psykisk helsevern og tvungen observasjon, og er klageinstans for de fleste vedtak etter psykisk helsevernloven. Kontrollkommisjonen skal i tillegg utøve velferdskontroll.

Helsedirektoratet har et faglig og praktisk oppfølgingsansvar overfor kommisjonene. Som ledd i dette har direktoratet utarbeidet veiledning for saksbehandling, oppnevning mv. Den økonomiske forvaltningen er delegert til statsforvalterne gjennom embetsoppdrag og fullmaktsbrev. Som ledd i oppfølgingen av kontrollkommisjonene avholder Helsedirektoratet en årlig konferanse for alle medlemmene og landets statsforvaltere, herunder egne samlinger for ledere og nestledere. Helsedirektoratet har, for å sikre god og lik praksis på landsbasis, etablert en ressursgruppe for kontrollkommisjonene. Ressursgruppen består av kommisjonsledere fra hver helseregion som bistår Helsedirektoratet med normering av rutiner og praksis, og gir faglig veiledning og støtte til kommisjoner innen sin region. Helsedirektoratet oppnevnte fra 2021 et eget personvernombud som skal bistå kommisjonene med råd om personverntiltak.

Det er utviklingen i tvangsbruk, antall tvangsvedtak samt ulike kontrolloppgaver nedfelt i regelverket, som bestemmer saksmengden til kontrollkommisjonene. De siste årene har antallet klagesaker økt. I tillegg har andelen klagesaker som realitetsbehandles også steget fordi det er færre klager som trekkes eller bortfaller pga. opphør av tvangsvedtaket. Det foreslås å øke bevilgningen med 22 mill. kroner i 2026 grunnet økningen i kostnader til kontrollkommisjonene. Enkelte av de vedtak kontrollkommisjonen fatter, kan pasienten få overprøvd av domstolene ved å gå til søksmål mot staten etter tvisteloven kap. 36, jf. psykisk helsevernloven § 7–1. Staten har delegert ansvaret for å forberede disse sakene til Helsedirektoratet. Fra 2021 ble det avtalt med Regjeringsadvokaten at Helsedirektoratet skulle ta et større ansvar for å prosedere sakene. De siste 5–6 årene har antall søksmål om overprøving av tvangsvedtak doblet seg, og i 2025 blir det trolig ca. 600 søksmål. Siden økningen legger beslag på mye kapasitet hos Regjeringsadvokaten ble det fra 2025 gitt økt bevilgning til oppgaven slik at direktoratet nå tar prosessansvar for 5/6 av søksmålene. Regjeringsadvokaten prosederer den siste sjettedelen.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Bevilgningen dekker særskilte utviklingsbehov innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og psykisk helsevern, bl.a. utgifter til følgeevaluering av prøveprosjektet med heroinassistert behandling. Formålet er å bidra til at de som har behov for hjelp fra psykisk helsevern og TSB skal få kunnskapsbasert og tilgjengelig hjelp av god kvalitet.

Heroinassistert behandling

HAB er et femårig prøveprosjekt med heroinassistert behandling ble åpnet for pasienter i 2022. Det er etablert tilbud i Oslo og i Bergen for opptil 300 opiatavhengige gjennom egne klinikker med god helse- og sosialfaglig bemanning. Som en del av prosjektet gjennomføres en følgeevaluering for å innhente mer kunnskap. Senter for rus- og avhengighetsforskning (Seraf) har i oppgave å lede evalueringen som følger det kliniske prosjektet så lenge prøveprosjektet varer. En midtveisrapport om heroinassistert behandling ble lagt frem i 2024 og vise positive resultater. Det er ventet at en sluttevaluering vil foreligge våren 2026. Det foreslås å videreføre tilskuddet på 5 mill. kroner til følgeevalueringen i 2026.

Post 70 Hjemhenting ved alvorlig psykisk lidelse mv.

Bevilgningen på posten dekker utgifter ved hjemsendelse av utenlandske borgere med alvorlige psykiske lidelser og hjemhenting av norske borgere ved alvorlige psykiske lidelser som befinner seg i utlandet.

Post 71 Tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede

Ved lov av 15. juni 2001 nr. 64 om endringer i straffeloven og i enkelte andre lover (endringer i ikraftsetting av strafferettslige utilregnelighetsregler og særreaksjoner, samt endringer i straffeloven §§ 238 og 239), som trådte i kraft 1. januar 2002, ble det besluttet å etablere en ny særreaksjon for utilregnelige psykisk utviklingshemmede lovbrytere. Sentral fagenhet for tvungen omsorg ble opprettet ved St. Olavs hospital med ansvar for gjennomføring av særreaksjonen. Per august 2025 var i alt 49 personer dømt til tvungen omsorg. 6 perso-

ner var innlagt i fagenhetens sengepost for gjennomføring av dom til tvungen omsorg etter straffelovens § 63, mens 42 personer befant seg i eksterne tiltak under fagenhetens ansvar. I tillegg var det på tidspunktet én person med rettskraftig dom med opphold på et lokalt sykehus, som er ventet inn i sengeposten i september. Samtidig var det meldt om 4 nye domfelte (underretning om tiltale med påstand om særreaksjon). Helse Midt-Norge RHF har ansvaret for drift av Fagenhet for tvungen omsorg. Utgiftene til drift og videre investeringer dekkes delvis over denne posten. Tilsvarende gjelder kostnader knyttet til gjennomføring av særreaksjonen utenfor fagenheten. I 2020 ble finansieringen av ordningen lagt om, og de regionale helseforetakene dekker 20 pst. av utgiftene til ordningen.

Siden 2020 har antall dømte økt. Dette har medført en betydelig utgiftsøkning, og døgnkapasiteten ved sengeposten hos Sentral fagenhet for tvungen omsorg (SFTO) ved St. Olavs hospital er overskredet. Som følge av den sterke økningen i nye dommer til tvungen omsorg, har Helse- og omsorgsdepartementet, i samarbeid med Justis- og beredskapsdepartementet, Kommunal- og distriktsdepartementet og Finansdepartementet, sett nærmere på årsakene til økningen og vurdert tiltak for å oppnå større forutsigbarhet og kontroll med utgiftene til ordningen. Økningen i antall dommer henger trolig sammen med endringer i straffeloven som trådte i kraft i 2020. Etter lovendringene er dom til tvungen omsorg ikke lenger forbeholdt psykisk utviklingshemmede. Økningen i nye dømte til ordningen er således påvirket av at målgruppen for særreaksjonen er utvidet sammenlignet med da ordningen ble etablert i 2002. I tillegg er terskelen for å idømme en særreaksjon ved mindre alvorlige lovbrudd mot liv, helse eller frihet noe senket.

Det foreslås totalt 617,2 mill. kroner til ordningen i 2026. Dette er en økning på 66,5 mill. kroner fra 2025, ikke hensyntatt pris- og lønnsvekst.

Regjeringen oppnevnte 21. juni 2023 et utvalg som bl.a. skulle evaluere særreaksjonene dom til tvungent psykisk helsevern og dom til tvungen omsorg. En viktig del av bakgrunnen for arbeidet er økningen i antall dømte til tvungent psykisk helsevern og dømte til tvungen omsorg de siste årene, særlig fra 2020 frem til i dag. Utvalgets rapport ble avgitt til Justis- og beredskapsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet 17. mars 2025. NOUen ble sendt på høring med frist 11. august 2025.

Post 72 Utviklingsområder innen psykisk helsevern og rus

Kompetansesentrene i sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri (Sifer)

Behandling og oppfølging av personer med alvorlige psykiske lidelser som begår grove kriminelle handlinger, stiller særlig krav til kompetanse. De fire regionale kompetansesentrene (Oslo, Bergen, Tromsø og Trondheim) og de regionale sikkerhetsavdelingene har spesialkompetanse innen fagområdene sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri som overføres både til lokale sikkerhetsavdelinger og til allmennpsykiatriske avdelinger ved behov. Driften av kompetansesentrene er forankret i de regionale helseforetakene. De regionale kompetansesentrene har etablert et nasjonalt kompetansenettverk seg imellom for å styrke de nasjonale forsknings- og fagutviklingsprosjektene innenfor de tre fagområdene. Det foreslås å videreføre tilskuddet til kompetansesentrene i sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri.

Senter for rus- og avhengighetsforskning (Seraf)

Senter for rus- og avhengighetsforskning ved Universitetet i Oslo (Seraf) har en omfattende virksomhet og er en viktig instans i å utvikle kompetanse, kunnskap og kvalitet på rusfeltet, i særlig grad innen spesialisthelsetjenesten/tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Det foreslås å videreføre tilskuddet til Seraf.

Kap. 737 Historiske pensjonskostnader

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2024	Saldert budsjett 2025	Forslag 2026
70	Tilskudd, *overslagsbevilgning*	83 518	115 000	81 844
	Sum kap. 737	83 518	115 000	81 844

Post 70 Tilskudd

Det ble i 2019 etablert en tilskuddsordning til dekning av ideelle og andre virksomheters historiske pensjonskostnader knyttet til offentlig tjenestepensjonsordning. Ordningen er hjemlet i lov 1. mars 2019 nr. 3 om tilskudd til visse private virksomheter med offentlig tjenestepensjonsordning og reguleres nærmere i forskrift. Ordningen gjelder privat virksomhet med offentlig tjenestepensjonsordning som har levert lovpålagte spesialisthelsetjenester og barneverntjenester som staten nå er ansvarlig for. For nærmere omtale av ordningen vises det til Prop. 1 S (2018–2019) og Prop. 1 S (2019–2020) for Helse- og omsorgsdepartementet. Helsedirektoratet forvalter tilskuddsordningen, også for den delen som gjelder statlige barnevernstjenester.

Pensjonspremier for offentlig tjenestepensjon kan variere betydelig fra år til år og ulike parametere påvirker premienivået. I tillegg til premiene skal tilskuddsordningen ta høyde for midler tilført premiefond. Da vil variasjoner i for eksempel renteresultatet for pensjonsavtalene påvirke tilskuddet. Tilskuddsordningen er en overslagsbevilgning. Det ble utbetalt totalt 83,5 mill. kroner i tilskudd i 2024. Bevilgningen for 2025 er på 115 mill. kroner. For 2026 foreslås det en bevilgning på 81,8 mill. kroner.

Programkategori 10.40 Sentral helseforvaltning

Utgifter under programkategori 10.40 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)

Kap.	Betegnelse	Regnskap 2024	Saldert budsjett 2025	Forslag 2026	Endring i pst.
740	Helsedirektoratet	1 656 802	1 716 331	1 672 130	-2,6
741	Norsk pasientskadeerstatning	375 639	350 836	349 419	-0,4
742	Nasjonalt klageorgan for helse-tjenesten	223 831	213 635	213 985	0,2
745	Folkehelseinstituttet	1 921 299	1 802 677	1 833 445	1,7
746	Direktoratet for medisinske produkter	528 297	496 456	510 561	2,8
747	Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet	190 044	225 002	242 059	7,6
748	Statens helsetilsyn	181 511	199 825	199 308	-0,3
749	Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten	43 305	45 427	42 143	-7,2
	Sum kategori 10.40	5 120 728	5 050 189	5 063 050	0,3

Utgifter under programkategori 10.40 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)

Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2024	Saldert budsjett 2025	Forslag 2026	Endring i pst.
01–29	Statens egne driftsutgifter	5 005 067	4 936 850	4 945 652	0,2
30–49	Nybygg, anlegg mv.	27 924	21 116	21 855	3,5
50–89	Overføringer til andre	87 737	92 223	95 543	3,6
	Sum kategori 10.40	5 120 728	5 050 189	5 063 050	0,3

Kap. 740 Helsedirektoratet

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2024	Saldert budsjett 2025	Forslag 2026
01	Driftsutgifter	1 523 373	1 591 294	1 556 792
21	Spesielle driftsutgifter, *kan overføres*	131 752	125 037	115 338
61	Oppgjørsordning covid-19-vaksinering	-7 495		
70	Oppgjørsordning helsetjenester i annet EØS-land	-52		
71	Oppgjørsordning h-reseptlegemidler	2 388		
72	Oppgjørsordning fritt behandlingsvalg	6 822		
73	Oppgjørsordning Statens pensjonskasse	14		
	Sum kap. 740	1 656 802	1 716 331	1 672 130

Samfunnsoppdrag og roller

Helsedirektoratet skal bidra til at flere har god helse, til at helseforskjellene blir mindre mellom folk og til god og sikker behandling i helse- og omsorgstjenesten. Direktoratet understøtter også at pasienter og brukere skal møte en samordnet tjeneste og tilrettelegger for økt samfunnssikkerhet og beredskap.

Helsedirektoratet er som fagdirektorat og myndighetsorgan underlagt Helse- og omsorgsdepartementet. Helsedirektoratet skal iverksette vedtatt politikk og har flere forvaltningsoppgaver etter delegering fra Helse- og omsorgsdepartementet, herunder myndighet til å anvende og fortolke lov og regelverk innenfor folkehelse og helse- og omsorgssektoren.

Helsedirektoratets folkehelsearbeid

Helsedirektoratet skal bidra til flere leveår med god helse og livskvalitet, og til reduserte sosiale helseforskjeller i befolkningen. Direktoratet skal utvikle og formidle kunnskap om folkehelse, følge opp nasjonale strategier og handlingsplaner, og støtte kommuner og fylkeskommuner i det systematiske folkehelsearbeidet, jf. målene i Meld. St. 15 (2022–2023) *Folkehelsemeldinga*. Helsedirektoratet følger opp Verdens helseorganisasjons mål om å redusere for tidlig død av ikke-smittsomme sykdommer med en tredel innen 2030. Det er områder der utviklingen fortsatt går i feil retning, blant annet knyttet til fysisk aktivitet, diabetes og fedme blant voksne, samt bruk av tobakksvarer og e-sigaretter blant barn og unge. I 2026 skal innsatsen blant annet rettes mot oppfølging av nytt regelverk på tobakksområdet, overvåking av tobakk og rusmidler og innføring av beredskap- og varslingssystem ved særlig farlige rusmidler i omløp.

En årlig kartleggingsundersøkelse gjennomført av Helsedirektoratet i kommunene viser at norske kommuner i stor grad har fulgt opp føringene i folkehelseloven. Samtidig peker undersøkelsen på at psykisk helse og livskvalitet, sosial ulikhet i helse og aldring fremdeles oppleves som store folkehelseutfordringer. Det er potensial for forbedring ved å sikre at folkehelseutfordringene forankres i mål og styring gjennom kommunenes plansystem, og at det systematiske folkehelsearbeidet evalueres etter hver fireårige planperiode. Helsedirektoratet vil i 2026 oppdatere sin veiledning til kommunene i tråd med endringene i folkehelseloven som trer i kraft 1. januar 2026.

I 2024 ble folkehelseprofiler og oppvekstprofiler for alle landets kommuner og fylkeskommuner oppdatert og gjort digitalt tilgjengelig. Dette har gitt kommunene et bedre grunnlag for å forankre folkehelseutfordringer i planarbeidet, og andelen som drøfter disse utfordringene i kommunal planstrategi har økt. To tredjedeler av kommunene har evaluert sitt folkehelsearbeid gjennom forrige fireårsperiode, og om lag halvparten har oppdatert oversiktsdokument.

Nasjonale undersøkelser om kosthold, fysisk aktivitet, bruk av tobakk og rusmidler er gjennomført, det samme gjelder Norkost 4 for voksne og Kan3 for fysisk aktivitet blant voksne og eldre og Ungkan3 for fysisk aktivitet og tid i ro blant barn og unge. Helsedirektoratet har i samarbeid

med Norges idrettshøgskole startet arbeidet med den fjerde kartleggingen av fysisk aktivitet og tid i ro (Ungkan4). Gjennomføringen skjer i 2026 og komplette resultater vil publiseres i 2027.

Helsedirektoratet lanserte nye kostråd i august 2024, med kampanjer og innsats for å gjøre rådene kjent. Intensjonsavtalen for et sunnere kosthold med matvarebransjen videreføres, og det er utviklet egen digital Kostholdsplanlegger for ungdom. Helsedirektoratet vil i 2026 føre tilsyn med ny forskrift om forbud mot markedsføring av visse næringsmidler særlig rettet mot barn.

Den nikotinforebyggende kampanjen Generasjon fri har ført til økt kunnskap om nikotin, og flere unge sier de ikke ønsker å være nikotinavhengige. Direktoratet har videreført kampanjer om cannabis, trygg atferd i sosiale medier, selvmord og overforbruk av reseptfrie legemidler. Evalueringer viser høy brukertilfredshet med direktoratets informasjon og råd.

Helsedirektoratets arbeid med psykisk helse innenfor folkehelseområdet er forankret i opptrappingsplan for psykisk helse. Satsningen har i første fase blant annet inneholdt tverrsektorielt forebyggende arbeid, folkehelsekampanjen ABC for god psykisk helse, samt utarbeidelse av kompetansepakke til bruk i skolen. Direktoratet rapporterer også om positiv utvikling knyttet til digital og målrettet informasjon mot ungdom og deres foreldre. Helsedirektoratet vil i 2026 utvikle forslag og anbefalinger for arbeidet med å forebygge ensomhet.

Arbeid og helse

Av Nasjonal helse- og samhandlingsplan fremgår det at regjeringen vil inkludere flere med helseutfordringer i arbeid, styrke arbeidsrettet rehabilitering og bidra til et bedre arbeidsmiljø gjennom et forsterket samarbeid mellom helsesektoren og arbeids- og velferdssektoren. Betydningen av arbeidsinkludering for de med helseutfordringer fremgår også av Meld. St. 21 (2024–2025) om prioritering i vår felles helsetjeneste, Meld. St. 23 (2024–2025) om allmennlegetjenesten og i Meld. St. 33 (2023–2024) om arbeidsmarkedspolitikken fra Arbeids- og inkluderingsdepartementet.

Helse- og omsorgsdepartementet og Arbeids- og inkluderingsdepartementet vil i 2026 videreføre samarbeidet for å bedre tjenestetilbudet til personer som trenger samtidige helse- og arbeidsrettede tjenester for å forbli eller komme i arbeid. Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet samarbeider om å utvikle arbeid og helseområdet som et fagfelt. Nasjonalt fagråd for arbeid og helse er reoppnevnt for perioden 2024–2026, og direktoratene har publisert felles nasjonale faglige råd innen fagfeltet arbeid og helse. Rådene er utarbeidet for modellene HelseIArbeid og Individuell jobbstøtte (IPS), se kap. 765, post 73. Utprøving av modeller for tjenestesamhandling er også et prioritert felles utviklingsarbeid, se kap. 765, post 21.

Fastlegene står for det aller meste av sykemeldinger i Norge. I Meld. St. 23 (2024–2025) *Fornye, forsterke, forbedre* vil Regjeringen understøtte fastlegenes portvaktrolle og redusere fastlegenes arbeid med ikke-kliniske oppgaver. I oppfølgingen av meldingen er Helsedirektoratet i samarbeid med Arbeids- og velferdsdirektoratet, gitt i oppdrag å gjennomgå takstsystemet for å bedre støtte opp under målene om å forebygge og redusere sykefravær og hindre frafall i arbeidslivet.

Sykmelderveilederen forvaltes av Helsedirektoratet i samarbeid med Arbeids- og velferdsdirektoratet. I samsvar med Stortingets vedtak nr. 627 (2022–2023) skal retten til å sykemelde etter e-konsultasjon evalueres. Arbeids- og inkluderingsdepartementet har inngått avtale om at en slik evaluering skal være gjennomført med frist innen utgangen av 2026.

Det vises videre til områdegjennomgangen av helserelaterte ytelser i folketrygden, som er gjennomført på oppdrag fra Arbeids- og inkluderingsdepartementet og Finansdepartementet, og forslag til tiltak for å redusere sykefraværet. Flere av de anbefalte tiltakene berører også helsesektoren, og nærmere utredning av disse vil måtte gjøres i samarbeid mellom Helse- og omsorgsdepartementet og Arbeids- og inkluderingsdepartementet. Dette omfatter blant annet arbeid knyttet til videreutvikling av informasjons- og veiledningsverktøyene til sykmeldere, herunder å vurdere anbefalingen om å innføre normerte sykemeldinger.

Det pågår samarbeid mellom Arbeids- og inkluderingsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet knyttet til forbedret informasjonsutveksling mellom Arbeids- og velferdsetaten og helsetjenesten. Direktoratene følger opp tidligere rapporter, og tilhørende anbefalt gjennomføringsstrategi utarbeidet i 2024 som departementene stiller seg bak. Arbeidet vil strekke seg over flere år.

Det vises til nærmere omtale av arbeid og helse, tiltak for redusert sykefravær og områdegjennomgangen i Prop. 1 S for Arbeids- og inkluderingsdepartementet.

Helse- og omsorgstjenester

Faglig normering

Helsedirektoratets faglige råd til tjenestene gis i form av nasjonale faglige retningslinjer, nasjonale veiledere, nasjonale faglige råd og nasjonale pasientforløp. Det gjøres for å hindre uønsket variasjon, sikre god kvalitet og pasientsikkerhet, riktige prioriteringer og understøtte helhetlige pasientforløp. I tråd med Hurdalsplattformen har Helsedirektoratet revidert og forenklet de nasjonale pasientforløpene for psykisk helse og rus og rapporteringen vil bli betydelig redusert og automatisert når det gjeninnføres i 2026. Det blir færre forløp, noe som innebærer at alle pasienter etter endringen skal følge et av de tre generelle forløpene. Helsedirektoratet vil følge opp innføringen av de reviderte nasjonale pasientforløpene i 2026 gjennom sitt samarbeid med en nasjonal ressursgruppe med representanter fra tjenestene.

Nasjonale kvalitetsindikatorer

Et av hovedformålene med det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet er å fremme åpenhet om kvalitet og variasjon i helse- og omsorgstjenestetilbudet, for å sikre befolkningen likeverdig tilgang til helsetjenester av god kvalitet, og for at helse- og omsorgstjenesten kan bruke resultatene i sitt forbedringsarbeid. Resultatene publiseres derfor regelmessig på helsedirektoratet.no.

I 2024 ble det utarbeidet en revidert versjon av rammeverket for nasjonale kvalitetsindikatorer. I 2024 ble det også utviklet en ny kvalitetsindikator om innbyggeres bruk av egen fastlege, konsultasjoner hos egen fastlege og to nye indikatorer som viser andel heltidsansatte innen pasient- og brukerrettede yrker i kommunale helse- og omsorgstjenester i institusjon og hjemmetjenesten.

Innen psykisk helsevern har opptrappingsplan for psykisk helse (2023–2033) forsterket behovet for indikatorer som måler resultat og utfall. I 2024 har det, i samarbeid med Folkehelseinstituttet, vært arbeidet med utvikling av nye indikatorer for rehenvisning, samt å definere indikatorer for tapte leveår og overdødelighet for personer med alvorlige psykiske lidelser.

Arbeidet med nasjonale kvalitetsindikatorer for kommunene skal videreutvikles i 2026 med bl.a. bedre verktøy for å bruke indikatorer til lokalt kvalitetsforbedringsarbeid og innsikt i kommunal variasjon. Arbeidet skal også understøtte arbeidet med videreutvikling av statlige virkemidler som bidrar til kvalitetsutvikling i særlig eldreomsorgen.

I samarbeid med medlemslandene gjennomfører OECD helsesystemanalyser for å kunne sammenligne ulike helsesystemer og hvordan de fungerer på et overordnet nivå. Per 2024 ble ansvaret for den norske deltakelsen i OECD sitt kvalitetsmålingsprosjekt OECD Health Care Quality and Outcomes (HCQO) overført fra Folkehelseinstituttet til Helsedirektoratet.

Persontilpasset medisin

Helsedirektoratet viderefører arbeidet med koordinering av oppfølgingen av Nasjonal strategi for persontilpasset medisin 2023–2030 gjennom Fagråd for persontilpasset medisin. Helsedirektoratet følger opp fagområdet farmakogenetikk innenfor sine ansvarsområder.

Helsedirektoratet leverte sin utredning med forslag til endringer i inkludering av nye sykdommer i nyfødtscreeningen i juni 2024. Departementet arbeider med å følge opp direktoratets anbefalinger, med sikte på iverksetting fra 2026.

Helsedirektoratet videreutvikler den tverretatlige regulatoriske veiledningstjenesten om persontilpasset medisin. Videre arbeides det med informasjonstiltak for å styrke den generelle kompetansen i befolkningen om persontilpasset medisin, i samarbeid med helsetjenesten og relevante aktører.

Helsedirektoratet deltar i de regionale helseforetakenes arbeid med etablering av et nasjonalt genomsenter, det vises til omtale i del III, kapittel 5.

KreftPakkeforløpene for kreft ble innført i helsetjenesten i 2015. Formålet med pakkeforløpene er at pasienter med kreft skal oppleve et godt organisert, helhetlig og forutsigbart forløp uten unødvendig ikke-medisinsk begrunnet forsinkelse i utredning, diagnostikk, behandling og rehabilitering. Høsten 2024 startet Helsedirektoratet en større revisjon av alle pakkeforløp for kreft, med tilhørende diagnoseveiledere og kodeveiledere. Målet med revisjonen er at pakkeforløpene skal inneholde oppdatert faglig informasjon, være lett tilgjengelige og tydelige for de som bruker dem, og at de skal ha oppdaterte forløpstider.

Helsedirektoratet startet høsten 2024 utredning av lungekreftscreening i Norge. I utredningen skal det gjøres rede for et oppdatert kunnskapsgrunnlag, effekter av screening, administrative og økonomiske konsekvenser, personellkonsekvenser, etiske vurderinger og juridiske vurderinger.

Helsedirektoratet utreder om aldergruppen for mammografiscreening bør inkludere flere årskull av kvinner og vil oversende en anbefaling til Helse- og omsorgsdepartementet i løpet av 2026.

Det pågår forskning i både Norge og andre land som vil gi erfaringer og kunnskap om grunnlaget for å starte prostatascreening i Norge. Helsedirektoratet vil i løpet av 2026 gjøre en kunnskapsinnhenting som grunnlag for å vurdere videre utredning av prostataskreftscreening.

Helsedirektoratets ansvar i oppfølgingen av Meld. St. 21 (2024–2025)

Helsedirektoratet har fått ansvar for oppfølging av flere tiltak i Meld. St. 21 (2024–2025) *Helse for alle – Rettferdig prioritering i vår felles helsetjeneste*, herunder utvikling av prioriteringsveiledere og oppdatering av normerende produkter. Direktoratet skal bidra til å styrke kunnskapsgrunnlaget og beslutningsstøtten for prioritering i helse- og omsorgstjenesten, blant annet gjennom videreutvikling av nasjonale veiledere og støtteverktøy for kommunal sektor. Helsedirektoratet har også ansvar for å utarbeide og formidle informasjon om prioritering til befolkningen. Helsedirektoratet skal lede arbeidet med å utvikle metoder for vurdering av personellkonsekvenser, og delta i oppfølging av tiltak knyttet til alternativkostnad, regelverksutvikling på blåreseptområdet og åpenhet i Nye metoder. Oppdragene gjennomføres i samarbeid med relevante aktører.

Digitalisering

Helsedirektoratet utøver myndighetsoppgaver for digitalisering og informasjonsforvaltning i helse- og omsorgstjenesten, og skal bidra til at digitalisering understøtter sammenhengende og effektive tjenester, og at digitalisering er en integrert del av utviklingen av helse- og omsorgssektoren. Helsedirektoratet er dataansvarlig for de nasjonale løsningene kjernejournal og e-resept. Videre har Helsedirektoratet ansvar for regelverksfortolkning innen digitalisering.

Helsedirektoratet har i 2024 forvaltet og videreutviklet helseteknologiordningen, som skal støtte innføring av ny teknologi og støtte og avlaste kommuner som går foran i utprøving og innføring av digitaliseringstiltak. Helseteknologiordningen er nærmere omtalt under kap. 701, post 21.

Satsingen på digital samhandling er en videreføring av arbeidet som har pågått over flere år for å etablere nasjonale samhandlingstjenester. Satsingen gjennomføres trinnvis, der bedre samhandlingstjenester realiseres gjennom å bygge videre på de nasjonale e-helseløsningene. En sentral oppgave i 2026 er å øke bruken av de nasjonale samhandlingstjenestene. Helsedirektoratet vil som nasjonal myndighet bidra med å koordinere og gjennomføre ulike tiltak for å støtte aktørenes arbeid med å innføre og ta i bruk de nasjonale samhandlingstjenestene. Hovedansvaret for digitalisering skal fortsatt ligge hos aktørene i sektoren. Helsedirektoratet har videre ansvar for å oppdatere kostnads- og nyttevurderinger, gjennomføre måling og evaluering av tiltakene, og for å følge opp behov for endringer i standarder, kodeverk, terminologi, retningslinjer og veiledere. Se nærmere omtale av satsingen på digital samhandling under kap. 701, post 21.

Kunstig intelligens vil kunne utgjøre et betydelig bidrag til en bærekraftig utvikling av helse- og omsorgstjenesten. En viktig oppgave for Helsedirektoratet er å veilede og gi aktørene i helse- og omsorgssektoren råd om trygg og effektiv bruk av kunstig intelligens. Helsedirektoratet samarbeidet med sentrale aktører i både helseforvaltningen og i helse- og omsorgstjenestene om trygg og sikker bruk og innføring av kunstig intelligens i tjenestene.

Videre bidrar Helsedirektoratet i arbeidet med å etablere digitale tjenester som gjør det mulig å bo trygt hjemme, ta en aktiv del i egen helse og behandling, og flytte tjenester hjem, herunder digital hjemmeoppfølging. Bruk av velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging skal bidra til økt trygghet og mestring for de som bor hjemme, samtidig som det skal avlaste helsepersonell og gi bedre ressursutnyttelse gjennom å redusere behovet for antall hjemmebesøk, innleggelser og konsultasjoner.

Helsedirektoratet har ansvar for å videreføre arbeidet med kodeverk og terminologi, herunder den internasjonale terminologistandarden SNOMED CT. Direktoratet følger opp arbeidet med å innhente erfaringer med bruk av standardisert språk og bidrar til økt bruk på relevante områder. Videre forvalter Helsedirektoratet den internasjonale klassifikasjonen for diagnoser (ICD). Direktoratet har igangsatt et arbeid for overgangen til kodeverket ICD-11, og arbeidet fortsetter i 2026. Direktoratet har ansvaret for at de ulike nasjonale informasjonsmodellene for helse (HelseNIM) som utvikles, understøtter både nasjonale og internasjonale behov for bærekraftig informasjonsforvaltning og digital samhandling i helse- og omsorgssektoren.

Helsedataforordningen

Forordningen om det europeiske helsedataområdet, forordning (EU) 2025/327, er et sett av felles regler, standarder og infrastrukturer og et styringsrammeverk for å lette tilgangen til elektroniske helsedata for primærbruk og sekundærbruk av slike data. Forordningen får anvendelse i EU fra mars 2027.

Innføring av forordningen vil kreve endringer i flere norske helselover, en rekke endringer i tekniske systemer og forutsetter etablering av en nasjonal forvaltningsstruktur for å sikre korrekt etterlevelse. Som ledd i å forberede innføring av forordningen i Norge, er Helsedirektoratet utpekt til å ivareta rollene som digital helsemyndighet og markedstilsynsmyndighet. Folkehelseinstituttet er utpekt som nasjonal koordinerende tilgangsforvalter for sekundærbruk av helsedata. Helsedirektoratet skal, sammen med helse- og omsorgssektoren, legge til rette for at forordningen kan bidra til bedre bruk av helsedata, styrke innbyggernes kontroll over opplysninger om seg selv og gjøre det lettere for norsk helsenæring å tilby produkter i et større europeisk marked.

Helsedataforordningen samsvarer i stor grad med norsk tilnærming til digitalisering og helsedata.

Som et ledd i arbeidet med det europeiske helsedataområdet arbeider Europakommisjonen med å etablere interoperabilitetsplattformer for MyHealth@EU (primærbruk) og HealthData@EU (sekundærbruk). Dette er grensekryssende, effektiv og sikker digital infrastruktur som skal bidra til gode helsetjenester for europeiske borgere som reiser innenfor EU-/EØS-området, og til forskning, utvikling, folkehelse mv.

Norsk helsenett SF har ansvar for etablering av den tekniske løsningen for tilknytning til MyHealth@EU. Se nærmere omtale av MyHealth@EU under kap. 701, post 70.

Pasientsikkerhet

Helsedirektoratet skal bidra til økt pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten. Helsedirektoratet har ansvar for nasjonal koordinering og oppfølging av rammeverk for bedre pasient- og brukersikkerhet slik det er presentert i Nasjonal helse- og samhandlingsplan (2024–2027). I dette ligger også drift av samordningsorganet for pasient- og brukersikkerhet, samt samhandling med helse- og omsorgstjenesten og andre relevante aktører.

Helsedirektoratet har et særskilt ansvar for oppfølging av de fem nasjonale innsatsområdene i rammeverket. Helsedirektoratet er også sentral i oppfølging av den nasjonale strategien for antimikrobiell resistens, smittevern og infeksjonsforebygging, samt utarbeidelse og implementering av den kommende handlingsplanen i humanhelse innenfor samme tema.

Oppfølging av de nasjonale innsatsområdene i rammeverket sees i sammenheng med øvrige satsninger som kunnskap om kvalitet i tjenestene til eldre, opptrappingsplanen for psykisk helsevern og oppfølging av Nasjonal helse- og samhandlingsplan.

Personell og kompetanse

Helsedirektoratets oppgaver knyttet til personell og kompetanse som finansieres over kap. 783, omtales samlet der.

I tråd med Meld. St. 9 (2023–2024) *Nasjonal helse- og samhandlingsplan* arbeider regjeringen med å forskriftsfeste offentlig spesialistgodkjenning for sykepleiere i anestesi-, barne-, intensiv-, operasjon- og kreftsykepleiere (ABIOK-sykepleiere), jordmødre, helsesykepleiere og sykepleiere innen psykisk helse, rusmiddel- og avhengighetsfeltet.

I tråd med Meld. St. 23 (2022–2023) *Opptrappingsplan for psykisk helse (2023–2033)* og Meld. St. 9 (2023–2024) *Nasjonal helse- og samhandlingsplan* er det satt i gang et arbeid for å utrede offentlig spesialistutdanning og -godkjenning for psykologer.

Beredskap

Helsedirektoratet forvalter viktige samfunnsfunksjoner og skal ivareta oppgaver innenfor den nasjonale helseberedskapen og det internasjonale samarbeidet om helseberedskap. Direktoratet har også en viktig rolle innen samfunnssikkerhet og totalforsvar av landet.

Helsedirektoratet leder tre av seks beredskapsutvalg og har gjennom sin koordinerende rolle for helsesektoren omfattende oppgaver innenfor sivilt-militært helseberedskap. Helsedirektoratet leder arbeidet med et flertall av identifiserte gap på sivil side, herunder utvikling av et helhetlig patient flow management konsept og en plan for å møte NATOs krav til sivil helseberedskap, som en del av vertslandsstøttekonseptet (HNS MOR). I samarbeid med FSAN arbeider Helsedirektoratet med å utvikle scenarioer for den øverste delen av krisespektret for å vurdere hvordan helseberedskap bør dimensjoneres i ulike situasjoner, og hva slags sivile skader som må forventes. Dette arbeid videreføres i 2026.

Videre vil Helsedirektoratet følge opp implementering av identifiserte tiltak for å øke kompetanse for beredskap og krisehåndtering i helsesektoren.

Helsedirektoratet bidrar i en rekke innsatser innen internasjonal beredskap, bl.a. RescEU, NOR EMT, EU4Health, nordisk samarbeid, Svalbardgruppen og ulike EU konsortier. På grunn av den geopolitiske situasjonen forventes det at særlig nordiske prosjekter og EU-initiativer vil øke i omfang og ambisjonsnivå i løpet av de neste årene. Helsedirektoratet har også ansvar for organisering av nasjonal helseberedskapsøvelse og vil bidra til flere store beredskapsøvelser som en del av totalberedskapsåret 2026.

Videre fortsetter Helsedirektoratet sitt bidrag med utredning av en ny løsning for nødnett.

Tilskuddsforvaltning

Tilskuddsforvaltning er en sentral oppgave i Helsedirektoratet. I 2024 hadde direktoratet ansvaret for 158 tilskuddsordninger med et totalt budsjett på 20 242 mill. kroner. 9 tilskuddsordninger ble forvaltet av statsforvalteren, Nasjonalt senter for aldring og fylkeskommuner på vegne av Helsedirektoratet. Budsjett for de delegerte ordningene som utbetales på vegne av Helsedirektoratet, utgjør 1 231 mill. kroner. Direktoratet har implementert et nytt system for tilskuddsforvaltning. Dette skal bidra til en mer brukervennlig, effektiv og målrettet forvaltning av tilskudd. Modernisering av tilskuddsområdet vil forenkle hverdagen for både søkere og saksbehandlere.

Helsedirektoratet yter en lang rekke tilskudd til både kommuner, ideelle organisasjoner og frivilling sektor. Hovedtyngden av tilskuddene er relatert til bevilgninger under programkategori 10.60 Kommunetjenesten. Det er et klart mål at tilskuddene skal tildeles etter åpne, transparente og rettferdige prosesser i søknadsbaserte ordninger. For å sikre forutsigbarhet for tilskuddsmottakerne, er det et mål at det kan søkes om flerårige tilskudd under alle ordninger hvor det er hensiktsmessig. Samtidig skal ordningene utformes slik at det er mulig også for nye søkere å få innpass. Ved endringer i regelverkene vil det være behov for at de som mottar tilskudd involveres i prosessen.

Årsverk

Helsedirektoratet hadde 842 faste og midlertidige ansatte ved utgangen av 2024, mot 676 i 2023.

Helfo

Helfo er Helsedirektoratets ytre etat, og forvalter om lag 50 mrd. kroner til stønad til enkeltpersoner som følge av rettigheter gitt i folketrygdlovens kapittel 5 og til oppgjør til behandlere og leverandører av helsetjenester.

Utvikling av tjenestene

De aller fleste brukere får løst sine behov gjennom informasjon på nett, automatiserte tjenester og selvbetjeningsløsninger. Endringer i lovverk og automatisering av prosesser har gitt brukerne raskere og enklere tilgang på rettigheter de har krav på. Hele 98 pst. av kontakten med innbyggerne skjer på helsenorge.no hvor bruken av chatbot er under kontinuerlig utvikling. Samtidig er det viktig å tilby en god og tilgjengelig telefontjeneste for de innbyggere som ikke er digitale.

På legemiddelområdet er målet en høy automatiseringsgrad for behandling av søknader om forhåndstilsagn. Automatiseringsgraden for behandling av legemiddelsøknader har økt fra 76 pst. i starten av 2022 til 89 pst. i 2024.

Økt omfang av automatiserte løsninger bidrar til effektivitet og likebehandling i forvaltningen av stønadsområdene.

Innføring av tjenesten Praksisinformasjon i 2023 har medført at helseaktørene kan registrere og endre informasjon om egen praksis selv, samt inngå avtaler med Helfo om direkte oppgjør gjennom løsningen.

Helseaktørenes oppgjørskrav analyseres gjennom stadig mer avanserte verktøy, noe som legger grunnlag for bedre risikovurderinger og en målrettet kontrollvirksomhet. De siste års fokus på etterlevelse har gitt økt kunnskap om risiko, hvorfor det gjøres feil og effekten av tiltak. Det arbeides kontinuerlig med bedre veiledning av helseaktørene med riktigere refusjonskrav som mål. Helfo har i 2024 utviklet mer kompetanse og metodikk innen systematisk brukermedvirkning med fokus på helseaktørene og deres hverdag.

Helfos samfunnsoppdrag innebærer forvaltning av omfattende stønadsmidler og en stor mengde personsensitive data. Det er de siste årene gjennomført flere tiltak som gir økt personvern og informasjonssikkerhet.

Saksbehandlingstider

Helfo mottok 280 000 krav på legemiddelområdet (legemidler og næringsmidler) og medisinsk forbruksmateriell i 2024. Det er en økning på 61 000

saker fra året før. Økningen skyldes i all hovedsak at legemiddelet Ozempic gikk fra å være forhåndsgodkjent til søknad om individuell refusjon.

Helfo fattet 233 480 vedtak om forhåndstilsagn for legemidler i 2024. Tilsvarende var omfanget nær 33 630 vedtak om forhåndstilsagn for næringsmidler. Automatiseringsgraden for forhåndstilsagn for legemidler og næringsmidler har medført at brukere i 237 700 saker opplevde å få umiddelbart svar på sine søknader om legemidler (samme dag). De resterende sakene behandles manuelt (11 pst. i 2024). Gjennomsnittlig saksbehandlingstid for de manuelle sakene var 28,5 dager, hvorav halvparten av sakene behandles innen 18 dager.

Helfo fattet 19 400 vedtak i bidragssaker (§ 5-22) og 15 100 vedtak om yrkesskade (§ 5-25) i 2024. I siste tertial ble saksbehandlingsfrist på 8 uker overholdt i 98 pst. av sakene.

På tannhelseområdet har krav om direkteoppgjør gitt en reduksjon i inngang saker fra 18 159 individuelle refusjonskrav fra brukere i 2020 til 1 470 saker i 2024.

Gjennomsnittlig ventetid for frikort var 8,6 dager ved utgangen av 2024. Saksbehandlingen er automatisert, og ventetiden for brukerne er avhengig av helseaktørenes hyppighet i innsending av registrerte egenandeler.

Servicetjenester

Servicetjenester til brukere og behandlere omfatter informasjon og veiledning på telefon, nett og i chatkanaler, og selvbetjeningsløsninger som bytte av fastlege og utstedelse av europeisk helsetrygdkort.

All informasjon til private brukere fra Helfo er samlet på helsenorge.no. Besøkstallene ligger i 2024 på vel 10,8 mill. besøk per måned, en økning på 18 pst. sammenlignet med året før. For Helfos sider på Helsenorge utgjorde antall besøk 12,9 mill. i 2024.

Helfo mottok 329 880 henvendelser fra innbyggere (privatpersoner og helseaktører) i sine ordinære telefontjenester i 2024. Stadig flere finner svar på sine helserelaterte spørsmål via digitale kanaler. Helfo besvarte 81 pst av telefonhenvendelsene, noe som tilsvarer om lag 266 700 samtaler.

Helfo mottok 194 000 henvendelser i chatbot i 2024 og løsningsgraden er på hele 97 pst. Det er planer for videreutvikling av chat som kanal for flere tjenester.

Bytte av fastlege og bestilling av europeisk helsetrygdkort gjøres digitalt gjennom selvbetjeningsløsningene for henholdsvis 96 pst. og 97 pst. av tilfellene.

Brukere som i liten grad bruker nett, men fremdeles ringer servicetjenestene har oftere sammensatte problemstillinger og trenger veiledning. Samtaletiden har derfor vært økende de siste årene, noe som gir kapasitetsutfordringer. I 2024 ble 50 pst. av telefonsamtalene fra privatpersoner besvart innen 240 sekunder. Sammenlignbare resultater fra året før var 60 pst. besvart innen 150 sekunder. Tilgjengeligheten er følgelig redusert. Brukertilfredsheten var likevel på 90 pst. og om lag på nivå med 2023.

I 2024 ble 86 pst. av telefonsamtalene fra helseaktørene besvart innen 120 sekunder. Brukerundersøkelse blant helseaktørene viser at vel 93 pst. var fornøyd med telefontjenestene og 90 pst. var fornøyd med Helfo sin håndtering av henvendelser på epost.

Helfo har i 2023 og 2024 gjennomført en omfattende spørreundersøkelse rettet mot alle helseaktører for å kartlegge deres opplevelser av Helfos tjenester. Resultatene viser blant annet at helsektørene har høy tillit til Helfos forvaltning av refusjonsområdene. Undersøkelsene gir viktig informasjon til arbeidet med å videreutvikle og forbedre tjenester og etterlevelse.

Nettportalen helfo.no gir informasjon om forhold som avtaleinngåelse med Helfo, hvordan sende inn refusjonskrav og motta utbetaling og informasjon om regelverk, takster og refusjoner. I løpet av 2024 hadde helfo.no vel 1,5 mill. nettbesøk fra helseaktører (nær 11 pst. nedgang fra 2023).

Innsending av refusjonskrav og oppgjør

De automatiserte IKT systemene som kontrollerer og utbetaler refusjon til behandlere, apotek og bandasjister har også i 2024 vist meget stor grad av stabilitet. Oppetiden har vært tilnærmet 100 pst. Helfo og oppgjørssystemene håndterte 1,4 mill. refusjonskrav fra helseaktører i 2024. Andel unike helseaktører som fremmet krav elektronisk utgjorde nær 91 pst. Helseaktører som sender inn fullstendige og korrekte refusjonskrav gjennom de digitale løsningene som er etablert for formålet, mottar utbetaling i løpet av 1–3 virkedager.

Kontroll og etterlevelse

Helfo mottok rundt 126 mill. enkeltregninger og utbetalte 49,2 mrd. kroner i 2024 hvorav 32,4 mrd. kroner er refusjon til behandlere. De resterende

16,8 mrd. kroner ble i all hovedsak utbetalt til apotek og bandasjister for legemidler, næringsmidler og medisinsk forbruksmateriell.

Rett refusjon og ytelse og bedre etterlevelse av regelverket er sentrale mål for Helfos virksomhet. «Riktig første gang» er utgangspunktet for etterlevelsesarbeidet, og viktige virkemidler er bedre veiledning og tilretteleggelse i tråd med helseaktørenes behov.

Helfo har en egen telefontjeneste for behandlere som ivaretar informasjon og veiledning, samt en proaktiv tjeneste som arbeider aktivt med rettledning og informasjon ut mot behandlergruppene. Videre er det utviklet omfattende automatiserte kontroller i mottak og behandling av refusjonskrav og interne kontrolltiltak i saksbehandlingen av individuelle søknader.

Utviklingsarbeid i 2024 har gitt økt innsikt i helseaktørenes etterlevelse og kanalvalg, samt nyttig erfaring i bruk av ulike metoder for brukermedvirkning. Videre skal data fra refusjonskrav benyttes mer aktivt til fortløpende analyser og identifisering av risikoadferd. Det er etablert prosesser på tvers i Helfo som skal bidra til økt deling og bedre utnyttelse av den samlede kunnskapen om risiko i etterlevelsesarbeidet.

I 2024 ble til sammen 1,3 mrd. kroner av helseaktørenes refusjonskrav avvist eller avkortet før utbetaling som følge av automatiserte kontroller i oppgjørssystemene på helserefusjonsområdet. Helseaktørene har muligheter for å rette opp feil og sende inn kravene på nytt.

Arbeidet med etterkontroll har som hovedformål å avdekke og reagere på økonomisk misbruk og bedrageri, samt formidle kontrollresultatene slik at de bidrar til økt etterlevelse og bygger tillit. Helfo gjennomfører etterkontroller på basis av risikovurderinger.

Tilbakekrevd beløp som følge av risikobasert etterkontroll i 2024 var 200,4 mill. kroner fordelt på 42 ulike saker, mens omfanget i 2023 var 97,6 mill. kroner basert på 36 saker.

31 helseaktører ble fratatt retten til å praktisere for trygdens regning i 2024. Helfo gikk til anmeldelse i 5 saker. Utviklingen fra 2023 til 2024 viser en økning i tap av retten for å praktisere for trygdens regning, mens antall anmeldelser har gått ned. Helfos valg av hvilke helseaktører som etterkontrolleres er basert på risikovurderinger. Resultatene viser at i 94 pst. av etterkontrollene så gjøres funn som følges opp med alvorlige reaksjoner som tilbakekreving over 0,2 mill. kroner, tap av retten til å praktisere for trygdens regning og/eller anmeldelse.

Det er manglende måloppnåelse for saksbehandlingstid, spesielt saker med tap av retten. Oppfølging av tips og funnsaker, som vurderes som alvorlige, inngår i prioriteringene av hvilke saker med høy risiko som velges ut til etterkontroll. Helfo har i tillegg til risikobasert etterkontroll gjennomført målrettede kontroller for å avdekke feilutbetalinger og øke kunnskapen om feil bruk av takstsystemene. Effektvurderinger tyder på at etterkontroll gir endret adferd hos helseaktørene.

Fristbruddordningen

Helseforetakene har i 2024 meldt 34 037 fristbrudd til Helfo. Antall meldte fristbudd er redusert med 20,5 pst. fra 2023. I 33 pst. av fristbruddene har pasientene takket ja til et alternativt tilbud fra Helfo. Helfo håndterte 75 pst. av formidlingssakene innen ti virkedager. Brukerundersøkelser viste at 96 pst. av fristbruddpasientene var fornøyde med Helfos håndtering av formidlingsprosessen.

Årsverk

Helfo hadde 415 forpliktende årsverk ved utgangen av 2024, mot 426 årsverk i 2023.

Post 01 Driftsutgifter

Bevilgningen dekker ordinære utgifter til lønn, godtgjørelse, varer og tjenester. Regjeringen foreslår å bevilge 1 556,8 mill. kroner. Sammenlignet med saldert budsjett for 2025 er dette en reduksjon på 34,5 mill. kroner. Utover generell pris- og lønnsjustering, foreslås følgende endringer:

- Det foreslås å flytte 17 mill. kroner fra post 21 til å dekke overheadbelastning innenfor e-helseprosjektene. Beløpet omfatter overhead på fast ansatte som lønnes over post 01. Flyttingen fører til korrekt regnskapsføring.
- Det foreslås å flytte 4,2 mill. kroner fra kap. 783, post 21 for overføring av midler til saksbehandlerårsverk. Beløpet omfatter lønnskostnader til utføring av oppgaver som er en del av Helsedirektoratets faste oppgaver. Og som derfor skal finansieres over etatens grunnbevilgning.
- Det foreslås å flytte 2 mill. kroner fra kapitlene 760, post 21, kap. 760, post 61 og kap. 714, post 79 til kap. 740, post 01. Overføringen finansierer Helsedirektoratets arbeid knyttet til Ammehjelpen.

- Det foreslås å flytte 1,1 mill. kroner fra kap. 765, post 21 for overføring av midler til saksbehandlerårsverk. Faste arbeidsoppgaver skal finansieres over Helsedirektoratets grunnbevilgning.
- Det foreslås å flytte 1 mill. kroner fra kap. 745, post 01 for overføring av midler knyttet til drift og lisenser for bruk av systemet Health Term.
- Det foreslås å flytte 0,6 mill. kroner fra kap. 714 post 21 til kap. 740 post 01 til Helsedirektoratets arbeid med nasjonal oppgjørsordning for voksenvaksinasjon.
- Bevilgningen foreslås redusert med 47,7 mill. kroner som ledd i arbeidet med effektivisering i forvaltningen. Det er videre nødvendig at Helsedirektoratet arbeider målrettet med å digitalisere faste forvaltningsoppgaver for å bidra til effektiv ressursbruk.
- Det foreslås å flytte 46,3 mill. kroner til kap. 701, post 74 knyttet til rammefinansiering av fellestjenester levert av Norsk helsenett SF. Flyttingen inkluderer Helfos andel av kostnadene, jf. nærmere omtale der.
- Bevilgningen foreslås redusert med 8 mill. kroner knyttet til Helfos arbeid med fristbruddordningen. Det foreslås videre å overføre ansvaret for inngåelse av avtaler med private leverandører til de regionale helseforetakene.
- Det foreslås å flytte 0,2 mill. kroner til kap. 1605, post 01 under Finansdepartementet knyttet til rammeoverføring av lønnstjenester til DFØ.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Bevilgningen dekker i hovedsak spesielle driftsutgifter til tiltak på digitaliseringsområdet, EU-prosjekter og andre utrednings- og utviklingsoppgaver. Regjeringen foreslår å bevilge 115,3 mill. kroner. Sammenlignet med saldert budsjett for 2025 er dette en reduksjon på 9,7 mill. kroner. Utover generell prisomregning, foreslås følgende endringer:

- Det foreslås å flytte 2,8 mill. kroner fra kap. 2756, post 71 knyttet til Helsedirektoratets arbeid med å inngå ny avtale med forsikringsagent i USA.
- Det foreslås å flytte 17 mill. kroner til post 01 til å dekke overheadbelastning innenfor e-helseprosjektene.

Helsedirektoratet leder sammen med Folkehelseinstituttet det europeiske myndighetssamarbeidet Joint Action on Cancer and other NCDs prevention – action on health determinants (JA-PreventNCD). JA-PreventNCD er et myndighetssamarbeid med mål om å bidra til forebygging av kreft og ikke-smittsomme sykdommer (NCD) i den europeiske befolkningen.

JA-PreventNCD er et ambisiøst prosjekt som strekker seg over en periode på fire år (2024–2027) og inkluderer 25 land, mer enn 100 samarbeidspartnere, og har en samlet budsjettramme på mer enn én milliard kroner.

Post 60 Gjesteinnbyggeroppgjør for fastleger

Statsbudsjettet settes opp etter bruttoprinsippet. Det betyr at utgifter og inntekter på statsbudsjettet føres hver for seg. Det er imidlertid noen unntak der inntekter og kostnader skal nettoføres. Helfo håndterer flere oppgjørsordninger på vegne av tredjeparter, som medfører utbetaling med viderefakturering og påfølgende innbetaling. Dette er nulloppgjørsordninger hvor Helfo formidler betaling mellom to parter, uten at inn- og utbetalingene representerer en statlig aktivitet som bør fremkomme av budsjettets utgifts- og inntektsside.

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. Det er Helfo som står for gjesteinnbyggeroppgjøret mellom kommunene.

Post 62 Oppgjørsordning for vaksinasjonsprogram for voksne og risikogrupper

Det foreslås en nasjonal oppgjørsordning for håndtering av oppgjør mellom vaksinatør og kommune i voksenvaksinasjonsprogrammet. Dette for å legge til rette for en enklere og mer effektiv administrasjon for både kommune og vaksinatør. Oppgjørsordningen vil være et tilbud til kommuner som inngår avtale med én eller flere private vaksinatører (næringsdrivende fastleger, apotek mv.) for gjennomføring av vaksinasjon i program. Kommuner som kun benytter egne ansatte til å utføre vaksinering, vil ikke ha behov for en slik oppgjørsløsning.

Etableringen av en nasjonal oppgjørsløsning vil medføre at Helfo håndterer oppgjør mellom private vaksinatører og kommuner, uten at dette representerer en statlig aktivitet. Det er tidligere besluttet at slike nulloppgjørsordninger skal net-

toføres i statsbudsjettet, og det foreslås derfor å innføre en egen budsjettpost for dette.

Post 70 helsetjenester i annet EØS-land

Oppgjørsordningen dekker utgifter til helsetjenester i EØS-land, jf. pasientrettighetsdirektivet. Pasienten må betale behandlingsutgiftene, og deretter kreve refusjon fra Helfo. Helfos refusjonsutgifter til bl.a. allmennlegetjenester, tannbehandling i fylkeskommunen, spesialisthelsetjenester og fysioterapi føres på posten. Helfo krever dekning av utgiftene fra kommunene, fylkeskommunene og de regionale helseforetakene og som inntektsføres på posten.

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 oppgjørskrav til Helfo, som foretar utbetaling til apotek. Helfo krever refusjon fra helseforetakene, og inntektsfører på posten ved innbetaling fra helseforetak. Oppgjørsløsningen vil forutsetningsvis gå regnskapsmessig i null over tid. Som følge av at utbetalinger og innbetalinger ikke vil skje samtidig, vil det for posten kunne komme frem en regnskapsmessig saldo forskjellig fra null ved periodeavslutning.

Post 72 Oppgjørsordning fritt behandlingsvalg

Godkjenningsordningen i fritt behandlingsvalg ble avviklet med virkning fra 2023. Det ble etablert en overgangsordning ut 2023, som innebærer at godkjente leverandører under gitte vilkår også kan få betalt for tjenester som ble utført i 2023. Utgiftene til helsetjenester i fritt behandlingsvalg dekkes over bevilgningene til de regionale helseforetakene. Forvaltningen av ordningen innebærer bl.a. at Helfo skal betale til de private aktørene. Det er derfor nødvendig med et påfølgende oppgjør mellom Helfo og de regionale helseforetakene. Helfo krever refusjon fra helseforetakene og inntektsfører på posten ved innbetaling fra helseforetak. Oppgjørsløsningen vil forutsetningsvis gå regnskapsmessig i null over tid. Som følge av at utbetalinger og innbetalinger ikke vil skje samtidig, vil det for posten kunne komme frem en regnskapsmessig saldo forskjellig fra null ved periodeavslutning. Det vil være behov for å videreføre oppgjørsordningen i minimum tre år for å ta høyde for krav som sendes inn etter i løpet av overgangsordningen som gjaldt i 2023. Ordinære pengekrav har etter § 2 i lov 18. mai 1979 nr. 18 om foreldelse av fordringer en foreldelsesfrist på tre år.

Post 73 Oppgjørsordning Statens pensjonskasse

Helfo forskutterer takster som behandlere mottar for journalutskrifter og legeerklæringer rekvirert av Statens pensjonskasse.

Kap. 3740 Helsedirektoratet

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2024	Saldert budsjett 2025	Forslag 2026
02	Diverse inntekter	32 819	35 104	36 368
04	Gebyrinntekter	35 883	30 986	32 101
05	Helsetjenester til utenlandsboende mv.	107 101	66 000	100 000
	Sum kap. 3740	175 803	132 090	168 469

Post 02 Diverse inntekter

Inntektene er knyttet til salg av trykksaker, publikasjoner og gjennomføring av prosjekter og tiltak finansiert av andre offentlige organer. Regjeringen foreslår å bevilge 36,4 mill. kroner. Det er ingen vesentlige endringsforslag sammenlignet med saldert budsjett for 2025.

Post 04 Gebyrinntekter

Helsedirektoratet gir autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning mot nærmere fastsatt godtgjørelse, jf. helsepersonelloven § 53. Det betyr at den enkelte søker betaler et gebyr for behandlingen av sin søknad. Gebyrene skal finansiere Helsedirektoratets kostnader ved å saksbehandle søknadene. Regjeringen foreslår å bevilge 32,1 mill. kroner. Det er ingen vesentlige endringsforslag sammenlignet med saldert budsjett for 2025.

Post 05 Helsetjenester til utenlandsboende mv.

Bevilgningen dekker refusjon fra utlandet for pasienter som har fått behandling i Norge etter EØS-avtalen. Regjeringen foreslår å bevilge 100 mill. kroner.

Kap. 741 Norsk pasientskadeerstatning

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2024	Saldert budsjett 2025	Forslag 2026
01	Driftsutgifter	289 579	258 613	253 876
70	Advokatutgifter	50 057	56 314	58 341
71	Særskilte tilskudd	36 003	35 909	37 202
	Sum kap. 741	375 639	350 836	349 419

Samfunnsoppdrag

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 står i pasientskadeloven. Ett av vilkårene er at det må foreligge et ansvarsgrunnlag og lovens utgangspunkt er at skaden må skyldes svikt ved ytelsen av helsehjelp. Det er ikke et vilkår for erstatningsansvar at den som har voldt skaden har opptrådt uaktsomt eller forsettlig, slik det er etter alminnelig erstatningsrett. Saksbehandlingen er gratis for pasienten. Norsk pasientskadeerstatning 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 Norsk pasientskadeerstatning 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 er et ordinært forvaltningsorgan underlagt Helse- og omsorgsdepartementet. Etatens myndighet følger av pasientskadeloven med forskrifter. Helse- og omsorgsdepartementet styrer gjennom instruks, delegasjon, tildelingsbrev og etatsstyringsmøter. Helse- og omsorgsdepartementet kan ikke instruere Norsk pasientskadeerstatning om lovtolkning, skjønnsutøvelse eller avgjørelser av enkeltsaker.

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

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

Forvaltning

Rask og god saksavvikling har høy prioritet i Norsk pasientskadeerstatning, samtidig som ressursbruken er tilpasset de økonomiske rammene. Siden etaten ble opprettet i 1988 og frem til utgangen av 2024, har Norsk pasientskadeerstatning

mottatt 132 000 erstatningskrav, inkludert 3000 legemiddelsaker. Saksmengden har i perioden fra 1988 i store trekk vært økende.

I 2024 kom det inn nesten 7700 nye erstatningskrav. Det er en liten nedgang fra året før etter en jevn oppadgående trend de siste årene. Privat helsetjeneste, som ble en del av pasientskadeordningen i 2009, står for 17 prosent av erstatningskravene i 2024. Denne andelen har økt de siste årene.

I 2024 ble det gitt medhold i overkant av 1500 erstatningskrav, mens nesten 4000 ble avslått. I tillegg ble 1450 krav avvist og i overkant av 500 henlagt. Medholdsandelen er på 28 prosent for kravene som ble realitetsbehandlet.

Totalt utbetalte Norsk pasientskadeerstatning 1 329 mill. kroner i erstatning i 2024. Det er 91 mill. kroner mindre enn i 2023. I gjennomsnitt ble det utbetalt 950 000 kroner i saker som ble ferdig beregnet i 2024. Sju prosent av erstatningsutbetalingene er knyttet til privat helsetjeneste.

Gjennomsnittlig saksbehandlingstid fra saken ble mottatt til ansvarsvedtak var 218 dager i 2024. Det er 18 dager mer enn i 2023. For saker som ble ferdig beregnet i

2024 var gjennomsnittlig saksbehandlingstid fra medhold til avsluttet

erstatningsberegning 145 dager. Det er en reduksjon på 18 dager sammenlignet med 2023. Norsk pasientskadeerstatning har et kontinuerlig søkelys på å redusere saksbehandlingstiden, og arbeidet med dette fortsetter.

Avviklingen i 2024 hadde en liten nedgang med 0,6 prosent sammenlignet med 2023. Utvikling av nytt saksbehandlingsverktøy har gjort det nødvendig å bruke saksbehandlingsressurser til dette. De har da ikke kunnet saksbehandle søknader om erstatning.

Fagutvikling

Saksavviklingen følges nøye, og balansen mellom grundighet og tidsbruk blir løpende vurdert. Norsk pasientskadeerstatning jobber med å forbedre arbeidsmetodene sine for å sikre god og effektiv saksbehandling. I 2024 fortsatte arbeidet med å forbedre saksflyt og arbeidsmetodikk, og etaten jobbet målrettet med avvikling av eldre saker. Det blir lagt vekt på gode opplegg for opplæring og å styrke saksbehandlernes beslutningsdyktighet.

Norsk pasientskadeerstatning har oppgaver innen forvaltning og utvikling av IKT for egen virksomhet og for Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten. Arbeidet med å modernisere teknisk plattform og å forberede utskifting av digitale løsninger har hatt prioritet i 2024. Blant annet er det tatt i bruk en nettportal for tilskuddsforvaltningen i privat helsetjeneste. Der kan private helseaktører som betaler tilskudd til Norsk pasientskadeerstatning registrere opplysninger om sin virksomhet. Ved utgangen av året var 9 700 virksomheter registrert i portalen.

En viktig oppgave for Norsk pasientskadeerstatning er å sørge for gode digitale løsninger for erstatningssøkerne. Brukerportalen Min side, hvor erstatningssøkerne kan melde

saken sin og følge behandlingen videre, har blitt den viktigste

kommunikasjonskanalen mellom erstatningssøkerne og Norsk pasientskadeerstatning. I 2024 var det 10 400 brukere av portalen.

Etaten prioriterer god informasjon til ulike målgrupper, bl.a. helsetjenesten, pasientforeninger og befolkningen.

Norsk pasientskadeerstatning arbeider videre med utnyttelsen av virksomhetens erfaringsmateriale i kvalitetsutvikling og skadeforebyggende arbeid. Gjennom kontakt med helsetjenesten og sentrale aktører innen helseforvaltningen sørger virksomheten for at materialet nyttes i forskningsog kvalitetssikringsprosjekter og i kvalitetsarbeid generelt. I 2024 lanserte Norsk pasientskadeerstatning en nettportal der alle interesserte kan hente ut statistikk.

Anmodningsvedtak

Lovendring om å innhente opplysninger uten samtykke i pasientskadesaker

Vedtak nr. 486, 16. februar 2023

> *«Stortinget ber regjeringa fylgje opp lovendringa om å innhente opplysningar utan samtykke i pasientskadesaker for å kvalitetssikre at ho bidreg til ei enklare og meir effektiv sakshandsaming. Stortinget ber regjeringa kome attende med saka på eigna måte.»*

Vedtaket ble truffet ved behandling av Prop. 8 L (2022–2023), jf. Innst. 173 L (2022–2023). Anmodningsvedtaket er fulgt opp i dialog med Norsk pasientskadeerstatning og Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten. Lovendringen har medført at saksbehandlingen i de saker hvor innhenting av opplysninger nå kan innhentes uten samtykke fra pasient kan gjennomføres noe raskere enn det som tidligere var tilfellet. På grunn av den store saksmengden innen pasientskadeområdet har det

blitt ansett som lite hensiktsmessig å forsøke å tallfeste effekten på samlet saksbehandling i de to etatene. Effekten av lovendringen går i riktig retning. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Evaluering av Norsk pasientskadeerstatning

Vedtak nr. 610, 20. april 2023

> *«Stortinget ber regjeringen gjennomføre en evaluering av Norsk Pasientskadeerstatning hvor rutiner for saksbehandling og saksbehandlingstid står sentralt. Stortinget ber også om at evalueringen inneholder anbefalinger. Stortinget ber regjeringen komme tilbake med saken på egnet måte.»*

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:80 S (2022–2023), jf. Innst. 245 S (2022–2023). Helse- og omsorgsdepartementet oppnevnte 31. januar 2024 en ekspertgruppe til vurdering av saksbehandlingen i pasientskadeordningen. Ekspertgruppen la frem sin rapport i august 2024. Rapporten ble sendt på høring. Ekspertgruppen skilte mellom fire hovedanbefalinger og 29 ordinære anbefalinger blant de tilrådninger som ble gitt. Hovedanbefalingene var:

- Pasientskadenemnda/Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten etablerer en mer nyansert praksis rundt retur av saker til Norsk pasientskadeerstatning og avgjør flere saker i sin helhet i klageorganet.
- Norsk pasientskadeerstatning innfører som klar hovedregel at en sak ikke bytter saksbehandler når saken går over til beregning.
- Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten slår sammen fløterrollen og SIL-teamet til en ny enhet – Helseklages Team ekspress.
- Norsk pasientskadeerstatning etablerer en ordning med ledende sakkyndig for alle relevante fagområder.

Begge etatene deler intensjonene i hovedanbefalingene. Norsk pasientskadeerstatning arbeider kontinuerlig med å oppfylle hovedregelen om å ikke bytte saksbehandler ved beregning, men mulighetene for dette vil også påvirkes av blant annet sakstype. Etaten vurderer å teste ut bruk av ledende sakkyndig innen utvalgte medisinske områder.

Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten har innført nye rutiner i 2025 der målet er å avgjøre flere saker uten retur til Norsk pasientskadeerstatning. Etablering av Team ekspress er en del av Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten sin plan for organisering.

Hovedtyngden av de 29 ordinære anbefalingene er enten blitt innført eller vil bli innført gradvis over tid, i takt med etatenes ressurssituasjon og organisasjonenes kapasitet til å implementere nye tiltak. Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten har fått i oppdrag å utarbeide et begrunnet forslag til lovfesting av rammene for delegering av myndighet til å treffe vedtak i klagesak etter pasientskadeloven fra Pasientskadenemnda til Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Post 01 Driftsutgifter

Bevilgningen dekker ordinære utgifter til lønn, godtgjørelse, varer og tjenester. Regjeringen foreslår å bevilge 253,9 mill. kroner. Sammenlignet med saldert budsjett for 2025 er dette en reduksjon på 4,7 mill. kroner. Utover generell pris- og lønnsjustering, foreslås følgende endringer:

- Det foreslås å flytte 12,7 mill. kroner til kap. 701 post 74 knyttet til rammefinansiering av fellestjenester levert av Norsk helsenett SF, jf. nærmere omtale der.

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.

Regjeringen foreslår å bevilge 58,3 mill. kroner. Sammenlignet med saldert budsjett for 2025 er dette en økning på 2 mill. kroner. Utover generell prisomregning er det er ingen vesentlige endringsforslag sammenlignet med saldert budsjett for 2025.

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 produ-

senter om levering av pandemivaksine var det forutsatt, med unntak for hendelser som skyldes ukorrekt fremstilling eller kontroll av vaksinen, at produsenten ikke er ansvarlig for finansiering av eventuelle fremtidige erstatninger knyttet til ukjente skader eller bivirkninger fra vaksinene. Norsk pasientskadeerstatning skal behandle saker om erstatning knyttet til de aktuelle vaksinene, og eventuelle skader som følger av bruk av vaksinene blir dekket i tråd med dagens bestemmelser i pasientskadeordningen. Kap. 3741 Norsk pasientskadeerstatning

Regjeringen foreslår å bevilge 37,2 mill. kroner. Sammenlignet med saldert budsjett for 2025 er dette en økning på 1,3 mill. kroner. Utover generell prisomregning er det er ingen vesentlige endringsforslag sammenlignet med saldert budsjett for 2025.

Kap. 3741 Norsk pasientskadeerstatning

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2024	Saldert budsjett 2025	Forslag 2026
02	Diverse inntekter	23 797	7 923	8 208
50	Premie fra private	50 045	26 018	26 018
	Sum kap. 3741	73 842	33 941	34 226

Post 02 Diverse inntekter

Inntektene på posten er relatert til en oppgjørsordning mellom Norsk pasientskadeerstatning og Nasjonalt klageorgan for helsetjenestenRegjeringen foreslår å bevilge 8,2 mill. kroner. Det er ingen vesentlige endringsforslag sammenlignet med saldert budsjett for 2025.

Norsk pasientskadeordning har bl.a. i oppgave å utvikle IKT-systemene for Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten, herunder systemene til de nye enhetene som inngår i organet. 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. Regjeringen foreslår å bevilge 26 mill. kroner. Det er ingen vesentlige endringsforslag sammenlignet med saldert budsjett for 2025.

Kap. 742 Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2024	Saldert budsjett 2025	Forslag 2026
01	Driftsutgifter	198 654	196 439	197 030
21	Spesielle driftsutgifter, *kan overføres*	25 177	17 196	16 955
	Sum kap. 742	223 831	213 635	213 985

Samfunnsoppdrag

Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten ivaretar rettssikkerheten til brukere av, og ansatte i, helsetjenestene. Vurderingene klageorganet gjør er viktige for både enkeltpersoners livssituasjon og fellesskapets interesse i offentlig finansierte og velfungerende helsetjenester.

Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten er en klageinstans som overprøver vedtak fra 32 offentlige instanser:

- Direktoratet for medisinske produkter.
- Folkehelseinstituttet.
- Helfo.
- Helsedirektoratet.
- Akershus universitetssykehus HF.
- Finnmarkssykehuset HF.
- Helgelandssykehuset HF.
- Helse Bergen HF.
- Helse Fonna HF.
- Helse Førde HF.
- Helse Møre og Romsdal HF.
- Helse Nord-Trøndelag HF.
- Helse Stavanger HF.
- Nordlandssykehuset HF.
- Oslo universitetssykehus.
- Sykehuset i Vestfold HF.
- Sykehuset Innlandet HF.
- Sykehuset Telemark HF.
- Sykehuset Østfold HF.
- St. Olavs hospital HF.
- Sørlandet sykehus HF.
- Universitetssykehuset Nord-Norge HF.
- Vestre Viken HF.
- Luftfartstilsynet.
- Norsk helsearkiv.
- Norsk pasientskadeerstatning.
- Helse Midt-Norge RHF.
- Helse Nord RHF.
- Helse Sør-Øst RHF.
- Helse Vest RHF.
- Statens helsetilsyn.
- Statsforvalterne.

Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten er sekretariat for tre uavhengige nemnder:

- Apotekklagenemnda.
- Pasientskadenemnda.
- Statens helsepersonellnemnd.

Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten forbereder også ankesaker til Trygderetten. Ankene gjelder vedtak gjort etter folketrygdloven kapittel 5.

Roller

Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten utfører forvaltningsoppgaver. Klageorganet forvalter lover, fatter vedtak og bidrar til rettssikkerhet.

Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten er prosessfullmektig når staten ved Pasientskadenemnda saksøkes, og fører sakene for alle rettsinstanser. Helse- og omsorgsdepartementet har delegert rollen som partsrepresentant i søksmål på de øvrige saksområdene til Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten. Regjeringsadvokaten er prosessfullmektig i disse rettssakene.

Myndighet

Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten er et statlig forvaltningsorgan under Helse- og omsorgsdepartementet. Nemndsekretariatene er faglig underlagt nemndene og kan ikke instrueres av departementet i lovtolkning, skjønnsutøvelse eller avgjørelser.

Generelt om saksbehandlingen i Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten

Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten er et av Norges største fagmiljøer innen erstatningsrett, helserett, forvaltningsrett, EU/EØS-rett og prosedyre.

Følgende klagesaker utredes av sekretariatet og behandles i nemnd (førsteinstans og nemnd i parentes):

- Administrative reaksjoner mot helsepersonell (Statens helsetilsyn, Statens helsepersonellnemnd).
- Advarsel til apotekkonsesjonær eller apoteker ved mangelfull eller uforsvarlig drift (Direktoratet for medisinske produkter, Apotekklagenemnda).
- Autorisasjon til helsepersonell (Helsedirektoratet, Statens helsepersonellnemnd).
- Drift av filialapotek (Direktoratet for medisinske produkter, Apotekklagenemnda).
- Faglig pålegg til helsepersonell (Statsforvalteren, Statens helsepersonellnemnd).
- Forkorting av frist for tap av rekvireringsrett (Statens helsetilsyn, Statens helsepersonellnemnd).
- Konsesjon til drift av apotek (Direktoratet for medisinske produkter, Apotekklagenemnda).
- Konvertering av spesialistgodkjenning fra andre land og bekreftelse av oppnådde læringsmål i spesialistutdanning på grunnlag av uten-

landsk utdanning (Helsedirektoratet, Statens helsepersonellnemnd).
- Lisens til helsepersonell (Helsedirektoratet, Statens helsepersonellnemnd).
- Ny/begrenset autorisasjon til helsepersonell etter tap (Statens helsetilsyn, Statens helsepersonellnemnd).
- Pasientskadeerstatning (Norsk pasientskadeerstatning, Pasientskadenemnda).
- Pålegg om å innlevere pasientjournalarkiv (Statens helsetilsyn, Statens helsepersonellnemnd).
- Reaksjon mot helsepersonell uten norsk autorisasjon (Statens helsetilsyn, Statens helsepersonellnemnd).
- Spesialistgodkjenning av klinisk allmennsykepleiere, leger og tannleger (Helsedirektoratet, Statens helsepersonellnemnd).

Nemndsekretariatene kan fatte vedtak i enkelte saker.

Helse- og omsorgsdepartementet oppnevner nemndmedlemmene. Medlemmene har juridisk og medisinsk kompetanse. Et av medlemmene er brukerrepresentant.

I 2024 mottok klageorganet 4191 klagesaker og behandlet 4158. Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten har redusert gjennomsnittlig saksbehandlingstid på de aller fleste områdene.

Pasientskadenemnda

I 2024 mottok sekretariatet i Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten 2191 klagesaker fra Norsk pasientskadeerstatning til Pasientskadenemnda. 81 prosent av klagesakene gjaldt erstatningsansvar og 19 prosent av klagesakene gjaldt utmåling av erstatning.

Pasientskadenemnda behandlet 2379 klagesaker i 2024. Nemnda behandlet flere saker enn de de fikk inn og reduserte den samlede saksbehandlingstiden.

Statens helsepersonellnemnd og Apotekklagenemnda

Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten mottok 361 klagesaker til Statens helsepersonellnemnd i 2024. Det er en økning på 34 prosent fra 2023. Nemnda behandlet 252 klagesaker. 174 av de behandlede klagesakene gjaldt søknad om lisens, autorisasjon eller spesialistgodkjenning, og 78 gjaldt administrative reaksjoner mot helsepersonell. Gjennomsnittlig saksbehandlingstid var 12,5 måneder.

Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten behandlet en klagesak til Apotekklagenemnda i 2024, og mottok ingen nye saker til nemnda.

Behandling i utlandet

Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten mottok 26 klagesaker fra de regionale helseforetakene for behandling i utlandet i 2024 og behandlet 25 saker. Saksbehandlingstiden i nemnda var godt innenfor kravet om gjennomsnittlig saksbehandlingstid på 3 måneder i hastesaker og 5 måneder i andre saker.

Klagesaker fra Helfo

Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten mottok 1529 og behandlet 1426 klagesaker fra Helfo i 2024. Den samlede saksbehandlingstiden på Helfo-saker gikk ned fra 11,8 måneder ved utgangen av 2023 til 10,6 måneder ved utgangen av 2024.

Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten mottok 35 anker på vedtak til Trygderetten. Klageorganet sendte 38 ankesaker til Trygderetten i 2024.

Andre klagesaker

Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten er klageinstans i flere andre sakstyper. Det største saksområdet er dispensasjon fra førerkortforskriftens helsekrav. Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten mottok 77 og behandlet 70 andre klagesaker i 2024.

Gjennomsnittlig saksbehandlingstid i klagesaker fra Norsk helsearkiv og Folkehelseinstituttet var 6 måneder. I de andre sakstypene var saksbehandlingstiden 3,1 måneder i 2024.

Rettssaker på pasientskadeområdet

I 2024 mottok staten ved Pasientskadenemnda 161 stevninger. 71 stevninger gjaldt avslag på erstatning og 90 stevninger gjaldt utmåling av utbetalt erstatning. 136 saker ble avgjort uten rettskraftig dom. 83 saker ble trukket av saksøker og 53 saker ble forlikt.

35 dommer ble rettskraftige i 2024**.** Staten ved Pasientskadenemnda ble frifunnet i 20 av dommene og i det vesentlige frifunnet i tre dommer.

Rettssaker på helserettsområdet

Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten er partsrepresentant i rettssaker på helserettsområdet.

Rettssakene gjelder gyldigheten av vedtak fattet av Apotekklagenemnda, Statens helsepersonellnemnd og Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten.

Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten mottok 10 stevninger i 2024, og det ble gjennomført hovedforhandling i syv saker.

Kommunikasjon

Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten skal, i tråd med den statlige kommunikasjonspolitikken, gi informasjon til brukerne om rettigheter, plikter og muligheter. Klageorganet skal gi alle som bringer en klagesak inn informasjon om hvordan saken blir behandlet og hvor lang tid det forventes å ta. Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten skal bruke et klart og korrekt språk som er tilpasset målgruppene. Vedtak fra nemndene blir publisert på helseklage.no og Lovdata Pro.

Årsverk

Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten hadde 151 avtalte årsverk i 2024. Antall utførte årsverk var 135.

Post 01 Driftsutgifter

Bevilgningen dekker ordinære utgifter til lønn, godtgjørelse, varer og tjenester. Regjeringen foreslår å bevilge 197 mill. kroner. Sammenlignet med saldert budsjett for 2025 er dette en økning på 0,6 mill. kroner. Utover generell pris- og lønnsjustering, foreslås følgende endringer:

– Det foreslås å flytte 5,7 mill. kroner til kap. 701, post 74 knyttet til rammefinansiering av fellestjenester levert av Norsk helsenett SF, jf. nærmere omtale der.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Bevilgningen dekker utgifter til drift og forvaltning av IT-tjenester i samarbeid med Norsk pasientskadeerstatning. I tillegg dekkes leie av tilleggslokale. Regjeringen foreslår å bevilge 17 mill. kroner. Sammenlignet med saldert budsjett for 2025 er dette en reduksjon på 0,2 mill. kroner. Utover generell prisomregning foreslås følgende endringer:

– Bevilgningen foreslås redusert med 0,9 mill. kroner som et effektiviseringstiltak.

Kap. 3742 Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2024	Saldert budsjett 2025	Forslag 2026
50	Premie fra private	11 979	5 880	5 880
	Sum kap. 3742	11 979	5 880	5 880

Post 50 Premie fra private

Bevilgningen dekker utgifter til behandling av saker fra privat helsetjeneste. Se kap. 3741 post 50 for nærmere omtale av ordningen. Posten har merinntektsfullmakt knyttet til seg. Regjeringen foreslår å bevilge 5,9 mill. kroner. Ut over generell prisomregning er det ingen vesentlige endringsforslag sammenlignet med saldert budsjett for 2025.

Kap. 745 Folkehelseinstituttet

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2024	Saldert budsjett 2025	Forslag 2026
01	Driftsutgifter	1 515 453	1 604 933	1 614 978
21	Spesielle driftsutgifter, *kan overføres*	385 603	182 219	202 399
45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, *kan overføres*	20 243	15 525	16 068
	Sum kap. 745	1 921 299	1 802 677	1 833 445

Samfunnsoppdrag og roller

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.

Innenfor områdene smittevern og miljømedisin dekker Folkehelseinstituttets samfunnsoppdrag også gjennomførings-, overvåknings- og rådgivningsfunksjoner, inkludert registeranalyser og statistikk. Instituttet skal overvåke den nasjonale epidemiologiske situasjonen og delta i overvåkingen av den internasjonale epidemiologiske situasjonen, utføre helseanalyser og drive forskning på smittevernområdet. Videre skal instituttet overvåke befolkningens eksponering for faktorer i miljøet som kan påvirke helsen og medføre negative helseeffekter.

Instituttets kjerneoppgaver er kunnskap, beredskap og infrastruktur, jf. nærmere omtale under.

Departementet vurderer at dagens målstruktur med tilhørende styringsparametre ikke gir departementet tilstrekkelig styringsinformasjon. Helse- og omsorgsdepartementet vil lage nye hovedmål for Folkehelseinsituttet med virkning fra 2026.

Myndighetsfunksjoner

Folkehelseinstituttet har et samlet ansvar for nasjonale helseregistre, inkludert Helsedataservice. Dette innebærer at instituttet har myndighet til å fatte vedtak om tilgjengeliggjøring av helsedata fra registrene, jf. helseregisterloven og forskrift om nasjonal løsning for tilgjengeliggjøring av helsedata.

Når det er nødvendig for å sette i verk tiltak eller for å få oversikt og kontroll ifm. smittsomme sykdommer eller andre beredskapssituasjoner, kan Folkehelseinstituttet kreve opplysninger fra angitte offentlige og private helse- og omsorgstjenester, uten hinder av lovbestemt taushetsplikt, jf. smittevernloven og helseberedskapsloven.

Folkehelseinstituttet gir faglige retningslinjer for gjennomføring av det nasjonale vaksinasjonsprogrammet.

Forvaltningsoppgaver

Instituttet forvalter helsedata som nasjonal infrastruktur for egen og andres kunnskapsproduksjon. Folkehelseinstituttet har dataansvaret for de nasjonale helseregistrene samt befolkningsbaserte helseundersøkelser med tilhørende biologisk materiale. Folkehelseinstituttet skal utarbeide og løpende offentliggjøre statistikk fra registrene.

Årsverk

Folkehelseinstituttet hadde 1 181 årsverk ved utgangen av 2024, mot 959 årsverk ved utgangen av 2023. Om lag 21 pst. av årsverkene i 2024 var knyttet til oppgaver finansiert av eksterne aktører. Medarbeidere ved instituttet er i 2025 lokalisert i Oslo, Bergen, Levanger, Trondheim og Tynset.

Forskning, folkehelse og forebygging

Folkehelseinstituttet har en omfattende kunnskapsproduksjon av høy kvalitet. Forskningsrådet gjennomførte i 2023–2024 en fagevaluering av medisin og helsefag (EVALMEDHELSE), der blant annet kvalitet på forskningen Folkehelseinstituttet gjør på flere fagområder, og denne

forskningens relevans for sentrale samfunnsområder, ble vurdert.

Instituttet arbeider for å gi kommunene, fylkene og nasjonale myndigheter et godt kunnskapsgrunnlag om helsetilstand, helsetjenestene og påvirkningsfaktorer. Dette vil understøtte beslutninger om å iverksette tiltak både i beredskapssituasjoner og i det løpende folkehelsearbeidet. I tillegg vil befolkningen få tilgang til kunnskap som kan bidra til gode helsebeslutninger.

Folkehelseinstituttet har oppgaver knyttet til gjennomføring av EUs tobakksdirektiv, jf. kap. 714, post 22. Kostnadene for 2026 er estimert til 4,9 mill. kroner og dekkes gjennom gebyrinntekter fra tobakksindustrien, jf. kap. 3714, post 04.

Norges sentrale forvalter av helsedata

Ved endringene i den sentrale helseforvaltningen fikk Folkehelseinstituttet ansvaret for norsk pasientregister, kommunalt pasient- og brukerregister og Helsedataservice. Folkehelseinstituttet ble fra 2024 dermed Norges sentrale forvalter av helsedata. Folkehelseinstituttet påstartet i 2024 arbeidet med en helsedatastrategi i samarbeid med Helsedirektoratet og andre sentrale aktører i sektoren, med mål om å utvikle og modernisere helseregistrene, og utnytte verdiene i å ha et samlet registermiljø i Norge.

Folkehelseinstituttet har utarbeidet en helsedatastrategi for perioden 2025–2027 i samarbeid med Helsedirektoratet og andre sentrale aktører i sektoren. Målet er å utvikle og modernisere helseregistrene, og utnytte verdiene av å ha et samlet registermiljø.

I 2024 lanserte Folkehelseinstituttet flere løsninger for å tilgjengeliggjøre statistikk til ulike aktører. Kommunenes sykdomsoversikt (KoSy) gir kommuneoverleger mulighet til å følge med på infeksjoner, testing og vaksinasjon i egne kommuner. Systemet skal videreutvikles i tråd med innspill fra brukerne. Det er også lansert en løsning for å nå målet om riktigere bruk av antibiotika, der fastleger kan vurdere sin forskrivning av antibiotika opp mot gjennomsnittet for sitt fylke, og på landsbasis.

Helsetjenester og kreftregisteret

Folkehelseinstituttet har laboratorievirksomhet på smittevern- og miljøfeltet, og oppgaver innen nasjonale vaksinasjonsprogrammer og vaksineforsyning. Kreftregisteret ble en del av Folkehelseinstituttet i 2024 som følge av endringene i den sentrale helseforvaltningen. Folkehelseinstituttet er dermed ansvarlig for landets kreftscreeningprogrammer for bryst-, livmorhals- og tarmkreft, i tett samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

Barnevaksinasjonsprogrammet ble i 2024 utvidet med et nytt tilbud om kikhostevaksinasjon av gravide, med mål om å beskytte nyfødte mot alvorlige forløp av sykdommen.

Folkehelseinstituttet har ansvar for drift av koronavaksinasjonsprogrammet. Tallet på koronavaksinerte har falt over tid. Det er en uheldig utvikling i vaksinedekningen hos den voksne befolkningen. Det har blitt gjennomført informasjonskampanjer rettet mot risikogruppene for å øke vaksinasjonsdekningen.

Tarmscreeningprogrammet ble innført fra 2022, og var etablert nasjonalt i januar 2024. Tilbudet gis til kvinner og menn året de fyller 55 år, og baserer seg på undersøkelse hvert andre år av blod i avføringen. Programmet driftes i tett samarbeid med spesialisthelsetjenesten, og vil være i opptrapping over de neste fem årene.

Beredskapsfunksjoner

Folkehelseinstituttet har beredskapsoppgaver ved smittevernhendelser og miljø- og kjemikaliehendelser i Norge, og har en rekke spesialiserte operative funksjoner og nasjonale tjenester. Instituttet driver overvåking og bidrar i beredskapssituasjoner med situasjonsbilde, kunnskapsstøtte og risikovurdering som grunnlag for operative og strategiske beslutninger, samt råd og tjenester. Skreddersydde data til kommuneoverlegene (KoSy) ble lansert og pilotert i 2024, jf. omtale under *Norges sentrale forvalter av helsedata*.

Folkehelseinstituttet har i 2024 styrket beredskapen for å sammenstille og produsere kunnskap for håndtering av helserelaterte kriser. Arbeidet innebar både internt arbeid med styrket beredskap for kunnskapsproduksjon i kriser, og samarbeid og nettverksbygging med internasjonale forskningsmiljøer.

Vitenskapskomiteen for mat og miljø

Et godt kunnskapsgrunnlag er avgjørende for å nå målene i mat- og miljøpolitikken. Vitenskapskomiteen for mat og miljø (VKM) er en tverrfaglig, uavhengig komité. VKM har egne vedtekter fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet.

Administrativt er sekretariatet en egen organisatorisk enhet i Folkehelseinstituttet. Folkehelseinstituttet har ingen faglig instruksjonsrett over sekretariatet.

Internasjonalt samarbeid

Folkehelseinstituttet deltar i en rekke samarbeidsprosjekter under EUs helseprogram (EU4Health), bl.a. som vitenskapelig leder av det europeiske myndighetssamarbeidet om forebygging av kreft og ikke- smittsomme sykdommer (JA PreventNCD), som startet opp i 2024.

Post 01 Driftsutgifter

Bevilgningen dekker ordinære utgifter til lønn, godtgjørelse, varer og tjenester. Regjeringen foreslår å bevilge 1 614 978 mill. kroner. Sammenlignet med saldert budsjett for 2025 er dette en økning på 10 mill. kroner. Utover generell pris- og lønnsjustering, foreslås følgende endringer:

- Det foreslås å flytte 52 mill. kroner fra kap. 732, post 70, Regionale helseforetak, til kap. 745, post 01, knyttet til drift av tarmscreeningprogrammet.
- Bevilgningen foreslås økt med 7 mill. kroner knyttet til skreddersydd statistikk på legemiddelområdet og et kvalitetsforbedringsprosjekt som grunnlag for et eventuelt register for uønskede pasienthendelser. Det forutsettes at Folkehelseinstituttet gjør interne omprioriteringer for å fullfinansiere tiltakene.
- Bevilgningen foreslås redusert med 40,1 mill. kroner som et effektiviseringstiltak for Folkehelseinstituttet. Det forutsettes at intituttet likevel finner rom for internt sikkerhet- og beredskapsarbeid.
- Det foreslås å flytte 38,1 mill. kroner til kap. 701, post 74, knyttet til rammefinansiering av fellestjenester levert av Norsk helsenett SF, jf. nærmere omtale der.
- Det foreslås å flytte 10 mill. kroner til kap. 745, post 21, knyttet til hjemmetest i livmorhalsprogrammet.
- Bevilgningen foreslås redusert med 9 mill. kroner knyttet til påminnelsesordning for voksenvaksinasjonsprogrammet.
- Det foreslås å flytte 1 mill. kroner til kap. 740, post 01, Helsedirektoratet, knyttet til systemet Health Term. Bevilgningen ble ved en inkurie budsjettert hos Folkehelseinstituttet, og ikke Helsedirektoratet, som er systemeier og lisenshaver for Health Term.

Nasjonalt register for uønskede pasienthendelser

Som grunnlag for et evnt. permanent nasjonalt register for alvorlige hendelser og nesten-hendelser (uønskede hendelser), gjennomfører Folkehelseinstituttet et kvalitetsforbedringsprosjekt med data og informasjon om uønskede hendelser fra helseforetak og kommuner. Nasjonal database med uønskede hendelser skal brukes til å analysere ulike aspekt ved uønskede hendelser som kan bidra til mer læring på tvers, og bedre pasientsikkerhet.

Skreddersydd statistikk på legemiddelområdet

Tiltaket skal understøtte trygg og kostnadseffektiv legemiddelbruk i det norske samfunnet. For å oppnå målet skal Folkehelseinstituttet utnytte nye muligheter med rask tilgang til skreddersydd statistikk basert på sammenstilte registerdata, i nær sanntid. Arbeidet krever kobling av data fra flere helseregistre for å oppnå høy kvalitet.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Bevilgningen dekker i hovedsak spesielle driftsutgifter til oppdragsvirksomhet og større tidsbegrensende prosjekter, herunder utgifter til eksternfinansierte oppdrag. Regjeringen foreslår å bevilge 202,4 mill. kroner. Sammenlignet med saldert budsjett for 2025 er dette en økning på 20,2 mill. kroner. Utover generell prisomregning foreslås følgende endringer:

- Det foreslås å flytte 10 mill. kroner fra kap. 745, post 01, til kap. 745, post 21, knyttet til hjemmetest i livmorhalsprogrammet.
- Det foreslås å flytte 5,2 mill. kroner fra kap. 745, post 21, til kap. 275, post 21, tiltak for høyere utdanning og forskning, knyttet til nasjonal infrastruktur for sensitive data.
- Bevilgningen foreslås økt med 3,8 mill. kroner knyttet til utvikling av nytt IKT-system i livmorhalsprogrammet.
- Bevilgningen foreslås økt med 5 mill. kroner knyttet til IKT-oppgradering i mammografiprogrammet. Tiltaket krever at Folkehelseinstituttet gjør interne omprioriteringer for å fullfinansiere tiltaket.

Livmorhalsprogrammet

Det har vært en nedgang i deltakelse i Livmorhalsprogrammet blant yngre kvinner fra 2023–2024, og 180 000 kvinner har ikke sjekket seg på ti år eller mer. HPV-hjemmetest er et tilbud i Livmorhalsprogrammet. Målet er å øke deltakelsen i livmorhalskreftscreening og redusere antall tilfeller av livmorhalskreft. For å muliggjøre utsendelser av HPV-hjemmetest direkte til kvinnen, er utvikling av et nytt IKT-system i livmorhalspro-

grammet nødvendig. Prosjektet har etablert HPV-hjemmetest for kvinner i målgruppen via fastlegen, i kvinnefengsler og hos enkelte aktører. Anskaffelsesprosesser er gjennomført, informasjons- og kommunikasjonsmateriell er utarbeidet, og nytt HPV-laboratorium er bygget ved Akershus universitetssykehus. Laboratoriet har startet å analysere HPV-hjemmetester. Arbeid med elektronisk henvisning fra kreftregisteret til spesialisthelsetjenesten er påbegynt, og integrasjoner og funksjonalitet med Helsenorge pågår. Regjeringen foreslår 3,8 mill. kroner til tiltaket i 2026.

Mammografiprogrammet

IKT-systemet i mammografiprogrammet må moderniseres for å kunne tilby kvinnene i målgruppen et moderne, trygt og kostnadseffektivt tilbud i henhold til europeiske retningslinjer. En oppgradering av IKT-systemet vil føre til at Mammografiprogrammet kan ta i bruk automatiserte løsninger og kunstig intelligens (KI) i form av selvbetjeningsløsninger for kvinnene, KI i tyding og kvalitetskontroll av mammogrammene, og tilby persontilpassede løsninger. Dette vil gi tidsbesparelse for helsepersonell. Bruk av KI kan redusere screeningvolumet til radiologene, og redusere tiden radiografene bruker på å vurdere bildekvalitet. Automatiserte løsninger og KI vil også muliggjøre persontilpasninger av programmet, slik at fordelene øker og ulempene reduseres for den enkelte deltaker i programmet. Regjeringen foreslår 5 mill. kroner til tiltaket i 2026.

Kap. 3745 Folkehelseinstituttet

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2024	Saldert budsjett 2025	Forslag 2026
02	Diverse inntekter	471 442	280 244	290 333
	Sum kap. 3745	471 442	280 244	290 333

Post 02 Diverse inntekter

Bevilgningen dekker bl.a. inntekter fra oppdrags- og bidragsfinansiert aktivitet, tilgjengeliggjøring av registerdata til kunnskapsproduksjon og laboratorieprøver. Regjeringen foreslår å bevilge 290,3 mill. kroner. Utover generell prisomregning er det ingen vesentlige endringsforslag sammenlignet med saldert budsjett for 2025.

Kap. 746 Direktoratet for medisinske produkter

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2024	Saldert budsjett 2025	Forslag 2026
01	Driftsutgifter	492 451	447 778	458 591
21	Spesielle driftsutgifter, *kan overføres*	35 846	48 678	51 970
	Sum kap. 746	528 297	496 456	510 561

Samfunnsoppdrag og roller

Direktoratet for medisinske produkter er fag- og tilsynsmyndighet for medisinske produkter. Direktoratet skal bidra til å sikre god kvalitet ved behandling med legemidler, at legemidler skal ha lavest mulig pris, likeverdig og rask tilgang til effektive legemidler og å legge til rette for forskning og innovasjon. For medisinsk utstyr og blod, celler og vev skal Direktoratet påse at produktene som produseres og omsettes i Norge er effektive, trygge og sikre. Direktoratet skal vurdere og sammenstille kunnskap om medisinske produkter, bidra til at innføring av metodene i den

offentlige helsetjenesten er i tråd med prinsippene for prioritering og verdigrunnlaget for helsetjenesten. Direktoratet skal formidle kunnskap og innsikt i relevante tema og bidra til en kunnskapsbasert offentlig debatt. Direktoratet har et overordnet og helhetlig ansvar for nasjonal forsyningssikkerhet og beredskap for legemidler, inkludert vaksiner og legemidler til dyr, samt medisinsk utstyr.

Forvaltningsoppgaver

Direktoratet for medisinske produkter er gjennom forskrifter tillagt forvaltningsmyndighet for regulering av markedet for medisinske produkter. Direktoratet for medisinske produkter er fag- og tilsynsmyndighet for medisinsk utstyr i Norge og forvalter og gir overordnet veiledning om produktregelverket. Regelverket for medisinsk utstyr gjelder også når det medisinske utstyret er software/KI.

Oppgavene til Direktoratet for medisinske produkter omfatter utredning av kvalitet, sikkerhet og effekt og vurdering av nytte-risikoforholdet ved godkjenning av legemidler (markedsføringstillatelse), godkjenning av produktinformasjon (preparatomtale, pakningsvedlegg og merking) og endringer og vedlikehold av markedsføringstillatelser for legemidler. Videre omfatter oppgavene fastsettelse av maksimalpris og trinnpris for reseptpliktige legemidler med markedsføringstillatelse til mennesker, metodevurdering av medisinske produkter, opptak av legemidler for forhåndsgodkjent refusjon, bivirkningsovervåking, kvalitetskontroll og tilsyn med aktører i legemiddelforsyningskjeden og legemiddelreklame. I tillegg har direktoratet ansvar for håndtering av meldinger om legemiddelmangel og å bidra til å løse akutte mangelsituasjoner. Videre inngår veiledning om riktig legemiddelbruk, godkjenning av legemiddelutprøvinger, utviklingsplaner for legemidler til barn og godkjenning av avansert terapi.

Direktoratet arbeider med å tilrettelegge for systematisk veiledning av norske aktører innen legemiddelforskning og legemiddelutvikling. Direktoratet har også ansvar for regelverket som fastslår hva som er narkotiske stoffer (narkotikalisten) og forvalter ordningen med salg av legemidler utenom apotek. Videre er Direktoratet for medisinske produkter tilskuddsforvalter for Relis (regionale legemiddelinformasjonssentre) og Vetlis (Veterinærmedisinsk legemiddelinformasjonssenter).

Direktoratet for medisinske produkter forvalter regelverket for medisinsk utstyr og fører tilsyn med at regelverket etterleves. Sentrale forvaltningsoppgaver er veiledning av aktørene, vurdering av søknader om kliniske studier og tilsyn med markedsaktørene og tekniske kontrollorgan. Direktoratet skal arbeide aktivt for at relevante aktører er kjent med gjeldende regelverk, og være en pådriver for å formidle viktig informasjon om sikkerhet ved medisinsk utstyr.

Fagutvikling

Direktoratet for medisinske produkter skal følge med på forhold som påvirker målene for politikken innenfor Direktoratets ansvar, og gi råd og veiledning på området for medisinske produkter. Direktoratet skal sammenstille kunnskap og erfaringer, og gjennomføre utredninger og situasjonsanalyser innenfor etatens ansvarsområder.

Årsverk

Direktoratet for medisinske produkter hadde om lag 333 årsverk ved utgangen av 2024.

Rask tilgang til medisinske produkter

Direktoratet for medisinske produkter har ansvar for å utføre metodevurderinger av legemidler i systemet for nye metoder i spesialisthelsetjenesten og folketrygdfinansierte legemidler, og fatter beslutning om opptak på forhåndsgodkjent refusjon i blåreseptordningen.

I 2024 ble saksbehandlingstiden for metodevurderinger redusert, og det var ingen blåreseptsaker som ventet. Gjennomsnittlig tidsbruk var 111 dager, godt innenfor kravet om 180 dager. For sykehuslegemidler ble tidsbruken redusert fra 316 til 240 dager. Direktoratet for medisinske produkter behandlet flere prissøknader enn tidligere år, og gjennomførte anbud for kolesterolsenkende legemidler, som førte til bedre tilgang for pasientene. Antall søknader om klinisk utprøving av legemidler økte til 109, hvorav 76 kom fra kommersielle aktører. Kreft var fortsatt det dominerende terapiområdet med 44 søknader. Direktoratet for medisinske produkter behandlet også 254 overgangssøknader og 432 endringssøknader. Søknader om medisinsk utstyr falt med 58 %, men færre ble avslått grunnet ny praksis. Direktoratet for medisinske produkter leverte tre metodevurderinger av medisinsk utstyr og fullførte tre vurderinger i samarbeid med Folkehelseinstituttet. Det ble etablert et nytt system for identifisering og vurdering av vaksiner, og Norge deltok aktivt i utviklingen av felles-europeisk regelverk. Gjen-

nomsnittlig saksbehandlingstid for metodevurdering av medisinsk utstyr var 165 dager, og to av tre saker ble ferdigstilt innen fristen.

Videre har direktoratet opprettet en innsatsgruppe som skal se på hvordan arbeidet med metodevurdering kan effektiviserer ved bruk av kunstig intelligens.

Sikkerhet ved og riktig bruk av medisinske produkter

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.

Direktoratet for medisinske produkter godkjenner kliniske studier og gir innovasjonsstøtte til bedrifter og akademia gjennom veiledning og råd innenfor legemiddelutvikling, klinisk forskning (legemidler og medisinsk utstyr) og metodevurdering. Direktoratet deltar med innspill i departementets arbeid med å videreutvikle Nasjonal handlingsplan for kliniske studier.

I 2024 mottok direktoratet 6821 bivirkningsmeldinger, og publiserte 13 nyhetssaker om legemiddelsikkerhet. Tilsynsarbeidet avdekket 17 kritiske avvik, særlig innen apoteksektoren. Det ble gjennomført 21 inspeksjoner og 24 skrivebordstilsyn. Innen reklame ble det fattet 40 vedtak om ulovlig reklame. Aksjon Injeksjon resulterte i 23 veiledningsbrev og fire forhåndsvarsler.

Direktoratet for medisinske produkter mottok 537 meldinger om alvorlige hendelser angående uventede komplikasjoner og hendelser ved tapping, frem-stilling og overføring av blod og blodprodukter. Det ble utstedt ti godkjenninger til blodbanker og 28 tillatelser til celle/vev-virksomheter. Innen medisinsk utstyr ble det rapportert 2449 saker, hvorav 2082 om alvorlige hendelser. Laboratoriet analyserte 18 legemidler og 181 vaksinepartier. Det er ikke avdekket alvorlige kvalitetsfeil. Direktoratet for medisinske produkter håndterte 1083 meldinger om kvalitetssvikt, og gjennomførte 18 tilbakekallinger fra apotek.

Forsyningssikkerhet og beredskap for medisinske produkter

Direktoratet for medisinske produkter har fra 1. januar 2024 hatt et operativt og koordinerende systemansvar for nasjonal beredskap og forsyningssikkerhet for medisinske produkter. Ansvaret forvaltes i nært samarbeid med nasjonale aktører, og gjennom deltakelse i de etablerte europeiske nettverkene i EUs struktur. Som en del av helseberedskapsmodellen leder direktoratet utvalg for forsyningssikkerhet og beredskap for medisinske produkter. Som følge av at utvalget består av offentlige aktører, har direktoratet også etablert en privat-offentlig samarbeidsgruppe. Samarbeidsarenaene legger godt grunnlag for samvirke og koordinering både i fredstid og krise og krig. Arbeidet fortsetter i 2026.

Direktoratet har videre en følge-med-funksjon knyttet til forsyningssikkerhet, inkludert oversikt over verdikjedene og nasjonale lagre. Direktoratets arbeid omfatter analyser og overvåking, både til vanlig og når forhold kan tilsi at tilgangen til legemidler og medisinsk utstyr er truet. Som en del av følge-med funksjonen, har direktoratet i 2024 kartlagt ulike legemiddellagre i Norge. Arbeidet med å utvikle overvåkning av tilgjengelige legemidler og medisinsk utstyr, rutiner for rapportering og analyser pågår, og vil være en sentral del av direktoratets arbeid også i 2026.

I 2024 mottok Direktoratet for medisinske produkter 1139 meldinger om forsyningsproblemer med legemidler til mennesker, en nedgang fra tidligere år. Blant de mest utfordrende mangelsituasjonene var lisdeksamfetamin, hormonplaster og Ozempic. Rasjonering ble innført for Ozempic og Mucomyst, og tiltakene virket etter sin hensikt.

Direktoratet for medisinske produkter overtok hovedansvaret fra Folkehelseinstituttet for anskaffelser av offentlig finansierte vaksiner og deltok aktivt i europeiske samarbeidsfora. I 2024 ble MSSG Solidarity Mechanism innført, og Direktoratet for medisinske produkter besvarte alle henvendelser innen frist.

Post 01 Driftsutgifter

Bevilgningen dekker ordinære utgifter til lønn, godtgjørelse, varer og tjenester. Regjeringen foreslår å bevilge 458,6 mill. kroner. Sammenlignet med saldert budsjett for 2025 er dette en økning på 10,8 mill. kroner. Utover generell pris- og lønnsjustering foreslås følgende endringer:

- Bevilgningen foreslås økt med 3 mill. kroner knyttet til forsyningssikkerhet og beredskap.
- Det foreslås å flytte 4,3 mill. kroner til kap. 701, post 74 knyttet til rammefinansiering av fellestjenester levert av Norsk helsenett SF, jf. nærmere omtale der.
- Bevilgningen foreslås redusert med 2,2 mill. kroner som et effektiviseringstiltak.

Forsyningssikkerhet og beredskap

Det foreslås å øke bevilgningen på posten med 3 mill. kroner i 2026. Bevilgningen er knyttet til oppfølging av forordning (EU) 2022/123 om utvidet mandat for Det europeiske legemiddelbyrået.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Bevilgningen omfatter Direktoratet for medisinske produkters kostnader knyttet til oppdragsvirksomhet/inntektsgivende arbeid bl.a. innenfor det europeiske på legemiddelområdet, jf. kap. 3746, og digitaliseringstiltak. Utover generell prisomregning, foreslås følgende endringer:

- Bevilgningen foreslås økt med 7 mill. kroner knyttet til etablering av en IT-plattform for overvåkning av medisinske produkter. Dette er en nødvendig del av gjennomføring av forordning (EU)2022/123 og svare på forventningene som er fremsatt av Helseberedskapsmeldingen.
- Bevilgningen foreslås redusert med 4 mill. kroner knyttet til overføring av data om kliniske behandlingsstudier fra felles europeisk saksbehandlingssytem. Utgifter til årlige driftskostnader på 1 mill. kroner videreføres.
- Bevilgningen foreslås redusert med 1,5 mill. kroner som et effektiviseringstiltak.

Kap. 3746 Direktoratet for medisinske produkter

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2024	Saldert budsjett 2025	Forslag 2026
02	Diverse inntekter	79 322	37 166	38 504
04	Registreringsgebyr	74 248	83 152	86 145
85	Overtredelsesgebyr og tvangsmulkt		2 750	2 750
	Sum kap. 3746	153 570	123 068	127 399

Post 02 Diverse inntekter

Bevilgningen dekker gebyrinntekter ved godkjenning av produkter til rengjøring og desinfeksjon av fiskeoppdrettsanlegg, gebyrer for behandling av søknader om apotekkonsesjoner og narkotikasertifikater, godtgjørelse og refusjoner fra EMA. Bevilgningen dekker også diverse inntekter som RHFenes finansiering av direktoratets utvikling og drift av SAFEST og deler av direktoratets kapasitet innen Nye metoder. I tillegg er det inntekter for seminarer, laboratorietjenester, trykksaker mv. Regjeringen foreslår å bevilge 38,5 mill. kroner. Det er ingen vesentlige endringsforslag sammenlignet med saldert budsjett for 2025.

Post 04 Registreringsgebyr

Bevilgningen dekker bl.a. gebyr industrien betaler for å få behandlet søknader om markedsføringstillatelse eller vurdering av klinisk utprøving av et legemiddel, samt en registreringsordning for homøopatiske legemidler. Regjeringen foreslår å bevilge 86,1 mill. kroner. Utover generell prisomregning er det ingen vesentlige endringsforslag sammenlignet med saldert budsjett for 2025.

Post 85 Overtredelsesgebyr og tvangsmulkt

Gjennom sitt tilsynsarbeid gir Direktoratet for medisinske produkter overtredelsesgebyr og tvangsmulkt i saker knyttet til apotekloven, legemiddelloven og lov om medisinsk utstyr. Regjeringen foreslår å bevilge 2,8 mill. kroner. Det er ingen vesentlige endringsforslag sammenlignet med saldert budsjett for 2025.

For apotekloven ilegges det primært overtredelsesgebyr eller tvangsmulkt etter tilsyn ved apotek, men det kan også være ved manglende fremleggelse av dokumentasjon, eller manglende rapportert årsregnskap. Saker etter legemiddelloven er f.eks. ved ulovlig reklame eller ulovlig import av legemidler. Sakene Direktoratet for medisinske produkter har hatt knyttet til brudd på lov om medisinsk utstyr har vært hendelser etter tilsyn.

Kap. 747 Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2024	Saldert budsjett 2025	Forslag 2026
01	Driftsutgifter	176 090	204 085	220 494
21	Spesielle driftsutgifter, *kan overføres*	6 273	15 326	15 778
45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, *kan overføres*	7 681	5 591	5 787
	Sum kap. 747	190 044	225 002	242 059

Samfunnsoppdrag

Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet arbeider for å redusere de negative effektene av stråling for menneskers helse og miljø. Direktoratet skal påse at all håndtering av strålekilder, medisinsk strålebruk, håndtering av radioaktiv forurensing og avfall, samt avvikling og opprydding etter atomvirksomhet i Norge gjennomføres trygt, sikkert og forsvarlig. Bruk av atomkraft og anløp av reaktordrevne fartøy ligger innenfor direktoratets myndighetsoppgaver. Videre arbeider direktoratet for å redusere eksponering for radon og UV, og overvåker stråling i miljøet og næringsmidler. Direktoratet arbeider for økt atomsikkerhet både nasjonalt og internasjonalt, og bidrar til ikke-spredning av radioaktivt materiale, inkludert nukleært materiale som kan benyttes til atomvåpen. Direktoratet skal sikre en forsvarlig atomberedskap med god krisehåndteringsevne.

Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet er underlagt Helse- og omsorgsdepartementet og utøver sitt samfunnsoppdrag bl.a. ved å forvalte regelverk, føre tilsyn, informere, overvåke, veilede og bygge og forvalte kunnskap innen etatens områder. Direktoratet er fag- og forvaltningsmyndighet på områdene strålevern, atomsikkerhet, radioaktiv forurensning og avfall. Direktoratet overvåker naturlig og kunstig stråling, driver forsknings- og utviklingsvirksomhet og deltar i internasjonale prosjekter og samarbeid på strålevern- og atomsikkerhetsområdet. Direktoratet er nasjonalt referanselaboratorium på vegne av Justervesenet for måleenheter innenfor stråling og radioaktivitet. Direktoratet er ansvarlig for den nasjonale atomberedskapen og direktoratets direktør leder Kriseutvalget for atomberedskap.

Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet er øverste sikkerhetsmyndighet etter atomenergiloven og har selvstendig vedtaksmyndighet etter strålevernloven og forurensingsloven, og er tilsynsmyndighet etter de tre lovene. Direktoratet er Klima- og miljødepartementets direktorat på området radioaktiv forurensning og stråling i det ytre miljø. Direktoratet er Utenriksdepartementets direktorat på områdene internasjonal atomsikkerhet, ikke-spredning av atomvåpen, nedrustning og eksportkontroll. Direktoratet er innstillende myndighet overfor Forsvarsdepartementet etter atomenergiloven når det gjelder anløp av militære reaktordrevne fartøy. Direktoratet leder, er medlem i og, har sekretariat og operasjonslokale for den nasjonale atomberedskapen.

Forvaltningsoppgaver

Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet har ansvar for forvaltning og tilsyn med all bruk av strålekilder i medisin, industri og forskning. Direktoratet har ansvar for forvaltning og tilsyn med atomanleggene i Norge på Kjeller, i Halden og Himdalen, ved anløp av reaktordrevne fartøyer, og med håndtering av radioaktiv forurensing og avfall. Direktoratet forvalter tilskuddsmidler under regjeringens atomhandlingsplan og Nansenprogrammet for Ukraina. Direktoratet skal holde oversikt over stråledoser fra alle strålekilder til yrkeseksponerte, pasienter, befolkning og over radioaktivitetsnivåer i mat og miljø, samt øke kunnskapen om forekomst, risiko og effekt av stråling. Data om tilstand og endringer over tid danner grunnlaget for forvaltning, vurderinger og for nasjonal og internasjonal rapportering.

Fagutvikling og internasjonalt samarbeid

Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet har spesifikk kompetanse innenfor sine fag- og ansvarsområder. På området atomsikkerhet og

håndtering av radioaktivt avfall inkludert brukt atombrensel har direktoratet en egen rådgivende komite med eksterne eksperter.

Direktoratet er del av Framsenteret og deltar i kunnskapsprosjekter om klimaendringer, miljøpåvirkninger og beredskap i Arktis. Direktoratet deltar i nordiske og EØS- og EU-finansierte prosjekter. Slik aktivitet bidrar også til å videreutvikle kompetanse som er nødvendig for å ivareta direktoratets ulike myndighets- og forvaltningsoppgaver. Direktoratet fornyer og oppdaterer fagsystemer for beredskapsrelatert overvåkning.

Direktoratet følger kontinuerlig med på ny kunnskap, normer og anbefalinger som utvikles i internasjonale fora, blant andre International Atomic Energy Agency (IAEA), United Nations Scientific Committee on the Effects of Atomic Radiation (UNSCEAR), Heads of the European Radiological Protection Competent Authorities (HERCA), West European Nuclear Regulatory Assosiation (WENRA) og OECD Nuclear Energy Agency (NEA) og legger dette til grunn for videreutvikling av nasjonal forvaltning.

IRRS og nasjonal strategi for strålevern og atomsikkerhet

IAEA har varslet en gjennomgang av Norges forpliktelser for strålevern, atomsikkerhet og beredskap (en «Integrated Regulatory Review Service (IRRS)»).

En viktig oppgave for Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet i 2026 vil være å følge opp de anbefalinger og forslag som IAEA kommer med i forbindelse med det. Viktig i så måte vil være at sentrale aktører innen medisinsk strålevern samarbeider og koordinerer seg.

Økt interesse for kjernekraft i Norge

Næringsliv, forskningsmiljø og offentlige myndigheter diskuterer og etterspør i økende grad informasjon om kjernekraft som et mulig alternativ for å løse fremtidens energiutfordringer. Direktoratet får flere henvendelser fra virksomheter som ønsker veiledning knyttet til krav i regelverk.

Regjeringen har satt ned et eget kjernekraftutvalg. Formålet med utredningen er å gjøre en bred gjennomgang og vurdering av ulike sider ved en eventuell fremtidig etablering av kjernekraft i Norge. Utvalget skal levere sin utredning innen 1. april 2026. Direktoratet bistår utvalget, og vil få en sentral rolle i oppfølgingen av eventuelle anbefalinger.

Produksjon av radioaktive strålekilder

Forskning på, produksjon og bruk av radioaktive legemidler i Norge er en bransje i rask vekst og som krever godkjenninger og tillatelser fra Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet. I Norge produseres radioaktive legemidler ved fire syklotronsentre tilknyttet sykehus i tillegg til produksjon av det radioaktive legemiddelet Xofigo ved Agilera Pharma AS. Ved sykehusene produseres primært kortlivede radionuklider for diagnostisk bruk innen nukleærmedisin. Ved Institutt for energiteknikk produseres kapslede radioaktive strålekilder til industriell bruk.

Radioaktive strålekilder til industriell strålebruk

Det er et økende antall radioaktive strålekilder i Norge med om lag 6 000 registrert radioaktive strålekilder innenfor ulike typer virksomheter. Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet fører tilsyn med virksomheter for å sikre at strålevernet er ivaretatt, samt redusere risikoen for uhell, tyveri, sabotasje og ondsinnede handlinger med bruk av radioaktive kilder, og forhindre at radioaktive kilder blir eierløse og kommer på avveie, samt ivareta sikkerhet og sikring i de ulike situasjonene. Virksomheter som anvender stråling har plikt til å varsle direktoratet om alvorlige uønskede hendelser. I 2024 mottok Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet 19 varsler om uønskede hendelser fra virksomheter som anvender stråling til industriell eller forskningsmessig bruk.

Transport av radioaktivt materiale

Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet er fag- og tilsynsmyndighet for transport av radioaktivt materiale. Som følge av avvikling og dekommisjonering av atomanleggene, vil det i de neste årene være økt omfang av transporter av nukleært materiale. Slike transporter krever at transportørene har løyve etter atomenergiloven og forhåndsgodkjenning av fysisk beskyttelse etter forskrift om fysisk beskyttelse av nukleært materiale og nukleære anlegg. Det kreves også godkjenning av transportbeholdere som benyttes etter internasjonalt regelverk for transport av farlig gods. I tillegg forventes økt omfang av transporter av radioaktivt materiale knyttet til økt produksjon og bruk av radioaktive legemidler.

Anløp av reaktordrevne fartøy

Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet er forvaltnings- og tilsynsmyndighet for anløp av reaktordrevne fartøy. Det har vært et økende antall anløp de senere årene. I 2024 besøkte blant annet det reaktordrevne hangarskipet USS Harry S. Truman Oslo. Anløp krever beredskapsplaner på både militær og sivil side. Oppfølging av konsesjonskrav, tilsyn, utvikling av beredskapssystemer og samvirke med regionale og lokale beredskapsaktører, samt overvåking av eventuell radioaktiv forurensing i forbindelse med anløp, vil være fokusområder.

Medisinsk diagnostikk og behandling

Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet skal overvåke medisinsk strålebruk. Spesialisthelsetjenesten rapporterer data om medisinsk strålebruk til Norsk pasientregister), som nasjonalt nøkkelregister. Direktoratet skal i dialog med Folkehelseinstituttet arbeide med at data blir tilgjengelig også for direktoratet, og vurdere hvordan dataene kan kvalitetssikres for statistikk og styringsdata.

Direktoratet skal arbeide for at kvalitetssikring av nye strålegivende behandlingsmetoder er en del av direktoratetes kvalitetssikringsarbeid i stråleterapi (KVIST). Det er stor forsknings- og utviklingsaktivitet innen nukleærmedisin og direktoratet veileder og regulerer aktiviteten. Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet skal gjennom Nye metoder bistå Direktoratet for medisinske produkter i metodevurderinger som involvering stråling. Direktoratet skal også kontinuerlig arbeide for å sikre oppdatert og tilstrekkelig innhold av strålevern i utdanningene for helsepersonell involvert i medisinsk strålebruk. Feil eller uhell kan føre til alvorlig skade på pasient og/eller ansatt, eller redusert behandlingsresultat. Direktoratet arbeider for å redusere antall uønskede, alvorlige strålerelaterte hendelser i medisinsk strålebruk ved kontroll av helsetjenestens system for melding og håndtering av uønskede hendelser. I forbindelse med IRRS – Integrated Regulatory Review Service, er det en rekke anbefalinger og forslag fra Det internasjonale atomenergibyrået, IAEA, som skal følges opp innen medisinsk strålevern. Dette gjelder bl.a. henvisningskriterier, tilgang på styringsdata og etablering av en nasjonal strategi for medisinsk strålebruk.

Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet skal følge opp Norges gjennomføring av forpliktelsene i Konvensjonen om fysisk sikring. Direktoratet skal føre tilsyn med Institutt for energiteknikks og Norsk nukleær dekommisjonerings arbeid med sikring av atomanleggene og nukleært materiale, inkludert arbeidet med cyber-sikkerhet, i tråd med de dimensjonerende trusselvurderingene. Basert på erfaringene fra øvelser og reelle hendelser vil direktoratet videreutvikle det nasjonale samarbeidet og rammeverk for å håndtere materiale utenfor regulatorisk kontroll og kilder på avveie. Videre skal direktoratet følge opp de nasjonale forpliktelsene med kontroll av nukleært materiale i henhold til ikke-spredningsavtalen for atomvåpen og safeguardsavtalen med det internasjonale atomenergibyrået. Direktoratet skal delta aktivt i det internasjonale arbeidet knyttet til ikkespredning av spaltbart materiale og radioaktivt materiale samt for verifikasjon av nedrusting, og bistå Utenriksdepartementet i eksportkontrollarbeidet.

Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet skal lede arbeidet for videreutvikling av den operative krisehåndteringsevnen for den norske atomberedskapsorganisasjonen og påse et samordnet planverk. Direktoratet skal følge opp arbeidet med det syvende dimensjonerende beredskapsscenarioet som er knyttet til bruk av atomvåpen i eller i nærheten av Norge. Direktoratet skal videreutvikle kompetansegrunnlaget for atomberedskapen, herunder gjøre løpende trusselvurderinger og direktoratet skal i samarbeid med Mattilsynet følge opp strategien for håndtering av radioaktivitet i næringsmidler. Direktoratet skal videreføre overvåking av radioaktivitet i sjømat koordinert med marint overvåkningsprogram, samt overvåkning av radioaktivitet i dagligvarer og dyr på utmarksbeite og oppfølging av sårbare befolkningsgrupper.

Ultrafiolett (UV) stråling fra sola og solarier medvirker til rundt 5000 hudkrefttilfeller hvert år. Nesten 3000 tilfeller kunne vært spart om ingen brukte solarium og ingen ble solbrent. Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet arbeider for å redusere eksponeringen ved å følge opp UV- og hudkreftstrategien i den nasjonale koordineringsgruppen. Videre overvåker direktoratet UV-stråling fra sola som er viktig for varsling, informasjonsarbeid, og forskning innen helse, klima og miljø.

Radon medvirker til rundt 400 lungekrefttilfeller årlig i Norge, og samfunnskostnadene knyttet til hudkreft og lungekreft er betydelige. Høye radonnivåer rammer tilfeldig og bidrar til økte sosiale forskjeller da boligeier selv må bekoste utbedringer. I tillegg er det behov for å følge opp regelverket knyttet til utleieboliger da rimelige kjellerleiligheter er særlig utsatt for høye radonni-

våer, og dermed rammes lavere inntektsgrupper oftere enn andre. Direktoratet følger opp den nasjonale radonstrategien hvor innsatsen skal målrettes for å stimulere til at flere måler og reduserer høye radonnivåer. Arbeidet skal gjøres i samarbeid med den tverrsektorielle koordineringsgruppen, som ledes av direktoratet.

Bruken av lasere og sterke optiske kilder i samfunnet er omfattende og økende. Lasere benyttes til ulike formål, bl.a. innen forskning, utdanning, medisin, kosmetisk behandling, industri, underholdning, dekorasjonforbrukerartikler og i militære sammenhenger. Det er identifisert endringsbehov i regelverket og direktoratet vil følge opp bruk av laser og sterke optiske kilder i teknisk, kosmetisk og medisinsk sammenheng med informasjon, veiledning og tilsyn. Direktoratet skal også følge opp uønskede hendelser rapportert fra virksomheter som bruker laser og sterke optiske kilder.

Elektromagnetiske felt

Deler av befolkningen er bekymret for plager grunnet elektromagnetiske felt knyttet til høyspentanlegg og trådløs kommunikasjon i Norge. Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet følger teknologiviklingen og samarbeider tett med Nasjonal kommunikasjonsmyndighet (Nkom). Nkom gjør regelmessige målinger, slik at myndighetene til enhver tid har god oversikt over eksponering fra elektromagnetiske felt. Direktoratet leder et nasjonalt samarbeidsforum mellom offentlige myndigheter om helserisiko, eksponering fra elektromagnetiske felt og oppfølging i helsetjenesten.

Årsverk

Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet hadde 154 årsverk i 2024, mot 150 årsverk i 2023.

Post 01 Driftsutgifter

Bevilgningen dekker ordinære utgifter til lønn, godtgjørelse, varer og tjenester. Regjeringen foreslår å bevilge 220,5 mill. kroner. Sammenlignet med saldert budsjett for 2025 er dette en økning på 16,4 mill. kroner. Utover generell pris- og lønnsjustering foreslås følgende endringer:

- Bevilgningen foreslås økt med 17 mill. kroner for å styrke direktoratetes kapasitet som tilsynsmyndighet og til økt kapasitet og kompetanse til råd, veiledning og myndighetsutøvelse knyttet til avvikling av atomanlegg.
- Det foreslås å flytte 5,9 mill. kroner til kap. 701, post 74 knyttet til rammefinansiering av fellestjenester levert av Norsk helsenett SF, jf. nærmere omtale der.
- Bevilgningen foreslås redusert med 1 mill. kroner som et effektiviseringstiltak.

Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet veileder både Institutt for energiteknikk og Norsk nukleær dekommisjonering og gir råd til departementene i forberedelsene til avvikling av atomvirksomhet i Norge. Det foreslås å øke bevilgningen med 17 mill. kroner i 2026 knyttet til dette arbeidet. Dette omfatter også planlegging av opprydningen, inkludert håndtering av radioaktivt avfall og brukt atombrensel. Lagrene for brukt atombrensel både på Kjeller og i Halden er gamle og tilfredsstiller ikke dagens sikkerhetskrav, og det haster å få på plass nye lagerløsninger.

I 2026 vil Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet særlig arbeide med å sikre god atomsikkerhet og atomberedskap i Norge. Videre skal direktoratet sikre trygg, sikker og forsvarlig håndtering av radioaktivt avfall herunder fra dekommisjoneringen. Direktoratet skal også bidra til godt strålevern og forsvarlig bruk av strålekilder i Norge.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Bevilgningen dekker i hovedsak spesielle driftsutgifter til oppdragsvirksomhet og større tidsbegrensede prosjekter. Regjeringen foreslår å bevilge 15,8 mill. kroner. Sammenlignet med saldert budsjett for 2025 er dette en økning på 0,5 mill. kroner. Utover generell prisomregning er det er ingen vesentlige endringsforslag sammenlignet med saldert budsjett for 2025.

Post 45 Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold

Bevilgningen dekker større utstyrsanskaffelser og vedlikeholdsarbeid herunder oppgradering, fornyelse og drift av basalt måleutstyr på atomberedskapsområdet. Regjeringen foreslår å bevilge 5,8 mill. kroner. Sammenlignet med saldert budsjett for 2025 er dette en økning på 0,2 mill. kroner. Utover generell prisomregning er det er ingen vesentlige endringsforslag sammenlignet med saldert budsjett for 2025.

Kap. 3747 Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2024	Saldert budsjett 2025	Forslag 2026
02	Diverse inntekter	6 594	15 026	15 567
04	Gebyrinntekter	42 354	47 163	48 861
	Sum kap. 3747	48 948	62 189	64 428

Post 02 Diverse inntekter

Bevilgningen dekker utgifter knyttet til prosjektfinansiering og salg av tjenester, f.eks. kalibrering av solarier og strålekilder i sykehus. Regjeringen foreslår å bevilge 15,6 mill. kroner. Utover generell prisomregning er det ingen vesentlige endringsforslag sammenlignet med saldert budsjett for 2025.

Post 04 Gebyrinntekter

Bevilgningen er knyttet til inntekter fra gebyr for behandling av søknad om konsesjon etter atomenergiloven og tilsynsavgift ifb. oppføring og drift av atomanlegg. Regjeringen foreslår å bevilge 48,9 mill. kroner. Utover generell prisomregning er det ingen vesentlige endringsforslag sammenlignet med saldert budsjett for 2025.

Kap. 748 Statens helsetilsyn

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2024	Saldert budsjett 2025	Forslag 2026
01	Driftsutgifter	181 511	188 825	187 912
21	Spesielle driftsutgifter, *kan overføres*		11 000	11 396
	Sum kap. 748	181 511	199 825	199 308

Samfunnsoppdrag

Statens helsetilsyn og statsforvalterne utgjør den samlede tilsynsmyndigheten for helse- og omsorgstjenester, sosiale tjenester i NAV, barnevern og omsorg for enslige mindreårige i asylmottak. Befolkningen og berørte virksomheter og deres ansatte skal møte et samlet tilsyn som er kompetent og tillitsskapende, uavhengig av hvor i Norge man bor. Tilsyn understøtter virksomhetenes ansvar for å yte gode og trygge tjenester og bidrar til forbedring av tjenestene.

Det overordnede tilsynsansvaret innebærer å følge med på sosiale og helsemessige forhold i befolkningen med særlig vekt på tjenestenes plikt til å oppfylle utsatte gruppers rettigheter. For å oppnå formålet og samtidig sikre god ressursutnyttelse, må tilsynsmyndigheten rette innsatsen mot virksomhet der det er høy sannsynlighet for at brukere kan bli utsatt for svikt og mangler i tjenesteytingen. Bruken av virkemidler og reaksjoner skal være målrettet. Statens helsetilsyns faglige styring av statsforvalterne skal bidra til høy kvalitet i tilsynet og til å hindre ubegrunnede variasjoner i tilsyn og klagebehandling mellom statsforvalterne.

Statens helsetilsyn skal sammen med statsforvalterne videreutvikle effektiv og kunnskapsbasert tilsynsmetodikk for å bidra til å avdekke mangler og svikt i tjenestene og være en pådriver for at virksomhetenes forbedringsarbeid.

Statens helsetilsyn og statsforvalterne skal involvere pasienter, brukere og pårørende i tilsyn for å forstå situasjoner og hendelsesforløp bedre.

Roller

For å bidra til å styrke sikkerheten og kvaliteten i de aktuelle tjenestene, har Statens helsetilsyn ulike roller. Disse er å

- Utøve forvaltningsmyndighet i samsvar med gjeldende lover og forskrifter.
- Utøve overordnet faglig styring av statsforvalternes tilsyn og klagebehandling.
- Formidle tilsynserfaringer til nytte for samfunnet.
- Systematisere og identifisere risikoområder i helse- og omsorgstjenesten samtbidra til overordnet læring og forbedring.
- Behandle varsler om alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenesten (ikke i ny meldeordning fra tentativt 1. juli 2026).

Statens helsetilsyn følger med på statsforvalternes saksbehandling og rapporter, utarbeider veiledere og gir jevnlige tilbakemeldinger til statsforvalterne for å bidra til at tilsyn og klagebehandling blir utført hensiktsmessig, riktig og raskt i hele landet.

Statsforvalteren er utøvende klage- og tilsynsmyndighet, og er i gjennomføringen av tilsyns- og klageoppgavene direkte faglig underlagt Statens helsetilsyn.

Statens helsetilsyn har også det faglige ansvaret for å vurdere helsemessige konsekvenser av lovlige arbeidskonflikter.

Myndighetsfunksjoner

Som overordnet faglig myndighet for statsforvalternes tilsyn og klagebehandling, har Statens helsetilsyn myndighet til å overprøve statsforvalterens avgjørelser av eget tiltak. I tillegg er Statens helsetilsyn klageinstans for pålegg statsforvalteren har gitt til barnevernsinstitusjoner, barnevernstjenesten og sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen.

Statens helsetilsyn har myndighet til å ilegge administrative reaksjoner til helsepersonell, eller gi pålegg om retting og stenging til virksomheter. Statens helsetilsyn kan også fastsette tvangsmulkt dersom pålegg om retting ikke oppfylles innen fastsatt frist.

Tilsynssaker

Tilsynssaker opprettes på grunnlag av anmodning fra pasienter, brukere og pårørende og fra andre kilder som handler om mulig svikt i tjenestene. Hvis statsforvalteren mener det kan være grunnlag for å gi administrative reaksjoner til helsepersonell og/eller pålegg om stenging av virksomheter innen helse- og omsorgstjenesten, sendes saken til Statens helsetilsyn.

Statens helsetilsyn behandlet 236 tilsynssaker innen helse- og omsorgstjenesten i 2024. Det ble gitt 131 administrative reaksjoner til helsepersonell og konkludert med brudd på helse- og omsorgslovgivningen overfor 20 virksomheter. Til sammen 98 autorisasjoner ble tilbakekalt.

I 2024 avsluttet statsforvalterne 8624 tilsynssaker innen helse- og omsorgstjenestene, 1582 tilsynssaker om tjenester og tiltak innen barnevernet og 243 tilsynssaker innen sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen. Statsforvaterene utførte 33 tilsyn med kravene til kommunal beredskapsplikt og helseberedskap etter felles veileder fra Statens helsetilsyn og Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap. Som del av tilsynssatsingen rettet mot helse- og omsorgstjenester til eldre, gjennomførte statsforvalterene i 2024 landsomfattande tilsyn med bruk av medisindispensere hos hjemeboende pasienter over 65 år. Statsforvalterene førte også tilsyn med meldeplikten til barnevernet etter veileder som Statens helsetilsyn og Utdanningsdirektoratet har samarbeidd om. Statsforvaltarane gjennomførte i 2024 tilsyn med kommunens langsiktige og systematiske arbeid etter folkehelseloven for å fremme den psykiske helsen til barn og unge. Statens helsetilsyn følger opp tilsynsaktiviteter i embetene, bidrar til harmonisering av statsforvalternes praksis, videreutvikler tilsynsmetodikk og formidler erfaringer og kunnskap fra tilsyn. Oppfølging skjer gjennom møter med embetene, utvikling av felles materiale for tilsyn, opplæring og veiledning. Tilsynet har også sammen med andre etater, herunder Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap og Utdanningsdirektoratet utarbeidet veiledere for felles tilsyn.

Statsforvalterene har i 2024–2025 mottatt et økende antall tilsynssaker, særlig innen helse og barnevern. Disse er prioritert og behandlet på den måten som i størst mulig grad bidrar til økt kvalitet og trygghet. Antallet klager på rettigheter til statsforvalterene økte fremdeles i 2024, særlig innen helse og sosiale tjenester. Samtidig med at antallet saker som blir behandlet har gått opp, har restansane også økt. Det er ikke anledning til å klage på statsforvalterens avgjørelse i en tilsynssak, men Statens helsetilsyn kan på anmodning vurdere saken som overordnet forvaltningsorgan.

Felles policy for Statens helsetilsyn og statsforvalterne, og veiledning for behandling av tilsynssaker, skal skape handlingsrom til å prioritere inn-

sats ut fra risiko og vesentlighet. Det skal også bidra til harmonisering av praksis og identifisering av de tilsynsaktivitetene som i størst mulig grad bidrar til å oppnå formålet med tilsyn slik at tilsynserfaringene kan oppsummeres, formidles og bidra til forbedringsarbeid. Statens helsetilsyn skal prioritere å bidra til læring og forbedring i tjenestene. I tillegg til de landsomfattende tilsynene, gjennomfører statsforvalterne planlagte tilsyn ut fra lokale vurderinger av risiko og fare for svikt i tjenestene. Tilsyn skal understøtte virksomhetens ansvar for sikkerhet og kontinuerlig forbedring, og tilsynsmyndigheten følger opp funn fra planlagte tilsyn til forholdene er rettet.

Planlagte tilsyn

Statens helsetilsyn beslutter valg av temaer for landsomfattende tilsyn gjennom prioriteringsprosesser og utarbeider veiledning for å bidra til lik gjennomføring av tilsyn, slik at tilsynserfaringene kan oppsummeres og formidles. I tillegg til de landsomfattende tilsynene, gjennomfører statsforvalterne planlagte tilsyn ut fra lokale vurderinger av risiko og fare for svikt i tjenestene. Tilsyn skal understøtte virksomhetens ansvar for sikkerhet og kontinuerlig forbedring, og tilsynsmyndigheten følger opp funn fra planlagte tilsyn til forholdene er rettet.

Statens helsetilsyn besluttet tema for landsomfattende tilsyn i 2024, og statsforvalterne gjennomførte tilsyn med bruk av medisindispensere hos hjemmeboende eldre over 65 år, kommunenes folkehelsearbeid for å fremme god psykisk helse hos barn og unge, undersøkingsarbeid i barnevernet og NAV-kontorenes ansvar for økonomisk rådgiving til personer i en vanskelig økonomisk situasjon. I tillegg førte tilsynet i samarbeid med statsforvalterne tilsyn med selvmordsforebygging i psykisk helsevern for voksne.

I 2026 skal tema for landsomfattende tilsyn være ivaretakelse av grunnleggende behov hos hjemmeboende eldre, delirium (akutt forvirring) hos eldre pasienter i spesialisthelsetjenesten, undersøkingsarbeid i barnevernet (fortsettelse) og oppfølging av Nav-kontorenes ansvar for å ivareta barns behov når familien søker økonomisk stønad.

Statsforvalternes tilsyn med barnevernsinstitusjoner er en lovpålagt oppgave og skal rette oppmerksomhet mot alle forhold som kan ha betydning for barnet. Tilsynet skal gjennomføres så ofte forholdene ved institusjonen tilsier, minimum to ganger i løpet av året. Formålet med tilsynet er å påse at barna får forsvarlig omsorg og behandling, og at barnas rettssikkerhet og grunnleggende rettigheter ivaretas.

Statens helsetilsyn og Utdanningsdirektoratet har revidert veileder for felles tilsyn med meldeplikten til barnevernet. Tema for tilsynet er kommunens ansvar for at ansatte i barnehage, skole og helsestasjons- og skolehelsetjenesten melder til barnevernet når det er grunnlag for det. Statens helsetilsyn følger opp gjennomføringen av tilsynet.

Statens helsetilsyn samarbeider med Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskapom felles tilsyn med kommunal beredskap og helseberedskap. Statens helsetilsyn følger med på gjennomføringen av tilsynet.

Tilsyn som Statens helsetilsyn selv utfører

Statens helsetilsyn fører tilsyn med medisinsk og helsefaglig forskning og forvaltningen av forskningsbiobanker. Tilsynet mottar jevnlig henvendelser som gjelder medisinsk og helsefaglig forskning. Seks saker ble avsluttet i 2024.

Statens helsetilsyn fører jevnlig tilsyn med virksomheter som håndterer blod, celler, vev og organer (humant materiale), håndtering av donoregg ved assistert befruktning og hvordan IKT-systemer bidrar til pasientsikkerheten. I 2024 ble det gjennomført tilsyn med 14 virksomheter, som samlet omfattet 48 enheter (avdelinger). En ny forordning som trer i kraft fra 2027 vil påvirke tilsynsarbeidet med blod, celler, vev og organer, og kreve kompetansebygging i 2026.

Statens helsetilsyn fører tilsyn med helse- og omsorgstjenestens håndtering av medisinsk utstyr ved ytelse av helse- og omsorgstjenester. Statens helsetilsyn skal videre føre tilsyn med norskledede helsetjenester til personell i militære operasjoner i utlandet etter avtale mellom Forsvarsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet, og følger utviklingen med tanke på tilsynsaktiviteter.

Varsler om alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenesten

I 2024 mottok Statens helsetilsyn 2113 varsler, herav 320 varsler om alvorlige hendelser fra virksomheter i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, 573 varsler fra pasienter/bruker og 176 fra pårørende. Statens helsetilsyn fulgte opp 18 av varslene med tilsyn, dels gjennom grundige stedlige undersøkelser (11) og dels ved andre metoder som involverte virksomhetene og pasientene/pårørende på ulike måter og som innebar egne

redegjørelser fra virksomhetene om hvordan den varslede hendelsen ble fulgt opp (7). Litt over halvparten av sakene, 57 prosent, ble overført til statsforvalteren for vurdering og eventuell videre oppfølging. Ved tilsynsmessig oppfølging, blir saken grundig opplyst og de forholdene som har betydning for pasientsikkerhet og kvalitet blir utredet og analysert. Formålet er å identifisere risikoområder, hvilke risikoreduserende og skadebegrensende tiltak som er iverksatt eller mangler. Slik bidrar tilsynet til økt kvalitet og tillit til tjenestene.

Det arbeides med å utvikle et nytt felles fagsystem og dataplattform for Statens helsetilsyn og statsforvalterne, jf. omtale under kap. 748, post 21. Tilsynsdata skal gi relevant innsikt og bidra til økt læring og forbedring.

Statsforvalternes klagesaksbehandling

Statsforvalterne skal prioritere saker hvor det er viktig å gripe inn raskt, og der konsekvensene av svikt er alvorlige. I 2024 avsluttet statsforvalterne 1093 klagesaker innen barnevernet, der hovedtyngden var klager fra barn i barnevernsinstitusjoner. Det ble avsluttet 3501 klagesaker om sosiale tjenester og 8958 klagesaker om manglende oppfyllelse av rettigheter innen helse- og omsorgstjenester, der 4417 klager på manglende refusjon av pasientreiser utgjorde den største andelen av klagene. Det var en stor økning i antall rettighetsklager innen helse og omsorg, og antall restanser hos statsforvalterne økte på disse sakene.

Statens helsetilsyn har ikke omgjort noen klagesaker som overordnet forvaltningsorgan i 2024, men behandlet åtte klager på statsforvalternes avvisningsvedtak. Statens helsetilsyn opprettholdt statsforvalterens avvisningsvedtak i alle sakene.

Det er ikke anledning til å klage på statsforvalterens vedtak i en rettighetsklage, men Statens helsetilsyn kan som overordnet forvaltningsorgan vurdere saken. Mange statsforvaltere opplever økte restanser på rettighetsklageområdet og Statens helsetilsyn vil derfor prioritere dette området som overordnet faglig myndighet.

Det foreslås å øke bevilgningen til statsforvalterne med 40,5 mill. kroner i 2026 over kap. 1520, post 01 under Digitaliserings og forvaltningsdepartementet. Statsforvalternes kapasitet på helsefeltet til klagebehandling, tilsyn og veiledning styrkes for å håndtere at saksmengden har økt betydelig. Videre er dette knyttet til at ny meldeordning for alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenesten vil tre i kraft fra 1. juli 2026.

Rettssikkerhet ved bruk av tvang og makt

Før kommunen kan sette i verk tvangstiltak for å avverge skade eller for å dekke grunnleggende behov overfor personer med utviklingshemning, skal statsforvalteren godkjenne vedtaket. I 2024 overprøvde statsforvalterne 2314 vedtak og godkjente 92 pst. av vedtakene. Det ble gjennomført 193 stedlige tilsyn for å kontrollere tvangsbruk.

Det er et lovkrav at det skal gjennomføres stedlig tilsyn for denne gruppen. Statens helsetilsyn skal, gjennom statsforvalterne, arbeide for harmonisert praksis, kvalitetsforbedring og økt frekvens av stedlige tilsyn. Det er sentralt å vurdere tidsbruken ved kontrollene opp mot formålet for å ivareta rettssikkerheten.

Når helse- og omsorgtjenesten fatter vedtak om bruk av tvungen somatisk helsehjelp overfor pasienter uten samtykkekompetanse, skal statsforvalteren gjennomgå vedtaket. Statsforvalterne gjennomgikk 5378 vedtak om tvungen helsehjelp i 2024. Statsforvalterne etterkontrollerte 1864 vedtak som hadde en varighet utover tre måneder.

Uavhengig tilsynsordning med innkvartering av enslige mindreårige over 15 år i asylmottakdrifts-utgifter

Ifølge utlendingsloven § 95 har Statens helsetilsyn det overordnede ansvaret for tilsynet med omsorgen for enslige mindreårige asylsøkere som bor i asylmottak. Oppdraget om å utføre tilsynet er gitt til Statsforvalteren i Østfold, Buskerud, Oslo og Akershus. Tilsynsordningen følges tett opp av Statens helsetilsyn, som har utarbeidet veileder for tilsynet og sørger for dialog mellom UDI, Justis- og beredskapsdepartementet og Statsforvalteren i Østfold, Buskerud, Oslo og Akershus. Det ble gjennomført syv tilsyn i 2024.

Årsverk

Statens helsetilsyn hadde 125 medarbeidere per 31. desember 2024. Det ble utført til sammen 108 årsverk i 2024.

Post 01 Driftsutgifter

Bevilgningen dekker ordinære utgifter til lønn, godtgjørelse, varer og tjenester. Regjeringen foreslår å bevilge 187,9 mill. kroner. Sammenlignet med saldert budsjett for 2025 er dette en reduksjon på 0,9 mill. kroner. Utover generell pris- og lønnsjustering foreslås følgende endringer:

- Det foreslås å flytte 5,9 mill. kroner til kap. 701, post 74 knyttet til rammefinansiering av fellestjenester levert av Norsk helsenett SF, jf. nærmere omtale der.
- Bevilgningen foreslås redusert med 0,9 mill. kroner som et effektiviseringstiltak.

Fremover skal Statens helsetilsyn særlig vektlegge å videreutvikle arbeidet med læring og forbedring i helse- og omsorgstjenesten, jf. blant annet omtalen under om ny meldeordning. Statens helsetilsyn skal også sørge for kvalitet i tilsyn og klagesaksbehandling gjennom blant annet god koordinering, enhetlig tilsyn og likebehandling. Videre et det viktig at Statens helsetilsyn fremover arbeider for å være en utviklingsorientert virksomhet.

Behandling av varsler om alvorlige hendelser – ny meldeordning

Ordningen med varsler om alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenesten, som blant annet følger av helsetilsynsloven § 6, skal legges om til en ny meldeordning. Det tas sikte på at ny meldeordning trer i kraft fra 1. juli 2026. Både i den nåværende og nye ordningen har alle virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester plikt til å melde om dødsfall og svært alvorlige skader som følge av tjenesteytelsen eller ved at en pasient skader en annen, dersom utfallet er uventet ut fra påregnelig risiko. I tillegg har pasienter, brukere og nærmeste pårørende rett til å melde ifra om slike hendelser. I ny meldeordning skal meldinger om alvorlige hendelser sendes til statsforvalteren og Ukom, istedenfor til Statens helsetilsyn og Ukom. Meldingen skal sendes innen 5 dager etter hendelsen. I tillegg skal virksomhetene utarbeide en rapport om hendelsen som skal sendes til statsforvalteren innen tre måneder. Formålet med meldinger og rapporter etter alvorlige hendelser skal være læring og forbedring i helse- og omsorgstjenesten.

Den nye meldeordningen skal tydeliggjøre virksomhetenes eget ansvar for læring og forbedring etter alvorlige hendelser og for involvering av pasienter, brukere og pårørende i dette arbeidet. Det er i utgangspunktet virksomhetene, og ikke tilsynsmyndighetene, som skal gjennomgå og følge opp alle enkelthendelser i den nye meldeordningen. Den nye meldeordningen tydeliggjør også at tilsynsmyndighetene har i oppgave å støtte opp om virksomhetenes lærings- og forbedringsarbeid, samtidig som de i noen tilfeller skal gjennomføre egne tilsyn der de finner det nødvendig og hensiktsmessig. Statens helsetilsyn vil ikke lenger ha en lovpålagt oppgave med å motta og følge opp enkeltmeldinger om alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenesten, da det er statsforvalteren som skal motta meldingene. Tilsynet vil få en rolle med større vekt på å systematisere og identifisere risikoområder, formidle kunnskap og bidra til overordnet læring og forbedring i tjenestene. Statens helsetilsyn skal også som i dag veilede statsforvalterne i deres arbeid.

Post 21 Spesielle driftstugifter

Bevilgningen dekker arbeidet med å utarbeide et nytt, felles fagsystem og dataplattform for Statens helsetilsyn og statsforvalterne. Regjeringen foreslår å bevilge 11,4 mill. kroner. Sammenlignet med saldert budsjett for 2025 er dette en reduksjon på 0,4 mill. kroner. Utover generell prisomregning er det er ingen vesentlige endringsforslag sammenlignet med saldert budsjett for 2025.

Målet er en enhetlig tilsynsmyndighet som fremmer pasientsikkerhet, kvalitet i tjenestene, likebehandling og effektive tilsyn. Statsforvalternes praksis skal være samordnet og utvikles av Statens helsetilsyn for optimal ressursbruk. Tilsynsdata skal gi relevant innsikt og til læring, forbedring og beslutninger med et solid kunnskapsgrunnlag.

Kap. 3748 Statens helsetilsyn

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2024	Saldert budsjett 2025	Forslag 2026
02	Diverse inntekter	1 000	1 084	1 123
	Sum kap. 3748	1 000	1 084	1 123

Post 02 Diverse inntekter

Statens helsetilsyns inntekter er knyttet til overføringer fra Forsvarsdepartementet i henhold til avtale om tilsyn med norskledede helsetjenester til norsk personell i militære operasjoner i utlandet. Regjeringen foreslår å bevilge 1,1 mill. kroner. Utover generell prisomregning er det er ingen vesentlige endringsforslag sammenlignet med saldert budsjett for 2025.

Kap. 749 Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2024	Saldert budsjett 2025	Forslag 2026
01	Driftsutgifter	43 305	45 427	42 143
	Sum kap. 749	43 305	45 427	42 143

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. Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten skal ikke ta stilling til sivilrettslig eller strafferettslig skyld og ansvar. Virksomheter i spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten har varslingsplikt til undersøkelseskommisjonen om alvorlige hendelser, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 a og helse- og omsorgstjenesteloven § 12-3a. Pasienter, brukere og pårørende har også rett til å varsle undersøkelseskommisjonen om alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenesten, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 7-6. I tillegg kan enhver sende bekymringsmeldinger om alvorlige hendelser og forhold til Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten via skjema på deres nettsted.

Roller og ansvar

Undersøkelseskommisjonen sin rolle og ansvar følger av lov 16. juni 2017 nr. 56 om Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten, og undersøkelseskommisjonen er gjennom loven gitt myndighet til å gjennomføre undersøkelser av alvorlige hendelser eller andre alvorlige forhold i helse- og omsorgstjenesten. Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten er et forvaltningsorgan administrativt underlagt Helse- og omsorgsdepartementet, men skal utføre sine oppgaver uavhengig og selvstendig og kan ikke instrueres i faglige spørsmål.

Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten avgjør selv hvilke alvorlige hendelser eller alvorlige forhold som skal undersøkes og hvordan undersøkelsene skal gjennomføres. Etter hver undersøkelse skal det utarbeides en rapport. I Prop. 68 L (2016–2017) anslår departementet at Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten vil kunne undersøke omtrent 20 saker årlig. I 2024 publiserte undersøkelseskommisjonen fem rapporter, mens seks undersøkelser fortsatt pågikk ved utgangen av året.

Det er også viktig for Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten å være til stede ute i helsetjenesten og på konferanser for å formidle læring fra alvorlige hendelser i spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten deltok på 60 eksterne foredrag og innlegg i 2024. Relasjonsbygging til eksterne aktører vil være et prioritert arbeid også i 2026.

Årsverk

Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten var i 2024 bemannet med 24 heltidsansatte og fire ansatte i stillinger i 20 pst. Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten hadde 22,7 årsverk i 2024, mot 21,7 årsverk i 2023.

Post 01 Driftsutgifter

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

slår å bevilge 12,2 mill. kroner. Sammenlignet med saldert budsjett for 2025 er dette en reduksjon på 3,3 mill. kroner. Utover generell pris- og lønnsjustering foreslås følgende endringer:

- Bevilgningen foreslås redusert med 3,4 mill. kroner som et effektiviseringstiltak.
- Det foreslås å flytte 1,3 mill. kroner til kap. 701, post 74 knyttet til rammefinansiering av fellestjenester levert av Norsk helsenett SF, jf. nærmere omtale der.

Programkategori 10.60 Kommunetjenesten

Utgifter under programkategori 10.60 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)

Kap.	Betegnelse	Regnskap 2024	Saldert budsjett 2025	Forslag 2026	Endring i pst.
760	Kommunale helse- og omsorgstjenester		7 061 934	7 040 345	-0,3
761	Omsorgstjeneste	5 419 957			0,0
762	Primærhelsetjeneste	1 769 069			0,0
765	Psykisk helse, rus og vold	2 595 321	2 680 593	2 780 373	3,7
	Sum kategori 10.60	9 784 347	9 742 527	9 820 718	0,8

Utgifter under programkategori 10.60 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)

Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2024	Saldert budsjett 2025	Forslag 2026	Endring i pst.
01–29	Statens egne driftsutgifter	511 768	613 058	638 311	4,1
50–89	Overføringer til andre	9 272 579	9 129 469	9 182 407	0,6
	Sum kategori 10.60	9 784 347	9 742 527	9 820 718	0,8

Endringsforslag utover gjennomgående budsjettiltak omtalt i del I og generell pris- og lønnsjustering:

- 249,1 mill. kroner i økt bevilgning til investeringstilskuddet til heldøgns omsorgsplasser, der 336,5 mill. kroner er knyttet til første års utbetaling av en tilsagnsramme på 3 365 mill. kroner i 2026, samtidig som bevilgningen reduseres med 87,4 mill. kroner knyttet til forventet utbetaling av prosjekter med innvilget tilsagn om tilskudd fra tidligere år.
- 89 mill. kroner i økt bevilgning til nytt tilskudd til privatpersoner til oppgradering av egen bolig.
- 87,5 mill. kroner i økt bevilgning til rekrutteringsprogram for unge utenfor arbeid og utdanning til den kommunale helse- og omsorgssektoren.
- 65 mill. kroner i økt bevilgning til nettlege.
- 60 mill. kroner i økt bevilgning til ny tilskuddsordning for aktivitet til eldre.
- 60 mill. kroner i økt bevilgning til utvikling, tilpasning og etablering av kunnskapsbaserte lavterskeltilbud innen psykisk helse- og rusmiddelfeltet.
- 20 mill. kroner i økt bevilgning til lønnstilskudd til sykepleiere som tar helsesykepleierutdanning.
- 15 mill. kroner i økt bevilgning til tilskuddsordningen til hjelpetelefoner og chat.
- 15 mill. kroner i økt bevilgning til tilskuddsordningen til samtale og mestringstilbud innen psykisk helse, rus og vold.
- 11,2 mill. kroner i økt bevilgning til tilskuddsordningen frisklivs-, lærings- og mestringstilbud.

- 10 mill. kroner i økt bevilgning til nasjonal prøveordning med henvisningsrett til BUP.
- 10 mill. kroner i økt bevilgning til å øke utbredelsen av digitale selvhjelps- og behandlingstilbud innen psykisk helse.
- 7,8 mill. kroner i økt bevilgning til tilskuddsordningen til helse- og omsorgstjenester og tannhelsetjenester til innsatte knyttet til utvidelse av Romerike fengsel og økt kapasitet av plasser for mindreårige i kriminalomsorgen5,5 mill. kroner i økt bevilgning til datainnsamling blant overlevende og etterlatte etter 22. juli.
- 5 mill. kroner i økt bevilgning knyttet til oppfølging av tiltak i oppvekstmelding.
- 3,9 mill. kroner i økt bevilgning til Hospice Sangen.
- 2 mill. kroner i økt bevilgning til habilitering og rehabilitering.
- 1,3 mill. kroner i økt bevilgning til Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) sitt arbeid mot kjønnslemlestelse, mot at Arbeids- og inkluderingsdepartementets kap. 601, post 21 reduseres tilsvarende.
- 472,2 mill. kroner i redusert bevilgning som følge av at tilskuddsordningen til helsestasjons- og skolehelsetjenesten avvikles og erstattes med en ny tverrsektoriell tilskuddsordning til kommuner for forebyggende tiltak for barn og unge over Barne- og familiedepartementets budsjett.
- 142,5 mill. kroner i redusert vertskommunetilskudd HVPU, der 58,5 mill. kroner knyttet til frafall i beboere i vertskommunene.
- 44 mill. kroner i redusert tilskudd til kommunalt rusarbeid.
- 29,1 mill. kroner i redusert bevilgning til kompensasjonsordningen for renter og avdrag som følge av redusert rentebetaling.
- 15 mill. kroner i redusert bevilgning ved at tilskuddsordningen mobilisering mot ensomhet avvikles.
- 10 mill. kroner i redusert bevilgning til tilskuddsordningen helhetlig støtte til pårørende med krevende omsorgsoppgaver.
- 9,5 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til avvikling av tilskudd til Pårørendesenteret.
- 5,5 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til avvikling av tilskudd til miljøbehandling og integrert bruk av musikk og sang.
- 2,9 mill. kroner flyttet fra kap. 781, post 79 knyttet til tilskuddsordningen til senter for medisinsk etikk.
- 2,5 mill. kroner flyttet til Justis- og beredskapsdepartementets kap. 440, post 01 knyttet til etableringen av nasjonalt senter for innsats mot radikalisering og voldelig ekstremisme.
- 1,1 mill. kroner flyttet til kap. 740, post 01, knyttet til Helsedirektoratets arbeid med tiltak for riktigere legemiddelbruk blant barn og unge innen psykisk helse.

Programkategorien omfatter bevilgninger til å utvikle de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Tiltakene under programkategorien bidrar også til å oppfylle delmål 3.4 og 3.5 i FNs bærekraftsmål, jf. nærmere omtale under del III, kap. 8 Oppfølging av FNs bærekraftsmål.

De kommunale helse- og omsorgstjenestene finansieres i hovedsak gjennom kommunenes frie inntekter. Det vises til omtalen i budsjettproposisjon til Kommunal- og distriktsdepartementet. I tillegg finansieres disse tjenestene gjennom tilskudd fra Helse- og omsorgsdepartementets budsjett, hovedsakelig under programkategori 10.60, samt gjennom brukerbetaling og egenandeler og ved statlige trygderefusjoner til bl.a. lege- og fysioterapitjenester, omtalt under programområde 30.

Det skal legges til rette for å videreutvikle og styrke bemanningen og kompetansen i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Bemanningsbehovet vil overstige tilbudet fra arbeidsmarkedet fremover. I henhold til Statistisk sentralbyrå sine fremskrivinger trenger vi en økning i årsverk i helse- og omsorgssektoren samlet som tilsvarer nesten 30 000 sykepleiere, 25 000 helsefagarbeidere. 7 000 vernepleiere og 2 500 leger frem mot 2040. Helsepersonellkommisjonen var tydelige på at det største behovet for årsverk vil komme innenfor de kommunale helse- og omsorgstjenestene de kommende årene. Hoveddriveren for dette er flere eldre og kronikere med sammensatte behov. Den forventede veksten i personellbehov kan ikke løses med vekst i bemanningen alene, og regjeringen har derfor varslet flere grep for å sikre nødvendige omstillinger i helse- og omsorgstjenesten. Innsatsene fremover skal være forankret i et oppdatert kunnskapsgrunnlag og gode behovsanalyser, og må understøtte hensiktsmessig bruk av personellet og dets kompetanse, gjennom bruk av personellbesparende innovasjoner, teknologi og mer hensiktsmessig arbeids- og oppgavedeling. Det skal arbeides med ulike modeller for å rekruttere personer utenfor arbeidslivet inn i helse- og omsorgstjenesten, muligheter for kompetanseheving gjennom hele karriereløpet, og riktigere oppgavedeling. Fra og med 2026 skal det iverksettes et rekrutteringsprogram for å få unge som står utenfor arbeidslivet inn i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Å redusere sykefraværet og jobbe for mer heltid

for å få en mer stabil bemanning rundt brukerne av tjenestene, vil være viktige innsatsområder, og arbeidet med en langsiktig plan for bemanning og kompetanse skal iverksette en gjennomgang av dagens virkemidler som understøtter bærekraftige kompetanse- og personelltiltak. Regjeringen vil i løpet av 2026 legge frem en helsepersonellplan som går frem til 2040 for å rekruttere og beholde fagkompetanse i helse- og omsorgstjenestene hvor også pårørendeperspektivet og pårørenderollen skal ivaretas. Partene vil involveres i arbeidet. Planen skal blant annet omfatte tiltak innen følgende innsatsområder i) arbeidsmiljø og arbeidsvilkår, ii) ansvars- og oppgavedeling og hensiktsmessig organisering av arbeidsprosesser, iii) teknologi og utstyr og iv) rekruttering til helse- og omsorgstjenestene. Regjeringen har varslet en helsereform som også skal møte utfordringen med mangel på personell og manglende sammenheng i tjenestene. Regjeringen oppnevnte i august 2025 Helsereformutvalget, som skal utrede og foreslå modeller for å sikre en sammenhengende og bærekraftig offentlig helse- og omsorgstjeneste.

Regjeringen la i Meld. St. 24 (2022–2023) *Fellesskap og meistring – Bu trygt heime* frem tiltak for å bidra til at eldre kan bo trygt hjemme, slik at behovet for helse- og omsorgstjenester utsettes gjennom bedre planlegging, styrket forebygging og mer målrettede tjenester. Videre skal satsingen bidra til at alle som trenger det får tilgang på gode og trygge tjenester. Denne innsatsen skal forsterkes gjennom et helhetlig Eldreløft, med nye og forsterkede satsinger på bolig, bemanning og kvalitet, hørsel og aktivitet, og å inkludere og hensynta personell i tjenesteutviklingen. Regjeringen vil i 2026 fortsette arbeidet med «den nye hjemmetjenesten», som ble varslet i Bo trygt hjemmereformen og videreutvikle og understøtte implementering av ulike personellbesparende teknologier/trygghetsteknologier.

Regjeringen la i 2025 frem en stortingsmelding om fremtidens allmennlegetjenester og akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus; Meld. St. 23 (2024–2025) *Fornye, forsterke, forbedre – Fremtidens allmennlegetjenester og akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus.* Meldingen presenterer regjeringens politikk for å oppnå fire overordnede mål; den offentlige allmennlegetjenesten er innbyggernes førstevalg; alle innbyggere opplever gode og sammenhengende tjenester, og sosiale forskjeller i helse reduseres; innbyggere med akutt sykdom får rask og god helsehjelp i hele landet; kommuner i hele landet tilbyr tilgjengelige, kunnskapsbaserte og gode allmennlegetjenester.

I 2025 la regjeringen frem forebyggings- og behandlingsreformen del II, Prop. 112 L (2024–2025) *Endringer i straffeloven og legemiddelloven mv. (befatning med mindre mengder narkotika til egen bruk),* som omhandler strafferettslige forhold på narkotikaområdet. Regjeringen arbeider videre med å følge opp den samlede forebyggings- og behandlingsreformen.

Regjeringen la i 2023 frem en opptrappingsplan for psykisk helse, som omfatter hele befolkningen, men retter særskilt oppmerksomhet mot barn og unge. Regjeringen fortsetter opptrappingen i dette budsjettet. Det vises til kap. 765 for nærmere omtale av regjeringens innsats innen psykisk helse.

Arbeidet med ny demensplan er igangsatt, og det tas sikte på fremleggelse våren 2026. Dagens demensplan videreføres til ny plan foreligger.

Det skal utarbeides en ny handlingsplan mot selvmord. Frem til ny handlingsplan foreligger, vil Handlingsplan for forebygging av selvmord 2020–2025 følges opp og forlenges.

Det ytes en lang rekke tilskudd til både kommuner, ideelle organisasjoner og frivillig sektor over budsjettkapitlene under denne programkategorien. Det er et klart mål at alle tilskudd skal tildeles etter åpne, transparente og rettferdige prosesser i søknadsbaserte ordninger. For å sikre forutsigbarhet for tilskuddsmottakerne, er det et mål at det kan søkes om flerårige tilskudd under alle ordninger hvor det er hensiktsmessig. Samtidig skal ordningene utformes slik at det er mulig også for nye søkere å få innpass.

Helse- og omsorgsdepartementet har, i samråd med berørte departementer, utredet en mer samlet organisering av forsknings- og kompetansesentrene utenfor spesialisthelsetjenesten. Målet er å etablere et mer helhetlig system for bedre og mer koordinert støtte til kommunesektoren. Utredningen legger til grunn en desentralisert struktur med kompetansemiljø nær tjenestene. Departementet tar sikte på at kompetansesentre som primært driver med implementering og tjenesteutvikling, og der de primære brukerne er de kommunale helse- og omsorgstjenestene, som i dag er organisert i helseforetak, organisatorisk forankres i en nasjonal overbyggende enhet under Helsedirektoratet med virkning fra 1. januar 2027. Det vises til kap. 765, post 74 for nærmere omtale.

Kap. 760 Kommunale helse- og omsorgstjenester

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2024	Saldert budsjett 2025	Forslag 2026
21	Spesielle driftsutgifter, *kan nyttes under postene 70 og 71*		419 911	432 688
60	Kompetanse, rekruttering og innovasjon		1 267 302	1 337 773
61	Forebyggende helse- og omsorgstjenester		486 140	34 391
62	Tilskudd til vertskommuner		1 011 238	893 131
63	Investeringstilskudd til heldøgns omsorgsplasser, *kan overføres*		2 323 970	2 573 062
64	Kompensasjon for renter og avdrag		950 300	921 200
70	Tilskudd, *kan nyttes under post 21*		378 705	431 479
71	Kompetanse-, forsknings- og rekrutteringstiltak, *kan nyttes under post 21*		224 368	327 621
72	Aldersvennlige boliger			89 000
	Sum kap. 760		7 061 934	7 040 345

Endringsforslag utover gjennomgående budsjettiltak omtalt i del I og generell pris- og lønnsjustering:

- 249,1 mill. kroner i økt bevilgning til investeringstilskuddet til heldøgns omsorgsplasser, der 336,5 mill. kroner er knyttet til første års utbetaling av en tilsagnsramme på 3 365 mill. kroner i 2026, samtidig som bevilgningen reduseres med 87,4 mill. kroner knyttet til forventet utbetaling av prosjekter med innvilget tilsagn om tilskudd fra tidligere år.
- 89 mill. kroner i økt bevilgning til tilskuddsordningen aldersvennlige boliger.
- 87,5 mill. kroner i økt bevilgning til rekrutteringsprogram for unge utenfor arbeid og utdanning til den kommunale helse- og omsorgssektoren.
- 65 mill. kroner i økt bevilgning til nettlege.
- 60 mill. kroner i økt bevilgning til ny tilskuddsordning for aktivitet til eldre.
- 20 mill. kroner i økt bevilgning til ny tilskuddsordning for lønnstilskudd til sykepleiere som tar helsesykepleierutdanning.
- 11,2 mill. kroner i økt bevilgning til tilskuddsordningen frisklivs-, lærings- og mestringstilbud.
- 10 mill. kroner i økt bevilgning til nasjonal prøveordning med henvisningsrett til BUP.
- 7,8 mill. kroner i økt bevilgning til tilskuddsordningen til helse- og omsorgstjenester og tannhelsetjenester til innsatte knyttet til utvidelse av Romerike fengsel og økt kapasitet av plasser for mindreårige i kriminalomsorgen.
- 5 mill. kroner i økt bevilgning knyttet til oppfølging av tiltak i oppvekstmelding.
- 3,9 mill. kroner i økt bevilgning til Hospice Sangen.
- 2 mill. kroner i økt bevilgning til habilitering og rehabilitering.
- 472,2 mill. kroner i redusert bevilgning som følge av at tilskuddsordningen til helsestasjons- og skolehelsetjenesten avvikles og erstattes med en ny tversektoriell tilskuddsordning til kommuner for forebyggende tiltak for barn og unge over Barne- og familiedepartementets budsjett.
- 142,5 mill. kroner i redusert vertskommunetilskudd HVPU, der 58,5 mill. kroner er knyttet til frafall i beboere i vertskommunene.
- 29,1 mill. kroner i redusert bevilgning til kompensasjonsordningen for renter og avdrag som følge av redusert rentebetaling.
- 15 mill. kroner i redusert bevilgning ved at tilskuddsordningen mobilisering mot ensomhet avvikles.

- 10 mill. kroner i redusert bevilgning til tilskuddsordningen helhetlig støtte til pårørende med krevende omsorgsoppgaver.
- 5,5 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til avvikling av tilskudd til miljøbehandling og integrert bruk av musikk og sang.
- 2,9 mill. kroner flyttet fra kap. 781, post 79 knyttet til tilskuddsordningen til senter for medisinsk etikk.

Bevilgningen på kap. 760 er statlige stimuleringsmidler til å utvikle kommunale helse- og omsorgstjenester.

Særskilte satsinger

Fellesskap og mestring – Bo trygt hjemme

Regjeringen la i Meld. St. 24 (2022–2023) *Fellesskap og meistring – Bu trygt heime* frem tiltak for å bidra til at eldre kan bo trygt hjemme og slik at behovet for helse- og omsorgtjenester utsettes – gjennom bedre planlegging, styrket forebygging og mer målrettede tjenester. Videre skal satsingen bidra til at alle som trenger det får tilgang til gode og trygge tjenester. Som oppfølging har regjeringen bl.a. etablert et eldreboligprogram og tatt initiativ til en eldreboligallianse for å få fart på boligbyggingen og bedre tilpassing av eksisterende boliger. Ett av hovedområdene i meldingen er også Program for et aldersvennlig Norge 2030, med mål om å skape et mer aldersvennlig og inkluderende samfunn. Høsten 2024 lanserte regjeringen pårørendeavtaler som skal bidra til bedre samarbeid mellom pårørende og tjenestene, og Helsedirektoratet arbeider med implementering. Regjeringen har også lansert en første versjon av Eldrebarometeret, en nettside som gir innsikt i kvaliteten på helse- og omsorgstjenester til eldre for å bidra til åpenhet, kvalitetsforbedring og utvikling av tjenestene. Arbeidet med Eldrebarometeret omfatter en gjennomgang av eksisterende kvalitetsindikatorer og utvikling av nye nøkkeltall. Målet er å styrke styringsgrunnlaget både for kommunale og statlige myndigheter, og samtidig synliggjøre behov for justeringer i statlige virkemidler som skal fremme kvalitet og likeverd i eldreomsorgen.

Det er gjort mye, samtidig er det er behov for å øke innsatsen ytterligere, og regjeringen foreslår derfor et Eldreløft gjennom nye og forsterkede satsinger på bolig, bemanning og kvalitet, hørsel og aktivitet, og å inkludere og hensynta pårørende i tjenesteutviklingen.

En egnet bolig kan bidra til at flere som ønsker det kan bli boende hjemme lenger, også når helsen blir dårligere. Oppgradering av egen bolig kan gi en rekke gevinster ved at eldre klarer seg lengre i egen bolig. Regjeringen foreslår å opprette et nytt tilskudd til privatpersoner for å oppgradere egen bolig ved å gjøre den mer aldersvennlig. Regjeringen foreslår å bevilge til sammen 98 mill. kroner til formålet i 2026. Det vises til nærmere omtale under post 72.

Å bo hjemme vil ikke være en løsning for alle, og det vil fortsatt være et stort og økende behov for heldøgns omsorgsplasser. Som oppfølging av Bo trygt hjemme-reformen foreslår regjeringen en tilsagnsramme for investeringstilskuddet til heldøgns omsorgsplasser på 3 365 mill. kroner i 2026, tilsvarende om lag 1 500 heldøgns omsorgsplasser, jf. kap. 760, post 63. Deler av rammen skal forbeholdes plasser som gir netto tilvekst. Videre foreslås det at bindingstiden for disponering av plassene reduseres fra 30 til 20 år, for å sikre kommunene større fleksibilitet.

Et arbeid for å utvikle en ny plan med målrettede og spissede tiltak for å bidra til en bærekraftig personellutvikling i helse- og omsorgstjenesten skal påbegynnes. Planen skal bidra til å sikre tilstrekkelig personell med rett kompetanse og særlig bistå kommunene med å møte personellutfordringene i tjenestene både på kort og lang sikt. Det tas sikte på at planen legges frem i 2026.

Regjeringen vil bidra til at eldre får tilgang på høreapparat innen rimelig tid for å støtte opp under deres helse og livskvalitet. Som en del av eldresatsingen foreslår derfor regjeringen 38 mill. kroner til tiltak for å oppnå bedre tilgang til personell innen hørselsomsorgen, fordelt på 10 mill. kroner til å øke utdanningskapasiteten ved audiografutdanningen ved NTNU og 28 mill. kroner til de regionale helseforetakene for kompetansehevende tiltak i hørselsomsorgen. Det vises til nærmere omtale i Kunnskapsdepartementets budsjett, kap. 260, post 50 og Helse- og omsorgsdepartementets budsjett, kap. 732, post 70.

Helsedirektoratet utreder hvordan den varslede aktivitetsgarantien i Bo trygt hjemme-reformen kan utformes. Regjeringen foreslår en tilskuddsordning rettet mot frivillige og ideelle aktører for å stimulere til aktivitetstiltak for eldre. Formålet er å bidra til at eldre kan opprettholde og styrke sin fysiske og psykiske helse, motvirke ensomhet, styrke digitale ferdigheter, bedre livskvaliteten gjennom arenaer for fellesskap og mestring og avlaste pårørende. Regjeringen foreslår å bevilge 60 mill. kroner til den nye tilskuddsordningen i 2026.

Å ivareta og støtte pårørende er viktig for å sikre bærekraften i velferdsstaten. Pårørendeper-

spektivet skal derfor integreres i alle planer og strategier i helse- og omsorgspolitikken. Regjeringen vil prioritere tiltak som bidrar til informasjon og veiledning og bedre samarbeid med pårørende, og det skal etableres et systematisk arbeid med å involvere pårørendeorganisasjonene.

Demensplan 2030

Demensplan 2025 er en femårig plan (2021–2025) for å forbedre tjenestetilbudet til personer med demens og deres pårørende. Målet er å skape et mer demensvennlig samfunn som bidrar til inkludering, likeverd og forståelse. Helsedirektoratet har oppsummert erfaringer og resultater av Demensplan 2025.

Helsedirektoratet mener at dagens demensplan har oppnådd de fleste målene, men fremhever at det fortsatt er store utfordringer som trolig vil øke i omfang. Demens rammer flere aldersgrupper, også yngre. Samtidig gjør de demografiske endringene seg gjeldende, og nye innsatsområder og styrking av påbegynt arbeid er av betydning for å møte utfordringene. Mange kommuner mener selv de ikke er godt nok rustet til å møte økningen i antall personer med demens, og behov for tiltak som følge av demografiske, personellmessige og faglige utfordringer er særlig store i distriktskommunene. Behov for forskning og økt kunnskap, implementering, kompetanseheving og samhandling er forutsetninger for omstilling i tjenestene. Nye metoder for demensutredning og sykdomsmodifiserende behandling vil trolig komme. Disse vil medføre endrede krav til innsats både i kommunene og spesialisthelsetjenesten. I dag har bare halvparten av de som har symptomer på demens fått en diagnose. Diagnosen er nødvendig for å få informasjon, oppfølging og tilrettelegging av tjenestene. Det er de senere årene kommet kunnskap som dokumenterer at det er mulig å forebygge en betydelig andel av demenstilfellene, utsette sykdomsdebut eller forsinke sykdomsutviklingen. Samtidig er det en kjensgjerning at svært mange allikevel vil utvikle demens.

Regjeringen har besluttet at dagens demensplan skal følges opp med en ny demensplan – Demensplan 2030. En ny plan vil fokusere på forebygging, tidlig diagnostisering og behandling, persontilpasset medisin og tjenester og økt bruk av teknologi, samt de særlige utfordringene distriktskommunene står overfor. Bo- og avlastningstilbud og tilbud om dagaktivitetstilbud må tilpasses og skaleres i takt med behovet til pasientgruppen og deres pårørende. Det tas sikte på å legge frem Demensplan 2030 første halvår i 2026. Demensplan 2025 gjelder inntil den nye planen foreligger. Det vises nærmere til tiltak på post 21.

Kompetanse og personell – ny plan

Tilstrekkelig personell med rett kompetanse er en forutsetning for god kvalitet i tjenestetilbudet. Det har vært jobbet systematisk med satsinger på personell- og kompetansefeltet gjennom mange år, innenfor ulike planer og strategier. Tiltakene er rettet mot å rekruttere, beholde og utvikle personell i tjenestene, samt tjenesteutvikling og omstilling.

Regjeringen har tidligere lagt frem opptrappingsplan for heltid og god bemanning i omsorgstjenesten. Planen skal bidra til å sikre tilstrekkelig personell med rett kompetanse i omsorgstjenesten og bistå kommunene med å møte personellutfordringene i tjenestene både på kort og lang sikt. Opptrappingsplanen følges opp gjennom Kompetanseløft 2025, som er en plan for rekruttering, kompetanse- og fagutvikling i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten for perioden 2020–2025. Helsedirektoratet oppsummerer årlig erfaringer og resultater av Kompetanseløft 2025, og erfaringene viser at tiltakene har hatt god effekt, spesielt for kompetanseutvikling og rekruttering. Videre har planen bidratt til å styrke innovasjonsarbeidet, oppgavedeling, teamarbeid og kunnskapsproduksjon. Lederutdanninger og tverrsektorielt samarbeid har styrket lederkompetansen i kommunene, og pilotprosjektet for tannhelsetjenesten gir bedre styringsdata for planlegging av fremtidige behov.

Hele helse- og omsorgssektoren står foran en rekke utfordringer knyttet til å utdanne og rekruttere og beholde nok personell, og til å benytte personellet og deres kompetanse mer hensiktsmessig gjennom god utnyttelse av personellbesparende innovasjon, teknologi og arbeidsorganisering, inkludering av flere og for å sikre omstilling som bidrar til bærekraftige tjenester også for fremtiden.

Det skal derfor igangsettes et arbeid for å utvikle en ny plan for å bidra til en bærekraftig personellutvikling i helse- og omsorgstjenesten. Dette må sees i sammenheng med øvrige innsatser som understøtter mindre trykk på tjenestene i form av blant annet forebyggende helsearbeid, rehabilitering og prioritering. Det varsles en omlegging av eksisterende tilskuddsordninger som inngår i Kompetanseløft 2025, blant annet for å understøtte en ny helsepersonellplan, med fokus

på å støtte kommunene i de personellutfordringene de står overfor. Veletablerte ordninger som er gode og har høy måloppnåelse skal vurderes videreført. Partene vil involveres i arbeidet. Det tas sikte på at planen legges frem i 2026. Tiltakene i opptrappingsplan for heltid og god bemanning og Kompetanseløft 2025 videreføres inntil ny plan foreligger.

Det er viktig å tenke nytt når det gjelder rekruttering til helse- og omsorgssektoren, og for å styrke arbeidet med rekruttering, foreslår regjeringen å igangsette et rekrutteringsprogram for å få personer, primært unge, utenfor arbeid og utdanning inn i helse- og omsorgstjenesten i 2026. Programmet skal bidra til å redusere utenforskap ved å inkludere personer til arbeid i en sektor med arbeidskraftbehov nå og fremover. Formålet med programmet er å bidra til økt grunnbemanning, økt kompetanse, bedre motivasjon for å stå i jobb og mindre sykefravær. Det foreslås å bevilge samlet 125,5 mill. kroner til programmet i 2026, fordelt med 38 mill. kroner på Arbeids- og inkluderingsdepartementets budsjett og 87,5 mill. kroner på Helse- og omsorgsdepartementets budsjett. Det vises til nærmere omtale under post 60.

Regjeringen har varslet en helsereform som skal møte utfordringen med mangel på personell og manglende sammenheng i tjenestene. Regjeringen oppnevnte i august 2025 Helsereformutvalget, som skal utrede og foreslå modeller for å sikre en sammenhengende og bærekraftig offentlig helse- og omsorgstjeneste.

Allmennlegetjenesten

Å legge til rette for bærekraftige allmennlegetjenester som møter fremtidens behov er en hovedsatsing for regjeringen. Den offentlige allmennlegetjenesten skal være førstevalget når folk trenger helsehjelp. Regjeringen har derfor gjennom regjeringsperioden styrket allmennlegetjenesten. Samtidig har kommunene gjort lokale tiltak. Rekrutteringen til fastlegeordningen og antall nye spesialister i allmennmedisin var i 2024 rekordhøy. Fastlegene rapporterer om en bedre arbeidshverdag og andelen fastleger som ser det som svært sannsynlig at de vil være fastlege om fem år, har økt fra 22 pst. i 2022 til 51 pst. i 2025.

Selv om rekrutteringen er i bedring, må allmennlegetjenestene fornyes og moderniseres i takt med samfunnsutviklingen og innbyggernes behov og forventninger. I Meld. St. 23 (2024–2025) *Fornye, forsterke, forbedre – Framtidens allmennlegetjenester og akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus* presenterer regjeringen løsninger for fremtidens allmennlegetjeneste. Innbyggerne skal møte en allmennlegetjeneste med tilgjengelighet, kvalitet og brukervennlighet i hele landet, oppleve gode og sammenhengende tjenester, få hjelp til å ta kloke valg for egen helse, forebygge sykdomsutvikling og -forverring, mestre helse- og livsutfordringer og delta i utdanning og arbeidsliv. Tjenestene skal være attraktive arbeidsplasser og bidra til at samfunnets ressurser brukes effektivt. Sentrale grep i meldingen for å oppnå dette er en stegvis utvikling av finansieringsmodellen for fastlegeordningen basert på en høyere andel basistilskudd, utvikling av tverrfaglige fastlegekontor, en ny fastlegeforskrift som bl.a. reflekterer dagens situasjon med flere fastlønte fastleger, endringer i kompetansekrav for leger i kommunale helse- og omsorgstjenester som bedre balanserer kvalitet og rekruttering, en forsterket innsats for digitalisering og at regjeringen tar sikte på endringer i finansiering av leger som deltar i legevakt.

Finansieringsmodellen for fastlegeordningen skal understøtte at innbyggernes behov møtes og fremme god medisinsk praksis, samhandling, ledelse og innovasjon. I tillegg bør modellen styrke portvaktrollen og gjøre ordningen attraktiv for leger. I 2026 vil regjeringen, slik Stortinget har gitt tilslutning til ved behandling av meldingen, øke basistilskuddets andel av finansieringen videre med sikte på at en 10 prosentpoengs økning er gjennomført i 2027. Pasienttilpasset basistilskudd skal videreutvikles slik at forklaringskraften i modellen styrkes, som skissert i Meld. St. 23 (2024–2025) *Fornye, forsterke, forbedre*. Takstsystemet skal moderniseres og bedre understøtte fremtidens behov. Regjeringen tar sikte på at endringene i modellen for basistilskudd og takstsystemet skal gjennomføres fra 1. juli 2026.

Fra 1. januar 2026 åpner regjeringen for at det kan utløses refusjon for konsultasjoner som gjennomføres av sykepleier på delegasjon fra lege. Med god oppgavedeling og tverrfaglig samarbeid i fastlegekontorene vil regjeringen øke kapasiteten i tjenestene, styrke innsatsen for innbyggere med store og sammensatte behov og legge til rette for en mer forebyggende og proaktiv allmennlegetjeneste med effektiv bruk av personellressursene.

Parallelt utredes finansiering av flere helsepersonellgrupper i fastlegekontorene som beskrevet i Meld. St. 23 (2024–2025) *Fornye, forsterke, forbedre* og Stortingets vedtak nr. 906 (2024–2025). Folketrygdfinansiering av legevakt opprettholdes, men det tas sikte på at refusjoner og pasientbetaling utbetales til kommunene.

Særlige utfordringer i distriktskommuner møtes ved at legevakttilskuddet videreutvikles fra 1. januar 2026 til et bredere tilskudd for allmennlegetjenestene i distriktskommuner. Utjamningstilskuddet avvikles og sentralitetskomponenten i basistilskuddet styrkes tilsvarende. Regjeringen tar sikte på å gjennomføre disse endringene fra 1. juli 2026. Det skal legges til rette for bedre rekruttering til fastlegeordningen gjennom en god, fleksibel og trygg spesialistutdanning i allmennmedisin. Med rekordhøy rekruttering er det behov for justeringer i tilskuddet for Nasjonal-ALIS, se omtale under post 60.

Regjeringen mener at en modernisert allmennlegetjeneste også skal bruke digitale løsninger for å gi innbyggerne et tjenestetilbud med god tilgjengelighet, kvalitet og kontinuitet, og for å bidra til effektiv bruk av ressursene. Tiltak for å realisere dette er beskrevet i Meld. St. 23 (2024–2025) *Fornye, forsterke, forbedre* og disse vil bli fulgt opp i 2026. Regjeringen har i 2025 startet utprøving av en ordning for kommunal nettlege som innebærer at kommunene organiserer et digitalt allmennlegetilbud til innbyggerne som et supplement til legevakt og fastlegetjeneste. Utprøvingen skal utvides i 2026.

Regjeringen har innført nye kompetansekrav for leger i kommunale helse- og omsorgstjenester som balanserer hensynet til kvalitet og pasientsikkerhet med kommunalt handlingsrom og mulighet til rekruttering.

Allmennlegetjenestens bidrag i å redusere sykefraværet er et viktig område for regjeringen. Fastlegenes rolle i arbeid med tiltak for redusert sykefravær er også fremhevet i Prop. 1 S for Arbeids- og inkluderingsdepartementet, jf. omtale også i kap. 740.

Akuttmedisinske tjenester

Den lokale akuttberedskapen skal styrkes gjennom bedre prioritering og styring av ressursene slik at innbyggerne i hele landet får forutsigbar og god helsehjelp ved akutt sykdom og skade. De akuttmedisinske tjenestene vil videreutvikles gjennom bedre samarbeid og planlegging, innovative organisasjonsformer og bruk av teknologi og personell på nye måter.

Meld. St. 23 (2024–2025) *Fornye, forsterke, forbedre, om fremtidens allmennlegetjenester,* beskriver regjeringens løsninger for den akuttmedisinske kjeden utenfor sykehus. Et hovedmål er å utvikle en mer sammenhengende akuttkjede. Veilederen for samarbeidsavtalen om beredskapsplaner og planer for den akuttmedisinske kjeden mellom helseforetak og kommuner skal revideres. Helseforetakene skal også gjennomgå og planlegge de akuttmedisinske tjenestene utenfor sykehus i samarbeid med kommunene. Helsedirektoratet vil videre få i oppdrag å utvikle en generisk modell for en sammenhengende akuttkjede og verktøy for å støtte innføring i tjenesten. Opplæringen av operatører i AMK- og legevaktsentralene skal styrkes og det skal innhentes kunnskapsgrunnlag for et nytt verktøy for beslutningsstøtte for medisinsk nødmeldetjeneste.

Allmennlegetjenestene utgjør en sentral del av den akuttmedisinske kjeden. Regjeringen vil sørge for tilgjengelige akuttmedisinske tjenester i kommunene ved å bidra til bedre samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten. Ventetidene på legevaktene skal reduseres ved å øke kapasiteten i allmennlegetjenesten, bedre integrasjonen mellom legevakt og øvrig allmennlegetjeneste og å utrede hvordan oppgavedeling kan utnyttes i legevakt. Det skal utredes hvordan digitale løsninger, herunder bruk av video og KI-baserte verktøy, kan nyttiggjøres på en mest mulig hensiktsmessig måte i legevakttjenesten og for personer som søker helsehjelp.

Barn, unge og familier

Barn, unge og deres familier er ett av regjeringens viktigste satsingsområder. Det er viktig at hjelpen til barn og unge er lett tilgjengelig, av god kvalitet og tilpasset barn og unges behov. Regjeringen vil bidra til å gi alle barn en god start på livet, med særlig oppmerksomhet på de 1 000 første dagene. Barnets utvikling påvirkes helt fra unnfangelsen. Erfaringene barnet får, både positive og negative, spiller en viktig rolle for hvordan barnet utvikler seg. De aller fleste foreldre kan ivareta sine barn på en god måte. Foreldre kan likevel ha behov for veiledning om foreldreansvaret og hjelp med utfordringer og støtte i foreldrerollen, slik at de kan oppfylle foreldreansvaret sitt, og være gode omsorgspersoner for barna sine. Hverken barn eller deres foreldre lever i en sektor – de bor i en kommune og i et samfunn. Regjeringen er derfor opptatt av å ha en helhetlig politikk som støtter oppunder familier, enten de bare har behov for universelle tjenester eller trenger ekstra støtte og hjelp.

Departementene etablerte i 2021 Kjernegruppe for utsatte barn og unge (KUBU), som består av syv departementer. Kjernegrupper er en organisering og arbeidsform for departementene, med mål om å skape system for bedre samarbeid mellom departementene på særlig utfordrende

samfunnsområder. Formålet er å samordne politikkutviklingen og tjenestene til utsatte barn og unge bedre. Det er etablert en tilsvarende struktur på direktoratnivå der 13 underliggende etater inngår (etatssamarbeidet). Det er Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet som leder dette. Departementenes kjernegruppe for barn og unge har i 2024 og 2025 særlig arbeidet med å koordinere innsatsen til departementene for å forebygge barne- og ungdomskriminalitet.

Det skal gjennomføres en nasjonal prøveordning med henvisningsrett for helsesykepleiere til BUP. Formålet er at barn og unge som trenger det skal få hjelp så raskt som mulig, samtidig som personellressursene brukes på en god måte.

Gode modeller for samarbeid om barn og unge, med utgangspunkt i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, skal fremmes.

Regjeringen la i 2023 frem en opptrappingsplan for psykisk helse. Planen omfatter hele befolkningen, men retter særskilt oppmerksomhet mot barn og unge. Den forebyggende og helsefremmende innsatsen skal styrkes. I tillegg satses det på lavterskel psykisk helsehjelp i kommunene, slik at man kan få rask hjelp uten krav om henvisning. Regjeringen har innført vurderingssamtale i psykisk helsevern for barn og unge. Målet er rett pasient på rett sted til rett tid. Tidlig avklaring er viktig uavhengig av om en skal få hjelp videre i tjenesten eller få oppfølging i kommunen. Helsesatsingen i barnevernet skal videreføres og styrkes, og det avsettes midler til helseteam, tverrfaglig helsekartlegging og videre implementering av Nasjonalt forløp for barnevern. Det vises til kap. 765 for nærmere omtale av regjeringens innsats innen psykisk helse.

Det er viktig at tjenester som møter barn og unge og deres familier har kompetanse på å forebygge, avdekke og avverge vold, og at barn og unge som har blitt utsatt for vold får den hjelpen og oppfølgingen de trenger. Det er også viktig at barn og unge som står i fare for å skade andre, får tidlig hjelp. Regjeringen la i 2023 frem en opptrappingsplan mot vold og overgrep mot barn og vold i nære relasjoner. Regjeringen har lagt frem en ny handlingsplan mot negativ sosial kontroll og æresmotivert vold i 2025. Det vises til kap. 765 for nærmere omtale av arbeidet mot vold og overgrep.

Bruken av rusmidler er lav blant barn og unge i Norge sammenlignet med de fleste europeiske land. Bruk av rusmidler er potensielt mer skadelig ved bruk i ung alder og det er et mål å holde rusmiddelbruken lav og å utsette debutalderen. Regjeringen la i oktober 2024 frem Meld. St. 5 (2024–2025) *Trygghet, fellesskap og verdighet*. Meldingen utgjør forebyggings- og behandlingsreformen for rusfeltet Del I. Et av innsatsområdene i meldingen er å fremme kunnskapsbasert forebygging, særlig overfor barn og unge. Regjeringen følger i den sammenhengen opp arbeidet med det nasjonale programmet for rusforebyggende arbeid, se nærmere omtale av programmet og annen rusmiddelforebyggende innsats under kap. 714, post 21. I april 2025 la regjeringen frem forebyggings- og behandlingsreformen del II, som omhandler strafferettslige forhold på narkotikaområdet (Prop. 112 L (2024–2025) *Endringer i straffeloven og legemiddelloven mv. (befatning med mindre mengder narkotika til egen bruk)*). Betinget påtaleunnlatelse med vilkår om inntil tre oppmøter for rådgivende enhet for russaker skal være foretrukket straffereaksjon overfor unge under 18 år ved bruk og befatning med narkotika til egen bruk. Videre gis politiet hjemmel for å vise barn og unge til de rådgivende enhetene for russaker også utenfor straffesak, da på frivillig grunnlag. Stortinget fattet også vedtak om at relevante offentlige etater skal ha hjemmel til å vise barn og unge til frivillig oppmøte hos rådgivende enhet for russaker (vedtak nr. 961, 13. juni 2025).

Selv om kriminalitet blant barn og unge generelt er lav, er regjeringen bekymret for utviklingen. Etter en nedgang tidlig på 2000-tallet har registrert kriminalitet økt siden 2016, særlig blant barn under 15 år. En liten gruppe unge står for mye av økningen, spesielt innen alvorlige lovbrudd som vold, mishandling og seksualforbrytelser. Mange av disse er gutter med innvandrerbakgrunn, sammensatte utfordringer og som bor i områder med store levekårsproblemer. En rapport fra Oslo politidistrikt viser at mange også utsettes for vold i hjemmet og omsorgssvikt.

Ofrene for barne- og ungdomskriminalitet er som oftest andre barn og unge, og handlingene får store konsekvenser for ofrene, deres pårørende og for nærmiljøet. Selv om regjeringen setter inn betydelige tiltak for å hjelpe dem som allerede utøver kriminalitet, er den viktigste innsatsen å komme inn med tiltak tidlig i disse barnas liv, samt å involvere og hjelpe familiene. Den langsiktige og brede forebyggingen av barne- og ungdomskriminalitet henger sammen med arbeidet med å gi muligheter til alle og unngå utenforskap. Det vises til Prop. 1 S (2024–2025) for Barne- og familiedepartementet for nærmere omtale av arbeidet mot kriminalitet blant barn og unge.

Unge personer med funksjonsnedsettelser i sykehjem

Unge personer med funksjonsnedsettelse bør ikke bo i institusjoner beregnet for eldre, som aldershjem og sykehjem. Det er etablert et system for å kartlegge og følge opp antallet personer mellom 0 og 49 år som er innskrevet for langtidsopphold.

Ved utgangen av 2024 rapporterer Statsforvalteren at 76 personer i alderen 18–49 år har langtidsopphold i syke- og aldershjem, en økning på to personer fra 2023. Som i 2023 er det også i 2024 manglende rapportering fra Agder. Statsforvalterens oversikt viser at 21 av disse 76 personene har uttrykt ønske om et annet botilbud. For 12 av disse foreligger det konkrete planer for flytting. For de resterende ni pågår det løpende dialog og jevnlige vurderinger knyttet til deres flytteønske.

Per 31. desember 2024 hadde 12 barn under 18 år permanent opphold i en kommunal helse- og omsorgsinstitusjon, som definert ovenfor. Dette er en økning fra 2 barn året før. For barna der pårørende har uttrykt ønske om flytting til en alternativ boform, er det utarbeidet konkrete planer for gjennomføring.

En kontaktgruppe med representanter fra Norges handikapforbund (NHF), Funksjonshemmedes fellesorganisasjon (FFO), KS, Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet følger utviklingen på området.

Egenandeler for kommunale helse- og omsorgstjenester

Fribeløp og egenandeler med hjemmel i forskrift om egenandeler for kommunale helse- og omsorgstjenester foreslås oppdatert i samsvar med den generelle kostnadsøkningen. Fribeløpet ved langtidsopphold i institusjon foreslås justert fra 10 450 kroner til 10 950 kroner med virkning fra 1. januar 2026. Samtidig foreslås det å øke maksimal egenandel per måned for hjemmetjenester i husholdninger med samlet inntekt under 2 G fra 240 kroner til 245 kroner. For korttidsopphold foreslås det å endre maksimal egenandel fra 200 kroner til 205 kroner per døgn. Satsen for det enkelte dag- eller nattopphold foreslås holdt uendret på 115 kroner. Langtidsbeboere på sykehjem, som uten selv å ønske det legges på dobbeltrom, får redusert egenandel gjennom at det tilstås et fribeløp. For å oppdatere fribeløpet i samsvar med den generelle kostnadsøkningen, foreslås dette justert fra 50 500 kroner til 52 950 kroner med virkning fra 1. januar 2026. Justeringene medfører ubetydelige økonomiske konsekvenser for kommunene.

Anmodningsvedtak

Intervensjonsprogram for førstegangsforeldre

Vedtak nr. 614, 7. mai 2024

> *«Stortinget ber regjeringen i forbindelse med revidert nasjonalbudsjett for 2024 igangsette et prøveprosjekt i minst ti kommuner av ulik størrelse, med sikte på å innføre et universelt intervensjonsprogram rettet mot førstegangsforeldre i løpet av første halvdel av planperioden. Regjeringen bes komme nærmere tilbake til finansieringen i forbindelse med statsbudsjettet for 2025.»*

Vedtaket ble truffet ved behandling av Prop. 36 S (2023–2024) *Opptrappingsplan mot vold og overgrep mot barn og vold i nære relasjoner – Trygghet for alle*, jf. Innst. 259 S (2023–2024). Dette er fulgt opp gjennom helhetlig tiltak slik de presenteres i Meld. St. 28 (2024–2025) *Tro på fremtida – uansett bakgrunn*. Regjeringen har besluttet å etablere en tverrsektoriell tilskuddsordning for helhetlig og forebyggende innsats i kommunene (programfinansiering) rettet mot barn og unge i 2026. Dette gjøres gjennom å foreslå å omdisponere midler fra andre øremerkede tilskuddsordninger som i dag går til kommunenes arbeid med å sikre gode oppvekstsvilkår for barn og unge. Fra 2026 foreslår regjeringen 520 mill. kroner til formålet. Ordningen skal støtte opp under kommunenes forebyggende arbeid og bidra til målrettet og helhetlig innsats for barn og unge. Tilskuddsordningen vil legge til rette for mer tverrfaglige tjenester og tilbud til kommende og nye familier, barn og unge. Ordningen vil bidra til å oppfylle regjeringens ambisjon om et helhetlig og godt tilbud fra de viktige første 1000 dagene, gjennom barndom og ungdomstid og inn i voksenlivet. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Utvalg – Personer med innvandrer- eller minoritetsbakgrunn sin tilgang og bruk av helsetjenester

Vedtak nr. 85, 5. desember 2024

> *«Stortinget ber regjeringen sette ned et utvalg som skal se på personer med innvandrer- eller minoritetsbakgrunn sin tilgang og bruk av helsetjenester, for å få mer innsikt i hvordan ulike barrierer og sosial klasse påvirker mulighetene for helsehjelp og arbeidsinkludering.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med behandling av statsbudsjettet for 2025, jf. Innst. 2 S (2024–2025). Regjeringen har besluttet å sette ned et offentlig utvalg om innvandrerhelse. Det tas sikte på at utvalget kan settes ned i løpet av høsten 2025 og at utvalget kan starte sitt arbeid fra vinteren 2026. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Rettighetsfesting av hjemmebesøk av jordmor

Vedtak nr. 520, 3. mai 2022

> *«Stortinget ber regjeringen rettighetsfeste hjemmebesøk av jordmor innen én uke etter fødsel.»*

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:85 S (2021–2022), jf. Innst. 255 S (2021–2022). Det vises til omtale i Meld. St. 9 (2023–2024) *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027* som Stortinget har sluttet seg til. Hvis hjemmebesøk rettighetsfestes, vil det kunne medføre at hjemmebesøk må prioriteres fremfor andre viktige oppgaver for jordmor i svangerskapsomsorgen, og da særlig muligheten for å gi et utvidet tilbud til familier med et særskilt behov. Manglende hjemmebesøk betyr imidlertid ikke manglende oppfølging. Oppfølgingen av nyfødte og foreldrene skal sikres ved behov og alle helsestasjoner skal ha rutiner for å følge opp de som ikke møter til kontroller. Regjeringen vurderer at intensjonen i Stortingets vedtak er oppfylt. Hjemmebesøk av jordmor innen en uke etter fødsel rettighetsfestes ikke da det vil kunne gi et dårligere tilbud til familier med behov for ekstra oppfølging. Det understrekes også at det er en sterk faglig anbefaling om hjemmebesøk av helsesykepleier 8–10 dager etter fødsel. Dette supplerer hjemmebesøk av jordmor. Anmodningsvedtak nr. 520 (2021–2022), 3. mai 2022, foreslås opphevet, jf. forslag til romertallsvedtak X.

Avlastning av fastleger knyttet til ikke-kliniske oppgaver

Vedtak nr. 2, 5. oktober 2022

> *«Stortinget ber regjeringen legge frem løsninger som gjør at fastleger kan avlastes fra oppgaver av ikke-klinisk art og hvordan oppgaver kan fordeles til annet helsepersonell.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med trontaledebatten 5. oktober 2022. Regjeringen har i Meld. St. 23 (2024–2025) *Fornye, forsterke, forbedre om fremtidens allmennlegetjeneste og akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus*, redegjort for og fått tilslutning til regjeringens plan for å avlaste fastleger for oppgaver av ikke-klinisk art og oppgavedeling med annet helsepersonell. Det vises videre til forslag til ny Forskrift om fastlegeordning i kommunene, samt endringer i fraværsreglene for videregående skole.

Stortingsmeldingen presenterer tiltak som legger til rette for bedre oppgavedeling og tverrfaglig samarbeid i allmennlegetjenesten. Blant annet vil regjeringen ta sikte på å innføre stønad for konsultasjon delegert fra lege til sykepleier ved fastlegekontoret. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Styrke den offentlige allmennlegetjenesten

Vedtak nr. 79, 1. desember 2022

> *«Stortinget ber regjeringen fremme tiltak for å styrke den offentlige allmennlegetjenesten, herunder utarbeide hjemmel til å regulere etablering av helprivate kommersielle allmennlegekontor.»*

Vedtaket ble truffet ved behandling av Meld. St. 1 (2022–2023), jf. Innst. 2 S (2022–2023). Regjeringen har i Meld. St. 23 (2024–2025) *Fornye, forsterke, forbedre – Fremtidens allmennlegetjeneste og akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus*, redegjort for og fått tilslutning til regjeringens plan for å styrke den offentlige allmennlegetjenesten. Videre er vedtaket om å utarbeide hjemmel fulgt opp i Prop. 114 L (2024–2025) *Endringer i spesialisthelsetjenesteloven og helse- og omsorgstjenesteloven (godkjenning av virksomheter og bruk av betegnelser)* og tilhørende Lovvedtak 107 (2024–2025). Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Legevakt- og fastlegeordningen

Vedtak nr. 468, 13. februar 2018

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

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:3 S (2017–2018), jf. Innst. 109 S (2017–2018). Kontroll- og konstitusjonskomiteen merket seg i Innst. 141 S (2021–2022) at regjeringen har kommet med en handlingsplan, og at denne ikke er fremmet i Stortinget. Komiteen anser derfor ikke

anmodningsvedtaket som utkvittert. Regjeringen har i Meld. St. 23 (2024–2025) *Fornye, forsterke, forbedre – Fremtidens allmennlegetjeneste og akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus* lagt frem en rekke tiltak for forbedringer i legevaktordningen og rekruttering til fastlegeordningen. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Ideelle organisasjoners pensjonskostnader

Vedtak nr. 82, 3. desember 2018

> *«Stortinget ber regjeringen utrede de økonomiske konsekvensene av å dekke de ideelle organisasjoners historiske pensjonskostnader for kommunal og fylkeskommunal sektor med sikte på at de dekkes av kommunene og fylkeskommunene. Utredningen bør også se på om dekningen bør gå gjennom å utvide den søknadsbaserte tilskuddsordningen som det er enighet om å etablere i budsjettavtalen for 2019.»*

Vedtaket ble truffet ved behandling Meld. St. 1 (2018–2019), jf. Innst. 2 S (2018–2019). Vedtaket omfatter ideelle organisasjoners arbeid for kommuner og fylkeskommuner over flere år og innenfor ulike sektorer. Helsedirektoratet har på oppdrag fra de berørte departementene utredet spørsmålet. Det anslås at engangskostnaden ved å dekke ideelle organisasjoners historiske pensjonskostnader vil kunne være i størrelsesorden 1,1 mrd. kroner. Denne kostnaden vil trolig også øke som følge av oppdatert beregningsmetode for avviklingstilskudd hos Sikringsordningen. Dagens økonomiske situasjon gjør at budsjettene de nærmeste årene vil være særlig stramme. Regjeringen finner ikke rom for å prioritere og dekke disse utgiftene innen helse-, omsorgs- og barnevernsfeltet. Anmodningsvedtak nr. 82 (2018–2019), 3. desember 2018, foreslås opphevet, jf. forslag til romertallsvedtak X.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Utover gjennomgående budsjettiltak omtalt i del I og generell pris- og lønnsjustering foreslås det i tillegg følgende endringer sammenlignet med saldert budsjett 2025:

- 6,9 mill. kroner flyttet fra kap. 760, post 71 for rett plassering av bevilgningen til opplæringsmateriell til helse- og omsorgspersonell som yter tjenester til personer med utviklingshemming.
- 5 mill. kroner i økt bevilgning knyttet til oppfølging av tiltak i oppvekstmeldingen.
- 4 mill. kroner i økt bevilgning til kondomordningen mot at bevilgningen til seksuell helse på kap. 760, post 70 reduseres tilsvarende.
- 2 mill. kroner i økt bevilgning til habilitering og rehabilitering.
- 12,9 mill. kroner flyttet til kap. 760, post 70 som følge at deler av bevilgningen til diabetesarbeid er tilskudd.

Bevilgningen kan nyttes under post 70 og 71. Bevilgningene dekker spesielle driftsutgifter til ulike tiltak og politiske prioriteringer rettet mot de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Under følger omtale av særskilte tiltak det foreslås å bevilge midler til.

Fellesskap og mestring – Bo trygt hjemme

Regjeringens eldrereform Bo trygt hjemme ble lagt frem sommeren 2023, jf. Meld. St. 24 (2022–2023) *Fellesskap og meistring – Bu trygt heime*. Gjennom reformen vil regjeringen styrke og videreutvikle vår felles, offentlige helse- og omsorgstjeneste slik at flere kan bo trygt hjemme lenger. Reformen skal sørge for mer helhet og bidra til et mer aldersvennlig samfunn, og hviler på fire innsatsområder: levende lokalsamfunn, boligtilpasning og planlegging, kompetente og myndiggjorte medarbeidere samt trygghet for brukere og støtte til pårørende. For å nå målene er det lagt til grunn at statens innsats samordnes, bl.a. gjennom et tydeligere tverrsektorielt samarbeid. Det er seks departementer som står bak Bo trygt hjemme-reformen og en egen gruppe på tvers av departementene har ansvar for tverrdepartemental koordinering av arbeidet.

Helsedirektoratet har det overordnede nasjonale ansvaret for å gjennomføre Bo trygt hjemmereformen, i nært samarbeid med berørte direktorater, statsforvalterne og utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester regionalt. Tiltakene følges opp gjennom en samordnet og helhetlig oppfølgingsplan for hele reformperioden 2024–2028, utarbeidet av Helsedirektoratet. Direktoratet er godt i gang med arbeidet med oppfølgingen og har bl.a. levert utredning av modeller for faste team i hjemmetjenestene og kartlagt bruk av og erfaringer med tildelingskontorer. Direktoratet har også lansert Eldrebarometeret, en nettside som gir innsikt i kvaliteten på helse- og omsorgstjenester for eldre for å bidra til åpenhet, kvalitetsforbedring og utvikling av tjenestene. Det arbeides videre med å videreutvikle barometeret for å gi et mer helhetlig bilde gjennom viktige nøkkeltall, særlig om pasientopplevelser og pasientsik-

kerhet. Nøkkeltall om opplevd kvalitet gjennom bruker- og pårørendeundersøkelser er nødvendig for å kunne gi et helhetsbilde. Pårørendeundersøkelser og -perspektivet videreføres i Helsedirektoratets systematiske og regelmessige arbeid med pasient-, bruker- og pårørendeundersøkelser i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det vil styrke pårørendeperspektivet i fremtidige undersøkelser. Videre arbeider direktoratet med gjennomføring av informasjonsarbeid rettet mot tjenestene, utreder om og hvordan det samlede tilbudet fra kommunene kan formidles til innbyggerne gjennom en felles dør inn på kommunenivå, tiltak for gode vedtaksprosesser, og hvordan en nasjonal aktivitetsgaranti kan utformes og innføres i planperioden.

Regjeringen har opprettet et eget eldreboligprogram. Husbanken har ansvaret for gjennomføringen i tråd med gjennomføringsplanen. Husbanken har så langt levert på utrednings- og kartleggingsarbeid om egnede boliger for eldre. De jobber også aktivt med informasjonsarbeid knyttet til Husbankens låne- og tilskuddsordninger. Regjeringen vil bl.a. fornye lån til oppgradering fra Husbanken og legger frem tiltak for å gjøre eksisterende boliger bedre egnet for eldre. Det foreslås etablering av et nytt tilskudd til oppgradering av egen bolig. I 2025 har regjeringen etablert en eldreboligallianse, som bl.a. skal levere konkrete forslag til regjeringen for å få fart på boligbyggingen og å tilpasse eksisterende boliger bedre. Helsedirektoratets gjennomføringsplan for Bo trygt hjemme-reformen ses i sammenheng med Husbankens gjennomføringsplan for Eldreboligprogrammet.

KS og regjeringen ved Helse- og omsorgsdepartementet (koordinerende departement), Arbeids- og inkluderingsdepartementet, Kommunal- og distriktsdepartementet, Kultur- og likestillingsdepartementet, Kunnskapsdepartementet og Samferdselsdepartementet er gjennom utviklingsavtalen om videreutvikling av gode lokalsamfunn og bærekraftige velferdstjenester enige om å samarbeide om gjennomføring av Bo trygt hjemmereformen og å bidra til en samordnet innsats i møte med den demografiske utviklingen.

Helsedirektoratet utarbeider årlige statusrapporter for oppfølging av reformen, som bl.a. innebærer å innhente status og fremdrift fra berørte direktorater. Helsedirektoratet arbeider også med oppdrag knyttet til å utvikle kriterier og indikatorer som belyser måloppnåelse nasjonalt og som kan benyttes til å støtte og veilede kommunene i utviklingen av lokale måleparametere for å følge med på effekter og resultater av gjennomføringen lokalt. Reformen skal følge- og resultatevalueres, og etter planen vil det foreligge en underveisrapport i 2026.

Til særskilt oppfølging av reformen er det bevilget til sammen 23 mill. kroner i 2025. Bevilgningen foreslås videreført med 23,5 mill. kroner i 2026:

- 6,5 mill. kroner til Helsedirektoratet knyttet til det overordnede nasjonale gjennomføringsarbeidet og til følgeevaluering.
- 5,3 mill. kroner til Senteret for et aldersvennlig Norge for videreføring av arbeidet med Aldersvennlig Norge og Program for et aldersvennlig Norge 2030.
- 3,2 mill. kroner til Husbanken for oppfølging av Eldreboligprogrammet.
- 3,2 mill. kroner til KS sitt arbeid med å støtte kommunene i deres arbeid.
- 5,3 mill. kroner til statsforvalternes rolle med å støtte kommunene i deres arbeid og regional samordning.

Det vises videre til omtale av midler til Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester på post 60. Utover dette dekkes oppfølgingen av reformen innenfor hvert departement og deres underliggende etater innenfor den til enhver tid gjeldende budsjettramme. Videre er det inngått en ny intensjonsavtale om gjennomføring av Bo trygt hjemme-reformen mellom Helsedirektoratet og Norges Frivilligsentraler, jf. kap. 760, post 70.

Statsforvalterne

Statsforvaltere skal i sitt oppfølgingsarbeid med de kommunale helse- og omsorgstjenestene bidra til å samordne statlige initiativ overfor kommunene. Regjeringen har som mål at innbyggerne skal få god hjelp så tidlig som mulig, på riktig nivå og med best mulig bruk av ressurser. Tidlig involvering og kvalitet i den første kontakten med tjenestene er avgjørende for å sikre gode prosesser og redusere behovet for klagesaker. Statsforvalteren har en viktig rolle i å støtte kommunene i dette arbeidet, blant annet gjennom å bidra til styrket saksbehandlingskompetanse og gode prosesser.

Statsforvalteren er i hovedsak finansiert gjennom driftsbevilgningen over Digitaliserings- og forvaltningsdepartementets budsjett, jf. omtale på kap. 1520, post 01. Denne bevilgningen foreslås styrket med 40,5 mill. kroner i 2026 knyttet til økt saksmengde på helse- og omsorgsfeltet og innføring av ny meldeordning for alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenesten, som vil tre i kraft 1. juli 2026. I tillegg til dette foreslås det å bevilge

41,2 mill. kroner over denne posten til statsforvalternes oppfølgingsarbeid med de kommunale helse- og omsorgstjenestene, fordelt på formålene oppfølging av og styrket veiledningskapasitet til kommuner og en regional koordinatorrolle for kommunenes strategiske kompetanseutvikling.

Oppfølging av kommuner

Bevilgningen dekker i hovedsak utgifter til tiltak til statsforvalternes oppfølging av saker knyttet til de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Statsforvalter skal i sitt oppfølgingsarbeid bidra til å samordne statlige initiativ overfor kommunene på helse – og omsorgsfeltet. Fra og med 2024 er innsatsen særlig rette mot oppfølging av Meld. St. 24 (2022–2023) *Fellesskap og meistring – Bu trygt heime* og Statsforvalterne skal veilede kommuner som ikke har lagt planer for å møte fremtidens bo- og tjenestetilbud. Statsforvalterne har utviklingsoppgaver knyttet til langsiktig planlegging og investeringer både i bygningsmasse, teknologi og personell, med søkelys på ledelse og kompetanseutvikling. Videre har statsforvalterne ansvaret for forvaltning av tilskudd, inkludert det kommunale kompetanse- og tjenesteutviklingstilskuddet. Utgifter til faglige kurs og konferanser, som statsforvalterne dekker på regionalt nivå i helse- og omsorgssektoren, dekkes også over bevilgningen. Det ble disponert 28,2 mill. kroner til formålet i 2025. Bevilgningen foreslås videreført med 28,5 mill. kroner i 2026.

Statsforvalternes koordinatorrolle

Det vises videre til Statsforvalters regionale koordinatorrolle for å gi støtte og veiledning til kommuner i deres arbeid med strategisk kompetanseutvikling. Strategisk kompetanseutvikling er særlig viktig for å fremme bærekraftig ressursbruk og oppgavedeling i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Det regionale oppdraget har bidratt til tettere dialog mellom statsforvalterne og kommunene. Statsforvalterne er også sentrale i tilskuddsforvaltningen av sentrale personell- og kompetansetiltak, herunder kompetanse- og tjenesteutviklingstilskuddet. Det ble bevilget 12,5 mill. kroner til regional koordinatorrolle i 2025. Bevilgningen foreslås videreført med 12,7 mill. kroner i 2026.

Kompetanseløft 2025

Kompetanseløft 2025 er en plan for rekruttering, kompetanse og fagutvikling i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten. Målet er å bidra til en faglig sterk tjeneste, og til å sikre at tjenestene har tilstrekkelig og kompetent bemanning.

Regjeringens opptrappingsplan for heltid og god bemanning i omsorgstjenesten følges opp gjennom Kompetanseløft 2025. Denne planen har et særskilt fokus på omsorgsdelen av de kommunale tjenestene.

Det ble bevilget 4,4 mill. kroner til administrasjon og anskaffelser i forbindelse med Kompetanseløft 2025 i 2025, hvorav 2,5 mill. kroner til evaluering. Planen foreslås videreført inntil ny helsepersonellplan foreligger i 2026. Bevilgningen foreslås videreført med 4,5 mill. kroner i 2026.

Pårørende

Pårørendestrategien og handlingsplanen går ut i 2025. Ved utgangen av strategiperioden er tiltakene i strategien gjennomført, men det gjenstår viktig implementeringsarbeid. Etter Pårørendestrategiens utløp vil regjeringen iverksette ulike tiltak med formål å imøtekomme pårørendes behov for informasjon og veiledning, og bedre samarbeid mellom pårørende og tjenestene. I tillegg vil regjeringen integrere pårørendeperspektivet i alle planer og strategier i helse- og omsorgspolitikken, og etablere en systematisk dialog med pårørende- og brukerorganisasjonene for å bidra til å inkludere og hensynta pårørende i tjenesteutviklingen. Å avlaste pårørende er viktig for at den enkelte pårørende kan ivareta egen livskvalitet, være en ressurs både for sine nære og tjenestene, i tillegg til at det kan gi en samfunnsøkonomisk gevinst. I tillegg vil pårørendeperspektivet og -rollen inkluderes i arbeidet med regjeringens nye helsepersonellplan.

Økning i ulike tilskuddsposter til blant annet eldre og innen psykisk helse tar også hensyn til behovet for å avlaste pårørende.

Det foreslås å videreføre bevilgningen til oppfølgingen av tiltakene for pårørende med 0,8 mill. kroner i 2026.

Demensplan 2025

Som en del av Demensplan 2025 er det gitt tilskudd til fagutvikling og kompetansehevende tiltak. Målet for tilskuddet er å bidra til systematisk oppfølging av personer med demens gjennom å implementere gode forløp i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Tilskuddet har bidratt til at det er satt i gang viktig forbedringsarbeid i store deler av landet, med stor betydning for kvaliteten på oppfølgingen som

gis til personer med demens og deres pårørende. Nasjonal faglig retningslinje om demens og Veiviser demens er i perioden utviklet for å danne grunnlag for kommunenes systematiske oppfølging. Nasjonalt senter for aldring og helse har gjennomført pårørendetiltak. Målet er å gi kunnskap om demens og tilby støtte og veiledning til pårørende til personer med demens. Gjennom tilskudd til pårørendeskoler og samtalegrupper til pårørende til personer med demens har det fra 2021 til 1. termin 2024 vært gitt til sammen 1 172 tilbud, fordelt over om lag 80 pst. av landets kommuner. I 2024 var totalt antall pårørendeskoler og samtalegrupper 24, ett av disse var et landsdekkende tilbud for pårørende til yngre personer med demens.

Informasjonskampanjen om demens som startet opp i 2023, ble videreført med to runder i 2024. Tiltak har rettet seg mot befolkningen, leger, samt annet helsepersonell og kommuner. Tiltakene omfattet bl.a. visning av reklamefilm på TV og annonsering i digitale og trykte aviser og i sosiale medier med mer. Budskapet rettet mot befolkningen var «kontakt fastlegen ved mistanke om demens» og «en diagnose er ofte inngangsporten til tilrettelagt hjelp og tjenester som kan gi et bedre forløp og lette byrden». Budskapet rettet mot leger var primært «hvorfor diagnostisere demens?» og «hvordan gjennomføre en demensutredning?». Budskapet rettet mot annet helsepersonell og kommuner var «planlegg for flere med demens» og «gi oppfølging etter diagnose». Helsedirektoratet fortsetter arbeidet med å utvikle og spre informasjon om demens.

Demensforbundet, i Nasjonalforeningen for folkehelsen, har i 2025 mottatt 1 mill. kroner i tilskudd til lokalt informasjons- og veiledningsarbeid, samt 1 mill. kroner til arbeidet med kampanjen demensvennlig samfunn. Midlene til Nasjonalforeningen for folkehelsen inngår i Demensplan 2025 og foreslås videreført i 2026 som en del av samlet bevilgning.

Tilgangen på rett kompetanse og tilstrekkelig bemanning i demensomsorgen er en sentral utfordring. Målet med opplæringene Demensomsorgens ABC og Eldreomsorgens ABC er at ansatte i den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal få oppdatert fagkunnskap og muligheter for faglig refleksjon. Gjennom ABC-modellene tilbys gratis studiemateriell til kommunene beregnet på bedriftsintern tverrfaglig opplæring i studiegrupper. Rapportering fra Helsedirektoratet viser at det i 2024 ble gjennomført 155 fagseminar med til sammen 5002 deltakere for de to permene på Demensomsorgens ABC. I tillegg ble det gjennomført 25 fagseminar med totalt 814 deltakere for den nylig reviderte og frittstående permen Psykiske lidelser hos eldre, som ble ny-lansert i 2024. Permen kan gjennomføres både som en del av Demensomsorgens ABC og Eldreomsorgens ABC. I 2024 var det totalt 3 535 deltakere som startet på opplæring. Tiltaket foreslås videreført i 2026.

Helsedirektoratet har oppsummert erfaringer og resultater av Demensplan 2025, og mener at dagens demensplan har god måloppnåelse. Det fremheves likevel at det fortsatt er store utfordringer som trolig vil øke i omfang.

Regjeringen har derfor besluttet at dagens demensplan skal følges opp med en ny demensplan – Demensplan 2030. Det tas sikte på fremleggelse første halvår i 2026. Demensplan 2025 gjelder inntil den nye planen foreligger.

I 2025 ble det bevilget om lag 45,8 mill. kroner til oppfølging av Demensplan 2025. Bevilgningen foreslås videreført med 46,6 mill. kroner til tiltak for pårørende, kompetanseheving og fagutvikling, bl.a. Demensomsorgens ABC og Eldreomsorgens ABC og til ulike informasjons- og utviklingstiltak både for brukere, pårørende og ansatte.

Ledelse og planlegging

God ledelse og langsiktig planlegging er sentrale forutsetninger for at pasienter og brukere skal få gode helse- og omsorgstjenester og for å sikre kvalitet i tjenestene og en effektiv ressursutnyttelse. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring legger tydelige rammer for utøvelse av ledelse i tjenestene. Det er i dag lav ledertetthet og ikke tilstrekkelig ledelseskompetanse i tjenestene.

Styrking av ledelseskompetanse

Det er sentralt med tilstrekkelig lederkompetanse i kommunale helse- og omsorgstjenester. Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten ved Handelshøyskolen BI har som mål å nå ledere fra ulike profesjoner for å bidra til mer læring, bedre kommunikasjon og økt tverrfaglighet på tvers i helsesektoren. Målgruppen for utdanningen er hovedsakelig ledere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten. Det er gode søkertall til studiet og høy tilfredshet blant deltakerne. Det tas sikte på å tilby plasser på Nasjonal lederutdanning til kandidater fra spesialisthelsetjenesten. Dette skal ikke gå på bekostning av plasser til kommunale helse- og omsorgstjenester, men være plasser som spesialisthelsetjenesten selv finansierer.

Ledelse i og av allmennlegetjenesten i kommunen er viktig, både for å utvikle godt fungerende

praksiser, og for kvalitet i tjenestene som ytes. For å tilrettelegge for at flere leger skal kunne gjennomføre lederutdanning, er det utviklet en kortere utdanning ved Handelshøyskolen BI for leger på oppdrag for Helse- og omsorgsdepartementet.

På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet er det også gjennomført i 2025 en pilot ved Handelshøyskolen BI for kortere lederutdanning for kommunal helse- og omsorgstjeneste. Det har vært stor interesse for utdanningen fra tjenestene.

For å bidra til økt kompetanse i ledergrupper på tvers av sektorer og tjenester knyttet til oppvekstfeltet i kommunen tas det sikte på å etablere en tverrsektoriell lederutdanning for ledere i oppvekstsektoren i samarbeid mellom Helsedirektoratet, Utdanningsdirektoratet og Barne- og familiedirektoratet. Målet med tiltaket er å øke kompetansen og gjøre ledere bedre i stand til å lede tverrsektorielt, slik at barn og familier møter et godt samordnet tjenestetilbud. Ledere på tvers av sektorer og tjenester skal få en fellesforståelse av utfordringer og se felles muligheter for utvikling av samarbeid, og som bidrar til å tilrettelegge for bedre samordning og helhetlig tjenestetilbud for målgruppen.

Tiltakene inngår i Kompetanseløft 2025, opptrappingsplan for heltid og god bemanning i omsorgstjenesten, Meld. St. 9 (2023–2024) *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027 – Vår felles helsetjeneste* og Meld. St. 23 (2024–2025) *Fornye, forsterke, forbedre – Framtidens allmennlegetjenester og akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus*.

I 2025 ble det bevilget til sammen 33,9 mill. kroner til Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten, til en kortere lederutdanning for leger i kommunale helse- og omsorgstjenester og lederutdanning for ledere i kommunale helse- og omsorgstjenester. Det foreslås bevilget 34,6 mill. kroner til lederutdanninger i 2026.

Oppfølging av Meld. St. 28 Tro på fremtida – uansett bakgrunn

Regjeringen la i 2025 frem meldingen Meld. St. 28 (2024–2025) *Tro på fremtida – uansett bakgrunn*. Helsedirektoratet er sentral i oppfølging av en rekke tiltak i meldingen. Det foreslås 5 mill. kroner til oppfølging av tiltak i meldingen.

Tilleggsmodul til opplæringsprogram for politikere om samfunnsplanlegging i Møre og Romsdal

Formålet med ordningen er å bidra til at planlegging av helse- og omsorgssektoren forankres hos de folkevalgte og i administrasjonen og inngår i kommunenes helhetlige planlegging. Statsforvalteren i Møre og Romsdal, Møre og Romsdal fylkeskommune og Distriktssenteret utvikler og utvider sitt pågående opplæringsprogram for politikere om samfunnsplanlegging Opplæring i plan for politikere, med en tilleggsmodul for helse- og omsorgstjenestene. Prosjektet startet opp i 2024 og vil etter planen avsluttes i 2028. Målet er å bevisstgjøre de folkevalgte om deres rolle som samfunnsutvikler og øke kunnskapen om strategisk planlegging. Kommunedirektørene og kommunalsjefene skal også delta. Arbeidet med helsemodulen er godt i gang og det er gjennomført politisk arbeidsverksted med helseplanlegging på agendaen og felles samling for deltakende kommuner om verktøy, kommuneøkonomi, omstilling, innovasjon og forventninger fra innbyggere. Piloten skal følgeevalueres bl.a. for å finne ut hvordan planlegging i helse- og omsorgssektoren kan inngå i den helhetlige planleggingen. Tiltaket er en oppfølging av Nasjonal helse- og samhandlingsplan.

Det foreslås å videreføre 0,6 mill. kroner til formålet for 2026. Bevilgningen fordeles mellom Statsforvalter i Møre og Romsdal og Distriktssentret.

Brukerplan

Brukerplan er et verktøy som kommuner kan bruke for å kartlegge omfang og karakter av rusmiddelproblemer og psykiske helseproblemer blant brukere av kommunenes helse-, omsorgs- og velferdstjenester. Statistikken viser funksjonsnivå for personer med rus- og psykiske helseproblemer på sentrale levekårsområder som fysisk og psykisk helse, rusmiddelbruk, økonomi, nettverk, arbeid, aktivitet og bolig. Resultatene fra kartleggingen gir grunnlag for planlegging, kvalitetsutvikling og tiltak i kommunale tjenester.

Ansvaret for Brukerplan ligger til Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning ved Helse Vest (KORFOR), Helse Stavanger HF. Brukerplan inneholder taushetsbelagte helseopplysninger og andre personopplysninger som er innhentet fra kommunene. Innsamling av data har midlertidig vært stoppet og det foreligger derfor ikke tall fra Brukerplan for perioden 2021–2023, se omtale i Prop. 1 S (2024–2025) Helse- og omsorgsdepartementet. Avvik knyttet til innsamling og bruk av personopplysninger i Brukerplan er nå rettet og ny forskrift om Brukerplan trådte i kraft i januar 2024. Forskriften gir rettslige grunnlag for å innhente og avlevere opplysninger fra virksomheter utenfor den kommunale helse- og

omsorgstjenesten, dvs. barneverntjenesten og Nav.

Kartleggingen ble gjenopptatt i 2024 med deltagelse fra i alt 64 kommuner. Totalt antall kartlagte brukere utgjorde 9 466 personer. Det er inngått avtale med flere store kommuner/byer om deltagelse i kartleggingen i 2025. Det er en målsetning å utvide undersøkelsen slik at den også kan være kilde til styringsinformasjon om behov og tjenestetilbud for brukergruppene på nasjonalt nivå.

Det ble bevilget 3,9 mill. kroner i 2025. Bevilgningen foreslås videreført med 4 mill. kroner i 2026.

Avtalen om Sevs og Samplan

Helse- og omsorgsdepartementet deltar sammen med KS og flere departementer i et samarbeid om bedre kompetanse innen planlegging og samfunnsutvikling, Sekretariat for etter- og videreutdanning (Sevs). Sevs gjennomfører bl.a. utdanningsprogrammet i samfunnsplanlegging, Samplan, og den årlige Kommuneplankonferansen. Samplan hadde for studieåret 2023/2024 40 deltakere som fullførte kurset og 36 nye deltakere startet opp for studieåret 2024/2025. Sevs bidrar til økt planleggingskompetanse i både den kommunale helse- og omsorgstjenesten og kommunenes folkehelsearbeid.

Bevilgningen foreslås videreført med 0,3 mill. kroner i 2026.

Forskning, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet

Kunnskap og kompetanse om systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, bidrar til gode og trygge tjenester. Kommunenes ansvar for helse- og omsorgstjenester innebærer plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten. Det er et kommunalt ansvar å sikre at helse- og omsorgstjenestene som ytes er forsvarlige og at den enkelte mottar et verdig tjenestetilbud.

Det er behov for å styrke satsingen på det systematiske arbeidet med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, særlig når det gjelder tjenester til eldre. Det er videre behov for systematisk kunnskapsstøtte til kommunene og mer forskning i, på og om kommunale helse- og omsorgstjenester, inkludert forskningsinfrastruktur.

Regjeringen har styrket det nasjonale arbeidet for pasientsikkerhet og kvalitet for å redusere og forebygge omfanget av pasientskader, både i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og på sykehus blant annet gjennom Nasjonal helse- og samhandlingsplan, nasjonalt rammeverk for pasient- og brukersikkerhet, gjennom Helsedirektoratets arbeid med å utvikle et dashbord for kvalitet i tjenestene (Eldrebarometer) som skal komme alle innbyggere, tjenesten og sentrale myndigheter til gode for å forbedre tjenestene, samt styrking av Statsforvalterens oppfølgingsarbeid med de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Regjeringen oppnevnte i august 2025 Helsereformutvalget, som skal utrede og foreslå modeller for å sikre en sammenhengende og bærekraftig offentlig helse- og omsorgstjeneste.

Det nasjonale rammeverket for bedre pasient- og brukersikkerhet presenterer regjeringens føringer og forventninger til tjeneste og forvaltning. Se omtale under del I, kap.1, særskilte satsingsområder 2026 på kap. 732 og kap. 740. Det vises til kap. 760, post 71 for nærmere omtale av Kommunenes strategiske forskningsorgan.

Utvikling av et kunnskapsstøttesystem for kommunale helse- og omsorgstjenester

Formålet med kunnskapsstøttesystemet er å bistå kommunene med å få tilgang til, spre og implementere relevant kunnskap for å forbedre tjenesten, gjennom å lage kunnskapsoppsummeringer, mini-metodevurderinger, og støtte til å gjennomføre studier. Bevilgningen skal tildeles Folkehelseinstituttet.

Det ble bevilget 5,2 mill. kroner til utvikling av et kunnskapsstøttesystem for kommunale helse- og omsorgstjenester i 2025. Bevilgningen foreslås videreført med 5,3 mill. kroner i 2026. Forslaget må ses i sammenheng med forslaget om å bevilge midler til etableringen av Kommunenes strategiske forskningsorgan. Det vises til omtale på post 71.

Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid – IS 24/8

IS-24/8 er en årlig kartlegging i kommunene som gjennomføres av SINTEF på oppdrag for Helsedirektoratet. Formålet med IS-24/8 er å fremskaffe økt kunnskap om status og utvikling for tjenester og tilbud i kommunene til personer med rusmiddelproblemer og/eller psykiske helseproblemer. Statistikken dekker eksempelvis spørsmål om kommunenes årsverksinnsats, kompetanse, tjenesteorganisering, samarbeid og andre spørsmål som er relevant for å gi kunnskap om kommunalt psykisk helse- og rusarbeid. I 2024 har 94 pst. av

alle kommuner/bydeler rapportert på årsverksinnsatsen, og 92 pst. av kommunene/bydelene har fylt ut hele skjemaet.

For at årsverksinndelingen skal være bedre tilpasset dagens tjenestetilbud i kommunene og forventningene til hvordan tjenestene skal utvikles fremover, er det gjort flere endringer i rapporteringsskjemaet i 2024, både knyttet til utdanningsgrupper og tjenestekategorier. I 2024 er det rapportert inn 16 236 årsverk totalt innen psykisk helse- og rusarbeid, der 78 pst. (12 607 årsverk) går til tjenester til voksne og 22 pst. (3 629 årsverk) til tjenester for barn og unge. Endringene i kartleggingsskjemaet gjør at man må være varsom med å sammenligne årsverksinnsatsen fra 2023 til 2024, men det anslås en marginal økning på 0,7 pst. totalt fra 2023 til 2024.

Det ble bevilget 3,2 mill. kroner knyttet til utarbeidelsen av IS 24/8 i 2025. Bevilgningen foreslås videreført med 3,3 mill. kroner i 2026.

Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR)

Formålet med Kommunalt pasient- og brukerregister er å gi grunnlag for planlegging, styring, finansiering og evaluering av kommunale helse- og omsorgstjenester. KPR er under utvikling med nye datakilder og hyppigere oppdatering av data. Prioriterte områder er allmennlegetjenesten, helsestasjons- og skolehelsetjenesten, omsorgstjenester og offentlig og privat tannhelsetjeneste. Rapportering fra helsestasjons- og skolehelsetjenesten planlegges høsten 2025, deretter data fra helse og omsorg og offentlige og private tannlegetjenester i løpet av 2026.

KPR har etablert et samarbeid med KS om å benytte eksisterende løsning for tilgangsstyring, slik at kommuneoverleger og andre kommunalt ansatte får tilgang til detaljert statistikk om egen kommune. Formålet er å gi enklere tilgang til opplysninger om innholdet i tjenestene og informasjon som er nødvendige for å ivareta lovpålagte oppgaver innen helsefremmende og forebyggende arbeid i kommunene. Folkehelseinstituttet jobber med en plan for å tilby data til kommunene på ulike måter. Data om psykisk helse og rus er viktig for bedre kunnskap om dette fagfeltet i kommunal sektor. Grunnlaget for innsamling av disse dataene legges gjennom etablering av ny plattform i registrene for KPR. Det er nødvendig med tett samarbeid med sektoren for å få etablert strukturerte data fra journaler.

Det ble bevilget 28 mill. kroner til å videreutvikle KPR i 2025. Bevilgningen foreslås videreført med 28,5 mill. kroner i 2026.

Det vises også til omtale under kap. 745 Nasjonale helseregister.

Pasient-, bruker og pårørendeundersøkelser

Helsedirektoratet fikk fra 2024 det nasjonale ansvaret for å gjennomføre bruker-, pasient- og pårørendeundersøkelser. Pasient-, bruker og pårørendeundersøkelser gir viktig informasjon både til tjenesteyter og til myndigheter om både kvaliteten på tjenesten som ytes og hvordan den oppleves. Direktoratet utarbeidet i 2024 en plan for gjennomføring av undersøkelser i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i spesialisthelsetjenesten til Helse- og omsorgsdepartementet. Leveranser i henhold til denne planen pågår i 2025 og vil fortsette i 2026.

Helsedirektoratet gjennomførte i 2025 undersøkelser om kvinner gjennom svangerskap, fødsel og barseltid. Formålet er bl.a. å få bedre kunnskap om kontinuitet i tjenestetilbudet og kunne følge med på om tilbudet blir bedre.

Det har vært gjennomført årlige pårørendeundersøkelser som ledd i oppfølgingen av Pårørendestrategien. Pårørendeundersøkelsen for 2024 bestod av to deler. Den ene delen hadde som formål å innhente tilbakemeldinger og synspunkter fra pårørende på temasidene for pårørende på Helsenorge. Den andre delen av undersøkelsen hadde som formål å fremskaffe innsikt i hvordan pårørende og tjenesteyterne i kommunal helse- og omsorgstjeneste vurderer pårørendeavtale som verktøy for bedre samarbeid og samhandling. Pårørendeperspektivet og pårørendeundersøkelser videreføres i Helsedirektoratets systematiske og regelmessige arbeid med pasient-, bruker- og pårørendeundersøkelser i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det vil styrke pårørendeperspektivet i fremtidige undersøkelser. Pasient- bruker og pårørendeperspektivet er en nødvendig del av kunnskapsgrunnlaget for å vurdere kvaliteten i helse- og omsorgtjenestene. Denne innsikten er også sentral i utviklingen av Eldrebarometeret, som skal gi et helhetlig bilde av kvaliteten i tjenestene til eldre (kap. 760, post 21). Det foreslås en samlet bevilging til pasient-, bruker- og pårørendeundersøkelser i kommunale helse- og omsorgstjenester på 8,2 mill. kroner i 2026.

For å bidra til at resultater fra undersøkelsene blir benyttet til forbedring av tjenestetilbudet og kommer til nytte i helse- og omsorgstjenesten skal direktoratet i samarbeid med Folkehelseinstituttet utrede modeller for systematisk oppfølging av pasient-, bruker- og pårørendeundersøkelser.

Pasient-, bruker- og pårørendemedvirkning er et viktig virkemiddel i dette arbeidet.

Folkehelseinstituttet gjennomførte i perioden 2023–2024 en forskningsbasert baselinemåling om pasienterfaringer med fastlegen og fastlegekontoret med resultater for alle kommuner, fylker og nasjonalt. Resultater fra undersøkelsen ble publisert i 2025. Instituttet gjennomfører et forsknings- og utviklingsprosjekt med formål om å videreutvikle, gjennomføre og validere første oppfølgingsmåling. Videreutviklingen handler bl.a. om å utvide spørreskjemaet og utvalgsstørrelsen slik at oppfølgingsmålingene omfatter bredere indikatorer om pasientrapportert helse, livskvalitet, helsekompetanse og tillit, samt er stor nok til å gi grunnlag for resultater på kommunenivå for gruppen av personer med kroniske tilstander. Dette er i tråd med OECDs konseptuelle rammeverk for PaRIS-undersøkelsen.

OECD tok i 2017 initiativ til en omfattende undersøkelse om pasientrapporterte indikatorer kalt PaRIS, som handler om hvordan primærhelsetjenesten fungerer for personer med kroniske lidelser. Målet var å fremskaffe robuste, internasjonalt sammenlignbare pasientrapporterte indikatorer om brukererfaringer, helse og helserelatert livskvalitet, som basis for en pasient og brukerorientert helse- og omsorgstjeneste med høy kvalitet. Folkehelseinstituttet er nasjonal prosjektleder i Norge. Den første PaRIS-undersøkelsen ble gjennomført i 19 land i 2023 av OECD. Undersøkelsen viste at personer med kroniske tilstander i Norge rapporterer gode erfaringer og resultater sammenlignet med snittet av andre land. Norge skåret signifikant bedre enn OECD-snittet på tre av 10 indikatorer. Resten av indikatorene skåret Norge gjennomsnittlig på. OECD pekte på koordinering av tjenester og egenmestring som de største forbedringsområdene i Norge. Folkehelseinstituttet arbeider med nasjonale analyser og forskning på dataene fra første måling. Instituttet utvikler nasjonale og internasjonale forskningsprosjekter med basis i PaRIS-prosjektet. Internasjonale sammenligninger av hvordan helsesystemer presterer er komplisert og variasjon mellom land kan skyldes en rekke forhold, både metodiske og kulturelle forhold, i tillegg til ulike forventninger og faktiske forskjeller. Folkehelseinstituttet vil fremover studere årsaksforholdene nærmere, arbeide for å finne ut hvilke tiltak som kan gi bedre resultater, samt bidra til at denne type data benyttes i lokalt og nasjonalt forbedringsarbeid. OECD planlegger regelmessige PaRIS-undersøkelser i årene fremover.

Kompetansesenter rus – Midt-Norge (KORUS Midt) kartlegger hvordan personer med rusmiddelproblemer opplever de kommunale tjenestene de mottar i et representativt antall kommuner. Undersøkelsen gjennomføres igjen i 2025. Den siste undersøkelsen viser at de fleste brukerne er fornøyde med kommunens tjenester, særlig når det gjelder tilgjengelighet og hjelp ved behov. Det er imidlertid behov for bedre brukermedvirkning, mer involvering av pårørende og økt støtte til psykisk og fysisk helse, arbeid, bolig og økonomi. Andelen brukere med individuell plan er fortsatt lav. Det videreføres 1 mill. kroner til formålet.

Lindrende behandling og omsorg ved livets slutt – videreutdanning i palliasjon til barn og unge

Formålet med bevilgningen er å styrke kunnskap, kompetanse og kvalitet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, innenfor området lindrende behandling og omsorg ved livet slutt. I 2025 ble det i saldert budsjett bevilget 5,5 mill. kroner. Bevilgningen foreslås videreført med 5,7 mill. kroner i 2026, fordelt på følgende måte:

- 2,8 mill. kroner til oppfølging og implementering av tiltak fra Meld. St. 24 (2019–2020) *Lindrende behandling og omsorg*. I 2024 gjelder oppfølgingen bl.a. tiltak for å styrke åpenheten rundt døden, øke tilbudet om forhåndssamtaler, planlegging og behandlingsavklaring, tidlig palliasjon til pasienter med alvorlig sykdom og eldre med stor grad av skrøpelighet samt å tilrettelegge for mer hjemmetid og for hjemmedød.
- 2,9 mill. kroner til videreutdanning i barnepalliasjon ved OsloMet. Studiets mål er å kvalifisere helsepersonell til å være sentrale ressurspersoner i barnepalliative team i landets barneavdelinger, i kommunehelsetjenesten og til å bedre samhandlingen mellom spesialist- og kommunehelsetjenestene for barn og ungdom med behov for palliative tjenester og deres familier. I 2024 var det god tilsøking. Det ble tatt opp 34 studenter, som er fire flere enn det i utgangspunktet er plass til. Studiet er nå godt etablert, og evalueringer viser at kunnskapen studentene tilegner seg er relevant og nyttig for praksisfeltet.

Digital foreldrestøtte

Helsedirektoratet, i samarbeid med Norsk helsenett SF, har fått oppdrag om å legge til rette for bedre og kvalitetssikret foreldrestøtte til kommende og nye foreldre gjennom digitale tilbud til-

passet ulike situasjoner og faser i familiers liv. Arbeidet sees i sammenheng med digitalt helsekort for gravide. Det ble bevilget 5 mill. kroner til formålet i 2025. Bevilgningen foreslås videreført med 5,1 mill. kroner.

DigiUng og ung.no

Barn og unge trenger og etterspør kvalitetssikret informasjon, råd, veiledning og hjelp via digitale flater. De ønsker tjenester som er tilgjengelige her og nå, på deres premisser. Det er viktig å nå ut til barn og unge med både informasjon og tjenester – på tvers av sektorer. Ung.no skal være en brukervennlig inngangsport til kvalitetssikret informasjon og hjelpetjenester drevet av offentlige aktører på tvers av sektorer og tjenestenivåer. Barn og unge skal tilbys lett tilgjengelig kvalitetssikret informasjon, hjelp og veiledning som utvikler deres handlingskompetanse og gjør dem i stand til å ta gode valg og mestre eget liv.

Ung.no er statens primære kanal for digital informasjon, dialog og digitale tjenester til barn og unge på tvers av sektorer og tjenestenivå, gjennom realiseringen av DigiUng. DigiUng og ung.no er et samarbeid mellom Helse- og omsorgsdepartementet og Barne- og familiedepartementet i samarbeid med Kunnskapsdepartementet, Kultur- og likestillingsdepartementet, Arbeids- og inkluderingsdepartementet, Justis- og beredskapsdepartementet og Kommunal- og distriktsdepartementet. I 2024 ble DigiUng-samarbeidet etablert i en varig struktur både strategisk og operativt. Det tverrsektorielle samarbeidet har allerede gitt gevinster i form av at flere virksomheter når ut med informasjon til målgruppen, og nye tjenester har blitt tilgjengelige via ung.no. Samarbeidet gjennom den nye strukturen videreføres i 2026.

Arbeidet med å videreutvikle ung.no til én felles tverrsektoriell inngang til offentlige digitale informasjons-, veilednings- og hjelpetjenester for ungdom fortsetter. I 2025 har man begynt å arbeide med bl.a. integrasjoner og risikofaktorer knyttet til bruk av teknologi, for eksempel video og kunstig intelligens. Alle virksomheter i DigiUng-samarbeidet skal få tilgang til å lage kvalitetssikret innhold på ung.no innenfor egne fagområder. Dette arbeidet videreføres i 2026.

DigiUng og ung.no sees i sammenheng med livshendelsen Alvorlig sykt barn.

DigiUngs prosjektportefølje fremmer tverrsektoriell informasjonsdeling og samarbeid ved å tilby finansiering, kompetansedeling og erfaringsutveksling mellom etater fra ulike sektorer. I 2025 ble åtte av ni prosjekter videreført og tre nye ble inkludert. Porteføljen består av 11 prosjekter.

Det ble bevilget 58,9 mill. kroner i 2025. 14 mill. ble avsatt til drift av helsedelen av svartjenesten og helseinformasjon på ung.no og 8 mill. ble avsatt til felles finansiering av DigiUng og ung.no. Videre er 4 mill. avsatt til drift og forvaltning av digitale selvhjelpsverktøy for ungdom anskaffet av Helsedirektoratet. I løpet av 2025 vil de anskaffede selvhjelpsverktøyene bli evaluert. Det er fordelt 18 mill. til prosjektporteføljen i form av prosjektmidler som deltakende virksomheter kan søke på til bruk i innovasjonsprosjekter. I tillegg er det avsatt opptil 2 mill. som prosjektene kan få tilgang til etter gitte kriterier. Det er avsatt 1 mill. til tilskuddsordningen for hjelpetjenestene som inngår i chattenettverket. De resterende midlene er avsatt til drift av DigiUngdomspanel, kommunikasjonsaktiviteter for å fremme DigiUng på ulike konferanser og foredrag til interessenter og samarbeidspartnere. I tillegg dekker midlene lønnsutgifter til det tverrfaglige produktteamet i Helsedirektoratet som koordinerer og gjennomfører alle aktiviteter nevnt over, samt egeninitierte prosjekter.

Bevilgningen foreslås videreført i 2026 med 60 mill. kroner. Formålet med bevilgningen er å legge til rette for drift og utvikling av digitale tjenester for barn og unge.

Deler av bevilgningen kan tildeles organisasjoner som er med i DigiUng nettverket i form av tilskudd til samarbeid og felles teknisk utvikling. Størrelsen på beløpet som settes av til denne tilskuddsordningen avgjøres ut ifra behovet nettverket har og mulighetsrommet for teknisk utvikling i budsjettperioden.

Allmennlegetjenesten

Regjeringen la i april 2025 frem Meld. St. 23 (2024–2025) *Fornye, forsterke, forbedre – Fremtidens allmennlegetjeneste og akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus*. Stortingsmeldingen beskriver retningen for allmennlegetjenesten i årene fremover. Det vil i 2026 være nødvendig at Helsedirektoratet viderefører arbeidet med å utrede og implementere endringer i allmennlegetjenestene, inkludert nødvendig utviklingsarbeid for å gjennomføre eventuelle videre endringer av finansieringsmodell fra 2027. Det skal også utredes endringer i digitale løsninger, oppgavedeling og endringer i finansieringen av legevakt. Direktoratet skal videre legge til rette for rekruttering av allmennleger i hele landet samt veiledning til kommuner og fastlegekontorer i å utvikle tverr-

faglige fastlegekontorer. Helsedirektoratet skal også, sammen med Folkehelseinstituttet, legge til rette for evaluering av allmennlegetjenesten, herunder tiltakene i stortingsmeldingen.

Det ble i 2024 bevilget 12,6 mill. kroner til evaluering og til videre arbeid med tiltak som følger av Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020–2024 og til nye tiltak som del av regjeringens mål for å videreutvikle allmennlegetjenesten. Det ble i tillegg bevilget 20 mill. kroner til digitalt utviklingsarbeid og arbeid med prioritering i allmennlegetjenesten. Midlene ble brukt til Helsedirektoratets arbeid med allmennlegetjenesten; herunder utredning og utvikling av endringer i finansieringsordninger, følgeevaluering, videreutvikling av statistikk og kvalitetsindikatorer, arbeid med kompetanse og spesialiseringsløp, inkludert ALIS-tilskudd og prioriteringsarbeid.

Helsedirektoratet har i 2025 gjennomført utredningsarbeid i forbindelse med arbeidet med stortingsmeldingen og for øvrig et bredt utviklingsarbeid i allmennlegetjenesten.

Det ble bevilget 33,8 mill. kroner for å videreutvikle allmennlegetjenestene i 2025. Bevilgningen foreslås videreført med 34,4 mill. kroner i 2026.

Nettlege

I Meld. St. 23 (2024–2025) *Fornye, forsterke, forbedre* beskrev regjeringen en utprøving av kommunal nettlege for å gjøre de offentlige allmennlegetjenestene mer tidsriktige og tilgjengelige for befolkningen, gi innbyggerne et mer fleksibelt allmennlegetilbud i kommunene og bidra til å utjevne uønskede sosiale ulikheter i tilgang til tjenester.

Stortinget sluttet seg til utprøvingen, som startes i inntil 20 kommuner i 2025. Utprøvingen skal finansieres gjennom egenandeler fra pasientene, refusjoner fra folketrygden og tilskudd. Finansieringen er regulert gjennom en forsøksforskrift med hjemmel i folketrygdloven § 25-13 som tredde i kraft 23. juni 2025. Utprøvingen startet 1. juli 2025 og er foreløpig planlagt å vare ut 2026. Det ble bevilget 18 mill. kroner i saldert budsjett 2025. Videre ble bevilgningen styrket til samlet 50 mill. kroner til utprøving av kommunal nettlege i revidert budsjett 2025, jf. Innst. 540 S (2024–2025). Utprøvingen utvides i 2026, og det foreslås å videreføre 18,3 mill. kroner over kap. 760, post 21. I tillegg foreslås det 65 mill. kroner over kap. 760, post 60, slik at total bevilgning til utprøvingen for 2026 blir 83,3 mill. kroner.

Det vil bli aktuelt å ompostere midler til folketrygden, når utprøvingen har vart noen måneder, og departementet har mer oversikt over utgiftsfordelingen mellom de aktuelle postene. Helse- og omsorgsdepartementet vil komme tilbake til Stortinget med dette i de ordinære budsjettprosessene.

Habilitering og rehabilitering

Helsedirektoratet har i 2024 jobbet med å følge opp prioriterte tiltak på fagområdene, herunder tiltak om bedre statistikk og kunnskapsgrunnlag. Dette arbeidet er videreført i 2025. Arbeidet omfatter bl.a. utvikling av dashbord for habilitering og rehabilitering for den kommunale helse- og omsorgstjenesten hvor førstnevnte er lansert i 2025. Formålet med å utvikle statistikk og analyserapporter på fagområdene i spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten vil bl.a. være å legge til rette for tjenesteutvikling samt økt kunnskap om tjenestenes omfang, innhold og kvalitet.

Videre vil Helsedirektoratet i 2025 følge opp oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet om å lage nasjonale handlingsplaner for habilitering og rehabilitering. Arbeidet er i gang med bred involvering av relevante aktører som fagmiljøer, bruker- og interesseorganisasjoner.

Det ble bevilget 6,2 mill. kroner i 2025 til oppfølging av habilitering og rehabiliteringsformål. Det foreslås å styrke bevilgningen med 2 mill. kroner og det foreslås 8,3 mill. kroner til formålet i 2026.

Anmodningsvedtak

Ansvarsfordeling i rehabiliterings- og habiliteringstjenester

Vedtak nr. 1032, 12. juni 2025

> *«Stortinget ber regjeringen ikke foreta endringer i ansvarsfordeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten for rehabiliterings- og habiliteringstjenester frem til det er foretatt en helhetlig faglig gjennomgang av det samlede rehabiliterings- og habiliteringstilbudet.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med behandling av Dokument 8: 265 S (2024–2025) om å sikre pasienter likeverdig tilgang til rehabilitering, jf. Innst. 329 S (2024–2025). Regjeringen viser til at det i Meld. St. 9 (2024–2027) *Nasjonal helse- og samhandlingsplan* omtales oppgave- og ansvarfordeling innen rehabilitering, hvor det vises til at

regjeringen støtter vurderinger fra Helsedirektoratet om ansvarsfordelingen innen rehabilitering bør videreføres slik den står beskrevet i dagens veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator. Regjeringen viser også til at Helsedirektoratet jobber, på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet, med utarbeidelse av nasjonale handlingsplaner innen habilitering og rehabilitering. Anmodningsvedtaket må ses i sammenheng med oppfølging av anmodningsvedtak nr. 1033 og vedtaket anses som fulgt opp.

Gjennomgang av rehabiliterings- og habiliteringstilbudet

Vedtak nr. 1033, 12. juni 2025

> *«Stortinget ber regjeringen foreta en helhetlig faglig gjennomgang av det samlede rehabiliterings- og habiliteringstilbudet og legge frem en fremskriving av behovet for både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten frem mot 2040.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med behandling av Dokument 8: 265 S (2024–2025) om å sikre pasienter likeverdig tilgang til rehabilitering, jf. Innst. 329 S (2024–2025). Regjeringen viser til at Helsedirektoratet utarbeider nasjonal plan for rehabilitering. Regjeringen vil følge opp anmodningsvedtaket gjennom oppdrag til Helsedirektoratet. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Fallforebyggende arbeid

Helsedirektoratet formidler og videreutvikler elæringsprogrammet BASIS om fallforebyggende trening, bl.a. med ny modul til hjemmetjenesten. Siden oppstart i 2019 er det fullført over 7 000 BASIS-kurs. Det foreslås å videreføre bevilgningen til fallforebyggende arbeid med 1 mill. kroner i 2026.

Helse- og omsorgstjenester til innsatte og internerte

Direktoratet samarbeider med de regionale ressurssentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) og de regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål (KORUS) om faglig utviklingsarbeid og veiledning til tjenestene. Det er etablert nettverk for kommunale helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel, med regelmessige fysiske og digitale møter. Helsedirektoratet har også faste møter med Kriminalomsorgsdirektoratet og med bruker- og pårørendeorganisasjoner. Bevilgningen foreslås videreført med 0,7 mill. kroner i 2026. Se øvrig omtale under kap. 760, post 62.

Helse- og omsorgstjenester i et flerkulturelt samfunn

Regjeringen vil skape en sterk offentlig helsetjeneste som er tilgjengelig for alle. Det skal ytes likeverdige helse- og omsorgstjenester til hele befolkningen og tjenestetilbudet skal tilpasses den enkelte, slik at tilgangen til og kvaliteten på tjenestene blir like god uavhengig av brukernes norskkunnskaper, kulturelle tilhørighet, helsekompetanse og sosioøkonomiske bakgrunn. Erfaringer fra pandemien har tydeliggjort hvor viktig det er med tilpasset informasjon og formidling av informasjon i beredskapsarbeidet. Å nå ut til alle deler av befolkningen uavhengig av helsekompetanse, språkkompetanse og digitale ferdigheter er viktig.

Helseforvaltningen er avhengig av innspill og oppdatert kunnskap om innvandreres helse, behov for og bruk av helse- og omsorgstjenester. I 2025 vil den nasjonale folkehelseundersøkelsen også ha som formål å innhente kunnskap om innvandrerhelse. Det foreslås å videreføre 1,1 mill. kroner til forvaltning av Helsedirektoratets Fagråd for innvandrerhelse i 2026.

Seksuell helse

Det ble bevilget 14,5 mill. kroner til formålet på posten i 2025, hovedsakelig knyttet til kondomordningen. Økt bruk av kondom er sammen med målrettet testing og bedre smittesporing de viktigste tiltakene for å forebygge seksuelt overførbare infeksjoner. Helsedirektoratet administrerer en ordning for gratis kondomer. Utgiftene til ordningen har økt de siste årene bl.a. som følge av økt etterspørsel og stigende råvarepriser. Bevilgningen foreslås styrket med 4 mill. kroner til oppfølging av ny strategi for seksuell helse og Helsedirektoratets forvaltning av ordningen med gratis kondomer. Det foreslås 18,8 mill. kroner til seksuell helse i 2026.

Regjeringen har lagt frem ny strategi for seksuell helse *God seksuell helse – vårt felles ansvar* med formål om å fremme god seksuell helse og rettigheter i befolkningen. For å sikre en helhetlig og målrettet oppfølging av strategien, vil det jevnlig lanseres tiltakspakker som svarer på ny kunnskap og identifiserte behov innenfor de prioriterte innsatsområdene. I forbindelse med lansering av strategien ble følgende tiltak lansert:

Utarbeide kompetansepakke om seksuell helse

Seksualitetsopplæring inngår i temaet folkehelse og livsmestring, og skal gi elevene kompetanse for god helse og livsvalg. Utdanningsdirektoratet og Helsedirektoratet utvikler en nasjonal kompetansepakke som skal støtte skolens arbeid med temaet. Pakken skal bidra til refleksjon og dekke bredden i temaet, inkludert seksualitet, kjønn, grensesetting og relasjoner.

Pilotere medikamentell abort utenfor sykehus

Abortutvalget foreslo å utrede tilbud om medikamentell abort hjemme før uke 10. Dette kan føre til at flere gjennomfører abort tidligere i svangerskapet, følge WHO-retningslinjer og sikre et mer likeverdig tilbud. Helsedirektoratet skal utrede faglige, juridiske og økonomiske forhold, før regjeringen vurderer regelverk og rammer.

Pilotere målrettede tiltak mot utvalgte grupper for å gi bedre tilgjengelig prevensjon

Norge har god tilgang til prevensjon, særlig for unge. Enkelte grupper med innvandrerbakgrunn bruker prevensjon i mindre grad. Målrettede tiltak, som pilotprosjekter med gratis prevensjon i kommuner, skal vurderes.

Utrede hvordan god tilgang til forebyggende medikamentell behandling (PrEP) kan sikres uavhengig av bosted

PrEP gir god beskyttelse mot hiv og bør tilbys alle med behov. I dag kreves spesialist for resept, og tilbudet varierer. Helsedirektoratet vil få i oppdrag å utrede hvordan tilgang kan sikres uavhengig av bosted, inkludert ansvarsfordeling og samarbeid mellom tjenestenivåer.

Inkludere spørsmål om seksuell helse i Folkehelseundersøkelsen

Forskning på seksuell helse har fokusert på negative helseutfall. Positive sider ved seksualitet er mindre kartlagt. Spørsmål om seksuell helse skal inkluderes i Folkehelseundersøkelsen 2026 for bedre kunnskap om befolkningens vaner og helse.

Smittevern

Godt smittevern er avgjørende både for å beskytte enkeltpasienter mot infeksjoner og forhindre spredning av smittsomme sykdommer i samfunnet. Det reduserer sykdomsbyrden, bidrar til å opprettholde kapasiteten i helsevesenet og er en grunnleggende del av pasientsikkerhet og helseberedskap. Helsedirektoratet ivaretar en rekke myndighetsoppgaver innen smittevern og disponerer midler til støtte av aktuelle tiltak, implementering og opplærings- og opplysningsarbeid innen smittevern. Midlene har i 2024 vært brukt til bl.a. influensavaksinasjonskampanje for helsepersonell, støtte til smittevernkonferanser og opplæringstiltak i regi av statsforvaltere, veilednings- og støttearbeid rettet mot kommuner og tuberkulosekoordinatorer, forvaltning og faglig oppfølging av retningslinjer for antibiotikabruk i kommuner mv. Det foreslås å videreføre 1,8 mill. kroner til Helsedirektoratets arbeid med smittevern i 2026.

Nasjonal diabetesplan

I 2025 ble det bevilget 16,6 mill. kroner på posten til arbeid med diabetes. Deler av bevilgningen er å anse som tilskudd, og det foreslås å flytte 12,9 mill. kroner til kap. 760, post 70. Det foreslås å videreføre 4,3 mill. kroner på posten i 2026 til Helsedirektoratets arbeid. Formålet med begge bevilgningene er å følge opp Nasjonal diabetesplan (2025–2029). Nasjonal diabetesplan (2025–2029) har som mål å sørge for god forebygging, behandling og oppfølging av diabetes.

Tolkesatsing

Det er innført en rekke krav til offentlige organers bruk av tolk og krav til tolker. Det foreslås å videreføre 1,6 mill. kroner i 2026 til Helsedirektoratet for arbeid på området.

Leverandørutviklingsprogrammet LUP

LUP har som formål å gi praktisk støtte til kommuner, fylkeskommuner og statlige virksomheter slik at de kan gjennomføre flere lønnsomme innovative innkjøp som sikrer brukertilpassede tjenester, effektivisering av offentlig sektor og utvikling av det lokale og nasjonale leverandørmarkedet. KS, NHO, Norges forskningsråd og Innovasjon Norge står bak programmet. Programmet har fokus på strategisk forankring, felles anskaffelser, formidling og kompetansehevingsaktivitet. I 2024 ble det igangsatt 11 nye innovative anskaffelser relatert til helse, omsorg og velferd. I 2025 ble det bevilget 0,3 mill. kroner. Bevilgningen foreslås videreført i 2026.

Eldrebarometer – kunnskap om kvalitet i tjenestene til eldre

Sommeren 2025 ble første versjon av nettsiden eldrebarometer.no lansert. Eldrebarometeret skal gi et samlet bilde av kvaliteten i helse- og omsorgstjenestene til eldre, og bidra til åpenhet, tillit og kunnskapsbasert utvikling av tjenestene. Nettsiden skal være en viktig ressurs for kvalitetsforbedring, tjenesteutvikling og politikkutforming, både lokalt og nasjonalt.

Arbeidet med Eldrebarometeret innebærer en gjennomgang og videreutvikling av dagens kvalitetsindikatorer. Målet er å styrke styringsgrunnlaget for både kommunale og statlige myndigheter, og samtidig synliggjøre eventuelle behov for endringer i statlige virkemidler som skal fremme kvalitet og likeverd i eldreomsorgen.

Den første versjonen av eldrebarometeret skal videreutvikles for å gi et helhetlig bilde av kvaliteten i tjenestene. Dette inkluderer utvikling av nye nøkkeltall, særlig innen pasientopplevelser og pasientsikkerhet. Innsikt i opplevd kvalitet gjennom bruker- og pårørendeundersøkelser er en sentral del av dette arbeidet, og bidrar til å komplettere de kvantitative indikatorene med erfaringene til dem som mottar og står nær tjenestene.

Bevilgningen skal støtte Helsedirektoratets arbeid med å videreutvikle nettsiden og utvikle nye nøkkeltall, slik at eldrebarometer.no på sikt gir et helhetlig og nyansert bilde av alle dimensjonene av kvalitet i tjenestene til eldre. Utviklingen av Eldrebarometeret må ses i sammenheng med bevilgning til pasient-, bruker- og pårørendeundersøkelser, samt utvikling av kommunalt pasient- og brukerregister (kap. 760, post 21).

Det ble bevilget 5 mill. kroner til tiltaket i 2025. Bevilgningen foreslås videreført i 2026.

Opplæringsmateriell til helse- og omsorgspersonell som yter tjenester til personer med utviklingshemming

Nasjonalt senter for aldring og helse har på oppdrag fra Helsedirektoratet utviklet Mitt livs ABC – et kompetansehevende tiltak for ansatte som yter tjenester til personer med utviklingshemming. Målet er å bidra til bedre livskvalitet, bedre tjenester og bedre rettssikkerhet. Mitt livs ABC skal implementeres i landets kommuner i samarbeid med lokale fagmiljøer. Formålet med bevilgningen er å styrke fag- og tjenesteutvikling og kompetanseving hos personell som yter tjenester til personer med utviklingshemming. I 2024 ble det gjennomført 73 fagseminarer med totalt 1 822 deltakere. Ved utgangen av 2024 var det 1 418 som var aktive i opplæringen, fordelt på 106 kommuner. Det ble bevilget 6,7 mill. kroner i 2025 over post 71. Bevilgningen er å regne som spesielle driftsutgifter og foreslås flyttet fra post 71 til post 21 for mer korrekt budsjettering. Det foreslås å videreføre bevilgningen med 6,9 mill. kroner til tiltaket i 2026. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2025.

Post 60 Kompetanse, rekruttering og innovasjon

Det foreslås å flytte fire tilskuddsordninger til kap. 760, post 71:
- Tørn (72,8 mill. kroner).
- Helseinnovasjonssenteret i Kristiansund (12 mill. kroner).
- Kurspakke for ufaglærte (11 mill. kroner).
- Gruppeveiledning (10,3 mill. kroner).

Utover gjennomgående budsjettiltak omtalt i del I og generell pris- og lønnsjustering foreslås det i tillegg følgende endringer sammenlignet med saldert budsjett 2025:
- 87,5 mill. kroner til rekrutteringsprogram for unge utenfor arbeid og utdanning.
- 65 mill. kroner til nettlege.

Bevilgningen dekker tilskudd til kompetanseutvikling, rekruttering, innovasjon og omstilling i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Nettlege

I Meld. St. 23 (2024–2025) *Fornye, forsterke, forbedre* beskrev regjeringen en utprøving av kommunal nettlege for å gjøre de offentlige allmennlegetjenestene mer tidsriktige og tilgjengelige for befolkningen, gi innbyggerne et mer fleksibelt allmennlegetilbud i kommunene og bidra til å utjevne uønskede sosiale ulikheter i tilgang til tjenester.

Stortinget sluttet seg til utprøvingen, som startes i inntil 20 kommuner i 2025.

Det foreslås 65 mill. kroner over posten til utprøving av kommunal nettlege. I tillegg foreslås det 18,3 mill. kroner over kap. 760, post 21. Det vises til nærmere omtale av kommunal nettlege der.

Det vil bli aktuelt å ompostere midler til folketrygden når utprøvingen har vart noen måneder og departementet har mer oversikt over utgiftsfordelingen mellom de aktuelle postene. Helse- og omsorgsdepartementet vil komme tilbake til Stor-

tinget med dette i de ordinære budsjettprosessene.

Rekrutteringsprogram til helse- og omsorgssektoren

De kommunale helse- og omsorgstjenestene står overfor store personellutfordringer fremover, samtidig som et stort antall unge står utenfor arbeid og utdanning. I et samarbeid mellom Helse- og omsorgsdepartementet og Arbeids- og inkluderingsdepartementet etableres det fra 2026 et program for å rekruttere primært unge utenfor arbeid og utdanning til den kommunale helse- og omsorgssektoren.

Programmet har som formål å redusere utenforskap ved å inkludere unge til arbeid i en sektor som har stort behov for arbeidskraft fremover. Det vil også legges til rette for kompetanseutvikling av programdeltakerne som vil bidra til bedre pasientsikkerhet og kvalitet i tjenestene. På sikt kan programmet bidra til økt grunnbemanning, økt kompetanse i tjenesten, bedre motivasjon for å stå i jobb, mindre sykefravær, som samlet vil bidra til økt bærekraft i tjenesten.

Unge personer som trenger bistand til å komme i arbeid og som er motiverte for å prøve ut kommunal helse- og omsorgstjeneste kan delta i programmet. Dette gjøres i samarbeid med Nav som bistår med rekruttering, jobbmatching og oppfølging via en jobbspesialist. Den kommunale helse- og omsorgstjenesten bistår med arbeidsplass, arbeidspraksis og faglig opplæring og oppfølging. Midler skal brukes på å sikre personellressurser til opplæring, slik at dette ikke blir en ekstraoppgave utover øvrige oppgaver. Det skal legges til rette for at flest mulig deltakere går videre til fag- og yrkesopplæring med sikte på et fagbrev. Lengden på deltakelsen i programmet vil tilpasses til den enkelte deltakers behov og egnethet.

Programmet skal være frivillig for kommunene. Interesserte kommuner kan søke på en tilskuddsordning som forvaltes av Helsedirektoratet. Deltakelse vil forutsette at kommunen oppfyller visse forutsatte kriterier, som blant annet et reelt behov for å delta i programmet og tilstrekkelig kapasitet i tjenesten. Kommunene må også ha identifisert et behov for personell og mulig oppgavedeling som kan tilrettelegge for deltakernes programdeltagelse og etterfølgende reelle faste stillinger. Dette vil sikre langsiktige ansettelsesmuligheter for deltakerne. Det åpnes for at kommunene kan ansette pensjonister som kan bistå som faddere, der det er hensiktsmessig.

Det forutsettes videre et etablert samarbeid med blant annet Nav. Partnerskapsavtaler med sentrale aktører på ulike forvaltningsnivåer, som KS og partene, vil ligge til grunn for programmet. Dette innbefatter også lokale avtaler. En nasjonal intensjonsavtale om rekruttering gjennom inkludering til kommunale helse- og omsorgstjenester mellom Staten ved Arbeids- og inkluderingsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet, Kommunal- og distriktsdepartementet, KS og arbeidstakerorganisasjonene for perioden 2025–2030 ble inngått i 2025.

Tilskuddsmidlene skal gi kommunene et insentiv til å delta og bidra til å understøtte kommunene i deres deltakelse i programmet. Det skal inkludere støtte til oppstart, lederressurser og faglig oppfølging av deltakerne på arbeidsplassen gjennom faddere, mentorer mv. Det skal også omfatte nødvendig opplæring av deltakerne.

Programmet omfatter også virkemidler under Nav, slik som jobbspesialister som skal følge opp deltakerne både ved vurdering av deltakelse underveis for å sikre grunnlag for langsiktig tilknytning til arbeidslivet og eventuell aktuell videre fast ansettelse.

Programmet finansieres i 2026 med 38 mill. kroner på Arbeids- og inkluderingsdepartementets budsjett og 87,5 mill. kroner på Helse- og omsorgsdepartementets budsjett. Nærmere avklaringer og innretning på programmet vil bli klart i løpet av høsten 2025.

Kompetanse- og tjenesteutviklingstilskuddet

Kompetanse- og tjenesteutviklingstilskuddet har som formål å bidra til å redusere personellmangelen i helse- og omsorgstjenesten, gjennom å styrke kommunenes evne og mulighet til å utvikle bærekraftige og gode omsorgstjenester. Hovedsakelig handler dette om å øke tilgangen på relevant fagutdannet personell gjennom prioritering av grunn- og videreutdanning av ansatte i og å organisere tjenestene, oppgavene og ansvaret i tjenestene på en måte som sikrer best mulig utnyttelse av tilgjengelig personell. Tilskuddet bidrar vesentlig til kommunenes mulighet til å øke kompetansen hos sine ansatte, og det er kompetansedelen av tilskuddet som har høyest antall søkere.

Ansvaret for ordningen er delegert til statsforvalteren, som også arbeider med rådgivning og veiledning av kommuner for å oppnå kompetanseutvikling og tjenesteutvikling i omsorgstjenestene.

I 2024 gikk vel to tredeler av midlene til kompetansetiltak og BPA-opplæring (254 mill. kro-

ner), mens litt under en tredel (105,4 mill. kroner) gikk til tjenesteutvikling.

Om lag 11 217 ansatte i omsorgstjenestene var i gang med eller fullførte en grunn-, videre-, eller etterutdanning i 2024 med midler fra kompetanse- og tjenesteutviklingstilskuddet. Av disse fullførte 1 239 en videregående utdanning, mens 729 fullførte en fagskoleutdanning. 517 fullførte en bachelorutdanning og 2 029 en masterutdanning eller videreutdanning etter bachelor. Innenfor psykisk helsearbeid og rusarbeid var 1 160 ansatte i gang med et kompetansehevende tiltak i 2024. Totalt fullførte 6 956 ansatte kurs, internopplæring eller annen type etterutdanning i 2024.

I tillegg til å støtte opp om grunn- og videreutdanning, herunder praksisplasser, kan det også gis tilskudd til BPA-opplæring og statlig ABC-opplæring.

Tjenesteutviklingstilskuddet går til prosjekt med vekt på tema som oppgavedeling, nye arbeidsformer og måter å organisere tjenesten på, velferdsteknologi og økt heltid. Andelen prosjekt som får tilskudd til tjenesteutvikling har gått ned med om lag 30 pst. sammenlignet med 2023.

De fleste prosjekter, 151, sorterer under temaet «organisering av tjenester og oppgaver med vekt på tverrfaglighet» i 2024. En liten andel av tilskuddet går til å opprette og teste modeller for fleksible kommunale avlastningstilbud for pårørende. Et delmål med tilskuddsordningen er også at tilskuddet skal bidra til at kommunene har mulighet til å etablere praksisplasser for helse- og sosialstudenter. Statsforvalteren i Innlandet har tildelt midler til fire praksiskontor-piloter plassert i Dovre, Nord-Fron, Nord-Aurdal og Gran.

Det ble bevilget 369,9 mill. kroner til tilskuddsordningen i 2025. Det foreslås å videreføre bevilgningen med 376,9 mill. kroner i 2026. Tilskuddsordningen inngår i Kompetanseløft 2025 og opptrappingsplan for heltid og god bemanning i omsorgstjenesten.

Det varsles en omlegging av eksisterende tilskuddsordninger som inngår i Kompetanseløft 2025, blant annet for å understøtte en ny helsepersonellplan, med fokus på å støtte kommunene i de personellutfordringene de står overfor. Veletablerte ordninger som er gode og har høy måloppnåelse skal vurderes videre. Partene vil involveres i arbeidet.

Tilskudd til veiledning av studenter og ansatte i de kommunale helse- og omsorgstjenestene

Formålet med ordningen er å utvikle gode modeller som kan bidra til å sørge for riktig kompetanse og kvalitet i veiledningen av praksisstudenter, nyutdannede og ansatte i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, til å bidra til å rekruttere og beholde ansatte i tjenestene, og til å utvikle et tett samarbeid med universiteter, høyskoler og kommuner.

Ordningen skal bidra til god ivaretakelse av studenter i praksis, slik at de ønsker å komme tilbake for å jobbe i tjenestene, til gode overganger mellom studier og arbeidsliv, som kan bidra til et styrket fagmiljø i en sektor preget av store bemanningsmessige utfordringer. En effekt av et styrket fagmiljø vil også være mer kontinuitet for brukere og pårørende. Ordningen bygger blant annet på de gode erfaringene med bruk av mentor til nyutdannede sykepleiere i Trondheim kommune som del av prosjektet Jobbvinner. Tilskuddsmottaker skal selv sette av egne midler til følgevaluering.

Tilskuddet ble behandlet og utbetalt oktober 2024. Det ble tildelt prosjekter i alle statsforvalterembetene med budsjetter inntil 1 mill. kroner. Midlene ble utbetalt sent på høsten 2024, og de fleste mottakere søkte om overføring av midler til 2025. Det kan derfor ikke vises til konkrete resultater for 2024.

I 2025 ble det bevilget 10,3 mill. kroner til ordningen. Det foreslås å videreføre bevilgningen med 10,5 mill. kroner i 2026. Tiltaket inngår i Bo trygt hjemme-reformen, Kompetanseløft 2025 og opptrappingsplan for heltid og god bemanning i omsorgstjenesten.

Modellutvikling klinisk ernæringsfysiolog som ressurs for helse- og omsorgstjenesten

Tilskuddsordningen inngår i Nasjonal ernæringsstrategi for eldre og Kompetanseløft 2025. Tilskuddet understøtter målsetningene i Bo trygt hjemme-reformen og målsetningene i Meld. St. 9 (2023–2024) *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027* og Meld. St. 23 (2024–2025) *Fornye, forsterke, forbedre.* Formålet med tilskuddsordningen er å kvalitetssikre og styrke det systematiske ernæringsarbeidet og den ernæringsfaglige kompetansen i helse- og omsorgstjenesten og bidra til en mat- og ernæringsoppfølging som er i tråd med nasjonale faglige anbefalinger.

Det har vært stor søkning til ordningen. En ekstern evaluering av tilskuddsordningen ble publisert våren 2025. Evalueringen viser at prosjektene har bidratt til at ernæringsarbeidet er mer systematisk og til økt ernæringsfaglig kompetanse. Alle prosjektene har vektlagt tverrfaglig samarbeid. Alle de ulike modellene oppleves å bidra til bedre tjenester for målgruppene.

Regelverket for tilskuddsordningen ble oppdatert i desember 2024. Målgruppen som var pasienter og brukere i omsorgstjenestene er nå utvidet til å inkludere flere med ernæringsutfordringer, i tråd med nasjonale strategier som kreftstrategien og Meld. St. 23 (2024–2025) *Fornye, forsterke, forbedre*.

Det ble bevilget 5,8 mill. kroner til tiltaket i 2025. Bevilgningen foreslås videreført med 5,9 mill. kroner i 2026.

Kompetansehevende tiltak for lindrende behandling og omsorg i livets sluttfase

Formålet med tilskuddsordningen er å styrke kvaliteten i tilbudet til personer med behov for lindrende behandling og omsorg og deres pårørende, og bidra til kompetanseoppbygging blant ledere og ansatte i kommunene.

Om lag 60 kommuner har fått tildelt midler i 2024. Helsedirektoratet rapporterer middels til høy måloppnåelse. Noen av prosjektene har nasjonal overføringsverdi, som bl.a. Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT) Telemarks sin satsning på å øke kompetansen om lindrende behandling og omsorg ved livets slutt hos ansatte i tjenester til personer med utviklingshemming. Det rapporteres at prosjekter som samhandler med, eller er forankret i USHT, bidrar til god måloppnåelse og spredning.

I 2025 ble det bevilget 13,2 mill. kroner. Bevilgningen foreslås videreført med 13,5 mill. kroner i 2026.

Tiltak for å øke kompetansen i helse- og omsorgstjenestene til personer med utviklingshemming

Tilskuddsordningen skal styrke fag- og tjenesteutvikling og kompetanseheving hos ansatte som yter tjenester til personer med utviklingshemming, med sluttmål om bedre tjenester for målgruppen. Sentralt satsingsområde fra 2024 har vært implementering av Nasjonal veileder for gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming.

I 2025 ble det bevilget 8,6 mill. kroner. Det foreslås at bevilgningen videreføres med 8,8 mill. kroner i 2026. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2025.

Spesialistutdanning i allmennmedisin

Det skal legges til rette for bedre rekruttering til fastlegeordningen gjennom en god, fleksibel og trygg spesialistutdanning i allmennmedisin. 1. januar 2025 trådte flere endringer i spesialistforskriften i kraft som skal bidra til dette. Nye kompetansekrav for leger i kommunale helse- og omsorgstjenester er vedtatt og trer i kraft 1. januar 2026.

Det ble i 2022 innført en ordning med introduksjonsavtaler for leger under spesialisering i allmennmedisin. Introduksjonsavtaler har som hovedformål å øke stabiliteten i og styrke rekruttering til stillinger i sykehjem, i legevakt og annet allmennlegearbeid utenfor fastlegeordningen ved å bedre tilrettelegge for spesialisering i allmennmedisin. Avtalene tildeles kommuner etter søknad til Helsedirektoratet etter nærmere fastsatte kriterier. Midlene budsjetteres på kap. 2755, post 70 og dekker folketrygdens utgifter.

Tilskudd Nasjonal ALIS og veiledning

Det legges til rette for at flere leger starter opp og gjennomfører spesialistutdanningen i allmennmedisin gjennom tilskuddsordningen Nasjonal ALIS og veiledning. Ordningen med Nasjonal ALIS er et viktig tiltak for å styrke rekrutteringen til allmennlegetjenesten. Ordningen bidrar til den positive utviklingen i antall fastleger.

Kommuner kan søke tilskudd for fastleger, fastlegevikarer, introduksjonsleger og leger i annet kommunalt allmennlegearbeid. Tilskuddets størrelse vil avhenge av stillingskategori, stillingsandel og antall hele måneder i perioden det søkes tilskudd for. Det er også mulig å kun søke tilskudd til veiledning. Innretningen på tilskuddet er endret fra og med tilskudd for perioden etter 1. juni 2025. Endringene innebære bl.a. at tilskudd til redusert produktivitet for leger under spesialisering reduseres noe og kun gis de to første årene av et spesialiseringsløp.

Det ble bevilget 564,9 mill. kroner til ALIS-avtaler i saldert budsjett 2025, inkludert gruppeveiledning. Tilskuddet ble styrket med 27 mill. kroner til i RNB 2025. Tilskudd til gruppeveiledning skal håndteres av Legeforeningen. Det foreslås derfor å flytte 10,3 mill. kroner til post 71. Samlet foreslås det å bevilge 565,2 mill. kroner til tilskudd til Nasjonal ALIS og veiledning i 2026.

ALIS-kontorer

Det er opprettet seks ALIS-kontor som skal bidra til rekruttering og tilrettelegging for spesialisering i allmennmedisin og samfunnsmedisin. Målet er gode, forutsigbare og enhetlige utdanningsløp, samt å redusere terskelen for å starte i spesialisering. Det ble bevilget 41,3 mill. kroner til ALIS-

kontorene i 2025. Bevilgningen foreslås videreført med 42,1 mill. kroner i 2026.

Lønnstilskudd til utdanning i avansert klinisk allmennsykesykepleie

God kompetanse er en forutsetning for gode, effektive og trygge tjenester. Kommunene har behov for personell med høyere og bredere kompetanse enn i dag. Det er derfor etablert en masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie rettet mot behovene i kommunale helse- og omsorgstjenester. Det er innført spesialistgodkjenning for gruppen. I Meld. St. 23 (2024–2025) *Fornye, forsterke, forbedre* fremgår det at regjeringen vil fremme rolle til sykepleiere med masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie.

Det ble i 2025 bevilget 15,5 mill. kroner til tilskuddsordningen for kommuner med ansatte som tar masterutdanningen. Det foreslås å bevilge 15,8 mill. kroner til tilskuddsordningen i 2026.

Legevakttjenesten

Helsedirektoratet forvalter tilskudd til kommuner med rekrutteringsutfordringer i legevakt. Formålet med tilskuddet er å styrke rekrutteringen til legevakt i de mest rekrutteringssvake kommunene. Målgruppen for ordningen er distriktskommuner i sentralitetsklasse fem og seks med befolkning mindre enn 5 000.

Helsedirektoratet innvilget 58 søknader om friske midler i 2024. I tillegg var det en del kommuner som søkte om overføring av ubrukte midler fra 2023. Totalt mottok 76 kommuner tilskuddsmidler.

Kommunene rapporterer at tilskuddet har redusert vaktbelastningen for legene, samt styrket og stabilisert legevaktordningen. Midlene har i hovedsak gått til rekruttering av leger, men noen kommuner har også rekruttert sykepleiere. I tillegg til rekrutteringstiltak har flere kommuner brukt midlene på aktiviteter knyttet til kompetanseheving for personellet.

Samlet sett vurderer Helsedirektoratet at tilskuddsordningen har god effekt på rekruttering og på å redusere vaktbelastningen i tjenesten. Den har bidratt til å styrke legevakttjenesten i distriktskommuner.

Det ble bevilget 72,1 mill. kroner i 2025 til tilskuddsordningen. Bevilgningen foreslås videreført med 73,5 mill. kroner i 2026.

Regjeringen varslet i Meld. St. 23 (2024–2025) *Fornye, forsterke, forbedre – Framtidens allmennlegetjenester og akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus* at legevakttilskuddet skal videreutvikles til et bredere tilskudd for allmennlegetjenesten i distriktskommuner. Begrunnelsen er at legevakt og øvrig allmennlegetjeneste utgjør en helhet. Tiltak i andre deler av allmennlegetjenestene kan dermed bidra til å stabilisere legevakt og motsatt.

Utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester

Utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester (USHT) skal bidra til å styrke kvaliteten i de kommunale helse- og omsorgstjenestene gjennom fag- og kompetanseutvikling og ved å spre ny kunnskap, nye løsninger og nasjonale føringer. Sentrene skal være en ressurs i fylket og fremme samarbeid mellom kommunene.

Helsedirektoratet rapporterer om høy måloppnåelse i 2024. Bevilgningen har bidratt til å spre, implementere og gjennomføre gode tiltak knyttet til Meld. St. 24 (2022–2023) *Fellesskap og meistring i kommunene*. Tiltakene inkluderer bl.a. fag- og kompetanseutvikling om funksjonsfall, klinisk observasjonskompetanse, simulering og gode pasientforløp som bidrar til økt oppmerksomhet på forebygging og digitalisering i tjenestene.

I saldert budsjett for 2025 ble det bevilget 60,8 mill. kroner til USHT. Bevilgningen foreslås videreført med 62 mill. kroner i 2026. Helsedirektoratet forvalter tilskuddsmidlene og det vises til omtale på kap. 760, post 71 for bevilgning til Senter for omsorgsforskning med formål om å bistå utviklingssentrene i deres arbeid.

Sekretariatsfunksjoner i helsefellesskapene

Målet med bevilgningen er å styrke samarbeidet mellom kommuner og sykehus og samordning i helsefellesskapet gjennom å bidra til at kommunene i helsefellesskapet kan ha en felles sekretariatsfunksjon. Sekretariatsfunksjonen skal bidra til at helsefellesskapene lykkes med å utvikle og planlegge bærekraftige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester, særlig for de prioriterte pasientgruppene (barn og unge, personer med alvorlige psykiske lidelser og rusmiddelavhengighet, skrøpelige eldre og personer med flere kroniske lidelser).

Tilskudd ble i 2024 tildelt alle de 19 helsefellesskapene. Rapporteringen viser at ordningen styrker kommuneperspektivet i kommunenes samhandling med helseforetakene. Helsedirektoratet vurderer samlet at det er høy måloppnåelse for ordningen.

Det ble i 2025 bevilget 10,9 mill. kroner for å videreføre tilskuddsordning for sekretariatsfunk-

sjonene i helsefellesskapene. Bevilgningen foreslås videreført med 11,1 mill. kroner i 2026.

Post 61 Forebyggende helse- og omsorgstjenester

Det foreslås å avvikle tilskuddsordningen til helsestasjons- og skolehelsetjenesten som følge av opprettelsen av en ny tversektoriell tilskuddsordning til kommuner for forebyggende tiltak for barn og unge over Barne- og familiedepartementets budsjett. 420 mill. kroner foreslås flyttet til det nye tilskuddet over Barne- og familiedepartementets kap. 846, post 63. Videre foreslås bevilgningen på posten redusert med 41 mill. kroner for å styrke andre tiltak rettet mot barn og unge på Helse- og omsorgsdepartementets budsjett, blant annet som oppfølging av Meld. St. 28 *Tro på fremtida – uansett bakgrunn*. Gjenstående bevilgning på posten er øremerket til tilskuddsordningen Frisklivs-, lærings- og mestringstilbud, som foreslås styrket med 11,2 mill. kroner.

Frisklivs-, lærings- og mestringstilbud

Regjeringen har som mål at befolkningen skal ha god helse og mestre egen sykdom. Det er ønskelig at alle kommuner har tilbud om hjelp til å endre levevaner og mestre livet med sykdom.

Tilskuddsordningen etablering og utvikling av frisklivs-, lærings- og mestringstilbud har som formål å støtte kommuner i å etablere og utvikle frisklivs- og lærings- og mestringstilbud. Slike tilbud vil være viktig for å støtte opp under regjeringens mål om god helse og mestring, redusert sosial ulikhet og økt helsekompetanse i befolkningen.

I 2024 hadde om lag 65 pst. av kommunene etablert frisklivssentral, enten alene eller i et interkommunalt samarbeid. Nærmere 87 pst. av befolkningen er bosatt i kommuner med frisklivssentral i 2024. Utbredelsen av antallet frisklivssentraler har vært stabilt de siste årene. Samtidig går utviklingen i retning av at sentralene har flere tilbud til brukerne og at det er større tverrfaglighet enn tidligere. Utbredelsen av frisklivssentraler er størst blant store kommuner i sentrale strøk og i kommuner med høyt innbyggertall. I overkant av 32 000 personer deltar i tilbud i frisklivssentralene hvert år. Enkelte kommuner har frisklivssentraler som kalles utviklingssentraler. Dette er sentraler som er veletablerte, har et solid basistilbud, erfaring med utviklingsarbeid og samarbeider med høyskoler eller universitet. De bidrar til erfaringsutveksling, nettverks- og kompetansebygging, kvalitet og videreutvikling av kommunale frisklivs-, lærings- og mestringstilbud regionalt og nasjonalt.

Kommuner og helseforetak bør samarbeide om utvikling av lærings- og mestringstilbud slik at tiltakene utfyller hverandre og skaper et helhetlig tilbud. Kommunene bør også samarbeide med bruker- og pårørendeorganisasjonene om disse tilbudene. Regjeringen ønsker å bidra, gjennom ordningen, til å videreutvikle og styrke friskliv, lærings og mestringstilbud i kommunene. I forebyggings- og behandlingsreformen for rusfeltet (Meld. St. 5 (2024–2025) *Trygghet, fellesskap og verdighet*) fremkommer det at regjeringen vil legge til rette for at friskliv, lærings- og mestringstilbud også omfatter rusmiddel- og avhengighetsproblematikk. Økt innsats i denne formen for tilbud, som del av kommunens forebyggende helsearbeid, anses å være et viktig bidrag til å skape en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste.

Helsedirektoratet har evaluert effekten av frisklivstilbud i Norge og viser bla. til at deltakere som får oppfølging ved frisklivssentraler opplever å få god støtte til endring av levevaner og positive endringer i form av bedre kondisjon, økt livskvalitet, redusert risiko for diabetes, og redusert kroppsmasseindeks og midjemål. Direktoratet mener at frisklivssentralene fremstår som et kostnadseffektivt virkemiddel for å redusere byrden av ikke-smittsomme sykdommer.

Evalueringen vil ses i sammenheng med oppfølging av anmodningsvedtak nr. 746 om å utrede oppfølging av grønn resept.

Det ble bevilget 22,5 mill. kroner til formålet i 2025. Det foreslås å bevilge 34,4 mill. kroner til formålet i 2026.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten

Regjeringen vil opprette en tverrsektoriell tilskuddsordning til kommuner for forebyggende tiltak for barn og unge. Målet er å gi barn og unge gode oppvekstsvilkår og forebygge utenforskap, ved å støtte kommunenes helhetlige og forebyggende arbeid rettet mot barn og unge på tvers av sektorer og tjenesteområder.

Barn og unge er et av regjeringens viktigste satsingsområder. I Meld. St. 28 (2024–2025) *Tro på fremtiden – uansett bakgrunn* la regjeringen frem en samlet politikk for å sikre gode oppvekstsvilkår og like muligheter for barn og unge – fra de viktige første 1000 dagene, gjennom barndom og ungdomstid og inn i voksenlivet. Et av tiltakene i meldingen var å ta sikte på å etablere en tverrsektoriell ordning med programfinansiering.

Mange barn og unge som har behov for hjelp fra flere tjenester, får i dag ikke et tilstrekkelig tilbud. Det finnes mange statlige tilskudd til kommunesektoren rettet mot barn og unge, med ulike formål innenfor forskjellige sektorer og tjenester. Kommunesektoren, statsforvalteren og brukere av ulike tjenester har over tid påpekt at statens styring av oppvekstsektoren er fragmentert, og at sektorisert styring hindrer god ressursbruk på tvers av tjenester. En omlegging av dagens finansiering vil gi kommunene større mulighet til å se ressurser og behov i sammenheng og på tvers av sektorer, slik at det blir enklere å sette inn tiltak der behovene er størst. Tiltakene som kommunene prioriterer gjennom ordningen, skal ha utsatte barn og unge som en del av målgruppen, men kan også omfatte forebyggende, universelle tiltak rettet mot alle barn og unge.

Tilskuddsordningen vil legge til rette for mer tverrfaglige tjenester og tilbud til kommende og nye familier, barn og unge. Ordningen skal bidra til å realisere regjeringens ambisjon om et helhetlig og godt tilbud fra de første 1000 dagene, gjennom barndom og ungdomstid og inn i voksenlivet. Omleggingen er i tråd med tillitsreformens intensjoner og skal bidra til innovasjon i offentlig sektor og nye arbeidsformer. Den bygger blant annet på erfaringer fra pilot for programfinansiering i 0–24-samarbeidet og er en viktig satsing for å nå målene i regjeringens samfunnsoppdrag om å inkludere barn og unge i arbeid, utdanning og samfunnsliv.

Barne- og familiedepartementet har hovedansvaret for ordningen, i tett samarbeid med Helse- og omsorgsdepartementet, Kunnskapsdepartementet og Arbeids- og inkluderingsdepartementet.

Ordningen innebærer en gradvis omlegging fra eksisterende øremerkede tilskudd fra flere sektorer rettet mot barn og unge til en felles tverrsektoriell tilskuddsordning med flerårig finansiering. Det øremerkede tilskuddet til helsestasjons- og skolehelsetjenesten omfatter målgruppen for den tverrsektorielle tilskuddsordningen. Fra 2026 overføres midlene i den nåværende tilskuddsordningen Styrking og utvikling av helsestasjons- og skolehelsetjenesten, til den nye ordningen. Kommuner vil kunne søke om tilskudd til årsverk og andre tiltak med utgangspunkt i helsestasjons- og skolehelsetjenesten i den nye ordningen. Den nye tilskuddsordningen legger til rette for større tverrfaglighet og innovasjon i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Kommunene bestemmer selv hvilke tiltak som er best egnet for barn, unge og deres familier i sin kommune. Tiltakene kan være både universelle og målrettede.

Tilskuddsordningen forvaltes av Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet i tett samarbeid med Helsedirektoratet og Utdanningsdirektoratet.

Kommunene bestemmer selv hvilke tiltak som er best egnet for barn, unge og deres familier i sin kommune. Tiltakene kan være både universelle og målrettede. Det vises til omtale i Barne- og familiedepartementets Prop. 1 S (2025–2026).

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er den viktigste tjenesten rettet mot barn, unge og deres familier, gravide og barselfamilier. Tjenesten har svært høy oppslutning og tillit i befolkningen og når ut til de fleste i sin målgruppe. Universelle tiltak og tidlig innsats i helsestasjon- og skolehelsetjenesten er viktig for å bl.a. utjevne sosial ulikhet i helse, og utgjør en viktig del av en helhetlig innsats i barnets første 1 000 dager. Amming er ett av de første forebyggende og mest effektive tiltakene i livsløpet for å fremme helse og forebygge sykdom hos både barn og mor. I Norge begynner de fleste mødre å amme, men det er stor sosial ulikhet i hvor lenge barn ammes. Meld. St. 28 (2024–2025) *Tro på fremtida – uansett bakgrunn* vektlegger en god start på livet. Føde- og barselavdelinger og helsestasjoner har ansvar for å hjelpe mor å komme i gang med amming og bistå ved utfordringer i løpet av perioden barnet ammes. De skal også gi mødre støtte og veiledning i tilfeller der mor ikke kan, bør eller ønsker å amme. Det vises også til omtale av Ammehjelpen under kap. 714, post 79.

I møte med den enkelte må det tas utgangspunkt i den enkeltes behov og forutsetninger, med mål om å øke helsekompetansen. Gravide og barn og unge som strever, har behov for trygge rammer. Betydningen av å fremme et godt samspill mellom foreldre og barn er vektlagt i tjenestens tilbud. God og tilgjengelig universell foreldrestøtte er sentralt for å styrke perinatal mental helse, det vil si psykisk helse under svangerskapet, og i perioden etter fødselen. Helsedirektoratet har ansvar for nasjonal faglig retningslinje fødselsomsorg, samt digitale tilbud som for foreldrestøtte. Det har blitt lansert to tjenester for kvalitetssikret hjelp og støtte til gravide og småbarnsfamilier på Helsenorge i 2025. Arbeidet sees i sammenheng med digitalt helsekort for gravide.

En styrking av foreldrerollen kan bidra til å trygge foreldre og skape et godt oppvekstmiljø. God og tilgjengelig universell foreldrestøtte er sentralt for å styrke perinatal mental helse, det vil si psykisk helse under svangerskapet, og i perioden etter fødselen. Helsedirektoratet har ansvar for nasjonal faglig retningslinje fødselsomsorg, samt digitale tilbud som for foreldrestøtte. Det har

blitt lansert to tjenester for kvalitetssikret hjelp og støtte til gravide og småbarnsfamilier på Helsenorge i 2025. Arbeidet sees i sammenheng med digitalt helsekort for gravide.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er sentral i tverrsektorielt samarbeid på systemnivå og har samarbeid med bl.a. barnehage, skole, frivillige organisasjoner, andre kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten. Regjeringen er opptatt av en tverrfaglig helsestasjons- og skolehelsetjeneste som benytter personellet på en god måte, blant annet gjennom delte stillinger for jordmødre mellom spesialisthelsetjenesten og helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Kostra-tall viser at om lag 60 pst. av alle nybakte foreldre fikk hjemmebesøk av jordmor innen tre døgn etter hjemkomst i 2024. I overkant av 89 pst. av alle nybakte foreldre fikk hjemmebesøk fra helsestasjonen av helsesykepleier innen to uker etter hjemkomst samme år. Andelen barn undersøkt ved åttende leveuke var om lag 98 pst. Andelen barn som fikk gjennomført skolestartundersøkelsen innen utgangen av første skoleår, var om lag 97 pst. Helsedirektoratet publiserer årsverkstall for de ulike deltjenestene på sine hjemmesider.

Kostra-tall viser også en betydelig årsverksutvikling i tjenesten. I perioden 2015–2024 økte antall avtalte årsverk totalt med om lag 2 670. Dette inkluderer en økning på om lag 770 årsverk for helsesykepleiere og 300 årsverk for jordmødre. Antallet årsverk for helsesykepleiere utgjorde i 2024 om lag 3 200. Tilsvarende tall for jordmødre var i overkant av 620.

I 2025 fikk kommunene 1 113,8 mill. kroner i frie inntekter begrunnet i behovet for å styrke tjenesten. Tilskuddsordningen Styrking og utvikling av helsestasjons- og skolehelsetjenesten utgjorde 463,6 mill. kroner i 2025. I 2025 ble tilskuddsmidlene i sin helhet fordelt, og det rapporteres at midlene brukes etter hensikten.

Totalt er 1 152,8 mill. kroner av rammetilskuddet til kommunene i 2026 begrunnet med behovet for styrking og utvikling av helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Det vises til omtale i Kommunal- og distriktsdepartementets Prop. 1 S (2025–2026).

Post 62 Tilskudd til vertskommuner

Utover gjennomgående budsjettiltak omtalt i del I og generell pris- og lønnsjustering foreslås følgende endringer sammenlignet med saldert budsjett 2025:

- 84 mill. kroner i redusert bevilgning gjennom redusert vertskommunetilskudd HVPU for å styrke andre prioriterte tiltak.
- 58,5 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til frafall beboere i vertskommunetilskudd HVPU.
- 6,9 mill. kroner i økt bevilgning til utvidelse av Romerike fengsel.
- 0,9 mill. kroner i økt bevilgning knyttet til økt kapasitet av plasser for mindreårige i kriminalomsorgen.

Bevilgningen på posten dekker særskilte tilskudd til vertskommuner.

Vertskommunetilskudd HVPU

Etter ansvarsreformen i helsevernet for psykisk utviklingshemmede (HVPU), som ble gjennomført tidlig på 1990-tallet, overtok 33 kommuner ansvaret for en rekke beboere hjemmehørende i andre kommuner. Formålet med tilskuddsordningen er å kompensere vertskommuner for de beboere som valgte å bli boende i institusjonskommunen. I 2025 mottar 30 kommuner tilskudd.

Frem til 2023 var det skjermingsordninger på posten for å sikre kommunene mot brå inntektsbortfall. Disse ble fjernet fra 2024, og frafall av beboere fører til en direkte andelsmessig reduksjon i tilskuddet. Frafall beregnes ved inngangen til året før tilskuddsåret. Telling og uttrekk av midler ved frafall av beboere vil bli gjennomført hvert år frem til alle beboere har falt fra, og tilskuddsordningen er avviklet i sin helhet.

Det er stilt krav om at vertskommunene fører prosjektregnskap for tilskuddet. Kommunene må kunne legge dette frem for Helsedirektoratet på forespørsel.

Som følge av frafall av beboere reduseres bevilgningen med 58,5 mill. kroner. Videre foreslås bevilgningen redusert med 84 mill. kroner i 2026, fordelt mellom kommunene etter folketall. Enkelte kommuner vil med dette ikke lenger motta tilskudd. Det foreslås en ramme på 646,5 mill. kroner til vertskommunetilskuddet i 2026.

Anmodningsvedtak

Vurderinger ved eventuelle fremtidige endringer i vertskommunetilskuddet

Vedtak nr. 1226, 20. juni 2025

> «*Stortinget ber regjeringen ta særlig hensyn til kommuner hvor vertskommunetilskuddet utgjør en betydelig del av det totale helse- og omsorgstjenestebudsjettet ved eventuelle fremtidige*

endringer i tilskuddsordningen, samt gjøre en konkret vurdering av disse kommunenes økonomiske situasjon i forbindelse med statsbudsjettet for 2026.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Meld. St. 2 (2024–2025), jf. Innst. 540 S (2024–2025).

Ved forslag til innretning for tilskuddet vurderer regjeringen flere forhold, herunder også særskilt situasjonen for kommunene der vertskommunetilskuddet utgjør en betydelig del av det totale helse- og omsorgstjenestebudsjettet. Det vurderes at Kvæfjord, Vestnes, Søndre Land og Saltdal er kommunene hvor tilskuddet utgjør størst andel sett opp mot utgiftene.

Det er tatt særlig hensyn til kommunene der vertskommunetilskuddet utgjør størst andel sett opp mot utgiftene, ved at rammereduksjonen i tilskuddet i 2026 fordeles etter befolkningsstørrelse.

Regjeringen har også vurdert den økonomiske situasjonen til kommunene som mottar vertskommunetilskuddet i 2025. Det er stor variasjon i den økonomiske situasjonen til landets kommuner, og dette gjelder også blant kommunene som mottar vertskommunetilskudd. Ingen av vertskommunene var registrert i ROBEK per 12. august 2025. Nivået på sentrale økonomiske indikatorer som netto driftsresultat, disposisjonsfond og gjeldsnivå varierer mellom vertskommunene, på samme måte som for øvrige kommuner.

Netto driftsresultat er hovedindikatoren for økonomisk balanse i kommunesektoren, og vertskommunene skiller seg ikke vesentlig fra andre kommuner på denne indikatoren. For mange kommuner var den økonomiske situasjonen i 2024 krevende, og i underkant av 60 pst. av alle kommuner hadde et negativt driftsresultat i 2024. Andelen kommuner med negativt driftsresultat var den samme blant vertskommunene som blant øvrige kommuner.

Den økonomiske situasjonen varierer også blant kommunene der vertskommunetilskuddet utgjør størst andel av utgiftene til helse- og omsorgstjenester. Både Kvæfjord og Vestnes hadde positive netto driftsresultater hvert av årene i perioden 2022–2024. Søndre Land og Saltdal har hatt negative driftsresultater de siste årene. Nivået på oppsparte midler (fri egenkapital i drift eller disposisjonsfond) varierer også mellom kommunene. Kvæfjord har betydelige oppsparte midler, mens disposisjonsfondene for de øvrige tre var under landsgjennomsnittet ved utgangen av 2024. Alle de fire kommunene har et gjeldsnivå under landsgjennomsnittet.

Den økonomiske situasjonen varierer altså mellom vertskommunene, på samme måte som mellom kommunene ellers. Regjeringen mener at økonomisk balanse i kommunesektoren er viktig for tjenestetilbudet til innbyggerne i alle kommuner, og har derfor lagt opp til en betydelig inntektsvekst i de årlige statsbudsjettene.

Ytterligere informasjon og vurderinger rundt helheten i kommuneøkonomien er fyldig beskrevet i kommuneproposisjonen for 2026 og Prop. 1 S (2025–2026) for Kommunal- og distriktsdepartementet.

Anmodningsvedtaket anses med foreslått budsjett og redegjørelsen over for å være fulgt opp.

Tilskudd til helse- og omsorgstjenester til innsatte og internerte

Bevilgningen dekker helse- og omsorgstjenester til innsatte og internerte og narkotikaprogram med domstolskontroll til vertskommuner som inngår i tilskuddet Helse- og omsorgstjenester og tannhelsetjenester til innsatte og internerte.

Helse- og omsorgstjenester og tannhelsetjenester til innsatte

Det fremgår av lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m., at i kommuner hvor det ligger fengsler, skal kommunene ha tilbud om helse- og omsorgstjenester for de innsatte. Fylkeskommunene skal tilby tannhelsetjenester til innsatte etter Rundskriv IK-28/89. 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 behovet for å bevilge midler ut over det årlige tilskuddet, for å ivareta sitt sørge-for-ansvar. Kommunene og fylkeskommunene står fritt til å bestemme hvordan oppgavene skal organiseres, men Helsedirektoratet anbefaler at helsepersonell er til stede i fengselet til faste tider.

Helse- og omsorgstjenestene bør bidra til at arbeidet med individuell plan (IP) for innsatte med behov for langvarige og koordinerte tjenester, igangsettes før løslatelse, jf. veileder for helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel.

For 2025 ble det gitt 188,4 mill. kroner i tilskudd til kommuner med fengsel og 26,9 mill. kroner til fylkeskommuner med fengsel. Kriminalomsorgsdirektoratet rapporterer for januar 2025 at det var totalt 3 440 innsatte i 40 fengsel, fordelt på

226 plasser til kvinner og mindreårige, 143 på forvaring, 2 299 soningsplasser med høy sikkerhet og 772 med lav sikkerhet.

Det ble bevilget 218,6 mill. kroner i tilskudd til vertskommuner og vertsfylkeskommuner for fengsel for å yte hhv. helse- og omsorgstjenester og tannhelsetjenester til innsatte i 2025. Bevilgningen ble styrket med 1,4 mill. kroner til elleve midlertidige plasser til mindreårige i kriminalomsorgen.

For 2026 foreslås det til sammen 230,7 mill. kroner i tilskudd til vertskommuner og vertsfylkeskommuner for fengsel for å yte hhv. helse- og omsorgstjenester og tannhelsetjenester til innsatte i 2026, hvorav 6,9 mill. kroner til utvidelse av Romerike fengsel og 0,9 mill. kroner til økt kapasitet av plasser for mindreårige i kriminalomsorgen, jf. nærmere omtale i Justis- og beredskapsdepartementets Prop. 1 S (2024–2025). Det vises også til kap. 732, post 70, der bevilgningen er økt med 2,9 mill. kroner til økt kapasitet ved Ungdomsenhet øst.

Stortinget vedtok i 2023 å utvide Romerike fengsel, Ullersmo avdeling med 76 plasser. Byggeprosjektet har gått raskt og står ferdig tidligere enn først antatt. De første innsatte vil flytte fra Oslo fengsel til de nye plassene på Ullersmo i november/desember 2025.

Det har vært en økning i tallet på innsettelser av mindreårige i fengsel de siste årene. Økningen innebærer at det er en risiko for at det i perioder kan være flere mindreårige innsatte enn det er plass til i ungdomsenhetene. Regjeringen har satt i verk tiltak for å øke kapasiteten ved ungdomsenhetene, og i 2025 er en ny ungdomsenhet på Evje åpnet. Ungdomsenhet øst på Eidsvoll har en bygningsmasse som gjør det mulig å etablere seks nye plasser ved enheten.

Tilskuddsmidlene tildeles kommuner og fylkeskommuner på grunnlag av kvantifiserbare fordelingskriterier ut fra antall og type soningsplasser. Nytt tilskuddsregelverk ble innført fra 2025. Et hovedmål er å øke kompensasjonen for kommuner med fengsel som har dedikerte plasser for kvinner og mindreårige, som er grupper som forventes å ha særlige behov for helsehjelp. Endringen skal evalueres i 2026.

De lovpålagte kravene om samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak, eller med helseforetak som det regionale helseforetak bestemmer, skal bidra til at pasienter/brukere mottar et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester. Dette gjelder for rusmiddelproblemer, somatisk og psykisk helse, som er kjente helseutfordringer for innsatte i fengsler.

Helsedirektoratet fikk i 2020 i oppdrag å revidere veileder for helse- og omsorgstjenester for innsatte i fengsler. Veilederen ble publisert i september 2025.

Helsedirektoratet har ikke hentet inn rapportering fra helse- og omsorgstjenesten i fengsel eller fra fylkeskommunale tannhelsetjenestene i 2024. Det er i stedet igangsatt et arbeid med å innhente mer korrekt og pålitelig helsedata fra Norsk pasientregister (NPR) og Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR). Det holdes årlig nettverkssamling for ansatte i kommunale helse- og omsorgstjenester til innsatte. Helsedirektoratet bygger opp relevant kompetanse innenfor områdene rusmiddelproblematikk, psykiske lidelser, selvmordsforebygging og isolasjon. Bruker- og pårørendeorganisasjoner involveres i slikt utviklingsarbeid.

Narkotikaprogram med domstolskontroll

Narkotikaprogram med domstolkontroll (ND) kan ilegges som vilkår ved betinget påtaleunnlatelse for domfelte med rusmiddelproblemer. Ordningen startet som en forsøksordning i Oslo og Bergen i 2006. I forbindelse med Prop. 15 S (2015–2016) *Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016–2020)* ble det besluttet at tilbudet skulle bli landsdekkende.

Ansvaret for oppfølging av ND-dømte ligger til ND-sentrene eller friomsorgskontorene. Domfelte i programmet kan i henhold til ND-forskriften motta tverrsektoriell oppfølging. Tilskuddet har dekket en kommunal stilling ved ND-senter.

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal yte nødvendige helse- og omsorgstjenester til innbyggerne. Dette omfatter også ND-dømte. Tilskuddsordningen til ND skal ses i sammenheng med oppfølging av forebyggings- og behandlingsreformen for rusfeltet (Meld. St. 5 (2024–2025)). Helsedirektoratet fikk i 2025 i oppdrag å utvikle veiledende materiell for de rådgivende enhetene for russaker. Direktoratet skal bl.a. se på om enhetene kan fungere som kontaktpunkt for samhandling mellom ND-senter og friomsorgskontorene ved behov for helse- og omsorgstjenester til ND-dømte og andre som gjennomfører straff utenfor fengsel.

Det ble i 2025 bevilget 4,6 mill. kroner til Narkotikaprogram med domstolskontroll, som ble fordelt mellom kommunene som omfattes av ordningen. Bevilgningen foreslås videreført med 4,7 mill. kroner i 2026.

Politiets utlendingsinternat

I de kommunene hvor det ligger utlendingsinternat skal kommunen ha tilbud om helse- og omsorgstjenester for de internerte. Det ble bevilget 11,1 mill. kroner til tilskudd til kommuner som yter tjenester til politiets utlendingsinternat i 2025. Bevilgningen foreslås videreført med 11,3 mill. kroner i 2026.

Post 63 Investeringstilskuddet heldøgns omsorgsplasser

Bevilgningen dekker utbetaling av investeringstilskudd til heldøgns omsorgsplasser. Det foreslås en tilsagnsramme på 3 365 mill. kroner, tilsvarende investeringstilskudd til om lag 1 500 heldøgns omsorgsplasser i 2026. Av tilsagnsrammen foreslås det at 1 000 mill. kroner, tilsvarende tilskudd til om lag 450 plasser, forbeholdes heldøgns omsorgsplasser som skal gi netto tilvekst i kommunene som mottar tilskudd. Videre foreslås det endringer i ordningen for å sikre mer fleksibilitet og handlingsrom for kommunene ved å redusere bindingstiden fra 30 til 20 år og avvikle Differensiert sats knyttet til lokalt produksjonskjøkken. Den etablerte eldreboligalliansen vil kunne bidra til ytterligere forbedringer av ordningen.

Det ble i saldert budsjett 2025 bevilget 2 324 mill. kroner på posten. Bevilgningen til investeringstilskudd til heldøgns omsorgsplasser foreslås samlet økt med 249,1 mill. kroner til 2 573,1 mill. kroner i 2026:

- 336,5 mill. kroner i økt bevilgning som første års utbetaling av tilsagnsrammen for 2026.
- 87,4 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til forventet ferdigstillelse av prosjekter med innvilget tilsagn om tilskudd fra tidligere år.

Utover første års utbetaling av tilsagnsrammen for 2026 er 2 236,6 mill. kroner av bevilgningen knyttet til tilsagn om tilskudd innvilget i perioden 2022–2025 og som kommer til utbetaling i 2026. Av dette er 71,1 mill. kroner knyttet til tilskuddsordningen til netto tilvekst. I tillegg foreslås det en tilsagnsfullmakt på 6 431,5 mill. kroner på posten, som er summen av gjenstående utbetaling av foreslått tilsagnsramme for 2026 og innvilget tilsagn om tilskudd i perioden 2022–2025, jf. forslag til romertallsvedtak IV.

Investeringstilskuddet til heldøgns omsorgsplasser i institusjon og omsorgsboliger ble innført i 2008. Formålet med tilskuddet er å stimulere kommunene til både å fornye og øke tilbudet av institusjonsplasser og omsorgsboliger for personer med behov for heldøgns helse- og omsorgstjenester. For kommunene er det en mangel på heldøgns omsorgsplasser, og fremskrivninger fra Statistisk sentralbyrå (2020/43) viser at etterspørselen etter heldøgns omsorgsplasser øker fra 65 353 i 2017 til om lag 87 000 i 2035 og 133 000 i 2060. Tall fra Statistisk sentralbyrå/KOSTRA viser at det var totalt 69 178 institusjonsplasser og beboere i bolig med heldøgns bemanning per 31. desember 2024. Dette tilsier et behov for om lag 18 000 nye heldøgns omsorgsplasser frem mot 2035. For å stimulere til at flere kommuner øker antall heldøgns omsorgsplasser foreslås det at 1 000 mill. kroner av tilsagnsrammen forbeholdes tilskudd til netto tilvekst. Det tidligere kravet om netto tilvekst som hadde virkning i årene 2017–2022, medførte at tilskudd ble gitt med krav om at kommunen opprettholdt nettotilveksten i 10 år fra det tidspunktet kommunen fikk tilsagn til et prosjekt. Innretningen på kravet om netto tilvekst har betydning for kommunens mulighet til å planlegge og tilpasse sine tjenester. Det foreslås at tilskudd gis med krav om at kommunen opprettholder nettotilveksten i fem år fra det tidspunktet kommunen får tilsagn til et prosjekt.

Budsjetteringssystem og maksimale anleggskostnader

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. I budsjetteringen av investeringstilskuddet legges det til grunn at tilsagnsrammen utbetales over flere år basert på en vedtatt utbetalingsprofil. Ved behandlingen av Prop. 1 S (2021–2022), jf. Innst. 11 S (2021–2022), ble det vedtatt en ny seksårig utbetalingsprofil og to delutbetalinger til kommunene for nye tilsagn, der første delutbetaling skjer ved byggestart og delutbetaling to når prosjektet er fullført og tatt i bruk. Den første delutbetalingen utgjør 40 pst. av tilskuddet. Av årlig tilsagnsramme legges det til grunn at 10 pst. av tilsagnsrammen kommer til utbetaling det første året og videre 35 pst. i år to, 15 pst. i år tre, 20 pst. i år fire, 15 pst. i år fem og 5 pst. det sjette året etter innvilget tilskudd. Videre ble det fra og med 2022 innført et plankrav ved søknad om investeringstilskudd til heldøgns omsorgsplasser, jf. Prop. 1 S (2021–2022), Innst. 11 S (2021–2022).

Den maksimale anleggskostnaden i 2026 foreslås satt til 4,272 mill. kroner for kommuner utenfor pressområder, og 4,886 mill. kroner for pressområdekommuner. Som følge av økte maksimale anleggskostnader, heves dermed de maksimale tilskuddssatsene som vist i tabell 4.8.

Det ble i 2020 innført krav om redusert maksimalt tilskuddsbeløp per plass med fem pst. i prosjekter der tilfredsstillende lokalt produksjonskjøkken mangler. Kommunene bør velge den driftsform som gir beboerne mat av god kvalitet, og ikke velge ut fra hva som gir mest tilskudd. For å øke handlingsrommet til kommunene foreslås det differensiert sats knyttet til lokalt produksjonskjøkken utgår fra og med 2026.

Tabell 4.8 Foreslåtte tilskuddssatser i 2026 for investeringstilskuddet til heldøgns omsorgsplasser

Foreslåtte tilskuddssatser per plass i 2026 (tusen kroner)	Pressområde-kommuner	Andre kommuner
Maksimal godkjent anleggskostnad per enhet	4 886	4 272
Plass i sykehjem, 55 pst. av maksimal godkjent anleggskostnad	2 687	2 350
Plass i omsorgsbolig, 45 pst. av maksimal godkjent anleggskostnad	2 199	1 922

Heldøgns 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 2025 og i tråd med formålet for ansvarsreformen for mennesker med utviklingshemming.

Disponering av plassene

Forskriften om investeringstilskudd til omsorgsboliger og sykehjemsplasser fra Husbanken sier at kommunene skal disponere omsorgsboligene og sykehjemsplassene i minst 30 år og at tilskuddet kan kreves helt eller delvis tilbakebetalt dersom forutsetningene for tilskuddet ikke er overholdt. Det er krevende for kommunene å overholde kravene i ordningen til enhver tid over en så lang periode som 30 år. Behovene i den enkelte kommune kan endres betydelig i løpet av en så lang periode, også der det er gjennomført grundig planlegging i tråd med plankravet før det søkes om tilskudd. Både innbygger-/brukerbehov og nødvendig utvikling og innovasjon i kommunenes tjenester kan medføre endringer i etterspørselen etter heldøgnstilbud. I enkelttilfeller kan det også være slik at det periodevis bor personer uten behov for heldøgns tjenester i boligen, for eksempel der gjenlevende partner blir boende i omsorgsboligen etter at brukeren som hadde behov for heldøgnstjenester har gått bort. Krav om tilbakebetaling av hele eller deler av tilskuddet vil i slike tilfeller oppleves som urimelig.

I tråd med bestemmelsene nevnt over utbetaler Husbanken tilskudd til kommunen først når alle plassene i prosjektet er tatt i bruk. I noen tilfeller kan det også være slik at kommunen av berettigede grunner trenger en periode for å fase inn bruken av plassene i tråd med behovet i befolkningen. I tilfellene som nevnt over finner Husbanken oftest minnelige løsninger i dialog med den enkelte kommune. Det er imidlertid behov for å formalisere det skjønnet Husbanken utøver slik at det sikres like og forutsigbare vilkår for alle kommuner. Det foreslås derfor at bindingstiden for disponering av plassene endres fra 30 til 20 år og at det innføres en dispensasjonsadgang innenfor nærmere angitte vilkår. Formålet med dispensasjonsadgangen vil være å gi kommunene mulighet for fleksibel bruk av heldøgns omsorgsplasser innenfor en gitt tidsperiode og mulighet for gradvis innflytting, uten at det kommer til hinder for utbetaling av tilskudd fra staten. Endringene må gjøres i forskrift og høres på ordinært vis.

Rapportering

I 2024 ble det utbetalt 2 414,9 mill. kroner i investeringstilskudd på kap. 761, post 63 og 855,1 mill. kroner på kap. 761, post 69. Til sammen ble 1 693 heldøgns omsorgsplasser ferdigstilt og fikk utbetalt tilskudd, hvorav 1254 av plassene var i sykehjem og 439 i omsorgsboliger med heldøgns omsorg. Av plassene som ble ferdigstilt var 531 fra tilskuddsordningen til netto tilvekst.

Over kap. 761, post 63 ble det i 2024 innvilget tilsagn om tilskudd for 2 445,5 mill. kroner. Til sammen 1 253 heldøgns omsorgsplasser fikk til-

sagn, fordelt på 491 plasser i omsorgsbolig og 762 plasser i sykehjem.

Samarbeid med KS om fremtidige behov

Regjeringen og KS følger opp samarbeidet om et løpende planarbeid for å kartlegge og utrede fremtidige behov med sikte på videre utbygging av sykehjem og omsorgsboliger. Regjeringen og KS sammenholder foreliggende materiale fra KS, Statistisk sentralbyrå, diverse undersøkelser, samt statistikk og vurderinger fra Husbanken med sikte på nærmere analyser av behovet i årene fremover og som grunnlag for fastsettelse av investeringsrammen i fremtidige års budsjett. Planarbeidet er forankret i konsultasjonsordningen mellom regjeringen og KS.

Post 64 Kompensasjon for renter og avdrag

Bevilgningen dekker renter og avdrag for oppstartstilskudd som ble gitt under handlingsplan for eldreomsorgen 1998–2003 og opptrappingsplanen for psykisk helse 1994–2004.

Bevilgningen foreslås redusert med 29,1 mill. kroner knyttet til redusert rentebetaling i 2026. Rentesatsen for 2026 er 4 pst. For omtale av tildelingskriterier vises det til Prop. 1 S (2009–2010) for Kommunal- og regionaldepartementet.

Ordningen forvaltes av Husbanken. I 2024 ble det utbetalt 972,9 mill. kroner i kompensasjonstilskudd. Alle tilskudd er utbetalt, og det er ingen avdragsfrihet. Bevilgningsbehovet består av beregnet rentekompensasjon og avdragskompensasjon.

Det foreslås bevilget 921,2 mill. kroner i 2026.

Post 70 Tilskudd

Det foreslås å flytte 12,9 mill. kroner fra kap. 760, post 21 knyttet til tilskudd for diabetesarbeid.

Utover gjennomgående budsjettiltak omtalt i del I og generell pris- og lønnsjustering foreslås det i tillegg følgende endringer sammenlignet med saldert budsjett 2025:

- 60 mill. kroner i økt bevilgning knyttet til ny tilskuddsordning for aktivitet til eldre.
- 3,9 mill. kroner i økt bevilgning til Hospice Sangen.
- 15 mill. kroner i redusert bevilgning ved at tilskuddsordningen mobilisering mot ensomhet avvikles.
- 10 mill. kroner i redusert bevilgning til tilskuddsordningen helhetlig støtte til pårørende med krevende omsorgsoppgaver.

Bevilgningen dekker ulike tilskudd til formålet til kap. 760, som er å utvikle kommunale helse- og omsorgstjenester. Bevilgningen på posten kan nyttes under post 21. Formålet med bevilgning er bl.a. å bidra til systematisk arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet i de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Helse- og omsorgsdepartementet 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.

Aktivitetstiltak til eldre

Det foreslås en tilskuddsordning for å stimulere til aktivitetstiltak for eldre. Tilskuddet retter seg mot frivillige og ideelle aktører som tilbyr aktiviteter for eldre. Formålet er å bidra til at eldre kan opprettholde og styrke sin fysiske og psykiske helse, motvirke ensomhet, styrke digitale ferdigheter og bedre livskvaliteten gjennom arenaer for fellesskap og mestring. Ordningen skal bidra til at flere opplever gode dager, mestrer å bo hjemme lenger og får tilbud om kultur og aktivitet med mening. Ordningen skal også favne tilbud som bidrar til å styrke og avlaste pårørende.

Tilskuddsordningen skal også bygge opp under regjeringens varslede aktivitetsgaranti i Bo trygt hjemme-reformen. Den skal gi rom for lokale tiltak med lav terskel og høy fleksibilitet, rettet både mot eldre uten kommunale tjenester og de med behov for hjemmetjenester eller institusjonsplass.

En særlig prioritet er tiltak der eldre selv bidrar inn som frivillige, slik at muligheten til å delta også omfatter muligheten til å bidra.

Ordningen skal mobilisere og gi forutsigbare rammer for frivillige og ideelle aktører innen et bredt spekter av aktivitet, fra kultur til livslang læring, trening og sosiale aktiviteter. Samarbeid med kommuner, fylkeskommuner, frivillighetskoordinatorer og frisklivssentraler skal tilstrebes, for å sikre at tilbudene gjøres kjent og treffer innbyggerne på best mulig måte. Ordningen vil videreutvikles på sikt og det kan være aktuelt å innlemme eksisterende ordninger rettet mot samme målgruppe. Forvaltning av tilskuddet legges til Helsedirektoratet.

Det er et mål at styrket forebygging og økt aktivitet blant eldre bidrar til samfunnsøkonomisk gevinst ved å redusere eller utsette behovet for kommunale helse- og omsorgstjenester. Aktivitet og frivillighet skal også bidra til å avlaste pårørende. Å avlaste pårørende er viktig for at den

enkelte pårørende kan ivareta egen livskvalitet, være en ressurs både for sine nære og tjenestene, i tillegg til at det gir samfunnsøkonomisk gevinst.

Det foreslås 60 mill. kroner til formålet i 2026.

Tilskudd til videreutvikling av læringsnettverk i gode pasientforløp

Målet med bevilgningen er å bidra til å forbedre overgangene i pasientforløp, både internt i kommunene og sykehusene, og mellom sykehus og kommune.

Tilskuddsordningen er koblet til den fireårige planperioden for Meld. St. 9 (2023–2024) *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027 – Vår felles helsetjeneste*.

Målgruppen er virksomhetsledere og helsepersonell i helse- og omsorgstjenestene.

KS har utviklet ny nettside med tilgjengelig og oppdatert veiledningsmateriale som gir tjenestene tilgang på og kjennskap til brukervennlige verktøy innen Helhetlige pasientforløp i hjemmet (HPH) og Patient Spesific Functional Scale (måler funksjon i pasientens egenvalgte, viktige, daglige gjøremål). Det rapporteres et godt arbeid med omstilling fra å drive regionale læringsnettverk i perioden 2013–2023, til å tilby råd og veiledning til planlegging, gjennomføring og implementering og at KS har hatt god dialog med samhandlingskoordinatorer knyttet til helsefellesskapene.

Det ble bevilget 5,2 mill. kroner til å videreutvikle læringsnettverk i gode pasientforløp i 2025. Bevilgningen foreslås videreført med 5,3 mill. kroner i 2026.

Noklus

Målet med bevilgningen er å bedre kvaliteten og sikkerheten på laboratorietjenestene i hjemmetjenesten. Kommuner skal tilbys tilslutning til Noklus og få opplæring. Noklus startet i 2016 prosjektet med å kvalitetsforbedre laboratorievirksomhet i hjemmetjenesten. Målet er at kommunene etter en toårsperiode med støtte fra staten selv skal finansiere sin deltakelse i Noklus.

Det ble bevilget 8,5 mill. kroner i saldert budsjett til Noklus i 2025 for å videreføre det nasjonale arbeidet med å kvalitetssikre laboratorievirksomheten i hjemmetjenesten. Bevilgningen foreslås videreført med 8,7 mill. kroner i 2026.

Norges Frivilligsentraler

Norges Frivilligsentraler og Helsedirektoratet inngikk i 2025 en ny intensjonsavtale om gjennomføring av Bo trygt hjemme-reformen. Formålet er å mobilisere og støtte de lokale sentralene slik at de kan bidra til å utvikle gode tilbud i kommunene og jobbe systematisk med å gjøre Meld. St. 24 (2022–2023) *Meistring og fellesskap – Bu trygt heime* kjent. Det foreslås å videreføre bevilgningen til Norges Frivilligsentraler med 1,1 mill. kroner i 2026. Frivilligsentralene ses på som viktige aktører i kommunene for å stimulere til mer aktivitet for eldre gjennom f.eks. gjennom tiltak som omfattes av nytt tilskudd til aktivitetstiltak til eldre.

Helhetlig støtte til pårørende med krevende omsorgsoppgaver

Tilskuddsordningen skal bidra til at kommuner utvikler modeller for å bedre pårørendes situasjon, og synliggjøre, anerkjenne og støtte pårørende med krevende omsorgsoppgaver. Ordningen skal bidra til å løfte pårørendes situasjon, og til å ivareta og inkludere pårørende. Tilskuddet har vært et av hovedtiltakene i Pårørendestrategien og handlingsplanen Vi – de pårørende (2021–2025) som går ut 2025. Selv om strategien ikke videreføres, foreslår regjeringen allikevel å videreføre deler av tilskuddet til tiltak for målrettede grupper.

Det er stor bredde i prosjektene som mottar tilskudd. Eksempler på prosjekter er: Utvikle pårørendestrategi i kommunen, utvikle kommunalt pårørendesenter med lavterskeltiltak for pårørende (mestringskurs, veiledningssamtaler, møteplasser), videreutvikling av verktøy for å lage pårørendeundersøkelse, ivaretatt i kommunene, utvikling av digitale opplæringsvideoer, utvikle rutiner for arbeid med barn som pårørende i kommunen, inkludert samarbeidsrutiner og system for kompetanseheving, og utvikle avlastningsordninger. Mange kommuner innhenter erfaringer fra andre kommuner for å lære.

Det ble bevilget 20,9 mill. kroner til tilskuddet til helhetlig støtte til pårørende med krevende omsorgsoppgaver i 2025, hvorav 1,5 mill. kroner til videreutvikling av opplæringsmateriell knyttet til samarbeidsverktøyet Pårørendeavtaler. Tilskuddet foreslås videreført med en bevilgning på 11,3 mill. kroner i 2026. Samtidig foreslås det å endre tilskuddet til helhetlig støtte for pårørende med krevende omsorgsoppgaver til i større grad å være innrettet også mot andre grupper enn eldre. Det vises videre til forslag om nytt tilskudd til aktivitetstiltak til eldre på samme post, som kan bidra til å avlaste pårørende.

Pårørendealliansen

Pårørendealliansen er en frittstående paraplyorganisasjon som arbeider for å fremme og styrke pårørendes interesser og rettigheter. Organisasjonen bidrar bl.a. med å belyse pårørendes utfordringer i ulike livsfaser ved hjelp av ulike undersøkelser og rapporter. I mai 2025 hadde de 46 medlemsorganisasjoner. Det ble bevilget 4,5 mill. kroner til Pårørendealliansens arbeid i 2025. Bevilgningen foreslås videreført med 4,6 mill. kroner i 2026.

Mobilisering mot ensomhet – Aktivitetstiltak for å motvirke ensomhet og passivitet

Ordningen har bidratt til prosjekter som har skapt ulike aktiviteter og møteplasser i tråd med ordningens formål, om å motvirke ensomhet og passivitet og å skape aktivitet, deltakelse, sosialt fellesskap og møteplasser. Helsedirektoratet har over tid vurdert måloppnåelsen av ordningen som middels. Det er vanskelig å si noe om langtidseffekten av prosjektene som tilskuddordningen stimulerer til.

I 2025 ble det bevilget 14,5 mill. kroner til tilskuddsordningen. Det foreslås å avvikle tilskuddet fra og med 2026. Det vises til forslag om ny tilskuddsordning over kap. 760, post 70 på 60 mill. kroner rettet mot frivillige og ideelle aktører som tilbyr aktiviteter for eldre.

Livsglede for eldre og livsgledesertifisering

Stiftelsen Livsglede for eldre driver bl.a. nasjonal sertifiseringsordning av Livsgledehjem. Formålet med ordningen er å styrke den aktive omsorgen og ivareta brukernes sosiale og kulturelle behov. Målet er å tilby ledere og ansatte i sykehjem, skoler, barnehager og frivillig sektor støtte og veiledning til å sette aktiviteter og gode opplevelser for den enkelte beboer/bruker i system. Målgruppen er beboere på sykehjem, samt hjemmeboende eldre med stort hjelpebehov. Helsedirektoratet vurderer måloppnåelsen til middels, hvor det pekes bl.a. på ressurssituasjonen i kommunene samt grad av opplevd nytte og relevans. Bevilgningen i saldert budsjett for 2025 var 6,9 mill. kroner. Bevilgningen foreslås videreført med 7 mill. kroner i 2026.

Kunnskap og informasjon om lindrende behandling og omsorg ved livets slutt for barn og unge

Formålet med tilskuddsordningen er å øke kunnskap og gi informasjon om lindrende behandling og omsorg ved livets slutt for barn og ungdom, ved å styrke frivillige organisasjoners informasjons- og opplysningsvirksomhet på området. Ordningen skal bidra til å gi veiledning og støtte til pasient og pårørende. Det var i 2024 innvilget tilskudd til tre tilskuddsmottakere med et bredt spekter av informasjons- og opplysningstiltak.

I 2025 ble det bevilget 5 mill. kroner til formålet. Bevilgningen foreslås videreført med 5,1 mill. kroner i 2026.

Tilskudd til lindrende enheter

Målet for ordningen er å styrke mangfoldet av tilbud til mennesker som trenger lindrende behandling og omsorg. Det skal skje gjennom etablering og drift av lindrende enheter som drives av frivillige og ideelle organisasjoner etter hospicefilosofien. Målgruppen er mennesker som trenger lindrende behandling og omsorg. Barn og unge og deres pårørende løftes frem spesielt. Tilskuddsordningen er forankret i Meld. St. 24 (2019–2020) *Lindrende behandling og omsorg*.

Tilskuddsordningen har ved inngangen til 2025 to prosjekter. Stiftelsen Frembu og Stiftelsen Nordre Aasen fikk begge første gang tilskudd i 2020 og er inne i sitt sjette år i 2025. Begge har gjennom tilskuddsperioden utviklet et palliasjonstilbud til barn og unge med særlige utfordringer og behov, som når ut over hele landet og som har et godt samarbeid med den offentlige helse- og omsorgstjenesten.

Reglene for tilskuddet endres i 2025. Tilskuddsperioden utvides til åtte år. Helsedirektoratet er gitt i oppdrag å utrede hvordan tilskuddsmottakerne best kan supplere det offentlige tjenestetilbudet innen palliasjon til barn og unge gjennom samarbeid med den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Det ble bevilget 23,6 mill. kroner til tilskuddsordningen i 2025. Bevilgningen foreslås videreført med 24 mill. kroner i 2026.

Hospice Sangen

Hospice Sangen tilbyr dagbehandling til hjemmeboende mennesker som har en sykdom som vanskelig, eller ikke lar seg helbrede. Målet er å bidra til økt livskvalitet. Sangen arbeider under hospicefilosofien, som er en helhetlig omsorgsfilosofi.

Det ble bevilget 10 mill. kroner til videreføring av Hospice Sangen i 2025. Bevilgningen foreslås styrket med 3,9 mill. kroner for å dekke merkostnader som ikke var hensyntatt ved overføringen av driften til Stiftelsen Diakonova Haraldsplass (SDH). Noen av merkostnadene

skyldes endrede rammevilkår for driften, mens andreføl ger av ny driftsmodell under SDH. Merkostnadene omhandler pasienttransport, merverdiavgift, styrehonorar, programvare, lønnskostnad for lege og eiendomskostnader. Det foreslås å bevilge 14,1 mill. kroner til videre drift i 2026.

Verdighetssenteret

Formålet med tilskuddet til Verdighetssenteret er å bidra til kompetanseheving for ansatte og andre i rekruttering, organisering, opplæring og veiledning av frivillige i eldreomsorgen og i omsorg ved livets slutt.

Verdighetssenteret har i 2024 tilbudt etterutdanning i palliativ eldreomsorg, akuttmedisinsk eldreomsorg, frivillighetskoordinering eldreomsorg og praktisk implementering, samt kurs for leger om samtaler ved alvorlig sykdom. Etterutdanningene har i 2024 hatt 398 deltakere fra alle landets fylker og 72 ulike kommuner. Det er arbeidet med digitalisering av kurstilbud av hensyn til tilgjengelighet. Sentret har videre formidlet kunnskap, verdier og holdninger gjennom digitale og fysiske aktiviteter som kurs, fagdager, foredrag, samt rådgivning og veiledning.

Det ble bevilget 26,5 mill. kroner til Verdighetssenteret i 2025. Bevilgingen foreslås redusert med 2 mill. kroner knyttet til særskilt bevilgning i 2025. Det foreslås å videreføre 25 mill. kroner i tilskudd til Verdighetssenteret i 2026.

Tilskudd til informasjons- og kontaktskapende arbeid mv.

Målet med tilskuddsordningen er å fremme og styrke landsdekkende frivillige organisasjoners og stiftelsers informasjons- og kontaktskapende arbeid mv. Det kan innvilges tilskudd til prosjekt og til drift av landsdekkende informasjons- og opplysningsvirksomhet og kontaktskapende arbeid på helse- og omsorgsfeltet.

Med forbehold om årlige bevilgninger over statsbudsjettet kan et prosjekt få innvilget tilskudd for ett år av gangen i opptil fem år og drift til velfungerende tiltak på helse- og omsorgsfeltet kan få innvilget tilskudd for opptil tre år. Tiltak som er inne i et løp vil bli prioritert i denne perioden. Når perioden er over, må det søkes om tilskudd på nytt eller til nye tiltak.

I 2024 mottok Helsedirektoratet 81 søknader. Overordnet tema i ordningen er nasjonale informasjons- og kontaktskapende tiltak, men det er stor grad av variasjon i hva slags tiltak det søkes om og størrelsen på tilskudd. De aller fleste kan plasseres innen kategoriene rådgivende tjenester, likepersonsarbeid, informasjonskampanjer og medlemsseminarer og konversanser. Direktoratet vurderer måloppnåelsen for ordningen som høy. Det ble bevilget 25 mill. kroner til tilskudd til informasjon- og kontaktskapende arbeid mv. i 2025. Bevilgningen foreslås videreført med 25,5 mill. kroner i 2026.

Hjernerådet

Formålet med tilskuddet er å styrke Hjernerådets arbeid for å samordne informasjons- og opplysningsarbeid på nevrologifeltet og videreutvikle samarbeidet med brukerorganisasjoner, fagmiljøer og fagforeninger. Hjernerådet er en relevant aktør knyttet til Hjernehelsestrategien og deltar i partnerskapet til Hjernehelsestrategien. Bevilgningen foreslås videreført med 2,6 mill. kroner i 2026.

Tilskudd til diabetesarbeid

Det foreslås å flytte 12,9 mill. kroner fra kap. 760, post 21 til tilskudd for diabetesarbeid. Formålet med tilskuddet er å stimulere til aktiviteter som følger opp mål og tiltak i Nasjonal diabetesplan (2025–2029). Helsedirektoratet vil ha ansvar for å forvalte tilskuddet.

Landsforeningen for uventet barnedød

Målet med tilskuddet er å støtte foreningens arbeid med å gi støtte til etterlatte når et lite barn dør. Arbeidet er et supplement til tilbudet som gis i helse- og omsorgstjenesten og omfatter bl.a. sorgstøtte og fellesskap med andre etterlatte. Organisasjonen arbeider også gjennom forebyggende tiltak og støtte til forskning for å redusere barnedødeligheten i Norge. Det ble bevilget 3,1 mill. kroner til Landsforeningen for uventet barnedød i 2025. Bevilgningen foreslås videreført med 3,2 mill. kroner i 2026.

Camphill Landsbystiftelse

Bevilgningen dekker tilskudd til Camphill Landsbystiftelsen i Norge. Formålet med bevilgningen er å bidra til drift av stiftelsens landsbyer. Tilskuddsmottaker har mottatt enkeltstående tilskudd gjennom flere år.

Camphill Landsbystiftelsen i Norge, som er inspirert av antroposofien, skal tilby et helhetlig bo- og arbeidsfellesskap for unge og voksne med særlige omsorgsbehov. De seks landsbyene skal

gi beboerne en trygg livssituasjon hvor de kan ta egne valg, få god omsorg, et meningsfylt arbeid og et rikt kulturliv.

Midlene blir stilt til rådighet for Camphill Landsbystiftelsen i Norge som fordeler midlene til landsbyene. Helsedirektoratet følger virksomheten gjennom årsmelding, årsregnskap og tilsyn. Det ble gjennomført tilsyn i 2024, og i etterkant har stiftelsen hatt et spesielt fokus på kvalitetsforbedring, bedre dokumentasjon og mer ensartede tjenester mellom landsbyene. Det er gjennomført trivsels- og pårørendeundersøkelser som viser høy grad av tilfredshet med hensyn til trivsel, arbeidstilbud, fritidsaktivitet og opplevelse av trygghet.

Det ble bevilget 99,3 mill. kroner til Camphill Landsbystiftelse i 2025. Bevilgningen foreslås videreført med 100,9 mill. kroner i 2026.

Tilskudd til Signo Conrad Svendsen senter

Formålet med bevilgningen er å bidra til drift av fag- og opplæringsseksjonen for kompetanseheving internt og eksternt (Seksjon helse og språk). Seksjonen utreder, diagnostiserer og behandler døve og døvblinde ved Signo Conrad Svendsen senter.

I 2024 har det vært arrangert tre faglige forum med temaene brukermedvirkning og selvbestemmelse, diabetes og seksuell helse. Tilskuddsmottaker har hatt betydelig fokus på intern kompetanseheving, hvor seksuell helse har vært et prioritert tema. Helsedirektoratet rapporterer middels måloppnåelse. Tilskuddsordningen evalueres i 2025.

Det ble bevilget 18,9 mill. kroner i saldert budsjett for 2025 til senteret. Bevilgningen foreslås videreført med 19,3 mill. kroner i 2026.

Tilskudd til Mosserødhjemmet og Jødisk bo- og seniorsenter

Formålet med bevilgningen er å bidra til drift av Mosserødhjemmet drevet av Syvendedags Adventistkirken og Jødisk bo- og seniorsenter, og derigjennom stimulere til at kommuner velger å kjøpe plasser ved disse institusjonene. Midlene kan også nyttes til tilbud om dagplass, korttidsplass, hjemmebesøk, mv.

Tilskuddet har over flere år hatt lav måloppnåelse. I 2024 var kun i snitt fem-seks beboere av 58 plasser ved Mosserødhjemmet adventister, mens seks-syv av Jødisk bo- og seniorsenters 22 plasser ble benyttet til medlemmer.

Det ble bevilget 10,4 mill. kroner til Mosserød og Jødisk bo- og seniorsenter i 2025. Bevilgningen foreslås videreført med 10,8 mill. kroner i 2026.

Seksuell helse

Helsedirektoratet forvalter to tilskuddsordninger på posten: seksuell helse og forskrift om tilskudd innen hiv og seksuelt overførbare sykdommer. Formålet er i å følge opp og støtte tiltak i Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017–2022). Totalt ble 65 av 105 søknader i 2024 for ordningen seksuell helse innvilget. Det ble søkt om midler for om lag 112 mill. kroner, som er høyere enn bevilgningen. 13 av 25 søknader for forskrift om tilskudd innen hiv og seksuelt overførbare sykdommer ble innvilget. Helsedirektoratet vurderer at måloppnåelsen er høy for begge tilskuddene.

Slik det er varslet i tidligere statsbudsjett, foreslås det å slå sammen de to tilskuddene, til ett tilskudd. Tidligere evaluering av tilskuddsordningene fra Proba anbefalte å slå sammen tilskuddene.

Regjeringen lanserte i 2025 en ny strategi for seksuell helse, *God seksuell helse – vårt felles ansvar*, se omtale kap. 760 post 21. Formålet med det nye tilskuddet for seksuell helse er å følge opp mål og tiltak i denne strategien. Tilskuddsregelverket vil fastsettes høsten 2025, men skal innrettes slik at det både ivaretar forutsigbarhet for søkere og stimulerer til nye prosjekter/utvikling.

I 2025 utgjorde de to tilskuddsordningene totalt 68,3 mill. kroner. Det foreslås å styrke tilskuddet ved å avvikle øremerket tilskudd til Stiftelsen Amathea. Videre foreslås det å flytte 4 mill. kroner til kap. 760, post 21 knyttet til seksuell helse. Det foreslås 90,3 mill. kroner til tilskudd til seksuell helse for 2026.

Amathea

Mål for tilskuddsordningen er å supplere det offentliges tilbud om informasjon, veiledning og valgsamtale til gravide, deres partnere og par som er ambivalent til et svangerskap, eller som ønsker oppfølging etter gjennomgått svangerskapsavbrudd.

Ordningen skal bidra til å styrke stiftelsens digitale synlighet og tilgjengelighet. Helsedirektoratet vurderer at Stiftelsen Amathea har levert i tråd med målene for tilskuddsordningen og aktivitetsmålene stiftelsen har satt seg i 2024. Stiftelsen har gjort endringer for å tilpasse seg og videreutvikle sitt tjenestetilbud, herunder digitalisering, målgruppepresisering, nedbemanning, reduksjon i antall lokasjoner og avvikling av aktiviteter utenfor ordningens formål.

Ifølge rapportering fra Amathea er det bl.a. gjennomført om lag 3 000 valgsamtaler og 1 500

oppfølgingssamtaler etter abort. Det ble gjennomført 1 091 individuelle prevensjonskonsultasjoner, og det tilbys innsetting av spiral og p-stav ved tre av fire lokasjoner. Totalt rapporteres det om lag 5 600 kontakter innen kjerneaktivitetene, som utgjør om lag 47 pst. av all rapportert kontakt. Chat-tjenesten hadde 2 997 henvendelser (en økning på 21 pst. fra året før), og 3 328 telefonsamtaler ble besvart. Brukere kom fra 137 ulike kommuner i forbindelse med valgsamtaler, og fra 109 kommuner i forbindelse med oppfølging etter abort.

Det ble i 2025 bevilget 24,4 mill. kroner til Stiftelsen Amathea. I 2026 foreslås det å avvikle det øremerkede tilskuddet til Stiftelsen Amathea og innlemme midlene i den søkbare ordningen for seksuell helse.

Post 71 Forskning, fagutvikling og rekruttering

Det foreslås å flytte:

- 72,8 mill. kroner fra kap. 760, post 60 knyttet til Tørn.
- 12 mill. kroner fra kap. 760, post 60 knyttet til Helseinnovasjonssenteret i Kristiansund.
- 11 mill. kroner fra kap. 760, post 60 knyttet til Kurspakke for ufaglærte.
- 10,3 mill. kroner fra kap. 760, post 60 knyttet til gruppeveiledning.
- 2,9 mill. kroner fra kap. 781, post 79 knyttet til tilskudd til senter for medisinsk etikk.
- 6,9 mill. kroner til kap. 761, post 21 knyttet til opplæringsmateriell til helse- og omsorgspersonell som yter tjenester til personer med utviklingshemming.

Utover gjennomgående budsjettiltak omtalt i del I og generell pris- og lønnsjustering foreslås det i tillegg følgende endringer sammenlignet med saldert budsjett 2025:

- 20 mill. kroner i økt bevilgning til lønnstilskudd til sykepleiere som tar helsesykepleierutdanning.
- 10 mill. kroner i økt bevilgning til nasjonal prøveordning med henvisningsrett til BUP.
- 5,5 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til avvikling av tilskudd til miljøbehandling og integrert bruk av musikk og sang.

Formålet med posten er å bidra til å rekruttere og beholde ansatte i de kommunale helse- og omsorgstjenestene og stimulere til forskning og fagutvikling. Formålet med bevilgning er videre bl.a. å bidra til systematisk arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet i de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Bevilgningen på posten kan nyttes under post 21.

Rekruttering og kompetanseheving

Nasjonal prøveordning med henvisningsrett til BUP for helsesykepleiere

For å legge til rette for bedre oppfølging og behandling av barn og unge med psykiske plager og lidelser og riktigere bruk av helsepersonellets og helsetjenestens ressurser skal det gjennomføres en nasjonal prøveordning med henvisningsrett for helsesykepleiere til barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP). Tiltaket inngår blant annet i oppfølging av Meld. St. 28 (2024–2025) *Tro på fremtida – uansett bakgrunn*.

Det foreslås 10 mill. kroner til formålet i 2026 mot at tilskuddet til helsestasjons- og skolehelsetjenesten avvikles og det opprettes en tverrsektoriell tilskuddsordning til kommuner for forebyggende tiltak for barn og unge, jf. nærmere omtale på kap. 760, post 61.

Anmodningsvedtak

Prøveprosjekt der helsesykepleiere henviser til BUP

Vedtak nr. 347, 4. februar 2020

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

Vedtaket ble truffet ved behandling av Prop. 121 S (2018–2019), jf. Innst. 131 S (2019–2020). Regjeringen tar sikte på å starte en nasjonal prøveordning med henvisningsrett til BUP for helsesykepleiere i løpet av 2026. Det foreslås bevilget 10 mill. kroner til formålet. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Lønnstilskudd til sykepleiere som tar helsesykepleierutdanning

Flere kommuner melder om utfordringer med å rekruttere helsesykepleiere. For å legge til rette for at flere kan ta utdanning som helsesykepleier, skal det opprettes et lønnstilskudd til kommuner med ansatte sykepleiere som vil ta utdanning som helsesykepleiere. Tilskuddsordningen skal forvaltes av Helsedirektoratet.

Det foreslås bevilget 20 mill. kroner til formålet i 2026, mot at tilskuddet til helsestasjons- og

skolehelsetjenesten avvikles og det opprettes en tverrsektoriell tilskuddsordning til kommuner for forebyggende tiltak for barn og unge, jf. nærmere omtale på kap. 760

Tørn-program for hele helse- og omsorgstjenesten

Tjenesteutviklingsprogrammet Tørn består av tre delprogrammer for hhv. den kommunale helse- og omsorgstjenesten, spesialisthelsetjenesten og samhandling. Målet for ordningen er å bidra til å redusere mangelen på personell med relevant fagutdanning i hele helse- og omsorgstjenesten, og legge til rette for en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste. Tørn–programmet ledes av et programstyre. KS og RHF-ene organiserer Tørn–aktivitetene i læringsnettverk og piloter.

Ved utgangen av 2024 var det 150 kommuner med pågående aktiviteter i delprogrammet for kommunene, mot 104 ved inngangen av året.

Tørn-prosjektet viser gode resultater knyttet til å utvikle nye arbeidsformer, oppgavedeling og arbeidstidsordninger. Både av statsforvalterne og fagorganisasjonene trekkes Tørn frem som et viktig tiltak for å fremme en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste. Tørn-modellen baserer seg på medarbeiderdrevet innovasjon, og forankres i partssamarbeidet og med involvering av vernetjenesten. Dette er i tråd med Regjeringens tillitsreform. Enkelte statsforvaltere rapporterer om at kommunene nå kan se resultater av arbeidet med Tørn gjennom arbeidstidsorganisering og oppgavedeling. Arbeidet har resultert i at flere kommuner har tatt i bruk årsturnus, og har en bedre dekning av vakter spesielt i helger og ferier. Enkelte statsforvaltere trekker frem at gjennom deltakelse i Tørn har ført til økt bevissthet rundt de oppgaver kommunen forplikter seg til å gjøre, hvilken kompetanse kommunene har og har behov for, og verdien av å ha kompetanseplaner.

Helse Vest og Helse Sør–Øst har ansvaret for delprogrammet for spesialisthelsetjenesten i perioden 2023–2025. Tilskuddsmidlene fordeles mellom de regionale helseforetakene og deres helseforetak. Helse Sør–Øst har videreutviklet Tørn–strategien ved å integrere forbedringsmetodikk i læringsnettverkene, med oppgavedeling som mål.

Gjennom delprogrammet TØRN samhandling settes søkelyset på å forbedre samarbeidet mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten, med mål om å sikre mer helhetlige tjenester. I 2024 ble det det gjennomført forberedende aktiviteter. De første delprosjektene, som bygger på Tørn-metodikk og er forankret i Helsefellesskapene, skal etter planen settes i gang i 2025. Tørn samhandling følger opp Meld. St. 9 (2023–2024) *Nasjonal helse og samhandlingsplan 2024–2027* og regjeringens mål om en mer sammenhengende helse- og omsorgstjeneste.

Det ble bevilget 71,4 mill. kroner til Tørn i 2025 over post 60. Det foreslås å videreføre bevilgningen med 72,8 mill. kroner over post 71 i 2026.

Kurspakke for ufaglærte

Nasjonalt senter for aldring og helse har siden 2010 hatt i oppdrag å utvikle og tilby en kurspakke for ufaglærte. Formålet er opplæring av ufaglærte frem til fagbrev og autorisasjon som helsefagarbeider, alternativt kompetansebevis for deler av opplæringen de har gjennomført. Målgruppen er ansatte i omsorgstjenesten uten relevant helse- eller sosialfaglig utdanning, herunder ansatte med fremmedspråklig bakgrunn.

I 2024 fikk 107 deltagere fagbrev, og av disse hadde 32 deltagere minoritetsspråklig bakgrunn. I tillegg vil Aldring og helse følge opp deltakere som har bestått vg3, men mangler praksis, samt veilede og motivere deltakerne til å melde seg opp til fagprøven fortløpende, når praksiskravet er nådd. Dette er et kontinuerlig arbeid, som har gitt resultater gjennom at 11 av fagprøvene som ble gjennomført i 2024, er fra denne gruppen som manglet praksis.

Det ble bevilget 10,8 mill. kroner til kurspakke for ufaglærte over post 60 i 2025. Bevilgningen foreslås videreført med 11 mill. kroner over post 71 i 2026. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2025 og opptrappingsplan for heltid og god bemanning i omsorgstjenesten.

Menn i helse

Menn i helse skal bidra til økt rekruttering av menn til arbeid i helse- og omsorgstjenestene. Tiltaket rekrutterer menn i alderen 19–55 år og over med egnet ytelse fra Nav. Målet er fagbrev som helsefagarbeider gjennom et komprimert utdanningsløp. Menn i helse er et samarbeid mellom kommuner, fylkeskommuner, Nav og Helsedirektoratet, og ledes av KS.

I 2024 var Menn i helse etablert i fjorten av femten fylker og om lag 150 kommuner har samarbeidet eller samarbeider gjennom praksis og læreplasser. Oppdaterte tall for 2023 viser at det ved utgangen av 2023 var om lag 1 100 som hadde tatt fagbrev gjennom Menn i helse siden oppstarten i 2011. Ved utgangen av 2024 hadde om lag 1 400 tatt fagbrev.

Det ble bevilget 29,1 mill. kroner til Menn i helse i 2025. Det foreslås å videreføre bevilgningen med 30,1 mill. kroner i 2026. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2025, opptrappingsplan for heltid og god bemanning i omsorgstjenesten og er en del av Bo trygt hjemme-reformen.

Økt rekruttering av sykepleiere og helsefagarbeidere (Jobbvinner)

Jobbvinner er en nasjonal satsing med mål om å øke rekrutteringen av sykepleiere og helsefagarbeidere til helse- og omsorgstjenestene i kommunene. Kommunene skal være en attraktiv arbeidsplass og en god læringsarena for sykepleiere og helsefagarbeidere. Målet er at god bemanning og fagutvikling kommer brukere og pasienter til gode. Tiltaket inneholder flere enkelttiltak. KS er prosjektleder og samarbeider med Fagforbundet, Delta og Norsk Sykepleierforbund om gjennomføringen.

Helsedirektoratet melder om at tiltaket har høy måloppnåelse og at delprosjektet Mentor under Jobbvinner rapporteres som velfungerende. Gjennomføring av NM i helsefagarbeider ble godt gjennomført og vinner deltok i EM, med god plassering.

Det ble bevilget 12,6 mill. kroner i 2025 til Jobbvinner. Bevilgningen foreslås videreført med 13 mill. kroner i 2026. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2025, opptrappingsplan for heltid og god bemanning i omsorgstjenesten og er en del av Bo trygt hjemme-reformen.

Anmodningsvedtak

Redusere bruk av innleid arbeidskraft

Vedtak nr. 690, 4. juni 2024

> *«Stortinget ber regjeringen ta initiativ til å få på plass en samarbeidsavtale med KS og partene i arbeidslivet om å redusere bruken av innleid arbeidskraft fra bemanningsbyråer i helse- og omsorgstjenestene i kommunesektoren. Ansvaret for arbeidet med å redusere innleie fra bemanningsbyråer i kommunale helse- og oppvekstsjenester skal sikres gjennom partssamarbeidet mellom KS og partene i arbeidslivet.»*

Vedtaket ble truffet ved behandling av Meld. St. 9 (2023–2024) *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027 – Vår felles helsetjeneste*, jf. Innst. 387 S (2023–2024). Regjeringen viser til at det er iverksatt flere tiltak gjennom Kompetanseløft 2025, opptrappingsplan for heltid og god bemanning i omsorgstjenesten og Nasjonal helse- og samhandlingsplan, som på sikt vil kunne bidra til å redusere behovet for innleie i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Regjeringen vil i løpet av 2026 legge frem en helsepersonellplan som går frem til 2040 for å rekruttere og beholde fagkompetanse i helse- og omsorgstjenestene hvor også pårørendeperspektivet og pårørenderollen skal ivaretas. Partene vil involveres i arbeidet. Planen skal blant annet omfatte tiltak innen følgende innsatsområder i) arbeidsmiljø og arbeidsvilkår, ii) ansvars- og oppgavedeling og hensiktsmessig organisering av arbeidsprosesser, iii) teknologi og utstyr og iv) rekruttering til helse- og omsorgstjenestene. Med bakgrunn i pågående og planlagte tiltak i sektoren, hvor KS allerede er sterkt involvert og partssamarbeidet er fremtredende, er det per i dag ikke hensiktsmessig å etablere nye partssamarbeid. Regjeringen vil følge med på utviklingen i innleie fremover. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Kompetansehevende tiltak i omsorgstjenestene til samiske brukere

Tilskuddsordningen skal bidra til å bygge opp, implementere og styrke kvaliteten i helse- og omsorgstjenestene til brukere med samisk språk og kulturbakgrunn, gjennom fagutvikling og kompetanseheving. Tiltakene skal rettes mot områder som omfatter innbyggere med både sør-, nord- og lulesamisk språk og kultur. Tilskuddet skal bidra til å fremskaffe, initiere og spre kunnskap om behovene til samiske innbyggere som mottar kommunale helse- og omsorgstjenester, samt hvordan disse behovene best kan dekkes og bidra til økt kompetanse blant personell som yter kommunale helse- og omsorgstjenester til samiske brukere.

I 2024 mottok fire av sju søkere tilskudd over ordningen. Direktoratet vurderer måloppnåelsen på tilskuddsordningen som høy. Det rapporteres høy aktivitet med samarbeid på tvers av kommuner bl.a. om kommunens planverk for vold i nære relasjoner og nettverk for å styrke og utvikle helsetjenester for samisk befolkning. Helsedirektoratet melder om at tiltakene har bidratt til økt fokus på og tilpasning av tjenester til brukere med samisk språk og kulturbakgrunn.

Bevilgningen foreslås videreført med 1,3 mill. kroner i 2026. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2025.

Avsetning til fondet for etter- og videreutdanning for kiropraktorer

Det ble bevilget 11 mill. kroner til tilskudd til fond for etter- og videreutdanning for kiropraktorer i 2025. Bevilgningen foreslås videreført med 11,4 mill. kroner i 2026.

Tilskudd for å bedre legesituasjonen i Sogn og Fjordane og Finnmark

Det ble i 2025 gitt tilskudd for å bedre legesituasjonen i Sogn og Fjordane, Finnmark og til veiledningsgrupper for leger under spesialisering i samfunnsmedisin i Nord-Norge. Tilskuddet har eksistert lenge. Som varslet i statsbudsjettet for 2025, vil formålet med tilskuddet fra 2026 dekkes av tilskuddet Nasjonal ALIS og veiledning. Bevilgning foreslås avviklet.

Forskning og fagutvikling

I 2022 ble det innført resultatbasert finansiering for om lag 2 pst. av grunntilskuddet. Helsedirektoratet foretar omfordelingen av 2 pst. av tilskuddsmidlene basert på beregnede forskningspoeng for sentrene som mottar tilskudd over kap. 762, post 70, samt Nasjonalt forskningssenter for komplementær behandling og alternativ medisin (Nafkam) over kap. 783, post 79.

Tabell 4.9 viser gjennomsnittlig treårig beregning av forskningspoeng for forsknings- og kompetansesentre. Forskningspoeng omfatter publikasjonspoeng, poeng for doktorgrader og poeng for tildeling av ekstern finansiering fra Norges forskningsråd.

Nærmere beskrivelse av resultater fra måling av forskningsaktivitet for forsknings- og kompetansesentrene omfattet av omleggingen er tilgjengelig på regjeringens nettsider.

Helse- og omsorgsdepartementet har, i samråd med berørte departementer, utredet en mer samlet organisering av kompetansesentrene utenfor spesialisthelsetjenesten. Målet er å etablere et mer helhetlig system for bedre og mer koordinert støtte til kommunesektoren. Utredningen legger til grunn en desentralisert struktur med kompetansemiljø nær tjenestene. Det vises til nærmere omtale innledningsvis på kap. 760 og på kap. 765, post 74.

Tabell 4.9 Forskningspoeng (2024) og prosentandel av forskningspoeng (2022–2024)

Kap. 760 Kommunale helse- og omsorgstjenester og kap. 783 Personell	Forskningspoeng 2024	Prosent 2022–2024
Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin	13,3	13,6 %
Allmennmedisinsk forskningsenhet i Bergen	9,8	10,9 %
Allmennmedisinsk forskningsenhet Trondheim	14,6	15,7 %
Allmennmedisinsk forskningsenhet i Oslo	12,8	16,9 %
Allmennmedisinsk forskningsenhet i Tromsø	13	13,1 %
Senter for samisk helseforskning	9,5	6,5 %
Nasjonalt senter for distriktmedisin	3,5	3,5 %
Nasjonalt forskningssenter innen komplementær og alternativ medisin[1]	12,4	19,7 %
Totalt	88,9	100 %

[1] Nasjonalt forskningssenter innen komplementær og alternativ medisin (Nafkam) mottar midler over kap. 783, men inngår i denne sammenheng med gruppen sentre som får tildelt midler over kap. 760 Kommunale helse- og omsorgstjenester.

Allmennmedisinske forskningsenheter

Fire allmennmedisinske forskningsenheter (AFE) er lagt til de fire norske universitetene med medisinutdanning. Formålet med enhetene er å styrke kunnskapsgrunnlaget i allmennmedisin og derigjennom kvaliteten på allmennlegetjenestene. Enhetene skal i tillegg til forskning drive formidlingsaktivitet. Det stilles krav til tverrfaglig samarbeid og samarbeid med andre forsknings- og kompetansemiljøer. Forskningen ved enhetene er omfattende, og måloppnåelsen i 2024 vurderes som god.

Forskningsenhetene er viktige aktører i oppfølgingen av Nasjonal forsknings- og innovasjonsstrategi for helse og omsorg – et kunnskapssystem for bedre folkehelse (HelseOmsorg21-strategien). Ett av satsingsområdene er et kunnskapsløft for kommunene.

For 2025 ble det bevilget 18,6 mill. kroner til de allmennmedisinske forskningsenhetene hvorav 2 pst. var resultatavhengig. Det foreslås å bevilge 19,1 mill. kroner i 2026 hvorav 2 pst. gjøres avhengig av resultatbasert fordeling.

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM) ble etablert i 2004, og er faglig forankret ved Universitetet i Bergen. Formålet med NKLM er forskning, utredning, fagutvikling og veiledning innen legevaktmedisin. Målgruppen er helsepersonell og beslutningstakere i kommunal helsetjeneste, samt sentrale helsemyndigheter. Virksomheten omfatter også ansvar for kompetanseutvikling mv. i helsetjenestetilbudet til volds- og overgrepsutsatte i den kommunale helse- og omsorgstjenesten (legevakt) og i spesialisthelsetjenesten (overgrepsmottak). NKLM hadde høy produksjon og høy måloppnåelse i 2024.

For 2025 ble det bevilget 12,8 mill. kroner til NKLM hvorav 2 pst. var resultatavhengig. Det foreslås å bevilge 13,2 mill. kroner i 2026 hvorav 2 pst. gjøres avhengig av resultatbasert fordeling. Det vises også til omtale under kap. 765, post 75.

Tilskuddet vil bli evaluert av en ekstern evaluator høsten 2025.

Nasjonalt senter for distriktsmedisin

Nasjonal senter for distriktsmedisin (NSDM) er et kompetansesenter for den kommunale helse- og omsorgstjenesten i et samarbeid mellom Universitetet i Tromsø, Helsedirektoratet og Helse Nord RHF. Formålet er å fremme forskning og fagutvikling innen distriktsmedisinske problemstillinger, å bygge nettverk for leger og annet helsepersonell i distriktene samt bidra til å bygge bro mellom praksis og akademia og bidra til kvalitet, rekruttering og stabilitet i helsetjenesten i distrikt.

I 2024 har NSDM gjennomført forskning og fagutvikling innen distriktsmedisinske problemstillinger, og har prioritert aktivitetsområder som kunnskapsutvikling, brobyggervirksomhet mellom praksis, forskning utdanning og forvaltning, kvalitetsutvikling og innovasjon i tjenestene, rekruttering og stabilisering av personell og bygging av kompetansenettverk nasjonalt og internasjonalt. Måloppnåelsen i 2024 vurderes av Helsedirektoratet å være høy.

Det ble bevilget 5,5 mill. kroner i 2025, hvorav 2 pst. var resultatavhengig. Det foreslås å bevilge 5,7 mill. kroner i 2026, hvorav 2 pst. gjøres avhengig av resultatbasert fordeling.

Senter for samisk helseforskning

Formålet med tilskuddsordningen samisk helse er å bidra til likeverdige og kunnskapsbaserte helse- og omsorgstjenester til den samiske befolkningen. 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 (SSHF), som er et selvstendig senter ved Institutt for samfunnsmedisin ved UiT Norges arktiske universitet. Senterets hovedoppgave er å drive forskning med fokus på helse og levekår i den samiske befolkningen. Senteret har et bredt internasjonalt samarbeid.

SSHF drifter og har ansvar for flere forskningsprosjekt, sentrets største forskningsportefølje er SAMINOR, i tillegg driver senteret prosjektet Perseptiv på covid-19 i samiske samfunn i Norge. SSHF deltar også i GIDA-Sápmi, et samisk nettverk under The Global Indigenous Data Alliance (GIDA), som jobber for å sikre urfolks rett til selvbestemmelse over egne data. SSFH har også sammen med Folkehelseinstituttet utarbeidet kunnskapsgrunnlaget om folkehelse og levekår i samiske områder. Det ble bevilget 7,8 mill. kroner i 2025. Tilskuddet forvaltes av Helsedirektoratet. Det foreslås å bevilge 8 mill. kroner i 2026, hvorav 2 pst. som gjøres avhengig av resultatbasert fordeling.

Saminor 3

Senter for samisk helseforskning har gjennomført større befolkningsundersøkelser i kommuner med samisk befolkning i 2003–2004 og 2012–2014, kalt Saminor 1 og 2. Studiene har påvist flere helseutfordringer i den samiske befolkningen uten at årsakssammenhengene er kjent. En ny større undersøkelse, Saminor 3, startet opp i 2023 og vil etter planen pågå ut 2025. Nord-, lule- og sørsamiske områder vil inkluderes i studien. Formålet med forslaget om den videre bevilgningen er etterarbeid og oppfølging knyttet til datainnsamlingen.

Det ble bevilget 40,5 mill. kroner til Saminor 3 i saldert budsjett 2025. Det foreslås å redusere bevilgningen med 27 mill. kroner. Det foreslås 13,9 mill. kroner til Saminor 3 i 2026. For en sam-

let oversikt over bevilgninger til samiske formål vises det til publikasjonen Løyvingar til samiske formål i statsbudsjettet 2026 på regjeringen.no.

Samisk helseteam

Samisk helseteam/saemien healsoedåehkie bidrar til å utvikle likeverdige helsetjenester til samisk befolkning, gjennom et helseteam som utfører pasientbehandling, kompetanseheving og fagutvikling i kommuner og helseforetak. Målgruppen for arbeidet er befolkning i sør- og lulesamiske områder.

Samisk helseteam ble bevilget 5 mill. kroner i 2025. Det foreslås å videreføre bevilgningen med 5,2 mill. kroner i 2026.

Kommunenes strategiske forskningsorgan (KSF)

Kommunenes strategiske forskningsorgan (KSF) skal bl.a. definere kunnskapsbehov, mobilisere små og store kommuner, og medvirke til at forskningsbasert kunnskap blir spredd og tatt i bruk. Formålet er å ha en struktur som kan medvirke til et kunnskapssystem, for og med de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Bevilgningen tildeles KS. I 2025 har KS fortsatt arbeidet med konkretisering av tiltaket, herunder organiseringen av KSF. I tillegg til et nasjonalt nivå som er organisert og ledet av KS, er det er etablert syv KSF-regioner. Hver KSF-region har utpekt en vertskommune. Vertskommunene har rolle som pådriver for etablering og koordinering av tilhørende kommuner som samarbeider i klynger. I hver kommuneklynge er det en utpekt en motorkommune som har tatt på seg lederskap og sikrer nytte for alle involverte parter i klyngen. I 2025 er 97 kommuner inkludert, og det er etablert seks kommuneklynger og syv motorkommuner. Se også omtale på kap. 780, og i Kunnskapsdepartementets budsjettforslag.

Det ble bevilget 5,2 mill. kroner til KSF i 2025. Bevilgningen foreslås videreført med 5,4 mill. kroner på kap. 760, post 71 i 2026. Se også omtale på kap. 780, og i Kunnskapsdepartementets budsjettforslag

Forslaget må ses i sammenheng med forslaget om å bevilge 5,3 mill. kroner til Folkehelseinstituttets arbeid med utvikling av et kunnskapsstøttesystem for kommunale helse- og omsorgstjenester. Det vises til omtale på post 21.

Senter for kvalitet i legetjenesten

Stiftelsen Senter for kvalitet i legetjenesten (SKIL), etablert av Legeforeningen, spiller en viktig rolle i arbeidet med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet i kommunene. Arbeidet skal bidra til færre pasientskader, bedre pasientsikkerhetskultur og varige strukturer for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.

Det ble i 2025 bevilget 8,9 mill. kroner til SKIL. Bevilgningen foreslås videreført med 9,2 mill. kroner i 2026.

PraksisNett

Bedre kunnskap gjennom forskning er sentralt for å utvikle fremtidens helse- og omsorgstjeneste. Kunnskapsbasert tjenesteutøvelse og utvikling av den kommunale helse- og omsorgstjenesten forutsetter forskning og fagutvikling. PraksisNett er en infrastruktur for kliniske studier i allmennpraksis. Formålet med bevilgningen er å styrke kunnskapsgrunnlaget i og om tjenesten.

Det ble i 2025 bevilget 10,9 mill. kroner til PraksisNett. Bevilgningen foreslås videreført med 11,3 mill. kroner i 2026.

Antibiotikasenter for primærmedisin

Antibiotikasenter for primærmedisin (ASP) har som formål å fremme rasjonell og begrenset bruk av antibiotika i primærhelsetjenesten, og på den måten redusere utviklingen av antibiotikaresistens i Norge. ASP skal understøtte arbeidet med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i fastlegeordningen og øvrig allmennlegetjeneste. Det bevilges midler til drift av ASP som skal gå til forskning, utredning, fagutvikling og veiledning innen primærmedisin på områdene riktig antibiotikabruk, forebygging av infeksjoner i helsetjenesten og antibiotikaresistens. Hovedaktiviteten er bl.a. knyttet til å kvalitetsforbedringsprogrammer for riktigere antibiotikabruk, koordinering av faglig oppdatering av retningslinjen for antibiotikabruk i primærhelsetjenestene, smittevernkonferanse og kunnskapsspredning. I samarbeid med Folkehelseinstituttet er det i 2024 lansert en rapportløsning slik fastleger kan hente ut en rapport om egen antibiotikaforskriving. Helsedirektoratet vurderer måloppnåelsen som høy.

Det ble bevilget 7,9 mill. kroner til ASP i 2025. Det foreslås å videreføre bevilgningen med 8,2 mill. kroner i 2026.

Senter for omsorgsforskning

Senter for omsorgsforskning er gitt i oppdrag å arbeide med formidling av forskning og innovasjon, og å bistå Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester (USHT).

Helsedirektoratet vurderer høy måloppnåelse i 2024. Formidling av forskning gjøres bl.a. gjennom drift av Omsorgsbiblioteket.no og Tidsskrift for omsorgsforskning. Tidsskriftet er ett av de mest leste fra Universitetsforlagets 66 vitenskapelige tidsskrift. Høsten 2024 ble det utgitt et spesialnummer om prioriteringer i kommunale helse-, omsorgs- og velferdstjenester. Senter for omsorgsforskning har bidratt med veiledning og samarbeidet med USHT om flere prosjekter som demenssatsning, trygge ansatte og pasienter, og ledelse av pasientsikkerhet.

Senter for omsorgsforskning ble i saldert budsjett for 2025 bevilget 5,1 mill. kroner. Bevilgningen foreslås videreført med 5,3 mill. kroner i 2026.

Senter for omsorgsforskning mottar driftstilskudd over kap. 780, post 50.

Senter for alders- og sykehjemsmedisin

Målet med tilskuddet til Senter for alders- og sykehjemsmedisin (SEFAS) er å bidra til at personer med demens får god palliativ omsorgs i livets sluttfase, bidra til god oppfølging ved hjemmedød, samt å bidra til å løfte kompetansen og innovasjonene i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Senteret, som er en del av Universitetet i Bergen, arbeider med bl.a. forskning og implementering av forskningsbasert kunnskap i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og undervisning om palliativ omsorg ved livets slutt for personer med demens. SEFAS arbeid bidrar til innovasjon for økt kompetanse, kvalitet og pasientsikkerhet i fremtidens sykehjem og hjemmetjenester. SEFAS jobber for et paradigmeskifte i eldreomsorgen med fokus på teknologi og kunstig intelligens. Helsedirektoratet anser arbeidet for å være effektivt, og rapporterer høy måloppnåelse.

Det ble bevilget 3,4 mill. kroner til Senter for alders- og sykehjemsmedisin i 2025. Tilskuddet foreslås videreført med 3,5 mill. kroner i 2026.

Senter for medisinsk etikk

Formålet med bevilgningen er å bidra til etikkompetanse, god håndtering av etisk utfordrende situasjoner og gode prioriteringer i helse- og omsorgstjenesten, både den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten og i samarbeidet mellom tjenestenivåene.

Det overordnede målet er bærekraftige og tverrfaglige helse- og omsorgstjenester med god kvalitet, herunder god pasientmedvirkning og godt pårørendesamarbeid.

Målgruppen er virksomhetsledere og helsepersonell i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i spesialisthelsetjenesten, herunder de kliniske etikk-komiteene og etikk-rådene.

Senter for medisinsk etikk (SME) arbeider for å tilgjengeliggjøre relevant forskning på feltet og utvikle forskningsbaserte verktøy for arbeid med etiske problemstillinger, både i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i spesialisthelsetjenesten. Gjennom Klinisk etikkomité (KEK)/ etikkråd, etikkveiledere, refleksjonsgrupper og annen undervisning, veiledning og formidling når senteret ut til flere tusen ansatte, ledere, pasienter og pårørende hvert år. Særlig viktig er samarbeidet med KS sin satsing på etisk kompetanseheving, der det også er inngått en ny samarbeidsavtale.

Det ble bevilget 3,6 mill. kroner over posten til SME i 2025. Det foreslås å flytte bevilgningen til SME på 2,9 mill. kroner fra kap. 781, post 79, knyttet til nasjonal koordinering og fagutvikling av kliniske etikkomiteer i helseforetakene, for å samle tilskuddet til senteret. Det foreslås å bevilge 6,6 mill. kroner til SME i 2026.

Satsing på etisk kompetanseheving

Målet med tilskuddsordningen er å bidra til god etisk kompetanse i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Målet er videre at etisk refleksjon og systematisk etikkarbeid er en naturlig del av helse- og omsorgstjenestenes forbedringsarbeid og faglige utviklingsarbeid. Det overordnede målet er god kvalitet i tjenestene til pasienter og brukere i hele landet. Målgruppen er virksomhetsledere og helsepersonell i de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Etikksatsingen har i 2024 hatt særlig søkelys på områdene praksisnær etikkrefleksjon, palliasjon, pårørendesamarbeid, ledelse, etikksatsing i Finnmark, prioriteringer og digitalisering av etikksatsingen (Digetikk).

Gjennom satsingen frikjøpes regionale etikkrådgivere som støtter kommunene lokalt og regionalt. Etikksatsingen prioriterer metodekurs og lignende hvor målet er at det skal iverksettes etikkrefleksjon på arbeidsplassen etterpå. Det legges ned mye arbeid i form av forankringsmøter, kick-off, oppfølging mv. I 2024 har det gjennom satsingen bl.a. blitt lært opp/fulgt opp over 500 etikkveiledere, møtt over 600 ledere for å forankre etikkarbeidet i kommunen og ledere og ansatte i over 200 kommuner har bestilt/brukt verktøy fra etikksatsingen. Det har vært et bredt samarbeid med ulike fag- og kompetansemiljø og fagforeninger.

Satsingen er også inne som del av en rekke andre større satsinger knyttet til ledelse og kompetanse.

Etikksatsingen omfatter også utdeling av den prestisjefylte Etikkprisen, som for 2024 ble tildelt Kongsberg kommune.

Tilskuddsordningen sees i sammenheng med tilskuddsordningen Utvikle og styrke etisk kompetanse i helse- og omsorgstjenestene som innvilges Senter for medisinsk etikk (SME) ved Universitetet i Oslo.

Det ble i 2025 bevilget 4 mill. kroner til formålet. Det foreslås at bevilgningen videreføres med 4,1 mill. kroner i 2026.

Tiltaket inngår i Bo trygt hjemme-reformen. Tiltaket må sees i sammenheng med omtale av Senter for medisinsk etikk**.**

Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming

Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming (NAKU) skal styrke kompetansen, kvaliteten og pasientsikkerheten i det kommunale tjenestetilbudet til personer med utviklingshemming og være et faglig knutepunkt for utvikling av gode tjenester.

NAKU skal bidra til at kommunalt ansatte drar nytte av erfaringer i andre kommuner, faglig veiledning i nettverk og til tilgang på forskning og fagutvikling. Hovedmålgruppen er ansatte og beslutningstakere i helse- og omsorgstjenesten.

Helsedirektoratet rapporterer høy måloppnåelse i 2024. NAKU har bred, praksisnær og forskningsbasert aktivitet, med god brukerinvolvering og samarbeid med sentrale aktører.

I 2025 ble det bevilget 7,2 mill. kroner til NAKU. Det foreslås å videreføre bevilgingen med 7,4 mill. kroner i 2026.

Nasjonalt kompetansesenter for kultur, helse og omsorg

Målet er å bidra til utvikling og spredning av kulturbaserte tiltak og miljøbehandling som fremmer helse og livskvalitet, og ivareta samspillet mellom forskning, utdanning og praksis innen fagområdene kultur, helse og omsorg. Målgruppen er ansatte i og brukere av de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Kompetansesenteret samarbeider med enhetene i partnerskapet; Helse Nord Trøndelag, HUNT Forskningssenter, Levanger kommune og Trøndelag fylkeskommune.

Kompetansesenteret har i 2024 spredt og implementert integrert bruk av musikk, sang, dans og andre miljøbehandlingsmetoder. Hovedfokuset i 2024 var utvikling og lansering av nye nettsider. Det er også arbeidet med publikasjoner til tidsskrifter og prosjekter.

Kompetansesenteret har bidratt til utvikling av systematiske kunst- og kulturtiltak som fremmer helse og livskvalitet hos brukere av helse- og omsorgstjenester ved å anskaffe en videreutvikling av nasjonalt opplæringsprogram i miljøbehandling med integrert musikk, sang og bevegelse.

Det ble bevilget 3,4 mill. kroner i 2025. Det foreslås å videreføre bevilgningen med 3,5 mill. kroner til Nord universitet på vegne av partnerskapet for Nasjonalt kompetansesenter for kultur, helse og omsorg i 2026.

Fagnettverk Huntington

Formålet med bevilgningen er å bedre det kommunale helse- og omsorgstilbudet for personer med huntingtons sykdom og deres familier. Bevilgningen skal sikre drift av landsdekkende fagnettverk for kompetanse på kommunal tilrettelegging av helse- og omsorgstjenester til pasienter med huntington. Fagnettverket er etablert med fem regionale ressurssentre som har ansvar for bl.a. drift og utvikling av hvert sitt regionale fagnettverk. Ressurssentrene skal være pådrivere for kunnskapsbasert praksis og bidra til kommunal tilrettelegging av helse- og omsorgstjenester, spesielt for mennesker i siste fase av huntingtons sykdom.

Helsedirektoratet rapporterer høy måloppnåelse. Ressurssentrene hadde 45 pasienter på døgnbasis i 2024, samt fire på dagopphold. De samarbeider planmessig, og drifter ett eller flere fagnettverk i sine regioner. Nettsiden brukes aktivt til å informere om kurs og arrangementer og e-læring. Opplæring og veiledning av ansatte i kommunene gjennomføres fysisk eller digitalt.

Det ble bevilget 6,1 mill. kroner til fagnettverket huntington i 2025. Bevilgningen foreslås videreført med 6,3 mill. kroner**.**

Miljøbehandling og integrert bruk av musikk og sang

Nasjonalt kompetansesenter for kultur, helse og omsorg er ansvarlig for opplæringsprogrammet Musikkbasert miljøbehandling (MMB). Formålet med programmet er å videreutvikle og spre opplæringsprogram om miljøbehandling og integrert bruk av musikk og sang. Opplæringsprogrammet er for ansatte i helse- og omsorgssektoren som arbeider nært brukere og pasienter i alle aldre og med ulike sykdommer og lidelser, basert på musikk, sang og bevegelse innenfor kliniske rammer. Opplæringsprogrammet avsluttes ved årsslutt i 2025.

Det ble bevilget 5,3 mill. kroner i 2025. Nåværende kontrakt går ut 31. desember 2025. Det rapporteres at det er lite etterspørsel etter tiltaket. Det foreslås derfor at tilskuddet avvikles. Det vises for øvrig til forslag om nytt tilskudd aktivitetstiltak for eldre på post 70.

Gruppeveiledning

I spesialistutdanningen i allmennmedisin er det obligatorisk å gjennomføre to år i veiledningsgruppe. Arbeidet i veiledningsgruppene er i hovedsak rettet mot problemstillinger legene står overfor i sitt daglige arbeid. Legeforeningen forvalter på vegne av Helse- og omsorgsdepartementet ordningen med gruppeveiledning. Det foreslås å flytte 10,3 mill. kroner fra kap. 760, post 60 til å dekke kostnader ved gjennomføring av gruppeveiledning.

Helseinnovasjonssenteret i Kristiansund

Helseinnovasjonssenteret i Kristiansund arbeider med kompetanseutvikling og innovasjon for å møte fremtidens utfordringer på helse- og omsorgsfeltet med bærekraftige og gode tiltak og tjenester. Helseinnovasjonssenteret har gjennom 2024 vært involvert i 28 prosjekter i samarbeid med ulike aktører. Dette er noe færre enn i 2023. Fire av disse prosjektene er nystartet og åtte er ferdigstilt i 2024. Prosjektene dekker flere tematiske områder. Senteret har i 2024 hatt fokus på forebygging og utvikling av lavterskeltilbud for å fremme god fysisk og mental helse og for å forebygge og bremse sykdomsutvikling. Samhandling mellom spesialist- og primærhelsetjenesten har også vært sentralt i flere av prosjektene. Senteret har også arbeidet mye med å formidle kunnskap og erfaringer, og undersøke hva som skal til for at tjenesten skal ta i bruk innovasjon. Helseinnovasjonssenteret opplever stor interesse for praksisnær forskning og utvikling. Helsedirektoratet vurderer at senteret kan vise til stor aktivitet i 2024. Foreløpig foreligger det begrenset dokumentasjon om implementering, brukernes erfaringer og opplevd nytte.

Det ble bevilget 11,8 mill. kroner til tiltaket over kap. 760, post 60 for 2025. Bevilgningen foreslås videreført med 12 mill. kroner over post 71 i 2026.

Post 72 Aldersvennlige boliger

Det foreslås at det opprettes en ny tilskuddsordning til privatpersoner til oppgradering av egen bolig. Det foreslås å bevilge til sammen 98 mill. kroner til formålet i 2026, hvorav 89 mill. kroner i tilskuddsmidler over denne posten og 9 mill. kroner over kap. 2412, post 45 over Kommunal- og distriktsdepartementet budsjett til å dekke Husbankens kostnader i 2026 til utvikling og drift av søknads-, saksbehandlings- og utbetalingsløsning knyttet til tilskuddet.

Det foreslås at statens andel av kostnadene knyttet til oppgradering utgjør 25 pst. av kostnadene inntil 75 000 kroner per bolig. Tilskuddet skal rettes mot privatpersoner. Ytterligere konkretisering av tiltak som omfattes av tilskuddet og krav for å få tilskudd vil bli presisert i regelverk for ordningen gjennom forskrift.

Formålet med bevilgningen er å stimulere til at flere oppgraderer egen bolig ved å gjøre den mer aldersvennlig og øke andelen egnede boliger i markedet. Det er viktig å bygge tilgjengelige boliger for fremtiden, men de fleste boligene vi skal bo i er allerede bygget. Det er derfor behov for tiltak som retter seg inn mot eksisterende boligmasse. Samtidig er det en utfordring at svært få gjør slike tiltak. Tilskuddet forventes å øke insentivene for befolkningen til å gjennomføre denne typen oppgraderinger og bidra til at flere boliger blir utbedret og tilgjengelige for eldre og personer med funksjonsnedsettelser.

En egnet bolig kan bidra til at flere som ønsker det kan bli boende hjemme lenger, også når helsen blir dårligere. Det vil videre kunne gi gevinster som redusert ressursbruk for tjenestene gjennom utbedring av fysiske hindre og kunne utsette behovet for heldøgns omsorgsplass ved at eldre klarer seg lengre i egen bolig. Dette kan gi en samfunnsøkonomisk gevinst. Tiltaket er i tråd med regjeringens eldreboligprogram.

Kap. 761 Omsorgstjeneste

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2024	Saldert budsjett 2025	Forslag 2026
21	Spesielle driftsutgifter, *kan nyttes under post 79*	142 196		
60	Kommunale kompetansetiltak, *kan overføres*	10 410		
61	Vertskommuner	807 853		
63	Investeringstilskudd til heldøgns omsorgsplasser, *kan overføres, kan nyttes under post 69*	1 815 292		
64	Kompensasjon for renter og avdrag	972 920		
67	Utviklingstiltak	90 131		
68	Kompetanse og innovasjon	444 634		
69	Investeringstilskudd – netto tilvekst, *kan overføres*	791 785		
71	Frivillig arbeid mv.	29 784		
72	Landsbystiftelsen	96 365		
73	Særlige omsorgsbehov	46 687		
75	Andre kompetansetiltak	15 586		
79	Andre tilskudd, *kan nyttes under post 21*	156 314		
	Sum kap. 761	5 419 957		

Ved Stortingets behandling av Prop. 1 S (2024–2025), jf. Innst. 11 S (2024–2025) ble det vedtatt å avvikle kap. 761 Omsorgstjeneste og kap. 762 Primærhelsetjeneste som følge av opprettelsen av nytt kap. 760 Kommunale helse- og omsorgstjenester.

Kap. 762 Primærhelsetjeneste

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2024	Saldert budsjett 2025	Forslag 2026
21	Spesielle driftsutgifter, *kan nyttes under post 70*	181 829		
60	Forebyggende helsetjenester	481 221		
61	Vertskommunetilskudd -Tjenester til innsatte og internerte	211 802		
63	Allmennlegetjenester	691 142		
70	Tilskudd, *kan nyttes under post 21*	119 087		
73	Seksuell helse, *kan overføres*	63 209		
74	Stiftelsen Amathea	20 779		
	Sum kap. 762	1 769 069		

Ved Stortingets behandling av Prop. 1 S (2024–2025), jf. Innst. 11 S (2024–2025) ble det vedtatt å avvikle Kap. 761 Omsorgstjeneste og kap. 762 Primærhelsetjeneste som følge av opprettelsen av nytt kap. 760 Kommunale helse- og omsorgstjenester.

Kap. 765 Psykisk helse, rus og vold

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2024	Saldert budsjett 2025	Forslag 2026
21	Spesielle driftsutgifter, *kan overføres, kan nyttes under post 72*	187 743	193 147	205 623
60	Kommunale tjenester, *kan overføres*	363 961	373 812	440 928
62	Rusarbeid, *kan overføres*	470 250	483 411	448 611
71	Brukere og pårørende, *kan overføres*	168 898	158 283	151 715
72	Frivillig arbeid mv., *kan overføres, kan nyttes under post 21*	582 942	612 737	654 082
73	Utviklingstiltak mv.	139 961	145 869	148 570
74	Kompetansesentre, *kan overføres*	392 802	404 875	412 374
75	Vold og traumatisk stress, *kan overføres*	288 764	308 459	318 470
	Sum kap. 765	2 595 321	2 680 593	2 780 373

Endringsforslag utover gjennomgående budsjettiltak omtalt i del I, og generell pris- og lønnsjustering:

- 60 mill. kroner i økt bevilgning til utvikling, tilpasning og etablering av kunnskapsbaserte lavterskeltilbud innen psykisk helse- og rusmiddelfeltet.
- 15 mill. kroner i økt bevilgning til tilskuddsordningen til hjelpetelefoner og chat.
- 15 mill. kroner i økt bevilgning til tilskuddsordningen til samtale og mestringstilbud innen psykisk helse, rus og vold.
- 10 mill. kroner i økt bevilgning til å øke utbredelsen av digitale selvhjelps- og behandlingstilbud innen psykisk helse.
- 5,5 mill. kroner i økt bevilgning til datainnsamling blant overlevende og etterlatte etter 22. juli.
- 1,3 mill. kroner i økt bevilgning til Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) sitt arbeid mot kjønnslemlestelse, mot at Arbeids- og inkluderingsdepartementets kap. 601, post 21 reduseres tilsvarende.
- 44 mill. kroner i redusert tilskudd til kommunalt rusarbeid.
- 9,5 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til avvikling av tilskudd til Pårørendesenteret.
- 2,5 mill. kroner flyttet til Justis- og beredskapsdepartementets kap. 433, post 70 knyttet til etableringen av nasjonalt senter for innsats mot radikalisering og voldelig ekstremisme.
- 1,1 mill. kroner flyttet til kap. 740, post 01, knyttet til Helsedirektoratets arbeid med tiltak for riktigere legemiddelbruk blant barn og unge innen psykisk helse.

Bevilgningen dekker statlige stimuleringsmidler til arbeid på psykisk helse- og rusmiddelfeltet samt områdene vold og overgrep, traumatisk stress, selvmord og selvskading. Videre dekker bevilgningen prosjekter innen satsingen arbeid og psykisk helse, midler til styrking av brukermedvirkning, pårørendearbeid, frivillig og ideelt arbeid og drift av kompetansesentre innen psykisk helse, rusmiddel- og voldsfeltet.

Psykisk helse-, rusmiddel- og voldsfeltet er viktige satsingsområder for regjeringen. Tidlig innsats er viktig for å motvirke at psykiske plager og rusmiddelproblemer utvikler seg, og for å redusere de negative konsekvensene av vold og overgrep. Regjeringen vil senke terskelen for å søke hjelp, bl.a. gjennom satsing på lavterskeltilbud og oppsøkende arbeid. All innsats på feltet må bygge på kunnskapsbaserte tilnærminger.

Tjenestene må utvikles i tråd med tillitsreformens mål om at alle innbyggere skal få bedre offentlige tjenester, til rett tid, slik at høy tillit til helse- og omsorgstjenesten opprettholdes. God samhandling i og mellom helse- og omsorgstjenestene, og på tvers av sektorer, er viktig for effektiv ressursutnyttelse og sammenhengende tjenestetilbud. Tjenestene må være helhetlige, tilgjengelige, av god kvalitet og tilpasset den enkeltes behov.

Personer med psykiske lidelser og rusmiddellidelser lever betydelig kortere enn den generelle befolkningen. Det handler bl.a. om mangelfull behandling og oppfølging av somatiske sykdommer. Regjeringen vil redusere sosiale helseforskjeller, også for denne gruppen. Brukerne må oppleve at tilbudene dekker deres behov og gir mestring og bedre livskvalitet.

Vold i nære relasjoner og overgrep er et stort folkehelseproblem med alvorlige helsekonsekvenser og store samfunnsøkonomiske kostnader. Det er derfor viktig å forebygge vold og sørge for at de som rammes, får nødvendig hjelp.

Det må legges til rette for samarbeid mellom bruker- og pårørendeorganisasjoner, fagfeltet og myndighetene. Ideell og frivillig sektor, herunder brukerorganisasjonene, utfyller det offentlige tilbudet gjennom lavterskeltilbud, sosial støtte og fellesskap. Brukermedvirkning må skje på systemnivå, tjenestenivå og i direkte samarbeid mellom bruker og tjenesteyter. Innbygger- og brukerinvolvering er et viktig prinsipp for utvikling av tjenestene.

Opptrappingsplan for psykisk helse

Regjeringen la i juni 2023 frem Meld. St. 23 (2022–2023) *Opptrappingsplan for psykisk helse (2023–2033)*. Planen ble behandlet av Stortinget i 2023. Målet med planen er at flere skal oppleve god psykisk helse og livskvalitet, og at de som har behov for psykisk helsehjelp skal få god og lett tilgjengelig hjelp. Planen gjelder for hele befolkningen, med særlig oppmerksomhet rettet mot barn og unge. Gjennom planen vil regjeringen satse på helsefremmende og forebyggende arbeid, god hjelp der folk bor og å styrke tilbudet til personer med langvarige og sammensatte behov.

Helse- og omsorgsdepartementet koordinerer oppfølgingen av planen på departementsnivå, bl.a. gjennom en tverrdepartemental arbeidsgruppe for psykisk helse. Helsedirektoratet har ansvar for å sikre en tverretatlig samordning av oppfølgingen av planen, samt samarbeide med andre aktører som Folkehelseinstituttet, regionale helseforetak (RHF), statsforvalterne m.fl.

For å følge utviklingen og måloppnåelsen av planen har regjeringen formulert åtte resultatmål. Helsedirektoratet har i 2025 levert første rapport om status for resultatmålene.

I 2024 og 2025 har Helsedirektoratet utarbeidet en gjennomføringsplan for opptrappingsplanen og arbeidet med sentrale tiltak i planen er satt i gang. Direktoratet har levert en utredning av hvordan likeverdig tilgang til lavterskeltilbud i hele landet kan sikres og har påbegynt forslag til en pilot for en integrert ungdomstjeneste på ett nivå for unge med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer, og utredning av grunnlaget for å etablere en offentlig spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for psykologspesialister.

Helsedirektoratet har også jobbet videre med påbegynte tiltak, som å prøve ut nye tjenestemodeller mellom Nav og kommunale helsetjenester i samarbeid med Arbeids- og velferdsdirektoratet og bistått Utdanningsdirektoratet med å utarbeide en kompetansepakke til bruk i skolen om det tverrfaglige emnet folkehelse og livsmestring, der psykisk helse inngår. Nasjonale faglige råd for skjermbruk blant barn, unge og foresatte er utarbeidet av Helsedirektoratet og skal hjelpe foreldre og andre voksne med å støtte barn og unge til å bruke skjerm på en sunn og bevisst måte på fritiden. Direktoratet har jobbet med et kompetanseprosjekt om spiseforstyrrelser som særlig retter seg mot kommunene. De utvikler en kompetansepakke rettet mot psykiske helsetjenester til barn og unge i kommunen, og informasjonsmateriell tjenestene kan bruke rettet mot ungdom, gravide, foreldre og andre fagfolk i kommunen. For nærmere omtale, se kap. 765, post 21. Det etableres en nasjonal kompetansetjeneste for spiseforstyrrelser i spesialisthelsetjenesten fra 2026. Denne skal heve kompetansen om forebygging og behandling av spiseforstyrrelser i spesialisthelsetjenesten og bidra til å øke kvaliteten i hele pasientforløpet – også mellom tjenestenivå. Regjeringen ønsker også en mer tematisk organisering slik at de med spiseforstyrrelser møter spesialiserte fagteam.

Folkehelseinstituttet har formalisert en nasjonal samordningsgruppe med representanter fra norske fagmiljø for å sikre oppdatert kunnskap om forekomsten av psykiske plager og lidelser. For nærmere omtale, se kap. 714, post 21. Fylkeskommuner, kommuner og organisasjoner kan få støtte til å fremme god psykisk helse i befolkningen gjennom folkehelsekampanjen ABC for god psykisk helse. Kampanjen støttes opp av en nasjonal informasjonskampanje som gjennomføres av Helsedirektoratet. 11 av 15 fylkeskommuner

søkte og fikk tilskudd gjennom ordningen i 2025. For nærmere omtale, se kap. 714, post 60.

Det er besluttet at det skal utarbeides en ny, spisset handlingsplan for forebygging av selvmord, se nærmere omtale senere i kapittelet. Frem til ny handlingsplan foreligger, vil Handlingsplan for forebygging av selvmord 2020–2025 – Ingen å miste følges opp og forlenges.

Egenandelsfritak i psykisk helsevern og TSB t.o.m. fylte 25 år er innført fra 1. januar 2025.

I tråd med opptrappingsplan for psykisk helse vil barn og unge som henvises til psykisk helsevern som hovedregel få tilbud om en vurderingssamtale hvor videre oppfølging i spesialisthelsetjenesten eller i den kommunale helse- og omsorgstjenesten avklares. Målet er riktig pasient på riktig sted til riktig tid og at pasienter får rask avklaring og hjelp til å orientere seg i hjelpetilbudet. Dette krever samarbeid med kommunen slik at de som ikke trenger spesialisthelsetjenester, får oppfølging i kommunen ved behov. Alle sykehus i Helse Sør-Øst, Helse Vest og Helse Midt, samt UNN i Helse Nord har innført vurderingssamtale og/eller dialog ved henvisning til psykisk helsevern for barn og unge. De regionale helseforetakene har i 2025 fått i oppdrag å etablere tidlig avklaringsteam/ulike typer vurderingssamtaler i psykisk helsevern for voksne i samarbeid med kommunene. Helsedirektoratet samarbeider med helseforetakene om egnede modeller og rammebetingelser.

Arbeidet med å forebygge bruk av tvang i psykisk helsevern, herunder mekaniske tvangsmidler og tvangsinnleggelser, fortsetter som del av opptrappingsplanen. De regionale helseforetakene har i 2025 fått i oppdrag å gjennomgå egen praksis på dette området, som grunnlag for å forebygge tvang bedre. Det vises til omtale av anmodningsvedtak nr. 125 (7. desember 2023).

Regjeringen la i september 2025 frem handlingsplanen «Bedre helsehjelp – flere gode år» for å heve levealderen hos mennesker med alvorlige psykiske lidelser og/eller alvorlige rusmiddelproblemer. Planen vektlegger særlig tiltak for forebygging og behandling av somatiske sykdommer.

Det er inngått avtale med Sintef om et evalueringsprogram for opptrappingsplanen.

Gjennom opptrappingsplanen vil regjeringen styrke psykisk helsefeltet med minst 3 mrd. kroner over ti år. Dette er en permanent styrking til et nytt nivå. Så langt i planperioden har det blitt bevilget over 1 mrd. kroner til oppfølging av tiltak i opptrappingsplanen og forebyggings- og behandlingsreformen for rusfeltet. Det foreslås en ytterligere opptrapping med 140 mill. kroner til oppfølging av tiltak i opptrappingsplanen i 2026, som tar totalen opp til 1,2 mrd. kroner:

- 60 mill. kroner til utvikling, tilpasning og etablering av kunnskapsbaserte lavterskeltilbud innen psykisk helse- og rusmiddelfeltet (kap. 765, post 60).
- 30 mill. kroner til å styrke frivillige organisasjoner som driver lavterskeltilbud (kap. 765, post 72).
- 10 mill. kroner til å øke utbredelsen av digitale selvhjelps- og behandlingstilbud innen psykisk helse (kap. 765, post 21).
- 40 mill. kroner til helseteam tilknyttet alle barnevernsinstitusjoner (kap. 732, post 72–75).

Det vises også til kap. 760, post 71, der det foreslås å bevilge 10 mill. kroner til en nasjonal prøveordning med henvisningsrett til Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) for helsesykepleiere. Det foreslås også 20 mill. kroner til lønnstilskudd til kommuner med ansatte sykepleiere som vil ta utdanning som helsesykepleiere.

Anmodningsvedtak

Oppfølging og hjelpeapparat for forebygging av fødselsdepresjon

Vedtak nr. 518, 3. mai 2022

> *«Stortinget ber regjeringen sikre bedre oppfølging og hjelpeapparat i forbindelse med svangerskap og barseltid for å forebygge og behandle fødselsdepresjon.»*

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:85 S (2021–2022), jf. Innst. 255 S (2021–2022).

Forebygging og behandling av fødselsdepresjon omtales i Meld. St. 23 (2022–2023) *Opptrappingsplan for psykisk helse (2023–2033)*. I Meld. St. 28 (2024–2025) *Tro på framtida – uansett bakgrunn* (Oppvekstmeldinga) har regjeringen lagt frem en samlet politikk for de første årene av et barns liv, med særlig oppmerksomhet på perinatal mental helse, det vil si psykisk helse under svangerskapet, og i perioden etter fødselen. Viktige elementer i den samlede politikken er blant annet god og tilgjengelig universell foreldrestøtte, gode og tilgjengelige barnehager, god oppfølging av dem som trenger ekstra støtte, og forebygging av vold, overgrep og omsorgssvikt. I Meld. St. 9 (2023–2024) *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024-2027* omtales tiltak for å sikre sammenhengende, trygt og helhetlig tilbud gjennom svangerskap, fødsel og barseltid. Helsedirektoratet, i samarbeid med Norsk helsenett SF, har fått oppdrag

om å legge til rette for bedre og kvalitetssikret foreldrestøtte til kommende og nye foreldre gjennom digitale tilbud tilpasset ulike situasjoner og faser i familiers liv. Arbeidet sees i sammenheng med digitalt helsekort for gravide. Høsten 2025 ble det lansert to tjenester på Helsenorge, Gravid og Småbarnsliv, som skal gi kvalitetssikret hjelp og støtte til gravide og småbarnsfamilier. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Personlige økonomiske hensyn i det selvmordsforebyggende arbeidet

Vedtak nr. 124, 7. desember 2023

> *«Stortinget ber regjeringen sikre at tiltak for å avdekke og håndtere gjeldsproblematikk og økonomiske problemer får en plass i det selvmordsforebyggende arbeidet.»*

Vedtaket ble truffet ved behandling av Meld. St. 23 (2022–2023) *Opptrappingsplan for psykisk helse (2023–2033)*, jf. Innst. 108 S (2023–2024). Regjeringen har besluttet at det skal utarbeides en ny, spisset handlingsplan for forebygging av selvmord. Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet har fått i oppdrag å gi anbefalinger om innsatsområder, resultatmål og tiltak i en ny handlingsplan. Etatene er særskilt bedt om forslag til tiltak for å adressere sammenhengen mellom økonomiske problemer/gjeld og selvmord. Frem til ny handlingsplan foreligger, vil Handlingsplan for forebygging av selvmord 2020–2025 – Ingen å miste følges opp og forlenges. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Helseutfordringer knyttet til rasisme og diskriminering

Vedtak nr. 121, 7. desember 2023

> *«Stortinget ber regjeringen i oppfølgingen av opptrappingsplanen inkludere de psykiske helseutfordringene mennesker som utsettes for rasisme og diskriminering opplever, samt sikre at helsetjenestene får mer kunnskap om disse sammenhengene.»*

Vedtaket ble truffet ved behandling av Meld. St. 23 (2022–2023) *Opptrappingsplan for psykisk helse (2023–2033)*, jf. Innst. 108 S (2023–2024). Regjeringen har gjort mye for å motvirke rasisme og diskriminering, blant annet gjennom Handlingsplan mot rasisme og diskriminering – Ny innsats 2024–2027. Planen er rettet mot rasisme og diskriminering som ungdom opplever, og den vektlegger innsatsen i kommuner og lokalsamfunn. Handlingsplanen skal bidra til regjeringens mål om å bygge et samfunn med sterkere fellesskap og like muligheter for alle. Folkehelseinstituttet har videre fått i oppdrag om å skaffe oversikt over hvordan sammenhengen mellom opplevd rasisme og diskriminering og helse adresseres i eksisterende undersøkelser og vurdere om det er behov for å sammenstille og videreutvikle disse for å kartlegge sammenhengen mellom rasisme, diskriminering og helse nærmere. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Forebyggings- og behandlingsreform for rusfeltet

Regjeringen la i oktober 2024 frem Meld. St. 5 (2024–2025) *Trygghet, fellesskap og verdighet*. Meldingen utgjør forebyggings- og behandlingsreformen for rusfeltet del I. Gjennom reformens seks innsatsområder vil regjeringen forebygge rusmiddelproblemer bedre og komme tidligere inn med god hjelp, behandling og oppfølging.

Flere rapporter, bl.a. fra Norges institusjon for menneskerettigheter (NIM), viser at personer med rusmiddelproblemer og avhengighet oftere enn andre opplever stigmatisering og forskjellsbehandling. Forebyggings- og behandlingsreformen har derfor et tydelig helse- og rettighetsperspektiv og understreker at retten til helse etter FNs konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter (ØSK) artikkel 13, også gjelder for personer med rusmiddelproblemer. Behandling og oppfølging av personer med rusmiddelproblemer og avhengighet skal skje på lik linje som for andre pasientgrupper og lidelser.

Regjeringen har allerede igangsatt flere av tiltakene i reformen. I 2024 fikk Helsedirektoratet i oppdrag å utrede et helhetlig system for monitorering av rusmiddelsituasjonen og innføring av en beredskapstenkning og struktur for varsling av særlig farlige rusmidler. Systemet skal regelmessig følge utviklingen i den samlede rusmiddelbruken, beskrive utbredelse og bruk i ulike grupper og konsekvenser av slik bruk. En slik systematisk tilnærming skal gi nasjonale myndigheter, kommuner og andre relevante lokale aktører, et løpende oppdatert kunnskapsgrunnlag om forekomst av ulike rusmidler og den generelle rusmiddelbruken i samfunnet. Innsamlede data skal danne grunnlag for å kunne iverksette adekvate tiltak nasjonalt og lokalt.

I 2025 har regjeringen igangsatt arbeidet med en plan for å forebygge stigmatisering og fordommer, herunder også negativ forskjellbehandling,

og Helsedirektoratet har i 2025 lagt frem en handlingsplan mot overdoser, se egen omtale under kap. 765, post 21.

Tilbudene til de mest utsatte og marginaliserte brukerne av rusmidler må videreutvikles. Endringer i brukerromsforskriften som bl.a. gir hjemmel for å gjøre unntak fra enkelte av kravene til brukerromsordningens innhold og bemanning, trådte i kraft 1. juli 2025. I tillegg åpner forskriften for å tilby rusmiddelanalyse til registrerte brukere. Resultater fra rusmiddelanalyser kan inngå i det helhetlige monitoreringssystemet for rusmiddelsituasjonen, og det kan være aktuelt med en slik tjeneste også i kommuner som ikke har brukerrom. Helsedirektoratet har derfor fått i oppdrag å utrede juridiske og faglige forhold som er nødvendige for å kunne etablere rusmiddelanalysetjenester utenfor brukerromsordningen, herunder foreslå nødvendig lovhjemmel. Regjeringen vil også fremme forslag om endringer i brukerromsloven for å gjøre det enklere for kommunene å etablere brukerrom.

Regjeringen ser behov for nye grep for å sikre at flere får tilgang til medikamentell behandling av sine rusmiddellidelser. Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) skal utvides og gjøres mer tilgjengelig for personer med problembruk av opioider. Dette gjelder bl.a. personer som har behov for mer fleksible helsetjenester. Flere større byer har allerede lavterskel inngang til LAR og ambulant oppfølging. Det er likevel et potensial for økt rekruttering av pasienter gjennom en mer oppsøkende og fleksibel tilnærming. I tillegg til oppdragsdokument for 2025 har derfor de regionale helseforetakene fått i oppdrag å utvide tilbudet om legemiddelassistert rehabilitering og gjøre det mer tilgjengelig for personer med problembruk av opioider som av ulike grunner ikke mottar LAR i dag.

Regjeringen vil bygge fremtidens rus- og avhengighetsbehandling på best mulig faglig grunnlag. Derfor har regjeringen satt ned et offentlig utvalg som skal utrede fremtidens rusmiddel- og avhengighetsbehandling, hvor oppgave- og funksjonsfordeling mellom nivåene i helse- og omsorgstjenestene optimaliseres. Utredningen omfatter også å sikre at legemiddelassistert rehabilitering (LAR) gir et helhetlig og kunnskapsbasert tilbud til rusmiddelavhengige. Formålet med utredningen er å sikre god kvalitet i tjenestene og rask tilgang til riktig behandling på best effektive omsorgsnivå (BEON-prinsippet). Organisering, styring og finansiering må legge til rette for tilgjengelige tjenester, god samhandling, koordinerte forløp og effektiv bruk av de samlede tilgjengelige økonomiske og personellmessige ressursene. Utvalget skal levere en NOU innen desember 2026 og utredningen vil være sentral for det videre arbeidet innen rusmiddelfeltet.

I 2025 ble Folkehelseinstituttet bedt om en kunnskapsoppsummering om bruk av tvang (tilbakehold i institusjon uten samtykke) overfor personer med rusmiddelproblemer. Helse- og omsorgsdepartementet vil, etter at kunnskapsoppsummeringen er ferdigstilt, vurdere behov for ytterligere kunnskap om anvendelse og effekt av tvang ved behandling av rusmiddellidelser.

Regjeringen vil styrke kompetansen om problematisk rusmiddelbruk ved behandlingstilbudene til barn og unge. I dag har både barnevernet og spesialisthelsetjenesten et ansvar for behandlingstilbud for barn med omfattende rusmiddelproblemer. Gjennom behandlingen av Prop. 83 L (2024–2025) *Endringer i barnevernsloven mv. (kvalitetsløftet i barnevernet)* har Stortinget gitt tilslutning til å overføre ansvaret for spesialisert rusbehandling fra barnevernet til helsetjenesten. De regionale helseforetakene har i 2025 fått i oppdrag å utarbeide og iverksette en nasjonal plan for utbygging av tjenestetilbudet til barn og unge med rusmiddelproblemer.

Regjeringen fortsetter utviklingen og implementeringen av det nasjonale programmet for rusforebyggende arbeid blant barn og unge i 2026, se nærmere omtale under kap. 714, post 21.

Helsedirektoratet fikk i 2025 i oppdrag å utarbeide en plan for gjennomføring av tiltakene i forebyggings- og behandlingsreformen. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget med gjennomføring av tiltakene i meldingen bl.a. i forbindelse med de årlige budsjettfremleggene.

Samlet er det en betydelig andel av bevilgningene på Helse- og omsorgsdepartementets budsjett som går til psykisk helse- og rusmiddelfeltet i form av tilskudd. Det er en målsetting at tilskuddsmidler på psykisk helse- og rusmiddelfeltet skal benyttes mer målrettet og effektivt, samt innrettes på en måte som understøtter en helhetlig og sammenhengende utvikling på feltet. Regjeringen skal i 2026 følge opp dette gjennom den helhetlige gjennomgangen av tilskuddsordninger på psykisk helse- og rusfeltet som ble vedtatt under Stortingets behandling av Meld. St. 5 (2024–2025) *Trygghet, fellesskap og verdighet*. En slik gjennomgang vil medføre endringer og omprioriteringer i og mellom relevante tilskuddsordninger.

Personer med omfattende og alvorlige rusmiddelproblemer skal ikke straffes for bruk og befatning med narkotika til egen bruk, men få god hjelp og oppfølging. Samfunnets reaksjoner på

narkotikabruk skal være forholdsmessige, men regjeringen går imot en generell avkriminalisering av bruk og besittelse av narkotika. I april 2025 la regjeringen frem Prop. 112 L (2024–2025) *Endringer i straffeloven og legemiddelloven mv. (befatning med mindre mengder narkotika til egen bruk)*. Proposisjonen utgjør forebyggings- og behandlingsreformens del II og følger opp noen av forslagene i NOU 2024: 12 *Håndheving av mindre narkotikaovertredelser*. En ny bestemmelse i legemiddelloven skal sikre at personer med omfattende og alvorlige rusmiddelproblemer som hovedregel skal møtes med straffeutmålingsfrafall eller ubetinget påtaleunnlatelse. For personer over 18 år skal forenklet forelegg være foretrukket reaksjon, mens unge under 18 år som hovedregel møtes med betinget påtaleunnlatelse med vilkår om inntil tre oppmøter for rådgivende enhet for russaker.

Anmodningsvedtak

Etterversnsreform for rusavhengige

Vedtak nr. 1122, 3. juni 2021

> *«Stortinget ber regjeringen komme tilbake til Stortinget med en etterversnsreform der rusavhengige blir fulgt opp på en systematisk måte etter behandlings- og fengselsopphold, herunder sikre boforhold og oppfølging som forebygger at de faller tilbake til rusmiljøet.»*

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:119 S (2020–2021), jf. Innst. 578 S (2020–2021). Regjeringen la i oktober 2024 frem Meld. St. 5 (2024–2025) *Trygghet, fellesskap og verdighet – Forebyggings- og behandlingsreformen for rusfeltet del I*. Gjennom reformens seks innsatsområder vil regjeringen forebygge rusmiddelproblemer bedre og komme tidligere inn med god hjelp, behandling og oppfølging. Ettervern inngår som en sentral del av dette. Slik det fremgår av meldingen, vil regjeringen komme tilbake til Stortinget med gjennomføring av tiltakene i meldingene i forbindelse med de årlige budsjettfremleggene. I tillegg vises det til departementets oppfølging av vedtak nr. 628, 14. mai 2024 om integrert ettervern. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Bedre helsehjelp til barn i barnevernet

Barn i barnevernet har et større omfang av helseplager enn andre barn. Det er behov for å styrke tilgang til helsehjelp. Flere tiltak ble foreslått i NOU 2023: 24 *Med barnet hele vegen* og er fulgt opp gjennom Regjeringens strategi for barnevernets institusjonstilbud og i Prop. 83 L (2024–2025) *Endringer i barnevernsloven mv. (kvalitetsløftet i barnevernet)*.

Etter tilslutning til forslag i Prop. 83 L (2024–2025), vil det bli innført en ny modell for tverrfaglig kartlegging av barn som flytter ut av hjemmet i regi av barnevernet. Denne vil erstatte dagens sakkyndigordning og vil innebære bedre bruk av helsepersonell. Helsekartleggingen vil inngå i det ordinære tjenestetilbudet og med en mer sømløs overgang fra kartlegging til helsehjelp. Inntil ny modell er på plass, videreføres midler til gjeldende ordning, herunder 1,1 mill. kroner til koordinerende tiltak gjennom Helsedirektoratet, se kap. 732, post 70. Helsedirektoratet har i 2025 fått i oppdrag å vurdere regelverksendringer når det gjelder prioritering av helsehjelp til barn med tiltak i barnevernet og ny modell for tverrfaglig helsekartlegging.

Etablering av helseteam er en oppfølging av anmodningsvedtak 123, jf. behandling av Meld. St. 23 (2022–2023) *Opptrappingsplan for psykisk helse (2023–2033)*: «Stortinget ber regjeringen komme tilbake til Stortinget med forslag til hvordan en ordning med helseteam i barneverntjenesten kan se ut, og eventuelt andre tiltak som må på plass for å sikre at barn i barnevernsinstitusjon får den oppfølgingen innen psykisk helsehjelp de har rett på.» De regionale helseforetakene fikk i 2024 i oppdrag å planlegge for at alle barnevernsinstitusjoner er tilknyttet et ambulant team fra spesialisthelsetjenesten med kompetanse innen psykisk helse og ruslidelser. Fremdriften men å få på plass ambulante tilbud er variabel og bygger til en viss grad på eksisterende tilbud i psykisk helsevern barn og unge. Antall barnevernsinstitusjoner varierer også i helseregionene. Ved behandlingen av Prop. 83 L (2024–2025), ble det fattet følgende anmodningsvedtak: «Stortinget ber regjeringa så snart som mogleg syte for at alle barnevernsinstitusjonar er knytte til eit helseteam.» Det er behov for å styrke ordningen slik at alle barn i barnevernsinstitusjoner får tilgang til slik helsehjelp. Det foreslås derfor 40 mill. kroner til formålet, se kap. 732, post 72–75.

Regjeringen vil styrke ruskompetansen og behandlingstilbudene for barn og unge. Spesialisthelsetjenesten skal ha et helhetlig sørge for-ansvar for spesialisert rusbehandling til barn under 18 år med rusmiddelproblemer, mens barnevernets tilbud til samme målgruppe skal avgrenses til omsorg, utviklingsstøtte og beskyttelse. Gjennom behandlingen av Prop. 83 L (2024–

2025) har Stortinget gitt tilslutning til å overføre ansvaret for spesialisert rusbehandling fra barnevernet til spesialisthelsetjenesten. De regionale helseforetakene har i 2025 fått i oppdrag å utarbeide og iverksette en nasjonal plan for utbygging av tjenestetilbudet for barn og unge med rusmiddelproblemer. Helsedirektoratet og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet har fått i oppdrag å planlegge og gjennomføre en konsensuskonferanse våren 2026. Formålet er å etablere et felles kunnskapsgrunnlag og bedre tverrsektoriell forståelse av hva god behandling, omsorg og beskyttelse for barn og unge med rusmiddelproblemer vil være. Dette skal også ses i sammenheng med oppdrag til Folkehelseinstituttet i 2025 om en kunnskapsoppsummering om bruk av tvang overfor personer med rusmiddelproblemer, som skal inngå i kunnskapsgrunnlaget for konsensuskonferansen.

Helsedirektoratet og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet har i 2025 fått i oppdrag å utarbeide felles faglige anbefalinger for barnevern- og helsetjenestene.

Helsesatsingen i barnevernet er videreført og styrket. Direktoratet fortsetter arbeidet med å implementere nasjonalt forløp for barnevern. Se omtale under kap. 765, post 21, kap. 732 og Prop. 1 S (2025–2026) Barne- og familiedepartementet.

Handlingsplan for forebygging av selvmord

Selvmord er et betydelig samfunns- og folkehelseproblem. Foreløpige tall fra Dødsårsaksregisteret viser 727 registrerte selvmord i Norge i 2024, 17 flere enn i 2023. Dette er det høyeste antallet registrerte selvmord i Norge noensinne. Selvmordsraten (antall selvmord per 100 000 innbyggere) er den høyeste siden 1999.

Regjeringen har besluttet at det skal utarbeides en ny, spisset handlingsplan for forebygging av selvmord. Planen skal ha både et befolkningsperspektiv og et tjenesteperspektiv, og skal utarbeides av Helse- og omsorgsdepartementet i samarbeid med Arbeids- og inkluderingsdepartementet, Barne- og familiedepartementet, Forsvarsdepartementet, Finansdepartementet, Justis- og beredskapsdepartementet, Kunnskapsdepartementet, Kommunal- og distriktsdepartementet, Kulturdepartementet og Samferdselsdepartementet.

Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet har fått i oppdrag å gi anbefalinger om innsatsområder, resultatmål og tiltak i en ny handlingsplan. Etatene er særskilt bedt om forslag til tiltak for å adressere sammenhengen mellom økonomiske problemer/gjeld og selvmord, og om at kjønns- og mangfoldsperspektiv ivaretas. I tillegg skal de drøfte spørsmålet om en eventuell videreføring av nullvisjonen som ble etablert i forbindelse med nåværende handlingsplan.

Frem til ny handlingsplan foreligger, vil Handlingsplan for forebygging av selvmord 2020–2025 – Ingen å miste følges opp og forlenges. Planen består av 61 tiltak og er utarbeidet av åtte departementer. Rapportering på alle tiltak i planen publiseres årlig på regjeringen.no på verdensdagen for selvmordsforebygging 10. september. Det vises til kap. 765, post 21 og post 75 for nærmere omtale av tiltak i handlingsplanen.

Anmodningsvedtak

Selvmordsforebygging

Vedtak nr. 748, 5. juni 2023

> *«Stortinget ber regjeringen sørge for at selvmordsforebyggende tiltak styrkes.»*

Vedtaket ble truffet ved behandling av Meld. St. 15 (2022–2023) *Folkehelsemeldinga*, jf. Innst. 398 S (2022–2023). Regjeringen har besluttet at det skal utarbeides en ny, spisset handlingsplan for forebygging av selvmord. Planen skal ha både et befolkningsperspektiv og et tjenesteperspektiv. Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet har fått i oppdrag å gi anbefalinger om innsatsområder, resultatmål og tiltak i en ny handlingsplan. Etatene er særskilt bedt om forslag til tiltak for å adressere sammenhengen mellom økonomiske problemer/gjeld og selvmord, og om at kjønns- og mangfoldsperspektiv ivaretas. Frem til ny handlingsplan foreligger, vil Handlingsplan for forebygging av selvmord 2020–2025 følges opp og forlenges. I forbindelse med oppfølging av Meld. St. 23 (2022–2023) *Opptrappingsplan for psykisk helse (2023–2033)* er det bevilget over 1 mrd. kroner til tiltak for å styrke tilbudet innen psykisk helsefeltet. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Arbeid mot vold og overgrep

Vold i nære relasjoner, vold og overgrep mot barn, vold mot sårbare voksne og seksuelle overgrep er alvorlige folkehelseutfordringer. Regjeringen vil legge til rette for bedre forebygging og avdekking av vold og overgrep, og sikre bedre oppfølging av både voldsutsatte og voldsutøvere. For å tydeliggjøre at vold og overgrep utgjør alvorlige folkehelseutfordringer, er dette inkludert i opplistingen av

aktuelle tiltaksområder i folkehelseloven § 7. Bestemmelsen pålegger kommunen å iverksette nødvendige tiltak for å møte lokale folkehelseutfordringer, basert på oversikten over helsetilstand og påvirkningsfaktorer i befolkningen (§ 5). Det skal også legges til rette for økt kompetanse om vold i tjenestene som møter voldsutsatte og voldsutøvere, samt styrket samarbeid mellom ulike tjenester og sektorer. Regjeringen la i 2023 frem Prop. 36 S (2023–2024) *Opptrappingsplan mot vold og overgrep mot barn og vold i nære relasjoner (2024–2028) – Trygghet for alle*. Planen har fem innsatsområder: helhetlig og samordnet innsats, forebygging, bistand og beskyttelse og vold og overgrep i samiske samfunn. For nærmere omtale av opptrappingsplanen, se Prop. 1 S (2025–2026) for Justis- og beredskapsdepartementet og Barne- og familiedepartementet.

Regjeringen la i juni 2025 frem Meld. St. 28 (2024–2025) *Tro på framtida – uansett bakgrunn*. I meldingen løfter regjeringen frem betydningen av å gi alle barn en god start på livet, der barnets første tusen dager er sentralt. Viktige elementer i den samlede politikken er god og tilgjengelig universell foreldrestøtte, gode og tilgjengelige barnehager, god oppfølging av dem som trenger ekstra støtte, og forebygging av vold, overgrep og omsorgssvikt. Her inngår tiltak om å øke kompetansen i helsestasjons- og skolehelsetjenesten for å forebygge, avdekke og avverge vold, overgrep og omsorgssvikt, og vurdere ulike tiltak for å få bedre oversikt over forekomst og konsekvenser av psykisk vold og kontroll.

Regjeringen la i mai 2025 frem Nasjonal strategi mot menneskehandel (2025–2030). Strategien har fire innsatsområder: helhetlig og samordnet innsats, forebygging, bistand og beskyttelse, samt straffeforfølgning. Menneskehandel inngår som en del av det bredere fagfeltet vold, overgrep og utnyttelse. Helse- og omsorgstjenestene har behov for god kompetanse, prosedyrer og rutiner for identifisering og oppfølging av utsatte. NKVTS vil få i oppgave å vurdere hvorvidt menneskehandel og utnyttelse kan ivaretas som en del av aktiviteten ved senteret og legge til rette for at RVTS skal øke kompetansen om menneskehandel i tjenestene. Se kap. 765, post 75 for nærmere omtale.

Negativ sosial kontroll og æresmotivert vold

Negativ sosial kontroll, æresmotivert vold, tvangsekteskap og kjønnslemlestelse er former for vold i nære relasjoner, men kan også utøves av venner eller personer i øvrig nettverk. Det mangler statistikk som gir et helhetlig bilde av omfanget og det er bekymring for store mørketall. Henvendelsene til Kompetanseteamet mot negativ sosial kontroll og æresmotivert vold har økt de siste årene, noe som kan skyldes økt forekomst, men også økt bevissthet, bedre tilgjengelighet og økt hjelpetilbud og lavere terskel for å søke hjelp. Prop. 36 S (2023–2024) *Opptrappingsplan mot vold og overgrep mot barn og vold i nære relasjoner (2024–2028)* inneholder flere tiltak for å bekjempe negativ sosial kontroll, æresmotivert vold, tvangsekteskap og kjønnslemlestelse. Regjeringen la i mai 2025 frem *Sjef i eget liv – styrket innsats mot negativ sosial kontroll og æresmotivert vold (2025–2028)*. Handlingsplanen har 29 tiltak, fordelt på fire innsatsområder, for å beskytte utsatte barn, unge og voksne mot negativ sosial kontroll og æresmotivert vold. Åtte departementer samarbeider om planen. Tiltak i planen som ligger til Helse- og omsorgsdepartementet er bl.a. å styrke hjelpetilbudet til personer som utøver, eller står i fare for å utøve, vold og overgrep. Det skal legges til rette for likeverdig tilgang til hjelpetjenester, og behandlingen skal tilpasses slik at personer med ulik bakgrunn kan ha nytte av tilbudet. Regjeringen vil utvikle et verktøy for bedre å identifisere og vurdere voksne i sårbare livssituasjoner som kan være utsatt for negativ sosial kontroll og æresmotivert vold, samt øke kompetansen om vold og overgrep mot eldre med minoritetsbakgrunn. Videre vil regjeringen øke kompetansen om negativ sosial kontroll, æresmotivert vold og kjønnslemlestelse i helse- og omsorgstjenestene, og øke kunnskapen om og bruk av spesialiserte poliklinikktilbud for kvinner utsatt for kjønnslemlestelse.

Kompetanseteamet mot negativ sosial kontroll og æresmotivert vold bistår tjenesteapparatet i saker om negativ sosial kontroll og æresmotivert vold, herunder tvangsekteskap, ufrivillige utenlandsopphold og kjønnslemlestelse. I 2024 ga kompetanseteamet råd og veiledning i 1 402 saker. Teamet gir kompetanseheving og veiledning til tjenester og frivillige organisasjoner som møter utsatte i sitt arbeid. Kompetanseteamet veileder også utsatte i hvordan de kan få hjelp. Helsedirektoratets rolle i teamet ble styrket i 2025.

Det vises også til Prop. 1 S (2025–2026) for Arbeids- og inkluderingsdepartementet for nærmere omtale av innsatsen mot negativ sosial kontroll og æresmotivert vold.

Tiltaksplan for veteraner fra internasjonale operasjoner

Regjeringen la i 2024 frem en ny tverrsektoriell tiltaksplan for oppfølging, ivaretakelse og anerkjennelse av veteraner og deres familier før, under og etter tjenesten i internasjonale operasjoner. Planen har som mål at personellet og deres familier skal gis bedre, mer kunnskapsbasert ivaretakelse og oppfølging før, under og etter tjenesten. Det vises til kap. 765, post 75 for omtale av RVTS-enes bidrag i oppfølgingen av tiltaksplanen.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Det foreslås å flytte 1,1 mill. kroner til kap. 740, post 01, knyttet til Helsedirektoratets arbeid med tiltak for riktigere legemiddelbruk blant barn og unge innen psykisk helse. Utover gjennomgående budsjettiltak omtalt i del I, og generell prisomregning foreslås bevilgingen økt med 10 mill. kroner til digitale selvhjelps- og behandlingstilbud innen psykisk helse.

Bevilgningen på posten dekker tilskudd og spesielle driftsutgifter til ulike tiltak og politiske prioriteringer innen psykisk helse-, rus- og voldsfeltet. Særskilte tiltak det foreslås å bevilge midler til i 2026 omtales under.

Statsforvalterne

Statsforvalterembetene har ansvar for å gi faglig bistand og oppfølging til kommunene på psykisk helse-, rusmiddel- og voldsfeltet. Statsforvalterne bidrar gjennom dette til lokal tjenesteutvikling, iverksetting av nasjonal politikk, og implementering av normerende produkter. Statsforvalter samarbeider med relevante kompetansesentre om oppgaven.

Bevilgningen til statsforvalternes arbeid innen psykisk helse-, rusmiddel- og voldsfeltet skal dekke embetenes merutgifter til lokal oppfølging av regjeringens satsinger og arbeid på feltet, som opptrappingsplan for psykisk helse, forebyggings- og behandlingsreformen på rusfeltet, opptrappingsplan mot vold og overgrep mot barn og vold i nære relasjoner, Handlingsplan mot overdoser, implementering av Nasjonal veileder for lokalt psykisk helse- og rusarbeid for voksne og Nasjonal veileder for psykisk helsearbeid barn og unge.

I 2025 ble det bevilget 19,9 mill. kroner til formålet. Det foreslås å videreføre bevilgningen med 20,3 mill. kroner i 2026.

Opptrappingsplan for psykisk helse

Regjeringen la i juni 2023 frem Meld. St. 23 (2022–2023) *Opptrappingsplan for psykisk helse (2023–2033)*. Planen ble behandlet av Stortinget i desember 2023. Målet med planen er at flere skal oppleve god psykisk helse og livskvalitet, og at de som har behov for psykisk helsehjelp skal få god og lett tilgjengelig hjelp. Det vises til kapittelinnledningen på kap. 765 for nærmere omtale av planen.

Helsedirektoratet har ansvar for å sikre en tverrdirektoral samordning av oppfølgingen av opptrappingsplanen, samt samarbeid med andre relevante aktører, som Folkehelseinstituttet, regionale helseforetak og statsforvaltere mv.

Det ble bevilget 5 mill. kroner i 2025 til Helsedirektoratet til det overordnede nasjonale gjennomføringsarbeidet og evaluering av planen. Det foreslås å styrke bevilgningen med 2 mill. kroner mot en tilsvarende reduksjon i bevilgningen til Nasjonal veileder psykisk helsearbeid barn og unge på samme post. Det foreslås 7,1 mill. kroner til formålet i 2026.

Arbeidet mot overdoser

Det ble registrert 303 narkotikarelaterte dødsfall i 2024 med en rate på 5,5 per 100 000 innbyggere. Det er foreløpig registrert 400 alkoholutløste dødsfall. Det tas forbehold om at informasjonen fra rapportering i april måned er ufullstendig og antallet forventes å stige gjennom etterregistrering.

Med forbehold om endelige tall for 2024 reflekterer utviklingen en stabil høy trend de siste 10–12 årene med et gjennomsnitt på 291 dødsfall per år. Opioider som morfin, kodein og oksykodon er hyppigst registrert som dødsårsak.

Det har ikke lykkes å redusere antallet overdosedødsfall gjennom de nasjonale overdosestrategiene. Regjeringen tok derfor i 2024 initiativ til en ny tilnærming til arbeidet mot overdoser og Helsedirektoratet la i 2025 frem en ny dynamisk, ikke-tidsavgrenset, handlingsplan mot overdoser. Planen omfatter overdoser forårsaket av ulovlige rusmidler, reseptbelagte legemidler og forebygging av alkoholrelaterte dødsfall. Tiltak og innsatser skal vurderes fortløpende.

Helsedirektoratet lanserte i 2025 nye nasjonale faglige råd for overdoseforebygging i kommunene som nå implementeres og som en del av beredskapstenkningen på rusmiddelfeltet har direktoratet utviklet nettstedet www.overdosefare.no. Privatpersoner og tjenester kan melde inn

bekymringer for særlig farlige rusmidler i omløp. Deretter vurderes det behov for varsling mv. Nettstedet skal være operativt fra 2026.

Helsedirektoratet har økt utleveringen av nalokson nesespray og vurdert tiltak for å bedre tilgangen til nalokson for pasienter som bruker avhengighetsskapende legemidler (opioider) med risiko for overdose. Nalokson nesespray er nå tilgjengelig på blå resept. Helsedirektoratet har også oppdatert Nasjonal veileder for vanedannende legemidler og tilhørende pasientinformasjon. Leger oppfordres til å vurdere rekvirering av nalokson på blå resept til pasienter med høy overdoserisiko.

For å styrke kunnskap om overdoseproblematikk har Senter for rus- og avhengighetsforskning og Folkehelseinstituttet pågående forskningsoppdrag om overdoseproblematikk og overdosedødsfall.

Helsedirektoratet skal i 2026 prioritere tildelte ressurser innenfor bevilgingen til arbeidet mot overdoser på en slik måte at tiltak i den nye handlingsplanen kan gjennomføres, følgeevalueres og endres ved behov.

I 2025 ble det bevilget 14,6 mill. kroner til arbeidet mot overdoser på posten. Det foreslås å bevilge 14,9 mill. kroner til formålet i 2026.

Analyse av rusmidler i avløpsvann

Gjennom prøvetaking og laboratorieundersøkelser identifiseres og kvantifiseres ulike typer rusmidler i avløpsvann. Analysene gir et øyeblikksbilde av rusmiddelbruken i et gitt område og gir verdifull innsikt i forbruksmønstre og trender på en anonym og effektiv måte. En slik analyse kan være nyttig for å iverksette målrettede forebyggende tiltak. Analyse av avløpsvann vil derfor naturlig inngå i det helhetlige monitoreringssystemet på rusmiddelfeltet som er under utredning. Se omtale under kapittelinnledningen om forebyggings- og behandlingsreformen for rusfeltet.

Stoffene som inngår i rapporteringen er amfetamin, metamfetamin, MDMA, kokain, heroin, ketamin, cannabis, nikotin og alkohol.

Det foreslås å bevilge 0,6 mill. kroner til formålet i 2026.

Rådgivende enheter for russaker

Rådgivende enhet for russaker skal møte personer når oppmøte for enheten er satt som vilkår for betinget påtaleunnlatelse ved brudd på legemiddellovens bestemmelser om ulovlig bruk og befatning med narkotika til egen bruk.

Helsedirektoratet kartla i 2024 grunnlaget for en evaluering av rådgivende enhet for russaker gjennom en spørreundersøkelse til alle landets kommuner om antall saker de har mottatt. Antall saker er fremdeles for lavt til at det er aktuelt å gjennomføre evalueringen i 2026. Regjeringen kommer tilbake til om evaluering blir aktuelt.

Helsedirektoratet fikk i 2025 i forbindelse med forebyggings- og behandlingsreformen i oppdrag å utarbeide veiledende materiell og opplegg for støtte til kommunene. Formålet er å legge til rette for at rådgivende enheter for russaker kan ha funksjon i det forebyggende arbeidet, som kontaktpunkt eller samhandlingsaktør for andre relevante sektorer og aktører, herunder skolen, konfliktrådene og kriminalomsorgen, politi og pårørende.

Det videre utviklingsarbeidet vil også ses i sammenheng med oppfølging av Stortingets vedtak under behandlingen av Prop. 112 L (2024–2025) *Endringer i straffeloven og legemiddelloven mv. (befatning med mindre mengder narkotika til egen bruk)*. Bl.a. utvides oppmøteplikten til å omfatte inntil tre oppmøter, og det etableres en hjemmel i politiloven for å kunne henvise barn og unge til de rådgivende enhetene også utenfor straffesak. Videre fattet Stortinget vedtak om at relevante offentlige etater skal ha hjemmel til å vise barn og unge til frivillig oppmøte hos rådgivende enhet for russaker (vedtak nr. 961, 13. juni 2025).

Det foreslås å bevilge 1 mill. kroner til det videre utviklingsarbeidet i 2026.

Vold og overgrep

Bevilgningen dekker arbeid med tiltak mot traumer, vold og overgrep, herunder tiltak i ulike handlingsplaner på volds- og traumefeltet.

Regjeringen la i 2023 frem Prop. 36 S (2023–2024) *Opptrappingsplan mot vold og overgrep mot barn og vold i nære relasjoner (2024–2028) – Trygghet for alle*. Opptrappingsplanen skal bidra til å i større grad forebygge og avdekke vold og overgrep, gi bedre oppfølging til voldsutsatte, øke kompetansen, styrke samarbeidet mellom tjenester og sektorer samt legge til rette for at vold og overgrep prioriteres høyere i hele straffesakskjeden. For nærmere omtale, se Prop. 1 S (2025–2026) for Justis- og beredskapsdepartementet og Barne- og familiedepartementet.

Det vises også til kap. 765, post 75 og kap. 760, post 21 og 61, for omtale av satsinger på voldsfeltet.

Arbeid med indikatorer for vold og overgrep

Kunnskap om forebygging av vold og overgrep er viktig i kommunenes systematiske folkehelsearbeid. Folkehelseinstituttet har på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet gjennomgått datakilder for å utvikle indikatorer for vold og overgrep slik at kommunene kan følge med på utviklingen og iverksette forebyggende tiltak.

Tall for anmeldte tilfeller av vold og mishandling på kommune- og fylkesnivå publiseres i Kommunehelsa statistikkbank, og indikatoren ble inkludert i folkehelseprofilene fra 2020. Folkehelseinstituttet arbeider med å styrke datagrunnlaget ytterligere, bl.a. ved å inkludere spørsmål om vold og overgrep i folkehelseundersøkelsene i fylkene (FHUS) og i den nasjonale folkehelseundersøkelsen (NHUS). Instituttet vil også oppdatere kapittelet om vold i Folkehelserapporten.

Det foreslås å videreføre 1,1 mill. kroner til arbeidet med indikatorer på vold og overgrep i 2026.

TryggEst

TryggEst er en modell som er utviklet for å hjelpe kommuner med å forhindre, avdekke og håndtere vold og overgrep mot voksne innbyggere som i liten eller ingen grad er i stand til å beskytte seg selv. Personer med fysisk eller kognitiv funksjonsnedsettelse, høy alder/demens, somatiske sykdommer, psykiske helsevansker, rusmiddelproblemer eller langvarig sykdom, kan være eksempler på dette. TryggEst skal bl.a. sikre at saker blir avdekket, ikke blir oversett eller glemt, og at den utsatte blir ivaretatt i et samarbeid mellom relevante tjenester. Opplærings- og kompetansehevingstiltakene i TryggEst retter seg særlig mot ansatte i kommunale helse- og omsorgstjenester. Regjeringen har i opptrappingsplan mot vold og overgrep mot barn og vold i nære relasjoner sagt at man vil styrke og videreutvikle TryggEst. TryggEst er også relevant for oppfølgingen av Bo trygt hjemmereformen, opptrappingsplan for psykisk helse, forebyggings- og behandlingsreformen for rusfeltet og i Sjef i eget liv – Handlingsplan mot negativ sosial kontroll og æresmotivert vold.

Antallet kommuner som har tatt i bruk TryggEst har økt fra 55 i 2023 til 85 i 2024. Det har kommet søknader fra 16 nye kommuner som ønsker å starte opp med TryggEst i 2025. Det er forventet at antall kommuner som tar i bruk TryggEst og har behov for oppfølging vil øke i årene fremover.

Det ble bevilget 6,3 mill. kroner til TryggEst på posten i 2025. Bevilgningen foreslås videreført med 6,4 mill. kroner i 2026. Det vises også omtale av TryggEst under Kultur- og likestillingsdepartementets kap. 351, post 70.

Det finnes hjelp

I 2020–2021 ble det etablert et behandlingstilbud, Det finnes hjelp, for personer over 18 år med seksuell interesse for barn i alle landets helseregioner. I tillegg ble det etablert et lavterskeltilbud med en nettside, detfinneshjelp.no, og en nasjonal lavterskel chat for målgruppen. Det er etablert et medisinsk kvalitetsregister med nasjonalt omfang for kunnskapsutvikling (KVASO). Behandlingstilbudet og lavterskeltjenesten gikk i 2024 fra prosjekt over i ordinær drift. Helsedirektoratet har ansvar for utvikling av nasjonale kampanjer for å nå målgruppen med oppfordring om å søke hjelp. Kampanjene har løpt siden 2020. Nye kampanjer markedsføres regelmessig i 2025 og planlegges videreført i 2026.

I 2025 ble det bevilget 9,6 mill. kroner til Helsedirektoratets arbeid med videreutvikling og markedsføring av tilbudet. Det foreslås å videreføre bevilgningen med 9,8 mill. kroner i 2026.

Redusere utøvelse av vold og overgrep blant barn og unge

Det er vesentlig å komme tidlig inn for å forebygge at barn og unge utøver problematisk eller skadelig seksuell atferd (SSA) eller skadelig aggressiv atferd (SAA), slik at man kan redusere risikoen for at de begår vold eller overgrep mot andre barn. Helsedirektoratet utredet i 2021 lavterskeltilbud til barn og unge over tolv år som står i fare for å utøve problematisk eller skadelig seksuell atferd mot andre barn og unge. På bakgrunn av utredningen fra 2021 etablerer direktoratet i samarbeid med fagfolk og DigiUng lavterskeltilbud på fire nivåer: 1. universelle forebyggende tiltak, 2. digital helsefremmende informasjon, 3. digital anonym veiledning og 4. lavterskel helsehjelp. Det er bl.a. utviklet et e-læringsprogram for helsesykepleiere.

Helse Vest RHF har fått i oppdrag å etablere et nasjonalt kontaktpunkt, Tryggprat.no, et lavterskeltilbud der ungdom som er 16 år eller eldre, selv skal kunne oppsøke spesialisthelsetjenesten for vurdering og eventuelt henvise seg selv til behandling, uten å gå via fastlegen. Betanien sykehus har fått ansvar for etableringen. Drift av tjenesten har planlagt oppstart i 2025. Helsedirekto-

ratet har påbegynt en utredning for videre utvikling av et lavterskeltilbud for målgruppen barn 12 år og yngre som står i fare for å utøve problematisk eller skadelig seksuell atferd mot andre barn.

Helsedirektoratet ferdigstilte i 2022 en overordnet strategi for helhetlig og planmessig utvikling av arbeidet rettet mot personer som har utøvd vold eller seksuelle overgrep, på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Fra 2023 har direktoratet hatt i oppdrag å foreslå konkrete tiltak for å nå strategiens mål, og arbeidet har siden da vært avgrenset til barn og unge. Helsedirektoratet gjennomførte i perioden 2023–2024 et utredningsarbeid om behov og forslag til løsninger for å styrke helsesektoren i å identifisere, vurdere og følge opp barn og unge som har utøvet vold og/eller skadelig seksuell atferd. Fra 2024 ble Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet og Statped med i arbeidet. Fra 2025 er også Kriminalomsorgsdirektoratet og Sekretariatet for konfliktrådene med. Målet er å styrke de eksisterende tjenestene, på tvers av sektorene, i møtet med barn og unge som skader andre.

Det ble bevilget 8,9 mill. kroner til arbeid med å forebygge at barn og unge utøver vold eller overgrep i 2025. Bevilgningen foreslås videreført med 9,1 mill. kroner i 2026. Det skal utformes en plan for bærekraftig implementering og effektevaluering av lavterskeltilbud til barn og unge som står i fare for å utøve problematisk eller skadelig seksuell atferd. Det tverrsektorielle arbeidet for å styrke identifisering, vurdering og oppfølging opp barn og unge som har utøvet vold og/eller skadelig seksuell atferd videreføres.

Beredskap og rådgivning om vold, traumatisk stress og psykososial støtte

Helsedirektoratet har en rammeavtale om kjøp av forsknings- og kunnskapsbasert rådgivning innen vold og traumatisk stress, inkludert radikalisering og voldelig ekstremisme og psykososial oppfølging ved kriser og katastrofer (beredskap). Avtale er inngått mellom direktoratet og Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS). I 2024 ble NKVTS gitt 12 rådgivningsoppdrag over rammeavtalen og senteret leverte god kvalitet på disse. Nåværende kontrakt trådte i kraft 1. januar 2024. Avtalen kan løpe ut 2027.

I saldert budsjett for 2025 ble det bevilget 5,9 mill. kroner til formålet. Bevilgningen foreslås videreført med 6 mill. kroner i 2026.

Tverrfaglig videreutdanning i psykososialt arbeid med barn og unge

Formålet med tverrfaglig videreutdanning i psykososialt arbeid er å tilby en praksisnær videreutdanning for kommunalt ansatte med relevante arbeidsoppgaver innenfor fagområdet. Utdanningen skal kunne gjennomføres både som en selvstendig videreutdanning, eller inngå som del av en mastergrad. Det er et mål å bidra til styrket kunnskap om samarbeid og koordinering av tjenestene, samt utvikling av ferdigheter i å identifisere og intervenere med tanke på psykososiale belastningsfaktorer i nærmiljøet. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2025, se nærmere omtale i kap. 760, post 21, og understøtter intensjonen i opptrappingsplan for psykisk helse om at tverrsektorielt og tverrfaglig arbeid er viktig for å fremme barn og unges psykiske helse.

Det er i samarbeid med Kunnskapsdepartementet besluttet at videreutdanningen skal innlemmes i systemet med Nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningene (RETHOS). Arbeidet startet sommeren 2023, og retningslinjen ble sendt på høring mai 2024. Retningslinjen ble vedtatt våren 2025, med ikrafttredelse fra 1. august 2025. Helsedirektoratet har utløst siste opsjon i inngått avtale om oppdragsfinansiering av utdanningstilbudet ved opptak av årskullet 2023–2025. I påvente av fastsettelse av forskrift for utdanningen har Helsedirektoratet inngått en endringsavtale med samtlige leverandører av utdanningen som omhandler inntak av ett årskull (årskull 2024–2026) med oppstart høsten 2024. Til grunn for endringsavtalen lå at en videreføring av utdanning utenfor RETHOS i 2025 ville forutsette en ny anbudsrunde. Da det vinteren 2025 ble klart at forskriften ikke ville være på plass til inntak av studenter våren 2025, ba departementet direktoratet om å se på mulighetene for å sikre videre drift av studietilbudet for et årskull i påvente av innlemming av utdanningen i RETHOS. Sammen med Norsk helsenett SF (NHN) utlyste Helsedirektoratet anskaffelse av utdanningstilbudet i mars 2025. Syv av de åtte nåværende tilbydere meldte interesse. Studietilbudet Tverrfaglig videreutdanning i psykososialt arbeid med barn og unge videreføres med inntak av studenter høsten 2025 hos syv aktører. En videreføring av studietilbudet etter 2026 gjøres innenfor utdanningsinstitusjonenes egne rammer.

I 2025 ble det bevilget 23,6 mill. kroner til videreutdanningen. Bevilgningen foreslås videreført med 24 mill. kroner i 2026.

Rask psykisk helsehjelp

Rask psykisk helsehjelp (RPH) er et kommunalt, lavterskel behandlingstilbud for personer over 16 år med mild til moderat angst og depresjon, milde til moderate rusmiddelproblemer og/eller søvnproblemer. Evalueringer og effektstudier av RPH har vist at tilbudet både er etterspurt og effektivt. Ordningen følger fra 2021 en opplærings- og implementeringsmodell med gratis videreutdanning for terapeuter som skal jobbe i RPH, implementering og støtte fra Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid for voksne (NAPHA), gratis nasjonal veiledningsordning for alle ansatte, samt utvikling av en nasjonal registreringsordning av effekten før, under og etter endt behandling i RPH. Helsedirektoratet har oppskalert videreutdanningstilbudet for ansatte i RPH. Etter omleggingen har det vært jevn pågang av kommuner som ønsker å sende ansatte på videreutdanning og det er nå mellom to og tre nye kull hvert år med 30 deltakere i hvert kull. Fra 2025 startes det opp et heldigitalt opplæringsprogram, slik at flere kommuner kan delta.

I 2022 ble det opprettet en nasjonal veiledningsordning for alle RPH-team. Ordningen består av åtte veiledere med videreutdanning innen veiledning for kognitiv terapi og med kjennskap til RPH-satsingen, som gir veiledningen til 180 ansatte i RPH. Veiledningen gis på tvers av RPH-team for økt læring og erfaringsutveksling, og er gratis for kommunene å delta.

For å opprettholde de kunnskapsbaserte faktorene ved RPH-modellen og for å gi RPH-teamene og brukerne tilbakemelding på behandlingen som gis, utredes og planlegges det for en elektronisk nasjonal registreringsordning av resultatdata for RPH-teamene. Målet er at alle team skal kunne overvåke effekten av behandlingen før, under og etter slik at de kan målrette behandlingen for økt effekt.

NAPHA fikk i 2021 i oppgave å øke sin innsats i arbeidet med etablerings- og implementeringsstøtte. De er også gitt i oppgave å støtte allerede eksisterende RPH-team ved sårbare situasjoner, slik som omorganisering, større sykefravær og fare for nedlegging. I 2022 ferdigstilte NAPHA en håndbok for etablering og drift av RPH-team. Håndboka kan benyttes som en oppskrift for team som skal etableres. Se omtale under kap. 765, post 74 Nasjonalt kompetansesenter for kommunalt psykisk helsearbeid.

Fra 2024 er det bevilget midler til å utvikle og prøve ut modeller for tjenestesamhandling mellom Arbeids- og velferdsetaten og kommunehelsetjenesten rettet mot personer med milde til moderate psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer. En modell innebærer en utprøving av et samarbeid der personellressurser fra Nav inngår i Rask psykisk helsehjelp-team. Det vises til omtale under kap. 765, post 21 Nye samarbeidsmodeller Nav og helse.

Det ble i 2025 bevilget 20,2 mill. kroner til utvikling av RPH over kap. 765, post 21. Det foreslås å bevilge 20,6 mill. kroner til videre utvikling av RPH til og utdannings- og implementeringsstøtteordning for teamene i 2026.

Digitale verktøy innen psykisk helse

Det er stort potensial i å synliggjøre, systematisere og få opp bruken av digitale selvhjelps- og behandlingstilbud innen psykisk helse, samt utvikle mer kostnadseffektive måter å organisere tilbudet på, enten regionalt eller nasjonalt. Digitale tilbud kan bidra til at hjelpen blir mer tilgjengelig, redusere ventetidene, og sikre mer sammenhengende tjenester ved ventetid, mellom behandlingsforløp, og etter avsluttet behandling. Det er også en måte å redusere behovet for personell, slik helsepersonellkommisjonen peker på.

Helsedirektoratet fikk i 2025 i oppdrag å iverksette tiltak for å tilgjengeliggjøre og øke bruken av kvalitetssikrede digitale verktøy innen psykisk helse. Som del av dette skal direktoratet, i samarbeid med relevante aktører, utrede hvordan man kan legge til rette for et nasjonalt tilbud om informasjon, selvhjelp, psykoedukasjon og internettveiledet behandling innen psykisk helse, samt innen rus og avhengighet der det er tilgjengelig/relevant. Det skal særskilt vurderes om det kan være hensiktsmessig å etablere behandlingstilbud på tvers av kommune- og spesialisthelsetjeneste, og om pasienter kan ta direkte kontakt for hjelp. Målet er at flere skal kunne få kunnskapsbasert informasjon, hjelp og behandling raskere og at de samlede ressursene i tjenestene brukes mer effektivt.

Helsedirektoratet har også i 2025 fått i oppdrag å starte arbeidet med en nasjonal tjeneste for helserelaterte spørsmål basert på generativ kunstig intelligens.

Det ble i saldert budsjett for 2025 bevilget 6,6 mill. kroner til tilgjengeliggjøring av kvalitetssikrede digitale verktøy innen psykisk helse. Det foreslås å styrke bevilgningen med 10 mill. kroner som del av opptrappingsplan for psykisk helse. Det foreslås 16,7 mill. kroner for å tilgjengeliggjøre og øke bruken av digitale selvhjelps- og behandlingstilbud innen psykisk helse i 2026.

Det vises også til omtale av DigiUng og ung.no på kapittel 760, post 21.

Nasjonal veileder psykisk helsearbeid barn og unge og Nasjonal veileder psykisk helse- og rusarbeid for voksne

Nasjonal veileder psykisk helsearbeid barn og unge er utviklet i samarbeid mellom Helsedirektoratet, Barne-, ungdoms og familiedirektoratet, Arbeids- og velferdsdirektoratet, Utdanningsdirektoratet og Husbanken. Formålet med veilederen er å bidra til at kommunene gir et helhetlig psykisk helsetilbud til barn og unge.

Veilederen gir tydelige føringer om at kommunen skal sørge for en tilgjengelig og tverrfaglig psykisk helsetjeneste som gir tidlig hjelp og behandling til barn og unge med psykiske plager og milde til moderate rusmiddelproblemer. Tjenesten skal være et lavterskel psykisk helsetilbud og være åpent for alle barn og unge i kommunen og deres familier, uten henvisning. Det er også presisert at tjenesten skal komme i tillegg til andre helse- og omsorgstjenester som helsestasjon- og skolehelsetjenesten og fastlegeordningen.

Helsedirektoratet gjennomførte i 2024 et omfattende implementeringsarbeid sammen med de andre direktoratene, og det ble nedsatt en nasjonal implementeringsgruppe med brukere, kommuner, statsforvaltere, helseforetak og kompetansesentre. Implementeringsgruppen bidrar med kvalitetssikring av nasjonale implementeringstiltak og sikre en helhetlig nasjonal implementeringsstrategi med mest mulig lik implementeringsstøtte til kommuner og helseforetak i hele landet.

Tilbakemeldingene fra kommuner og statsforvaltere viser at det er stor aktivitet og engasjement i kommunene for å utvikle en psykisk helsetjeneste for barn og unge. I kommunenes rapportering på psykisk helse- og rusarbeid (IS 24/8) oppgir 92 pst. av kommunene at de har gjort seg kjent med veilederen. 55 pst. av kommunene oppgir at de har tverrfaglig psykisk helsetjeneste (utenom helsestasjon- og skolehelsetjenesten og fastlegeordningen) som gir tidlig hjelp og behandling til barn og unge med psykiske plager, begynnende rusmiddelproblemer og reaksjoner på belastende livshendelser. 23 pst. svarer at de har planer om å opprette en slik tjeneste.

Helsedirektoratet har i 2025 publisert en ny revidert nasjonal veileder for lokalt psykisk helse- og rusarbeid for voksne. Formålet med anbefalingene er å bidra til at kommunene yter nødvendige, forsvarlige og likeverdige helse- og omsorgstjenester for voksne som har psykisk helse- eller rusmiddelproblemer. På oppdrag fra departementet er direktoratet i ferd med å lage en plan for implementering av veilederen.

Det ble bevilget 7,8 mill. kroner til implementering av veileder psykisk helsearbeid barn og unge i 2025. Det foreslås å redusere bevilgningen med 2 mill. kroner mot en tilsvarende styrking av bevilgningen til evaluering av opptrappingsplan for psykisk helse på samme post. Bevilgningen foreslås videreført med 5,9 mill. kroner til implementering av begge veiledere i 2026. Det vises også til omtale under kap. 765, post 60 av ny tilskuddsordning til etablering av kunnskapsbaserte lavterskeltilbud innen psykisk helse- og rusmiddelfeltet i kommunene.

Utvikling, implementering og evaluering av ACT, FACT og FACT ung

Over mange år har det vært satset på ACT (Assertive Community Treatment)- og FACT (Flexible Assertive Community Treatment)-team, og etter hvert også på FACT ung. Dette er tverrfaglige, ambulante team som retter seg mot mennesker med alvorlige psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer. Evalueringer av modellene i Norge konkluderer med at teamene gir et bedre tilbud til personer i målgruppen sammenlignet med det personene hadde tidligere. Modellene baserer seg på et forpliktende samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten.

Gjennom opptrappingsplan for psykisk helse tydeliggjør regjeringen viktigheten av å videreføre og videreutvikle ACT, FACT og FACT ung. I 2026 vil det fortsatt være behov for å gi omfattende faglig og organisatorisk støtte til teamene, både på nasjonalt og regionalt nivå. Det er viktig med en regional forankring for å få til en best mulig tilpasning til lokale forhold i tett samarbeid med statsforvalter. Det er tidligere gitt midler til en evaluering av FACT ung. Evaluering inngår som en del av evalueringen av opptrappingsplanen for psykisk helse og ble utløst i 2025.

I saldert budsjett for 2025 ble det bevilget 3,1 mill. kroner på posten til utvikling, implementering og evaluering av ACT, FACT og FACT ung. Det foreslås å videreføre bevilgningen med 3,2 mill. kroner i 2026. Det vises også til omtale under kap. 765, post 60, og kap. 765, post 74 om De regionale kompetansesentrene på rusområdet, Regionsentrene for barn og unges psykiske helse, Nasjonalt kompetansesenter for kommunalt psykisk helsearbeid og under kap. 765, post 75 om Regionale ressurssentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging.

Nye samarbeidsmodeller Arbeids- og velferdsetaten og helse

Formålet med bevilgningen er å bidra til at flere personer kommer i arbeid eller ikke faller ut av arbeidslivet. Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet har utviklet to ulike samarbeidsmodeller som involverer arbeids- og velferdsetaten og helse, som piloteres ut 2026. Målgruppen for modellene er personer med milde til moderate psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer, og ev. også muskel- og skjelettplager – og som trenger støtte til å skaffe/bli stående i jobb, unngå eller forkorte sykefravær. Satsingen følger av Meld. St. 23 (2022–2023) *Opptrappingsplan for psykisk helse (2023–2033)*. Satsingen er også omtalt i Meld. St. 9 (2023–2024) *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027,* i Meld. St. 33 (2023–2024) *En forsterket arbeidslinje – flere i jobb og færre på trygd* og i Meld. St. 23 (2024–2025) *Fornye, forsterke, forbedre.*

Prosjektet prøver ut to modeller for systematisk samhandling. I modell 1 inngår ressurser fra Arbeids- og velferdsetaten i et systematisk samarbeid med kognitiv terapeut i Rask psykisk helsehjelp (RPH) i kommunene. I modell 2 inngår ressurser fra Arbeids- og velferdsetaten i et samarbeid på fastlegekontoret, sammen med kognitiv terapeut i kommunene. I løpet av 2024 ble det etablert fem piloter for modell 1 og fire for modell 2 Det er lagt opp til omfattende erfaringsutveksling mellom pilotene i løpet av utprøvingsperioden. Prosjektene følgeevalueres.

Gjennom pilotene skal man vurdere om modellene er egnet til å forebygge og redusere sykefravær og frafall fra arbeidslivet. Innretningen på pilotene vil kunne justeres underveis, bl.a. basert på anbefalinger fra følgeforskerne og identifisering av relevante elementer for systematisk samhandling. Man skal også vurdere muligheten for å skalere opp samarbeidsmodellene.

I 2025 ble det bevilget 7,2 mill. kroner over post 21. Bevilgningen på posten foreslås videreført med 7,3 mill. kroner i 2026. Det vises også til omtale av utprøvingen i kap. 780, post 70, og i Prop. 1 S (2025–2026) for Arbeids- og inkluderingsdepartementet for øvrige bevilgninger.

Samarbeid mellom helse- og omsorgstjenester og barnevern

Helsesatsingen i barnevernet er videreført og styrket. Flere tiltak er iverksatt for å styrke samarbeidet mellom helse- og omsorgstjenester og barnevern om helsetilbudet til barn i barnevernet, bl.a. tverrfaglig helsekartlegging, ambulerende helseteam og rusbehandling for barn og unge. Det vises til nærmere omtale i kapittelinnledningen på kap. 765, kap. 732 og Prop. 1 S (2025–2026) for Barne- og familiedepartementet.

Helsedirektoratet har i 2024 videreført et omfattende implementeringsarbeid med nasjonalt forløp for barnevern – kartlegging, utreding og behandling av psykisk, somatisk og seksuell helse, tannhelse og rusmiddelproblemer, som er grunnmuren i helsesatsingen i barnevernet. Forløpet retter seg mot alle barn i barnevernet. Helsedirektoratet har i samarbeid med Bufdir presentert forløpet for kommuner og andre relevante aktører. I november 2024 ble det gjennomført en erfaringskonferanse, og det er utarbeidet opplærings- og informasjonsmateriell som implementeringsstøtte til tjenestene. Implementeringen videreføres i 2026. Sintef er i gang med en følgeevaluering av implementeringsarbeidet med nasjonalt forløp for barnevern som skal pågå til 2027. Dette inngår i samlet evaluering av helsesatsingen i barnevernet.

Det ble bevilget 3,3 mill. kroner på posten i 2025 til videre arbeid med implementering av nasjonalt forløp og nødvendig opplæring. Bevilgningen foreslås videreført med 3,4 mill. kroner.

Styrket arbeid med forebygging, tidlig oppdagelse, tidlig intervensjon og behandling av spiseforstyrrelser

Det er viktig at tjenester som møter barn og unge, og arenaer der barn og unge ferdes, kan tilstrekkelig om kroppsmisnøye og strev med kropp og mat. Det er fortsatt mange som strever med kropp og mat som ikke blir oppdaget og får hjelp, og en del venter lenge før de søker hjelp. Kommunenes helse- og omsorgstjenester er viktige i å oppdage problemer tidlig og gi støtte før tilstanden blir alvorlig.

Det er behov for økt kunnskap om spiseforstyrrelser og strev med mat og kropp, inkludert hvordan forebygge spiseforstyrrelser. Det behøves også økt kompetanse om tidlig oppdagelse og behandling på kommunalt nivå og i spesialisthelsetjenesten. I saldert budsjett for 2023 ble det som del av arbeidet med opptrappingsplan for psykisk helse bevilget 5 mill. kroner til et program for styrket kunnskap og kompetanse om spiseforstyrrelser. Helsedirektoratet har igangsatt et innsiktsarbeid for å samle og oppsummere kunnskap. Innsiktsarbeidet viser at det er store forskjeller i kommunenes tilbud for barn og unges psykiske helse, noe som påvirker muligheten for å

jobbe med mat og kropp. Innsikten tyder på behov for bl.a. kunnskap om hva man skal se etter og spørre om for å oppdage spiseproblematikk tidlig, lett tilgjengelig materiell og kunnskapsbasert støtte og hjelp til vurdering av alvorlighetsgrad og kommunikasjon med foreldre. Det er også behov for bedre informasjon til familier om spiseproblematikk og hvor de kan henvende seg ved bekymring og bedre samarbeid mellom somatiske og psykiske helsetjenester. Med dette utgangspunktet jobber direktoratet med en kompetansepakke rettet mot helsepersonell, og informasjonsmateriell tjenestene kan bruke rettet mot ungdom, gravide, foreldre og andre fagfolk i kommunen.

Det ble bevilget 5,5 mill. kroner til arbeidet i 2025. Det foreslås å videreføre bevilgningen med 5,6 mill. kroner. Midlene kan også benyttes til implementering av kompetansepakken. Det vises videre til tilskudd til utvikling av kommunale tilbud og samhandlingstiltak knyttet til styrket arbeid med forebygging, tidlig intervensjon og behandling av spiseforstyrrelser på kap. 765, post 60.

Handlingsplan for forebygging av selvmord

Handlingsplan for forebygging av selvmord 2020–2025 – Ingen å miste ble lagt frem i 2020. Med denne planen ble en nullvisjon for selvmord innført i Norge. Åtte departementer står bak planen.

Helsedirektoratet samarbeider med Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging (NSSF) og de fem regionale ressurssentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS-ene) om regionale folkeopplysningskampanjer om forebygging av selvmord, som gjennomføres etappevis under handlingsplanperioden. Kampanjene gjennomføres trinnvis i løpet av handlingsplanperioden og har en felles nasjonal ramme. En nasjonal ressursgruppe med brukere, etterlatte, fagfolk og kompetansemiljøer bidrar i utviklingen av kampanjene. Direktoratet har laget en kommunikasjonspakke som kan tilpasses regionalt.

I tilknytning til kampanjene er det produsert annonser for å spre kunnskap, vise hvor man kan få hjelp og skape håp. I 2024 ble det gjennomført regional folkeopplysningskampanje i region Nord med tilhørende kompetansetiltak rettet mot tjenestene. Kampanjen nådde bredt ut, spesielt til menn i den samisktalende befolkningen. Evalueringen viste gode resultater på økt kunnskap, holdninger og intensjon om å søke hjelp. Høsten 2025 skal det gjennomføres en kampanje i region Øst.

De fem RVTS-ene har i 2024 videreført arbeidet med kompetanseutvikling og felles opplæringsmodul for hjelpetelefoner innen psykisk helse. Organisasjoner som har hjelpetelefoner, chat og meldingstjenester og relevante kompetansemiljøer har vært involvert i arbeidet. RVTS-ene legger til rette for digital kompetanseheving ved bruk av opplæringsmateriell som sentrene allerede har utviklet. I tillegg utvikles nye ressurser på bakgrunn av tilbakemeldinger fra organisasjonene.

Nasjonal faglig retningslinje for forebygging av selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) ble publisert i april 2024. Det er iverksatt implementeringstiltak for å bidra til at retningslinjen tas i bruk i tjenestene.

Folkehelseinstituttet har i 2024 arbeidet videre med en pilot for en systematisk arbeidsmetode for å gjennomgå alle selvmord både innenfor og utenfor helsetjenesten, for å kunne iverksette tiltak som kan bidra til å forebygge nye selvmord. Instituttet har tidligere konkludert med at piloten ikke kan gjennomføres innenfor gjeldende regelverk. Folkehelseinstituttet og NSFF har samarbeidet om å finne en alternativ løsning for piloten. Høsten 2024 ble nytt forslag til modell levert. Modellen tar utgangspunkt i en styrking av kartleggingssystemet ved NSSF og en systematisk bruk av de befolkningsdekkende registerkoblingene ved Folkehelseinstituttet. Samlet sett vil modellen kunne gi en kartlegging av alle selvmord i Norge også der det ikke har vært tidligere kontakt med helse- og omsorgstjenestene. De første analysene er basert på data fra registerkoblingene ved instituttet vil ferdigstilles i løpet av 2025.

En ekspertgruppe, ledet av Folkehelseinstituttet, har evaluert dagens praksis for hvordan informasjon om dødsårsak og dødsmåte blir formidlet til Dødsårsaksregisteret (DÅR) etter en persons død. Målet for ekspertgruppen har vært å identifisere og vurdere tiltak som kan bedre forekomsttallene for selvmord. Ekspertgruppen leverte sin rapport våren 2025.

Det ble bevilget til sammen 18,1 mill. kroner til oppfølging av handlingsplanen for forebygging av selvmord på posten i 2025. Bevilgningen foreslås videreført med 18,4 mill. kroner i 2026:

- 9,4 mill. kroner til nasjonale folkeopplysningskampanjer om forebygging av selvmord, inkludert kulturell tilpasning.
- 5,5 mill. kroner til kompetanseutvikling på selvskadings- og selvmordstematikk.

- 2,2 mill. kroner til arbeidet med å gjennomgå alle selvmord både innenfor og utenfor helsetjenesten, for å kunne iverksette tiltak som kan bidra til å forebygge nye selvmord.
- 1,3 mill. kroner til arbeidet med felles opplæringsmodul for hjelpetelefoner innen psykisk helse og vurdering av samordning av relevante hjelpetelefoner til ett felles nasjonalt nummer.

Det vises også til kap. 765, post 75 for omtale knyttet til oppfølging av tiltak i handlingsplan for forebygging av selvmord.

Legemiddelbruk hos barn og unge

Det er over flere år bevilget midler på posten til Helsedirektoratets arbeid med riktigere legemiddelbruk. Oppgaven anses nå som en fast oppgave i direktoratet og bevilgningen på 1,1 mill. kroner foreslås derfor flyttet til Helsedirektoratets driftsbevilgning over kap. 740, post 01.

Post 60 Kommunale tjenester

Utover gjennomgående budsjettiltak omtalt i del I, og generell prisomregning foreslås bevilgingen økt med 60 mill. kroner til utvikling, tilpasning og etablering av kunnskapsbaserte lavterskeltilbud innen psykisk helse- og rusmiddelfeltet.

Det foreslås følgende endringer på posten:

- Avvikle tilskuddsordningen tilbud til voksne med behov for langvarig oppfølging og sammensatte tjenester.
- Avvikle tilskuddsordningen tilbud til barn og unge med psykiske plager og problematisk rusmiddelbruk og behov for sammensatte tjenester.
- Etablere en ny tilskuddsordning for etablering av ACT-, FACT- og FACT ung-team.
- Etablere en ny tilskuddsordning for utvikling, tilpasning og etablering av kunnskapsbaserte lavterskeltilbud innen psykisk helse- og rusmiddelfeltet.

Kunnskapsbaserte lavterskeltilbud innen psykisk helse- og rusmiddelfeltet og ACT-, FACT-, og FACT ung-team

Mange kommuner har etablert ulike former for lavterskeltilbud til mennesker med psykiske helseutfordringer og rusmiddelproblemer. Det er likevel fremdeles stor variasjon, ulik tilgang og utfordringer med kapasiteten i tilbudene. Det er behov for en mer målrettet innsats for å bygge opp kunnskapsbaserte lavterskeltilbud rundt om i landet, i tråd med mål i opptrappingsplan for psykisk helse.

Det er også en utfordring at mennesker med alvorlige psykiske lidelser og/eller rusmiddellidelser ikke alltid får et godt nok tilbud. Disse kan ha behov for en oppfølging som er fleksibel og oppsøkende. ACT, FACT og FACT ung er kunnskapsbaserte tjenestemodeller for oppsøkende og helhetlige tjenester til personer med alvorlige og sammensatte psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer og eventuelt andre tilleggsutfordringer. Både kommunen og spesialisthelsetjenesten er involvert i driften av teamene. Forskning og evalueringer konkluderer med at teamene gir et bedre tilbud til personer i målgruppen sammenlignet med tidligere. Dette er beskrevet av både brukere, pårørende, ansatte i teamene og deres samarbeidspartnere.

For å bidra til etablering av flere lavterskeltilbud og til raskere utrulling av flere ACT-, FACT- og FACT ung-team, foreslås det å etablere en egen ordning for kunnskapsbaserte lavterskeltilbud og en egen ordning for ACT, FACT og FACT ung. Disse ordningene vil erstatte de tidligere ordningene Tilbud til voksne med behov for langvarig oppfølging og sammensatte tjenester og Tilbud til barn og unge med psykiske plager og problematisk rusmiddelbruk og behov for sammensatte tjenester. Helsedirektoratet vil utarbeide regelverk for de nye ordningene. I en overgangsfase, og fordi antall søknader og søknadsbeløp kan variere på de ulike ordningene, ses bevilgningene til disse formålene i sammenheng. Det foreslås 429,8 mill. kroner til ordningene i 2026, hvorav 60 mill. kroner er til å styrke lavterskeltilbud gjennom opptrappingsplan for psykisk helse.

Utvikling, tilpasning og etablering av kunnskapsbaserte lavterskeltilbud innen psykisk helse- og rusmiddelfeltet

Alle kan oppleve psykiske plager eller lidelser over kortere eller lengre perioder i livet. Dersom hjelp til å håndtere plagene ikke er tilgjengelig på et tidlig tidspunkt, kan tilstanden forverres og behovet for tjenester og tiltak kan øke. Gode lavterskeltilbud i kommunene kan sikre befolkningen tidlig hjelp før problemene utvikler seg til å bli mer alvorlige og behovet for mer spesialisert hjelp oppstår. Regjeringen har i opptrappingsplan for psykisk helse satt som mål at innbyggere i alle kommuner har tilgang til kunnskapsbaserte lavterskeltilbud innen psykisk helse og rus.

Lavterskeltilbud er en hensiktsmessig måte å innrette helse- og omsorgstjenester på, og et uttrykk for egenskaper ved tjenestenes tilgjengelighet. Lavterskeltilbud kan beskrives som tilbud som gir direkte hjelp uten henvisning, venting eller lang saksbehandlingstid, er tilgjengelige for alle, kan tilby tidlige og adekvate tiltak og kan veilede videre i systemet. Innholdet i en lavterskel psykisk helse- og rustjeneste bør være kunnskapsbasert. Med kunnskapsbasert menes at tjenestens innhold bygger på et samspill av kunnskap fra forskning, klinisk kunnskap og erfaring fra bruker og pårørende. Kunnskapsbasert innebærer også at det kommunale handlingsrommet hensyntas, ved at kommunene kan være mer fleksible og ta hensyn til sine erfaringer og lokale rammer og forutsetninger.

Det foreslås å etablere en ny tilskuddsordning for utvikling, tilpasning og etablering av kunnskapsbaserte lavterskeltilbud innen psykisk helse- og rusmiddelfeltet for barn, unge, voksne og familier.

Etablering av ACT-, FACT-, og FACT ung-team

Målet med ACT, FACT og FACT ung er å kunne tilby personer som har alvorlig og langvarige psykiske helseutfordringer og ruslidelse oppsøkende, sammenhengende og integrerte tjenester fra spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten i et team.

Det er per 2025 rundt 85 ACT-/ FACT-team og om lag 26 FACT ung-team. I tillegg er 14 ACT-/ FACT-team og 15 FACT ung-team i forprosjekt. Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA) har estimert at det er behov for om lag 200 FACT-team for voksne, og litt over 100 FACT ung-team. Slik det bl.a. fremkommer i Riksrevisjonens rapport fra 2025 (Dokument 3:5 (2024–2025) *Helse- og velferdstjenester til personer med samtidige rusmiddellidelser og psykiske lidelser*) er det også potensial for tjenesteutvikling overfor pasientgruppen med samtidige rusmiddel- og psykiske lidelser (ROP), Riksrevisjonens rapport slår fast at FACT-team er egnet som tjenestemodell for ROP-målgruppen, men har for lav kapasitet.

Både FACT, og særlig FACT ung, er relativt nye tjenestemodeller, og det er behov for en videre satsing på modellene slik at flere team kan etableres. Det foreslås derfor å etablere en egen tilskuddsordning for etablering av ACT-, FACT- og FACT ung-team. Det skal også kunne søkes om midler til RusFACT-team over ordningen.

Tilbud til personer med langvarige og sammensatte tjenestebehov og barn og unge med psykiske plager og problematisk rusmiddelbruk

Gjennom ordningene Tilbud til voksne med behov for langvarig oppfølging og sammensatte tjenester og Tilbud til barn og unge med psykiske plager og problematisk rusmiddelbruk og behov for sammensatte tjenester har det blitt gitt tilskudd til delfinansiering av etablering og drift av tverrfaglige aktivt oppsøkende behandlingsteam etter ACT-, FACT- og FACT ung-modellen (prioritet 1 på ordningene). Midler har også gått til utprøving og evaluering av nye metoder/arbeidsformer og modeller på psykisk helse- og rusfeltet for voksne og til utvikling, tilpasning og etablering av psykiske helsetjenester for barn og unge basert på veileder psykisk helsearbeid barn og unge (prioritet 2 på ordningene).

Begge ordninger har hatt høy måloppnåelse i 2024. Det er innvilget midler til både ACT-, FACT- og FACT ung-team og til tiltak innen prioritet 2 i alle statsforvalterembetene.

I saldert budsjett for 2025 ble det bevilget 362,9 mill. kroner til tilskuddsordningene. Det foreslås å avvikle tilskuddsordningene og erstatte dem med en egen tilskuddsordning for etablering av lavterskeltilbud og en egen ordning for etablering av ACT-, FACT- og FACT ung-team.

Styrket arbeid med forebygging, tidlig oppdagelse, tidlig intervensjon og behandling av spiseforstyrrelser

Mange kommuner mangler kompetanse om hvordan man kan forebygge, fange opp og følge opp personer som strever med mat og kropp. De kommunale tjenestene, som for eksempel helsestasjons- og skolehelsetjenesten, psykiske helsetjenester og fastlegen, er viktige for tidlig å fange opp mennesker som strever med mat og kropp – slik at de får nødvendig hjelp og oppfølging.

Formålet med ordningen er å styrke samarbeid, bevissthet, kunnskap og kompetanse i helse- og omsorgstjenestene om forebygging, tidlig oppdagelse, tidlig intervensjon og behandling for personer som strever med mat og kropp. Tilskuddsordningen skal bidra til å bygge opp nødvendig kompetanse i kommunene om hvordan man kan forebygge, fange opp og følge opp personer som har eller er i ferd med å utvikle en spiseforstyrrelse. Det er også et mål at samarbeid mellom ulike helsetjenester i kommunen, og mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten utvikles og styrkes.

Tilskudd ble lyst ut i desember 2023 og november 2024. Tilskuddene har gått til kommunenes helse- og omsorgstjenester, og psykiske helsetjenester til barn og unge har blitt prioritert i tildelingen. Prosjektene er et samarbeid mellom kommuner og flere instanser, og samtlige av prosjektene har samarbeidet med brukerorganisasjoner i prosjektperioden. Tilskuddsmottakerne har gitt tilbakemelding om at ordningen har vært avgjørende for å styrke kunnskapen og kompetansen i sin kommune.

I 2025 ble det bevilget 10,9 mill. kroner til formålet. Det foreslås å videreføre bevilgningen med 11,1 mill. kroner i 2026.

Post 62 Rusarbeid

Utover gjennomgående budsjettiltak omtalt i del I, og generell prisomregning foreslås bevilgingen redusert med 44 mill. kroner for å styrke andre prioriterte tiltak.

Over posten gis det tilskudd til kommunene for å stimulere til tjenesteutvikling på rusmiddelfeltet og for å understøtte nasjonale og overordnede mål på området. Formålet med tilskuddsordningen er å bidra til bedret livskvalitet, mestring og mulighet for en aktiv og meningsfull tilværelse for personer med rusmiddelrelaterte problemer og deres pårørende, gjennom å styrke tilbud innen forebygging, tidlig intervensjon, skadereduksjon behandling og oppfølging. Tiltak som etablering av brukerrom og rusmiddelanalysetjeneste i brukerrom, kan omfattes av ordningen.

Bevilgninger til rusmiddelfeltet ses i sammenheng med styrking av bevilgninger til psykisk helse der det er sammenfallende målgrupper og innsatsområder. Tilskudd til kommunalt rusarbeid inngår videre i den helhetlig gjennomgang av tilskuddsordninger på psykisk helse- og rusfeltet som ble vedtatt under Stortingets behandling av Meld. St. 5 (2024–2025) *Trygghet, fellesskap og verdighet*. Det er i denne sammenheng at regjeringen foreslår å redusere bevilgningen til kommunalt rusarbeid bl.a. til fordel for mer målrettet innsats på lavterskeltilbud for barn og unge med psykiske vansker og rusmiddelproblemer, se omtale under kap. 765, post 60.

I 2024 var det 232 kommuner og bydeler som mottok tilskudd fordelt på 387 ulike tiltak. Rapporteringen viser at det er stor bredde knyttet til hvilke av innsatsområdene i regelverket kommunene har valgt å innrette sine tiltak. Flest kommuner rapporterer at de i stor grad retter tilbudet mot personer med ROP-lidelser, tilrettelegging for deltagelse i arbeidsrettet og sosial aktivitet og nettverk og mot alkohol- og legemiddelrelaterte problemer. Deretter følger tiltak som styrker bruker- og pårørendemedvirkning, erfaringskompetanse og forebyggende oppsøkende arbeid for barn og unge. Mange kommuner utvikler tilbud i samarbeid med bruker- og pårørendeorganisasjoner eller andre frivillige og ideelle aktører. Det er relativt færre mindre kommuner (≤ 2000 innbyggere) som søker og mottar tilskudd enn større kommuner.

I 2025 ble det bevilget 483,4 mill. kroner til formålet. Det foreslås å videreføre bevilgningen med 448,6 mill. kroner i 2026.

Post 71 Brukere og pårørende mv.

Utover gjennomgående budsjettiltak omtalt i del I, og generell prisomregning foreslås bevilgningen redusert med 9,5 mill. kroner knyttet til avviklingen av tilskudd til Pårørendesenteret.

Endringene skal ses i sammenheng med tiltak knyttet til psykisk helse og eldre, der styrkingen særlig skal sørge for raskere hjelp og aktivitetstilbud som bidrar til å avlaste pårørende.

Bevilgningen skal bidra til å fremme bruker- og pårørendemedvirkning og erfaringskompetanse og dekker tilskudd til frivillige og ideelle organisasjoners påvirkningsarbeid på psykisk helse-, rus- og voldsfeltet.

Driftstilskudd til bruker- og pårørende organisasjoner innen psykisk helse-, rus- og voldsfeltet

Formålet med tilskuddsordningen er å integrere bruker- og/eller pårørendemedvirkning i helse- og omsorgstjenestens utvikling og kvalitetsforbedring av tjenestetilbud innen psykisk helse-, rusmiddel- og voldsfeltet. Et langsiktig mål for ordningen er at det er tilstrekkelig tilfang av og tilgang til bruker- og pårørenderepresentanter i alle landets fylker.

Nytt regelverk for ordningen ble gjort gjeldende fra 2023 og flere organisasjoner har gjort endringer for å arbeide mer i tråd med formålet for tilskuddordningen. Dette innebærer bl.a. i større grad å rette innsatsen mot brukermedvirkning på tjeneste- og systemnivå.

Helsedirektoratet vurderer at alle organisasjonene som har mottatt tilskudd i 2024 bidrar til måloppnåelse for ordningen, men det er stor variasjon i omfang og nedslagsfelt for deres arbeid.

I saldert budsjett for 2025 ble det bevilget 124 mill. kroner til tilskuddsordningen. Bevilgningen foreslås redusert med 15,8 mill. kroner som er knyttet til overgangsordningen for de regionale brukerstyrte sentrene, jf. egen omtale under. Det

foreslås å videreføre bevilgningen med 110,3 mill. kroner i 2026.

Tilskudd til brukerstyrte tiltak og aktiviteter

Det foreslås å flytte 15,8 mill. kroner fra bevilgningen til driftstilskudd til bruker- og pårørendeorganisasjoner innen psykisk helse-, rus- og voldsfeltet til et nytt tilskudd til en ny, åpen og konkurransebasert tilskuddsordning for drift av brukerstyrte tiltak og aktiviteter. Tilskuddet etableres gjennom at midlene som til nå har gått til å finansiere overgangsordningen for de regionale brukerstyrte sentrene trekkes ut av driftstilskuddet til bruker- og pårørendeorganisasjoner innen psykisk helse, rus og vold.

Bevilgningen skal bidra til å styrke arbeidet med brukerstyrte tiltak, og bedre samarbeidet mellom aktørene på området. Dette nye tilskuddet skal evalueres, og det skal i løpet av de neste tre årene vurderes endringer i tilskuddsordningen sett opp mot andre ordninger.

Driftstilskudd til paraplyorganisasjoner innen psykisk helse, rusmiddel- og voldsfeltet

Tilskuddsordningen ble etablert i 2025. Formålet med bevilgningen er å legge til rette for at paraplyorganisasjoner innen psykisk helse-, rusmiddel-, eller voldsfeltet kan fremme medlemsorganisasjonenes felles interesser, samt bidra til utvikling av tjenesteområdene innen psykisk helse-, rusmiddel- og voldsfeltet.

Det ble bevilget 7 mill. kroner til tilskuddsordningen i 2025. Det foreslås å øke bevilgningen med 5,2 mill. kroner mot en avvikling av det enkeltstående tilskuddet til Rådet for psykisk helse. Totalt foreslås det å bevilge 12,4 mill. kroner til ordningen i 2026.

Tilskudd til erfaringskompetanse

Formålet med ordningen er å fremme erfaringskompetanse i form av erfaringskonsulenter, som en sentral del av tjenestetilbud og fagutvikling innen psykisk helse, rusmiddel- og voldsfeltet. Tilskudd gis til ideelle og frivillige virksomheter som bidrar til rekruttering gjennom veiledning og rådgivning til personer som ønsker å bli erfaringskonsulenter, som gir informasjon og rådgivning til arbeidsgivere og som driver informasjon og påvirkningsarbeid på systemnivå. Det ble bevilget 4 mill. kroner til tilskuddsordningen i 2025. Bevilgningen foreslås videreført med 4,1 mill. kroner i 2026.

Psykisk helse og livskvalitet – kjønns- og seksualitetsmangfold

Formålet med tilskuddsordningen er å bidra til god psykisk helse, livskvalitet og mer likeverdige helse- og omsorgstjenester for grupper av befolkningen som bryter med normer for kjønn og seksualitet (LHBT+-befolkningen). Ordningen skal bl.a. fremme kunnskap og økt bevissthet om kjønns- og seksualitetsmangfold, utvikle og formidle kunnskap om LHBT+-befolkningens psykiske helse og livskvalitet, sikre representasjon av LHBT+-befolkningen i brukermedvirkning i helse- og omsorgssektoren og øke kunnskapen og bevisstheten om kjønns- og seksualitetsmangfold og ivaretakelse av LHBT+-befolkningens behov i offentlige tjenester. I 2024 har tilskuddsmidler bl.a. bidratt til utviklingen av e-læringsverktøy og kurs rettet mot helsepersonell, økt kunnskap om LHBT+-befolkningens psykiske helse og hjelpesøkende atferd og aktiviteter for medlemmer av organisasjoner på LHBT+-feltet. Alle organisasjonene som har mottatt tilskudd over ordningen bidrar til å nå målene for tilskuddordningen. Organisasjonene når målgruppen gjennom sine tiltak. Måloppnåelsen er vurdert som middels, bl.a. basert på enkelte søkere ikke ferdigstilt sine tiltak/prosjekter i løpet av 2024**.** Regjeringen har lagt frem en ny strategi for seksuell helse, God seksuell helse – vårt felles ansvar, med formål om å fremme god seksuell helse og rettigheter i befolkningen, se nærmere omtale på kap. 760, post 21 og kap. 760, post 70.

I 2025 ble det bevilget 8,9 mill. kroner til formålet. Bevilgningen foreslås videreført med 9,1 mill. kroner i 2026.

Rådet for psykisk helse

Rådet for psykisk helse er en paraplyorganisasjon med 34 medlemsorganisasjoner. Medlemsmassen omfatter bruker- og pårørendeorganisasjoner, humanitære organisasjoner, utdanningsinstitusjoner, profesjonsorganisasjoner og fagforbund.

Rådet for psykisk helse har hatt høy aktivitet i 2024. De har bl.a. levert et stort antall innspill og høringssvar, i tillegg til å delta i debatter, møter, råd, komiteer, forum og utvalg. De har gitt ut magasinet Psykisk helse og bidratt i 44 aktive forskningsprosjekter og 39 aktive informasjons- og utviklingsprosjekter finansiert av Stiftelsen DAM.

I 2025 ble det bevilget 5,2 mill. kroner til Rådet for psykisk helse. Det vurderes at det ikke er grunnlag for å unnta tilskuddet til Rådet for psykisk helse fra hovedregelen om søkbare til-

skuddsordninger. Det enkeltstående tilskuddet innebærer videre manglende likebehandling av aktører med tilsvarende tilbud. Bevilgningen foreslås derfor innlemmet i den søknadsbaserte ordningen til drift av paraplyorganisasjoner innen psykisk helse-, rusmiddel- og voldsfeltet på samme kapittel og post. Rådet for psykisk helse er kvalifisert til å søke på denne ordningen i 2026.

Pårørendesenteret

Stiftelsen Pårørendesenteret tilbyr pårørendeveiledning, kurs og undervisning både til pårørende og fagfolk, lokalt og nasjonalt. Senteret driver også Pårørendelinjen, pårørendesenteret.no, et landsdekkende nettsted for pårørende og pårørendeprogrammet.no, et læringsverktøy for ansatte i helse- og omsorgstjenestene. I tillegg driver de nettstedet ungepårørende.no. I 2025 ble det bevilget 9,2 mill. kroner til Stiftelsen Pårørendesenteret. Helsedirektoratet har vurdert at det ikke er faglig eller tilskuddsfaglig grunnlag for å unnta tilskuddet til Pårørendesenteret fra hovedregelen om søkbare tilskuddsordninger. Det enkeltstående tilskuddet innebærer videre manglende likebehandling av aktører med tilsvarende tilbud. Det foreslås derfor at dette enkeltstående tilskuddet avvikles. Pårørendesenteret kan søke om tilskudd over konkurransebaserte ordninger som omfatter deres aktiviteter.

Post 72 Frivillig arbeid, hjelpetelefoner mv.

Utover gjennomgående budsjettiltak omtalt i del I, og generell prisomregning foreslås bevilgningen styrket med 15 mill. kroner til tilskudd til hjelpetelefoner og chat og 15 mill. kroner til tilskudd til samtale og mestringstilbud innen psykisk helse-, rusmiddel- og voldsfeltet.

Formålet med bevilgningen er å bidra til at personer med psykisk helse- eller rusmiddelproblemer, vansker knyttet til vold eller med erfaring fra salg og bytte av seksuelle handlinger, oppnår bedret livskvalitet, mestring og mulighet for aktiv og meningsfull tilværelse. Dette gjøres gjennom å legge til rette for frivillige og ideelle organisasjoners arbeid for målgruppene, og skal bidra til å avlaste pårørende som står tett på personer som ordningen retter seg mot.

Bevilgningen omfatter institusjonsbaserte tilbud, aktivitetstilbud, oppfølging og informasjons-, veilednings- og støttetilbud til personer i vanskelige livssituasjoner og deres pårørende, bl.a. gjennom hjelpetelefoner og chattjenester.

Institusjonsbaserte tjenester, aktivitetstilbud og oppfølgingstilbud

Det gis tilskudd til ideelle og frivillige organisasjoner som tilbyr institusjonsbaserte tjenester for personer med rusmiddelproblemer (grunntilskuddet), som driver aktivitetstilbud (aktivitetstilskuddet) og oppfølgingstilbud for personer med psykisk helse- og rusmiddelproblemer eller med erfaring fra salg og bytte av seksuelle handlinger (oppfølgingstilskuddet).

Som tidligere år finner regjeringen det formålstjenlig å samle bevilgningene. Dette gir Helsedirektoratet nødvendig fleksibilitet under tilskuddsforvaltningen. Den samlede bevilgningen til de tre tilskuddsordningene var på 480,2 mill. kroner i 2025. Bevilgningen foreslås videreført med 489,1 mill. kroner i 2026.

Grunntilskudd til ideelle og frivillige organisasjoner som driver institusjonsbasert tilbud

Formålet med ordningen er å bidra til at personer med rusmiddelproblemer, eller med erfaring fra salg og bytte av seksuelle handlinger, oppnår bedret livskvalitet, mestring og mulighet for aktiv og meningsfull tilværelse, gjennom tilskudd til ideelle og frivillige organisasjoner som driver institusjonsbaserte døgn- og dagtilbud. Ordningen skal bidra til mangfold og kvalitet i institusjonsbaserte dag- og døgntilbud utenfor spesialisthelsetjenesten.

Helsedirektoratet mottok 13 søknader i 2024 med et samlet søknadsbeløp på om lag 213 mill. kroner. Det ble tildelt tilskudd til 10 tiltak. Helsedirektoratet vurderer den samlede måloppnåelsen for ordningen i 2024 som middels.

Tilskudd til ideelle og frivillige organisasjoner som driver aktivitetstilbud innen psykisk helse- og rusfeltet mv.

Formålet med ordningen er å bidra til at personer med rusmiddelproblemer, psykiske helseproblemer eller med erfaring fra salg og bytte av seksuelle handlinger, deltar i aktiviteter med sikte på bedret livskvalitet, mestring og mulighet for en aktiv og meningsfull tilværelse.

Det gis tilskudd til frivillige og ideelle virksomheter som driver aktivitetstilbud for målgruppene. Det er ønskelig at tilbud som finansieres over tilskuddordningen koples til kommunale tilbud gjennom samarbeidsavtaler. Hensikten er å bidra til bedre sammenheng mellom kommunale tjenester og tilskuddsfinansiert aktivitet i regi av ideell

sektor, og for å stimulere til økt kommunalt engasjement på området.

Ordningen skal bidra til mangfold og kvalitet i aktivitetstilbud i regi av frivillige og ideelle aktører over hele landet og rapporteringen viser at tilskudd bidrar til et slikt mangfold. Eksempel på fysiske aktiviteter er gatefotball, gå- og sykkelgrupper mv. Andre typer av tilbud er kreative og kulturelle aktiviteter, møteplasser, måltidsfellesskap, sosiale samlingspunkter, arbeidstiltak mv.

Helsedirektoratet mottok 240 søknader på ordningen i 2024 med samlet søknadsbeløp på om lag 640 mill. kroner. Dette er en økning i antall søknader og omsøkt beløp fra 2023. Det ble innvilget tilskudd til 146 ulike tiltak. Helsedirektoratet vurderer den samlede måloppnåelsen for ordningen i 2024 som middels.

Tilskudd til oppfølgingstilbud til personer med rusmiddelproblemer, psykiske helseproblemer og/eller erfaring fra salg og bytte av seksuelle handlinger

Formålet med ordningen er å gi oppfølging som bidrar til bedre helse, livskvalitet og evne til å mestre egen livssituasjon for personer med rusmiddelproblemer, psykiske helseproblemer og/eller erfaring fra salg og bytte av seksuelle handlinger. Ordningen retter seg mot personer som i mindre grad nås gjennom ordinære offentlige tjenester eller andre tilskuddsfinansierte tiltak.

Tilskuddsfinansiert aktivitet skal supplere det offentlige tjenestetilbudet. For å sikre helhetlige, sammenhengende og koordinerte tjenestetilbud til målgruppene må tilskuddsmottagere etterstrebe et formalisert samarbeid med kommunene der tilbudet er etablert.

Helsedirektoratet mottok 53 søknader i 2024 med et samlet søknadsbeløp på om lag 107 mill. kroner. Det ble tildelt tilskudd til 12 tiltak.

Rapporteringen for 2024 viser at aktivitet som tilskuddsfinansieres i høy grad er i tråd med tilskuddsordningens formål. De fleste tiltakene retter seg primært mot personer med alvorlige og omfattende rusmiddelproblemer, tre tiltak retter seg primært mot personer med erfaring fra salg eller bytte av seksuelle handlinger. Tilskuddsmottakerne viser i all hovedsak til godt samarbeid med kommuner, men i varierende grad til andre samarbeidsaktører.

Rådgivnings-, støtte- og veiledningstjenester innen psykisk helse, rus og vold

Tilskuddsordningen rådgivnings-, støtte- og veiledningstjenester innen psykisk helse, rus og vold ble avviklet i 2025 og bevilgningen overført til to nye tilskuddsordninger på posten:

- Hjelpetelefon- og chattjenester innen psykisk helse-, rusmiddel- og voldsfeltet.
- Samtale- og mestringstilbud innen psykisk helse, rusmiddel- og voldsfeltet.

Tilskuddsordningen ble opprettet i 2023 etter avvikling av ordningen Digitale hjelpetjenester og de enkeltstående tilskuddene denne ordningen omfattet.

De fleste tilskuddsmottakerne over ordningen driver telefon- og chattilbud, men organisasjoner som har samtalegrupper, individuelle samtaler og opphold er også representert. Brukerne gir gode tilbakemeldinger på tilbudene som gis og tar opp mange ulike tema. Måloppnåelsen ble vurdert som høy i 2024.

Hjelpetelefon- og chattetjenester innen psykisk helse-, rusmiddel- og voldsfeltet

Formålet med bevilgningen er å lette eller styrke evnen til å håndtere livssituasjonen, for mennesker som opplever vansker knyttet til psykisk helse, rus og vold. I en akutt vanskelig livssituasjon, eller som pårørende til noen i en slik situasjon, kan trygg og raskt tilgjengelig hjelp og støtte være viktig. Et godt tilbud og beredskap ved tidskritiske behov for hjelp, spesielt for personer som tar kontakt om selvskadings- eller selvmordstanker, er derfor svært viktig. Tilskuddet skal benyttes til drift av hjelpetelefon- og chattjenester. Disse tilbudene kan være viktige supplement til det offentlige tjenestetilbudet ved å tilby enda lavere terskel og raskere hjelp.

Det foreslås at det kan innvilges flerårige tilskudd med forbehold om Stortingets årlige bevilgninger.

I saldert budsjett for 2025 ble det bevilget 95 mill. kroner til tilskuddsordningen. Det foreslås å styrke bevilgningen med 15 mill. kroner som del av opptrappingsplan for psykisk helse. Det foreslås å bevilge 111,8 mill. kroner til formålet i 2026.

Samtale- og mestringstilbud innen psykisk helse-, rusmiddel- og voldsfeltet

Formålet med bevilgningen er å lette livssituasjonen, eller styrke evnen til å håndtere den, for mennesker som opplever vansker knyttet til psykisk helse, rus og vold.

Mange personer med slike vansker, eller deres pårørende, har ikke behov for tidskritisk/

umiddelbar hjelp, men trenger likevel oppfølging, ofte over tid. Det er behov for lavterskeltilbud som kan tilby samtaler, gruppesamtaler eller annen oppfølging av lengre varighet. Tilskuddet kan brukes til fysiske og digitale gruppesamtaler og individuelle samtaler, livsmestrings- og selvhjelptilbud og -kurs. Ordningen skal primært ivareta flerårige tiltak som er stabile. Det foreslås at det kan innvilges flerårige tilskudd med forbehold om Stortingets årlige bevilgninger.

I saldert budsjett for 2025 ble det bevilget 35,5 mill. kroner til tilskuddsordningen. Det foreslås å styrke bevilgningen med 15 mill. kroner som del av opptrappingsplan for psykisk helse. Samlet foreslås det å bevilge 51,2 mill. kroner til formålet i 2026.

Brukerstyrte hus

Ordningen ble etablert i 2025 og formålet er å understøtte brukerstyrt aktivitet på rusmiddelfeltet.

Brukerstyrte hus finnes bl.a. i Oslo, Bergen og Stavanger og vurderes som gode tiltak med en tydelig innramming. De brukerstyrte husene anses å ha en særlig merverdi da de på ulike måter involverer brukerne av tilbudet i driften, noe som bidrar til mening og mestring. Gjennom tilbud om sosial støtte, inkludering og fellesskap, er husene en viktig del av det sosiale nettverket som trengs i forbindelse med behandling, i kommune eller spesialisthelsetjeneste.

Bevilgningen foreslås videreført med 2 mill. kroner i 2026.

Post 73 Utviklingstiltak mv.

Utover gjennomgående budsjettiltak omtalt i del I, og generell prisomregning foreslås det ingen endringer i bevilgningen på posten.

Formålet med bevilgningen på posten er å styrke befolkningens kunnskap om psykisk helse, rus- og voldsproblematikk, øke den samlede kompetansen i helse- og omsorgstjenestene og bidra til utviklingsarbeid på særskilte satsingsområder. Kommunal sektor skal prioriteres. Pårørende skal inkluderes og hensyntas i tjenesteutviklingen.

Institutter og foreninger

Tilskuddsordningen har som formål å bidra til økt kompetanse innen psykisk helse. Ordningen retter seg mot institutter og foreninger som driver etter-, videre- og spesialistutdanning innen psykisk helse, og er nedfelt i forskrift om tilskudd til institutter og foreninger som driver etter-, videre- og spesialistutdanning i psykisk helse. Instituttene og foreningene tilbyr i stor grad videreutdanning som ledd i spesialistutdanninger, særlig for leger og psykologer.

Måloppnåelsen for 2024 er generelt høy. Utdanningstilbudene til instituttene og foreningene er generelt av god kvalitet og når mange deltakere, særlig i antall, men for mange av utdanningstilbudene også mht. geografisk spredning. Målet om økt kunnskap til personell som jobber med psykisk helse ivaretas. De ulike instituttene og foreningene tilbyr differensierte utdanningstilbud som sikrer bredde og mangfold som kommer pasientene til gode.

Som følge av evaluering av tilskuddsordningen i 2023 og forslag til forbedringspunkter, er det gjort mindre endringer i tildelingskriteriene. Det ble bevilget 34,3 mill. kroner i 2025 til institutter og foreninger som driver etter- og videreutdanning innen psykisk helse. Bevilgningen foreslås videreført med 34,8 mill. kroner i 2026. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2025.

Arbeid og psykisk helse

Formålet med bevilgningen er å bidra til at mennesker med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer kan nyttiggjøre seg sin arbeidsevne, komme i ordinært lønnet arbeid og beholde tilknytningen til arbeidslivet. Det er et mål at arbeidsdeltakelse inkluderes som et ledd i utredning og behandling av personer med moderate til alvorlige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer. Tilknytningen til arbeidslivet er for mange både en viktig faktor i bedringsprosessen og en beskyttende faktor for sykdomsutvikling. Et tett samarbeid mellom helse- og omsorgstjenestene og Arbeids- og velferdsetaten er viktig for å lykkes med dette målet.

Arbeid og helse omfatter et helt fagfelt der samtidighet mellom Nav og helsetjenesten står sentralt. Individuell jobbstøtte (IPS) er et tilbud til pasienter med moderate til alvorlige psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer, som mottar behandling i helse- og omsorgstjenesten og der målet er å hjelpe pasienter som ønsker å delta i arbeidslivet ut i ordinært, lønnet arbeid gjennom individuelt tilpasset behandling og arbeidsrettet oppfølging. IPS er en internasjonal modell og er godt dokumentert både nasjonalt og internasjonalt. HelseIArbeid retter seg mot grupper som står i fare for å bli sykmeldt eller falle ut av arbeidslivet pga. muskel-, skjelett- og/eller psykiske lidelser og består av både et bedriftstiltak og

et individtiltak med en tverrfaglig og tverrsektoriell utredning i spesialisthelsetjenesten. Felles for modellene er den samtidige tverrsektorielle intervensjonen.

På bakgrunn av felles oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet og Arbeids- og inkluderingsdepartementet har Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet utarbeidet faglige råd for IPS og HelseIArbeid. Rådene ble publisert i 2025 og er tilgjengelige på Helsedirektoratet sine hjemmesider. Høsten 2024 ble det publisert en studie om status for IPS i Norge. Studien er et viktig kunnskapsbidrag i det videre tverrsektorielle samarbeidet om IPS.

Tilskuddsordningen skal bidra til å videreutvikle IPS i helse- og omsorgstjenesten. Målet er å øke utbredelse av IPS til målgruppen, samt å spre kunnskap og kompetanse om IPS slik at flere får mulighet til å delta i det ordinære arbeidslivet. Midler fra tilskuddsordningen skal benyttes til å finansiere IPS-veiledere i helse- og omsorgstjenestene, sikre videre utvikling av kurs, e-læringsmoduler og datainnsamling, og styrking av implementeringsarbeid. I tillegg kan midlene benyttes til finansiering av arbeids-/utdanningsspesialist i etablerte ACT-, FACT- og FACT ung-team.

30 virksomheter fikk innvilget tilskuddsmidler i 2024. Det ble bevilget midler til 20 FACT- og FACT ung-team og åtte ressursmiljøer innen IPS. Ressursmiljøene har god geografisk spredning i landet. FACT- og FACT ung-teamene som var i full drift i 2024 rapporterer om 46 pasienter i arbeid, 62 pasienter i utdanning og at pasienter har fått tilbud om meningsfull aktivitet. Ressursmiljøene har etablert samarbeid med kompetansemiljø i Nav og Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA).

Etter en endring i tilskuddsordningen i Prop. 1 S (2022–2023) ble det underforbruk på posten. I 2025 ble derfor 15 mill. kroner flyttet fra denne bevilgningen til Arbeids- og inkluderingsdepartementet for å sikre at midlene fortsatt gikk til jobbspesialister i IPS gjennom arbeids- og velferdsetaten.

Det ble bevilget 24,2 mill. kroner til tilskuddsordningen arbeid og psykisk helse i 2025. Bevilgningen foreslås videreført med 24,6 mill. kroner i 2026.

Fontenehus

Formålet med bevilgningen er å bidra til at flere personer med psykiske helseproblemer og/eller rusmiddelproblemer skal delta i arbeidsrettede aktiviteter og komme i ordinært arbeid. Bevilgningen skal bidra til etablering av flere fontenehus, sikre videre drift i eksisterende fontenehus og bidra til drift av paraplyorganisasjonen Fontenehus Norge. Fontenehusene jobber for at mennesker med psykiske helseutfordringer skal få støtte på veien til lønnet arbeid og studier, og til å ta tilbake kontrollen over eget liv. Medlemmer og ansatte arbeider sammen i et helsebringende arbeidsfellesskap bygget på grunnleggende menneskelige behov for å bli sett, hørt, være nyttig, mestre og tilhøre et fellesskap. Det er et langsiktig mål om likeverdige tilbud og geografisk spredning i hele landet.

I 2024 var det totalt 22 etablerte fontenehus i landet og to fontenehus fikk innvilget tilskudd til etablering (Lillestrøm og Sunnhordland). Fontenehusene ligger i Oslo, Akershus, Troms, Buskerud, Innlandet, Østfold, Møre og Romsdal, Vestland, Agder, Trøndelag og Rogaland. Fylkene Finnmark, Nordland, Telemark og Vestfold hadde ikke fontenehus i 2024. Fontenehus i Sarpsborg og Larvik er under planlegging. Alle fontenehusene er enten akkreditert av Clubhouse International, eller i prosess med å bli det. Det var 6 558 registrerte antall medlemmer i 2024, hvorav 3 389 aktive medlemmer. Gjennomsnittlig daglig oppmøte var på 368. Totalt 81 personer var i overgangsarbeid. Det totale antallet medlemmer i jobb og ordinært studie/utdanning var hhv. 828 og 347 i 2024. Med støtte fra Fontenehus Norge er det etablert flere samarbeidsplattformer på tvers av fontenehusene i hele landet. Daglige ledere i de lokale fontenehusene har jevnlige digitale møter og møtes fysisk. Det er etablert felles kommunikasjonsplattform på Teams. I tillegg har mange fontenehus godt samarbeid seg imellom. De hospiterer for å hente inspirasjon og dele beste praksis knyttet til drift av fontenehus.

Hovedandelen av fontenehusene har tett samarbeid med kommuner, og samarbeider godt for å rekruttere og nå målgruppen sammen. Fontenehusene samarbeider i stor grad med Nav og distriktspsykiatrisk senter (DPS), i tillegg til andre relevante aktører. De fleste fontenehusene fikk en økning i den kommunale støtten sammenlignet med 2023. Det ser ut til at kommunene sørger for en gradvis økning av finansieringen for mange av fontenehusene, slik at den kommunale delstøtten blir av varig karakter. Noen fontenehus får i tillegg støtte til prosjekter fra andre aktører. Et treårig prosjekt til Fontenehus Norge «Forskning på effekt» som Oslo Economics har jobbet med ble ferdigstilt i 2024. Dette prosjektet har hatt som formål å forske på hvilke effekter Fontenehusene gir, på hvilken måte effektene oppstår og for

hvilke aktører. De har også sett på kostnader, nyttevirkninger og netto samfunnsverdi.

Ordningen fikk en ekstrabevilgning i revidert nasjonalbudsjett for 2024. Midlene ble innvilget til etablering av fontenehus i Sunnhordland. I tillegg ble det bevilget midler til to prosjektsøknader til Fontenehus Norge: Studiestøtte på Fontenehus og Opplæring på Fontenehus. Arbeidet med prosjekter og etableringen av fontenehus i Sunnhordland vil i hovedsak skje i 2025.

Det ble bevilget 83,6 mill. kroner til Fontenehusene i 2025. Bevilgningen foreslås videreført med 85,2 mill. kroner i 2026.

Kunnskapsbaserte mestringskurs

Formålet med bevilgningen er å bidra til at ansatte i helsetjenesten og i Nav har kompetanse og tilbyr forebyggende og behandlende tiltak i form av mestringskurs. Bevilgningen skal bidra til at tjenester i helse- og omsorgssektoren og tiltak i arbeids- og velferdsforvaltningen støtter opp under mer arbeidsrettede løp for den enkelte med sikte på at de som ønsker og kan, skal kunne nyttiggjøre seg sin arbeidsevne. I tillegg skal bevilgningen forhindre at unge med psykiske helseproblemer faller ut av utdanning. 370 ansatte i helsetjenesten og Nav fikk opplæring i tre ulike typer mestringskurs i 2024, med gode evalueringer. I tillegg var det 13 deltakere som gjennomførte første del av utdanningen i helsefremmende arbeid i natur, en kursmodell som fortsatt er under utvikling.

Det ble bevilget 3,9 mill. kroner til formålet i 2025. Bevilgningen foreslås videreført med 4 mill. kroner i 2026.

Post 74 Kompetansesentre

Utover gjennomgående budsjettiltak omtalt i del I, og generell prisomregning foreslås det ingen endringer i bevilgningen på posten.

Formålet med bevilgningen 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.

En mer samlet organisering av kompetansesentrene utenfor spesialisthelsetjenesten

Helse- og omsorgsdepartementet har, i samråd med berørte departementer, utredet en mer samlet organisering av forsknings- og kompetansesentrene utenfor spesialisthelsetjenesten. Målet er å etablere et mer helhetlig system for bedre og mer koordinert støtte til kommunesektoren. Utredningen legger til grunn en desentralisert struktur med kompetansemiljø nær tjenestene. Departementet tar sikte på at kompetansesentre som primært driver med implementering og tjenesteutvikling, og der de primære brukerne er de kommunale helse- og omsorgstjenestene, som i dag er organisert i helseforetak, organisatorisk forankres i en nasjonal overbyggende enhet under Helsedirektoratet med virkning fra 1. januar 2027.

Formålet er å gi en mer samlet, helhetlig og koordinert støtte til det strategiske og systematiske arbeidet med kvalitetsforbedring, tjenesteutvikling og likeverdige tjenester i kommunal sektor, og formidling og veiledning til kommunene om kunnskapsbasert praksis. Det legges opp til en fortsatt desentralisert struktur for de aktuelle sentrene. Den nye enheten skal ha ansvar for å koordinere og samordne kompetansesentrene, inkludert overordnet faglig og administrativ ledelse og styring av den samlede virksomheten. Endringen omfatter i første omgang følgende sentre: RVTS Nord, Midt og Vest, KORUS Midt-Norge, Øst, Nord, Bergen og Stavanger. Enheten vil gradvis kunne organisatorisk tilknyttes flere sentre innenfor omsorgstjenesten, sentre som jobber med psykisk helse, rus og vold, og sentre som jobber med barn og unge.

Departementet vil komme tilbake til de budsjettmessige konsekvensene i statsbudsjettet for 2027.

Forskningsfinansiering for forsknings- og kompetansesentre innenfor psykisk helse, rus og vold

I 2022 ble det innført resultatbasert finansering for om lag 2 pst. av grunntilskuddet. Helsedirektoratet foretar omfordelingen av 2 pst. av tilskuddsmidlene basert på beregnede forskningspoeng for sentrene som mottar tilskudd over kap. 765, post 74 og post 75. Tabell 4.10 viser gjennomsnittlig treårig beregning av forskningspoeng for forsknings- og kompetansesentre. Forskningspoeng omfatter publikasjonspoeng, poeng for doktorgrader og poeng for tildeling av ekstern finansiering fra Norges forskningsråd.

Tabell 4.10 Forskningspoeng (2024) og prosentandel av forskningspoeng (2022–2024)

Kap. 765 Psykisk helse, rus og vold	Forskningspoeng 2024	Prosent 2022–2024
Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress	80,8	28 %
Regionsenter for barn og unges psykiske helse Helseregion Øst og Sør	45,4	15,7 %
Regionalt kunnskapssenter for barn og unge i vest	34,1	12,8 %
Regionalt kunnskapssenter for barn og unge i Midt-Norge	66,1	21,8 %
Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging	25,7	8,7 %
Regionalt kunnskapssenter for barn og unge i nord	39,2	13 %
Totalt	291,3	100 %

Nærmere beskrivelse av resultater fra måling av forskningsaktivitet for forsknings- og kompetansesentrene omfattet av omleggingen er tilgjengelig på regjeringens nettsider.

Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse

Formålet med bevilgningen er tilgjengelig bruker og pårørendekunnskap og -erfaringer med relevans for forebyggende, avdekkende og oppfølgende aktivitet innen psykisk helse og rus. Bevilgningen går til drift av Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse, og skal bidra til styrket systematisk bruker- og pårørendemedvirkning på individ-, tjeneste- og systemnivå til beste for personer med psykisk helse-, rusmiddel- og sosialt relaterte problemer, samt deres pårørende. Målgruppen for senteret er beslutningstakere, ledere og tjenesteutøvere innen fagfeltene psykisk helse og rus i kommune- og spesialisthelsetjenesten. Senteret skal bidra til strategisk samarbeid og samordning med andre sentre og miljøer der det er relevant og hensiktsmessig. Senteret har i 2024 videreført prosjekt knyttet til erfaringer med kommunale, bemannede boliger og med gjennomgang av artikler om hvilke tiltak som er/ikke er egnet til å forebygge bruk av tvang innen psykisk helsevern i samarbeid med FoU-avdelingen for psykisk helsevern ved Akershus universitetssykehus.

Det ble bevilget 13,6 mill. kroner til formålet i 2025. Bevilgningen foreslås videreført med 13,9 kroner i 2026.

De regionale kompetansesentrene på rusfeltet (KORUS)

Formålet med bevilgningen er å styrke kompetanse og kvalitet på rusfaglig arbeid i relevante tjenester. Målgruppen for KORUS sitt arbeid er beslutningstakere, ledere og tjenesteutøvere i kommuner, fylkeskommuner, spesialisthelsetjenesten og relevante frivillige organisasjoner. Målgruppene er ikke avgrenset til helse- og omsorgstjenesten.

Gjennom formidling og implementering av forsknings- og kunnskapsbaserte strategier og tiltak, skal sentrene bidra til å oppfylle nasjonale mål på rusmiddelfeltet i den enkelte region. Rapporteringen viser at KORUS har oppfylt denne rollen også i 2024. 92 pst. av kommunene har vært i kontakt med et KORUS i 2024 (Sintef, 2025). KORUS har også fulgt opp og forankret statlige strategier, planer, satsinger og normerende produkter i eget arbeid, i tråd med statlige føringer. Kompetansesentrene driver et utstrakt strategisk samarbeid med andre kompetansesentre/-miljø og statsforvaltere for samordnet og koordinert innsats i kompetanse- og tjenesteutviklingen.

Sentrene har i samarbeid med NOVA bistått et stort antall kommuner og fylkeskommuner i kartleggings- og oversiktsarbeid og gjennomføring av undersøkelsene Ungdata og Ungdata junior. Siden oppstarten i 2010 er det samlet inn i alt 1 076 000 svar fra ungdommer på ungdomsskolen og videregående skole. Gjennom program for folkehelse, Ansvarlig alkoholhåndtering, Ansvarlig vertskap, kunnskap- og kompetanseformidling om eldre og rus, rusarbeid i skolen og bistand til kommunalt planarbeid, bidrar KORUS til at rusmiddelforebygging på ulike områder inngår i det systematiske folkehelsearbeidet.

KORUS har i 2024 samarbeidet med Helsedirektoratet i utviklingen av nasjonalt program for rusmiddelforebyggende arbeid, særlig i gjennomføring av kurs i European Prevention Curriculum (EUPC). KORUS vil i 2025 involveres ytterligere i arbeidet med utvikling og implementering av det nasjonale forebyggingsprogrammet.

I 2024 styrket regjeringen KORUS med 12,5 mill. kroner til en nasjonal satsing på utvikling og implementering av oppsøkende metodikk. KORUS har fulgt opp oppdraget bl.a. ved å etablere et nasjonalt kompetansemiljø for å utvikle faglige føringer for likeverdige og ungdomsvennlige oppsøkende tjenester, og ved å tilrettelegge for nasjonale og regionale fagnettverk. Formålet med nettverkene er å stimulere flere kommuner til å bruke oppsøkende arbeid som et tidlig intervensjonsverktøy for å forebygge frafall, sosial eksklusjon, rusmiddel- og psykiske helseproblemer hos barn og unge.

Nasjonalt er en kunnskapsoppsummering om oppsøkende arbeid med barn og unge, et fagbokprosjekt innen oppsøkende sosialt ungdomsarbeid og en omfangsundersøkelse under arbeid. Det oppdaterte kunnskapsgrunnlaget og den nye metodelitteraturen skal understøtte og heve kvaliteten i de regionale satsingene, herunder også digital oppsøkende virksomhet (DOV).

KORUS er også en viktig del av arbeidet mot overdoser og alle sentre etablerte i 2024 en overdosekoordinatorfunksjon. KORUS Bergen og KORUS Oslo har et nasjonalt koordineringsansvar for det overdoseforebyggende arbeidet i KORUS.

Det er gjennomført både nasjonale og regionale overdosekonferanser og samlinger i regi av KORUS. KORUS har i 2024 også bidratt i utviklingen av nye nasjonale faglige råd om overdoseforebyggende arbeid i kommunene, og overdosekoordinatorene er sentrale for å implementere disse rådene i kommunene. KORUS har også bidratt i arbeidet med å utvikle et nasjonalt varslingssystem for overdoser. KORUS, ved de regionale overdosekoordinatorene, vil også få roller og oppgaver knyttet til innføring av et beredskapssystem med varsling om særlig farlige rusmidler i omløp som del av det helhetlige monitoreringssystemet for rusmiddelfeltet, se også omtale av arbeidet mot overdoser under kap. 765, post 21. Sentrene har bidratt i å styrke spesialisthelsetjenestens arbeid om forebygging av overdoser og samhandling med kommunene, og bidratt til økt kunnskap i den allmenne befolkningen og særlig de som jobber i skjenkenæringen.

KORUS fikk i 2024 i oppdrag å delta i arbeidet med implementering av ACT-, (Assertive Community Treatment) og FACT-team (Flexible Assertive Community Treatment). I den sammenheng har det vært et utstrakt samarbeid mellom KORUS, RKBU, RBUP, RVTS og NAPHA, som koordinerer innsatsen nasjonalt, Statsforvaltere og lokale ressurser i kommuner og helseforetak. Det er etablert regionale styringsgrupper, ressursgrupper og teamledernettverk, og KORUSene har gjennom veiledning, kompetansehevende tiltak og oppfølging bidratt til lokalt implementerings-, utviklings- og kvalitetssikringsarbeid. Bevilgningen videreføres i 2026.

KORUS Midt-Norge fikk i 2024 midler til implementering av kunnskapsmoduler om integrert behandling av rus- og voldsutfordringer. Modulene er publisert på nettstedet rusogvold.no i samarbeid med Regionalt ressurssenter om vold, traumatisk stress, region Midt-Norge (RVTS Midt). Bevilgningen videreføres i 2026.

Det ble bevilget 131,8 mill. kroner til de regionale kompetansesentrene på rusområdet på posten i 2025. Bevilgningen foreslås videreført med 134,2 mill. kroner i 2026.

Regionsentrene for barn og unges psykiske helse

Formålet med bevilgningen er økt kunnskap om beskyttelses- og risikofaktorer for barn og unges psykiske helse og utvikling, samt økt kompetanse og kvalitetsutvikling i relevante tjenester og på andre sentrale arenaer for barn og unge og deres omsorgspersoner.

Bevilgningen går til drift av fire regionale kunnskapssentre for barn og unges psykiske helse (RKBU/RBUP), og skal bidra til styrket psykisk helse for barn og unge. Målgruppen for RKBU/RBUP er beslutningstakere, ledere og tjenesteutøvere innen helse- og omsorgstjenesten, barnevernet, familievernet, barnehage-, skole- og utdanningssektoren og relevante frivillige organisasjoner. Sentrene skal prioritere kommunale behov, og understøtte og bistå den helsefremmende og forebyggende virksomheten som en tjeneste for tjenestene i kommunene. RKBU/RBUP skal bidra til strategisk samarbeid og samordning med andre sentre og miljøer der det er relevant og hensiktsmessig.

Sentrene har en sentral rolle i arbeidet videre utrulling av FACT ung, bl.a. gjennom veiledning, opplæring og oppfølging av implementeringsarbeidet.

I 2024 har RKBU og RBUP bidratt til å styrke støtten til barn, unge og deres omsorgspersoner gjennom tjenesteutvikling, kompetansebygging, praksisnær forskning og formidling innen fagom-

rådene psykisk helse og barnevern. Sentrene har bl.a. bidratt i arbeidet med mål og tiltak i opptrappingsplan for psykisk helse og med implementering av nasjonale normerende produkter som tverrfaglig veileder for barn og unges psykiske helse og nasjonale pasientforløp for psykiske lidelser, barn og unge.

Sentrene har aktiviteter for å styrke helsefremmende, forebyggende og oppfølgende arbeid i tjenestene, bl.a. gjennom tiltak som De Utrolige Årene (DUÅ), Program for folkehelsearbeid i kommunene, Tidlig inn og FACT ung. Veiledning til skoler om forebygging og håndtering av skolefravær har også vært sentralt. I tillegg har det vært stor etterspørsel etter kartleggingsverktøy og kompetanseheving innen barns oppvekst, psykisk helse, samspill/tilknytning og foreldreveiledning.

Sentrene har samarbeidet systematisk med statsforvaltere og andre kompetansemiljøer, koordinert aktiviteter, initiert utviklingsprosjekter og delt digitale løsninger. Kunnskapombarn.no er eksempel på en nasjonal portal for fagfolk som jobber med barn og unge, med digital tilgang til kunnskapsressurser, verktøy, kurs og støtte. I 2024 hadde portalen 24 600 unike brukere og 50 300 sidevisninger.

Sentrene har søkt midler og drevet forskning med høy relevans for målene i tilskuddsordningen i 2024, bl.a. arbeider RKBU Nord med prosjektet Mihà, som undersøker samiske unges opplevelser av sin psykiske helse. Målet er å fremme en bedre forståelse og skape et grunnlag for tiltak som kan forbedre livskvaliteten for unge samer.

Helsedirektoratet vurderer sentrenes måloppnåelse i 2024 som høy.

I 2025 ble det bevilget 209,5 mill. kroner til RKBU i Midt-Norge, Vest og Nord, samt RBUP øst og sør i Oslo og sped- og småbarnsnettverket ved RBUP øst og sør. Det foreslås å videreføre bevilgningen med 213,4 mill. kroner til formålet i 2026.

Nasjonalt kompetansesenter for kommunalt psykisk helsearbeid

Formålet med bevilgningen er økt kompetanse, tjenesteutvikling og kvalitet i det psykiske helsearbeidet for voksne og arbeidet med pårørende i kommunene. Videre skal bevilgningen bidra til at personer med psykiske lidelser og problemer får hjelp og behandling fra kunnskapsbaserte, likeverdige og godt koordinerte tjenester, der de bor. Bevilgningen går til drift av Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid for voksne i kommunene (NAPHA). Prioriterte oppgaver for NAPHA er innsamling, systematisering og formidling av dokumentasjon om psykisk helsearbeid. Senteret skal vektlegge sammenhengen mellom psykisk helse- og rusmiddelfeltet.

Målgruppen for NAPHA er personell innen psykisk helsearbeid for voksne i landets kommuner, kommunenes politiske og administrative ledelse, personell som arbeider med helsefremmende og forebyggende tiltak i kommunene, personell på tilgrensende områder som har behov for økt kompetanse om psykisk helse og det psykiske helsearbeidet i kommunene, og relevante frivillige organisasjoner. Senteret skal bidra til strategisk samarbeid og samordning med andre sentre og miljøer der det er relevant og hensiktsmessig.

Gjennom kompetansebygging, tjenesteutvikling og formidling innen lokalbasert psykisk helsearbeid for voksne, og arbeidet med pårørende, rapporterer NAPHA å ha bidratt til styrket kompetanse og kvalitet i det psykiske helsearbeidet i kommunene i 2024. Senteret har organisert en rekke arrangementer, deltatt i nettverk, arbeidsgrupper og ressursgrupper, hold foredrag og innlegg og drevet digital formidling gjennom egen nettside, sosiale medier og nettkurs. 78 pst. av kommunene som rapporterte i IS-24/8 hadde vært i kontakt med eller brukt NAPHA i 2024.

NAPHA har bidratt til mer recoveryorientering og innbyggerinvolvering i tjenestene gjennom å utvikle kompetansehevende tiltak om recovery i samarbeid med brukerstyrte sentre, ansatte i tjenestene m.fl. Det ble lansert et nettkurs om recovery og recoverystøtte ultimo 2023 på napa.no, tatt i bruk av målgruppen i 2024. I alt hadde 975 unike brukere tatt kurset, med svært positive tilbakemeldinger fra kursdeltakere.

NAPHA har som mål å ha brukermedvirkning inkludert i alle sine arrangement. I 2024 deltok brukerspesialister, erfaringskonsulenter eller representanter fra ulike bruker- og pårørendeorganisasjoner i planlegging og/eller med bidrag på om lag samtlige av deres arrangement.

Fra 2024 har NAPHA hatt hovedansvaret for å lede og koordinere det samlede implementerings-, utviklings- og kvalitetssikringsarbeidet for ACT, FACT og senere FACT ung. Gjennom tett samarbeid med 20 nasjonale og regionale kompetansesentre- og miljø og statsforvaltere, har NAPHA i 2024 styrket støtten til teamene. I 2024 har senteret utviklet en fullverdig digital grunnopplæring som er lett tilgjengelig og gratis. I 2024 ble det gjennomført 51 arrangement, både nasjonale og regionale. NAPHA drifter en Facebook-gruppe for ansatte og ledere med i overkant av 850 medlemmer og det er

etablert et nettverk for arbeids- og utdanningsspesialistene i ACT, FACT og FACT ung.

I 2024 videreførte NAPHA sin innsats med å gi implementeringsstøtte til kommuner om etablering av rask psykisk helsehjelp-team (RPH). Senteret avholdt 20 fysiske/digitale møter med 16 enkelt-team/kommuner, og de mottok og svarte ut 214 henvendelser om RPH. NAPHA arrangerte en nasjonal nettverkssamling for ansatte og ledere i RPH-team og om lag 280 deltakere fra 64 RPH-team/kommuner deltok.

Det ble bevilget 44,7 mill. kroner til senteret i 2025. Bevilgningen foreslås videreført med 45,5 kroner i 2026.

Pro Senteret

Pro Senteret er Oslo kommunes tjenestetilbud for personer som har erfaring med å bytte eller selge sex. Tilbudet er et gratis lavterskeltilbud for brukergruppen uavhengig av alder, kjønnsuttrykk og oppholdsstatus. Brukergruppen kan velge å være helt anonyme i møte med tilbudet. Tjenestetilbudet baseres på prinsippene selvbestemmelse, brukermedvirkning, forebygging og skadereduksjon. I 2024 ga Pro Senteret 5 672 tjenester til 599 ulike brukere. Innholdet i tilbudet er sosialfaglig arbeid, oppsøkende arbeid og helsetjenester. Brukerne av Pro Senteret er i svært stor grad fornøyde med tilbudet. Det drives oppsøkende virksomhet både på internett og i brukernes miljø. Senteret driver også undervisning, opplæring og informasjonsspredning. Måloppnåelsen vurderes som høy. Det ble bevilget 5,3 mill. kroner i 2025. Bevilgningen foreslås videreført med 5,4 mill. kroner i 2026.

Post 75 Vold og traumatisk stress

Det foreslås å flytte 2,5 mill. kroner til Justis- og beredskapsdepartementets kap. 433, post 70 knyttet til etableringen av et nasjonalt senter for innsats mot radikalisering og voldelig ekstremisme.

Utover gjennomgående budsjettiltak omtalt i del I, og generell prisomregning foreslås bevilgningen styrket med 5,5 mill. kroner knyttet til datainnsamling blant overlevende og etterlatte etter 22. juli. Videre foreslås bevilgningen økt med 1,3 mill. kroner mot at Arbeids- og inkluderingsdepartementets kap. 601, post 21 reduseres tilsvarende, til Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) sitt arbeid mot kjønnslemlestelse.

Arbeid mot radikalisering og voldelig ekstremisme

Regjeringen prioriterer arbeidet med å forebygge ekstremisme høyt. I mars 2025 la regjeringen frem stortingsmeldingen Meld. St. 13 (2024–2025) *Forebygging av ekstremisme – Trygghet, tillit, samarbeid og demokratisk motstandskraft* for Stortinget. Stortingsmeldingen følger opp Ekstremismekommisjonens utredning fra 2024 (NOU 2024: 3 Felles innsats mot ekstremisme: Bedre vilkår for det forebyggende arbeidet). Helse- og omsorgstjenesten er del av samfunnets totale innsats i forebyggingen av radikalisering og ekstremisme. Regjeringen har igangsatt flere innsatser som underbygger det forebyggende arbeidet i helse- og omsorgssektoren og som følges opp gjennom stortingsmeldingen og i andre relevante planer som opptrappingsplan for psykisk helse og opptrappingsplan mot vold og overgrep mot barn og vold i nære relasjoner.

De regionale ressurssentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) har et nasjonalt ansvar innen ressurs- og veiledning på ekstremismefeltet. Dette er en oppgave de har hatt siden 2020. Formålet er å styrke tjenesteapparatets arbeid på feltet og bidra til forebyggende arbeid i kommunal sektor gjennom arbeidsmetoder, interkommunale nettverk og lokalt samarbeid. Den tverrfaglige ressurs- og veiledningsfunksjonen, utveier.no, som ble lansert i revidert form i 2022 er en del av dette arbeidet. Nettressursen skal gi økt handlingskompetanse og støtte arbeidet med forebygging, håndtering av bekymring og endringsarbeid. Ansatte i offentlige tjenester kan be RVTS om råd, veiledning og kompetanseheving, og kan få hjelp til å utarbeide handlingsplan og til etablering av nettverk. Brukere med behov for veiledning settes i kontakt med nærmeste RVTS. I 2024 ble utveier.no driftet og videreutviklet. Veiledning, fysiske fagdager og nettverksmøter ble gjennomført. Avataren Lars, som også er tilgjengelig på snakkemedbarn.no, ble lansert. Gjennom å snakke med Lars får man øvelse i å snakke med ungdom om ekstreme tanker og holdninger. Sentrene har også jobbet med å bygge kompetanse/veiledningsfunksjon og styrke det forebyggende arbeidet i lokale tjenester gjennom mentoropplæring.

Regjeringen har besluttet at det skal etableres et nytt Nasjonalt senter for innsats mot radikalisering og voldelig ekstremisme. Sentrale oppgaver for senteret vil være veiledning og støtte til kommuner og førstelinjetjenester i hele landet. Senteret skal formidle kompetanse og kunnskap om fenomener, utviklingstrekk og forebyggende

arbeid til nasjonale, regionale og lokale aktører. Senteret skal også veilede pårørende, nærstående og andre aktører ved bekymring for radikalisering. Senteret vil dermed overta en del av de oppgaver RVTS til nå har ivaretatt. Det er planlagt at senteret skal starte opp i 2026.

Det ble bevilget 4,5 mill. kroner til RVTS-enes arbeid med veilednings- og ressursfunksjonen innen radikalisering og voldelig ekstremisme i 2025. Det foreslås å flytte 2,5 mill. kroner til Justis- og beredskapsdepartementets kap. 433, post 70, knyttet til etableringen av det nasjonalt senter for innsats mot radikalisering og voldelig ekstremisme. Bevilgningen foreslås videreført med 2,1 mill. kroner i 2026.

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress

Formålet med bevilgningen er styrket forskning, utviklingsarbeid, kunnskapsformidling og kompetanseutvikling på volds- og traumefeltet. Bevilgningen dekker Helse- og omsorgsdepartementets del av grunnbevilgningen til Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS), som ble etablert i 2004 som en tverrdepartemental satsing. NKVTS er et frittstående og faglig uavhengig senter, finansiert av Helse- og omsorgsdepartementet, Justis- og beredskapsdepartementet og Barne- og familiedepartementet.

Grunnbevilgningen skal dekke senterets arbeid med sentrale temaer som vold og overgrep i og utenfor nære relasjoner, herunder negativ sosial kontroll, æresrelatert vold og kjønnslemlestelse, katastrofer og stressmestring, inkludert veteraner og deres familiers helse, tvungen migrasjon og flyktninghelse samt radikalisering og voldelig ekstremisme. Grunnbevilgningen dekker også senterets oppgaver knyttet til helsemyndighetenes tiltak i flere tverrdepartementale handlings- og opptrappingsplaner. NKVTS skal bidra til strategisk samarbeid og samordning med andre sentre og miljøer der det er relevant og hensiktsmessig.

Senteret har hatt høy måloppnåelse i 2024. Grunntilskuddet bidro i 2024 til en rekke forskningsartikler, rapporter, frokostseminarer og medieoppslag, i synergi med finansiering fra flere kilder.

I 2024 har senteret bl.a. publisert og formidlet forskning fra Utøya-studien, etablert 25. juni-studien, og avsluttet Covid Hospital-studien. Disse prosjektene har gitt innsikt i langtidseffekter av traumer og stressrelaterte helseplager hos overlevende, etterlatte og helsearbeidere. NKVTS startet i 2024 en intern forskningsgruppe innen utøvelse av vold og overgrep. Målet er å utvikle kunnskapsgrunnlag om utøvelse av vold og overgrep i tråd med samfunnets behov for forebygging, tidlig intervensjon og målrettede hjelpetiltak. Det har også blitt arbeidet med prosjektet Digital radikalisering og psykisk uhelse: Forebygging av ekstremisme på internett.

Senterets nettsider, nettressurser, nyhetsbrev og sosiale medier har hatt mange besøkende, abonnenter og følgere i 2024. I 2024 ble det arrangert ti frokostseminarer, to konferanser, fem arrangementer under Arendalsuka, samt deltagelse i seks debatter i regi av andre. De fleste seminarene ble tilbudt både fysisk og digitalt, med deltakerantall fra under 100 til rundt 400. NKVTS bidro også med en rekke andre introduksjoner, debattdeltagelser, workshops, undervisning, rapportfremleggelser, høringer og taler i 2024.

NKVTS rapporterer om et systematisk og gjennomgående samarbeid med de fem RVTS-ene. Det samarbeides også systematisk med andre forskningssentre nasjonalt og internasjonalt, Folkehelseinstituttet, SANKS og ulike deler av tjenesteapparatet. Brukerinvolvering og brukermedvirkning vektlegges i prosjekter.

Det ble bevilget 51,5 mill. kroner til NKVTS i 2025. Det foreslås å styrke bevilgningen med 1,3 mill. kroner mot en tilsvarende reduksjon i bevilgningen på kap. 601, post 21 på budsjettet til Arbeids- og inkluderingsdepartementet. Midlene skal gå til NKVTS sitt arbeid mot kjønnslemlestelse. Bevilgningen foreslås videreført med 53,8 mill. kroner i 2026.

Datainnsamling blant overlevende og etterlatte etter 22. juli

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) har gjennomført fire datainnsamlinger gjennom semistrukturerte intervjuer med overlevende og etterlatte etter terrorangrepet 22. juli 2011. Forskningen basert på disse innsamlingene har gitt viktig kunnskap om tilstanden for de berørte, men har også vært viktig for å forbedre tjenestenes arbeid med kriser og katastrofer. Forrige datainnsamling ble gjennomført i 2019. Det foreslås å gjennomføre en ny datainnsamling for å få mer kunnskap om hvordan det går med de overlevende og etterlatte fra Utøya og Regjeringskvartalet. Det foreslås å styrke bevilgningen til NKVTS med 5,5 mill. kroner for å gjennomføre datainnsamlingen i 2026. Bevilgningen er en engangsbevilgning.

Regional ressurssentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging

Målet med bevilgningen er styrket forebygging, avdekking, avverging og oppfølging av vold, seksuelle overgrep, traumer, traumatisk stress, selvmord og selvskading. Bevilgningen går til drift av de fem regionale ressurssentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS-ene), og skal bidra til å øke kompetansen og kvalitetsutviklingen i tjenestene, inkludert temaområdene vold og overgrep i og utenfor nære relasjoner, herunder negativ sosial kontroll, æresrelatert vold og kjønnslemlestelse; psykososial beredskap og oppfølging ved kriser, ulykker og katastrofer; veteraner og deres familiers helse; tvungen migrasjon og flyktninghelse; menneskehandel og utnyttelse; og radikalisering og voldelig ekstremisme. Sentrene skal understøtte og bistå den helsefremmende og forebyggende virksomheten og være en tjeneste for tjenestene i kommunene, spesialisthelsetjenesten, det statlige barnevernet m.fl. Det er siden opprettelsen av sentrene bevilget midler til særskilte satsinger og tiltak i handlings- og opptrappingsplaner på volds-, traume- og selvmordsfeltet. RVTS-ene skal bidra til strategisk samarbeid og samordning med andre sentre og miljøer der det er relevant og hensiktsmessig.

Kompetanseheving og fagutvikling gjennom omfattende undervisning, veiledning, konsultasjoner, nettverksbygging og formidling via flere kanaler har vært en sentral del av RVTS-enes arbeid i 2024. Sentrene hadde totalt om lag 138 200 deltakere på sine arrangement i 2024. RVTS rapporterer om et aktivt samarbeid med tjenestene og andre relevante aktører.

Kunnskap om traumer er et viktig fundament for mange av temaområdene RVTS jobber på, og aktiviteten for å styrke kompetansen i tjenestene var omfattende i alle regioner. Sentrene har jobbet aktivt ut mot tjenestene innen en rekke temaområder, herunder selvmord, menneskehandel og utnyttelse, radikalisering, oppfølging av veteraner, negativ sosial kontroll og æresrelatert vold og flyktninghelse. Opptrappingsplan for psykisk helse og arbeidet mot barne- og ungdomskriminalitet har også vært sentralt for sentrene i 2024.

Sentrene rapporterer om høy aktivitet innen temaområdet skadelig aggressiv atferd og skadelig seksuell atferd. Verktøyene seksuellatferd.no og snakkemedbarn.no ble bl.a. benyttet aktivt. Seksuellatferd.no hadde over 30 000 unike besøkende, og flere artikler ble oversatt til sør- og nordsamisk. Sentrene har jobbet særlig aktivt med kompetanseheving til helsesykepleiere om sunn, problematisk og skadelig seksuell atferd blant 13–19-åringer.

Det ble bevilget til sammen 180,7 mill. kroner til RVTS-ene i 2025. Bevilgningen foreslås videreført med 182,4 mill. kroner i 2026, der grunnbevilgningen utgjør 168,3 mill. kroner. I tillegg foreslås det midler til særskilte tiltak:

- Innen selvmordsforebygging har sentrene vært sentrale i arbeidet med regionale folkeopplysningskampanjer, se omtale på kap. 765, post 21. Det foreslås 2,6 mill. kroner til RVTS-enes videre arbeid med å understøtte tjenestene i forbindelse med nasjonal folkeopplysningskampanje om forebygging av selvmord.
- Sentrene har også samarbeidet tett om opplæringsmoduler rettet mot ansatte og frivillige ved hjelpetelefoner, chat- og meldingstjenester, som er et tiltak i Handlingsplan for forebygging av selvmord. Modul innen selvmordsforebygging ble utviklet, og moduler om traumer, vold/overgrep, pårørende, gode samtaler og selvivaretakelse ble påbegynt. Modulene inkluderer fagfilmer, øvelser og samtalekort. Etter innspill fra organisasjonene om samtaletrening ble det utviklet prototyper på samtalesimulering/chatbot med bruk av KI. Samtlige prototyper ble testet ut med organisasjonene i 2024. Det er planlagt lansering av opplæringspakken i 2026. I 2025 ble det bevilget 4,1 mill. kroner til formålet. Det foreslås å redusere bevilgningen med 1,6 mill. mot at bevilgningene til Vivat og Nasjonal senter for selvmordsforskning- og forebygging styrkes med 0,8 mill. kroner. Det foreslås å bevilge 2,6 mill. kroner til RVTS-enes videre arbeid med å styrke kompetansen til ansatte og frivillige som betjener hjelpetelefoner, chat og meldingstelefoner innen psykisk helse.
- På veteranområdet har sentrene bl.a. satset på mentorutdanning av veteraner og regionale fagnettverk i 2024. RVTS utarbeidet også en ny kursmodul for leger og psykologer, «Psykiske reaksjoner hos innsatspersonell», i samarbeid med Forsvaret, Politiet, Leger uten grenser, Røde Kors og Allmennlegeforeningen. Det foreslås å videreføre 1 mill. kroner til formålet.
- Det foreslås å videreføre 2,6 mill. kroner slik at RVTS-ene kan bistå inn veiledning og opplæring innen sitt fagområde i utrullingen av ACT, FACT og FACT ung.
- Det foreslås å videreføre 5,3 mill. kroner til at RVTS-ene kan gi nødvendig tjenestestøtte til kommuner ved uforutsette og akutte kriser, ulykker og katastrofer. Sentrene skal kunne søke om ekstra tilskudd når de i samråd med

berørte enkeltkommuner eller statsforvaltere ser at helse- og omsorgstjenestene trenger tjenestestøtte for å håndtere befolkningens, eller andre tjenesters, hjelpebehov på en rask og effektiv måte på grunn av krisens karakter.

Det vises for øvrig til omtale av en mer samlet organisering av kompetansesentrene utenfor spesialisthelsetjenesten på kap. 765, post 74.

Sinnemestering

Målet med bevilgningen er å sikre videre spredning av sinnemestringstilbudet utviklet ved St. Olavs hospital, avdeling Brøset. Bevilgningen dekker deres bidrag til RVTS-enes arbeid med spredning av sinnemestringsmodellen.

Sinnemestringsmodellen har etablert behandlingstilbud til voldsutøvere i alle landets regioner. Modellen har hatt fokus på kommunale helse- og omsorgstjenester de siste årene, men kursdeltakerne kommer både fra familievernkontorer, kommunale helse- og omsorgstjenester, distriktspsykiatriske senter (DPS), barnevern og kriminalomsorg.

I 2024 fullførte to kull sinnemestringsutdanningen, med totalt 63 nye terapeuter ferdigutdannet. Det er også jobbet med å opprettholde og styrke eksisterende behandlingstilbud. Det er også gjennomført regionale nettverks-/veiledningssamlinger i fem regioner. Etterspørselen etter sinnemestringsutdannelsen er stor. Måloppnåelsen vurderes som høy.

Det foreslås å videreføre bevilgningen til St. Olavs hospital, avdeling Brøset, Sinnemestring med 1,8 mill. kroner i 2026.

Traumebehandling

Det bevilges midler til tre prosjekter som utvikler og implementerer kunnskapsbaserte metoder for traumebehandling i barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUP), psykisk helsevern for voksne og i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), og kommunale psykiske helsetjenester for barn og unge. Prosjektene gjennomføres av Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS). Bevilgningene brukes også til å utvikle kunnskap om implementering, og arrangere senterets årlige Traumebehandlingskonferanse som hadde 350 deltakere i 2024.

I 2024 hadde 83 pst. av landets BUPer implementert Traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT). Ved utgangen av 2024 har 785 terapeuter tatt grunnkurset, og 339 er sertifiserte TF-CBT-terapeuter. Det ble bevilget 8,6 mill. kroner til spredning av TF-CBT i 2025. Bevilgningen foreslås videreført med 8,8 mill. kroner i 2026.

I 2024 deltok 9 nye poliklinikker fra tre helseforetak i implementeringen av kunnskapsbaserte behandlingsintervensjoner for traumer i psykisk helsevern for voksne og i tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Totalt har prosjektet implementert traumebehandling i 64 poliklinikker, fordelt på 22 helseforetak, og kunnskapsbasert praksis er opprettholdt i 88 pst. av klinikkene fra de tre første implementeringsrundene. Prosjektet har startet utviklingen av samvalgsverktøy for PTSD i samarbeid med Samvalgsenteret ved UNN og RVTS. I 2024 ble målgruppen for prosjektet utvidet med virksomhetsområdet TSB, i tillegg til psykisk helsevern for voksne. Prosjektet har i 2024 gitt opplæring i samtidig behandling av traumer og rusmiddelproblemer, rekruttert flere TSB-klinikker til implementeringen, og igangsatt et evalueringsprosjekt av implementeringen i TSB klinikker som har deltatt tidligere. I 2025 ble det bevilget 6,5 mill. kroner til formålet. Det foreslås å videreføre bevilgningen med 6,6 mill. kroner i 2026.

Trinnvis sammen er en foreldreledet terapeutassistert traumebehandlingsmetode som implementeres i kommunehelsetjenesten. Målet er at kommunene skal ha kompetanse til å kunne tilby hjelp til flere utsatte barn, gi hjelp på et tidlig tidspunkt og bedre samarbeidet mellom kommunale helsetjenester og spesialisthelsetjenesten. NKVTS har igangsatt en randomisert kontrollert studie (RCT) for å undersøke om metoden gir bedre effekt enn dagens ordinære hjelpetilbud i kommunale helsetjenester. Totalt er 29 kommuner rekruttert, og opplæring er gitt til totalt 55 terapeuter og til mer enn 500 andre ansatte. 100 barn med deres familier har blitt screenet hvorav 50 er inkludert i studien. En doktorgradsdisputas ble gjennomført, og tre fagartikler ble publisert i 2024. Artiklene viser at 81 pst. av barna som fullfører ikke trenger videre traumebehandling. Prosjektet har fått finansiering fra Forskningsrådet for å utvikle et rammeverk for å bedre samarbeidet mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. Det ble bevilget 9,9 mill. kroner til formålet i 2025. Det foreslås å videreføre bevilgningen med 10,1 mill. kroner i 2026.

Samlet foreslås det å bevilge 25,5 mill. kroner til utvikling og implementering av traumebehandling i 2026.

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktsmedisin (NKLM) – vold og overgrep

Bevilgningen skal bidra til å styrke helsetjenestetilbudet til personer som har vært utsatt for seksuelle overgrep og vold i nære relasjoner. Dette skal oppnås gjennom kompetansehevende tiltak for personell som yter helsetjenester til personer utsatt for vold- og overgrep, både i den kommunale helse- og omsorgstjenesten (legevakt) og i spesialisthelsetjenesten (overgrepsmottak). Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM) har i 2024 gjennomført flere kompetansehevingstiltak gjennom ulike kurs og seminarer, inkludert grunnkurs for overgrepsmottak med fokus på helhetlig psykososialt, medisinsk og rettsmedisinsk oppfølging til personer utsatt for seksuelle overgrep og vold i nære relasjoner. 68 deltakere gjennomførte kurset i 2024.

NKLM gir faglig støtte til overgrepsmottak gjennom nettsider, kurs, konferanser, og informasjonsbrosjyrer mv. Senteret har tidligere utarbeidet nasjonal mal for klinisk rettsmedisinsk legeerklæring fra overgrepsmottak og holdt kurs i klinisk rettsmedisinsk sakkyndighet for overgrepsmottak (C-kurs) med 23 deltakere i 2024. Det ble i 2024 lansert en digital veiledning til utfylling og bruk av den nasjonale malen.

NKLM har oppdatert sin strategi- og handlingsplan for faggruppe for overgrepsmottak og hatt dialogmøter med Den rettsmedisinske kommisjon om det klinisk rettsmedisinske sakkyndige arbeidet ved overgrepsmottakene. NKLM publiserte i 2024 en rapport fra kartleggingsundersøkelsen Overgrepsmottak 2023.

I 2025 ble det bevilget 3,7 mill. kroner til NKLM for arbeid med vold og overgrep. Bevilgningen foreslås videreført med 3,8 mill. kroner i 2026. Det vises også til omtale under kap. 760, post 71.

Nasjonal støttegruppe etter 22. juli

Nasjonal støttegruppe 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.

Støttegruppen arrangerte i 2024 en landsdekkende samling for overlevende etter Regjeringskvartalet og Utøya. Samlingen ble arrangert i nært samarbeid med fagpersonell fra RVTS og A-Hus. 90 overlevende deltok på samlingen. Trettenårs-markeringer ble arrangert i Regjeringskvartalet og på Utøya. Støttegruppen og AUF samarbeidet som tidligere år med gjennomføring av arrangementene. Støttegruppen har også fra 2023 samarbeidet med RVTS om opprettelse av små lokale samtalegrupper for overlevende. Slike samtalegrupper er sterkt ønsket blant deltakerne. Det har også blitt arrangert en rekke lokale samlinger og likepersonstiltak.

Det ble bevilget 6,1 mill. kroner til Nasjonal støttegruppe etter 22. juli i 2025. Bevilgningen foreslås videreført med 6,2 mill. kroner i 2026.

Forebygging av selvmord og selvskading

Bevilgningen går til den søknadsbaserte tilskuddsordningen Nasjonale tiltak for forebygging av selvmord og selvskading. Formålet med bevilgningen er å forebygge og redusere omfanget av selvmord, selvmordsforsøk og selvskading, og bedre oppfølgingen til pårørende og etterlatte etter selvmord.

13 prosjekter fikk midler i 2024. Prosjektene som mottok tilskudd, hadde en god bredde av målgrupper og innsatser, der samtlige faller innenfor tema som omhandles i Handlingsplan for forebygging av selvmord (2020–2025). De som fikk innvilget tilskudd viser i all hovedsak til god brukermedvirkning i utvikling og gjennomføring av prosjektene. Prosjektene bidrar til kunnskap som vil kunne gi en nasjonal overføringsverdi.

Tilskuddsordningen vurderes samlet til å ha en høy måloppnåelse.

I 2025 ble det bevilget 4,6 mill. kroner til den søknadsbaserte tilskuddsordningen. Det foreslås å videreføre bevilgningen med 4,7 mill. i 2026.

Vivat selvmordsforebygging

Bevilgningen går til drift av Vivat selvmordsforebygging. Formålet med bevilgningen er å bidra til opplæring i hvordan bli mer oppmerksom, fange opp signaler og yte førstehjelp til mennesker i selvmordsfare. Kursene til Vivat selvmordsforebygging er både for profesjonelle hjelpere og andre som kan være i posisjon til å oppdage og gi hjelp til mennesker i selvmordsfare. Vivat selvmordsforebygging samarbeider med ulike kompetansemiljøer, bruker-, pårørende- og etterlatteorganisasjoner og Forsvaret, og deres kurstilbud benyttes av en rekke aktører.

Vivat har totalt hatt 10 026 deltakere på sine kurs i 2024, i tillegg til de utdannede kursledere for Førstehjelp ved selvmordsfare og OPS! Vivat har i 2024 totalt 307 kursledere.

Vivat samarbeider bredt med flere aktører og deltar i ulike fora. Kurs fra Vivat har vært valgt inn

som kompetansetiltak for de RVTS-ene i regioner som har gjennomført folkeopplysningskampanjer innen forebygging av selvmord. Vivat har også bidratt i RVTS Sør sin satsing på «Ingen å miste, arbeidsliv», samt videreført prosjektet «OPS! til elever i videregående skole» som er et samarbeid mellom Vivat, RVTS Nord og RVTS Sør. Vivat har utviklet «Synopsis» et digitalt repetisjonskurs for de som har deltatt på OPS! eller Respons. Kurset er tilgjengelig uten ekstra kostnader.

Det ble bevilget 8 mill. kroner til dette formålet i 2024. Det foreslås å styrke bevilgningen med 0,8 mill. kroner mot en tilsvarende reduksjon av den øremerkede bevilgningen til RVTS for arbeid med opplæringsprogram for hjelpetelefoner, chat og meldingstjenester. Totalt foreslås det å bevilge med 8,9 mill. kroner i 2026.

Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging

Formålet med bevilgningen er styrket forskning, utviklingsarbeid, kunnskapsformidling og kompetanseutvikling på selvmords- og selvskadingsfeltet. Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging (NSSF) er et kompetansesenter som skal bidra til redusert omfang av selvmord, selvmordsforsøk og selvskading i Norge, og bidra til bedre livskvalitet og omsorg for personer som er berørt av selvmordsatferd og selvskading. Målgruppen for NSSF er beslutningstakere, ledere og tjenesteutøvere innen helse- og omsorgstjenesten, barnevernet, familievernet, skole- og utdanningssektoren, arbeids- og integreringssektoren og relevante frivillige organisasjoner. Senteret skal bidra til strategisk samarbeid og samordning med andre sentre og miljøer der det er relevant og hensiktsmessig.

I 2024 jobbet senteret med 35 ulike forskningsprosjekter. Senteret bidro med 29 fagfellevurderte forskningsartikler, i tillegg til 18 andre publikasjoner som artikler, bokkapitler, rapporter og kronikker. Data fra Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling ble benyttet i flere prosjekter. Det ble også lansert en ny årsrapport om selvmord i spesialisthelsetjenestene, med hovedfokus på selvmord blant personer som hadde kontakt med avtalespesialist det siste året.

NSSF formidlet gjennom året eksisterende og ny kunnskap gjennom nettsider, sosiale medier, tidsskriftet Suicidologi, nyhetsbrev, webinarer, podkaster, undervisningsmateriell og lærebøker. Det ble bl.a. spredd informasjon om forebyggingstiltak, tilgjengelige kompetansehevingsressurser og tilgjengelige kurs og arrangementer. NSSF ble omtalt eller nevnt i totalt 145 medieoppslag i redaksjonelle medier i 2024. Nettstedet selvmord.no hadde 78 111 besøk i 2024. NSSF ble hyppig kontaktet for rådgivning når frivillige organisasjoner skulle lage annonser til et bredt publikum.

NSSF rapporterer om et gjennomgående fokus på bruker- og pårørendemedvirkning i sine forskningsprosjekter. Senteret har også ett erfaringspanel som skal bidra til at brukernes, etterlattes og pårørendes erfaringer kommer til nytte i planlegging og gjennomføring av aktiviteter og prosjekter.

Senteret videreførte bl.a. sin opplæring i klinisk suicidologi for helseforetak, kurs i samtale med personer i selvmordsfare, og utdanningsprogram i Dialektisk atferdsterapi (DBT). I tillegg har senteret bidratt inn i arbeidet med utarbeiding av et e-læringsprogram for akuttmedisinske sentraler (AMK) og legevakt. De utga i 2024 også den første læreboken om selvmordsforebygging i skolen, i samarbeid med RVTS Vest.

Måloppnåelsen vurderes som høy.

Det ble bevilget 22,6 mill. kroner til NSSF i 2025. Det foreslås å øke bevilgningen med 0,8 mill. kroner til videreføring av senterets arbeid med kunnskapsutvikling innen folkeopplysning om selvmordsforebygging mot en tilsvarende reduksjon av den øremerkede bevilgningen til RVTS for arbeid med opplæringsprogram for hjelpetelefoner, chat og meldingstjenester. Samlet foreslås det å bevilge 23,8 mill. kroner til senteret i 2026.

Programkategori 10.70 Tannhelse

Utgifter under programkategori 10.70 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)

Kap.	Betegnelse	Regnskap 2024	Saldert budsjett 2025	Forslag 2026	Endring i pst.
770	Tannhelsetjenester	446 492	451 459	459 817	1,9
	Sum kategori 10.70	446 492	451 459	459 817	1,9

Utgifter under programkategori 10.70 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)

Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2024	Saldert budsjett 2025	Forslag 2026	Endring i pst.
01–29	Statens egne driftsutgifter	36 360	6 255	6 370	1,8
50–89	Overføringer til andre	410 132	445 204	453 447	1,9
	Sum kategori 10.70	446 492	451 459	459 817	1,9

Utover gjennomgående budsjettiltak omtalt i del I, og generell prisomregning foreslås det ingen endringer i bevilgningen på programkategori 10.70.

Bevilgningen omfatter bevilgninger til utviklingstiltak på tannhelseområdet, i regi av bl.a. universitetene, spesialisthelsetjenesten, regionale odontologiske kompetansesentre, fylkeskommunal tannhelsetjeneste og Helsedirektoratet.

Organisering av tannhelsetjenesten

Tannhelsetjenesten i Norge består av en fylkeskommunal sektor som yter tannhelsetjenester til deler av befolkningen etter lov om tannhelsetjenesten, og en privat sektor som i hovedsak tilbyr tjenester til den øvrige befolkningen.

Samlet ressursbruk i tannhelsetjenesten utgjorde om lag 21,8 mrd. kroner i 2022, ifølge helseregnskapet til Statistisk sentralbyrå fra oktober 2023. Av dette utgjorde egenbetaling fra privatpersoner om lag 15,9 mrd. kroner eller 73 pst. av samlet ressursbruk til tannhelsetjenester i 2022.

Befolkningens rettigheter til offentlig finansierte tannhelsetjenester går frem av lov om tannhelsetjenesten og av lov om folketrygd og forskrifter til disse.

Fylkeskommunene har et lovpålagt ansvar for å sørge for at tannhelsetjenester, inkludert odontologiske spesialisttjenester, i rimelig grad er tilgjengelig for hele befolkningen i fylket.

Størstedelen av tannbehandling med stønad fra folketrygden blir utført i privat sektor. Det vises til omtale under kap. 2711, post 72.

Data fra Statistisk sentralbyrå og Kostra er kilde til omtalen av tannhelsetjenesten.

Personell

Norge har om lag 4 500 allmenntannleger og 590 tannlegespesialister, til sammen om lag 5 050 tannleger. I tillegg kommer om lag 1 200 tannpleiere, 280 tannteknikere og annet personell.

Utviklingen i antall tannleger har fulgt befolkningsveksten i Norge i perioden 2015–2023, slik at tannlegedekningen nasjonalt har vært stabil. Antall tannleger, allmenn og spesialist, er økt fra

8,8 til 9 per 10 000 innbyggere fra utgangen av 2015 til utgangen av 2024. Aldringen i befolkningen har betydning fordi behandlingsbehovet stiger med høyere alder. Aldersgruppen 60–79 år er den aldersgruppen som mottar mest tannbehandling, ifølge utredning fra Statistisk sentralbyrå, og antall 60–79-åringer har gått opp med 22 pst. fra 2015 til 2024.

De geografiske forskjellene i tannlegedekning er store. Lavest tannlegedekning var det i Akershus, Innlandet, Trøndelag og Østfold i 2024. Forskjellene er større for spesialister enn for allmenntannleger, med høyest spesialistdekning i Oslo og Troms, og lavest i Innlandet og Nordland.

En fjerdedel av landets tannleger arbeider i offentlig sektor. Bemanningen (antall tannlegeårsverk) siste år viser nullvekst. Samtidig har mange fylker vansker med rekruttering.

Befolkningens rettigheter

Etter 1. juli 2025 hadde i alt 31 pst. av befolkningen eller om lag 1,7 mill. personer lovfestet rett til nødvendig tannhelsehjelp fra fylkeskommunen. Befolkningens rett til tannhelsetjenester fra fylkeskommunen fremgår av tannhelsetjenestelovens § 1–3. Retten omfatter barn og ungdom til og med året de fyller 18 år, psykisk utviklingshemmede, brukere i institusjon eller som mottar hjemmesykepleie, unge voksne fra 19–28 år, personer som på grunn av rusmiddelavhengighet mottar personlig assistanse, avlastningstiltak for pårørende eller legemiddelassistert rehabilitering, innsatte i fengsel og eventuelle andre grupper fylkeskommunen har vedtatt å prioritere.

Antallet med rettigheter har gått opp de siste årene, da Stortinget har vedtatt utvidelser i rettighetene for unge voksne over 20 år. Fra 1. juli 2024 fikk personer rett til nødvendig tannhelsehjelp fra fylkeskommunal tannhelsetjeneste til og med det kalenderåret de fyller 24 år. Fra 1. juli 2025 fikk unge voksne rett til nødvendig tannhelsehjelp til og med det året de fyller 28 år. Aldersgruppen 19–28 år betaler 25 pst. av departementets takster ved fylkeskommunal tannklinikk. Enkelte fylkeskommuner har inngått avtaler om kjøp av tjenester fra private tannleger/tannpleiere.

Fra 1. juli 2024 fikk personer med rusmiddelavhengighet og innsatte i fengsler lovfestet rett til nødvendig tannhelsehjelp fra fylkeskommunen. For personer med rusmiddelavhengighet er det vilkår om at de enten mottar personlig assistanse fra kommunen, avlastningstiltak for pårørende, eller er under LAR-behandling i spesialisthelsetjenesten. Personer med rusmiddelavhengighet og innsatte betaler ikke egenbetaling ved behandling i fylkeskommunal tannhelsetjeneste.

Befolkningens bruk av fylkeskommunal tannhelsetjeneste

I 2024 var 29 pst. av befolkningen eller om lag 1,6 mill. innbyggere under oppfølging av fylkeskommunal tannhelsetjeneste. Under oppfølging innebærer at de var registrert i fylkeskommunal tannhelsetjeneste. Ikke alle undersøkes/behandles hvert år. Fylkeskommunene undersøkte/behandlet 972 000 personer i løpet av 2024. Av disse var 4 400 personer med rusmiddelavhengighet, 2 300 innsatte i fengsel og 106 000 voksne, betalende kunder.

Mange barn og unge har svært god tannhelse. Andelen som kalles inn årlig til undersøkelse eller behandling, har gått ned i takt med bedringen i tannhelsen. Dette innebærer at det ble behandlet færre barn og unge i aldersgruppen 3–18 år i fylkeskommunal tannhelsetjeneste i 2024 enn i 2015. Det har ikke vært en tilsvarende nedgang for andre grupper med rett til nødvendig tannhelsehjelp. Antall utviklingshemmede som har vært undersøkt/behandlet, har ligget stabilt i samme tiårsperiode. For beboere i sykehjem og for pasienter med hjemmesykepleie, har det vært en svak stigning i antall undersøkte/behandlede i tiårsperioden.

På landsbasis var andelen i de ulike gruppene med rettigheter som ble undersøkt/behandlet i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten i 2024:

- 80 pst. for beboere i institusjon (sykehjem).
- 76 pst. for psykisk utviklingshemmede.
- 65 pst. for barn og unge 3–18 år.
- 55 pst. for hjemmeboende med hjemmesykepleie.
- 31 pst. for ungdom 19–20 år.
- 30 pst. for unge voksne 21–24 år.

Betalende voksne pasienter utgjør en viktig del av pasientgrunnlaget i de nordnorske fylkene og i mange fylker i Sør-Norge. I mange tilfeller er dette i områder med svak dekning av privatpraktiserende tannleger. I tiårsperioden 2015–2024 har det vært en sterk nedadgående utvikling i hvor mange betalende voksne som bruker den offentlige tannhelsetjeneste. Antall undersøkte/behandlede i denne gruppen er halvert fra 2015 til 2024. På landsbasis tilhørte om lag 200 000 personer en fylkeskommunal tannklinikk i 2024, hvorav om lag halvparten, eller 100 000, ble undersøkt/behandlet samme år. Enkelte fylkeskommuner tar ikke imot voksne betalende pasienter.

Personer utsatt for tortur, overgrep eller med alvorlig angst for tannbehandling, har i mange år fått et tverrfaglig psykolog- og tannhelsetilbud fra fylkeskommunenes TOO-team. Dette behandlingstilbudet registreres i liten grad gjennom Kostra, og er derfor gitt særskilt omtale på kap. 770, post 70.

Tannhelseutvalg og Helsereformutvalg

Tannhelseutvalget, som har hatt i oppdrag å foreta en helhetlig gjennomgang av tannhelsefeltet, leverte sin utredning i 2024. Utvalgets rapport har vært på offentlig høring.

Helsedirektoratet har fått i oppdrag å definere begrepene «nødvendige tannhelsetjenester/ nødvendig tannhelsehjelp» og «nødvendig tannregulering». Hovedformålet er å finne definisjoner som kan brukes til å gi nye eller utvidete rettigheter i tannhelsetjenesteloven, og rettledning for hvordan begrepene bør forstås og praktiseres i odontologisk praksis. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Helsereformutvalget, som ble satt ned høsten 2025 skal bl.a. vurdere arbeids- og oppgavefordelingen mellom den kommunale og fylkeskommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. Denne utredningen omfatter dermed også den offentlige tannhelsetjenesten.

Anmodningsvedtak

Tannhelserettigheter for 27- og 28-åringer

Vedtak nr. 82, 5. desember 2024

> *«Stortinget ber regjeringen i løpet av våren 2025 fremme nødvendig lovforslag som sikrer unge voksne på 27 og 28 år de samme tannhelserettighetene som unge voksne i alderen 21 til 24, med ikrafttredelse senest fra 1. juli 2025.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med behandling av Prop. 1 S (2024–2025), jf. Innst. 2 S (2024–2025).

Regjeringen la frem forslag til endringer i tannhelsetjenesteloven, jf. Prop. 124 L (2024–2025). I proposisjonen ble det foreslått endringer som gir personer i alderen 25 til og med 28 år rett til nødvendig tannhelsehjelp i den offentlige tannhelsetjenesten, med 25 pst. egenbetaling. Stortinget sluttet seg til forslaget og vedtok lovendringer som trådte i kraft 1. juli 2025. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Rett til nødvendig tannhelsehjelp i den offentlige tannhelsetjenesten for unge voksne

Vedtak nr. 86, 1. desember 2022

> *«Stortinget ber regjeringen, i løpet av første halvår 2023, fremme forslag om å endre tannhelseloven slik at personer i alderen 23–26 år får rett til behandling i den offentlige tannhelsetjenesten, samt forskriftsfeste retten til 50 prosent redusert betaling for disse årskullene.»*

Vedtaket ble truffet ved Stortingets behandling av Prop. 1 S (2022–2023), jf. Innst. 11 S (2022–2023), der det ble bevilget 280 mill. kroner til fylkeskommunene for at den fylkeskommunale tannhelsetjenesten skulle kunne tilby tannhelsetjenester til aldersgruppen 23 til 26 år med 50 pst. egenbetaling. Dette innebar en utvidelse av dagens ordning med 50 pst. egenbetaling for 21- og 22-åringene som ble vedtatt i forbindelse med statsbudsjettet for 2022, jf. Innst. 11 S (2021–2022), se omtale av dette under anmodningsvedtak nr. 832 (2021–2022). Vedtakene må ses i sammenheng. Regjeringen la frem forslag til endringer i tannhelsetjenesteloven, jf. Prop. 60 L (2023–2024). I proposisjonen ble det foreslått en rett til nødvendig tannhelsehjelp for personer fra 21 til og med 24 år, med 25 pst. egenbetaling. Løsningen med 25 pst. egenbetaling, redusert fra 50 pst. i vedtakene, var etter departementets vurdering i tråd med regelverket om statsstøtte etter EØS-avtalen, fordi en egenbetaling i denne størrelsesordenen gjør tilbudet til en del av den solidarisk finansierte offentlige tannhelsetjenesten. Reduksjon i egenbetaling medførte at pasientgruppen måtte avgrenses til 21- til 24-åringer, for at de utvidete rettighetene skulle holdes innenfor budsjettrammene. Stortinget sluttet seg til forslaget, bl.a. om å avgrense rettigheten oppad til 24-åringer, og vedtok lovendringer som trådte i kraft 1. juli 2024. I revidert nasjonalbudsjett for 2024 ble det bevilget midler til å gi tilbud om tannhelsehjelp i den offentlige tannhelsetjenesten til ytterligere to årskull med unge voksne. Innretningen på tilbudet er det samme som for voksne i aldersgruppen fra 19 til 24 år og inkluderer dermed dem som fyller 25 eller 26 år i behandlingsåret. Det ble bevilget 105 mill. kroner til formålet i 2024.

I statsbudsjettet for 2025 ble det bevilget midler til å gi tilbud om tannhelsehjelp i den offentlige tannhelsetjenesten til ytterligere to årskull med unge voksne. Innretningen på tilbudet er den samme som for voksne i aldersgruppen fra 19 til 24 år, og inkluderer dermed dem som fyller 27

eller 28 år i behandlingsåret. Det ble bevilget 420 mill. kroner til formålet i 2025. Regjeringen la frem forslag til endringer i tannhelsetjenesteloven, jf. Prop. 124 L (2024–2025). I proposisjonen ble det foreslått endringer som gir personer i alderen 25 til og med 28 år rett til nødvendig tannhelsehjelp i den offentlige tannhelsetjenesten, med 25 pst. egenbetaling. Stortinget sluttet seg til forslaget og vedtok lovendringer som trådte i kraft 1. juli 2025.

Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Kap. 770 Tannhelsetjenester

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2024	Saldert budsjett 2025	Forslag 2026
21	Spesielle driftsutgifter, *kan overføres, kan nyttes under post 70*	36 360	6 255	6 370
70	Tilskudd, *kan overføres, kan nyttes under post 21*	410 132	445 204	453 447
	Sum kap. 770	446 492	451 459	459 817

Utover gjennomgående budsjettiltak omtalt i del I, og generell prisomregning foreslås det ingen endringer i bevilgningen på kap. 770.

Anmodningsvedtak

Rett til tannhelsehjelp for 25- og 26-åringer

Vedtak nr. 908, 21. juni 2024

> *«Stortinget ber regjeringen, innen utgangen av 2024, fremme forslag om å endre tannhelseloven slik at personer i alderen 25 og 26 år får rett til behandling i den offentlige tannhelsetjenesten på lik linje med unge voksne opp til 25 år.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med behandlingen av Meld. St. 2 (2023–2024), jf. Innst. 447 S (2023–2024), og må ses i sammenheng med anmodningsvedtak nr. 86 (2022–2023) og nr. 832 (2021–2022).

I revidert nasjonalbudsjett for 2024 ble det bevilget midler til å gi tilbud om tannhelsehjelp i den offentlige tannhelsetjenesten til ytterligere to årskull med unge voksne. Innretningen på tilbudet er den samme som for voksne i aldersgruppen fra 19 til 24 år, og inkluderer dermed dem som fyller 25 eller 26 år i behandlingsåret. Det ble bevilget 105 mill. kroner til formålet i 2024.

I statsbudsjettet for 2025 ble det bevilget midler til å gi tilbud om tannhelsehjelp i den offentlige tannhelsetjenesten til ytterligere to årskull med unge voksne. Innretningen på tilbudet er den samme som for voksne i aldersgruppen fra 19 til 24 år, og inkluderer dermed dem som fyller 27 eller 28 år i behandlingsåret. Det ble bevilget 420 mill. kroner til formålet i 2025.

Regjeringen la frem forslag til endringer i tannhelsetjenesteloven, jf. Prop. 124 L (2024–2025). I proposisjonen ble det foreslått endringer som gir personer i alderen 25 til og med 28 år rett til nødvendig tannhelsehjelp i den offentlige tannhelsetjenesten, med 25 pst. egenbetaling. Stortinget sluttet seg til forslaget og vedtok lovendringer som trådte i kraft 1. juli 2025. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Definere «nødvendig tannregulering» for barn og unge

Vedtak nr. 83, 5. desember 2024

> *«Stortinget ber regjeringen innen 1. februar 2025 starte arbeidet med å definere hva som skal regnes som «nødvendig tannregulering» for barn og unge. Definisjonen skal leveres til Stortinget senest innen statsbudsjettet for 2026.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med behandling av Prop. 1 S (2024–2025), jf. Innst. 2 S (2024–2025).

Helsedirektoratet fikk i tildelingsbrev for 2025 i oppdrag å definere begrepet «nødvendig tannregulering», med frist 1. april 2026. Hovedformålet er å finne definisjoner som kan brukes til å gi nye eller utvidete rettigheter i tannhelsetjenesteloven. Direktoratet bes også om å gi nærmere retningslinjer for hvordan begrepet bør forstås og praktiseres i odontologisk praksis. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Definere «nødvendige tannhelsetjenester»

Vedtak nr. 84, 5. desember 2024

> *«Stortinget ber regjeringen innen 1. juni 2025 starte arbeidet med å definere hva som skal regnes som «nødvendige tannhelsetjenester». Definisjonen skal leveres til Stortinget senest innen 1. juni 2026.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med behandling av Prop. 1 S (2024–2025), jf. Innst. 2 S (2024–2025).

Helsedirektoratet fikk i tildelingsbrev for 2025 i oppdrag å definere begrepene «nødvendige tannhelsetjenester/nødvendig tannhelsehjelp» med frist 1. april 2026. Hovedformålet er å finne definisjoner som kan brukes til å gi nye eller utvidete rettigheter i tannhelsetjenesteloven. Direktoratet bes også om å gi nærmere retningslinjer for hvordan begrepene bør forstås og praktiseres i odontologisk praksis. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

E-helseløsninger i tannhelsetjenesten

Vedtak nr. 897, 4. juni 2025

> *«Stortinget ber regjeringen sørge for at relevante nasjonale e-helseløsninger blir tilrettelagt for bruk i tannhelsetjenesten.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med behandling av Prop. 124 L (2024–2025) *Endringer i tannhelsetjenesteloven mv. (rett til nødvendig tannhelsehjelp for personer fra 25 til og med 28 år)*, jf. Innst. 458 L (2024–2025). Helsedirektoratet og Norsk helsenett SF samarbeider allerede med tannhelsetjenesten for å tilrettelegge for at tannleger kan ta i bruk relevante nasjonale e-helseløsninger, slik som e-resept, helsenettet og tjenester på Helsenorge. Norsk helsenett SF har teknisk lagt til rette for at tannleger med tjenstlig behov kan benytte flere av de nasjonale e-helseløsningene. Tilgang forutsetter at tannlegene har lokale journalsystemer som støtter tilgang til de nasjonale e-helseløsningene. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Normering av kodeverk for tannhelsetjenesten

Vedtak nr. 898, 4. juni 2025

> *«Stortinget ber regjeringen sørge for at det stilles krav om felles sterkere normering av kodeverk for tannhelsetjenesten.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med behandling av Prop. 124 L (2024–2025) Endringer i tannhelsetjenesteloven mv. (rett til nødvendig tannhelsehjelp for personer fra 25 til og med 28 år), jf. Innst. 458 L (2024–2025).

Helse- og omsorgsdepartementet har vært i dialog med Helsedirektoratet som vurderer at det ligger til rette for sterke normering på dette området. Departementet følger opp vedtaket i styringsdialogen med Helsedirektoratet. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Lik data i privat og offentlig tannhelse

Vedtak nr. 899, 4. juni 2025

> *«Stortinget ber regjeringen sørge for innhenting av data fra private tannhelsetilbydere til de nasjonale pasientregistrene på lik linje med den offentlige tannhelsetjenesten.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med behandling av Prop. 124 L (2024–2025) *Endringer i tannhelsetjenesteloven mv. (rett til nødvendig tannhelsehjelp for personer fra 25 til og med 28 år)*, jf. Innst. 458 L (2024–2025) og Lovvedtak 104 (2024–2025). Fra 2022 har det vært hjemmel for å innhente data fra privat tannhelsetjeneste til kommunalt pasient- og brukerregister (KPR). Folkehelseinstituttet har samarbeidet med både den offentlige tannhelsetjenesten og Den norske tannlegeforening i utrednings- og forberedelsesarbeidet for å gjøre datainnhentingen mulig. Det legges opp til at data fra tannhelsetjenestene kan tas inn i KPR i løpet av 2026. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Evaluering av de regionale odontologiske kompetansesentrene

Vedtak nr. 1164, 8. juni 2021

> *«Stortinget ber regjeringen gjennomføre en evaluering av de regionale odontologiske kompetansesentrene. Evalueringen må blant annet vurdere hvorvidt man har nådd målet om at sentrene skal bidra til en desentralisering av spesialisert kompetanse på tannhelsefeltet, om innretningen av dagens statlige tilskuddsordning er riktig, og hvorvidt bruken av disse statlige tilskuddsmidlene bør endres, for bedre å kunne bidra til at man sikrer pasienter tilgang på god spesialisert tannhelsebehandling i hele landet. Resultatet av evalueringen og forslag til tiltak legges fram for Stortinget.»*

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:200 S (2020–2021), jf. Innst. 540 S (2020–2021). Evalueringen av de regionale odontologiske kompetansesentrene er utført av PwC på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Departementet mottok sluttrapport oktober 2023. Tannhelseutvalget, som har hatt i oppdrag å foreta en helhetlig gjennomgang av tannhelsefeltet, leverte sin utredning 26. september 2024. Utvalget fikk rapporten oversendt som ledd i deres arbeid. Tannhelseutvalgets utredning har vært på offentlig høring. Arbeidet med oppsummering av høringsinnspill og oppfølging av Tannhelseutvalgets rapport pågår. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Utover gjennomgående budsjettiltak omtalt i del I, og generell prisomregning foreslås det ingen endringer på posten.

Bevilgningen på posten dekker spesielle driftsutgifter til ulike tiltak og politiske prioriteringer innen tannhelsetjenestene. Bevilgningen kan nyttes under post 70.

Post 70 Tilskudd

Utover gjennomgående budsjettiltak omtalt i del I, og generell prisomregning foreslås det ingen endringer på posten

Tannpleier i kommunen

Det pågår pilotering av kommunal tannpleier i Nordland fylkeskommune i tidsrommet 2023–2025. De tre kommunene som deltar er Meløy, Narvik og Vestvågøy. Målet er å legge til rette for bedre samhandling mellom helsetjenester for noen grupper pasienter som har rett til behandling i den offentlige tannhelsetjenesten. Tannpleier i kommunen skal bl.a. bidra i oppfølging av enkeltbrukere, etablere rutiner for samarbeid og sørge for kompetanseheving innen tann- og munnhelse i de kommunale tjenestene. Tannpleiere er nøkkelpersoner i det forebyggende tannhelsearbeidet, og prosjektet er omtalt i Nasjonal helse- og samhandlingsplan.

Helsedirektoratet har inngått avtale med Senter for omsorgsforskning om følgeevaluering av piloteringen. Sluttrapport skal leveres i 2026.

Det ble bevilget 2,8 mill. kroner i 2025. Piloteringen fullføres i 2025. Bevilgningen foreslås derfor ikke videreført i 2026.

Tannhelsetilbud til tortur- og overgrepsutsatte og personer med odontofobi (TOO)

Tilbudet er etablert i fylkeskommunal tannhelsetjeneste i alle fylkene og i alle de fem regionale odontologiske kompetansesentrene. Det overordnede målet for tilbudet er god tannhelse gjennom et tilrettelagt, gratis og godt tilgjengelig tannhelsetilbud med tverrfaglig behandlerteam og tannbehandlerteam. Målgruppen for tilskuddsordningen er voksne personer som har vært utsatt for tortur eller overgrep (seksuelle overgrep eller vold i nære relasjoner) eller som har odontofobi. Hver av tilstandene er selvstendige vilkår som alene gir tilgang til det tilrettelagte tilbudet. En tidligere utført evaluering peker på at tilbudet er viktig for personene i målgruppen. Personer med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven er ikke del av målgruppen for tilskuddsordningen. Det forutsettes at et lignende tilbud også gis til disse personene.

TOO-tilbudet varierer i omfang og grad av utbygging, og det er ventetid på oppstart til tilbudet. I 2024 er det rapportert 2 265 personer på venteliste til tilbudet (mot 2 130 i 2023). Samlet ble 2 203 behandlet i tverrfaglig behandlerteam i 2024 (mot 2 123 i 2023). Noen av fylkene som behandlet mange pasienter har også lange ventetider, noe som kan tyde på at tilbudet ikke er tilstrekkelig, og at den primære årsaken til ventelistene er kapasiteten i tilbudet. Samtidig viser erfaring og rapporteringen at dette er et tilbud det tar tid å bygge opp kapasitet i. Løpet i tverrfaglig behandling har for mange tilskuddsmottakere blitt effektivisert og antallet pasienter ferdigbehandlet i tannbehandlerteam har økt fra 906 i 2023 til 963 i 2024. Ifølge Helsedirektoratets rapportering ble det benyttet 179 mill. kroner på tilskuddsordningen i 2024 (mot 174 mill. kroner i 2023).

Det ble bevilget 181,3 mill. kroner i 2025. Bevilgningen foreslås videreført med 185,9 mill. kroner i 2026.

Kompetansetiltak i tannhelsetjenesten

Universitetet i Bergen har i mange år organisert et kvalifiseringsprogram for utenlandske tannleger som er bosatt i Norge og som har utdanning fra land utenfor EØS-området. Siktemålet er norsk autorisasjon som tannlege. Det ble bevilget 7 mill. kroner i 2025. Bevilgningen foreslås videreført med 7,2 mill. kroner i 2026.

Innlandet fylkeskommune fortsetter arbeidet med å administrere praksisplasser for tannpleierstudenter ved Høgskolen i Innlandet, studiested

Elverum. Praksisen foregår i Innlandet, Viken, Agder og Trøndelag. Hvert år tas det opp om lag 30 studenter til utdanningen. Det ble bevilget 6,3 mill. kroner i 2025. Bevilgningen foreslås videreført med 6,5 mill. kroner i 2026.

Det gis tilskudd til videreutdanning for tannpleiere, organisert ved Universitetet i Sørøst-Norge, og til masterutdanning for tannpleiere. Videreutdanningen er tilrettelagt for senere påbygning til master i helsefremmende arbeid. I den fylkeskommunale tannhelsetjenesten er det behov for tannpleiere med både videreutdanning i det aktuelle fagområdet og med masterutdanning. Det er også behov for tannpleiere med forskerutdanning. Det ble bevilget 3,9 mill. kroner i 2025. Bevilgningen foreslås videreført med 4 mill. kroner i 2026.

De regionale odontologiske kompetansesentrene/tannhelsetjenestens kompetansesentre, organisert av fylkeskommunene, skal bidra til å sikre befolkningen tilgang til odontologiske spesialisttjenester. Dette gjelder særskilt overfor personer med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven. Fylkeskommunene finansierer spesialisttannbehandlingen ved sentrene. Videre skal sentrene gi fagstøtte til tannklinikkene, og bidra i forskning og kunnskapsutvikling innen oral helse i samsvar med forsknings- og innovasjonsstrategien på tannhelsefeltet. I tillegg skal kompetansesentrene delta i organiseringen av klinisk trening i spesialistutdanningen av tannleger. Det ble bevilget 126,5 mill. kroner i 2025. Bevilgningen foreslås videreført med 129,8 mill. kroner i 2026.

På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet ble de regionale odontologiske kompetansesentrene evaluert av PwC i 2023. Tannhelseutvalget, som har hatt i oppdrag å foreta en helhetlig gjennomgang av tannhelsefeltet, leverte sin utredning i september 2024. Evalueringen ble oversendt utvalget for vurdering. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Det gis tilskudd til universitetene i Bergen, Oslo og Tromsø, og til tannhelsetjenestenes kompetansesentre som deltar i praksisdelen av spesialistutdanningene, samt lønnstilskudd til tannleger som tar spesialistutdanning som del av en dobbelkompetanseutdanning. Med dobbelkompetanse menes PhD-utdanning kombinert med spesialistutdanning. De som er inne i løp for dobbelkompetanse fullfører, men det tas ikke inn nye kandidater.

Formålet med tilskuddet er å bidra til tilstrekkelig utdanningskapasitet av tannlegespesialister ved de nevnte tre universitetene, i et samarbeid med tannhelsetjenestens kompetansesentre om veiledet klinisk praksis av kandidatene.

Tilskuddet omfattet i alt 99 tannleger i spesialisering, fordelt på 70,5 årsverk i 2024 (mot 83 tannleger i spesialisering, fordelt på om lag 71 årsverk i 2023). 27 tannleger fullførte spesialiseringen i 2024 og det ble tatt opp til sammen 31 nye kandidater (mot 18 tannleger som fullførte spesialiseringen, og 17 nye kandidater i 2023). Det ble bevilget 57,9 mill. kroner i 2025. Bevilgningen foreslås videreført med 59,4 mill. kroner i 2026.

Det gis tilskudd til lønn til kandidater under spesialistutdanning. Kandidater som har avtale med fylkeskommune eller annen offentlig virksomhet om spesialistutdanning blir prioritert. Lønn under utdanning i kombinasjon med klinisk praksis på kompetansesenter er et viktig virkemiddel for å oppnå bedre geografisk tilgjengelighet til odontologiske spesialisttjenester. Det ble gitt tilskudd for 37 tannleger i 2024. Det ble bevilget 13,4 mill. kroner i 2025. Bevilgningen foreslås videreført med 13,8 mill. kroner i 2026.

Det gis tilskudd til etablering av stillinger for spesialister i pedodonti. Ordningen skal sikre at det gis lik tilgang til spesialisttjenester for barn og unge iht. tannhelsetjenesteloven og nasjonale faglige retningslinjer. Det ble bevilget 7,9 mill. kroner i 2025. Bevilgningen foreslås videreført med 8,1 mill. kroner i 2026.

Tannbehandlingsmaterialer

Nordisk institutt for odontologiske materialer (Niom AS) er et nordisk samarbeidsorgan under norsk eierskap. Helse- og omsorgsdepartementet eier 49 pst. av aksjene. Niom bidrar til at nordiske pasienter får trygge og velfungerende odontologiske materialer. Niom har bl.a. oppgaver innen rådgivning og forskning rettet mot tannhelsetjenesten og helsemyndigheter i Norden. Niom er et datterselskap under Norwegian Research Center AS (Norce AS). Nordisk Ministerråd (NMR) finansierer om lag en tredjedel av Nioms budsjett, basert på treårige avtaler. Det ble bevilget 31 mill. kroner til NIOM i 2025. Bevilgningen foreslås videreført med 31,8 mill. kroner i 2026.

Bivirkningsgruppen for odontologiske materialer (BVG) er per 1. juli 2025 organisert som en enhet i NIOM. BVG har i tillegg til sine hovedoppgaver bistått Helsedirektoratet i arbeidet med revisjon av IS-1481; Retningslinjer for utredning og behandling ved mistanke om bivirkninger fra odontologiske biomaterialer. Det ble bevilget 7,2 mill. kroner til BVG i 2025. Bevilgningen foreslås videreført med 7,4 mill. kroner i 2026.

Forskningsfinansiering for forsknings- og kompetansesentre innenfor tannhelse

I 2022 ble det innført resultatbasert finansiering for om lag 2 pst. av grunntilskuddet. Helsedirektoratet foretar omfordelingen av tilskuddsmidlene basert på beregnede forskningspoeng for sentrene som mottar tilskudd over kap. 770, post 70.

Tabell 4.11 viser gjennomsnittlig treårig beregning av forskningspoeng for forsknings- og kompetansesentre innenfor tannhelsefeltet. Forskningspoeng omfatter publikasjonspoeng, poeng for doktorgrader og poeng for tildeling av ekstern finansiering fra Norges forskningsråd.

Tabell 4.11 Forskningspoeng (2024) og prosentandel av forskningspoeng (2022–2024)

Kap. 770 Tannhelsetjenester	Forskningspoeng 2024	Prosent 2022–2024
Nordisk Institutt for Odontologiske Materialer	21,5	22,6 %
Tannhelsetjenestens kompetansesenter Vest/Hordaland	20,8	17,5 %
Tannhelsetjenestens kompetansesenter for Nord-Norge	9,5	10,0 %
Tannhelsetjenestens kompetansesenter Øst	16,8	16,2 %
Tannhelsetjenestens kompetansesenter Midt-Norge	29,8	22,7 %
Bivirkningsgruppen for odontologiske biomaterialer	2,2	1,0%
Tannhelsetjenestens kompetansesenter Rogaland	4,5	9,9 %
Totalt	105,1	100 %

Nærmere beskrivelse av resultater fra måling av forskningsaktivitet for forsknings- og kompetansesentrene omfattet av omleggingen er tilgjengelig på regjeringens nettsider.

Programkategori 10.80 Kunnskap og kompetanse

Utgifter under programkategori 10.80 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)

Kap.	Betegnelse	Regnskap 2024	Saldert budsjett 2025	Forslag 2026	Endring i pst.
780	Forskning	413 114	428 812	446 722	4,2
781	Forsøk og utvikling mv.	73 435	81 940	83 955	2,5
783	Personell	311 631	363 326	388 440	6,9
	Sum kategori 10.80	798 180	874 078	919 117	5,2

Utgifter under programkategori 10.80 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)

Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2024	Saldert budsjett 2025	Forslag 2026	Endring i pst.
01–29	Statens egne driftsutgifter	68 043	63 821	62 588	-1,9
50–89	Overføringer til andre	730 137	810 257	856 529	5,7
	Sum kategori 10.80	798 180	874 078	919 117	5,2

Helse- og omsorgstjenestene og folkehelsearbeidet utvikles gjennom forskning og innovasjon i samarbeid med en rekke aktører som næringslivet, frivillig sektor og akademia, nasjonalt og internasjonalt. Både Innovasjon Norge og Forskningsrådet er sentrale aktører i dette arbeidet. De skal gjennom sine virkemidler skal bidra til arbeidsbesparende innovasjoner i tjenesten. Regjeringen ønsker økt bruk av helsedata i helseforskning, i tjenesten og i helsenæringen. Regjering ønsker at flere pasienter enkelt finner frem slik at de kan delta i kliniske studier herunderbehandlingsstudier, mer effekt- og implementeringsforskning, forskningsbaserte kvalitetsforbedringsprosjekter og personellbesparende innovasjoner. Regjeringen følger opp langtidsplanen for forskning og høyere utdanning (2023–2032) som løfter frem bærekraft, helse, tillitt og samfunnssikkerhet og beredskap på en tydeligere måte enn den tidligere langtidsplanen. I tillegg arbeides det med to samfunnsoppdrag der Helse- og omsorgsdepartementet er involvert, ett om inkludering av barn og unge og ett om bærekraftig fôr. Forskningsrådet vil ha en sentral rolle i samfunnsoppdraget på barn og unge.

Helsepersonellet er vår viktigste ressurs og skal ligge i front faglig slik at sykehusene og kommunene kan tilby gode og trygge tjenester. Vi må sikre at vi bruker helsepersonellet på en god måte, at det har rett kompetanse og kan nytte tiden til sine kjerneoppgaver. Det må legges til rette for at helsepersonell kommer raskt og effektivt ut i tjenesten etter fullført utdanning, og at personell med utdanning fra utlandet får benyttet sin kompetanse i tjenesten, samtidig som pasientsikkerheten ivaretas.

Kap. 780 Forskning

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2024	Saldert budsjett 2025	Forslag 2026
50	Norges forskningsråd mv.	413 114		
70	Norges forskningsråd, *kan overføres*		428 812	446 722
	Sum kap. 780	413 114	428 812	446 722

Forskning og driftstilskudd

Departementet finansierer i hovedsak forskning, oppbygging og drift av forskningsmiljøer gjennom tilskudd til Norges forskningsråd, underliggende etater, regionale helseforetak og nasjonale og regionale forsknings- og kompetansesentre utenfor spesialisthelsetjenesten.

Forskning og innovasjon i helseforetakene er omtalt under kap 732 post 78. For forskning og innovasjon i den kommunale helse- og omsorgssektoren og tannhelsetjenesten vises det til omtale under kap. 745, post 01, kap. 760, poster 60 og 71, kap. 765, poster 74 og 75, og kap. 770, post 70.

Bevilgningen til Kommunenes strategiske forskningsorgan (KSF) foreslås videreført i 2026 med 5,4 mill. kroner, se også omtale i Kunnskapsdepartementets budsjettforslag. Formålet er å ha en struktur som kan medvirke til et kunnskapssystem, for og med de kommunale helse- og omsorgstjenestene. KSF skal bl.a. definere kunnskapsbehov, mobilisere små og store kommuner, og medvirke til at forskningsbasert kunnskap blir spredd og tatt i bruk. Bevilgningen tildeles KS. Det vises til nærmere omtale under kap. 760, post 71.

I både 2024 og 2025 er det bevilget 103,7 mill. kroner per år til Forskningsrådet for å finansiere forskning og innovasjon innrettet mot kommunale helse- og omsorgstjenester, se kap. 285, post 51, i Kunnskapsdepartementets budsjettproposisjon. Midlene foreslås videreført. Målet er å styrke forskningen på kommunale helse- og omsorgstjenester og må ses i sammenheng med midlene til Kommunenes strategiske forskningsorgan (KSF).

Forsknings- og utviklingsarbeid og kunnskapsproduksjon er en integrert del av arbeidsoppgavene til Folkehelseinstituttet, jf. omtale under kap. 745 Folkehelseinstituttet. Øvrige tiltak er omtalt under kap. 65, poster 21, 74 og 75, kap. 781, post 21 og kap. 783, poster 21, 78 og 79.

Post 50 Norges forskningsråd mv.

Bevilgningen over kap. 780, post 50 Norges forskningsråd mv. ble ifm. Prop. 1 S (2024–2025) flyttet til post 70 Norges forskningsråd mv. Det foreslås ikke midler over 50-posten i 2026.

Post 70 Norges forskningsråd mv.

Norges forskningsråd er et forvaltningsorgan som er underlagt Kunnskapsdepartementet.

Forskningsrådet har fem mål, som er felles for alle departementene:

- Økt vitenskapelig kvalitet.
- Økt verdiskaping i næringslivet.
- Møte store samfunnsutfordringer.
- Et velfungerende forskningssystem.
- God rådgivning.

Bevilgninger til drift av Forskningsrådet er samlet på Kunnskapsdepartementets budsjett jf. Verksemdskostnader, kap. 285, post 55. Den samlede måloppnåelse for virksomheten og økonomisituasjonen i Norges forskningsråd er omtalt i Kunnskapsdepartementets budsjettproposisjon for 2025.

I langtidsplanen for forskning og høyere utdanning fra 2022 er helse løftet frem som et prioritert område. Bevilgningen til Forskningsrådet over Helse- og omsorgsdepartementets budsjett skal gi kunnskap, innovasjoner og løsninger av høy kvalitet og relevans for forebyggende helsearbeid, diagnostikk, mer persontilpasset behandling og bedre helse- og omsorgstjenester. Forskningsrådet skal innenfor helseporteføljen prioritere implementerings- og effektforskning. I all finansiering fra departementet stilles det krav om brukermedvirkning i hele forsknings- og innovasjonsprosessen inkludert formidling og implementering og at forskningsprosjekter skal vurderes ut fra både vitenskapelig kvalitet og nytte for sluttbruker.

Budsjettforslag 2026

I 2026 går Forskningsrådet inn i sitt andre år med ny budsjettmodell basert på bruttobudsjettering. Det foreslås å bevilge 446,7 mill. kroner på posten i 2026. Det foreslås en tilsagnsramme på 386,4 mill. kroner.

Områdene innenfor helse

Helse er et bredt forsknings- og innovasjonsfelt og inngår i flere av porteføljene i Forskningsrådet. De helt eller delvis finansierte budsjettformålene fra Helse- og omsorgsdepartementet utgjør om lag 25 pst. av Forskningsrådets helseportefølje. De øvrige 75 pst. av helseporteføljen består av prosjekter, sentre, infrastruktur og annen aktivitet med finansiering i hovedsak fra Kunnskapsdepartementet, Nærings- og fiskeridepartementet og Kommunal- og distriktsdepartementet. Helseprosjekter utgjør også en økende andel av innsatsen i Horisont Europa og SkatteFUNN. I 2024 omfattet Forskningsrådets totale helseportefølje 1,7 mrd. kroner. Tilsvarende i 2023 var på 1,8 mrd. kroner.

Analyser ved bruk av Health Research Classification System (HRCS) viser at det i den totale helseporteføljen var mest forskning på generell helserelevans, deretter på kreft, psykisk helse, hjernen og nervesystemet og minst på medfødte lidelser, øre, hud og blod.

For den målrettede helseporteføljen er det også flest prosjekter innenfor generell helserelevans, deretter psykisk helse, hjernen og nervesystemet, kreft og infeksjoner, det er minst forskning på nyrer, urinvei og kjønnsorgan blod og øye. Sammenhengen mellom hva det forskes på og sykdomsbyrde gir grunnlag for en analyse av prioriteringer.

EUs rammeprogram for forskning og innovasjon mv.

Forskningsrådet har det operative ansvaret for realiseringen av samarbeidet om EUs rammeprogram for forskning og innovasjon, og det europeiske forskningsområdet European Research Area (ERA). I EUs niende rammeprogram, Horisont Europa, er helse et eget prioritert område. Resultatene fra Horisont Europa så langt viser at norske aktører gjør det godt i utlysninger fra helseprogrammet. Per oktober 2024 hadde norske aktører mottatt 242 mill. euro som tilsvarer om lag seks pst. av alle midlene innenfor det prioriterte området helse, helsekyngen og samfunnsoppdraget på kreft, i 2023 var andelen på 5,3 pst. Suksessraten til Norge er på 35 pst. mot gjennomgsnitt for alle land som ligger på 24 pst. Norsk retur uten midlene til Coalition for Epidemic Preparedness Innovations (CEPI) er på 2,4 pst., tilsvarende som for 2023.

I 2024 mottok universitets- og høyskolesktoren noen mer midler fra EUs rammeprogram for forskning og innovasjon enn instituttsektoren som er tett etterfulgt av helseforetakene og deretter næringslivet. Nyere tall fra april 2025 viser at helseforetakene mottar mest midler, etterfulgt av instituttsektoren og universitets- og høyskolesektoren tett bak, næringslvet ligger fortsatt et stykke bak.

I tillegg til helseklyngen i Horisont Europa er også området mat, bioøkonomi, naturressurser, landbruk og miljø relevant. Norge deltar i alle helsepartnerskapene, men også i relaterte partnerskap som trygge og bærekraftige matsystemer som Landbruk- og matdepartementet er ansvarlig for. Helsepartnerskapene omfatter global helseforskning, risikovurdering ved bruk av kjemikalier (toksikologi), helsesystem, og tjenesteforskning, teknologier innenfor helse og forskerdrevne kliniske studier, persontilpasset medisin, sjeldne diagnoser, èn-helse-perspektivet og i antimikrobiell resistens og beredskap ved pandemier og hjernehelse. Cancer Mission Hub Norway er en viktig arena for innspill og mobilisering til, og iverksetting av EUs samfunnsoppdrag på kreftområdet. Den norske hubben deltar i et europeisk nettverk av nasjonale cancer mission hubber som er opprettet gjennom Horisont Europa.

Euratoms forsknings- og kompetanseprogram komplementerer Horisont Europa. I perioden 2022–2025 har Helse- og omsorgsdepartementet, Klima- og miljødepartementet, Landbruks- og matdepartementet, Nærings- og fiskeridepartementet og Utenriksdepartementet bidratt med midler. Ordningen administreres av Forskningsrådet og inneholder kun prosjekter rettet på sikkerhet, miljø og dekommisjonering. Forskningsrådet har evaluert Norges deltakelse og konkluderer med at støtten er avgjørende for de små, men anerkjente norske forskningsmiljøene innenfor strålevern og dekommisjonering. Deltakelse i Euratom-prosjekter gir tilgang til internasjonale nettverk, og Forskningsrådets finansiering er viktig for å opprettholde kompetanse og sikre forutsigbarhet. Evalueringen viser et ønske om å øke støtten til forskningsinstituttene.

De felleseuropeiske forskningsprogrammene gjelder innenfor nevrodegenerative sykdommer/Alzheimer (JPND), antibiotikaresistens/antimikrobiell resistens (JPIAMR) og sammenhengene mellom mat og helse, og forebygging av livsstilsrelaterte sykdommer (HDHL). Flere av disse vil fremover være en del av partnerskapene nevnt over, eller eksistere som egne forskningssamarbeid.

Forskningsrådet har det operative ansvaret forå følge opp forsknings- og teknologiavtalen Japan som også inneholder en prioritering av helse-, omsorgs- og velferdsteknologi

Området forebygging og folkehelse

Forskning på feltet skal bidra til mer kunnskap om helsetilstanden i befolkningen og hva som påvirker helsen, herunder barrierer og ressurser for å skape god helse. Forskningen skal bidra til å identifisere helsefremmende, sykdomsforebyggende og sosialt omfordelende tiltak, slik at myndigheter, offentlig forvaltning og andre kan iverksette effektive folkehelsetiltak.

I 2024 gikk 47 pst. av midlene til dette området til prosjekter knyttet til forebygging og 27 pst. var rettet mot årsaksforhold. De største helsekategoriene innenfor fagområdet er psykisk helse (34 pst.), generell helserelevans (27 pst.) og infeksjoner inkl. AMR og covid-19 (14 pst.). Det er fortsatt behov for mer effektforskning. Redusert sosial ulikhet i helse er et gjennomgående perspektiv i de fleste prosjektene.

Tverrsektorielle utfordringen innenfor helse, mat, miljø og klima er styrket gjennom samarbeid på tvers i Forskningsrådet, der én-helse-perspektivet er sentralt gjennom samarbeidsprosjekter om antimikrobiell resistens (AMR).

Området helse-, omsorgs- og velferdstjenester

Området omfatter forskning om helse-, omsorgs- og velferdstjenester med hovedvekt på helsetjenesteforskning og innovasjon og skal bidra til god kvalitet, kompetanse og effektivitet i helse-, omsorgs- og velferdstjenestene, personellbesparende innovasjoner samt å styrke grunnlaget for kunnskapsbasert utdanning og yrkesutøvelse på tvers av sektorer.

Innenfor området er 77 pst. av forskningen helsetjenesteforskning, deretter følger håndtering av sykdommer (13 pst.) og forebyggning (7 pst.). I 2024 var forskningsaktiviteten størst på helsekategoriene på generell helserelevans (68 pst.) og psykisk helse (15 pst.).

De kommunale helse- og omsorgstjenestene mottar den største andelen av midlene, deretter spesialisthelsetjenesten. Satsingen skal fremme forskning på tvers av tjenesteområder og sektordepartementer. Senter for omsorgsforskning finansieres innenfor området området.

Området utvikling av klinisk praksis

Området skal bidra til bedre og tryggere pasientbehandling, enten ved å utvikle nye metoder for diagnostikk, behandling, rehabilitering/habilitering eller ved å øke kunnskapen om behandling, pleie og omsorg som allerede gis i både spesialisthelsetjenesten og de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Forskningen skal være pasient- og tjenesterelevant. Forskning på sykdommer som representerer store samfunnsmessige utfordringer og forskning på underrepresenterte pasientgrupper er prioritert.

Forskningssentrene for klinisk behandling (FKB) skal være med på å bedre behandlingen av norske pasienter gjennom fremragende klinisk forskning. De fire FKB som er etablert er innenfor hodepine ved NTNU (NorHead), kreft ved Oslo universitetssykehus (Matrix), revmatologiske sykdommer ved Diakonhjemmet sykehus (Remedy), og nevrologiske sykdommer (Neuro-SysMed). Matrix er samfinansiert med Kreftforeningen.

Helseforetakene er prosjekteier på om lag 50 pst. av prosjektene og 40 pst. er tilknyttet universitets og høyskolesektoren. Det er mest forskningen innenfor området relatert til hjernen og nervesystemet på 28 pst, etterfulgt av psykisk helse og kreft på 21 pst. Den høye innsatsen innenfor hjernen og nervesystemet skyldes hovedsakelig Neuro-SysMed og NorHead. Forskning på muskel- og skjelettlidelser har økt hovedsakelig som følge av aktiviteten ved forskningssenteret Remedy. Forskning relatert til psykisk helse var på 7 pst., og hjerte- og kar var på 7 pst. i 2024.

Området global helse

Området skal bidra med forskning på bedre helse for sårbare grupper i lav- og lavere mellominntektsland og være relevant for FNs bærekraftsmål «God helse for alle». De største helsekategoriene omfatter forplantning og fødsel (28 pst.) og infeksjoner (27 pst.) og generell helserelevans (18 pst.).

Tildelingen finansierer norsk deltakelse i partnerskapet The Global Health EDCTP3 Joint Undertaking under Horisont Europa som støtter forskning og kapasitetsbygging for å redusere byrden forårsaket av smittsomme sykdommer i Afrika sør for Sahara. Den største andelen av forskningen innenfor området skjer i universitets- og høyskolesektoren, etterfulgt av instituttsektoren.

Området helseinnovasjon

Hele 40 pst. av nyskapnings- og kommersialiseringsporteføljen i Forskningsrådet totalt er helserelatert. Det er en stor økning i bruk av KI i helseforskningen, men det var først i 2024 at KI ble en helintegrert del av helsenæringen. Dette gjelder særlig prosjekter som omhandler elektroniske pasientjournaler, administrativt IT-verktøy og bildeanalyse. Kreft er den største forskningskategorien, etterfulgt av generell helserelevans, infeksjon, hjerte og nevrologi. I porteføljen er det flest prosjekter som utvikler ny behandling og som jobber med påvisning og diagnose.

Pilot Helse bidrar til at offentlig sektor og bedrifter sammen etablerer et behovsdrevet innovasjonsløp slik at nye løsninger skal komme raskere ut til pasienter og tjenesten. Pilot Helse kan også bidra til at norske bedrifter får tilgang til et bedre hjemmemarked for sine teknologier og pasienter og brukere kan få tilgang til bedre forebygging, diagnostikk og behandling. Forskningsrådet samarbeider med de regionale helseforetakene, KS og SIVA om Pilot Helse-utlysninger. Fra 2025 er samarbeidet med Innovasjon Norge forsterket gjennom akselerasjonsprogrammet.

I 2024 fikk 24 prosjekter forsprosjektstøtte. Spesialisthelsetjenesten og bedrifter leder flest prosjekter, og kommunene er med i en tredel av søknadene som samarbeidspartner.

Strategiske satsinger

Forskningsprogram for utsatte barn og unge

Satsingen er et samarbeid mellom flere departementer som også vektlegger forebygging av utenforskap. Det vises til Prop. 1 S (2025–2026) for Barne- og familiedepartementet, del II programkategori 11.10 og del III Forskning og utvikling og Prop. 1 S (2025–2026) for Kunnskapsdepartementet del II, Programkategori 07.10.

Kvinners helse og kjønnsperspektivet

Forskningsrådet finansierer mange kvinnehelseprosjekter, som samlet ivaretar et bredt perspektiv.

Fra 2025 vil det arbeides for kjønnsperspektivet inngå som en del av statistikken for nasjonal helseforskning, eksempelvis innenfor HelseOmsorg21-monitoren. Det foreslås også at det settes særskilte krav om å innarbeide kjønn som variabel for forskning i utlysningen av midler fra Helse- og omsorgsdepartementet, der dette er relevant og praktisk gjennomførbart. Forskningsrådet skal prioritere forskning og bygge opp forskningsmiljøer på lidelser, plager og sykdommer som i særlig grad rammer kvinner samt vurdere om flere områder som muskel- og skjelettplager bør inngå.

HelseOmsorg21-rådet og HelseOmsorg21-monitor

HelseOmsorg21-rådet består av 16 medlemmer og er en nasjonal arena for dialog og møteplass om forskning, innovasjon og helsenæring på tvers av offentlig, privat og frivillig sektor.

Formålet med HelseOmsorg21-monitor er å samle relevant statistikk om forskning og innovasjon innenfor hele helse- og omsorgsfeltet på ett sted og gi et godt kunnskapsgrunnlag for beslutninger på alle nivåer. Det foreslås å flytte 2,6 mill. kroner fra Helse- og omsorgsdepartementets budsjettkapittel 780, post 70 til Kunnskapsdepartementets budsjettkapittel 285, post 01 og 21, knyttet til finansiering av HelseOmsorg21-monitoren.

Kap. 781 Forsøk og utvikling mv.

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2024	Saldert budsjett 2025	Forslag 2026
21	Spesielle driftsutgifter, *kan nyttes under post 79*	19 114	17 988	18 720
79	Tilskudd, *kan nyttes under post 21*	54 321	63 952	65 235
	Sum kap. 781	73 435	81 940	83 955

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

- Bevilgningen foreslås økt med 1 mill. kroner knyttet til KolsNet.
- Bevilgningen foreslås økt med 3 mill. kroner til nytt tilskudd for å redusere overdiagnostikk og overbehandling i helsetjenesten (Gjør kloke valg-kampanjen).
- Det foreslås å redusere bevilgningen med 2,9 mill. kroner som følge av flytting av tilskudd til Senter for medisinsk etikk fra kap. 781, post 79, til kap. 760, post 71.
- Det foreslås å redusere bevilgningen med 0,6 mill. kroner knyttet til flytting av ansvar for utnevning av medlemmer til abortnemnd til de regionale helseforetakene, jf. omtale på kap. 732, post 70.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Nasjonalt fagråd for arbeid og helse

Helse- og omsorgsdepartementet og Arbeids- og inkluderingsdepartementet vil også i 2026 videreføre samarbeidet for å bedre tjenestetilbudet til personer som trenger samtidige helse- og arbeidsrettede tjenester for å forbli eller komme i arbeid. Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet samarbeider om å utvikle arbeid og helseområdet som et fagfelt. Direktoratenes felles strategi for fagfeltet arbeid og helse, videreføring av nasjonalt fagråd og arbeidet med felles faglige anbefalinger er viktige virkemidler. Utprøving og implementering av tjenestesamhandlingsmodeller er også et prioritert felles utviklingsarbeid. Rådet er evaluert av direktoratene og anses som effektivt for å samle og styrke fagfeltet. Rådet videreføres for en ny periode. Felles nasjonale faglige anbefalinger innen fagfeltet arbeid og helse ble publisert i 2025.

Det vises også til omtale av arbeid og helse i Prop. 1 S for Arbeids- og velferdsdirektoratet.

KolsNet

Det foreslås 1 mill. kroner til Helsedirektoratet for å utrede og lage prosjektplan for et KolsNet. KolsNet skal være et faglig nettverk av helsepersonell som skal sikre helhetlig og koordinert behandling og oppfølging av kols-pasienter.

Nasjonal kreftstrategi

Norge står som resten av Europa overfor utfordringer i årene som kommer knyttet til forventet økning i antall eldre samt eldre med en kreftdiagnose. Samtidig ventes en økende mangel på helsepersonell i de nærmeste årene. Dette skaper økt behov for for forebygging og tidlig oppdagelse og bedre behandling til dem som får kreft slik at flere overlever og med mindre senplager. Nasjonal kreftstrategi 2025–2035, ble lagt frem av regjeringen i februar 2025. Strategien bygger videre på de fem målområdene i den forrige kreftstrategien Leve med kreft 2017–2022 og inneholder 17 tiårsmål.

Helsedirektoratet følger opp kreftstrategien og skal rapportere årlig til departementet om status, måloppnåelse og eventuelle behov for justeringer i oppfølgingen av strategien.

Kvinnehelse

Kvinnehelse er et prioritert område, og regjeringens politikk fremgår blant annet av Nasjonal helse- og samhandlingsplan, og regjeringens kvinnehelsestrategi.

Helsedirektoratet disponerer midler på posten til å innarbeide kjønnsperspektiv i revisjon og utvikling av nye nasjonale anbefalinger, råd, pakkeforløp og pasientforløp. Kjønnsperspektivet tas inn i prioriteringsveilederen for kvinnesykdommer når de reviderte veilederne blir publisert. Helsedirektoratet har startet planleggingen av arbeidet med retningslinjer for angst og depresjon. De faglige retningslinjene for forebygging og

behandling av osteoporose og osteoporotiske brudd skal etter planen sendes på høring i 2027.

Det ble bevilget 2 mill. kroner i 2025 til Helsedirektoratet for å innarbeide kjønnsperspektivet i informasjon på helsenorge.no til befolkningen og pasienter. Helsedirektoratet lanserte i 2025 temaside for kvinnehelse på helsenorge.no med nye temaer som overgangsalder, endometriose, menstruasjon og oppdatert informasjon om abort i forbindelse med ny abortlov.

Helsedirektoratet har lagt frem en revidert nasjonal faglig retningslinje for fødselsomsorgen (2024), og reviderer nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen. Direktoratet utarbeider nasjonal faglig retningslinje for oppfølging og behandling av jenter og kvinner med endometriose.

Post 79 Tilskudd

Bevilgningen dekker bl.a. tilskudd til utviklings og kompetansehevende tiltak innenfor enkeltområder av helsetjenesten.

Følgende tiltak fra saldert budsjett for 2025 foreslås videreført i budsjettforslaget for 2026:

- 2,6 mill. kroner i tilskudd til Standard Norge.
- Norsk ressursgruppe for organdonasjon (Norod).
- Nasjonalt faglig nettverk for organdonasjon til transplantasjon (NFNOT).
- Stiftelsen organdonasjon.
- Nasjonalt medisinsk museum.
- Rekruttering av blodgivere – Røde Kors. Tilskuddet utbetales til Norges Røde Kors.
- Blå Kors kompasset.
- Onkologiske faggrupper.
- 4,4 mill. kroner i tilskudd til Norske kvinners sanitetsforening til arbeidet med flerkulturell doula. Tilskuddet utbetales gjennom Helsedirektoratet.
- 4 mill. kroner i tilskudd til akseleratorprogram for helsenæringen gjennom Innovasjon Norge. Tilskuddet utbetales til Innovasjon Norge.

Tilskudd til senter for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo

Det foreslås å flytte tilskudd til Senter for medisinsk etikk til kap. 760, post 71, slik at tilskudd til senteret er samlet på en post.

Tilskudd for å redusere overdiagnostikk og overbehandling

Det foreslås 3 mill. kroner i nytt tilskudd med formål å redusere overdiagnostikk og overbehandling i tjenesten. Tilskuddet skal gå til kampanjer rettet mot helsepersonell for å redusere undersøkelser og behandlinger som er unødvendig eller til ulempe for pasienten, herunder Gjør kloke valg-kampanjen. Helsedirektoratet skal forvalte tilskuddet.

Kap. 783 Personell

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2024	Saldert budsjett 2025	Forslag 2026
21	Spesielle driftsutgifter, *kan nyttes under post 79*	48 929	45 833	43 868
61	Tilskudd til kommuner	243 656	288 915	315 221
79	Andre tilskudd, *kan nyttes under post 21*	19 046	28 578	29 351
	Sum kap. 783	311 631	363 326	388 440

Post 21 Spesielle driftsutgifter

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

- Det foreslås å flytte 4,2 mill. kroner fra kap. 783, post 21 til kap. 740, post 01. Midlene benyttes til saksbehandling av søknader om spesialistgodkjenning, og godkjenning og registrering av utdanningsvirksomheter for leger i spesialisering. Dette er faste, løpende oppgaver for direktoratet, som bør finansieres over driftsbudsjettet.
- Det foreslås å øke bevilgningen med 1,4 mill. kroner til kurs og veiledningstiltak knyttet til opprettelsen av nye LIS1-stillinger i 2025.

Kurs og veiledningstiltak for LIS1 og turnusfysioterapeuter

Det gis tilskudd til kurs, blant annet i offentlig helsearbeid, og veiledningsprogram i regi av statsforvalterne for del 1 av spesialistutdanningen for leger (LIS1) og for turnusfysioterapeuter. Kurs og veiledningstiltak for turnusfysioterapeuter gis for å sikre kvalitet i turnustjenesten som gjennomføres for å få autorisasjon som fysioterapeut. Det foreslås å øke bevilgningen til kurs og veiledningstiltak med 1,4 mill. kroner knyttet til opprettelsen av nye LIS1-stillinger i 2025.

Kiropraktorer har ett års turnustjeneste hos privatpraktiserende kiropraktor. Det gis tilskudd til privatpraktiserende kiropraktorer som tar imot turnuskandidater. Tilskuddet skal bidra til at det avsettes tilstrekkelig tid til veiledning og supervisjon av turnuskandidater. Det har vært en liten nedgang i antall kandidater. I 2018 ble det gitt autorisasjon til 44 kiropraktorer, mens det i 2023 ble autorisert 30 kiropraktorer i Norge.

Post 61 Tilskudd til kommuner

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

– Det foreslås å øke bevilgningen med 20,3 mill. kroner til tilskudd til kommuner for å ta imot LIS1.

Leger i spesialisering del 1 (LIS1)

LIS1 er første del av legenes spesialistutdanning. Det ble opprettet 66 nye LIS1-stillinger i 2024. Ferdig utrulling av disse stillingene innebærer merkostnader på 9,3 mill. kroner i 2026, knyttet til siste del av LIS1-tjenesten, som finner sted i kommunene. Det ble opprettet ytterligere 34 nye stillinger med oppstart i 2025, som vil gjennomføre LIS1-tjeneste i kommunene i 2026. Det foreslås derfor å øke bevilgningen med 17,5 mill. kroner til tilskudd til kommunene for disse stillingene.

I budsjettet for 2025 var det behov for en ettårig økning i tilskuddet på 6,5 mill. kroner for å dekke kommunenes merkostnader knyttet til en utjevning av nye LIS1-stillinger mellom vår og høst, slik at LIS1 begynte et halvt år tidligere enn tidligere forutsatt. Behovet var begrenset til 2025, og det foreslås derfor å redusere bevilgningen med 6,5 mill. kroner.

Samlet foreslås det en økning på 20,3 mill. kroner i tilskudd til kommunene for å ta imot LIS1.

Post 79 Andre tilskudd

Helsedirektoratet har også oppgaver knyttet til personell og kompetanse som ikke finansieres over kap. 783. Se omtale i kap. 740.

Helsepersonellregisteret og Legestillingsregisteret

Midlene skal bidra til å dekke videreutvikling og drift av Helsepersonellregisteret (HPR), og Legestillingsregisteret (LSR). HPR er helsemyndighetenes register over helsepersonell med norsk autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning etter helsepersonelloven. LSR gir en nasjonal oversikt over fordeling av leger i spesialisthelsetjenesten. Det er behov for å videreutvikle registrene, herunder å digitalisere, forenkle datainnsamling og trekke på andre registre i forbindelse med analyser mv.

Helsepersonell utdannet i utlandet

Den norske helse- og omsorgstjenesten har et stort behov for helsepersonell, og helsepersonell utdannet i utlandet er sentrale bidragsytere.

Helsepersonell med utdanning fra land utenfor EU/EØS som søker om autorisasjon i Norge, må gjennomføre tilleggskrav. Gjennomføring av tilleggskravene medfører kostnader. Midlene bidrar til å gjøre kostnadene for søkerne lavere.

Innenfor autorisasjonsområdet er det internasjonale samarbeidet først og fremst knyttet til Norges forpliktelser gjennom EØS-avtalen og EUs yrkeskvalifikasjonsdirektiv om gjensidig godkjenning av yrkeskvalifikasjoner. For Norge bidrar de internasjonale avtalene til å sikre mobilitet og fri flyt av arbeidskraft, slik at utenlandsk helsepersonell som har de nødvendige kvalifikasjoner, gis mulighet til å arbeide i den norske helsetjenesten.

Helsedirektoratet mottok i 2024, som i årene før, flest søknader fra søkere med utenlandsk utdanning fra Sverige, Danmark, Pakistan og Polen. Mange av søkerne med utdanning fra særlig Danmark og Polen, er norske statsborgere.

Spesialistgodkjenning

Midlene skal bidra til å dekke Helsedirektoratets arbeid med offentlig spesialistgodkjenning av leger (46 spesialiteter), tannleger (syv spesialiteter) og sykepleiere (én spesialitet). Det ble godkjent 1 849 nye spesialister i 2024, en økning på 24 pst. fra 2023. Det er flest spesialistgodkjenninger i allmennmedisin, og deretter psykiatri og anestesiologi. Ved vurdering av om det skal eta-

bleres nye offentlige spesialistgodkjenninger eller nye spesialiteter, skal det benyttes et sett av kriterier, jf. Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027.

Målet om at 90 pst. av søknadene behandles innenfor saksbehandlingstiden ble oppnådd for alle grupper samlet sett. Målet ble ikke nådd for kompliserte søknader med spesialistutdanning fra utlandet, heller ikke for søknader om vurdering av læringsmål for LIS1. Arbeid med å digitalisere søknads- og saksbehandlingsprosesser skal bidra til å korte ned saksbehandlingstiden, og sikre at tjenesten får kvalifisert, spesialisert kompetanse så raskt som mulig etter fullført spesialistutdanning.

Spesialistutdanning for leger

Helsedirektoratet skal følge opp oppdrag om legenes spesialistutdanning og spesialitetsstruktur, som blant annet omfatter breddekompetanse for legespesialister. I 2025 fikk Helsedirektoratet i oppdrag å vurdere læringsmålsformatet og den tekniske innretningen på læringsmålshåndteringen, samt utarbeide forslag til endringer hvor det blant annet skal legges vekt på forenkling, tillit og bærekraft. Regjeringen følger opp Stortingets beslutning om palliativ medisin som også omfatter opprettelse av en egen påbygningsspesialitet for fagområdet. Helse- og omsorgsdepartementet har mottatt en rapport fra Helsedirektoratet om en spesialitet i rettsmedisin.

Tilskudd til reise- og flytteutgifter

Tilskudd til reise- og flytteutgifter for leger i del 1 av spesialistutdanningen og til fysioterapeuter i turnus gis etter eget regelverk hvor distrikts- og rekrutteringshensyn vektlegges. Bevilgningen foreslås økt med 0,2 mill. kroner som følge av økt antall LIS1-stillinger.

Alternativ behandling

Formålet med bevilgningen er å sørge for kvalitetssikret informasjon som kan øke kunnskapen om bruk og eventuelle effekter av alternativ behandling, bidra til økt profesjonalitet og etisk bevissthet blant utøverne, samt bedre sikkerhet og kunnskap for brukerne. Bevilgningen dekker utgifter til registerordningen for utøvere av alternativ behandling i Brønnøysundregistrene (Altbas) og tilskudd til Nasjonalt forskningssenter for komplementær og alternativ behandling (Nafkam). Nafkam har en viktig internasjonal rolle, som ett av to europeiske samarbeidssentre for tradisjonell medisin i Verdens Helseorganisasjon (WHO). I WHO er Nafkams hovedansvarsområder kvalitet og sikkerhet innen alternativ behandling. WHOs helseforsamling vedtok våren 2025 global strategi om alternativ behandling, videreført for perioden 2025 til 2034.

Programområde 30 Helsetjenester, folketrygden

Folketrygdens stønad til helsetjenester (kap. 5 i folketrygdloven) har som overordnet mål å gi befolkningen i alle deler av landet god tilgang til nødvendige helsetjenester 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 staten ved de regionale helseforetakene 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 også 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 Helfo, som er en egen organisatorisk og administrativ enhet underlagt Helsedirektoratet. Se omtale under programkategori 10.40 Sentral helseforvaltning.

Programkategori 30.10 Spesialisthelsetjenester

Utgifter under programkategori 30.10 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)

Kap.	Betegnelse	Regnskap 2024	Saldert budsjett 2025	Forslag 2026	Endring i pst.
2711	Spesialisthelsetjeneste mv.	7 730 065	8 022 412	8 582 400	7,0
	Sum kategori 30.10	7 730 065	8 022 412	8 582 400	7,0

Utgifter under programkategori 30.10 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)

Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2024	Saldert budsjett 2025	Forslag 2026	Endring i pst.
50–89	Overføringer til andre	7 730 065	8 022 412	8 582 400	7,0
	Sum kategori 30.10	7 730 065	8 022 412	8 582 400	7,0

Kap. 2711 Spesialisthelsetjeneste mv.

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2024	Saldert budsjett 2025	Forslag 2026
70	Spesialisthjelp	2 933 072	3 031 100	3 271 000
71	Psykologhjelp	425 286	477 900	451 000
72	Tannbehandling	2 889 836	3 007 000	3 157 400
76	Private laboratorier og røntgeninstitutt	1 481 871	1 506 412	1 703 000
	Sum kap. 2711	7 730 065	8 022 412	8 582 400

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. 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 bl.a. ved:

- Kontrollundersøkelser under svangerskap, ved fødsel og ved behandling for sykdom ifb. 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 t.o.m. fylte 26 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 frem av forskrift til folketrygdloven § 5-4.

Det er begrensninger i retten til stønad for personer som kommer til legespesialist uten å ha henvisning fra annen lege. Pasienten kan i slike tilfeller avkreves en forhøyet egenandel, og legens bruk av takster er innskrenket.

De regnskapsførte utgiftene økte med 203 mill. kroner fra 2023 til 2024, tilsvarende vel 7 pst. Ut over volumvekst skyldes utbetalingsveksten effekter fra takstoppgjørene i 2023 og 2024. Volumveksten i 2024 anslås samlet til 2,6 pst. Volumveksten i 2025 anslås til 3 pst. Honorartakstene ble økt 1. juli 2025 med 5,14 pst. Helårsvirkningen er innarbeidet i budsjettforslaget for 2026.

Det foreslås å øke egenandelen for poliklinisk helsehjelp i spesialisthelsetjenesten med 10 pst. med virkning fra 1. januar 2026. Følgelig foreslås det å redusere bevilgningen på posten med 89 mill. kroner. Dette vil innebære endringer i legespesialistenes honorartakster fra samme dato. Det vises også til omtale på kap. 732, post 72–75, kap. 2711, post 71 og kap. 2752, post 72.

Tabell 4.12 Utgifter og aktivitetsvekst privatpraktiserende spesialister 2023–2026 (mill. kroner)

	Regnskap 2023	Regnskap 2024	Saldert budsjett 2025	Forslag 2026
Kap. 2711, post 70	2 730	2 933	3 031	3 271
Volumvekst (anslag)[1]	2,8 %	2,6 %	3 %	3 %

[1] Begrepet volumvekst brukes for å forklare utgiftsendringer som ikke følger av endring i refusjonssatser og egenandeler.

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 pasienter t.o.m. fylte 26 år, ved hiv-infeksjon og ved visse former for krisepsykologisk behandling, er pasienten fritatt for å betale egenandel.

De regnskapsførte utgiftene avtok med 8 mill. kroner til 425 mill. kroner i 2024, eller med 2 pst. Volumveksten i 2024 anslås til å være -7,5 pst. Honorartakstene ble økt 1. juli 2025 med 3,6 pst. Helårsvirkningen er innarbeidet i budsjettforslaget for 2026.

Det foreslås å øke egenandelen for poliklinisk helsehjelp i spesialisthelsetjenesten økes med 10 pst. med virkning fra 1. januar 2026. Dette vil innebære endringer i psykologenes honorartakster fra samme dato. Tiltaket innebærer 17 mill. kroner i redusert bevilgning på posten. Det vises også til omtale på kap. 732, post 72–75, kap. 2711, post 70 og kap. 2752, post 72.

Tabell 4.13 Regnskapsførte utgifter til privatpraktiserende psykologer 2023–2024 (mill. kroner)

	Regnskap 2023	Regnskap 2024	Endring
Psykolog	342,5	346,1	1 %
Nevropsykolog	76,1	63,7	-16,3 %
Utdanningskandidat psykoterapi	12,6	13,8	9,1 %
Avsetning til fond	2,2	1,7	-21,8 %
Sum	433,4	425,3	-1,9 %

Tabell 4.14 Utgifter og aktivitetsvekst psykologhjelp 2023–2026 (mill. kroner)

	Regnskap 2023	Regnskap 2024	Saldert budsjett 2025	Forslag 2026
Kap. 2711, post 71	433	425	478	451
Volumvekst (anslag) [1]	2,5 %	-7,5 %	3 %	1 %

[1] Begrepet volumvekst brukes for å forklare utgiftsendringer som ikke følger av endring i refusjonssatser og egenandeler.

Post 72 Tannbehandling

Det foreslås følgende endringer på posten:
- Posten reduseres med 35 mill. kroner knyttet til avviklingen av Stønadspunkt 14 Sterkt nedsatt evne til egenomsorg.
- Posten reduseres med 31 mill. kroner knyttet til avviklingen av Statens fondsavsetning til tannleger.
- Posten økes med 13,4 mill. kroner knyttet til reversering av overføring av finansieringsansvar av leppe-kjeve-ganespalte og kraniofaciale tilstander til de regionale helseforetakene.

Utgifter til tannbehandling dekkes etter forskrift gitt i medhold av folketrygdloven §§ 5-6, 5-6 a og 5-25. Formålet med stønaden er å gi kompensasjon for utgifter til undersøkelse og behandling utført av tannlege eller tannpleier ved angitte diagnoser og/eller tilstander. De diagnosene og tilstandene som i dag gir rett til folketrygdstønad til tannbehandling, kan inndeles i følgende grupper:
- Tilfeller der en bakenforliggende sykdom eller medisinsk tilstand eller behandlingen av denne gir store tannhelseproblemer.
- Tannregulering, hovedsakelig til barn og unge.
- Tann-/kjevesykdommer som inntreffer uavhengig av andre somatiske eller psykiske sykdommer eller tilstander.

Egenandeler ved enkelte stønadsberettigede behandlinger inngår i egenandelstakordningen, jf. kap. 2752, post 72. 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 4.15 Regnskapsførte utgifter og aktivitetsvekst tannbehandling 2023–2026 (mill. kroner)

	Regnskap 2023	Regnskap 2024	Saldert budsjett 2025	Forslag 2026
Kap. 2711, post 72	2 660	2 889,8	3 007	3 210
Volumvekst (anslag) [1]	2,1 %	2,3 %	3 %	2 %

[1] Begrepet volumvekst brukes for å forklare utgiftsendringer som ikke følger av endring i refusjonssatser og egenandeler.

Volumvekst i 2026 anslås til 2 pst. Det foreslås en ordinær prisjustering av takstene til tannbehandling fra 1. januar 2026 på 3,6 pst.

Volumveksten i 2025 har vært høyere enn tidligere antatt, på om lag 3 pst. Prisjustering i 2025 var 3,8 pst. fra 1. januar 2025.

I Stortingets behandling våren 2025 av Prop. 146 S (2024–2025) *Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet 2025*, ble det vedtatt å avvikle statens avsetning til fond for tannleger fra 1. juli 2025, med en innsparing på 15 mill. kroner i 2025. Se eget forslag for 2026 under.

Sterkt nedsatt evne til egenomsorg

Det foreslås å avvikle stønadspunkt 14 innenfor folketrygdstønad til tannbehandling fra 1. juli 2026. Forslaget innebærer at det ikke lenger gis stønad til tannbehandling begrunnet i sterkt nedsatt evne til egenomsorg. Innsparing anslås til om lag 35 mill. kroner i 2026.

Forslaget har bakgrunn i at kriteriet sterkt nedsatt egenomsorg er vanskelig å definere, i motsetning til de øvrige stønadspunktene i folketrygdens stønad til tannbehandling, som i hovedsak er basert på odontologiske eller medisinske tilstander. Det er grunn til å tro at ordningen overlapper med andre rettigheter og budsjettstyrte ordninger: Personer med rusmiddelavhengighet fikk lovfestet rett til gratis tannhelsetjenester fra fylkeskommunal tannhelsetjeneste fra 1. juli 2024. Det samme fikk innsatte i fengsel fra 1. juli 2024. I tillegg kommer at bevilgningene til fylkeskommunenes tverrfaglige tann/psykologtilbud (TOO) er styrket. I alt 2 200 personer mottok dette tilbudet i 2025. Hovedmålgruppene er mennesker med stor angst for tannbehandling, samt mennesker som har vært utsatt for overgrep. Her ytes tjenestene gratis.

Utgifter til stønadspunkt 14 var 75 mill. kroner i 2024. Antall pasienter økte med 7 pst. i 2024, mens utgiftene økte med 15 pst. samme år. Forventet utbetaling uten avvikling er 86 mill. kroner i 2026. Helsedirektoratet antar at utgiftene til stønadspunkt 14 øker med 5–7 pst. årlig dersom stønadspunktet opprettholdes.

Om lag 7 000 pasienter mottok stønad pga. sterkt redusert egenomsorg i 2024, i snitt omkring 10 000 kroner per pasient. Ved en avvikling antas det at 50–80 pst. av pasientene mister rett til stønad, mens 20–50 pst. av pasientene opprettholder stønad pga. bl.a. munntørrhet eller andre tilstander som gir rett til folketrygdrefusjon.

Av tekniske grunner oppnås ikke halvårseffekt på utgiftssiden i 2026, knyttet til at tannhelsepersonell kan kreve refusjon inntil seks måneder etter avsluttet behandling.

Anmodningsvedtak

Utvide vilkårene for folketrygdstønad på grunnlag av sterkt nedsatt evne til egenomsorg

Vedtak nr. 929, 16. juni 2023

> *«Stortinget ber regjeringen sikre at pasienter med psykiske helseplager som etter forskrift om stønad til dekning av utgifter til tannbehandling § 1 nr. 14 har rett til stønad til tannbehandling, beholder rettighetene i seks måneder etter at de sterkt nedsatte evnene til egenomsorg er gjenopprettet.»*

Vedtaket ble truffet ved behandling av Prop. 118 S (2022–2023), jf. Innst. 490 S (2022–2023). Regjeringen foreslår å avvikle stønad til tannbehandling (egenomsorg) etter forskrift om stønad til dekning av utgifter til tannbehandling § 1 nr. 14 for å gi rom for andre prioriterte tiltak. Anmodningsvedtak nr. 929 (2022–2023), 16. juni 2023, foreslås opphevet, jf. forslag til romertallsvedtak X.

Gjennomgang av folketrygdens refusjonsordning for tannbehandling

Vedtak nr. 96, 17. november 2020

> *«Stortinget ber regjeringen om en helhetlig gjennomgang av folketrygdens refusjonsordning for tannbehandling. Stortinget ber om forslag til forbedring og forenkling av ordningene, og spesielt § 22-15 a om tilbakekreving av utbetaling etter direkteoppgjørsordningen. Stortinget ber regjeringen komme tilbake til Stortinget med dette før oktober 2021.»*

Vedtaket ble truffet ved behandling av Prop. 121 L (2019–2020) *Endringer i folketrygdloven (krav til direkte oppgjør)*, jf. Innst. 72 L (2020–2021) og Lovvedtak 20 (2020–2021). Kontroll- og konstitusjonskomiteen merket seg i Innst. 141 S (2021–2022) at det ikke er gjort noen helhetlig gjennomgang, og at rapporteringen derfor ikke kan avsluttes. Tannhelseutvalget, som har hatt i oppdrag å foreta en helhetlig gjennomgang av tannhelsefeltet, leverte sin utredning 26. september 2024. Tannhelseutvalgets utredning har vært på offentlig høring. Arbeidet med oppsummering av høringsinnspill og oppfølging av Tannhelseutvalgets rapport pågår. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Avvikling av avsetning til sykepengefond og etterutdanningsfond

Det foreslås å avvikle statens avsetning til fellesformål til tannleger. Forslaget gjelder avsetning til sykepengefond og etterutdanningsfond.

I Stortingets behandling av revidert nasjonalbudsjett for 2025, Prop. 146 S (2024–2025) *Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet 2025*, ble det vedtatt å avvikle avsetning til tannlegenes fond fra 1. juli 2025. Bevilgningen på kap. 2711, post 72 Tannbehandling ble redusert med 15 mill. kroner i 2025. For 2026 foreslås avsetningen redusert i sin helhet, det vil si fra 1. januar. På helårsbasis er antatt innsparing 31 mill. kroner, det vil si at en gjeninnføring fra 1. januar 2026 ville ha medført en merutgift på 31 mill. kroner i 2026.

Avsetningen til tannlegenes fond var opprinnelig en del av forhandlingsgrunnlaget i forhandlingene mellom staten og Den norske tannlegeforening. Disse forhandlingene ble avviklet i 1995. Staten har tiårene etter 1995 fortsatt å bevilge 1 pst. av folketrygdstønaden til tannbehandling, som avsetning til sykepengefond og etterutdanningsfond. Det er kun to profesjonsgrupper som mottar statlige fondsavsetninger til både sykepengefond og etterutdanningsfond: leger og tannleger. Legene har på sin side en regulert inntektsside, fastsatt i forhandlinger med staten. Tannleger har fri prissetting og ingen regulert inntektsside.

De fleste helsepersonellgrupper har ikke sykehjelpsfond betalt av staten. Tannpleiere mottar ikke statlige midler til verken sykefravær eller etterutdanning.

Tannleger som ønsker å spesialisere seg, kan som før søke om tilskudd til lønn under spesialisering fra Helsedirektoratet, jf. kap. 770, post 70.

Forslag gir en innsparing i 2026 på om lag 31 mill. kroner.

Leppe-kjeve-ganespalte og kraniofaciale tilstander

I statsbudsjettet for 2025 ble det foretatt en omlegging av organisering og finansiering av kjeveortopedi (tannregulering) for tilstander med størst behandlingsbehov (gruppe a). Et formål med oppdraget var å fremme forslag som i større grad skjermer pasienter mot egenbetaling. Leppe-kjeve-ganespalte og kraniofaciale tilstander inngår i gruppe a og er i hovedsak medfødte tilstander som krever omfattende behandling i spesialisthelsetjenesten.

Folketrygdmidler ble flyttet fra folketrygden til de regionale helseforetakene for behandling av pasienter med kraniofaciale tilstander og leppe-kjeve-ganespalte fra 1. januar 2025. Forslaget innebar at regionale helseforetak får ansvar for hele behandlingsforløpet for leppe-kjeve-ganespalte og kraniofaciale tilstander, inkludert kjeveortopedi og nødvendig tannbehandling tilknyttet behandlingsforløpet i spesialisthelsetjenesten.

Erfaring viser at det tar tid for helseforetakene å foreta omstillingen, herunder inngå nye avtaler med private tannleger. Det foreslås derfor å reversere endringen i 2025. Det innebærer at det flyttes 13,4 mill. kroner fra kap. 732, post 72–76 tilbake til folketrygdens kap. 2711, post 72 Tannbehandling. Folketrygdens regelverk og takster for tannbehandling endres i tråd med budsjettreverseringen. Se nærmere omtale på kap. 732 Regionale helseforetak.

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.

Utgiftene til private laboratorier og røntgeninstitutt økte med 270 mill. kroner eller 22,3 pst. fra 2023 til 2024. Dette skyldes en vekst i utgiftene til private laboratorier, der den underliggende volumveksten er anslått til 25 pst. Volumveksten mellom første tertial 2024 og 1. tertial 2025 var på 43 pst. Medisinsk mikrobiologi økte i denne perioden med 90 pst. Korrigert for medisinsk mikrobiologi var volumveksten 7 pst. Den sterke vek-

sten innen medisinsk mikrobiologi kan i hovedsak knyttes til parallelle epidemier av luftveisinfeksjoner fra høsten 2024 til og med første tertial 2025. Denne anslås til å utgjøre 72 pst. av veksten i medisinsk mikrobiologi. Vekst i medisinsk mikrobiologi ut over dette skyldes andre forhold, slik som teknologisk endring mv.

Det ble i 2025 flyttet 25 mill. kroner fra laboratorierefusjonene til de regionale helseforetakenes basisbevilgninger. Videre ble refusjonstakstene for private laboratorie- og radiologitjenester underregulert tilsvarende 0,5 pst. sammenlignet med forventet lønns- og prisvekst. Gjennom behandlingen av revidert nasjonalbudsjett ble laboratorierefusjonene ytterligere nedjustert med 1 pst. Det er anslått en volumvekst tilsvarende 9 pst. for laboratorievirksomhet og 2 pst. for radiologisk virksomhet i 2025.

Som for de regionale helseforetakene, foreslås refusjonstakstene for private laboratorie- og radiologitjenester i 2026 underregulert sammenlignet med forventet lønns- og prisvekst. Det svarer til en innsparing for folketrygden med 17 mill. kroner eller om lag 1 pst. i 2026. Underreguleringen må ses på bakgrunn av ønsket om videre stimulering til økt effektivisering av laboratorie- og radiologiområdet. I tillegg til dette videreføres tiltak om underregulering av laboratorieanalyser vedtatt i forbindelse med behandlingen av revidert nasjonalbudsjett for 2025 svarende til helårsvirkning 16 mill. kroner.

De private laboratoriene er finansiert dels med refusjoner fra folketrygden og dels betaling etter inngåtte avtaler med regionale helseforetak. Samlet sett vurderes refusjonene til å være for høye. På dette grunnlag flyttes 36 mill. kroner fra kap. 2711, post 76 til de regionale helseforetakenes basisbevilgninger. Det vises til omtale på kap. 732, post 72–75 samt på kap. 732, post 77.

Budsjettforslaget hensyntar en mindreutbetaling tilsvarende 34 mill. kroner i forbindelse med forslaget om å avvikle refusjon for laboratorieanalyser når analysene er rekvirert av helprivate behandlere som ikke har avtale med det offentlige. Det vises til omtale i kapittel 2 og på kap. 732, post 77.

Tabell 4.16 Regnskapsførte utgifter til private laboratorier og røntgeninstitutt 2023–2024

	Regnskap 2023	Regnskap 2024	Endring
Laboratorium	865	1 129	30,5 %
Røntgen	346	352	1,7 %
Sum kap. 2711, post 76	1 211	1 481	22,3 %

Programkategori 30.50 Legehjelp, legemidler mv.

Utgifter under programkategori 30.50 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)

Kap.	Betegnelse	Regnskap 2024	Saldert budsjett 2025	Forslag 2026	Endring i pst.
2751	Legemidler mv.	16 760 437	17 611 900	18 231 600	3,5
2752	Refusjon av egenbetaling	8 584 159	8 660 700	8 681 000	0,2
2755	Helsetjenester i kommunene mv.	10 199 773	10 354 900	11 067 000	6,9
2756	Andre helsetjenester	964 829	1 237 000	1 099 200	-11,1
	Sum kategori 30.50	36 509 198	37 864 500	39 078 800	3,2

Utgifter under programkategori 30.50 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)

Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2024	Saldert budsjett 2025	Forslag 2026	Endring i pst.
50–89	Overføringer til andre	36 509 198	37 864 500	39 078 800	3,2
	Sum kategori 30.50	36 509 198	37 864 500	39 078 800	3,2

Kap. 2751 Legemidler mv.

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2024	Saldert budsjett 2025	Forslag 2026
70	Legemidler	14 398 869	15 104 900	15 569 000
71	Legeerklæringer	22 351	17 000	36 000
72	Medisinsk forbruksmateriell	2 339 217	2 490 000	2 626 600
	Sum kap. 2751	16 760 437	17 611 900	18 231 600

Det foreslås følgende endringer på postene:

- 175 mill. kroner flyttes fra kap. 2751, post 70, til kap. 732 post 72–75 knyttet til flytting av finansieringsansvar for enkelte legemidler ved Parkinsons sykdom og legemidler til forebygging av alvorlige nedre luftveisinfeksjoner forårsaket av RS-virus hos barn fra folketrygden til de regionale helseforetakene.
- 793 mill. kroner flyttes fra kap. 2752 post 72 til kap. 2751, post 70 og 72 knyttet til omlegging av beregningsmåten for egenandeler på blå resept.

- 14,4 mill. kroner flyttes fra kap. 2751, post 72 til kap. 732, post 72–75 knyttet til overføring av finansieringsansvar for medisinsk forbruksmateriell ved laryngektomi (strupeopererte), blødersykdom, veksthormonbehandling og nyretransplantasjon fra folketrygden til de regionale helseforetakene.
- 2 mill. kroner flyttes fra kap. 2790, post 70 til kap. 2751, post 72 knyttet til flytting av finansiering for medisinsk forbruksmateriell ved iktyose fra bidragsordningen til blåreseptordningen.

Bevilgningen dekker folketrygdens utgifter til legemidler, næringsmidler og medisinsk forbruksmateriell, jf. forskrift om stønad til dekning av utgifter til viktige legemidler mv. (blåreseptforskriften). Bevilgningen dekker også honorar til leger som fyller ut søknad om individuell stønad til legemidler og næringsmidler på blå resept på vegne av pasienter.

Anmodningsvedtak

Folketrygdfinansierte legemidler

Vedtak nr. 902, 4. juni 2025

> *«Stortinget ber regjeringen sikre at et anbud på folketrygdfinansierte legemidler ikke vil føre til tvungent bytte av legemidler, for pasienter som står på allerede godkjente medisiner.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med Stortingets behandling av Meld. St. 21 (2024–2025) *Helse for alle – Rettferdig prioritering i vår felles helsetjeneste*, Innst. 461 S (2024–2025). Vedtaket blir fulgt opp gjennom løpende styringsdialog med Direktoratet for medisinske produkter. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Post 70 Legemidler mv.

Offentlige utgifter til legemidler utenfor institusjon dekkes hovedsakelig etter blåreseptordningen, jf. folketrygdloven § 5-14, smittevernloven § 6-2 og blåreseptforskriften. Regelverket skal sikre refusjon av utgifter for pasienter med alvorlig sykdom eller med høy risiko for alvorlig sykdom, hvor det er eller kan bli nødvendig med langvarig medikamentell behandling.

En rekke legemidler er forhåndsgodkjent for rekvirering på blå resept, jf. §§ 2 og 4 i blåreseptforskriften. For andre legemidler må Helfo først ta stilling til refusjon gjennom en søknad fra pasientens lege før pasienten har rett til å få dekket legemiddelutgiftene over blåreseptordningen, jf. blåreseptforskriften § 3.

Egenandel

Pasienten betaler en egenandel i 2025 på 50 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 yrkes- eller krigsskade, eller som er unntatt egenandelsbetaling iht. blåreseptforskriften § 8. Alderspensjonister som har fylt 67 år og tar ut hel alderspensjon, er fritatt fra 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, samt uføretrygdede med minste ytelse, er fritatt fra å betale egenandel på blå resept.

Egenandeler for legemidler på blå resept omfattes av frikortordningen jf. omtale under kap. 2752, post 72.

Det foreslås å endre beregningsmåten for egenandeler på blå resept fra per resept til per utlevering fra 1. januar 2026. Samtidig endres det maksimale egenandelsbeløpet til 60 pst., men maksimalt 400 kroner per utlevering.

Forslaget innebærer at egenandelen pasienten skal betale ved utlevering av legemidler, medisinsk forbruksmateriell og næringsmidler rekvirert på blå resept endres fra egenandel per resept til egenandel per utlevering. Egenandel per utlevering vil være en enklere og mer forutsigbar ordning, og skal hindre at pasienten må betale flere egenandeler ved en og samme utlevering. Samtidig vil ordningen bidra til å redusere administrasjonsbyrden for rekvirent og utleverer.

Forslaget innenbærer en omfordeling av folketrygdens utgifter fra kap. 2752, post 72 til kap. 2751 på totalt 793 mill. kroner, hvorav 664 mill. kroner til post 70 og 129 mill. kroner til post 72.

Utgiftsutvikling til legemidler over blåreseptordningen

Statens utgifter til legemidler og næringsmidler på blå resept i 2024 over kap. 2751, post 70, var 14,4 mrd. kroner, en økning på 9,2 pst. fra 2023. Hvis egenandeler dekket av frikort tas med, var utgiftene 16,7 mrd. kroner i 2024.

Inkludert egenandeler dekket av frikortordningen, ble det i 2024 refundert legemidler på forhåndsgodkjent refusjon (blåreseptforskriften § 2) for 11,8 mrd. kroner til om lag 2,9 mill. unike bru-

kere. Det ble refundert 4,1 mrd. kroner til om lag 482 000 unike brukere etter individuell søknad (§ 3), og 51,3 mill. kroner til behandling av smittsomme sykdommer (§ 4) til rundt 36 000 brukere. Videre ble det gitt refusjon til næringsmidler (§ 6) på 720,2 mill. kroner til rundt 69 000 brukere.

Tabell 4.17 Folketrygdens utgifter til legemidler og næringsmidler de siste fem årene (mill. kroner)

År	Utgifter	Endring	Endring i pst.
2020	10 438	684	7,0 %
2021	11 270	832	8,0 %
2022	12 280	1010	9,0 %
2023	13 184	904	7,4 %
2024	14 399	1215	9,2 %

Nye legemidler i blåreseptordningen

I 2024 fattet Direktoratet for medisinske produkter totalt 148 vedtak om finansiering av legemidler over folketrygden. Det ble gjennomført 15 metodevurderinger basert på innsendt dokumentasjon fra legemiddelfirma, 26 saker var initiert av Direktoratet for medisinske produkter og 107 saker var kombinerte pris- og refusjonsvedtak. For sakene med innsendt dokumentasjon ble det gitt avslag i tre saker som gjaldt forhåndsgodkjent refusjon etter § 2, der det for alle de tre legemidlene kan ytes individuell stønad etter § 3. For sakene initiert av Direktoratet for medisinske produkter ble det gitt avslag i åtte saker, i to av disse fordi finansieringsansvaret ble overflyttet til de regionale helseforetakene. For de øvrige seks legemidlene kan det ytes individuell stønad etter § 3. Gjennomsnittlig tidsbruk for metodevurderinger basert på innsendt dokumentasjon var 111 dager i 2024 sammenlignet med 290 dager i 2023.

Overføring av finansieringsansvar for legemidler

Det foreslås å overføre finansieringsansvaret for fire legemidler ved Parkinsons sykdom og to legemidler til forebygging av alvorlige nedre luftveisinfeksjoner forårsaket av RS-virus hos barn fra folketrygden til de regionale helseforetakene fra 1. januar 2026, jf. Prop. 146 S (2024–2025). Det foreslås å flytte til sammen 175 mill. kroner fra kap. 2751, post 70 til kap. 732, postene 72–75.

Post 71 Legeerklæringer

Ordningen er hjemlet i folketrygdloven § 5-4. Bevilgningen omfatter midler til å honorere leger som fyller ut søknad om individuell stønad til legemidler på blå resept på vegne av pasienter. Legeerklæringstakstene fastsettes av staten.

Utgiftene til legeerklæringer var 22,4 mill. kroner i 2024, mot 14,6 mill. kroner i 2023.

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 stomi, inkontinens, urinretensjon og diabetes. Medisinsk forbruksmateriell forskrives av lege på blå resept og pasientene betaler egenandel etter samme regler som for legemidler. jf. 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 hva prisen er. Helfo har ansvar for området medisinsk forbruksmateriell. Det skal utøves en aktiv styring med produktområdet. Helsedirektoratet og Helfo har bl.a. fullmakt til å bestemme nærmere krav til blåreseptenes innhold, krav til diagnose/funksjonsevne knyttet til produktgrupper eller enkeltprodukter, ev. antallsbegrensning i utlevering, inntak og uttak i produkt- og prislister, prisfastsettelse mv.

Utgiftene til medisinsk forbruksmateriell var 2 339 mill. kroner i 2024, mot 2 243 mill. kroner i 2023. Inkludert egenandeler dekket av frikortordningen ble det gitt refusjon for 2,7 mill. kroner til om lag 425 000 unike pasienter.

Overføring av finansieringsansvar for medisinsk forbruksmateriell

Det foreslås å overføre finansieringsansvaret for medisinsk forbruksmateriell ved laryngektomi (strupeopererte), blødersykdom, veksthormonbehandling og nyretransplantasjon fra folketrygden til de regionale helseforetakene i 2026. Det foreslås å flytte til sammen 14,4 mill. kroner fra kap. 2751, post 72 til kap. 732, postene 72–75.

Det foreslås å flytte finansieringen for medisinsk forbruksmateriell ved iktyose fra bidrags-

ordningen til blåreseptordningen i 2026. Det foreslås å flytte 2 mill. kroner til kap. 2751, post 72 fra kap. 2790, post 70.

Kap. 2752 Refusjon av egenbetaling

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2024	Saldert budsjett 2025	Forslag 2026
72	Egenandelstak	8 584 159	8 660 700	8 681 000
	Sum kap. 2752	8 584 159	8 660 700	8 681 000

Post 72 Egenandelstak

Det foreslås følgende endringer på posten:

- Egenandelstaket settes til 3 406 kroner, en økning på 128 kroner som tilsvarer prisjustering av egenbetalingen.
- Bevilgningen økes med 316 mill. kroner knyttet til økt egenandel for poliklinisk helsehjelp i spesialisthelsetjenesten.
- 2 mill. kroner flyttes fra kap. 2752, post 72 til kap. 2755, post 70 grunnet økt aldersgrense for fritak for å betale egenandeler hos fastlege/legevakt fra 16 til 18 år fra 1. august 2026.
- 793 mill. kroner flyttes fra kap. 2752, post 72 til kap. 2751, post 70 og 72 knyttet til omlegging av beregningsmåten for egenandeler på blå resept.

Bevilgningen omfatter refusjonsutgifter for de brukerne som når taket for egenandeler (egenandelstak) til legehjelp (inkl. laboratorieprøver og røntgen), psykologhjelp, poliklinikk, legemidler og medisinsk forbruksmateriell på blå resept samt pasientreiser, fysioterapi, enkelte former for refusjonsberettiget tannbehandling, opphold ved opptreningsinstitusjoner og private rehabiliteringsinstitusjoner som har driftsavtale med regionale helseforetak og behandlingsreiser til utlandet.

Egenandelene og egenandelstaket fastsettes årlig ved Stortingets behandling av budsjettet. I 2025 er egenandelstaket 3 278 kroner. Når utgiftstaket er nådd mottar brukeren frikort automatisk. Ytterligere utgifter dekkes deretter av folketrygden resten av kalenderåret. Det ble i 2024 utstedt 1 480 000 frikort, mot 1 452 000 i 2023, en økning på 1,9 pst.

Tabell 4.18 Utgifter dekket over egenandelstak 2023–2024 (mill. kroner)

	Regnskap 2023	Regnskap 2024	Endring
Legehjelp inkl. poliklinikk	3 497	3 653	4,5 %
Psykologhjelp	124	125	1,2 %
Legemidler og forbruksmateriell	2 383	2 543	6,7 %
Pasientreiser	704	723	2,8 %
Enkelte tannhelsetjenester	287	317	10,3 %
Fysioterapi	1 122	1 156	3,1 %
Rehabiliteringsinstitusjon	64	62	-2,5 %
Behandlingsreiser utland	4	4	-16,1 %
Sum kap. 2752, post 72	8 185	8 584	4,9 %

For 2026 foreslås det å prisjustere egenandelsbetalingene svarende til 185 mill. kroner. Dette foreslås gjennomført ved å øke egenandelstaket med 128 kroner. Nytt egenandelstak foreslås fastsatt til 3 406 kroner.

Det foreslås å redusere posten med 2 mill. kroner knyttet til at det blir refundert færre egenandeler når aldersgrensen for egenandeler hos fastlege og legevakt økes fra 16 til 18 år fra 1. august 2026. Det vises til omtale på kap. 2755, post 70.

Det foreslås å flytte 793 mill. kroner fra kap. 2752, post 72 til kap. 2751, post 70 og 72 knyttet til omlegging av beregningsmåten for egenandeler på blå resept. Det vises til omtale under kap. 2751, post 70.

Det foreslås å øke egenandelen for poliklinisk helsehjelp i spesialisthelsetjenesten med 10 pst. med virkning fra 1. januar 2026. Forslaget innebærer at bevilgningen på posten økes med 316 mill. kroner. Det vises også til omtale på kap. 732, post 72–75 og kap. 2711, post 70–71.

Kap. 2755 Helsetjenester i kommunene mv.

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2024	Saldert budsjett 2025	Forslag 2026
62	Fastlønnsordning fysioterapeuter, *kan nyttes under post 71*	557 657	637 000	630 000
70	Allmennlegehjelp	7 371 897	7 481 900	7 939 000
71	Fysioterapi, *kan nyttes under post 62*	1 685 866	1 730 000	1 919 000
72	Jordmorhjelp	94 630	105 000	111 000
73	Kiropraktorbehandling	138 810		18 000
75	Logopedisk og ortoptisk behandling	350 913	401 000	450 000
	Sum kap. 2755	10 199 773	10 354 900	11 067 000

Det foreslås følgende endringer:
- 50 mill. kroner i økt bevilgning på kap. 2755, post 70 til økt aktivitet i fastlegeordningen etter at det åpnes for delegasjon av konsultasjoner fra fastleger til sykepleiere fra 1. januar 2026.
- 32 mill. kroner i økt bevilgning på kap. 2755, post 70 knyttet til at fritak for egenandeler hos fastlege og legevakt økes fra 16 til 18 år.
- Posten økes med 1 mill. kroner knyttet til egenandelsfritak ved oppfølgingssamtaler etter abort.
- 4 mill. kroner flyttes fra kap. 2755, post 70 til kap. 2755, post 71 knyttet til at kriteriene for å kreve takst A2k er endret.

Bevilgningen dekker folketrygdens utgifter til fastlønnsordning for fysioterapeuter, allmennlegehjelp, fysioterapi, jordmorhjelp, kiropraktorbehandling og logopedisk og ortoptisk behandling etter folketrygdloven kapittel 5.

Post 62 Fastlønnsordning i fysioterapeuter

Det ytes særskilt tilskudd til kommuner som ansetter fastlønte fysioterapeuter. Bevilgningen kan nyttes under post 71, og må ses i sammenheng med denne, jf. omtale under post 71. Fastlønnstilskudd gis i stedet for trygderefusjoner. Kommunene mottar derfor ikke trygderefusjon fra staten for disse fysioterapeutenes virksomhet. Tilskuddet ytes etter forskrift fastsatt med hjemmel i folketrygdloven § 5-21. For å gjøre fysioterapitjenesten mer fleksibel for de mindre kommunene og for å stimulere til at kommunene kan beholde kvalifisert personell, kan kommuner med mindre enn 2 000 innbyggere også søke om fastlønnstilskudd, dersom samme fysioterapeut har en driftsavtale med kommunen.

Kommunene har anledning til å ta egenandel for behandling utført av kommunalt ansatt fysioterapeut.

Fullt fastlønnstilskudd for perioden 1. januar 2025 til 31. desember 2025 er 262 584 kroner. Utgiftene til fastlønnstilskudd for fysioterapeuter

var i 2024 558 mill. kroner mot 562 mill. kroner i 2023, en reduksjon på 0,7 pst.

Post 70 Allmennlegehjelp

- Det foreslås å øke posten med 50 mill. kroner grunnet økt aktivitet i fastlegeordningen etter at det åpnes for delegasjon av konsultasjoner fra fastleger til sykepleiere fra 1. januar 2026.
- Det foreslås å øke posten med 32 mill. kroner knyttet til at aldersgrensen for fritak for egenandeler hos fastlege og legevakt økes fra 16 til 18 år.
- Det foreslås å redusere posten med 4 mill. kroner knyttet til at kriteriene for å kreve takst A2k er endret.
- Det foreslås å øke posten med 1 mill. kroner knyttet til egenandelsfritak ved oppfølgingssamtaler etter abort.

Bevilgningen dekker utgifter til undersøkelse og behandling hos lege etter forskrift fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet med hjemmel i folketrygdloven § 5-4. Allmennlegen må ha fastlegeavtale med kommunen eller delta i kommunalt organisert legevakt for å få refusjon fra folketrygden. For fastleger i ansettelsesforhold (kommunal arbeidstaker) mottar kommunen refusjonene. Bevilgningen omfatter også tilskudd til legers fellesformål (fondsavsetninger).

Formålet med stønaden fra folketrygden er å gi hel eller delvis kompensasjon for medlemmers nødvendige utgifter til helsetjenester ved sykdom, skade, lyte, familieplanlegging, svangerskap, fødsel og svangerskapsavbrudd.

Fastlegenes virksomhet finansieres ved basistilskudd fra kommunen, refusjoner fra folketrygden og egenandeler fra pasientene. Basistilskuddet finansieres over kommunenes frie inntekter. Legevakttjenesten finansieres ved beredskapsgodtgjøring fra kommunen, trygderefusjoner og egenandeler.

I visse tilfeller skal pasienten ikke betale egenandel ved behandling. Dette gjelder bl.a. ved:

- Kontrollundersøkelser under svangerskap, ved fødsel og ved behandling for sykdom ifb. 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, ifb. seksuelle overgrep.

Tabell 4.19 Utgifter til allmennlegehjelp 2023–2024 (mill. kroner)

	Regnskap 2023	Regnskap 2024	Endring
Fastlegekontor	5 890	6 333	7,5 %
Legevakt	727	760	4,5 %
Avsetning til fond	269	279	3,9 %
Sum kap. 2755, post 70	6 885	7 372	7,1 %

Trygdens utgifter til allmennlegetjenester var 6 885 mill. kroner i 2023 og 7 372 mill. kroner i 2024, en økning på 7,1 pst.

Utgiftsendringen utover de spesifiserte tiltakene kan skyldes flere forhold. For det første påvirkes utgiftene av endringer i refusjonstakster og egenandeler. For det andre påvirkes utgiftene av at aktiviteten økes, f.eks. som følge av flere innbyggere. For det tredje endres utgiftene dersom takstbruken endres, som f.eks. ved overgang til lengre konsultasjoner eller andre typer konsultasjoner enn tidligere.

Tabell 4.20 Utgifter og aktivitetsvekst allmennlegehjelp 2023–2026 (mill. kroner)

	Regnskap 2023	Regnskap 2024	Saldert budsjett 2025	Forslag 2026
Sum kap. 2755, post 70	6 885	7 372	7 482	7 860
Volumvekst (anslag)[1]	2,9 %	0,7 %	1 %	1 %

[1] Begrepet volumvekst er brukt for utgiftsendringer som ikke følger av endring i refusjonstakster og egenandeler.

Budsjettert utgiftsvekst i 2025 skyldes en antatt volumvekst på 1 pst. i tillegg til økninger som følge av avtalte refusjoner i takstforhandlingene. Honorartakstene ble økt 1. juli 2025 med 5,14 pst. Helårsvirkningen er innarbeidet i budsjettforslaget for 2026.

Det foreslås å øke posten med 50 mill. kroner grunnet økt aktivitet i fastlegeordningen etter at det åpnes for delegasjon av konsultasjoner fra fastleger til sykepleiere fra 1. januar 2026. Det vises til omtale under Programkategori 10.60, kap. 760.

Det foreslås å øke posten med 32 mill. kroner knyttet til at aldersgrensen for betaling av egenandeler hos fastlege/legevakt foreslås økt fra 16 til 18 år fra 1. august 2026. Legene får da refundert hele honoraret. Av dette er 2 mill. kroner foreslått flyttet fra kap. 2752, post 72. Det vises også til omtale der.

Det foreslås å redusere post 70 med 4 mill. kroner og øke post 71 tilsvarende. Fra 1. januar 2025 overtok Helsedirektoratet forvalteransvaret for takst A2k som er en kompetansetakst for fysioterapeuter med klinisk masterutdanning. Det ble foretatt endringer i kravet for å utløse taksten som gir merutgifter på om lag 4 mill. kroner. Dette finansieres ved mindreforbruk på introduksjonsavtaler som er budsjettert på post 70. Det vises til nærmere omtale på post 71.

Det foreslås å øke bevilgningen på posten med 1 mill. kroner knyttet til egenandelsfritak ved oppfølgingssamtaler etter abort. Stortinget besluttet ved behandling av Prop. 117 L (2023–2024) *Lov om abort (abortloven)* at personer som har gjennomgått abort skal ha rett til inntil to oppfølgingssamtaler med egenandelsfritak. Tiltaket er beregnet å koste totalt 1,3 mill. kroner hvorav 1 mill. kroner på kap. 2955, post 70 og 0,3 mill. kroner på kap 732, postene 72–75. Pasientene vil slippe å betale egenandeler tilsvarende om lag 0,6 mill. kroner. Landets fastleger vil få økt refusjonsinntekt (inkludert egenandelsrefusjon) tilsvarende knapt 1 mill. kroner. Vel 20 pst. av fastlegene er ansatt i kommunene. I disse tilfellene vil refusjonsinntektene for en stor del tilfalle kommunene som inntekter. Sykehusene vil få en økt refusjonsinntekt (inkludert egenandelsrefusjon) tilsvarende om lag 0,3 mill. kroner. Disse fordeles på de regionale helseforetakene.

Post 71 Fysioterapi

Det foreslås å øke posten med 4 mill. kroner knyttet til at kriteriene for å kreve kompetansetakst A2k er endret.

Bevilgningen dekker utgifter til fysioterapi etter folketrygdloven § 5-8 og forskrift om stønad til dekning av utgifter til fysioterapi. Det er et vilkår for å utløse refusjon at fysioterapeuten har avtale om driftstilskudd med kommunen.

Bevilgningen omfatter også tilskudd til fysioterapeuters fellesformål (fondsavsetninger).

Honorartariffen fastsettes gjennom årlige forhandlinger mellom staten, KS og organisasjonene for fysioterapeuter: Norsk Fysioterapeutforbund, Norsk Manuellterapeutforening og Privatpraktiserende Fysioterapeuters Forbund.

Tilskudd til kommuner med fastlønnsstillinger for fysioterapeuter føres under post 62.

Tabell 4.21 Utgifter til fysioterapeuter med driftsavtale med kommunen 2023–2024 (mill. kroner)

	Regnskap 2023	Regnskap 2024	Endring
Allmenn fysioterapeut	977,0	1 035,2	6,0 %
Manuellterapeut	391,7	418,3	6,8 %
Psykomotoriker	151,9	163,1	7,4 %
Utdanningskandidater	21,5	28,1	31,0 %
Avsetning til fond[1]	39,3	41,2	4,7 %
Sum kap. 2755, post 71	1 581,4	1 685,9	6,6 %

Folketrygdens utgifter til fysioterapi var 1 581,4 mill. kroner i 2023 og 1 685,9 mill. kroner i 2024, en økning på 6,6 pst.

Refusjoner til fysioterapeuter uten avtale kan variere fra år til år. Dette har sammenheng med antall utdanningskandidater og 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 i tjenesten. For det tredje endres utgiftene dersom takstbruken endres som f.eks. ved overgang til lengre konsultasjoner eller andre type konsultasjoner enn tidligere.

Den kommunale fysioterapitjenesten utgjorde i 2024 totalt 5 348 fysioterapiårsverk. Dette er om lag på samme nivå som i 2023 med en økning på 0,5 pst. Dekningsgraden for fysioterapeuter per 10 000 innbyggere var 9,6 årsverk i 2024, det samme som i 2023.

Tabell 4.22 Utgifter og aktivitetsvekst fysioterapi 2023–2024 (mill. kroner)

	Regnskap 2023	Regnskap 2024	Saldert budsjett 2025	Forslag 2026
Sum kap. 2755, post 71	1 581	1 686	1 730	1 915
Volumvekst (anslag)[1]	2,9 %	1 %	1 %	1 %

[1] Begrepet volumvekst er brukt for utgiftsendringer som ikke følger av endring i refusjonstakster og egenandeler.

Budsjettert utgiftsvekst i 2025 skyldes en antatt volumvekst på 1 pst. i tillegg til økninger som følge av avtalte refusjoner i takstforhandlingene. Honorartakstene ble økt 1. juli 2025 med 5,6 pst. Helårsvirkningen er innarbeidet i budsjettforslaget for 2026.

Tall fra Statistisk sentralbyrå viser at av i alt 3 187 avtalehjemler for selvstendig næringsdrivende fysioterapeuter i 2024 var 65 pst. fulltidshjemler. De øvrige hjemlene var deltidshjemler hvor av 33 pst. av avtalehjemlene var i størrelsesorden 50–100 pst. hjemmel og 3 pst. i størrelsesorden 20–50 pst. hjemmel. Andelen fulltidshjemler er økende, noe som er en ønsket utvikling.

I utgangspunktet skal en avtalehjemmel for fysioterapeutene være i samsvar med det omfang fysioterapeuten arbeider. Kommunene skal kun utlyse en deltidshjemmel når dette samsvarer med kommunens reelle behov for fysioterapitjeneste. Dette er hjemlet i forskrift om stønad til dekning av utgifter til fysioterapi m.m. og i forskrift om funksjons- og kvalitetskrav for fysioterapeuter med kommunal driftsavtale, hvor det også er forskriftsfestet at det skal være samsvar mellom driftshjemler og arbeidsomfang. Fysioterapeuter med driftsavtale med kommunen kan ikke kreve egenandeler eller andre honorar utover det som fremgår av forskrift om stønad til dekning av utgifter til fysioterapi m.m.

Det foreslås å øke post 71 med 4 mill. kroner og redusere post 71 tilsvarende. Stortinget har ved behandling av Prop. 1 S (2023–2024) sluttet seg til at forvalteransvaret for kompetansetakst A2k, som er en takst som fysioterapeuter med visse spesialiseringer i form av bl.a. masterutdanninger kan kreve, overføres fra Norsk Fysiotera-

peutforbund (NFF) til Helsedirektoratet. I forbindelse med behandling av revidert budsjett 2024 ble tidspunktet for overføringen fastsatt til 1. januar 2025. Helsedirektoratet har allerede forvalteransvaret for andre kompetansetakster for fysioterapeuter med masterutdanning innen manuellterapi/manuellterapeuter og psykomotorisk fysioterapi. I forbindelse med overføringen gjøres det noen justeringer av kravet til å utløse takst A2k. Det gir merutgifter på om lag 4 mill. kroner på post 71. Dette finansieres ved mindreforbruk på introduksjonsavtaler som er budsjettert på kap. 2755, post 70.

Post 72 Jordmorhjelp

Bevilgningen dekker utgifter til svangerskapskonsultasjoner (kontrollundersøkelser under svangerskap) som utføres av jordmor etter folketrygdloven § 5-12 og forskrift om stønad til dekning av utgifter til jordmorhjelp. Det er et vilkår for refusjon at jordmor har kommunal driftsavtale eller er ansatt i kommunen. Leger og jordmødre som utfører svangerskapskonsultasjoner (kontroller) i helsestasjon utløser refusjon til kommunen etter sine respektive refusjonsordninger. Utgifter til jordmorhjelp ved fødsel utenfor institusjon dekkes også etter folketrygdloven § 5-12. Det er ikke vilkår om at jordmor har driftsavtale eller kommunal ansettelse for å få stønad. Det ytes også stønad til sekundærjordmor ved hjemmefødsel.

Det ytes engangsstønad ved fødsel utenfor institusjon etter folketrygdloven § 5-13. Stønadssatsen er 3 450 kroner i 2025 og foreslås økt til 3 574 kroner i 2026, som er en økning på 3,6 pst.

Utgiftene i 2023 var 87,2 mill. kroner, mot 94,6 mill. kroner i 2024. Dette er en økning på 8,5 pst.

Post 73 Kiropraktorbehandling

Bevilgningen dekket til og med 2024 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. Kiropraktorenes rett til refusjon var ikke avhengig av avtale eller annen tilknytning til den offentlige helsetjenesten, og det ble ikke stilt andre krav for å motta refusjon enn at kiropraktoren oppfyller formelle krav om autorisasjon mv. Det var ikke nødvendig med henvisning for å få behandling hos kiropraktor og rett til stønad. Pasientens egenbetaling var heller ikke regulert. Kiropraktoren kunne fritt sette prisen for behandling.

Folketrygdens refusjonsordning til kiropraktorbehandling ble, ved behandling av budsjettet for 2025 avviklet fra 1. januar 2025. I forbindelse med Revidert nasjonalbudsjett for 2025 ble det imidlertid vedtatt å videreføre refusjonsordningen, men med lave refusjonstakster, for å sikre data til Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR).

Fra 1. juli 2025 gis det 4 kroner i refusjon for førstegangsundersøkelse hos kiropraktor. Utgifter til kiropraktor teller ikke med i frikortordningen.

Bevilgningen har til og med 2024 også omfattet tilskudd til kiropraktorenes fellesformål (fondsavsetninger). For å skjerme avsetningen til fond for videre- og etterutdanning ved avvikling av refusjonsordningen til kiropraktorene ble fondet flyttet til kap. 760, post 70 i 2025 og foreslås videreført der i 2026, jf. omtale der.

Utgiftene til kiropraktorbehandling, inkludert avsetning til fond, var 142,9 mill. kroner i 2024, mot 221 mill. kroner i 2023, en nedgang på 35,3 pst. I 2024 var det 988 kiropraktorer som hadde oppgjør med Helfo, det samme antall som i 2023. Antallet pasienter som mottok behandling var 397 000 i 2024, også det uendret fra 2023. Det var i 2024 i gjennomsnitt 5,5 behandlinger per pasient, mot 5,7 behandlinger per pasient i 2023.

Post 75 Logopedisk og ortopedisk 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, er behandling både etter helse- og omsorgstjenesteloven og behandling som faller inn under kommunenes og fylkeskommunenes ansvar etter opplæringsloven av 1998. Kommuner og fylkeskommuner har iht. opplæringsloven kapittel 4A og kapittel 5 ansvar for å gi spesialundervisning, herunder logopediske og audiopedagogiske tjenester.

I 2024 utbetalte folketrygden 305,3 mill. kroner til privatpraktiserende logopeder, 39 mill. kroner til privatpraktiserende audiopedagoger og

6,5 mill. kroner til ortoptisk behandling. De samlede utgiftene økte fra 297,8 mill. kroner i 2023 til 350,9 mill. kroner i 2024, en økning på 17,8 pst.

Kap. 2756 Andre helsetjenester

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2024	Saldert budsjett 2025	Forslag 2026
70	Helsetjenester i annet EØS-land	7 228	7 000	12 000
71	Helsetjenester i utlandet mv.	584 647	770 000	652 200
72	Helsetjenester til utenlandsboende mv.	372 954	460 000	435 000
	Sum kap. 2756	964 829	1 237 000	1 099 200

Det foreslås følgende endringer:
- Å flytte 2,8 mill. kroner fra kap. 2756, post 71 til kap. 740, post 21 knyttet til Helsedirektoratet sitt arbeid med ny agentavtale i USA.

Bevilgningen dekker folketrygdens utgifter til helsetjenester i annet EØS-land, i utlandet mv. og til utenlandsboende mv. etter folketrygdlovens kapittel 5.

Post 70 Helsetjenester i annet EØS-land

Posten dekker folketrygdens utgifter til planlagt helsehjelp i andre EØS-land (behandling hos kiropraktor, ortoptist, logoped og audiopedagog, tannbehandling ved sykdom, undersøkelse ved bestemte diagnoser og behandlingsformer samt blåreseptordningen) etter folketrygdloven § 5-24a.

Utgiftene var 7,2 mill. kroner i 2024 mot 5,4 mill. kroner i 2023, en økning på 33,3 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 medlemmer i folketrygden med rettigheter etter folketrygdloven 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 2026 foreslås det maksimale stønadsbeløpet økt fra 4 895 kroner i 2025 til 5 071 kroner per døgn. Dette tilsvarer en økning på 3,6 pst.

Posten omfatter også refusjon av utgifter til helsetjenester som medlemmer av folketrygden har mottatt i andre EØS-land og Sveits, etter EØS-avtalens forordning 883/2004.

Utgiftene var 585 mill. kroner i 2024 mot 563 mill. kroner i 2023, en økning på 3,8 pst.

Det foreslås å flytte 2,8 mill. kroner til kap. 740, post 21 knyttet til Helsedirektoratet sitt arbeid med ny agentavtale i USA. Det tas sikte på at ny avtale er på plass fra 2027. Den gamle avtalen ble sagt opp i 2022 på bakgrunn av at Schrems II-dommen fra EU-domstolen gjorde det vanskelig å sende personopplysninger til USA. EU-kommi-

sjonen har vedtatt en ny adekvansbeslutning som tillater at avtalen kan reetableres.

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 373 mill. kroner i 2024 mot 368 mill. kroner i 2023, en økning på 1,3 pst.

Programkategori 30.90 Andre helsetiltak

Utgifter under programkategori 30.90 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)

Kap.	Betegnelse	Regnskap 2024	Saldert budsjett 2025	Forslag 2026	Endring i pst.
2790	Andre helsetiltak	257 719	270 000	278 000	3,0
	Sum kategori 30.90	257 719	270 000	278 000	3,0

Utgifter under programkategori 30.90 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)

Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2024	Saldert budsjett 2025	Forslag 2026	Endring i pst.
50–89	Overføringer til andre	257 719	270 000	278 000	3,0
	Sum kategori 30.90	257 719	270 000	278 000	3,0

Kap. 2790 Andre helsetiltak

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2024	Saldert budsjett 2025	Forslag 2026
70	Bidrag	257 719	270 000	278 000
	Sum kap. 2790	257 719	270 000	278 000

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 frem av rundskrivet til folketrygdloven § 5-22 Bidrag til spesielle formål. Rundskrivet er tilgjengelig via hjemmesidene til Helsedirektoratet og NAV Rettskilder.

Departementet har gjennom 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 2 213 kroner i 2025. Egenandeler, døgnsatser mv. i bidragsordningen prisjusteres årlig. Beløpet for 2026 er 2 293 kroner. Mange formål dekkes etter andre regler og satser.

Utgiftene på bidragsordningen var 257,7 mill. kroner i 2024 mot 250,0 mill. kroner i 2023.

Avvikling av bidragsordningen for legemidler startet i 2018 ved at nye pasienter ikke gis støtte over denne ordningen. Dette er gjort for å unngå at bidragsordningen for legemidler undergraver intensjonen med blåreseptordningen. For 2026 foreslås det at ordningen videreføres for brukere som har fått kontinuerlig bidrag til samme legemiddel fra og med 2017. Avviklingen av bidragsordningen for legemidler gjelder ikke bidrag til prevensjonsmidler og heller ikke legemidler til behandling av infertilitet.

Tjenester i apotek

Inhalasjonsveiledning og oppstartsveiledning i apotek (Medisinstart) finansieres over denne bevilgningen. Inhalasjonsveiledning er en tjeneste for pasienter med astma og KOLS, mens Medisinstart er en tjeneste for pasienter som starter med et nytt legemiddel til behandling av høyt blodtrykk, behandling av høyt kolesterol eller blodfortynnende legemidler. Bevilgningen til disse tjenestene foreslås videreført i 2026.

Flytting av finansiering for medisinsk forbruksmateriell

Det foreslås å flytte finansieringen for medisinsk forbruksmateriell ved iktyose fra bidragsordningen til blåreseptordningen i 2026. Det foreslås å flytte 2 mill. kroner fra kap. 2790, post 70 til kap. 2751, post 72.

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 2024 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 foretaksmøte 12. juni 2025. Nedenfor redegjøres det for rapportering 2024 samt de regionale helseforetakenes økonomiske langtidsplaner. Omtalen er delt inn under følgende overskrifter:

- Styrke psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.
- Styrke forskning, innovasjon og kompetanse og forbedre kvalitet og pasientsikkerhet.
- Rask tilgang til helsetjenester og sammenhengende pasientforløp.
- Økonomi og investeringer.
- Innleie i helseforetakene.

Styrke psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Mennesker med psykiske lidelser og rusmiddelproblemer skal ha tilgjengelig hjelp av god kvalitet. Meld. St. 23 (2022–2023) *Opptrappingsplan for psykisk helse (2023–2033)* og Meld. St. 5 (2024–2025) *Trygghet, fellesskap og verdighet – Forebyggings- og behandlingsreformen for rusfeltet* gir føringer for utvikling av tilbudene. De regionale helseforetakene hadde i oppdrag i 2024 å styrke psykisk helsevern og TSB slik at pasientene får rask og likeverdig tilgang til riktig behandling og helhetlige pasientforløp. Barn, unge og de med alvorlige og sammensatte lidelser er prioriterte grupper. I tillegg har regionene hatt mål knyttet til ventetider, pasientforløp og epikrise for psykisk helsevern og TSB. I årlig melding har de regionale helseforetakene rapportert på dette, samt på indikatorer knyttet til realvekst i kostnader og økning i aktivitet, kapasitet og seks konkrete oppdrag for 2024.

På mål om å styrke psykisk helsevern og TSB rapporteres det både om behandlingskapasitet både innen sikkerhetspsykiatrien og de øvrige tjenestene. Flere steder er det nye lokaler som gir bedre behandlingsmuligheter. Gjennomgående rapporteres det om bedre samarbeid mellom tjenestene og med kommunene. Regionene har styrket arbeidet med tidlig avklaringsteam og vurderingssamtaler i Psykisk helsevern, noe som bidrar til behandling på riktig nivå og til riktig tid. Det er etablert felles henvisningsmottak som skal sikre pasientene like rettigheter – enten de blir henvist til en avtalespesialist eller et distriktspsykiatrisk senter. Alle regionene jobber med å redusere ventetider og forbedre pasientforløp. Flere melder om utfordringer knyttet til å rekruttere og beholde personell og det er iverksatt tiltak flere steder for å sikre kritisk kompetanse.

De regionale helseforetakene har også rapportert på fire indikatorer som gjengis kort under.

Realveksten i kostnader innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skulle være høyere enn realveksten i de regionale helseforetakenes ordinære, frie driftsbevilgninger, jf. Prop. 1 S (2023–2024). Foreløpige tall viser at Helse Midt-Norge oppfylte kravet og har en realvekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling som er høyere enn i de ordinære driftsbevilgningene. Helse Nord RHF innfridde kravet på overordnet nivå, på grunn av høye kostnader som er knyttet til kjøp av eksterne tjenester som følge av fristbruddordningen. Helse Sør-Øst RHF nådde kravet for psykisk helsevern, men ikke for TSB. Helse Vest RHF klarte ikke å nå målet for noen av områdene.

Den polikliniske aktiviteten innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skulle være høyere i 2024 sammenlignet med 2023. Helse Nord RHF har samlet innfridd målet om å øke den polikliniske aktiviteten i 2024 sammenlignet med 2023. Samlet poliklinisk aktivitet innen PH og TSB har økt fra 229 850 konsultasjoner i 2023 til 232 122 konsultasjoner i 2024, som vil si en økning på 1 pst. TSB viser isolert sett en nedgang på 2 pst. Kravet er delvis innfridd i Helse Midt-Norge RHF da St. Olavs hospital HF og Helse Nord-Trøndelag HF rapporterer kravet som innfridd. Helse Møre og Romsdal HF rapporterer at de hadde tilnærmet samme poliklinisk aktivitet

som i 2023. Helse Sør-Øst RHF sine tall per desember 2024 viser at antall polikliniske opphold innen psykisk helsevern voksne, psykisk helsevern barn og unge, og TSB er økt med hhv. 1,4 pst., 2 pst., og 3 pst. sammenlignet med i 2023. Helse Vest RHF hadde en økning innen psykisk helsevern for voksne, men en nedgang innen psykisk helsevern for barn og unge og innen TSB.

Døgnaktiviteten i psykisk helsevern skulle være høyere i 2024 sammenlignet med 2023. Døgnaktivteten i Helse Sør Øst RHF er økt i 2024 med 2,9 pst. innen psykisk helsevern voksne, mens døgnaktivteten er 6,9 pst. lavere innen psykisk helsevern barn og unge sammenlignet med 2023. Samlet innen psykisk helsevern er antall liggedøgn økt med 2 pst. i 2024 sammenlignet med 2023.

Døgnkapasiteten i psykisk helsevern skulle også være høyere i 2024 sammenlignet med 2023. Ifølge rapportering i årlig melding fra de regionale helseforetakene er døgnkapasiteten i Helse Sør-Øst RHF økt i 2024, sammenlignet med 2023. Helse Vest rapporterer at det ikke er gjort endringer i døgnkapasiteten i psykisk helsevern med unntak av midlertidig endring i døgnplasser i Helse Bergen HF grunnet oppussing. Helse Midt-Norge RHF rapporterer at samlet sett er kapasiteten i regionen økt i 2024, i og med at Helse Møre og Romsdal HF har etablert totalt seks nye døgnplasser på Hjelset og akutt døgn Ålesund. De øvrige helseforetakene melder om uendret kapasitet i 2024. Helse Nord RHF har økt kapasiteten med 2 plasser innen psykisk helsevern fra 2023 til 2024.

Oppdrag om døgnkapasitet i psykisk helsevern

I tråd med oppdragsdokumentet har de regionale helseforetakene gitt status for faktisk døgnkapasitet i psykisk helsevern sett opp mot fremskrevet behov.

Helse Sør-Øst RHF rapporterer at revidert fremskrivningsmodell anslår behov for aktivitetsvekst innen psykisk helsevern og TSB frem mot 2040 på 13,9 pst. for liggedøgn. Dette tilsvarer årlig vekst på litt under 1 pst. Faktisk utvikling var høyere enn forventet vekst. For barn og unge har det vært nedgang i liggedøgn, noe som er ut til å være en trend etter pandemien. Det kan også ses i sammenheng med økning av ambulante tilbud som reduserer behov for døgninnleggelser.

Helse Vest RHF rapporterer at de vil ha tilstrekkelig med døgnplasser frem mot 2040 når de legger fremskrivingene til grunn. Døgnkapasiteten i BUP vurderes å være tilstrekkelig i 2024, med beleggsprosent mellom 50–70 pst. Helse Vest RHF mener det er nødvendig å se døgnkapasitet opp mot utbygging av ambulante team og det er iverksatt et interregionalt arbeid i 2024 for å oppdatere den interaktive modellen for fremskriving i tråd med utviklingstrekkene.

Helse Midt-Norge RHF rapporterer at innen psykisk helsevern for voksne har antall liggedøgn økt med 3 pst. fra 2021 til 2024. Dette er mer enn økningen som er lagt til grunn i revidert fremskrivningsmodell. Innen psykisk helsevern for barn og unge har antall liggedøgn gått ned med 26 pst. fra 2021 til 2024. Fremskrivningsmodellen anslår at behovet for døgnbehandling vil øke med 1 pst. frem mot 2040. Alle tre helseforetak ligger under fremskrevet behov. Nedgangen i antall liggedøgn har vært størst ved Helse Møre og Romsdal, mens St. Olavs hospital HF har hatt en økning siste to år. Nedgangen ved Møre og Romsdal må blant annet ses i sammenheng med en reduksjon i behovet for akutt innleggelse ved foretaket, samt utfordringer med rekruttering av spesialistkompetanse.

Helse Nord RHF vurderte høsten 2023 behovet for døgnplasser frem mot 2027. Regionen har god kapasitet på døgnplasser i DPS og TSB. Det er noe kapasitetsutfordringer på akuttplasser i psykisk helsevern, og elektive døgnplasser ved UNN i psykisk helsevern barn og unge. Endret behov på alle disse områdene er i tråd med forventet utvikling jf. fremskrevet behov. Derimot har behovet for kapasitet i sikkerhetspsykiatriske behandlingsforløp økt raskere enn forventet. Kapasitetsmangelen er løst med kjøp fra andre regioner og utvidet bruk av døgnplasser utenfor de sikkerhetspsykiatriske døgnpostene. Det er lagt planer for økning av kapasitet ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF og Nordlandssykehuset. I påvente av nybygg og ombygging har i tillegg begge foretakene vurdert muligheten for å raskt kunne øke kapasiteten.

Oppfølging av plan for sikkerhetspsykiatri

De regionale helseforetakene har i oppdrag å følge opp plan for sikkerhetspsykiatri og vurdere hvordan utviklingen innen tjenesteområdet i henhold til planen best kan følges opp i egen region. Helse Sør-Øst RHF skal koordinere arbeid med tiltak som går på tvers av regionene, og i samarbeid med de andre regionene vurdere utvikling av regionale og nasjonale funksjoner.

Helse Sør-Øst RHF har på vegne av alle regionene levert rapport med innstillinger fra prosjektgruppen og styrene i RHF om tiltak som går på

tvers av regionene, herunder tilbud til barn og unge under 18 år, rettspsykiatrisk døgnundersøkelse i psykiatrisk sykehus, varetektssurrogat, styrking av Nasjonal koordineringsenhet, enhet for særlig høyt sikkerhetsnivå og offentlig rettspsykiatrisk virksomhet. De regionale helseforetakene vil ta utgangspunkt i disse innstillingene i sitt arbeid for å videreutvikle tilbudet.

De mest sentrale tiltakene i plan for sikkerhetspsykiatri pågår som lokale prosesser som ledes av hver helseregion. Dette er tiltak som økt døgnkapasitet og etablering av sikkerhetspsykiatriske pasientforløp, herunder rehabiliteringstilbud, overgangsboliger, ambulante sikkerhetsteam og eventuelle sikkerhetsboliger. Gjennomgående rapporteres det at alle regioner har igangsatt arbeidet med slike tilbud. Regionene presiserer at det vil ta tid og være avhengig av ressurser over flere år for å oppnå alle målene i overordnet plan.

Brukerstyrt poliklinikk

De regionale helseforetakene skal, under ledelse av Helse Sør-Øst RHF, pilotere og evaluere utprøving av brukerstyrt poliklinikk med digital monitorering og interaksjon i psykisk helsevern. Det vises til omtale i opptrappingsplanen psykisk helse og rapport fra ekspertgruppe om sterkere tematisk organisering, samt erfaringer med brukerstyrt poliklinikk innen somatikken.

Helse Sør-Øst RHF rapporterer i årlig melding at oppdraget har vært drøftet i innledende møter med de andre regionale helseforetakene, internt i Helse Sør-Øst RHF og med nettverk fra brukerstyrt poliklinikk i det regionale helseforetaket. Flere miljøer i Helse Sør-Øst RHF allerede har satt i gang arbeid med tilsvarende prosjekter, herunder Akershus universitetssykehus HF (Ahus). Ahus hadde planer om å etablere brukerstyrt poliklinikk for to pasientgrupper: LAR-pasienter og alderspsykiatriske pasienter. Helse Sør-Øst RHF har formidlet informasjon om prosjektet til de andre regionale helseforetakene, og planlegger et møte høsten 2025 med øvrige regionale helseforetak der arbeidet ved Ahus vil bli presentert. Helse Nord RHF og Helse Midt-Norge RHF viser til rapportering fra Helse Sør-Øst RHF. Helse Vest RHF rapporterer at helseforetakene i regionen har samarbeidet om å etablere og utvikle brukerstyrt poliklinikk med digital monitorering innen psykisk helsevern. For barn og unge er det bl.a samarbeidet regionalt om brukerstyrt oppfølging ved ADHD.

Styrke tilbudet til barn og unge

De regionale helseforetakene fikk i 2024 i oppdrag om å styrke tilbudet til barn og unge med psykiske plager og lidelser. Gjennomgående rapporteres det om tiltak som skal bidra til å sikre tidlig innsats og helhetlig oppfølging av barn og unge. Eksempler er etablering av FACT-ungteam, Barn og unges helsetjeneste, fagnettverk for samhandling om helhetlige tjenester, samordnet henvisning

Helse Sør-Øst RHF viser til etablering av FACT ung-team som vil kunne tilby vurderings- og avklaringssamtaler med unge og pilotering av modeller for felles lavterskeltilbud. Helse Vest RHF har startet utprøving av samarbeid mellom helseforetakene. I Helse Midt-Norge RHF har helseforetakene arbeidet aktivt med å videreutvikle modeller for økt samarbeid med kommunene, for å styrke tilbudet til barn og unge med psykiske plager og lidelser, herunder satsningen samordnet henvisning, barn og unges helsetjeneste og fagnettverk for samhandling om helhetlige tjenester for barn og unge. Helse Nord RHF viser til etablering av FACT-ung og helsepiloten ved Bodø behandlingssenter. De peker også på at rekrutterings- og samhandlingstilskuddet legger godt til rette for utvikling av flere samarbeidsprosjekter på tvers av kommune og helsefellesskap for barn og unge. Regionene deltar også i Helsedirektoratets arbeid med pilot for integrert ungdomstjeneste på ett nivå.

Ambulante helseteam

De regionale helseforetakene fikk i 2024 i oppdrag å planlegge for at alle barnevernsinstitusjoner er tilknyttet et ambulant spesialisthelsetjenesteteam forankret i psykisk helsevern barn og unge, med kompetanse innen psykisk helse og ruslidelser, og med bruk av eksisterende personell. Alle regioner har igangsatt arbeidet med slike tilbud eller bruker eksisterende ambulante team eller tilsvarende tilbud som skal gi barn på barnevernsinstitusjoner et tilbud om helsehjelp samt veiledning til personellet. Gjennomgående rapporteres det om et godt fungerende samarbeid mellom helsetjenesten og barnevern og bruk av samarbeidsavtaler, tverrfaglige nettverk og arbeidsgrupper. Enkelte steder rapporteres det om utilstrekkelig kapasitet – noe som skyldes lokale bemanningsutfordringer og et høyt antall barnevernsplasser. Regionene viderefører arbeidet, blant annet gjennom styrking av eksisterende tilbud, alternative modeller og samarbeid med kommunene for å

imøtekomme behovene for helsehjelp til barn i barnevernsinstitusjoner og veiledning til personellet ved institusjonene.

Spesialisert rusbehandling for barn og unge

De regionale helseforetakene fikk i 2024 i oppdrag å avklare og tydeliggjøre hvordan spesialisert rusbehandling til barn og unge skal tilbys, jf. Helsedirektoratets utredning. Et behandlingstilbud med nødvendig ruskompetanse skal gjøres tilgjengelig. Dette gjelder også for barn som mottar rusbehandling som en del av barnevernsinstitusjoner, jf. også Barnevernsinstitusjonsutvalgets NOU 2023: 24. Videre utredning og etablering av tilbud skal også ivareta behovene samiske barn og unge vil ha når det gjelder språklig og kulturell kompetanse.

Det ble i 2024 gjennomført et nasjonalt arbeid under ledelse av Helse Vest RHF som laget 12 prinsipper som skal ligge til grunn for samarbeid både mellom forvaltningsnivå og mellom de ulike fagområdene i spesialisthelsetjenesten. Det er videre innhentet grundige beskrivelser fra helseforetak/sykehus om dagens tilbud om rusbehandling til barn og unge. Tilbakemeldingene viser at det er behov for en tydeligere ansvarsfordeling, større likhet i hvordan aldersgrenser praktiseres og en oppbygging av spisskompetanse. Oppdraget følges opp i 2025 gjennom et nasjonalt planarbeid for utbygging av tjenestetilbudet for barn og unge med rusmiddelproblemer.

Utvikle en tjeneste med integrert ettervern

I tilleggsdokument etter Stortingets behandling av Prop. 104 S (2023–2024) fikk de regionale helseforetakene i oppdrag å innen rusfeltet utvikle en tjeneste med integrert ettervern som inkluderer brukerstyrte plasser, i samarbeid med kommunene. God samhandling er nødvendig både for å legge til rette for det som skal skje under tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), og for det som skal skje etter utskrivning fra døgnbehandling. Pasientene i TSB er på ulike stadier før behandlingsstart, og helseforetakene og kommunene må etablere kontakt tidlig i forløpet. Helseforetakene må også koordinere videre forløp etter utskrivning fra døgnbehandling. Det skal etableres brukerstyrte døgnplasser i helseforetakene, som gjør det enklere å oppsøke slike tilbud – uavhengig av hvor døgnbehandlingen er gjennomført. Det er viktig å sikre bruker- og pårørendemedvirkning i utviklingen av tilbudet. Arbeidet ledes av Helse Sør-Øst RHF. Det skal legges til rette for følgeforskning i forbindelse med videreutviklingen av TSB og integrert ettervern.

Helse Sør-Øst RHF har etablert en nasjonal arbeidsgruppe som svar på oppdraget. Arbeidsgruppen består av representanter fra regionale helseforetak, helseforetak, private ideelle leverandører, kommuner og brukerorganisasjonene. Arbeidsgruppen vil i sin rapport definere begrepet integrert ettervern og beskrive målgruppe for ettervernet. Videre vil rapporten beskrive ansvaret til hhv. spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten og mulige tiltak som vil kunne inngå i det integrerte ettervernet. Rapporten vil også trekke frem viktigheten av å tilgjengeliggjøre tilbudene til frivillige organisasjoner.

Behandlingstilbud for voldsutsatte kvinner med ruslidelse

I tilleggsdokument etter Stortingets behandling av Prop. 104 S (2023–2024) fikk de regionale helseforetakene i oppdrag å sørge for at det bygges opp kapasitet i behandlingstilbudet til voldsutsatte kvinner med ruslidelse i spesialisthelsetjenesten. Voldsutsatte kvinner med ruslidelse er blant de mest sårbare pasientene med behov for de mest spesialiserte tjenestene. Kunnskapsbaserte tilbud skal bygges opp i helseforetakene, som dekker samtidige behov for helsehjelp både fra psykisk helsevern og somatikk, i tillegg til døgntilbud innen TSB.

Det er i 2024 bevilget 7,1 mill. kroner til Helse Midt-Norge RHF for to oppdrag som omhandler utvikling av integrert ettervern og kapasitetsøkning og utvikling av tilbudet til voldsutsatte kvinner i spesialisthelsetjenesten. Midlene er fordelt til regionens helseforetak etter lokal inntektsfordelingsmodell.

Det regionale arbeidet ledes av St. Olavs hospital HF og er prosjektorganisert og forankret i fagledernettverk TSB. Mandat for arbeidet er å utvikle en regional behandlingsmanual som skal implementeres i behandlingen innen poliklinikk og døgnenheter i TSB. Det er etablert samarbeid med St. Olavs hospital og Trondheim kommune for å sikre et helhetlig integrert pasientforløp for målgruppen.

Parallelt med dette utvikles traumebehandlingen i Helse Møre og Romsdal innen TSB med et spisset og tilrettelagt tilbud. Behandlingstilbudene vil kunne breddes og deles mellom TSB-enheter og private avtaleenheter innen TSB i regionen. Det legges opp til kvalitativ følgeforskning med grunnlagsdata fra Nasjonalt kvalitetsregister

for behandling av skadelig bruk eller avhengighet av rusmidler, KvaRus.

Universitetssykehuset Nord-Norge HF utreder hvordan de kan etablere et spesialisert tilbud til voldsutsatte kvinner.

Helse Sør-Øst RHF har gitt Oslo universitetssykehus HF i oppdrag å etablere et behandlingstilbud til voldsutsatte kvinner innenfor en økonomisk ramme på 10 millioner kroner årlig. Tilbudet skal omfatte 3-4 døgnbehandlingsplasser og ambulant og poliklinisk aktivitet. Tilbudet skal etableres i nært samarbeid med øvrige helseforetak og samhandle tett med Oslo kommune for å nå målgruppen. Oslo universitetssykehus HF har utpekt en prosjektleder og er i gang med planlegging av det nye behandlingstilbudet.

Helseforetakene i Helse Vest ønsker å styrke tilbudene i egne foretak i tråd med oppdraget. Helse Vest RHF har fordelt midler for tiltaket til alle helseforetak i tråd med etablert fordelingsnøkkel. Midlene går blant annet til å styrke kompetansen og bemanning i behandlingstilbudene til voldsutsatte kvinner.

Bosettingsavtaler i kommunene for dømte til tvungen omsorg

Sentral fagenhet for tvungen omsorg (SFTO) har arbeidet med standardisering av prisbilag for drift av botiltak. Enkelte budsjettposter er direkte knyttet opp mot bemanningsfaktor og relatert til dette har bl.a. beregning av overheadkostnader blitt gjenstand for standardisering. Prosjektet opplyses nå å være i full drift. Standardiseringen av prisbilag ble lagt til grunn ved oppstart av nye botiltak fra og med høsten 2024. Standardiseringen vil videre innarbeides løpende ved revidering for eksisterende botiltak. Fortsatt vil kostnadsnivå for det enkelte botiltak variere ut fra faglige og sikkerhetsmessige forhold i hver enkelt sak. Disse individuelle forholdene er basis for jevnlige vurderinger jf. Forskriften om dom til tvungen omsorg.

Styrke forskning, innovasjon og kompetanse og forbedre kvalitet og pasientsikkerhet

Pasientsikkerhet

Det er et mål at ansatte i spesialisthelsetjenesten skal oppleve det som trygt å melde om uønskede hendelser og forbedringspunkter, og helseforetakenes system og kultur for tilbakemelding, oppfølging og læring skal bidra til færre pasientskader. Målet er avledet av målene i rammeverk for bedre pasient- og brukersikkerhet i Nasjonal helse- og samhandlingsplan. De regionale helseforetakene skal bidra til bedre pasientsikkerhet med utgangspunkt i rammeverket og WHOs globale handlingsplan for pasientsikkerhet (2021–2030). På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet samarbeider helseregionene om mål og indikatorer for målene i rammeverket.

Den nasjonale undersøkelsen ForBedring kartlegger arbeidsmiljø, pasientsikkerhetskultur og HMS som kan ha sammenheng med risiko for uønskede hendelser, eller virke negativt på tjenestens kvalitet og medarbeidernes helse og engasjement. Den gjennomføres årlig i regi de regionale helseforetakene i hele foretaksgruppen, samt flere private ideelle virksomheter. I alt 141 309 ble invitert til å delta i ForBedring i 2025. Svarprosenten var 76,6 pst. Resultatene danner grunnlag for lokal forbedring og til å følge med på utviklingen over tid – på ulike ledelsesnivå. Blant de ti temaområdene i ForBedring er spørsmål knyttet til teamarbeidsklima, sikkerhetsklime og toppleders rolle i pasientsikkerhetsarbeidet særlig relevante for pasientsikkerhet.

De regionale helseforetakene melder om flere tiltak for å styrke meldekultur, håndtering av meldte hendelser for bedre læring. Helse Vest RHF sin internrevisjonsrapport «Læring på tvers av uønskede hendelser» er fulgt opp med en tiltaksplan som er under implementering. Det er blant annet opprettet kvalitetsråd i flere klinikker for å bedre oppfølging og sikre læring på tvers av enhetene. Helse Vest har også gjennomført tiltak knyttet til saksbehandlingstid og klassifisering av avvik. Helse Vest har også på andre områder styrket det regionale samarbeidet om kvalitet og pasientsikkerhet, særlig innen legemiddelområdet og med å redusere variasjon innen radiologi, laboratorie og ortopedi. Det er også en markant økning av medarbeidere med forbedringskompetanse i regionen.

Helse Sør-Øst RHF viser til at undersøkelsen ForBedring følges tett opp lokalt i helseforetakene og diskuteres regelmessig i nettverksmøter mellom Helse Sør-Øst RHF og helseforetakene, samt med vernetjeneste og tillitsvalgte. Helse Sør-Øst RHF samarbeider med Helsedirektoratet og øvrige regionale helseforetak om oppfølging av rammeverket og bidrar inn i den nasjonale pasientsikkerhetskonferansen. De har i tillegg arrangert en egen pasientsikkerhetsuke i regionen, for å ytterligere spre gode tiltak og erfaringer på tvers av helseforetakene.

Helse-Midt Norge RHF har hatt et særskilt fokus på å melde og følge opp uønskede hendelser og nesten-hendelser under og etter innførin-

gen av Helseplattformen. Helse Møre og Romsdal HF opprettet egne team i forkant av innføringen som jobbet med monitorering og tiltak. Det ble satt inn overordnede tiltak for å redusere risiko på enkelte av områdene som utmerket seg, blant annet legemiddelhåndtering i den kirurgiske arbeidsflyten og bruk av ISBAR: strukturert kommunikasjon. Positive avviksmeldinger (#Råbra) er implementert i alle helseforetakene, og flere tildeler utmerkelser til Råbra-meldinger. Disse meldingene brukes til læring og forbedring, og bidrar til å styrke arbeidsmiljø og trygghet. Helse Nord-Trøndelag har hatt mål om lukking av avvik innen 60 dager. I 2024 var median tid for lukking i foretaket 24 dager, en reduksjon fra 2023 (35 dager). Det er i tillegg innført rutine om at de alvorligste hendelsene (moderat skade) skal behandles i klinikkens kvalitetsutvalg eller tilsvarende før lukking, og meldinger i kategoriene fra betydelig skade og uventet død skal behandles i foretakets kvalitet- og pasientsikkerhetsutvalg før lukking. På den måten blir tiltak vurdert av flere, og foretaket får mulighet til å spre læring på tvers av foretaket etter de mest alvorlige hendelsene på en bedre måte.

I Helse Nord RHF har helseforetakene fått i oppdrag å sørge for at det er rutiner for systematisk oppfølging av hendelser og opplæring. De melder at systemer og strukturer er på plass, men det gjenstår forbedringsarbeid, spesielt rundt kultur for avviksmelding og læring.

Ekspertpanelet

Ekspertpanelet er en nasjonal ordning som gir pasienter med alvorlig livsforkortende sykdom mulighet for en ny vurdering av behandlingsalternativer. Ekspertpanelet vurderer og kan gi råd om adekvat etablert behandling er gitt, eller om det er aktuelle kliniske studier for pasienten i Norge eller i utlandet, fortrinnsvis Norden. Panelet kan videre gi råd om det er aktuelt med en utprøvende behandlingsmetode utenfor en klinisk studie i Norge, eller gi råd om et udokumentert behandlingstilbud pasienten selv har funnet frem til. Rådgivningen har vært mest aktuell for kreftpasienter, men det er presisert at panelet også skal gi råd til pasienter med ALS. Det skal tas i bruk en ny elektronisk løsning som gjør det lettere for helsepersonell å sende henvendelser til Ekspertpanelet.

I 2024 har Ekspertpanelet gitt råd i 201 saker, som er en økning på vel 30 pst. sammenlignet med året før. Median behandlingstid av sakene var ti dager. I 55 pst. av sakene var rådet fra Ekspertpanelet ytterligere etablert behandling. Det ble gitt råd om å vurdere inklusjon i kliniske studier i Norge og utland i elleve saker.

Persontilpasset medisin

Satsningen på et nasjonalt genomsenter inngår som ett av flere tiltak i regjeringens nasjonale strategi for persontilpasset medisin (2023–2030). De regionale helseforetakenes mål for arbeidet er å etablere senteret som en nasjonal datainfrastruktur for store mengder genomdata med effektiv lagring, analyse og deling av slike data for formålene helsehjelp, kvalitetssikring og forskning. Utredningen som er gjennomført i regi av de regionale helseforetakene tar utgangspunkt i gjeldende lovverk og dagens ansvarslinjer og organisasjon av helsetjenesten. Løsning som velges skal være skalerbar og fleksibel for å imøtekomme ev. fremtidige behov for endringer. I 2025 planlegges det for pilotering og utprøving av grunnleggende plattformløsninger, i samarbeid mellom helseregionene og deres leverandører av IKT-tjenester. I tråd med nasjonal strategi for persontilpasset medisin legges det opp til tverrsektorielt samarbeid, blant annet gjennom nasjonal infrastruktur for personsensitive data, som er under etablering. Det vises til omtale Kunnskapsdepartementets budsjettforslag, kap. 275, post 21 Tiltak for høyere utdanning og forskning. Arbeidet ses i sammenheng med utredningen av juridiske og etiske problemstillinger ved etablering av nasjonalt genomsenter, gjennomført av Helsedirektoratet i 2023.

Tilgang til fagarbeidere i helsefagarbeiderfaget og andre relevante lærefag

Det skal legges til rette for systematisk og dokumenterbar kompetanseutvikling for fagarbeidere i helseforetak over hele landet med formål å ivareta lokale, regionale og nasjonale kompetansebehov. De regionale helseforetakene har fått i oppdrag å etablere et samarbeid for å identifisere nasjonale kompetansebehov som kan ivaretas av fagarbeidere og de skal i samarbeid med øvrige sentrale aktører, særlig fagskolene, utvikle nasjonale videreutdanningsløp. De nasjonale videreutdanningsløpene skal omtales som spesialutdanninger. Utdanningene skal være tjenestenære og skje i et ansettelsesforhold i helse- og omsorgstjenestene. Det skal legges vekt på kunnskapsoverføring som kan bidra til å dekke behov for slike utdanninger i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Partssamarbeidet skal vektlegges i arbeidet. Arbeidet skal være løpende og det skal rapporte-

res årlig i de regionale helseforetakenes felles rapport om personell, kompetanseutvikling og utdanning. De regionale helseforetakene fortsetter også sitt arbeid for å øke antallet lærlinger i helsefagarbeiderfaget og andre lærefag som er relevante i sykehus.

De regionale helseforetakene ble i 2024 gitt et mål om at antall lærlinger i helsefagarbeiderfaget og andre lærefag som er relevante i sykehus. skulle øke sammenlignet med 2023. Helse Sør-Øst RHF, Helse Midt-Norge og Helse Nord rapporterer om at antallet lærlinger økte i 2024, mens antallet lærlinger i Helse Vest var på omtrent samme nivå som i 2023.

Tilgang til ABIOK-sykepleiere og jordmødre

Sykepleiere innen anestesi-, barn-, intensiv-, operasjon- og kreftsykepleiere (ABIOK) og jordmødre har en kompetanse som er avgjørende for tjenestetilbudet i spesialisthelsetjenesten over hele landet.

De regionale helseforetakene fortsetter sitt arbeid for å sikre tilgangen til ABIOK-sykepleiere og jordmødre. I den forbindelse leder Helse Vest RHF arbeidet med å utarbeide med en felles årlig rapport om personell, kompetanseutvikling og utdanning på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Første rapport ble levert i 2025 og den inneholder blant annet oversikt over fremtidige behov for ABIOK-sykepleiere og jordmødre, som legges til grunn for det videre arbeidet.

I 2024 ble det stilt krav om økningen i antall utdanningsstillinger for jordmor- og ABIOK-sykepleiere sammenlignet med 2023. Helse Nord RHF rapporterer at kravet er innfridd, men at det ikke var økning ved Nordlandssykehuset og Helgelandssykehuset fordi det ikke var opptak til ABIOK-utdanningene ved Nord universitet i 2024. Helse Vest RHF rapporterer at to av fire helseforetak i regionen har innfridd kravet, og at det er variasjoner mellom de ulike utdanningene. Kravet er ikke innfridd i Helse Midt-Norge RHF, der det har vært en nedgang i antall utdanningsstillinger i 2024. Årsakene er sammensatte, og det regionale helseforetaket peker på praksiskapasitet og økonomi. Antall utdanningsstillinger i Helse Sør-Øst RHF har vært stabilt. Helse Sør-Øst RHF vurderer at det med fornyet arbeid med oppgavedeling og nye arbeidsformer, er usikkert om det er behov for ytterligere vekst innen utdanningsstillinger.

Forskning og innovasjon

Samlede forskningspoeng omfatter publikasjonspoeng, poeng for doktorgrader, poeng for tildeling av ekstern finansiering fra Norges forskningsråd og EU (finansieringspoeng) og poeng for kliniske behandlingsstudier.

Det ble registrert 4 731 publikasjoner (vitenskapelige artikler, monografier og antologier) fra helseforetakene i 2024. I 2024 hadde i overkant av 60 pst. av artiklene internasjonalt medforfatterskap. Andelen artikler publisert i ledende tidsskrifter (nivå 2-tidsskrifter og -forlag) var 23 pst. i 2024. Det ble rapportert inn 319 avlagte doktorgrader fra helseforetakene, dette var en økning på 13,9 pst. fra 2023. 2024 var et rekordår for helseforetakenes tildeling av midler fra EU og Norges forskningsråd.

Indikator for kliniske behandlingsstudier omfatter alle kliniske behandlings- og rehabiliteringsstudier som kan påvirke pasientforløpet til forskningsdeltakerne, og som er åpne for inklusjon. Disse studiene registreres i to undergrupper: legemiddelstudier og kliniske behandlingsstudier med andre behandlingstiltak enn legemiddelbehandling. Kliniske behandlingsstudier er en undergruppe av kliniske studier, og indikatoren er derfor ikke et mål på det totale omfanget av kliniske studier i helseforetakene. I 2024 var det totalt 509 kliniske behandlingsstudier der helseforetakene inkluderte nye pasienter. Dette er en liten økning fra 2023, da tallet var 504. Helseforetakene var involvert i et større antall studier enn 509, men formålet med målingen er ikke å presentere statistikk for alle pågående kliniske behandlingsstudier, men for studier som har inkludert nye pasienter i 2024. 17 907 pasienter ble inkludert i kliniske behandlingsstudier i 2024, dette er en nedgang både sammenlignet med 2023 og 2022.

Det er mindre endringer mellom de regionale helseforetakene i fordelingen av forskningspoeng. Helse Vest RHF reduserer sin andel av poengene med 0,19 prosentpoeng og Helse Nord RHF med 0,37 prosentpoeng. I Helse Sør-Øst RHF og Helse Midt-Norge RHF er økningen på hhv. 0,34 og 0,23 prosentpoeng. Nærmere beskrivelse av resultater fra helsemålingen for 2024 er tilgjengelig på regjeringens nettsider.

De regionale helseforetakene har ikke nådd målet om at antall kliniske behandlingsstudier i helseforetakene som inkluderte pasienter i 2023 skulle øke med 15 pst. sammenlignet med året før. Beregning av andelen nye pasienter som deltok i kliniske behandlingsstudier i 2024 viser at ande-

len var 2,7 pst. Andelen for 2023 er justert ned fra 3,6 til 3,3 pst. etter at det ble kjent at det var registrert inn feil antall nye pasienter som deltok i kliniske behandlingsstudier i 2023. Feilen påvirker ikke fordelingen av det øremerkede tilskuddet til forskning for 2023.

De regionale helseforetakene har gjennom blant annet utlysning av forskningsmidler lagt til rette for å øke kunnskap om personellbesparende løsninger i tjenestene. Helsetjeneste- og implementeringsforskning er på ulike måter vektlagt i det strategiske arbeidet i regionene.

De regionale helseforetakene har ikke fullført oppdrag om å vurdere en ordning der forskningsstøttetjenesten i spesialisthelsetjenesten kan gjøres tilgjengelig for kliniske studier i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Arbeidet følges opp i 2025 i forbindelse med videreutvikling av nasjonal handlingsplan for kliniske studier. For tolvte år på rad har de regionale helseforetakene utarbeidet en felles årlig rapport, Forskning og innovasjon til pasientens beste, Nasjonal rapport fra spesialisthelsetjenesten 2024. I rapporten presenteres et utvalg av prosjektene som gjennomføres i spesialisthelsetjenesten og nasjonale nøkkeltall for forskning og innovasjon legges frem. Kreft er det fagområdet som ble tildelt mest regionale forskningsmidler i 2024, etterfulgt av psykisk helse. Andelen brukermedvirkning i forskningsprosjekter er økt fra 20 pst. i 2014 til 90 pst. i 2043.

Måling av ressursbruk til forskning i helseforetakene gjennomføres hvert annet år, neste måling er for 2025.

I alt 78 prosjekter inngår i porteføljen til program for klinisk behandlingsforskning. 26 pst. av midlene er lyst ut gjennom såkalt behovsidentifisert forskning, 69 pst. gjennom ordinære utlysninger og 3 pst. gjennom andre tildelinger. 83 444 pasienter er planlagt inkludert for alle studiene omfattet i porteføljen. Til og med 2024 er om lag 66 648 pasienter inkludert. Programmet brukes for rapportering av studiene innenfor rusforskning med særskilt tildeling over statsbudsjettet.

Rask tilgang til helsetjenester og sammenhengende pasientforløp

Ventetidsmål

Ventetid til påbegynt helsehjelp er en viktig indikator på tilgjengelighet og kvalitet i helsetjenesten. Lang ventetid kan redusere pasientens muligheter for å oppnå maksimalt utbytte av behandling og kan indikere kapasitetsproblemer i sykehusene. God informasjon om ventetid er derfor viktig i den daglige driften av sykehusene og for pasientenes valg av behandlingssted. Pasienter som trenger øyeblikkelig hjelp, kommer til behandling uten ventetid. Om lag 70 pst. av alle døgnopphold i sykehus er øyeblikkelig hjelp.

For planlagt behandling var det satt som mål i oppdragsdokumentet for 2024 at gjennomsnittlig ventetid skulle reduseres sammenlignet med 2023 for somatikk, psykisk helsevern for barn og unge, psykisk helsevern for voksne og TSB. Målsetningen på sikt er gjennomsnittlig ventetid lavere enn 50 dager for somatikken, 40 dager for psykisk helsevern voksne, 35 dager for psykisk helsevern barn og unge og 30 dager for TSB. Gjennomsnittlig ventetid for alle fire fagområder samlet økte i 2024 sammenlignet med 2023.

Gjennomsnittlig ventetid i psykisk helsevern barn og unge og TSB var henholdsvis 3 og 1 dag(er) kortere i 2024 enn i 2023 og målet er nådd for disse to fagområdene i Helse Sør-Øst. Gjennomsnittlig ventetid i psykisk helsevern voksne og somatikk var i 2024 3 dager lengre enn i 2023 for begge fagområder og målet er ikke nådd for disse to fagområdene. Gjennomsnittlig ventetid i psykisk helsevern voksne, psykisk helsevern barn og unge og TSB var henholdsvis 5, 3 og 3 dager kortere i 2024 enn i 2023 og målet er nådd for disse tre fagområdene i Helse Vest. Gjennomsnittlig ventetid i somatikken var i 2024 1 dag lengre enn i 2023 og målet er ikke nådd for dette fagområdet. Gjennomsnittlig ventetid i TSB var 7 dager kortere i 2024 enn i 2023 og målet er nådd for dette fagområdet i Helse Midt-Norge. Gjennomsnittlig ventetid i psykisk helsevern voksne, psykisk helsevern barn og unge og somatikk var i 2024 henholdsvis 4, 2 og 1 dag(er) lengre enn i 2023 og målet er ikke nådd for disse tre fagområdene. Gjennomsnittlig ventetid i psykisk helsevern barn og unge og TSB var henholdsvis 3 og 5 dager kortere i 2024 enn i 2023 og målet er nådd for disse to fagområdene i Helse Nord. Gjennomsnittlig ventetid i somatikken var i 2024 på samme nivå som i 2023, mens gjennomsnittlig ventetid psykisk helsevern voksne var 3 dager lengre og målet er ikke nådd for disse to fagområdene. Ventetid til påbegynt helsehjelp

Tabell 5.1 Gjennomsnittlige ventetider

	Helse Sør-Øst		Helse Vest		Helse Midt-Norge		Helse Nord		Totalt	
	2023	2024	2023	2024	2023	2024	2023	2024	2023	2024
Gjennomsnittlig ventetid for påbegynt helsehjelp i spesialisthelsetjenesten	73	76	69	70	73	75	71	71	73	75

Kilde: Norsk Pasientregister

Tabell 5.1 viser at det har vært en økning i gjennomsnittlig ventetid for alle fagområder på to dager i 2024, sammenlignet med 2023. Ventetiden har økt gjennom hele pandemien og er høyere enn siste normalår 2019. Tall for juni 2025 viser imidlertid at ventetidene er lavere enn juni 2019 og målsetningen i Ventetidsløftet er nådd.

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. Regjeringen har lagt frem en ny kreftstrategi: *Sammen mot kreft 2025–2035*. Strategien bygger videre på de fem målområdene i forrige kreftstrategi og har 17 mål som skal legges til grunn for utvikling av tjenestetilbudet til kreftpasienter. Fra 2015 ble det innført 28 pakkeforløp for kreft. To pakkeforløp ble avviklet f.o.m. 1. mai 2021, slik at det nå er 26 pakkeforløp for kreft. Det er satt som mål at andel pakkeforløp for kreftpasienter som er gjennomført innen maksimal anbefalt forløpstid, uavhengig av type pakkeforløp, skal være minst 70 pst. Pakkeforløpene skal gi pasientene standardiserte forløp med kortere ventetider og raskere vei til diagnose og behandling ved mistanke om kreft. Formålet med pakkeforløpene er at pasienter skal oppleve et godt organisert, helhetlig og forutsigbart forløp uten unødvendige ikke-medisinsk begrunnede forsinkelser i utredning, diagnostikk, behandling og rehabilitering. Pakkeforløpene skal gi forutsigbarhet og trygghet for pasienter og pårørende ved å sikre informasjon og brukermedvirkning.

Kvalitetsindikatoren andel pakkeforløp gjennomført innenfor maksimal anbefalt forløpstid for 24 organspesifikke kreftformer viser en nedgang i måloppnåelse på landsbasis fra 66,5 pst. i 2023 til 64,3 i 2024. Ingen regionale helseforetak nådde målet om 70 pst. i 2024. Helse Sør-Øst hadde en måloppnåelse på 64,9 pst. innenfor maksimal forløpstid, en nedgang fra 67,8 pst. i 2023. Helse Vest hadde en måloppnåelse på 66,7 pst. innenfor maksimal forløpstid i 2024, en liten økning i måloppnåelsen fra 66,4 pst. i 2023. Helse Midt-Norge hadde en måloppnåelse på 57,6 pst. innenfor maksimal forløpstid, en nedgang i måloppnåelse fra 66,7 pst. i 2023. Helse Nord hadde en måloppnåelse på 62 pst. i 2024 som var en økning i måloppnåelse fra 59,8 pst. i 2023.

Tabell 5.2 Pakkeforløp kreft samlet for 2024 (prosent)

	Helse Sør-Øst	Helse Vest	Helse Midt-Norge[2]	Helse Nord	Totalt
Andel pakkeforløp gjennomført innen maksimal anbefalt forløpstid[1]	64,9	66,7	57,6	62,0	64,3

[1] Denne indikatoren måler andel pakkeforløp som gjennomføres på normert tid, fra start av pakkeforløp til start av kirurgisk, medikamentell – eller strålebehandling for 24 organspesifikke kreftformer. Pakkeforløp for metastaser med ukjent utgangspunkt og Diagnostisk pakkeforløp er ikke med i tabellen. Pakkeforløp for akutt leukemi og kronisk lymfatisk leukemi ble avviklet f.o.m 1. mai 2021. Basert på årstall 2024 fra Norsk pasientregister.

[2] Innføring av nytt pasientjournalsystem ved helseforetakene i Helse Midt-Norge fra november 2022 til november 2024 har ført til mangler og feil i datagrunnlaget innrapportert til NPR. Tallene for 2022, 2023 og 2024 for Helse Midt-Norge RHF og landet påvirkes av dette.

Kilde: Norsk pasientregister

Svangerskaps-, fødsels og barselomsorgen

Målet er at kvinner skal oppleve et sammenhengende, trygt og helhetlig tilbud gjennom svangerskap-, fødsels- og barseltiden. Helseforetakene arbeider for at kvinner skal oppleve et sammenhengende og trygt tilbud, og det er satt i gang prosjekter i samarbeid med kommunene som skal bidra til dette. Flere helseforetak har jordmødre som har tilknytning til både sykehus og kommuner og det prøves ut nye løsninger og organisasjonsmodeller, som f.eks. modellen «Min Jordmor» i Drammen der jordmødre i team veksler på å ha beredskapsvakter for fødsler, dager på helsestasjonen og ansvar for barselbesøk hjemme. Helseforetakene opplyser at de har etablert rutiner for at mor kan henvende seg til barselavdeling uten henvisning den første uken etter utskriving. Helseforetakene jobber med å sette i verk Helsedirektoratets retningslinje for fødselsomsorgen, herunder anbefalingen om kontinuerlig tilstedeværelse av jordmor i aktiv fase av fødselen. Alle helseforetakene jobbe for å legge til rette for kontinuerlig tilstedeværelse i aktiv fase av fødsel, men samtidighetskonflikter og uforutsette hendelser kan føre til behov for å omdisponere personell og dermed avvike fra anbefalingen. Helseregionene har gjennomført tiltak for hvordan de minste fødestedene kan utvikles og hvordan de ansatte kan få mengdetrening hvis det er for få fødsler ved institusjonen. Eksempler på tiltak som er satt i gang er felles fagdager for leger og jordmødre, hospitering, simuleringstrening og felles kasuistikkmøter. Helse Midt-Norge RHF har ledet arbeidet med nasjonal evaluering av følgetjenesten for gravide, og opplyser at evalueringen er planlagt ferdig i løpet av 2025. Resultatet fra evalueringen vil ha betydning for det videre arbeidet med å videreutvikle følgetjenesten.

Videreutvikling av system for Nye metoder

De regionale helseforetakene fikk i 2024 i oppdrag om å fortsette arbeidet med videreutvikling av system for Nye metoder. Dette inkluderer oppfølging av tiltakene i Strategi for videreutvikling av Nye metoder (2023–2028), herunder utviklingen av et nytt saksbehandlingssystem (verktøystøtte) som vil bidra til bedre transparens og forenkle mulighetene for innspill. Prosjektet for ny digital løsning er i gjennomføringsfase, og nettsiden nyemetoder.no videreutvikles. Saksbehandlingstiden i systemet er redusert og brukermedvirkningen er styrket gjennom dialogarenaer og seminarer, og fagpersoners involvering er videreutviklet. I oppfølgingen av strategiens er det etablert en arbeidsgruppe for medisinsk utstyr, som skal forbedre systemets prosesser for vurdering av medisinsk utstyr i Nye metoder. Arbeidet vil fortsette i 2026.

Fra januar 2025 deltar Norge i felles europeiske metodevurderinger for utvalgte legemidler og medisinsk utstyr. I 2024 har en bredt sammensatt arbeidsgruppe vurdert hvordan systemet for Nye metoder kan tilpasses HTAR. Gruppen har foreslått endringer i prosedyrer, tidslinjer og involvering av brukere og fagpersoner.

I revidert oppdragsdokument 2024 er det videre gitt i oppdrag å etablere en ordning for individuell tilgang til metoder som Beslutningsforum har sagt nei til, for klinisk eksepsjonelle pasienter. Ordningen ble etablert april 2025. De regionale helseforetakene vil arbeide videre med forbedring av prosesser for innføring av persontilpasset medisin og for metoder til sjeldne sykdommer, jf. tiltakene i St. Meld. 21 (2024–2025) *Helse for alle – Rettferdig prioritering i vår felles helsetjeneste.*

Økonomi og investeringer

Styrene i de regionale helseforetakene har ansvar for at virksomhetene drives innenfor de økonomiske rammene som er stilt til disposisjon av Stortinget på en måte som både ivaretar daglig drift og behovet for langsiktig utvikling, inkludert investeringer. Budsjettene fastsettes av styrene innenfor de gitte rammene og måloppnåelsen vil avhenge av den løpende driften og pris- og lønnsutvikling mv. God kontroll med økonomien er en forutsetning for riktige prioriteringer og legger grunnlaget for en bærekraftig utvikling av spesialisthelsetjenesten over tid.

Helse- og omsorgsdepartementet har hatt en tett oppfølging av de regionale helseforetakene i 2024. De regionale helseforetakene har rapportert til departementet hver måned på blant annet økonomisk resultat, aktivitet, bemanning og sykefravær. Rapporteringen følges opp i møter mellom departementet og de regionale helseforetakene.

I felles foretaksmøte i januar 2024 ble det stilt krav om at alle de regionale helseforetakene skulle innrette virksomheten innenfor de økonomiske rammer og krav som fulgte av Stortingets behandling av Prop. 1 S (2023–2024), foretaksmøtet og oppdragsdokumentet for 2024 slik at sørge for-ansvaret oppfylles og at det legges til rette for en bærekraftig utvikling over tid. Det ble også satt en ramme for driftskreditt. I forbindelse med revidert nasjonalbudsjett 2024 ble sykehusene styrket med 2,1 mrd. kroner, hvorav 0,4 mrd. kroner var

engangstiltak for å redusere ventetidene. I nysalderingen ble det bevilget 2 mrd. kroner som et engangstiltak, hvorav 1,6 mrd. kroner var knyttet til en generell styrking av sykehusøkonomien slik at nødvendige investeringsplaner kunne videreføres.

Årsregnskapene for 2024 ble godkjent i felles foretaksmøte 12. juni 2025. Tre av fire helseregioner hadde positive økonomiske resultater i 2024. Helse Midt-Norge hadde et negativt økonomisk resultat på 880 mill. kroner, som utgjorde 2,9 pst. av driftsinntektene. Samlet resultat i 2024 var på 3 272 mill. kroner mot 1 496 mill. kroner i 2022. Sammenlignet med siste normalår før pandemien (2019), hadde to av fire helseregioner dårligere resultater i 2024. Både årsresultatene og driftsmarginer (driftsresultat før avskrivninger) må ses opp mot investeringsbehovene og -planene i årene fremover.

Tabell 5.3 Årsresultat 2023 og 2024 (mill. kroner)

	Helse Sør-Øst	Helse Vest	Helse Midt-Norge	Helse Nord	Sum
Årsresultat 2023	1 544	317	42	-407	1 496
Årsresultat 2024	3 184	903	-887	66	3 276

Kilde: Årsregnskapene for de regionale helseforetakene, 2023 og 2024.

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. Helseforetakene gjennomfører for tiden omfattende investeringer og benytter også oppspart likviditet avsatt til dette. Økte byggepriser har gitt større likviditetsbelastning enn lagt til grunn i helseforetakenes budsjetter.

Større prosjekter kan delvis lånefinansieres ved låneopptak gjennom Helse- og omsorgsdepartementet. I 2023 ble prinsippet for prisjustering av lånerammene til de regionale helseforetakene endret slik at statlige lånerammer prisjusteres med byggekostnadsindeksen Statsbygg bruker for å prisjustere rammene i sine prosjekter (SBED). Endringen ble gjort med tilbakevirkende kraft for perioden 2015 til 2022 for de prosjektene som mottok lånebevilgning i 2023. Endringen skal legge til rette for en mer stabil og forutsigbar finansiering fremover. Ved behandlingen av Nasjonal helse- og samhandlingsplan ble det vedtatt at de regionale helseforetakene nå kan søke om lån på inntil 90 pst. av P50 og at de mer gunstige rentebetingelsene fra før 2018 nå skal gjøres gjeldende for alle lån. I Innst. 387 S (2023–2024) Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027 Vår felles helsetjeneste* ba et flertall regjeringen utrede ulike ordninger for å håndtere avskrivningskostnader i sykehus og alternative modeller for rentekompensasjon for sykehusbygg: *«Stortinget ber regjeringen utrede ulike ordninger for å håndtere avskrivningskostnader i sykehus og alternative modeller for rentekompensasjon for sykehusbygg.»* Det vises til omtale under anmodningsvedtak nr. 692 (2023–2024).

Styringssystemet for investeringer bygger på en kombinasjon av at foretakene er gitt utstrakte fullmakter på investeringsområdet samtidig som det skjer en oppfølging og styring på overordnet nivå. For prosjekter over 500 mill. kroner skal resultater og vurderinger etter endt konseptfase legges frem for departementet, sammen med ekstern kvalitetssikring. Dette danner også grunnlag for lånesøknad til prosjektet.

De årlige kostnadene knyttet til investeringer fremkommer i foretakenes regnskaper som avskrivninger og reflekterer slitasje og elde på bygg og utstyr fra tidligere års investeringer. Mens avskrivningskostnaden generelt er en relativt stabil størrelse, vil de årlige investeringene variere avhengig av hvilke utbygginger som pågår. Skal sykehusbygg og -utstyr oppgraderes i tråd med dagens krav og standarder og nye teknologiske løsninger må investeringsnivået ligge over årlige avskrivninger. I 2024 investerte helseforetakene for 23,3 mrd. kroner, mens avskrivningene utgjorde 8,6 mrd. kroner. Verdien på helseforetakenes varige driftsmidler og imaterielle eiendeler økte med 14,6 mrd. kroner i 2024.

Tabell 5.4 Utvikling i helseforetakenes verdi på bygg, utstyr og immaterielle verdier 2003–2024 (mill. kroner)

	2003	2015	2023	2024	Endring 2023–24	Prosent endr. 2015–24	Prosent endr. 2003–24
Helse Sør-Øst	36 913	45 892	68 790	77 924	13 pst.	70 pst.	111 pst.
Helse Vest	12 095	15 031	33 710	37 052	10 pst.	147 pst.	206 pst.
Helse Midt-Norge	9 001	13 729	21 089	22 651	7 pst.	65 pst.	152 pst.
Helse Nord	8 578	11 736	18 589	19 143	3 pst.	63 pst.	123 pst.
Sum	66 587	86 388	142 178	156 770	10 pst.	81 pst.	135 pst.

Kilde: De regionale helseforetakenes regnskaper 2024

Ved innføringen av helseforetaksmodellen ble det foretatt en verdsetting av helseforetakenes bygningsmasse og utstyr til 66 mrd. kroner. I perioden 2015–2024 har den regnskapsmessige verdien av sykehusenes bygg og utstyr økt med 70,4 mrd. kroner, fra 86,4 mrd. kroner til 156,8 mrd. kroner. Det er store variasjoner mellom de regionale helseforetakene. Oppgradering og fornying av bygningsmassen er en kontinuerlig prosess for å tilpasse bygg til dagens drift og for å få en mer funksjonell bygningsmasse. De store prosjektene vil variere mellom regioner og helseforetak. Helseforetakene må prioritere sine investeringsplaner innenfor tilgjengelige økonomiske og finansielle rammer. Samtidig må det settes av midler til ordinært vedlikehold.

Økonomiske langtidsplaner

De regionale helseforetakene forvalter betydelige bevilgninger og verdier på vegne av samfunnet for å sikre gode spesialisthelsetjenester. De regionale helseforetakene oppdaterer årlig økonomisk langtidsplan. 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.

De økonomiske langtidsplanene bygger på vedtatte strategier i de regionale helseforetakene, som igjen baseres på nasjonale strategier og føringer, og gjeldende økonomiske rammebetingelser.

Tabell 5.5 Helseforetakenes investeringsplaner i perioden 2026–2029 (mill. 2025-kroner)

	2026	2027	2028	2029	Sum
Prosjekter og bygningsmessige investeringer over 500 mill. kroner	9 700	13 200	15 700	17 500	56 100
Øvrige bygningsmessige investeringer	4 100	3 500	3 600	3 900	15 000
Investeringer i medisinsk teknisk utstyr	3 000	2 200	2 500	3 100	10 800
Investeringer i IKT og annet	2 700	3 100	3 100	2 800	11 700
Sum	20 200	22 000	24 900	27 300	93 700

Det inngår betydelige midler til medisinsk teknisk utstyr og IKT i prosjekter over 500 mill. kroner.
Kilde: De regionale helseforetakenes økonomiske langtidsplaner og rapportering til Helse- og omsorgsdepartementet

Helse Sør-Øst RHF

Pågående prosjekter over 500 mill. kroner med statlige lånerammer:
- Nye Oslo universitetssykehus HF.
- Ny regional sikkerhetsavdeling ved Oslo universitetssykehus HF.
- Utbygging og stråleterapi ved Sykehuset Telemark HF, Skien.
- Nytt bygg for psykisk helsevern ved Akershus universitetssykehus HF.
- Etappe 2 av sikkerhetspsykiatri på Ila ved Oslo universitetssykehus HF.
- Akuttbygg Kristiansand, Sørlandet sykehus HF.
- Nytt sykehus i Drammen (ferdigstilles og får siste låneutbetaling i 2025).
- Videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF, Mjøssykehuset (første låneutbetaling i 2026).
- Somatikkbygg ved Akershus universitetssykehus HF (første låneutbetaling i 2026).
- Nytt stråle- og somatikkbygg på Kalnes, Sykehuset Østfold HF (første låneutbetaling i 2026).
- Byggetrinn 3 ved Sunnaas sykehus HF (første låneutbetaling i 2026).

Helse Vest RHF

Pågående prosjekter over 500 mill. kroner med statlige lånerammer:
- Byggetrinn 2 ved Haugesund sjukehus i Helse Fonna HF.
- Fase 1 av byggetrinn 2 ved nye Stavanger universitetssjukehus, Helse Stavanger HF.
- Ombygging av Årstadshuset ved Haukeland universitetssjukehus i Helse Bergen HF.
- Protonsenter Haukeland (ferdigstilles og får siste låneutbetaling i 2025).

Prosjekter over 500 mill. kroner under planlegging:
- Planarbeid knyttet til oppgradering ved Haukeland universitetssjukehus i Helse Bergen HF.
- Planarbeid knyttet til videre faser av byggetrinn 2 ved nye Stavanger universitetssjukehus, Helse Stavanger HF.

Helse Midt-Norge RHF

Pågående prosjekter over 500 mill. kroner med statlige lånerammer:
- Oppgradering og nybygg Ålesund sjukehus.

Prosjekter over 500 mill. kroner under planlegging:
- Senter for psykisk helse ved St. Olavs hospital HF.
- Akuttmottak Namsos og Levanger, Helse Nord-Trøndelag HF.

Helse Nord RHF

Pågående prosjekter over 500 mill. kroner med statlige lånerammer:
- Nytt bygg for psykisk helse og rus i Tromsø, Åsgård, ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (første låneutbetaling i 2026).

Prosjekter over 500 mill. kroner under planlegging:
- Utvikling av Nye Helgelandssykehuset.

Innleie i helseforetakene

Det vises til omtale i del II, under kap. 732 og omtale av anmodningsvedtak, hvor det henvises til rapportering om innleie i helseforetakene.

Det er i flere omganger stilt krav overfor regionale helseforetak om å redusere bruk av innleie av personell. Seneste styringskrav ble formidlet i foretaksmøte 11. juni 2024, hvor det ble stilt krav om å jobbe med målsetting om en vesentlig reduksjon av innleie i helseforetakene i de respektive regionene innen to år. Dette var med bakgrunn i et tidligere anmodningsvedtak fra Stortinget (nr. 691). Som forutsatt i Prop. 1 S (2024–2025) gis det her en overordnet rapportering om bruken av innleie i helseforetakene.

Alle de fire regionale helseforetakene har satt inn ulike innsatser og tiltak for å redusere omfanget av innleie. I Helse Sør-Øst RHF varierer det mellom helseforetakene hvor langt de er kommet i arbeidet med reduksjon i bruk av innleie. Enkelte helseforetak har gjennom fjoråret ikke benyttet seg av ekstern innleie eller benyttet innleie i mindre grad. Andre helseforetak har fortsatt et høyt forbruk innen enkelte fagområder. Totalt sett for regionen er bruken av innleid personell nedadgående og utviklingen følges tett opp av Helse Sør-Øst RHF. Det er særlig mangel på psykiatere som er et utfordringsområde. Per desember 2024 var samlede kostnader relatert til innleie redusert med 27,8 pst. sammenholdt med desember 2023.

Helse Midt-Norge RHF ligger relativt sett lavt sammenlignet med de øvrige regionene når det gjelder innleie av personell fra byrå. Hovedbildet i regionen er at innleie av pleiepersonell er primært knyttet til ferier, mens det for leger er knyttet til særlig sårbare fagområder og noen geografiske

enheter. Innføring av Helseplattformen i Helse Møre og Romsdal og Helse Nord-Trøndelag i 2024 krevde ekstraordinære personellressurser, også innleie av legespesialister. Helseforetakene jobber kontinuerlig med å begrense innleie fra vikarbyrå og vikarbruk.

Helse Vest RHF opplyser at helseforetakene i regionen har en streng praksis for bruk av innleid helsepersonell. Ekstern innleie brukes i hovedsak til spesialsykepleiere, jordmødre og legespesialister, men det har også vært behov for ekstern innleie av sykepleiere ved ordinære sengeposter. Totalt forbruk av innleide vakter utgjorde om lag 0,4 pst. av alle vakter i 2024. Bruk av bemanningssentere i alle helseforetakene har bidratt til at innleie har gått ned.

I Helse Nord RHF har bruk av innleie blitt vesentlig redusert ved alle sykehusene i regionen senere år. Det varierer noe helseforetakene imellom hvilke personellgrupper som leies inn. Kostnader til innleie gikk ned ca. 19 pst. fra 2023 til 2024, og 27 pst. sammenlignet med 2022.

6 Administrative fellesomtaler

6.1 Likestilling og mangfold

Alle skal ha tilgang til likeverdige helsetjenester av god kvalitet, uavhengig av forhold som utdanning og økonomi, kjønn, etnisitet, funksjonsevne, alder, seksuell orientering, kjønnsidentitet mv., samt kombinasjonen av slike forhold. I arbeidet med folkehelsepolitikken og med å skape vår felles helse- og omsorgstjeneste, er det viktig å være bevisst på hvordan slike forhold kan ha betydning for hvordan man innretter det helsefremmende og forebyggende arbeidet, og for hvordan det kan påvirke pasienters og brukeres behov for behandling og oppfølging.

Kvinnehelse og helse i et kjønnsperspektiv

Det er viktig å ha en særlig oppmerksomhet på likeverdige helse- og omsorgstjenester og folkehelse i et kjønnsperspektiv.

Utredningen fra kvinnehelseutvalget (NOU 2023: 5) og høringsinnspillene inngikk i kunnskapsgrunnlaget for regjeringens kvinnehelsestrategi – betydningen av kjønn for helse som ble lagt frem i 2024.

Helsedirektoratet har fått i oppdrag å innarbeide kjønnsperspektivet når de reviderer og lager nye nasjonale anbefalinger, råd, pakkeforløp og pasientforløp. En ny nettside med oppdatert og ny kunnskap om kvinners helse er lansert på helsenorge.

Helse- og omsorgsdepartementet har i mange år øremerket midler til en strategisk satsing på forskning på kvinners helse og kjønnsperspektiver gjennom Forskningsrådet på 20 mill. kroner årlig. I tillegg inngår tematikken som en del av den ordinære helseforskningsaktiviteten departementet finansierer gjennom Norges forskningsråd. Som en del av oppfølgingen av regjeringens kvinnehelsestrategi, fikk Forskningsrådet i år flere oppdrag, se nærmere omtale i kap. 780 post 70.

Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning i Helse Sør-Øst RHF ble etablert i 2020, se omtale under kap. 732, post 70.

Nasjonalt pasientforløp for langvarige og sammensatte smertetilstander, som er sykdommer som oftere rammer kvinner, vil bli gradvis innført i løpet av 2025 og 2026. Fra januar 2027 vil det bli gjennomført som et normert forløp i full skala for alle pasienter. I løpet av 2025 og 2026 vil det parallelt gjennomføres et forskningsprosjekt (PainPath) som skal gi viktig informasjon om hvilke pasienter som kan ha nytte av forløpet og på hvilken måte. Prosjektet starter nå på St. Olavs hospital, Universitetssykehuset i Nord-Norge, Haukeland universitetssykehus og Sykehuset Innlandet, samtidig med at det nasjonale pasientforløpet igangsettes i smerteklinikkene i resterende 15 helseforetak. Et nytt nasjonalt kvalitetetsregister, NorPain, etableres fra 1. januar 2026.

Mangfold i helse

Det er også viktig at helse- og omsorgspersonell har kunnskap om andre forskjellsskapende dimensjoner, slik som funksjonsevne, seksuell orientering, kjønnsidentitet, religion, alder og etnisitet. Kompetanse og bevissthet om hvordan ulike grupper i befolkningen kan møtes og tilbys gode og tilgjengelige tjenester, er viktig for å sikre individuelt tilpasset og likeverdig hjelp. Det er også viktig å ivareta ansatte i helse- og omsorgstjenestene som opplever diskriminering.

Regjeringen har lagt frem Meld. St. 8 (2022–2023) *Menneskerettar for personar med utviklingshemming – Det handlar om å bli høyrt og sett* som utdyper det menneskerettslige grunnlaget for politikken på området og gir en ny forståelse av utfordringsbildet for personer med utviklingshemming.

Regjeringen har utarbeidet en handlingsplan for kjønns- og seksualitetsmangfold (2023–2026). Handlingsplanen skal bidra til å styrke arbeidet innen levekår og psykisk helse, og bedre tilbudet til personer med kjønnsinkongruens.

Regjeringen har lagt frem en ny handlingsplan mot rasisme og diskriminering på bakgrunn av etnisitet, og handlingsplaner mot diskriminering av og hat mot muslimer, mot antisemittisme og mot hets av og diskriminering av samer.

Menn i helse

Menn i helse har som formål å bidra til rekruttering av menn til omsorgssektoren. Tiltaket rekrutterer menn mellom 19 og 55+ år med egnet ytelse fra NAV. Målet er fagbrev som helsefagarbeider gjennom et komprimert utdanningsløp. Menn i helse er et samarbeid mellom kommuner, NAV, fylkeskommune, KS og Helsedirektoratet. Prosjektet ledes av KS.

Om lag 90 pst. har fått relevant jobb som helsefagarbeider og er ikke lenger avhengig av ytelser fra NAV.

I 2024 var Menn i helse etablert i fjorten av femten fylker, og om lag 150 kommuner har eller samarbeider gjennom praksis og læreplasser. Ved utgangen av 2024 hadde om lag 1 400 tatt fagbrev gjennom Menn i Helse siden oppstarten i 2011. Prosjektet har ifølge Helsedirektoratet bidratt til å gi kjønnsperspektivet oppmerksomhet.

Menn i helse inngår i Kompetanseløft 2025. Se nærmere omtale under kap. 760, post 71.

Heltidskultur

Regjeringen ønsker å redusere bruken av deltidsstillinger i helse- og omsorgstjenesten, og at det også her utvikler seg en heltidskultur.

Økt omfang av heltidsstillinger byr på muligheter for årsverksvekst og virker i tillegg positivt på rekrutteringen til tjenestene, sykefraværet, vikarbruken, den ansattes mulighet til å holde seg faglig oppdatert og bidra positivt i arbeidsmiljøet, og på kvaliteten på tjenestene. For å få til dette må det etableres en heltidskultur i tjenestene som motvirker uønsket deltid, og å etablere turnusmodeller som i økt grad legger til rette for heltidsstillinger. Opptrappingsplan for heltid og god bemanning i omsorgstjenesten består av flere tiltak som bidrar til dette.

I foretaksmøter med de regionale helseforetakene er det stilt krav om at arbeid med utvikling av en heltidskultur i helseforetakene skal fortsette og forsterkes. Det er og slått fast at hele og faste stillinger skal være standarden i arbeidslivet, også i helsetjenestene. Flere sykehus tilbyr faste, hele stillinger, bl.a. ved at mange ansatte er tilknyttet ulike avdelinger som til sammen kan gi 100 pst. stilling. Faste, hele stillinger kan være viktig for å rekruttere og beholde kompetente medarbeidere og samtidig bidra til å ivareta arbeidsmiljøet og redusere sykefravær. Faste, hele stillinger kan også bidra til bedret likestilling, samt økt kvalitet og kontinuitet i tjenesten. Det er økt bevissthet og kunnskap i organisasjonene omkring denne utfordringen og det arbeides for å utvikle nye og fleksible løsninger. Ledere og tillitsvalgte i sykehusene samarbeider om å finne løsninger som gjør at flest mulig kan få hele stillinger. Det innebærer også å tilrettelegge for de som av ulike årsaker har krav på, behov for eller ønske om redusert arbeidstid.

Kjønnsbalanse

Det er en klar overvekt av kvinner blant ansatte i sykehusene. Tallmessig er dette tidligere anslått å utgjøre i overkant av 70 pst., og varierer mellom ulike personellgrupper og helseforetak. I kommunale helse- og omsorgstjenester er kvinneandelen 84 pst. Både helseforetakene og kommunene bør derfor vurdere å ha strategier for å rekruttere bedre fra begge kjønn.

Andelen kvinnelige fastleger har økt betydelig de senere årene. Mens 28,8 pst. av fastlegene i 2001 var kvinner, var andelen kvinnelige fastleger 48 pst. ved utgangen av 2022. Andelen kvinnelige og mannlige fastleger er per august 2025 like.

Helse- og omsorgsdepartementet oppnevner styrer for de regionale helseforetakene. Styrene oppfyller lovens krav til minimum 40 pst. representasjon av begge kjønn, og per 2024 er to av fire styreledere kvinner. I sykehusene er flertallet av ansatte kvinner, mens mindretallet av toppledere er kvinner. Helse- og omsorgsdepartementet har stilt krav til de regionale helseforetakene om at de må bidra til å rekruttere og utvikle kvinnelige ledere, spesielt på topplednivå. Fra de regionale helseforetakene er det rapportert til departementet om at de aktivt arbeider med å øke andelen kvinnelige toppledere i sykehusene.

Vold og overgrep

Vold og overgrep er en betydelig folkehelseutfordring, men også et likestillingsproblem. Selv om både menn og kvinner utsettes for vold, utsettes kvinner i langt større grad for alvorlig og gjentatt vold. Flere kvinner enn menn utsettes for alvorlig vold fra partner, som å bli sparket, tatt kvelertak på eller bli banket opp. Mer enn én av ti norske kvinner rapporterer at de i løpet av livet har blitt voldtatt. Noen jenter utsettes også for kjønnslemlestelse, som kan gi store fysiske og psykiske helsekonsekvenser for den som er utsatt.

Helse- og omsorgstjenestene spiller en viktig rolle i arbeidet med å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep, samt i å følge opp og behandle både voldsutsatte og voldsutøvere. Ansvaret for å forebygge, avdekke og avverge vold og overgrep er tydeliggjort i helse-

og omsorgstjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og tannhelsetjenesteloven. Regjeringen har lagt frem en ny opptrappingsplan mot vold og overgrep mot barn og vold i nære relasjoner i 2023. Videre har regjeringen lagt frem en ny handlingsplan mot negativ sosial kontroll og æresrelatert vold våren 2025.

Likestillingsrapport

Tabell 6.1 Stillinger, Helse- og omsorgsdepartementet 2024 kvinner/menn)

Stilling	Kvinner/menn	Totalt	% K/M	Lønnsforskjell i kr
E-sjef/dep.råd[1]	5/3	8	62/38	
Avd.dir	17/10	27	63/37	42 826 (M)
Underdirektør	8/5	13	62/38	46 882 (K)
Spesialrådgiver	9/12	21	43/57	164 459 (M)
Fagdirektør	13/10	23	57/43	43 074 (M)
Seniorrådgiver	70/30	100	70/30	40 893 (M)
Rådgiver	19/5	24	79/11	4192 (K)
Førstekonsulent	3/2	5	60/40	6551 (M)
Konsulent	0/		0/0	0
Utredningsleder	10/3	13	77/23	19 354 (M)
Kontorleder	1/0	1	100/0	0
Totalt	*156/80*	*236*	*66/34*	*92 291 (M)*

[1] Ekspedisjonssjefene/departementsråden er ikke med i lønnsstatistikken da de er på lederlønnskontrakter.

Statistikken bygger på gjennomsnittslønnen fra personaladministrative data for 2024.

Statistikken bygger på personaladministrative data. I 2024 var 66 pst. av de ansatte kvinner og 34 pst. var menn. Av ekspedisjonssjefer/departementsråd var 62 pst. kvinner. Av avdelingsdirektører var 63 pst. kvinner.

Av totalt 22 ansatte i midlertidige stillinger var 11 kvinner og 6 menn. Ansatte i HOD har i all hovedsak fulltidsstillinger. I 2024 jobbet 8 ansatte i reduserte stillinger. Ingen ansatte i HOD jobber ufrivillig deltid. I 2024 tok totalt 16 ansatte ut foreldrepermisjon, og det var kvinner som utgjorde størstedelen av denne gruppen (12 kvinner og 4 menn). Menn hadde gjennomsnittlig foreldrepermisjon på 11 uker, og kvinner hadde gjennomsnittlig 21 ukers foreldrepermisjon.

Tabell 6.2 Fravær grunnet sykdom, Helse- og omsorgsdepartementet

Kvinner	5,7 %
Menn	2,3 %
Alle	4,7 %

Helse- og omsorgsdepartementet hadde i 2024 et gjennomsnittlig fravær som følge av sykdom på 4,7 pst.

I rapporteringen på de ulike virksomhetene er det er ikke rapportert om tall som kan identifisere enkeltpersoner.

Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet

Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet hadde 156 fast og midlertidig ansatte ved utgangen av 2024. Kjønnsfordelingen var 94 (60 pst.) kvinner og 62 (40 pst.) menn. I direktoratet var det 3 midlertidig ansatte. Av disse var 33 pst. kvinner og 67 pst. menn. I direktoratet jobbet fem ansatte deltid. I 2024 var det kun menn som hadde foreldrepermisjon og disse hadde i snitt 3,5 uker permisjon.

Folkehelseinstituttet

Folkehelseinstituttet hadde 1299 fast og midlertidig ansatte ved utgangen av 2024. Kjønnsfordelingen var 846 (65 pst.) kvinner og 453 (35 pst.) menn. I instituttet var det 127 midlertidig ansatte. Av disse var 68 pst. kvinner og 32 pst. menn. I instituttet jobbet 121 ansatte deltid. Av disse var 55 pst. kvinner og 45 pst. menn. Gjennomsnittlig antall uker foreldrepermisjon i 2024 var 18,6 uker for kvinner og 10,8 uker for menn.

Helsedirektoratet og Pasient- og brukerombudet

Helsedirektoratet og Pasient- og brukerombudet hadde henholdsvis 842 og 69, totalt 911 fast og midlertidig ansatte ved utgangen av 2024. Kjønnsfordelingen var 594 (70 pst.) kvinner og 248 (30 pst.) menn i Helsedirektoratet og 61 (88 pst.) kvinner og 8 (12 pst.) menn i Pasient- og brukerombudet. I Helsedirektoratet og Pasient- og brukerombudet var det henholdsvis 57 og 6 midlertidig ansatte. Av disse var 41 (72 pst.) kvinner og 16 (28 pst.) menn i Helsedirektoratet. I Pasient- og brukerombudet var alle 6 midlertidig ansatte kvinner. I Helsedirektoratet og Pasient- og brukerombudet jobbet henholdsvis 42 og 6 ansatte deltid per 31. desember 2024. I Helsedirektoratet var 71 pst. kvinner og 29 pst. menn. I Pasient- og brukerombudet var alle 6 som jobbet deltid kvinner. Gjennomsnittlig antall uker foreldrepermisjon i 2024 var 26 uker for kvinner og 15 uker for menn.

Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten

Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten hadde 168 fast og midlertidig ansatte ved utgangen av 2024. Kjønnsfordelingen var 124 (73,8 pst.) kvinner og 44 (26,2 pst.) menn. I etaten var det 7 midlertidig ansatte. Av disse var 85,7 pst. kvinner og 14,3 pst. menn. I etaten jobbet 12 ansatte deltid. Av disse var 58,3 pst. kvinner og 41,7 pst. menn. Gjennomsnittlig antall uker foreldrepermisjon i 2024 var 19 uker for kvinner og 15 uker for menn.

Norsk pasientskadeerstatning

Norsk pasientskadeerstatning hadde 170 fast og midlertidig ansatte ved utgangen av 2024. Kjønnsfordelingen var 129 (76 pst.) kvinner og 41 (24 pst.) menn. I etaten jobbet tre ansatte deltid. Gjennomsnittlig antall uker foreldrepermisjon i 2024 var 23,3 uker for kvinner og 22,2 uker for menn.

Statens helsetilsyn

Statens helsetilsyn hadde 125 fast og midlertidig ansatte ved utgangen av 2023. Kjønnsfordelingen var 92 (74 pst.) kvinner og 33 (26 pst.) menn. I tilsynet var det 5 midlertidig ansatte. Av disse var 83 pst. kvinner og 17 pst. menn. I tilsynet jobbet 19 ansatte deltid. Av disse var 63 pst. kvinner og 37 pst. menn. Gjennomsnittlig antall uker foreldrepermisjon i 2024 var 10 uker for kvinner.

Direktoratet for medisinske produkter

Direktoratet for medisinske produkter hadde 406 fast og midlertidig ansatte ved utgangen av 2024. Kjønnsfordelingen var 315 (77,6 pst.) kvinner og 91 (22,4 pst.) menn. I direktoratet var det 24 midlertidig ansatte. Av disse var 79,2 pst. kvinner og 20,8 pst. menn. I direktoratet jobbet 11 ansatte deltid. Av disse var 91 pst. kvinner og 9 pst. menn. Gjennomsnittlig antall uker foreldrepermisjon i 2024 var 17,4 uker for kvinner og 9,2 uker for menn.

Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten

Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten hadde 28 fast og midlertidig ansatte ved utgangen av 2024. Kjønnsfordelingen var 20 (71,4 pst.) kvinner og 8 (28,6 pst.) menn. Det var én midlertidig stilling i kommisjonen i 2024. I kommisjonen jobbet 4 ansatte deltid. Alle som jobbet deltid, var menn. Ingen ansatte i kommisjonen var i foreldrepermisjon i 2024.

6.2 Omtale av lønnsvilkårene mv. til ledere i heleide statlige virksomheter

Helse Sør-Øst RHF

Administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF mottok i 2024 lønn på 2 830 551 kroner, mens annen godtgjørelse beløp seg til 2 634 kroner. Pensjonskostnadene utgjorde 361 284 kroner. Administrerende direktør har ordinære pensjonsbetingelser i *Pensjonskassen for helseforetakene i hovedstadsområdet* og har ingen avtale om tilleggspensjon. Under særskilte vilkår har administrerende direktør rett på etterlønn i 12 måneder fra fratredelsesdato. Etterlønn vil bli redusert med lønn fra eventuell ny arbeidsgiver. Administrerende direktør har samme personal-, helse- og reiseforsikring som øvrige ansatte i foretaket.

Helse Vest RHF

Administrerende direktør i Helse Vest RHF mottok i 2024 lønn på 2 520 000 kroner, mens annen godtgjørelse beløp seg til 14 000 kroner. Pensjonskostnadene utgjorde 337 000 kroner. Administrerende direktør har ordinær ytelsespensjon i KLP uten tilleggspensjon. Det er inngått avtale med administrerende direktør om inntil 12 måneders etterlønn dersom administrerende direktør blir sagt opp eller selv velger å si opp etter oppfordring fra styret eller styreleder. Administrerende direktør har samme personal-, helse- og reiseforsikring som øvrige ansatte i foretaket.

Helse Midt-Norge RHF

Administrerende direktør i Helse Midt-Norge RHF ble ansatt 16. september 2024 og mottok i 2024 lønn på 797 000 kroner og hadde ingen annen godtgjørelse i 2024. Pensjonskostnadene utgjorde 110 000 kroner. Tidligere administrerende direktør gikk av 31. juli 2024 og mottok lønn på 1 372 000 kroner i 2024, mens annen godtgjørelse beløp seg til 99 000 kroner. Pensjonskostnadene utgjorde 200 000 kroner. Administrerende direktør har ordinære pensjonsbetingelser i KLP uten tilleggspensjon. Det er inngått avtale med administrerende direktør som innebærer at hvis det oppstår en situasjon der partene erkjenner at det vil være vanskelig å videreføre ansettelsesforholdet, skal det gis et sluttvederlag. Sluttvederlaget skal ikke benyttes dersom administrerende direktør selv tar initiativ til oppsigelsen. Sluttvederlag og lønn i oppsigelsestiden skal ikke overstige tolv månedslønner. Administrerende direktør har samme personal-, helse- og reiseforsikring som øvrige ansatte i foretaket.

Helse Nord RHF

Administrerende direktør i Helse Nord RHF mottok i 2024 lønn på 2 556 000 kroner, mens annen godtgjørelse beløp seg til 301 000 kroner. Pensjonskostnadene utgjorde 364 000 kroner. Administrerende direktør har ordinære pensjonsvilkår via KLP uten tilleggspensjon. Dersom styret etter eget ønske eller i samråd med administrerende direktør beslutter å avvikle administrerende direktørs arbeidsforhold, har administrerende direktør rett til etterlønn fra fratredelsesdato. Sluttvederlag og lønn i oppsigelsestiden skal i sum ikke overstige 12 månedslønner og avkortes ved ansettelse i ny stilling. Dersom administrerende direktør på eget initiativ ønsker å tre ut av stillingen etter fylte 62 år, tilbys administrerende direktør annen fast stilling i helseforetaket med lønnsbetingelser tilsvarende 85 pst. av lønn ved avslutningstidspunktet. I forbindelse med konstituering av administrerende direktør 23. november 2022 ble det inngått avtale om fem uker fri med lønn ved avslutning av konstitueringen, som kompensasjon for merarbeid og ubekvem arbeidstid. Disse ukene er ikke tatt ut, og er videreført i nåværende avtale med administrerende direktør. Som kompensasjon for merarbeid og ubekvem arbeidstid har administrerende direktør og ledende ansatte krav på ekstra fri med lønn i 12 virkedager per kalenderår. Administrerende direktør har samme personal-, helse- og reiseforsikring som øvrige ansatte i foretaket.

Norsk helsenett SF

Administrerende direktør i Norsk helsenett SF mottok i 2024 lønn på 2 419 174 kroner, mens andre ytelser utgjorde 327 500 kroner. Pensjonskostnadene utgjorde 339 775 kroner. Virksomheten dekker leie av leilighet i Trondheim (inkl. strøm og renhold) for administrerende direktør. Per desember 2024 er leien på 24 400 kroner eks. strøm i måneden. Administrerende direktør har ordinære pensjonsvilkår via KLP og har ingen avtale om tilleggspensjon. I ansettelsesavtale med administrerende direktør er det avtalt rett til 9 måneders etterlønn ut over oppsigelsestiden dersom styret anmoder administrerende direktør om å si opp sin stilling, eller administrerende direktør i samråd med styrets leder/styret velger å si opp sin stilling uten at det foreligger saklig grunn til

oppsigelse eller avskjed. Dersom administrerende direktør i perioden for sluttvederlag, men etter utløpet av ordinær oppsigelsestid har andre inntekter, skal sluttvederlaget reduseres tilsvarende krone for krone.

AS Vinmonopolet

Administrerende direktør i AS Vinmonopolet mottok i 2024 lønn på 3 070 000 kroner, mens andre ytelser beløp seg til 249 000 kroner. Pensjonsopptjeningen til administrerende direktør utgjorde 419 000 kroner. AS Vinmonopolets pensjonsordninger er organisert gjennom Statens pensjonskasse. Administrerende direktør har ordinære pensjonsvilkår og ingen avtale om tilleggspensjon. Ved oppsigelse fra selskapets side har administrerende direktør i sin avtale rett til seks måneders etterlønn, utover lønn og ytelser i oppsigelsestiden på seks måneder.

7 Klima- og miljørelevante saker

Regjeringens klima- og miljøpolitikk bygger på at alle samfunnssektorer har et selvstendig ansvar for å legge miljøhensyn til grunn for aktivitetene sine og for å medvirke til at de nasjonale klima- og miljømålene kan nås. For en omtale av regjeringens samlede klima- og miljørelevante saker, vises det til Klima- og miljødepartementets fagproposisjon og Meld. St. 25 (2024–2025) *Klimamelding 2035 – på vei mot lavutslippssamfunnet*.

Klima- og miljøområder, mål og utfordringer innenfor helse- og matområdet

Verdens helseorganisasjon slår fast at klimaendringene er en av de største helsetruslene vi står overfor globalt. I Folkehelsemeldingen er klimaendringer trukket frem som ett av tre områder som vil ha stor betydning for folkehelsearbeidet fremover, også i Norge.

Norges befolkning har generelt god helse, og helsemessig står vi relativt godt rustet mot virkninger av klimaendringer. Likevel vil mer nedbør, hetebølger og tørkeperioder få betydning for helsen vår. Klimaendringer kan påvirke den fysiske og psykiske helsen i befolkningen på flere måter: fra luftveis- og hjerte- og karsykdom, allergi, skader og død knyttet til ekstreme værhendelser, til endringer i utbredelse og geografisk fordeling av smittsomme sykdommer og antimikrobiell resistens.

Klimaendringene kan også påvirke vår evne til å produsere mat, mattryggheten og tilgangen på rent drikkevann, og ekstremværsituasjoner kan påvirke yting av helsetjenester til befolkningen. Samtidig bidrar matsystemene til klimagassutslipp og til redusert biologisk mangfold. Bekymring knyttet til klimaendringene kan påvirke den psykiske helsen. Klima- og miljøendringer vil påvirke samfunn og befolkningsgrupper ulikt, og de med lavest sosioøkonomisk bakgrunn og barn er de mest sårbare. Velfungerende matsystemer og god forvaltning av disse er viktig for å sikre befolkningen tilgang til nok, trygg og sunn mat. Matsystemene må bli mer bærekraftige, samtidig som det må bygges motstandsdyktighet mot klimaendringer og andre trusler.

Å få befolkningen til å spise i henhold til helsemyndighetens kostråd vil ikke bare være bra for helsen, men også for klimaet. Generelt spiser nordmenn for lite frukt, bær, grønnsaker, grove kornprodukter og fisk/sjømat og for mye salt, tilsatt sukker, mettet fett samt rødt og bearbeidet kjøtt. Ifølge Miljødirektoratets årlige kunnskapsgrunnlag om klimatiltak, barrierer og mulige virkemidler innenfor klimaområdet (2025) er det største potensialet for utslippskutt knyttet til endret etterspørsel etter jordbruksvarer – både gjennom endret kosthold og redusert matsvinn. Kostrådene er utformet på bakgrunn av sammenhengen mellom kosthold og helse, men et kosthold i tråd med disse anbefalingene vil også bidra til lavere klimagassutslipp. Klima- og miljøpåvirkning innenfor hvert av kostrådene er omtalt på Helsedirektoratets nettsider. Det vises for øvrig til omtale av kostholdsarbeidet i del III, kap. 8, om bærekraftsmål 2 og omtale under del II, kap. 714, post 21.

Rapport for 2024–2025

Under klimaforhandlingene i Glasgow i 2021 sluttet Norge seg til klimakonferansens helseprogram, som oppfordrer land til å kutte klimagassutslipp fra helsesektoren og styrke helsesektoren slik at den er i stand til å møte klimaendringene. I juli 2023 sluttet Norge seg videre til Budapest-erklæringen om miljø og helse i regi av WHOs europaregion. Erklæringen forplikter til forsterket innsats i møte med «den triple krisen» forårsaket av klimaendringer, tap av naturmangfold og miljø-/luftforurensning og som har konsekvenser for helse og livskvalitet. I januar 2025 lanserte helse- og omsorgsministeren Helsedirektoratets Veikart for en bærekraftig, lavutslipps- og klimatilpasset helse- og omsorgstjeneste. Veikartet skal være til inspirasjon for helse- og omsorgssektoren, både i stat og kommune, med konkrete forslag til hvordan tjenestene kan organiseres og leveres på en mer klimavennlig og bærekraftig måte. Helsedirektoratet vil arbeide for å gjøre veikartet kjent blant relevante aktører.

Nordisk ministerråd publiserte i juni 2023 nye nordiske ernæringsanbefalinger (NNR). Disse danner grunnlaget for de nye nasjonale kostrådene som ble publisert av Helsedirektoratet i august 2024.

Planer for videre arbeid

Helse- og omsorgssektoren har startet arbeidet med å sikre at helsesektoren tar sin del av ansvaret for å nå klimamålene innen 2050, i tillegg til å være forberedt på følgene av klimaendringene for helse- og omsorgssektoren, jf. omtalen av arbeid med klima og miljø i spesialisthelsetjenesten i kap. 7.1 nedenfor.

Informasjons- og kommunikasjonstiltak om Veikartet for en bærekraftig, lavutslipps- og klimatilpasset helse- og omsorgstjeneste vil inngå i Helsedirektoratets ordinære informasjonsarbeid. De regionale helseforetakene har vedtatt felles klima- og miljømål for spesialisthelsetjenesten. Et overordnet mål er at spesialisthelsetjenesten innen 2030 skal ha redusert utslipp av CO_2-ekvivalenter med 40 pst. sammenlignet med 2019. Et langsiktig mål er at spesialisthelsetjenesten skal være klimanøytral innen 2045.

De nye nasjonale kostrådene skal kommuniseres til befolkningen, og materiell skal oppdateres. Det vises for øvrig til planer for kostholdsarbeidet i del II, kapittel 714, post 21.

7.1 Arbeid med klima og miljø i spesialisthelsetjenesten

Gjennom eierskapsmeldingen redegjør regjeringen for viktigheten av at statlige selskapers virksomhet er ansvarlig, jf. Meld. St. 6 (2022–2023) *Et grønnere og mer aktivt statlig eierskap – Statens direkte eierskap i selskaper*. Dette innebærer å identifisere og håndtere risikoen statlige selskaper påfører mennesker, samfunn og miljø. Hensynet til bærekraft og samfunnsansvar er reflektert i statens forventninger til selskapene og hvordan staten følger opp selskapene.

Staten er opptatt av at selskapene identifiserer risiko, muligheter og behov for omstilling av sin virksomhet som følge av Parisavtalens mål og integrerer dette i sine strategier. Departementet har i sitt styringsbudskap til de regionale helseforetakene bedt om at spesialisthelsetjenesten foretar en helhetlig tilnærming til klima- og miljøutfordringene. Det forventes at selskapene rapporterer på direkte og indirekte klimagassutslipp og klimarisiko, samt benytter anerkjente standarder for rapportering. Fra og med 2023 rapporterer helseforetakene også på indirekte utslipp.

Styrene i de fire helseregionene vedtok i 2021 felles klima- og miljømål for spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten skal bidra til å begrense klimaendringene, og sykehusene skal ha redusert direkte utslipp fra egen drift med 40 pst. innen 2030. Det langsiktige målet er klimanøytral sykehusdrift innen 2045. Målene er forankret i FNs bærekraftsmål.

Rapport for spesialisthelsetjenesten i 2024

Det utarbeides årlig en felles årsrapport for samfunnsansvar i spesialisthelsetjenesten, Spesialisthelsetjenestens rapport for samfunnsansvar. Rapporten omhandler klima og miljø, menneskerettigheter, arbeidstakerrettigheter og antikorrupsjon. Rapporten er utarbeidet av interregionalt samarbeidsutvalg for klima og miljø i spesialisthelsetjenesten og omfatter helseforetakene i de fire regionene samt de felleseide selskapene (Sykehusbygg HF, Sykehusinnkjøp HF, Luftambulansetjenesten HF, Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett HF og Pasientreiser HF).

Spesialisthelsetjenestens klimaregnskap for 2024 viser en reduksjon i CO_2-utslipp på 23 pst. for Scope 1, 9 pst. reduksjon for Scope 2 og 8 pst. reduksjon for Scope 3. Kategoriene som inngår i scope 1 er kuldemedium, medisinske gasser, fossilt brensel og transport fra helseforetakenes egne kjøretøy. Scope 2 er knyttet til energiforbruket i helseforetakene. Det er en generell positiv utvikling med reduksjon i utslipp fra energiforbruk. Nye bygg, vedlikeholdstiltak samt energieffektivisering og optimalisering bidrar til redusert energibruk. 74 pst. av klimagassutslippene fra spesialisthelsetjenesten kommer fra kjøp av varer og tjenester, som er kategorisert som scope 3. Regnskapsdata benyttes for å beregne utslipp fra disse kjøpene. Det årlige forbruket i helseforetakene påvirker utslippene – økt aktivitet fører som regel til økte CO_2-utslipp.

Kategoriene legemidler, IKT og medisinskteknisk utstyr gir de største utslippene for helseforetakene. Disse kategoriene er også prioriterte områder i Sykehusinnkjøp HFs handlingsplan for samfunnsansvar. Et viktig tiltak for å redusere utslipp i scope 3 er å kutte unødvendig forbruk og øke gjenbruk.

8 Oppfølging av FNs bærekraftsmål

FNs bærekraftsmål er verdens felles arbeidsplan for å utrydde fattigdom, bekjempe ulikhet og stoppe klimaendringene innen 2030. Bærekraftsmålene ble vedtatt av FNs medlemsland i 2015. Det er til sammen 17 mål og 169 delmål.

Digitaliserings- og forvaltningsdepartementet koordinerer arbeidet med nasjonal oppfølging av bærekraftsmålene. I Meld. St. 35 (2024–2025) redegjør regjeringen for status, utfordringer og veien videre i arbeidet med bærekraftsmålene. Meldingen vektlegger særlig de områdene der Norge har et forbedringspotensial og beskriver regjeringens politikk på disse områdene. Det pågår et samarbeid med Statistisk sentralbyrå om å utvikle nasjonale målepunkter og indikatorer knyttet til delmål under mål 3, samt enkelte delmål under mål 2, 5, 6 og 11.

Helse- og omsorgsdepartementet har det nasjonale koordineringsansvaret for hovedmål 3:

Bærekraftsmål 3: Sikre god helse og fremme livskvalitet for alle, uansett alder.

Departementet har i tillegg ansvar for oppfølging av tiltak innenfor delmål under hovedmålene 2, 5, 6, 10 og 11.

Bærekraftsmål 2: Utrydde sult, oppnå matsikkerhet og bedre ernæring, og fremme bærekraftig landbruk

Delmål 2.2: Innen 2030 utrydde alle former for feilernæring, og innen 2025 nå de internasjonalt avtalte målene som omhandler veksthemming og avmagring hos barn under fem år, og ivareta ernæringsbehovene til unge jenter, gravide, ammende kvinner og eldre personer

Ernæringsstatusen i Norge er generelt god, men inntaket av frukt, bær, grønnsaker, fullkorn og sjømat er fortsatt for lavt i den voksne befolkningen. Inntaket av mettet fett og salt, samt rødt og bearbeidet kjøtt er for høyt.[1] Inntaket av sukker har gått ned de senere årene, men er fortsatt for høyt i enkelte grupper. I tillegg er det sosial ulikhet i kosthold. Andel voksne med overvekt og fedme har økt de siste 50 årene og tall fra Tromsøundersøkelsen og Helseundersøkelsen i Trøndelag (Hunt) fra 2015 til 2019 viser at om lag 77 pst. av mennene og 58 pst. av kvinnene i alderen 40–49 år har overvekt eller fedme.[2] Blant 17-åringer viser selvrapporterte tall at andelen med overvekt og fedme er størst i Nordland, Troms og Finnmark (med 29 pst. i Nordland og 28 pst. i Troms og Finnmark), og lavest i Oslo (18 pst.). Nyere tall på forekomst av overvekt og fedme blant voksne mangler. Et usunt kosthold er blant de viktigste risikofaktorene for utvikling av ikke-smittsomme sykdommer, jf. delmål 3.4, og for overvekt og fedme. Underernæring er en utfordring for flere eldre, og noen grupper har for lavt inntak av vitamin D, jern, folat og jod.

Helsedirektoratet anbefaler morsmelk de første seks månedene. Nyere data for ammeforekomst mangler, men i 2018–2019 var andel spedbarn som fullammes ved fire ukers alder 81 pst., ved fire måneder 39 pst. og ved 5,5 måneder 5 pst.[3] Andelen fullammende fra fire måneders alder var vesentlig lavere i 2018–2019 enn i 2006–2007. Helsedirektoratet jobber for at helsestasjonene skal være godkjent som ammekyndige helsestasjoner i henhold til å WHO og Unicef sitt Baby-Friendly Hospital Initiative.

For å fremme sunnere matvalg hos barn, trådte forskrift om forbud mot markedsføring av visse næringsmidler spesielt rettet mot barn i kraft 25. oktober 2025. Forskrift om forbud mot salg av energidrikk til barn under 16 år trer i kraft 1. januar 2026 og skal bidra til å beskytte barn mot uheldige helseeffekter fra koffein.

For å gjøre det enklere for befolkningen å velge sunt, samarbeider regjeringen med matvarebransjen om å tilrettelegge for et sunnere kosthold. Helsedirektoratet har påbegynt arbeidet med å revidere både nasjonal faglig retningslinje for forebygging, utredning og behandling av over-

[1] Helsedirektoratet, *Norkost 4*, 2024.

[2] Folkehelseinstituttet, *Folkehelserapporten – Helsetilstand i Norge*, delkapittel om overvekt og fedme, 2023.

[3] Helsedirektoratet, *Utviklingen i norsk kosthold*, tall basert på Spedkost 3, 2018-2019.

vekt og fedme hos barn og unge og nasjonal faglig retningslinje for forebygging og behandling av overvekt og fedme hos voksne.

I 2025 ble jodberikningsprogrammet innført for å sikre et tilfredsstillende inntak av jod i befolkningen gjennom å tilsette jod eller jodert salt i enkelte matvarer.

Nasjonal strategi for godt kosthold og ernæring hos eldre i sykehjem og som mottar hjemmetjenester er utviklet og implementert.

Regjeringen følger opp kostholdsarbeidet gjennom Meld. St. 15 (2022–2023) *Folkehelsemeldinga – Nasjonal strategi for utjamning av sosiale helseforskjellar*.

Bærekraftsmål 3: Sikre god helse og fremme livskvalitet for alle, uansett alder

Et systematisk og tverrsektorielt folkehelsearbeid legger sammen med velfungerende og tilgjengelige helse- og omsorgstjenester grunnlaget for at de fleste har god helse og god livskvalitet. Likevel utgjør ikke-smittsomme sykdommer og psykiske lidelser en stor del av sykdomsbyrden i Norge. Det er også sosial ulikhet i helse. Dette er utfordringer som må tas på alvor. Forekomsten av psykiske lidelser har økt i deler av befolkningen. Dødsfall ved smittsomme sykdommer er lavt, men det er et potensial for å forebygge flere alvorlige utfall av sykdom i enkelte utsatte grupper.

Befolkningen har et høyt antall friske leveår, og forventet levealder er høy for menn og kvinner: 81,6 år for menn og 84,8 år for kvinner i 2024. Forventet levealder var i perioden 2014–2020 høyest for de med lang utdanning og lavest for menn med grunnskole som høyeste fullførte utdanning. Med høyere levealder øker både antallet eldre og andelen eldre i befolkningen, og flere vil leve med kroniske sykdommer og demens. Samtidig lever mange eldre lenger med god helse og funksjon og har aktive liv, også med kronisk sykdom. Norske 65-åringer skårer i toppen på Eurostats oversikt over funksjonsfriske leveår, og kan i gjennomsnitt forvente å ha over 15 funksjonsfriske leveår foran seg.

Folkehelsemeldingen, Nasjonal helse- og samhandlingsplan, helseberedskapsmeldingen og Ventetidsløftet utgjør rammene for regjeringens helse- og omsorgspolitikk. Innenfor disse rammene har regjeringen lagt frem noen særlig viktige arbeider, herunder opptrappingsplan for psykisk helse, ny nasjonal tobakksstrategi, bo trygt hjemme-reformen, forebyggings- og behandlingsreformen for rusfeltet, en ny prioriteringsmelding, en melding om akuttmedisinske tjenester og en melding om allmennlegetjenesten. Det vises også til Meld. St. 28 (2024–2024) *Tro på framtida – uansett bakgrunn*. Oppfølgingen av bærekraftsmålene foretas blant annet gjennom disse satsingene.

Tiltak i Meld. St. 15 (2022–2023) *Folkehelsemeldinga* er innrettet slik at de har størst effekt for dem som trenger det mest, samtidig som tiltakene skal være bra for alle. Folkehelsearbeidet skal bidra til å redusere sårbarhet og bidra til økt motstandskraft i samfunnet.

Innsatsområdene i Meld. St. 23 (2023–2023) *Opptrappingsplan for psykisk helse (2023–2033)*, som ble lagt frem våren 2023, er helsefremmende og forebyggende psykiske helsearbeid, gode og tilgjengelige tjenester der folk bor og tilbudet til personer med langvarige og sammensatte behov. Målet med opptrappingsplanen er at flere skal oppleve god psykisk helse og livskvalitet og at de som har psykiske plager og lidelser skal få god og lett tilgjengelig hjelp. Regjeringen har lagt frem en nasjonal strategi for livskvalitet med mål om å utjevne sosiale forskjeller i livskvalitet og å utvikle bedre mål på samfunnsutviklingen om hva befolkningen opplever som viktig for et godt liv. Statistisk sentralbyrå har utarbeidet et indikatorrammeverk for måling av livskvalitet. Arbeidet med livskvalitet og den videre utviklingen av indikatorrammeverket kan være en måte Norge kan følge opp bærekraftsmålene og operasjonalisere delen om livskvalitet i mål 3. Det kan derfor være et viktig supplement til de globale og nasjonale indikatorene.

Regjeringen arbeider for å forebygge selvmord og starter høsten 2025 arbeidet med å utarbeide en ny handlingsplan. Nåværende Handlingsplan for forebygging av selvmord 2020–2025 – Ingen å miste følges opp frem til ny plan foreligger.

Regjeringen følger opp Handlingsplan for fysisk aktivitet 2020–2029 med tiltak i flere departementer og har i folkehelsemeldingen lagt grunnlag for forsterket samfunns- og befolkningsrettet innsats for å fremme fysisk aktivitet for alle, uavhengig av alder og sosial bakgrunn, bl.a. gjennom tiltak for å fremme gå- og aktivitetsvennlige nærmiljøer og gode uteområder i barnehager, skoler og SFO for lek og læring.

Nasjonal alkoholstrategi videreføres frem mot år 2030 med mål om 20 pst. reduksjon i skadelig bruk av alkohol sammenlignet med 2010, i tråd med målsettingen til WHO.

Meld. St. 5 (2023–2024) *En motstandsdyktig helseberedskap – Fra pandemi til krig i Europa*, gir politisk og strategisk retning for norsk helseberedskap. Bakteppet er et mer sammensatt og krevende

trusselbilde. Meldingen er den første stortingsmeldingen om helseberedskap, og den inneholder tre hoveddeler: Et styrket system for helseberedskapen, en motstandsdyktig helseberedskap, og risiko og sårbarhetsområder. Forebygging og beredskap må gis økt prioritet. Regjeringen vil sikre en motstandsdyktig helseberedskap med formål å verne liv og helse.

Regjeringen arbeider også globalt for å bidra til at alle land etterlever sine forpliktelser på helseområdet. Dette inkluderer bl.a. et godt samarbeid med WHO Europa i oppfølgingen av resolusjonen WHA74.8 fra 2021 (the highest attainable standard of health for persons with disabilities) og utviklingen av rammeverket «The WHO European framework for action to achieve the highest attainable standard of health for persons with disabilities» (2022–2030). Målet er å bidra til å sikre bedre og mer tilgjengelige helse- og omsorgstjenester til personer med nedsatt funksjonsevne, både nasjonalt og internasjonalt.

Delmål 3.1: Innen 2030 redusere mødredødeligheten i verden til under 70 per 100 000 levendefødte

Norge har god svangerskaps- og fødselsomsorg, og det er få kvinner som dør ifb. graviditet og fødsel. I en rapport i det medisinske tidsskriftet BMJ fremgår det at det i perioden 2014 til 2018 var 2,7 mødre som døde per 100 000 levendefødte barn i Norge.

Delmål 3.2: Innen 2030 få slutt på dødsfall som kan forhindres blant nyfødte og barn under fem år, med et felles mål for alle land om å redusere dødeligheten blant nyfødte til høyst 12 per 1 000 levendefødte og til høyst 25 per 1 000 levendefødte blant barn under fem år

Norge skårer svært godt på indikatorene for dette målet og er et av verdens tryggeste land å føde i og å vokse opp i. Neonatal dødelighet er lav i Norge sammenlignet med resten av Europa og svært lav sammenlignet med verden for øvrig. Ifølge WHOs tall er Norge blant de landene med lavest neonatal dødelighet.

Delmål 3.3: Innen 2030 stanse epidemiene av aids, tuberkulose, malaria og neglisjerte tropiske sykdommer, og bekjempe hepatitt, vannbårne sykdommer og andre smittsomme sykdommer

Overordnet presterer Norge godt på dette delmålet, og det er en lav sykdomsbyrde i Norge. Helse- og omsorgstjenestene arbeider sammen med andre deler av samfunnet for å begrense omfanget av smittsomme sykdommer. Barnevaksinasjonsprogrammet er godt etablert, med en dekning på over 90 pst. Influensavaksinasjon blant personer over 65 år er nå på 65 pst., men dekningen er lavere blant andre risikogrupper. Covid-19 har blitt en del av vintersykdomsbildet, og koronapandemien har bidratt til en bedre forståelse av tiltakene som beskytter mot smittsomme sykdommer.

Norge har nådd målene i henhold til de globale indikatorene for delmål 3.3 som gjelder hiv, tuberkulose og hepatitt B. Det er imidlertid fortsatt flere som blir smittet med disse sykdommene. I 2023 ble det meldt totalt 332 hiv-tilfeller, mot 245 i 2022. Økningen i 2023 skyldes i hovedsak en økning av hiv-positive personer ved ankomst/innvandring til Norge. De siste årene har det vært en økning i antall personer smittet med seksuelt overførbare sykdommer. Det er en økning i infeksjoner forårsaket av mikrober som er resistente mot vanlige antimikrobielle legemidler. Antimikrobiell resistens kan være særlig utfordrende når det gjelder helsetjenesteassosierte infeksjoner.

Som ledd i oppfølgingen av strategi for seksuell helse har Helsedirektoratet en ordning for utdeling/utsendelse av gratis kondomer.

Delmål 3.4: Innen 2030 redusere prematur dødelighet forårsaket av ikke-smittsomme sykdommer (NCD) med en tredel gjennom forebygging og behandling, og fremme psykisk helse og livskvalitet

Norge har forpliktet seg til WHOs mål om 25 pst. reduksjon i prematur død i 2025 sammenlignet med 2010 som følge av de ikke-smittsomme sykdommene kreft, hjerte- og karsykdommer, diabetes og kronisk lungesykdom (kols). Målet er senere skjerpet til en reduksjon på en tredel innen 2030.

Delmålet omfatter også psykiske lidelser og demens, for eksempel sykdommen alzheimers. Det er ikke utviklet egne måleindikatorer for demens innenfor rammen av bærekraftsmål 3.4.

Norge har nådd 2025-målet og er på god vei til også å nå 2030-målet. De siste tallene fra Folkehelseinstituttet viser at Norge har hatt en nedgang på 20 pst. i for tidlig død som følge av ikke-smittsomme sykdommer siden 2015.[4] Det har særlig vært en nedgang i for tidlig død forårsaket av hjerte- og karsykdom og kreft for begge kjønn. Folkehelseinstituttet mener Norge dermed lig-

[4] Folkehelseinstituttet, *Dødeligheten går ned i alle deler av befolkningen*, 2024.

ger an til å nå målet om å redusere for tidlig død av ikke-smittsomme sykdommer med en tredel innen 2030. Likevel er ikke-smittsomme sykdommer den største bidragsyteren til sykdomsbyrden i Norge, og det er forbedringspotensial når det gjelder diabetes for begge kjønn og for kronisk obstruktiv lungesykdom (kols) for kvinner. I tillegg har selvmordsraten økt, særlig blant menn.

Utfordringer for videre nedgang i dødelighet kan være at befolkningens alkoholbruk ikke går ned, at vi ikke ser en nedgang i tobakksbruk blant unge, at de færreste spiser i henhold til kostrådene og at andelen med overvekt og fedme ikke går ned. I tillegg er aktivitetsnivået i befolkningen lavt og varierer gjennom livsløpet. Vi nærmer oss ikke WHOs globale mål om en 15 pst. nedgang i fysisk inaktivitet blant barn og unge innen 2030. For alle levevanene er det sosiale forskjeller, og det er betydelige helsegevinster både på individ- og samfunnsnivå dersom flere følger de nasjonale rådene innenfor levevaneområdene.

Daglig fysisk aktivitet gir flere leveår med god helse og livskvalitet og er viktig for å forebygge ikke-smittsomme sykdommer. Helsedirektoratet la i 2024 frem ny rapport om helseeffekter av fysisk aktivitet som viser at det er betydelige gevinster å hente både på samfunns- og individnivå dersom flere er aktive i tråd med nasjonale råd om fysisk aktivitet.

Usunt kosthold er en viktig risikofaktor for utvikling av ikke-smittsomme sykdommer, jf. omtale av arbeidet for å få befolkningen til å spise sunnere under delmål 2.2.

Under pandemien har det registrerte alkoholsalget vært høyere enn normalt, hovedsakelig som følge av nedgang i grense- og taxfreehandel og redusert salg på restauranter. Fra og med 2022 har det imidlertid vært en positiv utvikling med nedgang i registrert salg av alkohol, og i 2024 endte det på 6,2 liter ren alkohol per innbygger over 15 år. For å nå målet om 20 pst. reduksjon i skadelig bruk av alkohol innen 2030 er det nødvendig å vektlegge hensynet til folkehelsen og verne om de mest effektive alkoholpolitiske virkemidlene, herunder monopolordningen og andre begrensende tiltak som er viktige deler av norsk alkoholpolitikk.

Røyking er fortsatt den enkeltfaktoren som har størst betydning for sosiale helseforskjeller. Tall for 2023 viser at 16 pst. av innbyggerne (16–74 år) røyker, 7 pst. daglig, og at 20 pst. bruker snus, 16 pst. daglig. Som del av folkehelsemeldingen lanserte regjeringen i 2023 en tobakksstrategi med disse hovedmålene:

- Andelen dagligrøykere og -snusbrukere skal være under 5 pst. i alle alders- og utdanningsgrupper.
- Barn født i 2010 og senere skal ikke bruke tobakksvarer mv.
- Alle som ønsker det, skal få tilbud om gratis hjelp til å slutte å røyke.
- Tilgangen til tobakksvarer mv. skal bli vesentleg redusert for å verne barn og unge.
- Ingen skal plages av passiv røyking.
- Tobakksindustrien skal ikke kunne påvirke tobakkspolitikken, i tråd med de internasjonale forpliktelsene våre.

I flere år har mange kommuner rapportert at psykisk uhelse er en stor folkehelseutfordring. Regjeringen har igangsatt tiltak for å øke den psykiske helsekompetansen i befolkningen, bl.a. gjennom befolkningskampanjen *ABC for god psykisk helse.* I det pågående Program for folkehelsearbeid i kommunene er målet å utvikle tiltak som kommunene kan bruke for å forebygge psykiske plager og lidelser, fremme lokalt rusforebyggende arbeid og fremme god psykisk helse og livskvalitet.

Selvmord er blant de viktigste årsakene til for tidlig død, særlig blant menn. I 2024 er det foreløpig registrert 727 selvmord. Dette er det høyeste antallet registrerte selvmord i Norge noensinne. Selvmordsraten (antall selvmord per 100 000) er den høyeste siden 1999. Handlingsplanen går ut i 2025, og regjeringen har derfor besluttet å utarbeide en ny handlingsplan for forebygging av selvmord. Gjeldende plan videreføres frem til den nye iverksettes.

Selv om befolkningens helse generelt er god i Norge, er det vedvarende og systematiske ulikheter i levealder og dødelighet, målt etter blant annet inntekt, utdanningsnivå og yrke. Ifølge en rapport fra 2024 fra Nasjonalforeningen for folkehelsen har den tidelen av befolkningen med lavest inntekt sett under ett omtrent fem ganger så høy sannsynlighet for å dø for tidlig av sykdommer som kan forebygges eller behandles, sammenlignet med den rikeste tidelen.

Delmål 3.5: Styrke forebygging og behandling av rusmiddelmisbruk, blant annet misbruk av narkotiske stoffer og skadelig bruk av alkohol.

For å styrke forebygging av rusmiddelbruk og behandling av rusmiddelproblemer har regjeringen lagt frem en forebyggings- og behandlingsreform for rusfeltet. Som en del av reformen er det satt i gang arbeid med et nasjonalt program for rusforebyggende arbeid blant barn og unge. For-

målet med reformen er bl.a. å forebygge og redusere negative konsekvenser av rusmiddelbruk for enkeltpersoner og for samfunnet. Rusproblematikk skal identifiseres tidlig, og det skal tilbys rask og effektiv hjelp. Behandling, tilbud og tjenester som gis, skal være kunnskapsbaserte helhetlige, koordinerte, effektive og individuelt tilpasset.

Heroinassistert behandling (HAB) er et femårig prøveprosjekt som ble åpnet for pasienter i 2022. Det er etablert tilbud i Oslo og i Bergen for opiatavhengige gjennom egne klinikker med god helse- og sosialfaglig bemanning. Videre er det igangsatt forsøk med medikamentell behandling for avhengighet til benzodiazepiner og amfetamin, og regjeringen har lagt til rette for gjennomføring av nasjonale kliniske studier på disse områdene.

Det var 391 narkotikautløste dødsfall i 2023, det høyeste antall dødsfall siden 2001 (Dødsårsaksregisteret 2024), og det har vært en økende trend de siste ti årene. Til tross for en betydelig innsats over flere år har det ikke lykkes å redusere overdosedødsfall. Regjeringen har derfor tatt initiativ til en ny tilnærming til arbeidet med overdoser, og Helsedirektoratet la i 2025 frem en ny dynamisk og ikke tidsavgrenset handlingsplan med følgende innsatsområder: fortsatt forebygging av overdosedødsfall som skyldes illegale rusmidler, forebygging av overdosedødsfall som skyldes reseptbelagte legemidler samt forebygging av alkoholrelaterte dødsfall.

Regjeringen følger opp tiltakene i Nasjonal alkoholstrategi og har forlenget strategien frem til 2030, i tråd med WHOs globale alkoholhandlingsplan, og samtidig sluttet seg til målet om 20 pst. reduksjon i skadelig bruk av alkohol innen 2030, jf. omtale under delmål 3.4.

Delmål 3.6: Innen 2030 halvere antall dødsfall og skader i verden forårsaket av trafikkulykker

Trafikksikkerhetsarbeidet bygger på en visjon om at det ikke skal forekomme ulykker med drepte eller hardt skadde i transportsektoren – nullvisjonen. Tallet på drepte og hardt skadde i veitrafikken har hatt en positiv utvikling, men i senere år har den positive trenden flatet ut. I 2024 ble 578 hardt skadde i veitrafikkulykker, og 87 mennesker ble drept.

Sikkerhetsnivået for transport på bane, luft og sjø er gjennomgående høyt i Norge. De største utfordringene med transportsikkerhet er i veitrafikken. Norge er likevel blant de landene i verden med høyest sikkerhet i veitrafikken, målt etter antallet drepte per millioner innbyggere (16 per mill. innbyggere i 2024). I Nasjonal transportplan 2025–2036 (NTP) har regjeringen satt som etappemål at det innen 2030 maksimalt skal være 350 drepte og hardt skadde i veitrafikken, hvorav maksimalt 50 drepte. Ingen skal omkomme i veitrafikken i 2050. Ulykkesutviklingen så langt i 2025 viser at vi er på samme nivå som i 2024, og vi er klart på etterskudd for å nå etappemålene i 2030.

Møte- og utforkjøringsulykker dominerer ulykkesbildet. Høy fart, rus, uoppmerksomhet og risikoadferd er gjengangere som utløsende og medvirkende faktorer til alvorlige trafikkulykker. Basert på ulykkesstatistikk for årene 2020–2023 er det om lag 85 pst. høyere risiko for å bli drept eller hardt skadd per kjørte kilometer på fylkesveinettet sammenlignet med riksveinettet. Det er derfor et stort behov for trafikksikkerhetstiltak på fylkesveinettet, der utforkjøringsulykker er den største utfordringen.

Delmål 3.7: Innen 2030 sikre allmenn tilgang til tjenester knyttet til seksuell og reproduktiv helse, inkludert familieplanlegging og tilhørende informasjon og opplæring, og sikre at reproduktiv helse innarbeides i nasjonale strategier og programmer

Norge har et lovverk som sikrer likeverdig tilgang til tjenester for alle. Samtidig er det variasjon i bruk av helsetjenestene bl.a. pga. ulik grad av helsekompetanse. Antall svangerskapsavbrudd har i all hovedsak sunket de siste ti årene. Myndighetene har i hovedsak rettet innsats mot forebyggende tiltak. Dette handler om god og enkel tilgang til prevensjon, veiledning og undervisning om seksuell og reproduktiv helse. Regjeringen la frem en strategi for seksuell helse høsten 2025. Regjeringen vil forbedre informasjonsarbeidet og tilbudet innen seksuell og reproduktiv helse, og dette vil bl.a. følges opp i den nye strategien for seksuell helse.

Delmål 3.8: Oppnå allmenn dekning av helsetjenester, inkludert ordninger som beskytter mot økonomiske konsekvenser, og allmenn tilgang til grunnleggende og gode helsetjenester og trygge, virksomme og nødvendige medisiner og vaksiner av god kvalitet og til en overkommelig pris

I Norge skal alle ha lik tilgang til helse- og omsorgstjenester uavhengig av økonomi. Den offentlige helse- og omsorgstjenesten skal være tilgjengelig for alle. Nasjonal helse- og samhandlingsplan slår fast at målet med regjeringens helse- og omsorgspolitikk er å skape helsefremmende samfunn, forebygge sykdom og sikre en desentralisert helse- og omsorgstjeneste som yter gode, trygge og likeverdige tjenester i hele landet.

De kommunale helse- og omsorgstjenestene, inkludert fastlegeordningen, er grunnpilaren i helsesystemet som skal sikre enkel og lav terskel til helsehjelp for hele befolkningen. Tjenestene skal være organisert og tilpasset lokale behov, og samarbeid og samhandling innen ulike kommunale tjenester, med NAV, barnevernet og spesialisthelsetjenesten er viktig.

Regjeringen la våren 2025 frem Meld. St. 23 (2024–2025) *Fornye, forsterke, forbedre – Framtidens allmennlegetjenester og akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus*. Her presenteres regjeringens politikk for å utvikle disse tjenestene. Meldingen har fire hovedmål: at den offentlige allmennlegetjenesten er innbyggernes førstevalg, at alle innbyggere opplever gode og sammenhengende tjenester, og sosiale forskjeller i helse reduseres, at innbyggere med akutt sykdom får rask og god helsehjelp i hele landet samt at kommuner i hele landet tilbyr tilgjengelige, kunnskapsbaserte og gode allmennlegetjenester.

Regjeringen styrker også den offentlige tannhelsetjenesten. 19–28-åringer får dekket 75 pst. av utgiftene sine hos den offentlige tannhelsetjenesten. Gjennom budsjettbehandlingene i 2022, 2023 og 2024 har regjeringen utvidet tannhelsetilbudet for unge voksne. Stortinget vedtok 4. juni å lovfeste rettigheter etter tannhelsetjenesteloven for aldersgruppen til og med 28 år, med ikrafttredelse 1. juli 2025.

Videre vil regjeringen øke aldersgrensen for betaling av egenandeler hos fastlege og legevakt t.o.m. fylte 17 år fra 1. august 2026.

Delmål 3.9: Innen 2030 betydelig redusere antall dødsfall og sykdomstilfeller forårsaket av farlige kjemikalier og forurenset luft, vann og jord

Forurensning og farlige kjemikalier kan forårsake og forverre hjerte- og karsykdom og kreft, samt medføre reproduksjonsskader. Gjennom arbeidet med nye forbud og andre reguleringer mot bruk og utslipp reduseres risikoen for slike skader. Akutte dødsfall fra kjemikalier og forurensing forekommer relativt sjelden i Norge, men særlig utendørs luftforurensing utgjør fremdeles en helserisiko.

Den lokale luftforurensningen er redusert de siste årene, men det er fremdeles utfordringer enkelte steder og til ulike årstider. Veitrafikk og vedfyring er de viktigste kildene til lokal luftforurensning i Norge. Norge er blant landene i Europa med lavest risiko for tidlig død på grunn av lokal luftforurensning og ligger også langt fremme når det gjelder bekjempelse av vannbårne sykdommer.

Forurensning, blant annet fra miljøgifter, regnes blant de største miljøutfordringene. En rapport fra Folkehelseinstituttet om miljøgifter i norske barn fra 2023 viser at det er behov for å innføre tiltak på samfunnsnivå for å redusere eksponeringen for BPA og PFAS i befolkningen. Selv om kunnskapen om effekten og påvirkningen av nye stoffer har økt og mange av de farligste stoffene er faset ut, kommer det stadig nye produkter på markedet som krever regulering.

Delmål 3.a: Styrke gjennomføringen av Verdens helseorganisasjons rammekonvensjon om forebygging av tobakksskader i alle land

Norge jobber kontinuerlig med å oppfylle delmål 3.a, bl.a. gjennom årlig bidrag til tobakkskonvensjonens sekretariat, til prosjektet FCTC 2030 som bistår lavinntektsland med gjennomføring av tobakkskonvensjonen samt ved løpende revisjoner av den norske tobakksskadeloven. I 2025 har regjeringen fått vedtatt nye røykeforbud på utendørs lekeplasser og idrettsområder samt i biler hvor barn er passasjer og et forbud mot grensekryssende nettsalg av tobakksvarer og e-sigaretter.

Delmål 3.b: Støtte forskning på – og utvikling av – vaksiner og medisiner mot smittsomme og ikke-smittsomme sykdommer som primært rammer utviklingsland, sørge for tilgang til nødvendige medisiner og vaksiner til en overkommelig pris, i samsvar med Doha-erklæringen om TRIPS-avtalen og folkehelse, som bekrefter utviklingslandenes rett til fullt ut å anvende bestemmelsene som gjelder adgangen til å verne om folkehelsen og særlig sørge for tilgang til medisiner for alle, i avtalen om handelsrelaterte aspekter ved immaterielle rettigheter

Norge var med på å vedta WTOs ministerbeslutning om Trips og ministererklæringen om WTOs respons på covid-19-pandemien og fremtidige pandemier. Disse dokumentene bekrefter medlemmenes rettigheter i Trips-avtalen for pandemier, og gir bl.a. ytterligere rettigheter i form av et begrenset unntak fra Trips-avtalen for covid-19-vaksiner.

Norge har gjennom juridisk bistand lagt til rette for donasjon av vaksiner mot covid-19 fra EUs vaksineavtaler. Norge samarbeider med Cepi for utvikling av vaksiner som beskytter mot et bredere sett med fremtidige koronavirusvarianter som er mer motstandsdyktige mot dagens vaksiner mot covid-19. Pandemiavtalen, som Verdens helseforsamling vedtok i mai 2025, er også innrettet mot å styrke tilgangen til medisinske mottiltak,

herunder vaksiner, når pandemier bryter ut eller alvorlige internasjonale sykdomsutbrudd truer. Når avtalen trer i kraft, vil også denne bidra positivt til tilgang.

Delmål 3.c: Oppnå betydelig økt nasjonal offentlig finansiering av helsetjenester og rekruttering, utvikling og opplæring av helsepersonell i utviklingsland, særlig i de minst utviklede landene og små utviklingsøystater, og arbeide for at slikt personell blir værende i landene.

Norge fremmer systematisk oppnåelse av universell helsedekning som politisk prioritet internasjonalt, særlig innen WHO. Utvikling av helsepersonellstyrken er en integrert del av dette. Norge ved Helsedirektoratet er del av ekspertutvalget som gjennomgår effekt og relevans av WHOs globale kode for internasjonal rekruttering av helsepersonell.

Delmål 3.d: Styrke kapasiteten i alle land, særlig i utviklingsland, for tidligvarsling, risikoredusering og håndtering av nasjonale og globale helserisikoer

Norge fremmer implementering av Det internasjonale helsereglementet (2005), og spilte en aktiv rolle i forhandlinger om revisjon av IHR etter covid-19 pandemien, som Verdens helseforsamling vedtok i 2024 og som trer i kraft i september 2025. Norge deltar også i forhandlingene om et anneks til pandemiavtalen innen rammen av WHO. Når det er enighet om annekset, vil avtalen legges ut til ratifikasjon og tre i kraft. Norge bidrar også finansielt og faglig til styrking av folkehelseinstitusjoner og -kapasiteter gjennom Africa CDC og med utvalgte land.

Bærekraftsmål 5: Oppnå likestilling og styrke jenters og kvinners stilling i samfunnet

Delmål 5.6: Sikre tilgang til god seksuell og reproduktiv helse og reproduktive rettigheter for alle, i samsvar med handlingsprogrammet fra den internasjonale konferansen om befolkning og utvikling, handlingsplanen fra Beijing og beslutningsdokumentene fra deres respektive tilsynskonferanser

Regjeringen vil føre en offensiv likestillingspolitikk. Norge vil fortsette å være en pådriver for å beskytte oppnådde resultater og sikre videre fremgang for arbeidet med seksuell og reproduktiv helse og rettigheter (SRHR) nasjonalt og internasjonalt.

Regjeringen prioriterer kvinnehelse for å sikre likeverdige helsetjenester med mål om å skape åpenhet om kvinners helse og satse på kunnskap om og bedre utredning, behandling og oppfølging av kvinners helse i helse- og omsorgstjenesten. Regjeringen har fulgt opp NOU 2023: 5 *Den store forskjellen* med kvinnehelsestrategien som ble lagt frem i i 2024.

Bærekraftsmål 6: Sikre bærekraftig vannforvaltning og tilgang til vann og gode sanitære forhold

I Norge er det tilfredsstillende sanitærforhold og god tilgang på rent drikkevann. Vannforsyningssystemer som leverer vann til minst 50 personer er rapporteringspliktige. 89 pst. av befolkningen får vann fra slike rapporteringspliktige vannforsyningssystemer. Disse vannforsyningssystemene leverer i all hovedsak (99,7 pst.) drikkevann med tilfredsstillende hygienisk kvalitet. Det er likevel behov for tiltak for å hindre fremtidige problemer. Det kommunale ledningsnettet er generelt i dårlig forfatning og lekkasjegraden er høy. I gjennomsnitt lekker 29 pst. av produsert og renset drikkevann ut før det når forbrukeren. Vannforsyningssystemene kan være sårbare for uønskede hendelser. Alle vannforsyningssystemer skal ha beredskapsplaner slik at det til enhver tid kan leveres nok trygt drikkevann.

Norge har fastsatt nasjonale mål og iverksatt en rekke tiltak i tråd med WHO/UNECEs protokoll for vann og helse. For å møte utfordringene på vann- og avløpsområdet på en helhetlig måte, lanserte regjeringen i februar 2024 nye nasjonale mål for vann og helse med gjennomføringsplan. Drikkevannsforskriften fra 2017 har krav til drift og vedlikehold av ledningsnettet, beredskap, leveringssikkerhet og beskyttelse av drikkevannskilder. Forslag til endringer i denne forskriften, som er i samsvar med EUs reviderte drikkevannsdirektiv, ble sendt på høring i 2022. Forskriftsendringen vil bli iverksatt når det nye drikkevannsdirektivet inngår i EØS-avtalen.

Utslipp av kjemikalier og materialer som kan påvirke vannkvaliteten og drikkevannet, er strengt regulert. En stor del av det kommunale avløpsledningsnettet er gammelt og/eller dårlig, og mange avløpsrenseanlegg oppfyller ikke rensekravene i forurensningsregelverket. Dette medfører utslipp av urenset og dårlig renset avløpsvann.

For langsom fornying av både drikkevanns- og avløpsnettet fører til risiko for spredning av urenset avløpsvann til vannforekomster og drikkevannsnettet og dermed fare for spredning av smittsomme sykdommer. Å tilpasse vann- og sanitærsystemene til forventede klimaendringer vil være en utfordring i en del kommuner.

Bærekraftsmål 10: Redusere ulikhet i og mellom land

Regjeringen vil fortsette å arbeide for et samfunn med tillit, små forskjeller og muligheter for alle. Dette inkluderer å videreføre det nasjonale og internasjonale arbeidet for inkludering av marginaliserte og sårbare grupper, herunder mennesker med nedsatt funksjonsevne, i tråd med prinsippet om at ingen skal utelates. Helsefremmende og inkluderende lokalsamfunn og universelle ordninger som barnehage, skole og helse- og omsorgstjenester er viktig for å redusere sosial ulikhet og at alle får nødvendige helse- og velferdstjenester gjennom hele livet. Sentralt i arbeidet med å redusere sosiale ulikheter er også å styrke frivillighetens rolle i arbeidet med integrering, forebygging av ensomhet og å skape inkluderende møteplasser for alle, uavhengig av alder og funksjonsnivå.

Regjeringen har gjennom Meld. St. 15 (2022–2023) *Folkehelsemeldinga* lagt frem en nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller. Gjennom Meld. St. 28 (2024–2025) *Tro på framtida – uansett bakgrunn* har regjeringen lagt frem en samlet oppvekstpolitikk, med mål om sosial utjevning og mobilitet.

Bærekraftsmål 11: Gjøre byer og lokalsamfunn inkluderende, trygge, robuste og bærekraftige

Regjeringen er opptatt av å sikre bo- og nærmiljøer med kvaliteter som fremmer helse og livskvalitet for alle, og dette er derfor vektlagt i ny nasjonal arkitekturstrategi som ble lagt frem i juni 2025. En sosialt rettferdig fordeling av både goder og byrder er viktig i samfunns- og arealplanleggingen, herunder i fortetting.

Tilgang til bolignære tur-, gange- og aktivitetsområder for alle og tilrettelegging for gåvennlighet og annen trygg mobilitet er viktig for folks helse og livskvalitet og for sosial bærekraft. Dette er vektlagt i Handlingsplan for fysisk aktivitet 2020–2029 – Sammen om aktive liv, fulgt opp i folkehelsemeldingen med forsterket samfunns- og befolkningsrettet innsats, samt i ny stortingsmelding om bærekraftsmålene.

Folkehelseloven, og proposisjonen til Stortinget om endringer i folkehelseloven, understøtter plan- og bygningsloven og annet regelverk i arbeidet med systematisk og langsiktig å fremme gode vilkår for helse og livskvalitet og for å motvirke sosiale helseforskjeller blant annet kommunenes rolle og ansvar som samfunnsutviklere. Loven regulerer statlige, fylkeskommunale og kommunale oppgaver for å forebygge sykdom, fremme helse livskvalitet samt utjevne sosiale helseforskjeller.

I program for et aldersvennlig Norge er det et nettverk hvor om lag 230 kommuner deltar. Her vektlegges arbeidet med å skape aldersvennlige lokalsamfunn og at eldre selv kan planlegge for en bedre alderdom med egnet og trygg bolig. Levende og inkluderende lokalsamfunn og gode boligløsninger for en aldrende befolkning er sentrale innsatsområder i Bo trygt hjemme-reformen, jf. Meld. St. 24 (2022–2023).

Helsedirektoratet styrker kunnskapsgrunnlaget om helsefremmende utvikling av nærmiljø og lokalsamfunn. På oppdrag fra direktoratet la Oslo Economics høsten 2024 frem en rapport om indikatorer for gå- og aktivitetsvennlige nærmiljø, aktiv aldring og aldersvennlige samfunn, og våren 2024 la NIBR/Oslo Met frem en rapport om samarbeid og samordning for utvikling av aktivitets- og aldersvennlige nærmiljø.

Helse- og omsorgsdepartementet

t i l r å r :

I Prop. 1 S (2025–2026) om statsbudsjettet for år 2026 føres opp de forslag til vedtak som er nevnt i et fremlagt forslag.

Forslag

Under Helse- og omsorgsdepartementet føres det i Prop. 1 S (2025–2026) statsbudsjettet for budsjettåret 2026 opp følgende forslag til vedtak:

Kapitlene 700–783 og 2711–2790, 3700–3748, 5572 og 5631

I

Utgifter:

Kap.	Post		Kroner	Kroner
		Helse- og omsorgsdepartementet mv.		
700		Helse- og omsorgsdepartementet		
	01	Driftsutgifter	333 959 000	333 959 000
701		Digitalisering i helse- og omsorgs-tjenesten		
	21	Spesielle driftsutgifter, *kan overføres, kan nyttes under post 70*	254 978 000	
	60	Tilskudd til helseteknologi i kommunal helse- og omsorgs-tjeneste	72 568 000	
	70	Norsk Helsenett SF	74 806 000	
	73	Tilskudd til digitalisering i kommunal helse- og omsorgs-tjeneste, *kan overføres*	45 370 000	
	74	Rammefinansiering av fellestjenester levert av Norsk helsenett	123 900 000	571 622 000
702		Beredskap		
	21	Spesielle driftsutgifter, *kan overføres, kan nyttes under post 70*	37 861 000	
	70	Tilskudd, *kan nyttes under post 21*	4 899 000	
	72	Kompensasjon til legemiddel-grossister	86 677 000	129 437 000
703		Internasjonalt samarbeid		
	21	Spesielle driftsutgifter, *kan overføres*	18 243 000	
	71	Internasjonale organisasjoner	255 017 000	
	72	Tilskudd til Verdens helse-organisasjon (WHO)	23 566 000	296 826 000

Kap.	Post		Kroner	Kroner
704		Norsk helsearkiv		
	01	Driftsutgifter	77 951 000	
	21	Spesielle driftsutgifter, *kan overføres*	9 696 000	87 647 000
709		Pasient- og brukerombud		
	01	Driftsutgifter	88 620 000	88 620 000
		Sum Helse- og omsorgs-departementet mv.		1 508 111 000
		Folkehelse mv.		
710		Vaksiner mv.		
	21	Spesielle driftsutgifter, *kan overføres*	306 703 000	
	22	Salgs- og beredskapsprodukter m.m., *kan overføres*	182 900 000	
	23	Vaksinasjonsprogram for voksne og risikogrupper, *kan overføres*	261 631 000	751 234 000
712		Bioteknologirådet		
	01	Driftsutgifter	14 502 000	14 502 000
714		Folkehelse		
	21	Spesielle driftsutgifter, *kan overføres*	139 946 000	
	22	Gebyrfinansierte ordninger	47 172 000	
	60	Kommunale tiltak, *kan overføres*	121 307 000	
	70	Rusmiddeltiltak mv., *kan overføres*	205 510 000	
	74	Skolefrukt mv., *kan overføres*	20 996 000	
	79	Andre tilskudd, *kan overføres, kan nyttes under post 21*	85 835 000	620 766 000
717		Legemiddeltiltak		
	21	Spesielle driftsutgifter, *kan overføres*	11 117 000	
	70	Tilskudd	75 162 000	86 279 000
		Sum Folkehelse mv.		1 472 781 000
		Spesialisthelsetjenester		
732		Regionale helseforetak		
	21	Spesielle driftsutgifter, *kan overføres*	20 806 000	
	70	Særskilte tilskudd, *kan overføres, kan nyttes under postene 72, 73, 74 og 75*	2 137 459 000	
	71	Resultatbasert finansiering	693 123 000	
	72	Basisbevilgning Helse Sør-Øst RHF	94 780 348 000	
	73	Basisbevilgning Helse Vest RHF	33 303 002 000	

Kap.	Post		Kroner	Kroner
	74	Basisbevilgning Helse Midt-Norge RHF	24 581 328 000	
	75	Basisbevilgning Helse Nord RHF	20 772 493 000	
	76	Innsatsstyrt finansiering, *overslagsbevilgning*	33 523 840 000	
	77	Laboratorie- og radiologiske undersøkelser, *overslagsbevilgning*	4 767 295 000	
	78	Forskning og nasjonale kompetansetjenester	1 352 477 000	
	80	Kompensasjon for merverdiavgift, *overslagsbevilgning*	11 230 115 000	
	82	Investeringslån, *kan overføres*	6 992 500 000	
	83	Byggelånsrenter, *overslagsbevilgning*	651 000 000	
	86	Driftskreditter	2 318 000 000	237 123 786 000
733		Habilitering og rehabilitering		
	21	Spesielle driftsutgifter, *kan nyttes under post 79*	4 039 000	
	70	Behandlingsreiser til utlandet	121 306 000	
	79	Andre tilskudd, *kan nyttes under post 21*	5 954 000	131 299 000
734		Særskilte tilskudd til psykisk helse og rustiltak		
	01	Driftsutgifter	132 168 000	
	21	Spesielle driftsutgifter	16 810 000	
	70	Hjemhenting ved alvorlig psykisk lidelse mv.	3 517 000	
	71	Tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede	617 195 000	
	72	Utviklingsområder innen psykisk helsevern og rus	15 411 000	785 101 000
737		Historiske pensjonskostnader		
	70	Tilskudd, *overslagsbevilgning*	81 844 000	81 844 000
		Sum Spesialisthelsetjenester		238 122 030 000
		Sentral helseforvaltning		
740		Helsedirektoratet		
	01	Driftsutgifter	1 556 792 000	
	21	Spesielle driftsutgifter, *kan overføres*	115 338 000	1 672 130 000
741		Norsk pasientskadeerstatning		
	01	Driftsutgifter	253 876 000	

Kap.	Post		Kroner	Kroner
	70	Advokatutgifter	58 341 000	
	71	Særskilte tilskudd	37 202 000	349 419 000
742		Nasjonalt klageorgan for helse-tjenesten		
	01	Driftsutgifter	197 030 000	
	21	Spesielle driftsutgifter, *kan overføres*	16 955 000	213 985 000
745		Folkehelseinstituttet		
	01	Driftsutgifter	1 614 978 000	
	21	Spesielle driftsutgifter, *kan overføres*	202 399 000	
	45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, *kan overføres*	16 068 000	1 833 445 000
746		Direktoratet for medisinske produkter		
	01	Driftsutgifter	458 591 000	
	21	Spesielle driftsutgifter, *kan overføres*	51 970 000	510 561 000
747		Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet		
	01	Driftsutgifter	220 494 000	
	21	Spesielle driftsutgifter, *kan overføres*	15 778 000	
	45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, *kan overføres*	5 787 000	242 059 000
748		Statens helsetilsyn		
	01	Driftsutgifter	187 912 000	
	21	Spesielle driftsutgifter, *kan overføres*	11 396 000	199 308 000
749		Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten		
	01	Driftsutgifter	42 143 000	42 143 000
		Sum Sentral helseforvaltning		5 063 050 000
		Helse- og omsorgstjenester i kommunene		
760		Kommunale helse- og omsorgstjenester		
	21	Spesielle driftsutgifter, *kan nyttes under postene 70 og 71*	432 688 000	
	60	Kompetanse, rekruttering og innovasjon	1 337 773 000	
	61	Forebyggende helse- og omsorgstjenester	34 391 000	
	62	Tilskudd til vertskommuner	893 131 000	

Kap.	Post		Kroner	Kroner
	63	Investeringstilskudd til heldøgns omsorgsplasser, *kan overføres*	2 573 062 000	
	64	Kompensasjon for renter og avdrag	921 200 000	
	70	Tilskudd, *kan nyttes under post 21*	431 479 000	
	71	Kompetanse-, forsknings- og rekrutteringstiltak, *kan nyttes under post 21*	327 621 000	
	72	Aldersvennlige boliger	89 000 000	7 040 345 000
765		Psykisk helse, rus og vold		
	21	Spesielle driftsutgifter, *kan overføres, kan nyttes under post 72*	205 623 000	
	60	Kommunale tjenester, *kan overføres*	440 928 000	
	62	Rusarbeid, *kan overføres*	448 611 000	
	71	Brukere og pårørende, *kan overføres*	151 715 000	
	72	Frivillig arbeid mv., *kan overføres, kan nyttes under post 21*	654 082 000	
	73	Utviklingstiltak mv.	148 570 000	
	74	Kompetansesentre, *kan overføres*	412 374 000	
	75	Vold og traumatisk stress, *kan overføres*	318 470 000	2 780 373 000
		Sum Helse- og omsorgstjenester i kommunene		9 820 718 000
		Tannhelse		
770		Tannhelsetjenester		
	21	Spesielle driftsutgifter, *kan overføres, kan nyttes under post 70*	6 370 000	
	70	Tilskudd, *kan overføres, kan nyttes under post 21*	453 447 000	459 817 000
		Sum Tannhelse		459 817 000
		Kunnskap og kompetanse		
780		Forskning		
	70	Norges forskningsråd, *kan overføres*	446 722 000	446 722 000
781		Forsøk og utvikling mv.		
	21	Spesielle driftsutgifter, *kan nyttes under post 79*	18 720 000	
	79	Tilskudd, *kan nyttes under post 21*	65 235 000	83 955 000

Kap.	Post		Kroner	Kroner
783		Personell		
	21	Spesielle driftsutgifter, *kan nyttes under post 79*	43 868 000	
	61	Tilskudd til kommuner	315 221 000	
	79	Andre tilskudd, *kan nyttes under post 21*	29 351 000	388 440 000
		Sum Kunnskap og kompetanse		919 117 000
		Spesialisthelsetjenester mv.		
2711		Spesialisthelsetjeneste mv.		
	70	Spesialisthjelp	3 271 000 000	
	71	Psykologhjelp	451 000 000	
	72	Tannbehandling	3 157 400 000	
	76	Private laboratorier og røntgeninstitutt	1 703 000 000	8 582 400 000
		Sum Spesialisthelsetjenester mv.		8 582 400 000
		Legehjelp, legemidler mv.		
2751		Legemidler mv.		
	70	Legemidler	15 569 000 000	
	71	Legeerklæringer	36 000 000	
	72	Medisinsk forbruksmateriell	2 626 600 000	18 231 600 000
2752		Refusjon av egenbetaling		
	72	Egenandelstak	8 681 000 000	8 681 000 000
2755		Helsetjenester i kommunene mv.		
	62	Fastlønnsordning fysioterapeuter, *kan nyttes under post 71*	630 000 000	
	70	Allmennlegehjelp	7 939 000 000	
	71	Fysioterapi, *kan nyttes under post 62*	1 919 000 000	
	72	Jordmorhjelp	111 000 000	
	73	Kiropraktorbehandling	18 000 000	
	75	Logopedisk og ortoptisk behandling	450 000 000	11 067 000 000
2756		Andre helsetjenester		
	70	Helsetjenester i annet EØS-land	12 000 000	
	71	Helsetjenester i utlandet mv.	652 200 000	
	72	Helsetjenester til utenlandsboende mv.	435 000 000	1 099 200 000
		Sum Legehjelp, legemidler mv.		39 078 800 000

Kap.	Post		Kroner	Kroner
		Andre helsetiltak		
2790		Andre helsetiltak		
	70	Bidrag	278 000 000	278 000 000
		Sum Andre helsetiltak		278 000 000
		Sum departementets utgifter		305 304 824 000

Inntekter:

Kap.	Post		Kroner	Kroner
		Diverse inntekter		
3700		Helse- og omsorgsdepartementet		
	03	Refusjon av ODA-godkjente utgifter fra Utenriksdepartementet	215 695 000	215 695 000
3704		Norsk helsearkiv		
	02	Diverse inntekter	3 116 000	3 116 000
3710		Vaksiner mv.		
	03	Vaksinesalg	288 661 000	288 661 000
3714		Folkehelse		
	04	Gebyrinntekter	25 274 000	25 274 000
3732		Regionale helseforetak		
	80	Renter på investeringslån	2 110 000 000	
	85	Avdrag på investeringslån f.o.m. 2008	1 992 000 000	
	87	Avdrag på tilskudd til Helse-plattformen	3 000 000	
	90	Avdrag på investeringslån t.o.m. 2007	426 600 000	4 531 600 000
3740		Helsedirektoratet		
	02	Diverse inntekter	36 368 000	
	04	Gebyrinntekter	32 101 000	
	05	Helsetjenester til utenlandsboende mv.	100 000 000	168 469 000
3741		Norsk pasientskadeerstatning		
	02	Diverse inntekter	8 208 000	
	50	Premie fra private	26 018 000	34 226 000

Kap.	Post		Kroner	Kroner
3742		Nasjonalt klageorgan for helse-tjenesten		
	50	Premie fra private	5 880 000	5 880 000
3745		Folkehelseinstituttet		
	02	Diverse inntekter	290 333 000	290 333 000
3746		Direktoratet for medisinske produkter		
	02	Diverse inntekter	38 504 000	
	04	Registreringsgebyr	86 145 000	
	85	Overtredelsesgebyr og tvangsmulkt	2 750 000	127 399 000
3747		Direktoratet for strålevern og atom-sikkerhet		
	02	Diverse inntekter	15 567 000	
	04	Gebyrinntekter	48 861 000	64 428 000
3748		Statens helsetilsyn		
	02	Diverse inntekter	1 123 000	1 123 000
		Sum Diverse inntekter		5 756 204 000
		Skatter og avgifter		
5572		Sektoravgifter under Helse- og omsorgsdepartementet		
	70	Legemiddeldetaljistavgift	75 985 000	
	72	Avgift utsalgssteder utenom apotek	3 000 000	
	73	Legemiddelleverandøravgift	240 000 000	
	74	Tilsynsavgift	3 770 000	
	75	Sektoravgift tobakk	18 952 000	341 707 000
		Sum Skatter og avgifter		341 707 000
		Renter og utbytte mv.		
5631		Aksjer i AS Vinmonopolet		
	86	Utbytte	2 000	2 000
		Sum Renter og utbytte mv.		2 000
		Sum departementets inntekter		6 097 913 000

II

Merinntektsfullmakter

Stortinget samtykker i at Helse- og omsorgsdepartementet i 2026 kan:

overskride bevilgningen under	mot tilsvarende merinntekter under
kap. 704 post 21	kap. 3704 post 02
kap. 710 post 22	kap. 3710 post 03
kap. 710 post 23	kap. 3710 post 03
kap. 714 post 22	kap. 3714 post 04
kap. 714 post 22	kap. 5572 post 74
kap. 740 postene 01 og 21	kap. 3740 postene 02 og 04
kap. 741 post 01	kap. 3741 postene 02 og 50
kap. 742 post 01	kap. 3742 post 50
kap. 745 post 01	kap. 3710 post 03
kap. 745 post 01	kap. 3714 post 04
kap. 745 postene 01 og 21	kap. 3745 post 02
kap. 746 postene 01 og 21	kap. 3746 postene 02 og 04
kap. 747 postene 01 og 21	kap. 3747 postene 02 og 04
kap. 748 post 01	kap. 3748 post 02

Merinntekt som gir grunnlag for overskridelse, skal også dekke merverdiavgift knyttet til overskridelsen, og berører derfor også kap. 1633, post 01 for de statlige forvaltningsorganene som inngår i nettordningen for merverdiavgift.

Merinntekter og eventuelle mindreinntekter tas med i beregningen av overføring av ubrukt bevilgning til neste år.

III

Fullmakt til å overskride bevilgning

Stortinget samtykker i at Helse- og omsorgsdepartementet i 2026 kan overskride bevilgningen under kap. 745 Folkehelseinstituttet, post 21 Spesielle driftsutgifter i forbindelse med gjennomføringen av bestemte oppdragsprosjekter, mot tilsvarende kontraktsfestede innbetalinger til disse prosjektene under kap. 3745 Folkehelseinstituttet, post 02 Diverse inntekter. Ved beregning av beløp som kan overføres til 2027 under de nevnte utgiftsbevilgninger, skal alle ubrukte merinntekter og mindreinntekter regnes med, samt eventuell inndekning av foregående års overskridelse på posten.

Fullmakter til å pådra staten forpliktelser utover gitte bevilgninger

IV

Bestillingsfullmakt

Stortinget samtykker i at Helse- og omsorgsdepartementet i 2026 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	235,0 mill. kroner
	22	Salgs- og beredskapsprodukter m.m.	119,0 mill. kroner
	23	Vaksiner og vaksinasjon mot covid-19	755,0 mill. kroner

V

Tilsagnsfullmakt

Stortinget samtykker i at Helse- og omsorgsdepartementet i 2026 kan gi tilsagn om tilskudd utover gitte bevilgninger, men slik at samlet ramme for nye tilsagn og gammelt ansvar ikke overstiger følgende beløp:

Kap	Post	Betegnelse	Samlet ramme
760	63	Investeringstilskudd til heldøgns omsorgsplasser	6 431,5 mill. kroner
	70	Tilskudd	1,0 mill. kroner
780	70	Norges forskningsråd mv.	1 075,0 mill. kroner

Andre fullmakter

VI

Investeringslån og driftskredittramme til regionale helseforetak

Stortinget samtykker i at Helse- og omsorgsdepartementet i 2026 aktiverer investeringslån og driftskredittrammen til regionale helseforetak i statens kapitalregnskap.

VII

Oppgjørsordninger under Helfo (nettoføring)

Stortinget samtykker i at Helse- og omsorgsdepartementet i 2026 i tilknytning til oppgjørsordninger som forvaltes av Helfo, kan føre utgifter og inntekter uten bevilgninger over kap. 740 Helsedirektoratet på følgende poster:

- post 60 Oppgjørsordning gjesteinnbyggeroppgjør for fastleger
- post 61 Oppgjørsordning for covid-19-vaksinering
- post 62 Oppgjørsordning voksenvaksinasjonsprogram
- post 70 Oppgjørsordning helsetjenester i annet EØS-land
- post 71 Oppgjørsordning h-reseptlegemidler
- post 72 Oppgjørsordning fritt behandlingsvalg
- post 73 Oppgjørsordning Statens pensjonskasse

Netto mellomregning føres ved årets slutt i kapitalregnskapet for hver av ordningene.

VIII

Fullmakt til føring mot mellomværendet med statskassen

Stortinget samtykker i at Helse- og omsorgsdepartementet kan gi Folkehelseinstituttet fullmakt til regnskapsføring av legemiddeldetaljistavgiften mot mellomværendet med statskassen.

IX

Fullmakt til å donere eller kassere koronavaksiner

Stortinget samtykker i at Helse- og omsorgsdepartementet i 2026 får fullmakt til at vaksinedoser som ikke er planlagt brukt i Norge og som det ikke vurderes som hensiktsmessig å beholde i et beredskapslager, kan doneres eller kasseres.

Andre vedtak

X

Oppheving av anmodningsvedtak

Vedtak nr. 82, 3. desember 2018, nr. 520, 3. mai 2022 og nr. 929, 16. juni 2023 oppheves.

Bestilling av publikasjoner

Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon
publikasjoner.dep.no
Telefon: 22 24 00 00

Publikasjonene er også tilgjengelige på
www.regjeringen.no

Trykk: Aksell AS – 10/2025