(Opprinnelig utgave)

DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Prop. 1 S

(2026–2027)

Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak)

FOR BUDSJETTÅRET 2027

Utgiftskapitler: 700–783 og 2711–2790

Inntektskapitler: 3700–3748, 5572 og 5631

DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Prop. 1 S

(2026–2027)

Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak)

FOR BUDSJETTÅRET 2027

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 En friskere befolkning 13
1.2 Raskere helsehjelp inkl. ventetidsløftet 15
1.3 Eldreløftet 17
1.4 Fremtidens helsetjeneste/ helsereform 20
1.5 Forskning, innovasjon og helsenæring 23

2 **Profilen i budsjettforslaget** 25
2.1 Driftsbevilgninger til sykehus 26
2.2 Lånebevilgning til nye sykehusprosjekter 27
2.3 Eldreløftet 27
2.4 Opptrappingsplan for psykisk helse og forebyggings- og behandlingsreformen for rusfeltet 28
2.5 Helsepersonellplan 2040 29
2.6 Redusert sykefravær 29
2.7 Beskyttelse av spedbarn mot RS-virus 30
2.8 Digital førstelinje 30
2.9 Metodevurdering, helhetlige gjennomganger av terapiområder 30
2.10 Opprydding etter nukleær virksomhet i Norge 30
2.11 Helsedataforordningen – koordinerende helsedatatilgangsorgan 31
2.12 Nasjonal infrastruktur for sensitive data 31
2.13 Nye tilsynsoppgaver 31
2.14 Forskning på kvinnehelse 31
2.15 Budsjett- og strukturtiltak 31

3 **Oppfølging av anmodnings- og utredningsvedtak** 32
3.1 Stortingssesjon (2025–2026) 38
3.2 Stortingssesjon (2024–2025) 65
3.3 Stortingssesjon (2023–2024) 76
3.4 Stortingssesjon (2022–2023) 78
3.5 Stortingssesjon (2021–2022) 79
3.6 Stortingssesjon (2020–2021) 80
3.7 Stortingssesjon (2018–2019) 81

Del II **Budsjettomtaler** 83

4 **Nærmere omtale av bevilgningsforslag mv.** 85

Programområde 10 Helse- og omsorg ... 85

Programkategori 10.00
Helse- og omsorgsdepartementet mv. 85
Kap. 700 Helse- og omsorgsdepartementet 86
Kap. 3700 Helse- og omsorgsdepartementet 87
Kap. 701 Digitalisering i helse- og omsorgstjenesten 87
Kap. 702 Beredskap 93
Kap. 703 Internasjonalt samarbeid 97
Kap. 704 Norsk helsearkiv 102
Kap. 3704 Norsk helsearkiv 102
Kap. 709 Pasient- og brukerombud 103

Programkategori 10.10 Folkehelse mv. 104
Kap. 710 Vaksiner mv. 105
Kap. 3710 Vaksiner mv. 107
Kap. 712 Bioteknologirådet 108
Kap. 714 Folkehelse 108
Kap. 3714 Folkehelse 117
Kap. 717 Legemiddeltiltak 118
Kap. 5572 Sektoravgifter under Helse- og omsorgsdepartementet 120
Kap. 5631 Aksjer i AS Vinmonopolet 121

Programkategori 10.30
Spesialisthelsetjenesten 123
Kap. 732 Regionale helseforetak 125
Kap. 3732 Regionale helseforetak 150
Kap. 733 Habilitering og rehabilitering 155
Kap. 734 Særskilte tilskudd til psykisk helse og rustiltak 156
Kap. 737 Historiske pensjonskostnader 158

Programkategori 10.40
Sentral helseforvaltning 160
Kap. 740 Helsedirektoratet 162
Kap. 3740 Helsedirektoratet 170
Kap. 741 Norsk pasientskadeerstatning 171
Kap. 3741 Norsk pasientskadeerstatning 172
Kap. 742 Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten 173
Kap. 3742 Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten 174
Kap. 745 Folkehelseinstituttet 175
Kap. 3745 Folkehelseinstituttet 179

Kap. 746 Direktoratet for medisinske produkter 179
Kap. 3746 Direktoratet for medisinske produkter 182
Kap. 747 Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet 183
Kap. 3747 Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet 185
Kap. 748 Statens helsetilsyn 186
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 193
Kap. 765 Psykisk helse, rus og vold 235

Programkategori 10.70 Tannhelse 268
Kap. 770 Tannhelsetjenester 269

Programkategori 10.80 Kunnskap og kompetanse 273
Kap. 780 Forskning 274
Kap. 781 Forsøk og utvikling mv. 277
Kap. 783 Personell 279

Programområde 30 Helsetjenester, folketrygden 282

Programkategori 30.10 Spesialisthelsetjenester 283
Kap. 2711 Spesialisthelsetjeneste mv. 283

Programkategori 30.50 Legehjelp, legemidler mv. 287
Kap. 2751 Legemidler mv. 287
Kap. 2752 Refusjon av egenbetaling 289
Kap. 2755 Helsetjenester i kommunene mv. 290
Kap. 2756 Andre helsetjenester 294

Programkategori 30.90 Andre helsetiltak 296
Kap. 2790 Andre helsetiltak 296

Del III Omtale av særlige tema 299

5 Spesialisthelsetjenesten 301
5.1 Rask tilgang til trygge helsetjenester av høy kvalitet og sammenhengende pasientforløp 301
5.2 Styrke psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling 304
5.3 Kunnskapsbaserte og bærekraftige tjenester gjennom forskning, innovasjon og næringslivssamarbeid. 311
5.4 Vår felles helsetjeneste skal være fagfolkenes foretrukne arbeidsplass 314
5.5 Spesialisthelsetjenesten bidrar til samfunnssikkerhet og er forberedt på kriser og krig 316
5.6 En bærekraftig drift og utvikling av spesialisthelsetjenesten og god personellbruk 316

6 Administrative fellesomtaler ... 321
6.1 Likestilling og mangfold 321
6.2 Omtale av lønnsvilkårene mv. til ledere i heleide statlige virksomheter 327

7 Klima og miljørelevante saker 329
7.1 Arbeid med klima og miljø i spesialisthelsetjenesten 330

8 Oppfølging av FNs bærekraftsmål 332

Forslag 342

Tabellinnhold

Tabell 1.1 Noen nøkkeltall for helse- og omsorgstjenesten 12
Tabell 2.1 Utgiftsendringer sammenliknet med saldert budsjett inneværende år..... 25
Tabell 3.1 Oversikt over anmodnings- og utredningsvedtak, ordnet etter sesjon og nummer 32
Tabell 4.1 Fordelingsnøkkel basisbevilgning 2026 og 2027 142
Tabell 4.2 Gjennomsnittlig treårig beregning av forskningspoeng i regionale helseforetak 146
Tabell 4.3 Fordelingen av tilskudd til forskning i spesialist-helsetjenesten 147
Tabell 4.4 Oversikt over totalt låneopptak per 31. desember 2025 fordelt på de regionale helseforetakene (mill. kroner) 147
Tabell 4.5 Investeringslån 2025–2027 148
Tabell 4.6 Oversikt over innbetalte renter i 2025 fordelt på regionale helseforetak (mill. kroner) 150
Tabell 4.7 Oversikt over endringer i driftskredittrammene (mill. kroner) 154
Tabell 4.8 Forskningspoeng (2025) og prosentandel av forskningspoeng (2023–2025) 230
Tabell 4.9 Forskningspoeng (2025) og prosentandel av forskningspoeng (2023–2025) 262
Tabell 4.10 Forskningspoeng (2025) og prosentandel av forskningspoeng (2023–2025) 272
Tabell 4.11 Utgifter og aktivitetsvekst privatpraktiserende spesialister 2024–2027 (mill. kroner) 284
Tabell 4.12 Regnskapsførte utgifter til privatpraktiserende psykologer 2024–2025 (mill. kroner) 284
Tabell 4.13 Utgifter og aktivitetsvekst psykologhjelp 2024–2027 (mill. kroner) 285
Tabell 4.14 Regnskapsførte utgifter og aktivitetsvekst tannbehandling 2024–2027 (mill. kroner) 285
Tabell 4.15 Regnskapsførte utgifter til private laboratorier og røntgen-institutt 2024–2025 286
Tabell 4.16 Folketrygdens utgifter til legemidler og næringsmidler de siste fem årene (mill. kroner) ... 288
Tabell 4.17 Utgifter dekket over egen-andelstak 2024–2025 (mill. kroner) 290
Tabell 4.18 Utgifter til allmennlegehjelp 2024–2025 (mill. kroner) 291
Tabell 4.19 Utgifter og aktivitetsvekst allmennlegehjelp 2024–2027 (mill. kroner) 291
Tabell 4.20 Utgifter til fysioterapeuter med driftsavtale med kommunen 2024–2025 (mill. kroner) 292
Tabell 4.21 Utgifter og aktivitetsvekst fysioterapi 2024–2025 (mill. kroner) 293
Tabell 5.1 Pakkeforløp kreft samlet for 2025 (prosent) 302
Tabell 5.2 Måltall: Antall behovs-kartlegginger 303
Tabell 5.3 Døgnplasser i psykisk helsevern i Helse Nord 311
Tabell 5.4 Årsresultat 2024 og 2025 (mill. kroner) 317
Tabell 5.5 Investeringer i løpende priser og låneopptak i prosent av driftsinntekter 318
Tabell 5.6 Utvikling i helseforetakenes verdi på bygg, utstyr og immaterielle verdier 2024-2025 (mill. kroner) 318
Tabell 5.7 Helseforetakenes investerings-planer i perioden 2027–2030 (mill. kroner) 319
Tabell 6.1 Stillinger, Helse- og omsorgs-departementet 2025 (kvinner/menn) 323
Tabell 6.2 Fravær grunnet sykdom, Helse- og omsorgsdepartementet 323
Tabell 6.3 Stillinger og lønnsforskjeller, DSA 2025 (kvinner/menn) 324
Tabell 6.4 Stillinger og lønnsforskjeller, Helsedirektoratet 2025 325
Tabell 6.5 Stillinger og lønnsforskjeller, Pasient og brukerombudet 2025 325
Tabell 6.6 Stillinger og lønnsforskjeller, Helfo 2025 325
Tabell 6.7 Stillinger og lønnsforskjeller, Helseklage 2025 326

Tabell 6.8 Stillinger og lønnsforskjeller, NPE 2025 326
Tabell 6.9 Stillinger og lønnsforskjeller, Helsetilsynet 2025 326
Tabell 6.10 Stillinger og lønnsforskjeller, NPE 2025 327
Tabell 6.11 Stillinger og lønnsforskjeller, Ukom 2025 (kvinner/menn) 327
Tabell 6.12 Stillinger og lønnsforskjeller, Bioteknologirådets sekretariat 2025 (kvinner/menn) 327

DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Prop. 1 S

(2026–2027)

Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak)

FOR BUDSJETTÅRET 2027

Utgiftskapitler: 700–783 og 2711–2790

Inntektskapitler: 3700–3748, 5572 og 5631

Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet 25. september 2026, godkjent i statsråd samme dag.
(Regjeringen Støre)

Del I
Innledende del

1 Helse- og omsorgspolitikken

Regjeringen har i sin plan for Norge løftet frem trygghet for helsa som en av hovedprioriteringene for denne stortingsperioden: en friskere befolkning, raskere helsehjelp, Eldreløftet, helsereform og en bedre arbeidshverdag. «Vår helse 2030» er målsettingen for hvordan helse- og omsorgstjenesten skal utvikles i årene fremover, med tre visjoner for helse-Norge i 2030:

- I 2030 har vi en sammenhengende helse- og omsorgstjeneste tilpasset folks hverdag, med korte ventetider, digitale løsninger og mer valgfrihet.
- I 2030 har vi en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste der helsepersonellet vårt får bruke mer av tiden sin på pasienter og eldre, og der fagfolk opplever tillit, mestring og eierskap.
- I 2030 har vi en friskere befolkning og bedre beredskap – i Norge og i verden.

Utviklingen fremover krever at helse- og omsorgstjenestene arbeider mer helhetlig, forebyggende og effektivt. For å lykkes med dette må helse- og omsorgstjenestene kontinuerlig utvikles og moderniseres. Det krever evne og vilje til omstilling, utprøving av nye tjenester og innovasjon i måten tjenestene organiseres, leveres og forbedres på. Antallet og andelen eldre vil øke betydelig de kommende årene, mens tilgangen på arbeidskraft blir relativt mindre. Behovet for helse- og omsorgstjenester vil vokse raskere enn tilgangen på personell. Samtidig øker forekomsten av kroniske sykdommer og psykiske helseutfordringer, og flere pasienter har sammensatte behov som krever bedre samhandling mellom ulike tjenester.

Ventetidene i spesialisthelsetjenesten i Norge steg gradvis etter 2017 og tiltok som en følge av pandemien. Gjennom Ventetidsløftet er ventetiden til oppstart av helsehjelpen redusert markant og er om lag tilbake på nivået før pandemien. Etter innføringen av Ventetidsløftet er den såkalte helsekøen redusert og det opprinnelige målet for Ventetidsløftet 2024-2025 er innfridd. Om lag 18 000 færre ventet på helsehjelp ved utgangen av juli 2026 sammenlignet med juli 2021.

Ventetidene til behandling i spesialisthelsetjenesten er også redusert, men fortsatt er ventetidene til en del behandlinger for lang. I Ventetidsløftet 2.0 vil vi gjøre noe med dette. På sikt skal pasienter normalt være i gang med, eller fått behandling, innen 60 dager, dersom det ikke foreligger medisinske grunner for å vente. Dette skal vi få til gjennom bedre arbeids- og oppgavedeling, bruk av KI og teknologiske løsninger, bedre pasientlogistikk og planlegging, herunder Direkte tildeling av time, og flere langsiktige avtaler med ideelle og private. Produktiviteten og kapasiteten må opp, og den samlede kapasiteten i helsetjenesten må utnyttes bedre. En nasjonal insentivordning for reduserte ventetider og satsøkning for innsatsstyrt finansiering vil understøtte dette.

Andelen avslag i spesialisthelsetjenesten har steget over år uten at det er avdekket at avslagene er faglig feil. Det er imidlertid uheldig for pasienter og for den samlede ressursbruken. Det er derfor igangsatt et større arbeid ledet av Helsedirektoratet med mål om å sørge for gode henvisninger og derigjennom en reduksjon i andelen avslag. Én vei inn til psykisk helsehjelp og andre satsinger der det samarbeides mellom tjenestenivåene er sentrale verktøy for å understøtte at pasienter får behandling på rett sted til rett tid.

Regjeringen vil styrke helseberedskapen og forsyningssikkerheten for kritiske medisinske innsatsfaktorer som en del av totalforsvaret. Det er pågående forhandlinger mellom Norge og EU om en avtale som vil gi tettere tilknytning til EUs helseunion og helseberedskapssamarbeid. For Norge vil det styrke vår tilgang til medisinske mottiltak. Vi vil med dette også forventes å bidra til felles europeisk beredskap for helsekonsekvenser av alvorlige kriser, pandemier og sikkerhetspolitiske hendelser.

Regjeringens politikk for helse- og omsorgssektoren tar utgangspunkt i disse målene og utfordringene. For å realisere disse visjonene vil regjeringen prioritere tiltak som styrker kvaliteten, kapasiteten og bærekraften i helse- og omsorgstjenestene. Ventetidene skal reduseres, pasientforløpene skal bli mer sammenhengende, og samhandlingen mellom kommunale helse- og omsorgstjenester og spesia-

listhelsetjenesten skal forbedres. Medarbeiderløftet skal bidra til godt samspill mellom medarbeidere og ledere på ulike nivåer i helse- og omsorgstjenesten og til at tjenestene skal være en attraktiv arbeidsplass. Samtidig skal teknologi, digitalisering og innovasjon tas i bruk for å forbedre tjenestene og frigjøre tid til pasientnært arbeid. Innsatsen for forebygging, folkehelse og beredskap skal styrkes for å bidra til bedre helse i befolkningen og et mer robust samfunn.

I et internasjonalt perspektiv leverer den norske helse- og omsorgstjenesten gjennomgående gode resultater. Norge er blant OECD-landene med høyest ressursinnsats til helseformål og har god tilgang på kvalifisert helsepersonell. Samtidig oppnår helsetjenesten gode resultater målt ved blant annet befolkningens forventede levealder, overlevelse ved alvorlig sykdom og lav dødelighet som kan forebygges eller behandles gjennom effektive helse- og omsorgstjenester.

Internasjonale sammenlikninger viser at Norge presterer godt på indikatorer som måler tilgang og kvalitet på helsetjenestene. Samtidig står også Norge overfor utfordringer knyttet til ventetider, tilgang på arbeidskraft og økende etterspørsel etter tjenester som følge av en aldrende befolkning. For å opprettholde gode resultater også i fremtiden er det behov for fortsatt utvikling, innovasjon og bærekraftig ressursutnyttelse i hele helse- og omsorgssektoren.

Tabell 1.1 Noen nøkkeltall for helse- og omsorgstjenesten

	Norge	Sverige	Danmark	OECD-gjennomsnitt
Leger per 1000 innbyggere	5,0	4,5	4,5	3,9
Sykepleiere per 1000 innbyggere	15,6	11,0	10,5	9,2
Sykehussenger per 1000 innbyggere	3,3	1,9	2,3	4,2
Helseutgifter per innbygger (USD)	9 393	7 871	7 071	5 967
Helseutgifter som andel av BNP	9,7	11,3	9,4	9,3
Forventet levealder	83,1	83,4	81,8	81,1
Andel røykere	8,0	8,5	11,0	14,8
Andel overvektige	16,0	16,5	18,7	19,0
30-dagers dødelighet etter hjerteinfarkt[1]	2,6	3,4	4,5	6,5
30-dagers dødelighet etter hjerneslag[1]	4,0	4,9	4,9	7,7
Andel av befolkningen som er tilfreds med tilgangen til helsetjenester av god kvalitet	80 pst.	75 pst.	86 pst.	64 pst.

[1] Alders- og kjønnsstandardisert rate per 100 innleggelser blant personer 45 år og eldre.
Kilde: Health at a glance 2025, OECD Indicators

Boks 1.1 Regjeringens hovedprioriteringer på Helse- og omsorgsdepartementets område

Økte rammer og nye insentivordninger for sykehusene:	Sykehusbudsjettet øker med 2 600 mill. kroner. Dette gir blant annet full dekning for lønns- og prisvekst, samt demografi, lånebevilgning til Senter for psykisk helse ved St. Olavs hospital og satsning på beredskap og tilfluktsrom. I tillegg videreføres det en nasjonal insentivordning som sammen med satsøkning for innsatsstyrt finansiering vil understøtte ventetidsarbeidet.
Opptrapping av Eldreløftet:	Øke antall heldøgns omsorgsplasser til 1 750, ny sats og forenkling av ordningen, tilskudd til aldersvennlig oppgradering av egen bolig videreføres, tilskudd til Aktivitetstiltak for Eldrekraften og høreapparatgaranti styrkes.
Opptrappingsplanen for psykisk helse:	Økning på 300 mill. kroner i tråd med opptrappingsplanen skal gi økt døgnkapasitet i psykisk helsevern og psykisk helsevern for barn og unge, spesialisert rusbehandling for barn og unge, utvikling og etablering av lavterskeltilbud innen psykisk helse- og rusmiddelfeltet, oppfølging av tiltak i handlingsplan for å heve levealderen for mennesker med alvorlige psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer og modeller for systematisk samhandling mellom Arbeids- og velferdsetaten og kommunehelsetjenesten.
Helsepersonellplanen 2040:	Nytt omstillingstilskudd til kommunene som inkl. støtte og veiledning til kommunene utgjør om lag 700 mill. kroner, styrking av rekrutteringsprogrammet.
RS-virus (RSV):	Innføring av gratis tilbud for å beskytte spedbarn mot RS-virus.
Digital førstelinje:	KI-tjeneste på Helsenorge fra våren 2027.
Økt satsing på kvinnehelse:	Dobling av forskninginnsatsen på kvinnehelse samt at regjeringen vil arbeide videre med hvordan kvinner med plager i overgangsalderen skal få bedre hjelp, herunder hormonbehandling der det er medisinsk behov.

1.1 En friskere befolkning

Regjeringen vil, i samarbeid med partene i arbeidslivet, jobbe for å utjevne sosiale helseforskjeller, redusere sykefraværet og sørge for at færre faller ut av arbeidslivet.

Norge står overfor betydelige folkehelseutfordringer, blant annet knyttet til muskel- og skjelettlidelser og psykiske plager og lidelser. Flere lever med kronisk sykdom. Flere leveår har ikke gitt tilsvarende økning i år med god helse. Helsetap i yrkesaktiv alder medfører økte kostnader til helse- og omsorgstjenester og medvirker til at mange faller ut av arbeidslivet. Økt kvalitet i helsetjenestene gjør at flere lever lenger med sykdommer, noe som understreker betydningen av å kunne leve og arbeide med sykdom.

Sykefraværet er for høyt. I andre kvartal 2026 var det 6,7 pst., som tilsvarer at om lag én av 15 arbeidstimer går tapt. Dette koster rundt 66 mrd. kroner i 2026 i sykepenger fra folketrygden (ca. 3 pst. av statsbudsjettet), i tillegg til betydelige utgifter til sykefravær hos arbeidsgiver og kostnadene det påfører den enkelte i form av blant annet redusert livskvalitet. Sykefravær er i seg selv en driver for utenforskap. Det har særlig vært

en økning de seneste årene i sykefravær med bakgrunn i psykiske plager og lidelser. Andelen unge som blir uføre på bakgrunn av psykiske plager og lidelser har også økt.

En viktig prioritering i regjeringens plan for Norge er å redusere sykefraværet og hindre at folk faller ut av arbeidslivet. Dette er bakgrunnen for prosjektet En friskere befolkning. Arbeidslivet og helse- og omsorgstjenestene skal fremme mestring, støtte deltakelse og fremme folkehelsen. Befolkningen skal få bedre forutsetninger for å leve friskere liv og arbeide med den helsen de har. Arbeid kan fremme helse, og sykmelding er ikke alltid riktig behandling.

Oppfølging av *Opptrappingsplan for psykisk helse* og *Forebyggings- og behandlingsreformen for rusfeltet* er også en viktig del av arbeidet. Opptrappingsplanen er en tiårig plan for psykisk helsefeltet. Sentrale satsinger i planen er helsefremmende og forebyggende tiltak, lavterskeltilbud, en økning i døgnkapasitet, samt tidlig og rask avklaring for de som søker hjelp. Planen styrker feltet med 3 mrd. kroner over ti år. Det er en permanent styrking til et nytt nivå. Gjennom planperioden har det vært en økning i antall laverskeltilbud i kommunene. Alle helseforetak i Helse Sør-Øst, Helse Vest og Helse Midt-Norge, samt UNN i Helse Nord har innført vurderingssamtale og/eller dialog ved henvisning til psykisk helsevern for barn og unge, og de regionale helseforetakene har fått i oppdrag å etablere tidlig avklaringsteam eller bruk av vurderingssamtaler i psykisk helsevern for voksne. Ventetidene i psykisk helsevern og TSB har gått ned. Etter mange år med nedgang i den totale døgnplasskapasiteten i psykisk helsevern voksne har reduksjonen stoppet opp, og i 2025 var det en svak økning. De regionale helseforetakenes planer for psykisk helsevern voksne viser at døgnkapasiteten vil gå opp, i tråd med framskrivningene. Allerede i inneværende år vil det etter planen være en økning, og med klare planer om ytterligere økning frem mot 2030. Ifølge dagens framskrivninger, omsatt til døgnplasser vil det være behov for å øke antall døgnplasser, med omtrent 430 for voksne frem mot 2040. Det vises til kap. 765 for nærmere omtale av opptrappingsplanen og forebyggings- og behandlingsreformen.

Tiltak for redusert sykefravær

Regjeringen følger opp avtalen med partene i arbeidslivet om redusert sykefravær og frafall fra arbeidslivet (IA-avtalen) 2025-2028. Regjeringen vil bedre informasjonsutvekslingen mellom helsetjenesten og Arbeids- og velferdsetaten og innfører en ny nasjonal faglig retningslinje for sykmeldingsarbeid med sterkere grad av normering enn dagens sykmeldingsveileder. Gradert sykmelding er hovedregelen og det etableres et følg-eller-forklar-prinsipp som innebærer at avvik fra hovedregelen om gradering skal begrunnes i journal. Det er gjennomført endringer i takstsystemet for fastleger og andre sykmeldere som skal styrke insentivene til å drive faglig godt sykefraværsarbeid, med mål om redusert sykefravær. I dette inngår bedre honorering av konsultasjoner som erfaringsmessig tar lengre tid, som å legge til rette for graderte sykmeldinger eller ingen sykmelding. Det prøves ut modeller for systematisk tjenestesamhandling mellom Arbeids- og velferdsetaten og kommunehelsetjeneste for personer med milde til moderate psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer, eventuelt også muskel- og skjelettplager, som har behov for både arbeidsrettede tjenester og behandling for å stå i arbeid. Som en oppfølging av IA-avtalen vil Arbeids- og inkluderingsdepartementet blant annet foreslå endringer i den sykmeldtes medvirknings- og aktivitetsplikt og arbeidsgivers tilretteleggingsplikt. Departementet arbeider også for å gjøre Arbeids- og velferdsetatens oppfølging av sykmeldte mer behovsrettet. Det vises til nærmere omtale i Prop. 1 S for Arbeids- og inkluderingsdepartementet.

Arbeidslivet skal fremme helse og mestring

En ny nasjonal arbeidsmiljøstrategi er under utarbeidelse. Hovedformålet er å bidra til å forsterke arbeidsmiljøarbeidet i den enkelte virksomhet, og slik bedre arbeidsmiljøet på den enkelte arbeidsplass. For å lykkes med dette er trepartssamarbeidet avgjørende. Strategien skal bidra til en helhetlig overbygning og retning for arbeidsmiljøarbeidet, og motivere myndighetene, partene i arbeidslivet og arbeidsgiverne til økt innsats og aktivitet.

Forebygging og mestring i helsetjenesten

Helse- og omsorgstjenestene må ha økt oppmerksomhet om forebygging og bidra til at folk mestrer sin egen helse. Denne innsatsen har betydning både for den enkeltes helse, men også for å redusere omfanget av fremtidige helse- og omsorgstjenester for samfunnet. Selvhjelpstilbud i form av en digital førstelinje og tilgjengelige lavterskeltilbud kan bidra til at folk får hjelp før utfordringer vokser seg store og krever mer spesialisert hjelp.

Gjennom Opptrappingsplan for psykisk helse legger regjeringen til rette for at innbyggere i alle landets kommuner skal ha tilgang til kunnskapsbaserte lavterskeltilbud innen psykisk helse og rus. Regjeringen har styrket kommunenes frie inntekter slik at flere kan utvikle slike tilbud. Det legges også til rette for dette gjennom målrettede tilskuddsordninger og faglig støtte. I 2025 hadde 85 pst. av kommunene og bydelene som rapporterte, minst én type lavterskeltilbud til voksne, mot 76 pst. i 2024. For barn og unge har andelen økt fra 55 pst. i 2024 til 72 pst. i 2025. Tilgjengelige digitale tilbud og tilbud i frivilligheten er også sentralt for at flere skal få rask og god hjelp.

Regjeringen foreslår 55 mill. kroner i 2027 til et nasjonalt, likeverdig forebyggende tilbud mot RS-virus til alle nyfødte og spedbarn. RS-virus er den vanligste årsaken til sykehusinnleggelse blant de minste barna om vinteren. Tiltaket vil beskytte spedbarn mot alvorlig luftveissykdom, redusere antall innleggelser og dempe det årlige sesongpresset på barneavdelinger og primærhelsetjeneste.

Regjeringen har igangsatt et arbeid med ny folkehelsemelding. Meldingen vil særlig ta sikte på å presentere ny politikk innen folkehelse og forebygging og mestring i helsetjenesten. Det er aktuelt å vurdere nye mekanismer for innføring av nye effektive legemidler og vaksiner. I samarbeid med Arbeids- og inkluderingsdepartementet settes arbeidshelse på agendaen i folkehelsearbeidet, som grunnlag for samarbeid og tiltak i forlengelsen av den nasjonale arbeidsmiljøstrategien.

Styrket folkehelsearbeid

Ved å fremme god helse i hele befolkningen, øker også arbeidsevnen. Det er viktig å beskytte og styrke helsen til barn og unge. Forbud mot markedsføring av usunn mat og drikke overfor barn og unge trådte i kraft 25. oktober 2025. Det er innført 16 års aldersgrense for kjøp av energidrikk og 18 års aldersgrense for kjøp av lystgass. Videre er røykeforbudene utvidet til utendørs lekeplasser og idrettsområder samt i biler hvor barn er passasjer, og det er innført forbud mot grensekryssende nettsalg av tobakksvarer og e-sigaretter.

Nye nasjonale anbefalinger om redusert skjermbruk og tilgang til smarttelefon for barn og unge er lansert. Regjeringen planlegger en ny partnerskapsavtale med matvarebransjen om et sunnere kosthold.

Folkehelseloven danner et viktig rammeverk for folkehelsepolitikken, herunder utjevning av sosiale forskjeller, både i kommunene, i fylkeskommunene og i staten. Endringer i folkehelseloven trådte i kraft 1. januar 2026.

1.2 Raskere helsehjelp inkl. ventetidsløftet

Regjeringen vil skape trygghet for helsa ved å bygge en sterk helsetjeneste for framtida, redusere ventetidene i spesialisthelsetjenesten og bedre tilgangen til allmennlegetjenester.

Ventetidene til oppstart av helsehjelpen i spesialisthelsetjenesten økte i flere år, særlig i forbindelse med koronapandemien. Med ventetidsløftet er utviklingen snudd, og det er sørget for en markant nedgang i ventetidene til påbegynt helsehjelp. Regjeringen har gjennomført en vellykket snuoperasjon for fastlegeordningen. I 2025 fikk vi over 200 flere fastleger, noe som er en fortsettelse av den sterke veksten siden sommeren 2023. Det er nå flere fastleger i Norge enn noen gang. Fra sommeren 2023 til september 2026 har over 270 000 flere innbyggere fått fastlege, og antall på lister uten fast fastlege har falt fra nesten 230 000 til 92 000 i samme tidsrom. Det er det laveste antallet siden høsten 2020 og de aller fleste av de aktuelle listene betjenes av vikar. Antall innbyggere på venteliste for å bytte fastlege har også falt gradvis fra en topp i desember 2023. Forsøket med kommunal nettlege pågår i 15 kommuner og gir nå om lag 1 million innbyggere tilgang til allmennlege i form av digital nettlegetime i offentlig regi.

I juni 2026 lanserte regjeringen et nytt ventetidsmål og målbildet for ventetider, herunder enkelte sentrale tiltak i arbeidet.

Pasienter skal normalt ha fått behandling eller være i gang med behandling innen 60 dager fra henvisning er mottatt, dersom det ikke foreligger medisinske grunner som tilsier at behandlingen bør vente eller at pasienten selv har valgt å utsette behandling. Det nye målet skal nås på sikt, men sykehusene skal umiddelbart starte arbeidet for å nå målet, og det forventes en markant reduksjon i ventetid framover. Målet gjelder for somatikk, psykisk helsevern for voksne, psykisk helsevern for barn og unge og for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).

Videre skal poliklinisk behandling i psykisk helsevern for voksne, psykisk helsevern for barn og unge og TSB gis med rett intensitet.

Pasienter skal gjennom den nye løsningen «Mitt sykehusvalg» enklere kunne velge behandlingssted mellom offentlige sykehus og ideelle og private sykehus som har avtale med det offentlige.

De fleste behandlinger skal inngå i tjenesten og pasientene skal kunne velge behandlingssted med noen få tastetrykk. I dag er det få behandlinger som inngår i denne løsningen, ventetidene som oppgis er ikke alltid oppdaterte og pasientene må selv kontakte sykehuset de er henvist til og be om at henvisningen sendes videre til ønsket sykehus. Løsningen vil gradvis bygges ut og arbeidet har startet.

Pasienter skal få direkte tildeling av time gjennom «Rett på time». Det vil si at pasienter i første brev fra valgt sykehus vil vite tid og sted for oppmøte. Gjennom denne omleggingen må sykehusene sette opp pasienter på første ledige time og den må komme raskt, i stedet for å sette opp pasientene nær datoen for å unngå fristbrudd, slik praksis ofte er i dag. Endringen innføres i alle helseforetak fra denne høsten.

Pasienter skal enkelt og digitalt kunne endre oppsatt time dersom tidspunktet ikke passer. I dag er praksisen at pasienter selv må ringe til sykehuset for å spørre om det finnes andre ledige timer. Kalenderfunksjonaliteten på Helsenorge rulles ut i løpet av 2026 og 2027.

Det er igangsatt et større arbeid om gode henvisninger som blant annet skal bidra til at andelen avslag i spesialisthelsetjenesten reduseres og foreslå tiltak for å bedre henvisningspraksis. Helsedirektoratet vil levere en rapport innen 1. februar 2027. I 2026 ble det innført insentivordninger for å understøtte nye ventetidsmål. Ordningen videreføres som en nasjonal ordning i 2027 og vil sammen med satsøkning for innsatsstyrt finansiering understøtte ventetidsarbeidet.

Innsatsstyrt finansiering

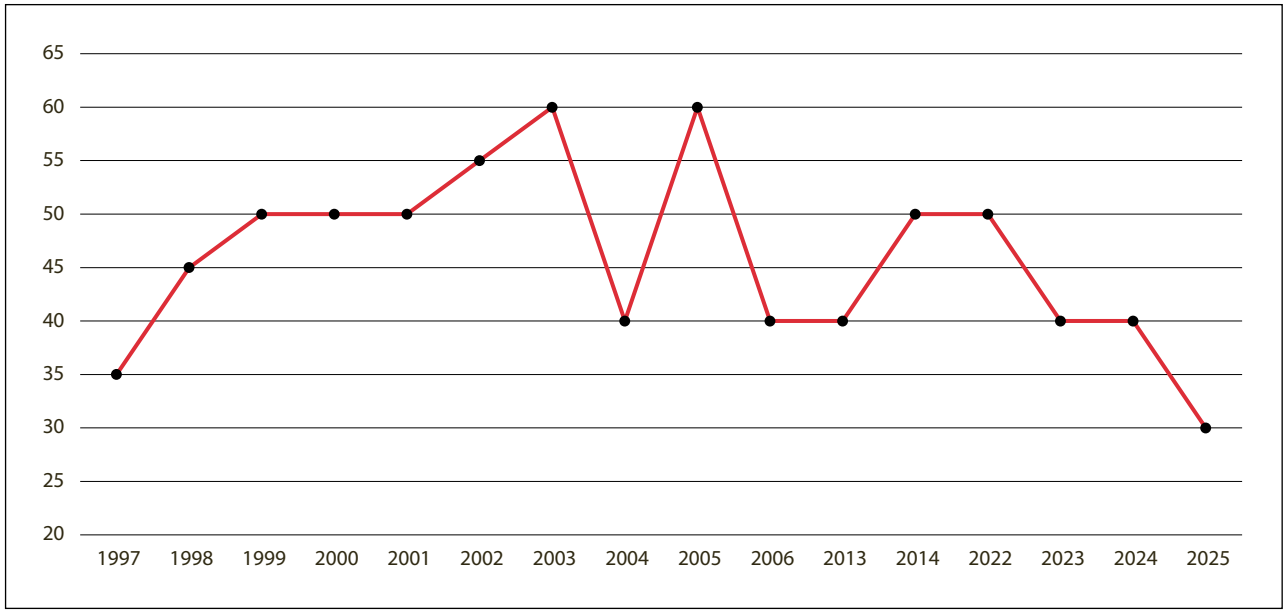
Innsatsstyrt finansiering (ISF) er en del av den samlede finansieringen av spesialisthelsetjenesten, der inntektene avhenger av hvor mange og hva slags pasienter som behandles. ISF inngår som en del av en blandingsmodell hvor et element av aktivitetsbasert finansiering supplerer basistilskuddene som utbetales til de regionale helseforetakene. Gjennom ISF dekker staten en fastsatt andel (sats) av de beregnede kostnadene ved pasientbehandlingen. En høyere ISF-sats innebærer dermed at en større del av finanseringen følger behandlingsaktiviteten, mens en lavere sats innebærer at en større andel gis gjennom basisbevilgningene.

Forslaget om å innføre innsatsstyrt finansiering ble lagt frem for Stortinget av Arbeiderpartiregjeringen Brundtland III i St.meld. nr. 44 (1995–96) og ordningen ble innført fra 1. juli 1997. Formålet var å kombinere fordelene ved rammefinansiering med et økonomisk insentiv til å behandle flere pasienter og utnytte kapasiteten i sykehusene bedre. ISF-ordningen har blitt utviklet i takt med endringer i spesialisthelsetjenesten. Mens ordningen opprinnelig kun omfattet somatisk behandling for pasienter som var innlagt på sykehus, omfatter den nå bl.a. all somatisk virksomhet, digitale helsetjenester, samarbeidsaktiviteter, enkelte pasientadministrative legemidler og forløpsfinansiering av dialyse. Fra 2017 ble også poliklinisk virksomhet innenfor psykisk helsevern og rusbehandling tatt inn i ordningen. Denne delen av ISF er holdt separat fra somatisk ISF, og har egen enhetspris og ISF-sats. For veldefinerte helsetjenester er ISF-regelverket slik at det kan inngås avtaler med kommuner om ytelse av tjenestene. Når tjenestetilbudet er regulert i avtale, kan velavgrensede spesialisthelsetjenester som utføres av kommunen inngå i beregningsgrunnlaget for ISF.

Regjeringen vil legge til rette for at sykehusene kan utnytte kapasiteten og behandle flere pasienter. En høyere ISF-sats innebærer at en større del av finanseringen følger aktiviteten, og styrker økonomiske insentiver til å øke behandlingsaktiviteten. Samtidig videreføres hovedtrekkene i blandingsmodellen, der størstedelen av finanseringen fortsatt gis gjennom basisbevilgningene.

ISF-satsen for somatisk virksomhet har variert noe gjennom årene. I perioden 1997 til 2026 har ISF-satsen for somatisk virksomhet i gjennomsnitt vært 45 pst. Under regjeringen Stoltenberg II var satsen 40 pst., noe den også ble satt til av regjeringen Støre før satsen ble satt ytterligere ned til 30 pst., jf. omtale i Meld. St. 9 (2023–2024), der det også ble varslet at «Regjeringen vil løpende følge utviklingen og erfaringene med redusert ISF-andel og økt grunnfinansiering.» Regjeringen foreslår nå at ISF-satsen for somatisk virksomhet igjen skal ligge på 40 pst. ISF-satsen for poliklinisk psykisk helsevern og rusbehandling er 25 pst. Denne foreslås samtidig økt til 30 pst. Satsendringen må ses i sammenheng med tiltak som skal underbygge regjeringens arbeid i Ventetidsløftet.

Figuren under viser endringer i ISF-satsen i perioden 1997-2025.



Figur 1.1

Regjeringen vil følge med på effekter og utilsiktede virkninger av økt ISF-sats fra 2027 og vurdere ev. justeringer og tiltak. Departementet vil sørge for at det gjennomføres en utredning av om det er områder som bør tas ut av ISF-ordningen, og komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

1.3 Eldreløftet

Regjeringen vil gjennom Eldreløftet bidra til en trygg og god alderdom for alle i Norge. Det skal bli lettere for eldre å bo hjemme lenger, samtidig som eldre skal ha trygghet for at de får sykehjemsplass når de trenger det.

Gjennom mobilisering av eldrekraften vil regjeringen bidra til at eldre kan bruke sin kunnskap og livserfaringer til å løse oppgaver for samfunnet, delta i frivillighet og skape aktivitet med og for eldre og for fellesskapet.

Andelen eldre i befolkningen blir betydelig større i årene som kommer. Eldre er en sammensatt gruppe, med store iboende ressurser. Mange lever lenge uten behov for hjelp og støtte, og har bedre funksjon til høyere alder enn tidligere. Samtidig vet vi at flere vil få aldersrelaterte sykdommer og mange har sammensatte og store behov, som krever hjelp fra både de kommunale helse- og omsorgstjenestene og sykehusene.

Ved inngangen til 2026 var fem pst. av Norges befolkning over 80 år, med betydelig høyere andel i distriktene enn i byene. Andelen over 80 år forventes å mer enn doble seg innen 2050 og utgjøre nesten én million individer innen år 2100. I løpet av det neste tiåret vil det for aller første gang være flere eldre over 65 år enn barn og unge i Norge.

Eldreløftet er en del av regjeringens plan for Norge (2025–29). Regjeringen vil at fellesskapet skal stille opp for de eldre. Regjeringen følger opp Meld. St. 24 (2022–2023) *Fellesskap og meistring – Bu trygt heime* med tiltak for å bidra til at eldre kan bo trygt hjemme. Ved hjelp av bedre planlegging, aldersvennlig samfunnsutvikling, styrket forebygging og mer målrettede tjenester kan behovet for mer omfattende helse- og omsorgstjenester utsettes. Samtidig skal alle være trygge på at de mottar gode og tilpassede tjenester når de har behov for det. Gjennom Eldreløftet kommer regjeringen med nye og forsterkede satsinger på bolig, bemanning og kvalitet, hørsel, aktivitet og pårørende. Regjeringen støtter opp under kommunenes ansvar i møtet med en aldrende befolkning og vil legge til rette for at det kan bygges flere sykehjemsplasser, bidra til kortere ventetid for høreapparat gjennom å styrke fastlegenes takster og bidra til å mobilisere eldrekraften i samarbeid med frivilligheten. Det vises til nærmere omtale av Eldreløftet under kap. 760.

Bolig

Oppdaterte framskrivinger fra SSB anslår at det vil være behov for om lag 22 800 flere heldøgns omsorgsplasser fra 2024 til 2035. Framskrivningen er usikker. Regjeringen vil sette kommunene i stand til å møte behovene for heldøgns omsorgsplasser. Samtidig har etterspørselen etter investeringstilskuddet til heldøgns omsorgsplasser vært

lavere de siste årene sammenlignet med før pandemien. I 2024 og 2025 ble ikke tilsagnsrammene fullt ut utnyttet. Regjeringen har gjort en rekke forenklinger i ordningen og foreløpige tall for 2026 viser en betydelig økning i andelen tilsagn. Tall fra SSB viser at det totale antallet heldøgns omsorgsplasser i landet over tid øker svakt, bl.a. fordi kommunene også fornyer og legger ned gamle og uegnede plasser. Den enkelte kommune er selv ansvarlig for hvordan de organiserer sin eldreomsorg, til det beste for sine innbyggere.

For å sette kommunene i stand til å øke utbyggingstakten har regjeringen innført flere forenklinger i ordningen i 2026. Bindingstiden for disponering av omsorgsplasser er redusert fra 30 til 20 år og redusert tilskuddssats til prosjekter som ikke har lokalt produksjonskjøkken er fjernet. Videre skal det innføres en dispensasjonsadgang i ordningen etter nærmere angitte vilkår. Per august 2026 omfattet søknadsinngangen 1 041 heldøgns omsorgsplasser mot 567 plasser på samme tid i 2025. Det kan tyde på at grepene bidrar til at ordningen bedre treffer kommunenes behov. Som varslet i Prop. 94 S (2025–2026) *Kommuneproposisjonen 2027*, foreslår regjeringen ytterligere grep for å øke kommunenes handlingsrom. Regjeringen foreslår å avvikle krav i tilskuddsordningen som ikke følger av annet regelverk og å utrede en forsøkshjemmel.

Regjeringen vil i tillegg styrke ordningen og foreslår 4 064 mill. kroner i tilsagnsramme for investeringstilskudd til om lag 1 750 heldøgns omsorgsplasser. 30 pst. av tilsagnsrammen, tilsvarende 1 219 mill. kroner, forbeholdes plasser som gir netto tilvekst i kommunene som mottar tilskudd. For å likebehandle kommunene foreslås det lik maksimal anleggskostnad for alle kommuner. Videre foreslås det lik tilskuddssats for plasser i institusjon og i heldøgns omsorgsboliger. Tilskuddssatsen foreslås satt til 55 pst. Kommunene finansieres i hovedsak gjennom de frie inntektene. Investeringstilskuddet er et supplement til dette, for å understøtte kommunene i arbeidet med å fornye og øke antallet heldøgns omsorgsplasser. Regjeringen forventer at kommunene ivaretar sitt ansvar og dekker behovet for tiltak og tjenester. Regjeringen vil følge utviklingen og komme tilbake til dette i de ordinære budsjettprosessene. For å få flere aldersvennlige boliger som kan bidra til at eldre kan bo trygt hjemme lenger, vil regjeringen videreføre tilskudd for at privatpersoner kan gjøre aldersvennlige oppgraderinger i egen bolig.

Parallelt med å forbedre og styrke tilskuddsordningen til heldøgns omsorgsplasser, har regjeringen igangsatt et arbeid som vil se på hvordan bl.a. boligtype, fysisk tilrettelegging, sentralisering, samlokalisering, teknologi, pårørendeinnsats og kommunal organisering påvirker behovet for bolig- og tjenestetilbud. Dette vil gi oss nødvendig kunnskap for å prioritere virkemidler som bidrar til at eldre mottar gode og treffsikre tjenester.

Regjeringen vil fortsette satsningen på aldersvennlige boliger. Kommunal- og distriktsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet vil se på eksisterende tilskuddsordninger og andre virkemidler på boligfeltet og hvordan de kan virke sammen med mål om å bedre understøtte utvikling og bygging av flere aldersvennlige boliger. Forslag til justeringer følges opp gjennom høring av aktuell forskrift eller i ordinære budsjettprosesser. For investeringsordningen til heldøgns omsorgsplasser legges det til grunn at kravet om at beboer må ha vedtak om heldøgns omsorgstjenester opprettholdes. Vilkår knyttet til tjenestenær beliggenhet og fellesareal/nabolagsfunksjoner vurderes.

Videre vil Kommunal- og distriktsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet bidra til videreutvikling av for boligbehovsanalyser og vurdere hvordan bruken av ulike verktøy kan styrke og støtte planlegging på nasjonalt, regionalt og kommunalt nivå. Helse- og omsorgsdepartementet vil også vurdere behovet for å presisere hvordan begrepet heldøgns omsorg bør forstås. Helse- og omsorgsdepartementet målretter i tillegg deler av forskningsmidlene til Norges forskningsråd knyttet til de kommunale helse og omsorgstjenestene for å få mer kunnskap om effekt av boligbygging for eldres helse og tjenestebehov.

Kvalitet og bemanning i eldreomsorgen

Regjeringen er opptatt av en god og verdig eldreomsorg og god kvalitet i tjenesten til eldre. Gjennom Meld. St. 11 (2025–2026) *Helsepersonellplan 2040* har regjeringen lansert en rekke tiltak rettet mot bemanning i kommunale helse- og omsorgstjenester. Regjeringen har videre lansert Eldrebarometeret, som gir viktig innsikt i kvaliteten i eldreomsorgen, både for tjenestene selv, personellet, nasjonale myndigheter og befolkningen generelt. Eldrebarometeret skal videreutvikles gjennom utvikling av nettsiden, nye kvalitetsindikatorer og utprøving av funksjonalitet, løsninger og tiltak som kan styrke bruken i lokalt kvalitetsforbedringsarbeid. Resultater fra pasient-, bruker- og pårørendeundersøkelser skal inkluderes. Målet er

at Eldrebarometeret over tid skal gi et mer helhetlig og nyansert bilde av kvaliteten i tjenestene til eldre, og dermed bidra til åpenhet, tillit og forbedring. I kommuneproposisjonen for 2026 ble det varslet at regjeringen ville utrede en særskilt ordning for oppfølging av kommuner med omfattende styringsutfordringer. Virkemidlene skal være rettet mot kommuner med vesentlige mangler eller svikt i styring og kontroll av kommunen. Det kan være kommuner med betydelig ubalanse i kommunens økonomi og mangler i styringen som får konsekvenser for levering av tjenester, for eksempel lovfestede helse- og omsorgstjenester. Nye journalløsninger i kommunene og data om tjenestene i sanntid, vil være viktig for styring og utvikling av tjenestetilbudet. Se nærmere omtale på kap. 760, post 21. Det skal også utredes hvordan kommuner som har utfordringer kan følges opp på en tydeligere og mer målrettet måte, med veiledning som første steg.

Hørsel

Hørsel er viktig for livskvaliteten og høreapparat kan forebygge isolasjon, kognitiv svikt, psykiske plager og utvikling av demens. Regjeringen følger opp høreapparatgarantien som innebærer at personer som trenger det skal ha høreapparat i øret innen fire måneder etter henvisning. Målet skal nås innen 2029. For å nå målet har regjeringen iverksatt flere tiltak. Regjeringen utreder forenklinger i formidlingen av høreapparat med sikte på digitalisering. Regjeringen har foreslått endringer i regelverk knyttet til hørselsutredning, utprøving og tildeling av høreapparat. Regjeringen foreslår å styrke fastlegenes takster med 16,5 mill. kroner fra 1. januar 2027 for å legge til rette for flere undersøkelser og bedre henvisninger fra allmennlegetjenesten, jf. kap. 2755, post 70. I tillegg har Helsedirektoratet fått i oppdrag å utarbeide nasjonale retningslinjer for hørselsomsorgen.

For å oppnå bedre tilgang til personell, har regjeringen i 2025 gitt de regionale helseforetakene i oppdrag å iverksette kompetansehevende tiltak for personell innen hørselsomsorgen, og tildelte i 2026 10 mill. kroner over Kunnskapsdepartementets budsjett til økning i utdanningskapasitet ved audiografutdanningen ved NTNU. Bevilgningen foreslås videreført i 2027. Kunnskapsdepartementet forventer at det tas opp studenter til et desentralisert tilbud senest høsten 2027. Nye ventetidsmål for spesialisthelsetjenesten og arbeidet som er satt i gang i sykehusene vil også bidra til måloppnåelse for høreapparatgarantien. Arbeidet med høreapparatgarantien danner også grunnlaget for videre forenklingsarbeid, slik at innbyggere får raskere tilgang til nødvendige hjelpemidler. Se også omtale i budsjettproposisjonen til Arbeids- og inkluderingsdepartementet.

Eldrekraften

Regjeringen styrker folkehelseperspektivet i Eldreløftet gjennom en satsing på eldrekraften. Som samfunn må vi dra bedre nytte av eldres erfaringer og engasjement. Eldre kan bidra mer i samfunnet, og gjennom frivilligheten er det mange muligheter til å bidra i sine lokalsamfunn. Det er mange utfordringer og behov i samfunnet hvor både sivilsamfunnet og eldre med sine ressurser kan spille en viktig rolle, også i samspill med offentlige tiltak og tjenester. Satsingen skal gi flere mulighet til å bidra i frivillig arbeid, og at flere eldre kan ta del i ulike aktiviteter. Det fremmer fellesskap, livskvalitet, reduserer ensomhet og gir bedre fysisk og psykisk helse Regjeringen viderefører tilskuddsordningen Aktivitetstiltak for eldrekraften, som ble etablert i 2026 som til aktivitetstiltak for eldre. Helsedirektoratet har i 2026 tildelt midler til over 170 tiltak i frivillige organisasjoner med et mangfold av aktiviteter. Pensjonistforbundet har fordelt sin tildeling på 10 mill. kroner til 297 ulike lokale tiltak. Tilskuddsordningen dekker aktiviteter som spenner fra besøkstjeneste, felles måltider, friluftsliv, treningsgrupper fra gågrupper til judo, korsang og rockeband, datahjelp, sosiale treff, generasjonsmøter m.m. Mange av tilbudene arrangeres av eldre selv.

Regjeringen har også etablert Partnerskap for eldrekraften med KS og ni landsomfattende organisasjoner som dekker bredden i frivilligheten. Samarbeidet skal bidra til at flere frivillige organisasjoner styrker sine tilbud for eldre, og samtidig kan dra nytte av at flere eldre kan ta delta og bidra i sine lokalsamfunn. Partnerskapet skal utpeke innsatsområder hvor det er store utfordringer hvor eldrekraften kan bidra, øke rekruttering og bidra til kunnskap og erfaringer. Resultater fra partnerskapet vil inngå i regjeringens arbeid med en aktivitetsgaranti.

Pårørende

Pårørende er en viktig ressurs, både for sine nærmeste og for samfunnet. Å avlaste pårørende er viktig for at den enkelte pårørende kan ivareta egen livskvalitet og være en ressurs både for sine nære og tjenestene, samt opprettholde egen arbeidsdeltakelse. Regjeringen vil legge til rette for bedre samarbeid mellom tjenestene og de

pårørende, og er i gang med å revidere og oppdatere pårørendeveilederen. Det er et mål at pårørendeveilederen tas i bruk i alle deler av tjenesten og at digital tilgang på HelseNorge tas i bruk i større grad. Pårørendesidene på HelseNorge skal gjennomgås slik at de blir lett tilgjengelige og relevante for pårørende i alle aldre og pårørendesituasjoner.

For å følge opp og implementere pårørendeavtaler har Helsedirektoratet fått i oppgave å kartlegge hvor mange som bruker og har fått tilbud om pårørendeavtaler som verktøy, og komme med tilrådning til aktuelle tiltak dersom funnene ikke er tilfredsstillende. Videre skal det vurderes om og ev. hvordan pårørendeavtaler kan knyttes til pasientenes journaler, inkludert juridiske og økonomiske konsekvenser.

Tilbud om pårørendeskoler og samtalegrupper til pårørende til personer med demens videreføres under demensplan. Det finnes også enkelte søkbare tilskuddsordninger for bruker- og pårørendeorganisasjoner innenfor psykisk helse og rus, se kap. 765, post 71.

Regjeringen vil integrere pårørendeperspektivet i alle planer og strategier i helse- og omsorgspolitikken. Pårørendeperspektivet er derfor inkludert i Helsepersonellplan 2040. Det skal også vurderes hvordan kompetanse om pårørende og støtte til tjenestene som jobber med pårørende best kan ivaretas, herunder om dette bør være en egen tjeneste eller en komponent bakt inn i de øvrige tjenestene.

Demens

Regjeringen vil legge frem en ny demensplan. Planen vil legge vekt på bl.a. forebygging, tidlig diagnostisering og behandling, tilpassede tjenester og økt bruk av teknologi, samt de særlige utfordringene distriktskommunene står overfor. I arbeidet med planen er regjeringen opptatt av at de ulike tilbudene i kommunene må tilpasses og skaleres i takt med behovet til personer med demens og deres pårørende. Det tas sikte på å legge frem den nye planen i løpet av 2026. Det vises nærmere omtale på kap. 760, post 21.

1.4 Fremtidens helsetjeneste/ helsereform

Regjeringen vil gjennomføre en helsereform for å gi innbyggerne bedre, mer sammenhengende og bærekraftige helsetjenester av høy kvalitet i hele landet. Målet er at pasienter, brukere og pårørende skal oppleve én tjeneste som henger bedre sammen, med god kvalitet, trygghet og tillit i møte med tjenestene, i tråd med målbildet i Vår helse 2030. Bakteppet er de omfattende omstillingsbehovene helse- og omsorgssektoren står overfor i årene fremover. Perspektivmeldingen og Helsepersonellplan 2040 peker på at en aldrende befolkning og dermed økt sykdomsbyrde i befolkningen vil gi økt etterspørsel etter helse- og omsorgstjenester, samtidig som tilgangen på kompetent arbeidskraft blir knappere og de økonomiske rammene strammere. Pasient- og brukerforløpene blir mer sammensatte og krever innsats på tvers av tjenesteytere og forvaltningsnivåer. Flere tiltak vil være nødvendig for å møte disse utfordringene.

Helsereformutvalget ble satt ned for å utrede og foreslå helhetlige modeller for fremtidig organisering, styring, finansiering og ansvarsfordeling mellom kommune- og spesialisthelsetjeneste. Parallelt gir «Prosjekt X» praktiske erfaringer gjennom utprøving av lokale samhandlingsmodeller, utviklet og utprøvd i samarbeid mellom kommuner og sykehus.

Utvalgets utredning og erfaringene fra utprøvingene i Prosjekt X vil inngå som del av beslutningsgrunnlaget for reformen. Regjeringen mottok våren 2026 også Innovasjons- og samskapingsutvalgets NOU *Den nye velferdskommunen* (NOU 2026: 6). Utvalget la i sin innstilling vekt på et samlet løft for å styrke kommunenes handlingsrom, omstillingsevne og kapasitet til å utvikle nye og bærekraftige løsninger i samspill med innbyggere, sivilsamfunn, brukere, pårørende, næringsliv og forskning. Utredningen har vært på bred høring, og NOU 2026: 6 vil inngå i beslutningsgrunnlaget for helsereformen.

Arbeidet med helsereformen skal legges frem for og behandles i Stortinget i denne regjeringsperioden.

Prosjekt X

«Prosjekt X» er et samarbeid mellom regjeringen og KS, forankret i samarbeidsavtale fra 17. juni 2025, med en bevilgning over statsbudsjettet for 2027 på 82,8 mill. kroner. Formålet er å teste ut nye måter å levere helsetjenester på, der skillelinjene mellom kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste viskes ut. Det skal legges særlig vekt på hvordan erfaringer og modeller med gode resultater kan videreutvikles nasjonalt.

Helsedirektoratet har en særskilt rolle i veiledning og evaluering av utprøvingene. Følgende

utprøvingsprosjekter er valgt ut av regjeringen og KS til Prosjekt X:

- *Én vei inn:* Sykehuset i Vestfold HF og Sandefjord kommune
- *Bo trygt hjemme:* Sykehuset Innlandet HF og Lillehammer kommune med legevaktsamarbeid med kommunene Gausdal, Øyer, Ringebu, Sør-Fron, Nord-Fron og Nordre Ringsaker
- *Eldre Agder:* Sørlandet sykehus HF, kommunene i Agder, Universitetet i Agder, Senter for omsorgsforskning sør, Norce,
- *Integrerte helsetjenester (Østfold):* Sykehuset Østfold HF og flere kommuner i opptaksområdet
- *Integrerte helsetjenester (Ahus):* Akershus universitetssykehus HF og kommuner i opptaksområdet
- *Sammenhengende svangerskaps-, føde- og barseltilbud:* Oslo kommune og Oslo universitetssykehus HF (OUS) og Akershus universitetssykehus HF
- *Samhandlingsarena Kongsberg:* Vestre Viken HF og Kongsberg kommune
- *Ny samhandlingsmodell i Voss lokalsjukehusområde:* Helse Bergen HF (Voss sjukehus) og kommunene Ulvik, Kvam, Eidfjord, Vaksdal og Voss
- *Barn og unge i Nordfjord «TAKT»:* Helse Førde HF og kommunene Stryn, Stad, Gloppen og Kinn
- *LofotENhelsetjeneste:* Nordlandssykehuset HF og kommunene Moskenes, Flakstad, Vestvågøy og Vågan
- *Trygt hjem – interkommunale kartleggingsteam:* Helgelandssykehuset HF og kommuner i opptaksområdet
- *Neste steg – Et samskapende boligprosjekt for ROP-pasienter:* St. Olavs hospital HF og Trondheim kommune
- *«Hvor er samhandlingsrommet?»:* Universitetssykehuset Nord-Norge HF og kommunene i Midt-Tromsregionen
- *Eldreløftet – tjenester fra samme hus:* Universitetssykehuset Nord-Norge HF og Tromsø kommune

Erfaringene fra prosjektene så langt viser blant annet at det er behov for bedre digitale samhandlingsverktøy og deling av journalinformasjon på tvers av virksomheter. Endringene i helsepersonellovens bestemmelser om taushetsplikt og tilgang til helseopplysninger, som trådte i kraft 1. juli 2026, gjør det enklere for helsepersonell å få direkte tilgang til relevante og nødvendige journalopplysninger i andre virksomheter. Det er gode erfaringer med journaltilgang på tvers i region nord. Gjennomføring av satsingen på digital samhandling med pasientens legemiddelliste, prøvesvar og deling av journaldokumenter er et viktig virkemiddel. Videre er det løftet frem behov for digitale behandlingsplaner for å få til et reelt samarbeid om oppfølging av pasienter og integrerte helsetjenester. Det pågår utprøving av digitale behandlingsplaner hos enkelte fastleger, kommuner og Akershus universitetssykehus som kan legge grunnlaget for nasjonal innføring. Erfaringene viser også at det kan være behov for endringer i regelverket for å i større grad kunne bruke registerdata til helsehjelp og styring og planlegging på tvers av virksomheter. Helse- og omsorgsdepartementet vil vurdere endringer i regelverket og andre tiltak for å bedre tilgjengeligheten til data.

Tilskuddet til «Prosjekt X» for 2027 skal i all hovedsak benyttes til konkret utprøving og pilotering av modeller. Midlene skal ikke gå til forberedende planleggingsarbeid.

Helsereformutvalget

Helsereformutvalget ble oppnevnt ved kongelig resolusjon 29. august 2025 og har fått i oppdrag å utrede og foreslå helhetlige modeller for fremtidig organisering, styring og finansiering av en sammenhengende og integrert helse- og omsorgstjeneste i Norge.

Mandatet innebærer blant annet å vurdere ansvars- og oppgavefordelingen mellom den kommunale og fylkeskommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten, samt rammer for samarbeid med private aktører for å understøtte en felles, likeverdig skattefinansiert helsetjeneste. Etter anmodningsvedtak fra Stortinget skal utvalget utrede minst én modell som innebærer et organisatorisk og økonomisk skille mellom drift og investeringer i sykehusene. Utvalgets forslag skal ivareta høy faglig kvalitet, helhetlige pasientforløp, pasient- og brukerrettigheter, god forebygging, effektiv ressurs- og teknologibruk, demokratisk styring og nasjonal helseberedskap, samt bidra til at den offentlige helsetjenesten forblir fagfolkenes foretrukne arbeidssted. Utvalget har etablert en bred referansegruppe og innhenter innspill fra ansattes organisasjoner, pasient- og brukerorganisasjoner, kommuner, helseforetak og fageksperter.

Helsereformutvalget skal avgi sin endelige rapport med anbefalinger til Helse- og omsorgsdepartementet innen 2. november 2026.

Tannhelsereform

Som oppfølging av budsjettforliket for 2026 tar regjeringen sikte på å sende ut et høringsnotat med forslag til rammer for en helhetlig tannhelsereform høsten 2026.

Tann- og munnhelse er viktig for vår samlede helse. Mens sykdommer i resten av kroppen behandles ut fra helsemessige behov i et velferdssystem dekket av fellesskapet, har tannhelsetjenesten utviklet seg på siden av den øvrige helse- og omsorgstjenesten. Dette har skapt systematiske ulikheter. Høy egenbetaling fører til at mange med lav inntekt utsetter eller avstår fra nødvendig tannbehandling, til tross for at orale sykdommer utgjør en betydelig del av den samlede sykdomsbyrden. Gjeldende lovverk er fra 1983 og er i liten grad endret og oppdatert i lys av dagens organisering og regulering av den øvrige helse- og omsorgstjenesten. Det er derfor på høy tid å ta grep for å revidere lovverket og tilpasse tannhelsetjenesten til dagens situasjon.

Dagens tannhelsetjeneste kjennetegnes av høy faglig kompetanse og moderne utstyr, og ivaretar deler av befolkningen godt. Svakhetene ligger i rammeverket: manglende integrasjon med øvrig helsetjeneste, geografiske variasjoner i tilbudet og sosiale forskjeller i befolkningens tannhelse. Samtidig kan dagens løsning med folketrygdrefusjon føre til uforutsigbarhet for pasientene, noe som i seg selv kan hindre mange fra å oppsøke nødvendig hjelp.

I høringsnotatet vil regjeringen presentere forslag til regelverksendringer for ny samlet løsning for organisering, finansiering og regulering av ytelsen av offentlig finansierte tannhelsetjenester. I tillegg vil høringsnotatet beskrive hvordan, med hvilke grep og prioriteringer, tannhelsetjenesten kan utvikles videre for å gi større deler av befolkningen rett til nødvendig tannhelsehjelp fra det offentlige.

Helsepersonellplan 2040

I Meld. St. 11 (2025–2026) *Helsepersonellplan 2040* har regjeringen lagt frem en rekke tiltak for å møte den forventede mangelen på personell i helse- og omsorgstjenestene. Planen bygger på framskrivinger og analyser som viser at helse- og omsorgstjenestene står overfor en økende mangel på arbeidskraft frem mot 2040, samtidig som etterspørselen etter tjenester vil øke som følge av en aldrende befolkning og at flere dermed vil leve lenger med sykdom og funksjonstap. Selv om utfordringen er stor, kan den løses. I Helsepersonellplan 2040 finnes det tiltak som vil sikre nok fagfolk og trygghet for helsa, også i framtida. Stortinget har nå planen til behandling.

Tilgang på arbeidskraft er en kritisk forutsetning for å gjennomføre en helsereform med målsetning om å sikre trygge, likeverdige helse- og omsorgstjenester til befolkningen i hele landet. Framskrivinger viser et bemanningsgap på 42 000 helsepersonell i 2040, dette gjelder primært helsefagarbeidere og sykepleiere (om lag 40 000).

De kommunale omsorgstjenestene bemannes i økende grad av personell uten formell helse- og sosialfaglig utdanning, og utfordringsbildet er dermed bredere enn det som fanges opp i framskrivingene for de 14 autoriserte helsepersonellgruppene alene. De kommunale helse- og omsorgstjenestene står overfor de største utfordringene når det gjelder rekruttering og bemanningssammensetning.

For å lukke dette gapet, trygge pasientene og avlaste pårørende har regjeringen foreslått tiltak i Meld. St. 11 (2025–2026) *Helsepersonellplan 2040* som Stortinget skal behandle høsten 2026. Planen har to hovedgrep:

- *Øke tilbudet av personell (potensial 41 800–61 100 årsverk):* I samarbeid med partene i arbeidslivet prioriteres et heltidsløft (potensial på over 22 000 årsverk ved 10 prosent økte stillingsbrøker) og mindre belastende turnusordninger. Innleie og vikarbruk tas ned ved å ta i bruk grunnbemanningsløsninger, utdanningskapasiteten innenfor enkelte personellgrupper økes (6 500 årsverk), og det innføres blant annet mentorordninger og kvalifiseringstiltak for ansatte uten helsefaglig utdanning.
- *Dempe behovet for personell (potensial 17 300 årsverk):* Målrettet bruk av teknologi, robotisering og KI skal fjerne tidstyver. Det skal legges til rette for ny ansvars- og oppgavedeling – herunder utvidet henvisningsrett, spesialistgodkjenning av sykepleiere, helsetjenester i apotek og avlastning fra annet personell til ikke-kliniske oppgaver. I tillegg prioriteres det bedre klinisk beslutningsstøtte mot overbehandling samt aldersvennlige boligløsninger.

Planen skal følges opp overfor sykehusene gjennom de årlige oppdragsdokumentene. For kommunene etableres et eget omstillingstilskudd som skal understøtte kommunene i å gjennomføre nødvendige omstillinger for å rekruttere og beholde kompetent personell. Regjeringen vil redegjøre for status for oppfølging av Helsepersonellplan 2040 i årlige budsjettforslag.

Digitalisering

Regjeringen vil ta i bruk teknologi trygt og raskere for å frigjøre tid og kapasitet for helsepersonell. Dette er nødvendig for å øke produktiviteten i helse- og omsorgstjenesten og bidra til å håndtere de demografiske utfordringene for sektoren. Digitale verktøy skal understøtte en mer effektiv oppgavefordeling og ivareta pasientsikkerhet og kvalitet for brukere og deres pårørende. En digitalt oppdatert helse- og omsorgstjeneste sikrer også tillit og oppslutning fra innbyggerne.

Med innføring av en digital førstelinje skal innbyggerne i større grad kunne velge å ha digital kontakt med helsetjenesten. Den digitale førstelinjen skal gi lett tilgjengelig og kvalitetssikret hjelp og veiledning til innbyggerne. Regjeringen vil etablere en trygg, innbyggerrettet offentlig KI- tjeneste for helseråd, fortsette utprøvingen av nettlegeordning som om lag 1 million nordmenn nå har tilgang til, tilrettelegge for at fastleger skal være mer digitalt tilgjengelige, og stimulere til økt bruk av digitale selvhjelps- og behandlingsverktøy.

KI-verktøy for planlegging, logistikk og dokumentasjon skal tas i bruk i alle sykehus, og tale-til-tekst-løsninger er under kvalitetssikring og innføring. Regjeringen har pålagt de regionale helseforetakene samlet å bruke minst 3 mrd. kroner årlig til nytt medisinsk-teknisk utstyr og KI-løsninger i perioden 2026–2029. Gode og brukervennlige journalløsninger er en forutsetning for enklere deling av pasientdata og for å gi helsepersonell en effektiv arbeidshverdag. Mange kommuner er nå i gang med å anskaffe nye og moderne journalsystemer som vil gi helsepersonell et bedre arbeidsverktøy. Regjeringen foreslår å etablere et omstillingstilskudd til kommunene, som blant annet skal bidra til dette. For å øke omstillingstakten har regjeringen også åpnet for å foreslå endringer i regelverket for plikt til bruk og betaling for de nasjonale e-helseløsningene.

Gjennom satsingen på digital samhandling prioriterer regjeringen tiltak som gjør det enklere å dele informasjon på tvers av nivåer og mellom virksomheter. Samhandlingstjenestene pasientens legemiddelliste, prøvesvar, journaldokumenter, kritisk informasjon og måledata vil gi helsepersonell rask og sikker tilgang til nødvendig informasjon. Sykehus, helsestasjoner og fastleger er i gang med innføring av digitalt helsekort for gravide. Det er en sentral oppgave å sikre at alle deler av helse- og omsorgstjenesten tar i bruk disse tjenestene.

Forslag til ny lov om det europeiske helsedataområdet har nylig vært på høring. Målet er å gjøre det enklere og tryggere å dele helseopplysninger og gjenbruke helsedata innenfor Europa. Dette kan gi betydelige gevinster for norske innbyggere. Det er også foreslått endringer i regelverket for å legge bedre til rette for informasjonsdeling i pasientbehandling. Et av forslagene er å forenkle helsepersonells tilgang til nødvendig informasjon i kjernejournal.

Arbeidet med digital sikkerhet og beredskap har fortsatt høy prioritet på grunn av dagens geopolitiske situasjon med krig og endret trusselbilde.

1.5 Forskning, innovasjon og helsenæring

Et godt samarbeid mellom helse- og omsorgstjenesten og næringslivet, frivillig sektor, samt universitets- og høyskolesektoren, på både nasjonalt og internasjonalt nivå er nødvendig for å møte de utfordringene vi står overfor og for å nå de politiske målsettingene i regjeringens plan for Norge om å sikre trygghet for helsa.

Forskningsrådet, de regionale helseforetakene, InnoMed og Innovasjon Norge skal gjennom sitt samfunnsoppdrag og virkemidler bidra til en utvikling som gir oss mer treffsikker kunnskap om implementering av tidsbesparende innovasjoner i tjenesten, bedre og mer treffsikker behandling, en friskere befolkning, mindre sosiale helseforskjeller og redusert sykefravær. Regjeringen prioriterer kvinnehelse for å sikre likeverdige helsetjenester, og har arbeidet målrettet og systematisk for å styrke kvinners helse. I budsjettet foreslås en dobling av innsatsen på 20 mill. kroner til forskning som er øremerket til kvinnehelse som en del av oppfølgingen av Kvinnehelsestrategien.

Regjeringen prioriterer også arbeidet med forskning for og med de kommunale helse- og omsorgstjenestene og bidrar til finansieringen av Kommunenes samarbeidsarena for forskning (KSF). KSF er en viktig del av et helhetlig kunnskapsstøttesystem for de kommunale helse- og omsorgstjenestene. KSF skal bidra og støtte kommunene med å definere kunnskapsbehov og delta i forskning samt bidra til at forskningsbasert kunnskap blir spredd og tatt i bruk. De kommunale kompetansesentrene bidrar også med vesentlig kunnskapsutvikling rettet mot disse tjenestene og regjeringen har øremerket forskningsmidler rettet mot kommunale helse-, omsorgs- og velferdstjenester gjennom Forskningsrådet.

I 2026 la regjeringen frem Nasjonal handlingsplan for kliniske studier og klinisk forskning som har som visjon at klinisk forskning skal være en integrert del av all klinisk praksis og pasientbehandling, og at Norge skal være blant de mest attraktive land i Europa for gjennomføring av industrifinansierte studier. I løpet av planperioden skal Norge ha et godt utbygd og effektivt økosystem for klinisk forskning som understøtter tjenesteutøvelsen. En annen viktig strategi er Hjernehelsestrategien som har som et av sine mål at norsk forskning innenfor hjernehelse skal være verdensledende. Det er behov for et koordinert samarbeid for å styrke norsk hjernehelseforskning nasjonalt og internasjonalt. Forskningsrådet og Hjernerådet har derfor sammen påtatt seg oppgaven med å etablere en nasjonal hub for hjerneforskning, etter mønster fra den norske Cancer Mission Huben.

Regjeringen har som mål at helsedata av god kvalitet skal gi bedre helse og bedre helse- og omsorgstjenester. I 2027 er det en prioritert oppgave å videreføre arbeidet med å forenkle tilgang til helsedata gjennom modernisering og videreutvikling av pasientregistrene, ytterligere forbedringer av regelverket og mer effektiv søknadsbehandling. Data og statistikk skal raskere ut til brukerne, samtidig som befolkningen skal ha tillit til at den enkeltes helsedata behandles på en trygg og sikker måte. Forslaget til ny lov om det europeiske helsedataområdet med felles regler, standarder og infrastrukturer, skal bidra til å styrke enkeltpersoners kontroll over egne helseopplysninger og til å forenkle tilgangen til elektroniske helsedata til bruk i forskning, folkehelsearbeid, innovasjon og politikkutforming. Regjeringen vil legge til rette for økt internasjonalt, nordisk og bilateralt samarbeid om helsedata og kliniske studier. Dette vil også være et område regjeringen vil legge trykk på når Norge har formannskapet i Nordisk ministerråd i 2027.

Regjeringen har som ambisjon at Nasjonal infrastruktur for sensitive data (Nortre), som ble etablert 1. januar 2026, skal videreutvikles for å ivareta nye krav til sikkerhet og legge til rette for nasjonalt og internasjonalt forskningssamarbeid. Nortre skal bidra til bedre samhandling på tvers av sektorer slik at helsedata kan brukes trygt og effektivt.

2 Profilen i budsjettforslaget

Helse- og omsorgsdepartementets samlede budsjettforslag er om lag 319,6 mrd. kroner, jf. tabell 2.1. Dette er fordelt med 270,8 mrd. kroner på programområde 10, Helse og omsorg, og 48,8 mrd. kroner på programområde 30, Helsetjenester, folketrygden. Samlet foreslås om lag 13,8 mrd. kroner mer enn i saldert budsjett for 2026. Dette svarer til en økning på 4,5 pst.

Tabell 2.1 Utgiftsendringer sammenliknet med saldert budsjett inneværende år

Mill. kroner

Betegnelse	Saldert budsjett 2026	Forslag 2027	Endring i pst.
Programområde 10 Helse og omsorg			
10.00 Helse- og omsorgsdepartementet mv.	1 526,1	1 602,3	5,0
10.10 Folkehelse mv.	1 376,8	1 507,7	9,5
10.30 Spesialisthelsetjenester	238 427,6	251 453,4	5,5
10.40 Sentral helseforvaltning	5 051,1	5 570,0	10,3
10.60 Helse- og omsorgstjenester i kommunene	9 369,3	9 222,8	-1,6
10.70 Tannhelse	524,8	502,4	-4,3
10.80 Kunnskap og kompetanse	919,1	908,7	-1,1
Sum Helse og omsorg	257 194,8	270 767,3	5,3
Programområde 30 Helsetjenester, folketrygden			
30.10 Spesialisthelsetjenester mv.	8 858,1	8 946,8	1,0
30.50 Legehjelp, legemidler mv.	39 433,8	39 573,6	0,4
30.90 Andre helsetiltak	278,0	274,0	-1,4
Sum Helsetjenester, folketrygden	48 569,9	48 794,4	0,5
Sum Helse- og omsorgsdepartementet	305 764,8	319 561,7	4,5

De viktigste styrkingene i budsjettforslaget ut over anslag for regelstyrte ordninger under folketrygden er omtalt i boks 2.1. Under pkt. 2.15 redegjøres det for gjennomgående budsjett- og strukturtiltak som foreslås for 2027.

Boks 2.1 Regjeringens hovedprioriteringer på Helse- og omsorgsdepartementets område sammenlignet med saldert budsjett for 2026

Driftsbevilgning sykehus	2 600 mill. kroner
Lånebevilgning til nye store sykehusprosjekter	145 mill. kroner
Eldreløftet:	
Investeringstilskuddet til heldøgns omsorgsplasser	406,4 mill. kroner
Tilskuddsordning Aktivitetstilbud for eldrekraften	20 mill. kroner
Høreapparatgaranti	16,5 mill. kroner
Opptrappingsplan psykisk helse og forebyggings- og behandlingsreformen for rusfeltet	200 mill. kroner
Helsepersonellplan 2040	730,3 mill. kroner
(hvorav 113,3 mill. kroner er styrking)	
Redusert sykefravær	25,3 mill. kroner
Beskyttelse av spedbarn mot RS-virus	55 mill. kroner
Digital førstelinje	20 mill. kroner
Forskning på kvinnehelse	20 mill. kroner
Opprydning etter nukleær virksomhet i Norge	20 mill. kroner
Metodevurdering, helhetlige gjennomganger av terapiområder	12 mill. kroner
Helsedataforordningen	10 mill. kroner
Nasjonal infrastruktur for sensitive data	10 mill. kroner
Nye tilsynsoppgaver	12 mill. kroner

2.1 Driftsbevilgninger til sykehus

Det foreslås å øke de regionale helseforetakenes driftsbevilgninger med 3 065 mill. kroner. Av dette skal 2 560 mill. kroner gå til økt aktivitet som følge av demografiske endringer. Videre skal 130 mill. kroner gå til blant annet spesialisert rusbehandling for barn og unge og døgnplasser i psykisk helsevern som en del av opptrappingsplan psykisk helsevern. Forslaget omfatter også 60 mill. kroner til økte beredskapsbehov i sektoren, og legger dermed til rette for å håndtere økte kapitalkostnader forbundet med tilfluktsrom ved Sykehuset Østfold og Oslo universitetssykehus. I tillegg kommer pris- og lønnsjustering av bevilgningene på 3,5 prosent.

Spesialisthelsetjenesten er pålagt ulike innsparingstiltak, som forutsettes at ikke skal gå ut over pasientbehandlingen. Ved behandlingen av revidert nasjonalbudsjett 2026, jf. Prop. 96 S (2025–2026), ble refusjonene for offentlige laboratorier redusert med 7 pst. fra 1. juli 2026 tilsvarende 140 mill. kroner. Helårseffekten i 2027 tilsvarer om lag 280 mill. kroner. Det foreslås i tillegg å underregulere refusjonene for offentlige laboratorier og bildediagnostikk med 24 mill. kroner i 2027.

Regjeringen foreslo i Prop. 96 S (2025–2026) bevilgningsmessige endringer forbundet med nye regler for regnskapsføring av pensjonskostnader i helseforetakene. Dette var en oppfølging av departementets forslag til nye regnskapsregler som var på offentlig høring vinteren 2026. Stortinget vedtok bevilgningsendringene i tråd med regjeringens forslag. Det foreslås en reduksjon i basisbevilgningene på 160 mill. kroner som følge av at de regionale helseforetakene får lavere renteutgifter på grunn av at det bevilges midler til å nullstille gammel driftskreditt ved overgang til ny ordning for beregning av pensjonskostnad fra 2026. Samlet effekt er på 320 mill. kroner, og det varsles derfor en ytterligere reduksjon i basisbevilgningen på 160 mill. kroner i 2028.

Fratrukket innsparingstiltakene i 2027 øker driftsbevilgningene med 2 600 mill. kroner fra saldert budsjett 2026.

Merkostnader som følge av at vi blir flere og eldre, er anslått til om lag 2 560 mill. kroner i 2027. Det er basert på Helsedirektoratets tall om bruk av spesialisthelsetjenester og Statistisk sentralbyrås befolkningsframskrivinger. Det er videre 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. Regje-

ringen vil fra 2028 legge til grunn anslaget for merutgifter til demografi fra Teknisk beregningsutvalg for spesialisthelsetjenestens økonomi.

I spesialisthelsetjenesten økte produktiviteten innenfor somatikken før pandemiåret 2020, men falt betydelig under pandemien. I etterkant har produktiviteten økt noe igjen, men var fremdeles lavere i 2024 enn i årene før pandemien. Hvis sykehusene hadde hatt samme produktivitet i 2024 som i 2019, ville det anslagsvis frigjort om lag 3,5 milliarder kroner i sykehusbudsjettene som kunne finansiert blant annet kortere ventetider.

Det er et mål å øke produktiviteten i helse- og omsorgstjenestene gjennom målrettet omstilling og bedre utnyttelse av personellressursene. Dette skal bidra til å møte befolkningens behov for tjenester og samtidig begrense veksten i framtidig personellbehov. Alle helseforetak vil bli bedt om å etablere produktivitetsutvalg, jf. Helsepersonellplan 2040.

Fra 2027 fastsettes det et ressursforbedringsmål for spesialisthelsetjenesten på 0,55 pst. av budsjettrammen. Midlene skal ikke trekkes ut av sykehusrammen, men ressursforbedringen skal synliggjøres og gevinstene skal finansiere tiltak for kortere ventetider i tjenesten.

Ventetidene i spesialisthelsetjenesten steg betydelig i etterkant av pandemien. Regjeringen satte derfor i gang Ventetidsløftet i mai 2024. Målet var å redusere ventetiden til helsehjelpen starter markant. Arbeidet har hatt god effekt og de nasjonale ventetidstallene for påbegynt helsehjelp har siden juni 2025 vært om lag på nivået før pandemien, dvs. som i 2019. De gjennomsnittlige ventetidene skal videre ned hvert år i denne Stortingsperioden, samtidig som det er avgjørende at ventetidene til videre behandling også reduseres markant. Regjeringen har derfor satt som mål at på sikt skal pasienter normalt være i gang med behandlingen eller fått behandling innen 60 dager fra henvisningen er mottatt, så lenge det ikke foreligger medisinske grunner for å vente eller pasienten selv har utsatt behandlingen. I tilleggsdokumentet for 2026 fikk de regionale helseforetakene i oppdrag å innføre insentivordninger som understøtter ventetidsmålene. I 2027 vil midlene til resultatbasert finansiering, om lag 700 mill. kroner, inngå i en ny nasjonal insentivordning for reduserte ventetider der midlene skal brukes der de har størst effekt.

Tall for første tertial 2026 viser at pasientbehandling som omfattes av ISF i all hovedsak tilsvarer den aktivitetsveksten som saldert budsjett 2026 la til rette for. For pasientbehandling som omfattes av ISF legger budsjettet til rette for en vekst på om lag 1,2 pst. fra anslått aktivitetsnivå i 2026. ISF-andelen foreslås økt fra 30 til 40 pst. innen somatikken og fra 25 pst. til 30 pst. innenfor poliklinisk psykisk helsevern og rusbehandling i 2027. Satsendringen må ses i sammenheng med tiltak som skal underbygge regjeringens arbeid i Ventetidsløftet. Det er budsjettert med en vekst på om lag 1,2 pst. innenfor offentlige laboratorie- og radiologiske undersøkelser fra anslått nivå i 2026.

Saldert budsjett 2026 innebar en økning i driftsbevilgningene på 3 643 mill. kroner, fratrukket effektiviseringstiltak, sammenlignet med saldert budsjett 2025. Det ble lagt til grunn en pris- og lønnsvekst (deflator) på 3,2 prosent for helseforetakene. Siste anslag for pris- og lønnsveksten i 2026 er 3,9 pst. og gir en svekkelse av det økonomiske handlingsrommet for de regionale helseforetakene i inneværende år. Samtidig viser nye anslag en pris- og lønnsvekst for 2025 på 3,5 pst. Dette er lavere enn den budsjetterte pris- og lønnsveksten på 4,1 pst. i saldert budsjett 2024, og ga isolert sett et bedre handlingsrom i 2025. Det er normalt med avvik mellom anslag og faktisk utvikling, og over tid forventes det at avvikene jevner seg ut.

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.

2.2 Lånebevilgning til nye sykehusprosjekter

Det foreslås å gi lån til ett nytt investeringsprosjekt i 2027. Det gjelder utbygging av Senter for psykisk helse ved St. Olavs hospital i samarbeid med NTNU med en låneramme på 2 646 mill. kroner og en lånebevilgning i 2027 på 145 mill. kroner. Senter for psykisk helse er siste gjenstående del av det integrerte universitetssykehuset i Trondheim, og er planlagt å inneholde arealer både for forskning, utdanning og klinisk virksomhet.

2.3 Eldreløftet

Oppdaterte framskrivinger fra SSB anslår at det vil være behov for om lag 22 800 flere heldøgns omsorgsplasser fra 2024 til 2035. Framskrivnin-

gen er usikker. Regjeringen vil sette kommunene i stand til å møte behovene for heldøgns omsorgsplasser. Samtidig har etterspørselen etter investeringstilskuddet til heldøgns omsorgsplasser vært lavere de siste årene sammenlignet med før pandemien. I 2024 og 2025 ble ikke tilsagnsrammene fullt ut utnyttet. Regjeringen har gjort en rekke forenklinger i ordningen og foreløpige tall for 2026 viser en betydelig økning i andelen tilsagn. Tall fra SSB viser at det totale antallet heldøgns omsorgsplasser i landet over tid øker svakt, bl.a. fordi kommunene også fornyer og legger ned gamle og uegnede plasser. Den enkelte kommune er selv ansvarlig for hvordan de organiserer sin eldreomsorg, til det beste for sine innbyggere.

For å bidra til at kommunene øker utbyggingstakten, har regjeringen innført flere forenklinger i ordningen i 2026. Bindingstiden for disponering av omsorgsplasser er redusert fra 30 til 20 år og redusert tilskuddssats til prosjekter som ikke har lokalt produksjonskjøkken er fjernet. Videre skal det innføres en dispensasjonsadgang i ordningen etter nærmere angitte vilkår. Per august 2026 omfattet søknadsinngangen 1 041 heldøgns omsorgsplasser mot 567 plasser på samme tid i 2025. Det kan tyde på at grepene bidrar til at ordningen bedre treffer kommunenes behov. Som varslet i Prop. 94 S (2025–2026) *Kommuneproposisjonen 2027*, foreslår regjeringen ytterligere grep for å øke kommunenes handlingsrom. Regjeringen foreslår å avvikle krav i tilskuddsordningen som ikke følger av annet regelverk og å utrede en forsøkshjemmel.

Regjeringen vil i tillegg styrke ordningen og foreslår 4 064 mill. kroner i tilsagnsramme for investeringstilskudd til om lag 1 750 heldøgns omsorgsplasser. 30 pst. av tilsagnsrammen, tilsvarende 1 219 mill. kroner, forbeholdes plasser som gir netto tilvekst i kommunene som mottar tilskudd. For å likebehandle kommunene foreslås det lik maksimal anleggskostnad for alle kommuner. Videre foreslås det lik tilskuddssats for plasser i institusjon og i heldøgns omsorgsboliger. Tilskuddssatsen foreslås satt til 55 pst. Kommunene finansieres i hovedsak gjennom de frie inntektene. Investeringstilskuddet er et supplement til dette, for å understøtte kommunene i arbeidet med å fornye og øke antallet heldøgns omsorgsplasser. Regjeringen forventer at kommunene ivaretar sitt ansvar og dekker behovet for tiltak og tjenester. Regjeringen vil følge utviklingen, og komme tilbake til dette i de ordinære budsjettprosessene. For å få flere aldersvennlige boliger som kan bidra til at eldre kan bo trygt hjemme lenger, vil regjeringen videreføre tilskudd for at privatpersoner kan gjøre aldersvennlige oppgraderinger i egen bolig.

Regjeringen foreslår å øke tilskuddsordningen Aktivitetstiltak for eldrekraften med 20 mill. kroner. Samlet foreslås det bevilget 91,3 mill. kroner til ordningen over kap. 714, post 79. Styrkingen vil gi forutsigbarhet for frivillige organisasjoner og legge til rette for at flere eldre kan delta i meningsfulle aktiviteter og bidra med sine ressurser i lokalsamfunnet. Tilskuddsordningen ble etablert i 2026 og opplevde stor etterspørsel. Det ble tildelt tilskudd til over 170 tiltak over hele landet, hvor flere av tilbudene skjer i flere kommuner. Pensjonistforbundet har fordelt en tildeling på 10 mill. kroner av ordningen til over 290 lokale aktiviteter. Formålet med satsingen på eldrekraften er å utløse erfaringer og engasjement hos eldre til å bidra positivt i samfunnet, og mobilisere flere til å delta i frivillige aktiviteter og øke aktivitetstilbudet. Det motvirker ensomhet og passivitet og styrker eldres rolle i samfunnet. Satsingen understøtter regjeringens Eldreløft, Bo trygt hjemme-reformen og det etablerte Partnerskap for eldrekraften, der frivilligheten og eldre mobiliseres til felles innsats.

Som ledd i arbeidet med regjeringens høreapparatgaranti og som tiltak for å bidra til å forebygge utvikling av demens er det bl.a. satt i verk tiltak for å styrke pasientforløpet innen hørselsomsorgen. Det er anslått at så mange som 30 pst. av pasientene henvises unødvendig til høreapparatutredning i spesialisthelsetjenesten. Regjeringen foreslår derfor å styrke fastlegenes takster med 16,5 mill. kroner slik at forundersøkelser og henvisninger blir bedre.

2.4 Opptrappingsplan for psykisk helse og forebyggings- og behandlingsreformen for rusfeltet

Regjeringen har lagt frem en 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. Regjeringen har også lagt frem Meld. St. 5 (2024–2025) *Trygghet, fellesskap og verdighet Forebyggings- og behandlingsreformen for rusfeltet Del I – en ny politikk for forebygging, skadereduksjon og behandling.*

I 2027 forslås det å bevilge 300 mill. kroner til oppfølging av tiltak i opptrappingsplanen og forebyggings- og behandlingsreformen. Forslaget omfatter 70 mill. kroner til døgnkapasitet i psykisk helsevern og psykisk helsevern for barn og unge,

50 mill. kroner til spesialisert rusbehandling for barn og unge, 60 mill. kroner utvikling, tilpasning og etablering av kunnskapsbaserte lavterskeltilbud innen psykisk helse- og rusmiddelfeltet i kommunene, og 20 mill. kroner til implementering av tiltak i handlingsplan for å heve levealderen for mennesker med alvorlige psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer. Innenfor veksten i kommunenes frie inntekter over Kommunal- og distriktsdepartementets budsjett, er 80 mill. kroner begrunnet med opptrappingsplanen for psykisk helse. Det foreslås også 20 mill. kroner til modeller for systematisk samhandling mellom Arbeids- og velferdsetaten og kommunehelsetjenesten, herunder 13,3 mill. kroner over Helse- og omsorgsdepartementets budsjett og 6,7 mill. kroner over Arbeids- og inkluderingsdepartementets budsjett. Tiltaket inngår også som en del av satsingen på redusert sykefravær.

Prøveordningen med heroinassistert behandling gjøres til et permanent tilbud fra 2027 gjennom videreføring av dagens klinikker i Oslo og Bergen, og det skal igangsettes arbeid med utvikling av modeller for forsterkede rusbehandlingstjenester der heroinassistert behandling inngår. Andre helseforetak som ønsker å etablere tilbud om heroinassistert behandling, skal kunne gjøre det. I tillegg igangsetter regjeringen forsøk med Nærklinikk og styrker tilskuddsordningen til Brukerstyrte hus gjennom interne omprioriteringer.

Med dette forslaget vil regjeringen så langt i opptrappingsplanperioden ha styrket bevilgningen med til sammen 1,5 mrd. kroner. Resultatene i opptrappingsplan psykisk helse er omtalt i kapittel 765.

2.5 Helsepersonellplan 2040

Regjeringen la i Meld. St. 11 (2025–2026) *Helsepersonellplan 2040* frem tiltak for å møte den økende mangelen på arbeidskraft og sikre nok fagfolk i helse- og omsorgstjenestene frem mot 2040.

I forbindelse med Helsepersonellplan 2040 foreslås det å samle en rekke tilskudd under Kompetanseløft 2025 for å opprette et mer fleksibelt omstillingstilskudd til kommunene. Det foreslås 681,7 mill. kroner til tilskuddet, der 637 mill. kroner er omdisponert fra andre tilskuddsordninger. Omstillingstilskuddet skal bidra til økt handlefrihet for kommunene til å planlegge og gjennomføre tiltak tilpasset egne forutsetninger og bidra til et taktskifte i omstillingsarbeidet. Videre skal tilskuddet bidra til å beholde, rekruttere og ivareta personell, utvikle tjenestene samt bidra til å fremme interkommunalt samarbeid for mer robuste fag- og kompetansemiljøer.

Helsedirektoratet vil i samarbeid med KS og relevante kompetansesentre støtte og veilede kommunene i omstillingsarbeidet. Regjeringen foreslår 16 mill. kroner som forvaltes av Helsedirektoratet til veiledning og støtte til kommunenes omstillingsarbeid og til oppfølging av planen.

Utover etableringen av et omstillingstilskudd til kommunene, foreslår regjeringen å bevilge 30 mill. kroner til andre tiltak i Helsepersonellplan 2040 som skal bidra til å øke tilbudet av arbeidskraft og redusere behovet for personell.

Gjennomføringen av Helsepersonellplan 2040 må ha en kunnskapsbasert og systematisk oppfølging over tid, for å kunne vurdere om tiltakene bidrar til ønsket utvikling, og som grunnlag for justeringer dersom utviklingen tilsier det. I forbindelse med dette bevilges det samlet 28,6 mill. kroner til etablering av en fast monitor for personellsituasjonen i tjenestene, videreutvikling av Helsemod, trinnvis utvikling av Helsebiblioteket, og en forbedring av prosessene for godkjenning av helsepersonell med utdanning fra utlandet.

For å understøtte arbeidet med rekruttering og kompetanseheving, foreslås det å styrke rekrutteringsprogrammet for personer utenfor arbeid og utdanning med til sammen 30 mill. kroner i 2027, hvorav 21,2 mill. kroner på Helse- og omsorgsdepartementet kap. 760, post 60 og 8,8 mill. kroner over Arbeids- og inkluderingsdepartementets budsjett.

2.6 Redusert sykefravær

Regjeringen vil forebygge sykefravær og hindre frafall fra arbeidslivet. Det foreslås derfor å øke bevilgningen til formålet med til sammen 77,8 mill. kroner i 2027 som fordeles på tiltak under Helse- og omsorgsdepartementet og Arbeids- og inkluderingsdepartementet, hvorav 25,3 mill. kroner er under Helse- og omsorgsdepartementets budsjett.

Det foreslås 27,8 mill. kroner til arbeidet med utveksling av helseopplysninger mellom Arbeids- og velferdsetaten og helsetjenesten. Målet er bedre kvalitet på opplysningene, redusert ressursbruk, økt rettssikkerhet og økt endringsevne for Arbeids- og velferdsetaten. Tiltaket er en forutsetning for flere andre tiltak, herunder arbeidet med bedre beslutningsstøtte.

Videre foreslås det 30 mill. kroner til arbeidet med utvikling av bedre beslutningsstøtte for syk-

meldere. Helsedirektoratet utarbeider i 2026 en nasjonal faglig retningslinje om sykmeldingsarbeid med sterkere grad av normering enn dagens sykmeldingsveileder. Formålet med retningslinjen er å bidra til færre, kortere og flere graderte sykmeldinger. Midlene i 2027 skal blant annet benyttes til arbeid for å etablere funksjonalitet rundt visning av faglig retningslinje for sykmeldingsarbeid og for bedre funksjonsvurderinger i legenes EPJ-systemer. Målet er at sykmelder ved vurdering av behov for sykmelding skal ha enkel tilgang til de faglige retningslinjene, som skal støtte opp under og gi merverdi i sykmelders trygdemedisinske vurderinger.

Det foreslås også 20 mill. kroner til oppskalering av en pågående utprøving av to ulike modeller for systematisk samhandling mellom Arbeids- og velferdsetaten og kommunehelsetjenesten.

Tiltakene er separate, men henger likevel sammen. Virkninger av ett tiltak vil påvirkes av de andre. I tillegg virker de sammen med andre planlagte og gjennomførte tiltak, som delvis prioriteres innenfor uendrede budsjettrammer. Det vil være betydelige gevinster dersom det lykkes å redusere sykefraværet.

2.7 Beskyttelse av spedbarn mot RS-virus

Regjeringen foreslår en bevilgning på 55 mill. kroner for å innføre et gratis tilbud for å beskytte spedbarn mot RS-virus (RSV) fra 1. juli 2027. Tiltaket skal gi et likeverdig tilbud over hele landet for å bidra til å redusere alvorlig sykdom blant de yngste barna, redusere antall sykehusinnleggelser og dempe belastningen på helsetjenesten under den årlige RSV-sesongen.

Det tas sikte på å gjennomføre en anbudskonkurranse der valget står mellom et sesongbasert tilbud med langtidsvirkende monoklonalt antistoff til spedbarn eller et helårstilbud med vaksine til gravide. Innføring av et slikt tilbud krever nødvendig tid fra budsjettvedtak til gjennomføring av anskaffelse og klargjøring i helsetjenesten. En alternativ og mer forsert anskaffelsesprosess ville ha gitt liten helseeffekt for sesongen 2026–2027.

Med oppstart av tilbudet 1. juli 2027 vil helsetjenesten være godt forberedt, og det oppnås full beskyttelse for spedbarn inn mot vintersesongen 2027–2028. Helårsvirkningen av tiltaket er anslått til 110 mill. kroner fra 2028. Med dette forslaget følger regjeringen opp Stortingets anmodningsvedtak nr. 12 (2025–2026) om en helhetlig vurdering av RSV-forebyggende tiltak og anmodningsvedtak nr. 936 (2025–2026) om beskyttelse av spedbarn mot RS-virus.

2.8 Digital førstelinje

Det foreslås 20 mill. kroner til etablering av en innbyggerrettet offentlig KI-tjeneste. Basert på kvalitetssikret informasjon, skal tjenesten gi svar på helserelaterte spørsmål om blant annet symptomer og helseplager. KI-tjenesten skal være lett tilgjengelig på Helsenorge. Tiltaket er en viktig del av den digitale førstelinjen som fremover vil bli utvidet med flere tjenester og funksjoner, se nærmere omtale under kap. 701. Forslaget må ses i sammenheng med regjeringens KI-satsing.

2.9 Metodevurdering, helhetlige gjennomganger av terapiområder

Regjeringen foreslår totalt 12 mill. kroner i 2027 til Direktoratet for medisinske produkter for å gjennomføre helhetlige gjennomganger av terapiområder. Midlene går til etablering av kapasitet og utvikling av prosess for områdegjennomganger med 9 mill. kroner og 3 mill. kroner for to årsverk for kvantitativ analyse av terapiområder. Tiltaket er en del av Program for forenkling og forbedring.

Enkelte terapiområder har mange eldre, effektive legemidler, samtidig som det kommer nye legemidler ofte med marginalt bedre effekt. I dag behandles nye legemidler isolert sett etter hvert som de kommer inn (sak-til-sak vurdering). Ved å gjennomføre helhetlige gjennomganger av både eldre og nye legemidler, kan Direktoratet for medisinske produkter hjelpe rekvirenter til å tilpasse hvilke behandlinger som er den mest effektive for den enkelte pasient og samtidig oppnå høyere utnyttelse av eldre, effektive og billigere legemidler.

Tiltaket forventes å gi store besparelser over folketrygden, uten at dette går utover pasientenes helse. Flere terapiområder vil være aktuelle for helhetlige gjennomganger, som diabetes, migrene, allergi, osteoporose, astma og kols.

2.10 Opprydding etter nukleær virksomhet i Norge

Det foreslås å øke bevilgningen til Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet i 2027 med 20 mill. kroner, jf. omtale under kap. 747, post 01 og post 21. 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 Helsedataforordningen – koordinerende helsedatatilgangsorgan

Det forslås bevilget 10 mill. kroner til Folkehelseinstituttet for å forberede innføring av forordningen om det europeiske helsedataområdet (EHDS). Folkehelseinstituttet er utpekt som koordinerende helsedatatilgangsorgan og er tiltenkt rollen som nasjonalt kontaktpunkt til HealthData@EU. Instituttet får med dette nye oppgaver som myndighet og forvalter av tilgang til helsedata til sekundærbruk.

2.12 Nasjonal infrastruktur for sensitive data

Det foreslås å øke bevilgningen med totalt 10 mill. kroner årlig for å videreutvikle nasjonal infrastruktur for sensitive data (Nortre) over Kunnskapsdepartementets budsjett kap. 275 post 21, herunder 5 mill. kroner rammeoverført fra Helse- og omsorgsdepartementets budsjett.

2.13 Nye tilsynsoppgaver

Det foreslås å øke bevilgningen med 3 mill. kroner til Direktoratet for medisinske produkter for nye oppgaver som markedstilsyn for medisinske produkter, jf. omtale under kap. 746. Det foreslås å øke bevilgningen med 9 mill. kroner til Statens helsetilsyn for nye tilsynsoppgaver på digitaliseringsområdet, jf. omtale under kap. 748.

2.14 Forskning på kvinnehelse

Som en del av oppfølgingen av Regjeringens kvinnehelsestrategi, betydningen av kjønn for helse, styrker regjeringen forskning på kvinnehelse med 20 mill. kroner. Dette innebærer en dobling av den øremerkede satsingen til forskning på kvinners helse og kjønnsperspektivet. Gjennom denne styrkingen vil vi få mer forskning på områder som løftes i Kvinnehelsestrategien. Dette kan være områder der Norge har potensial til å gjøre en forskjell gjennom samarbeid internasjonalt og eller på nordisk nivå.

2.15 Budsjett- og strukturtiltak

Det foreslås å gradvis avvikle vertskommunetilskuddet HVPU, der en rekke kommuner mister tilskuddet allerede i 2027, mens det avvikles over noen år for kommunene med størst andel gjenlevende beboere sett opp mot innbyggerantall. Dette gir en innsparing på 219 mill. kroner i 2027 utover vanlig nedtrekk som følge av frafall av beboere.

Det foreslås et kutt i tilskuddsordninger tilsvarende 54 mill. kroner. Det foreslås videre at tilskuddsposter i all hovedsak videreføres nominelt svarende til en samlet innsparing til andre prioriterte formål innenfor departementets budsjettrammer på 221 mill. kroner. Det er gjort unntak bl.a. for bevilgninger til de regionale helseforetakene, samt bevilgninger som går til kommunesektoren over 60-poster og enkelte 70-poster.

Helse- og omsorgsdepartementet har etablert et prosjekt for forenkling og forbedring med formål om økt produktivitet og mer effektiv ressursbruk for å styrke førstelinjen i helsetjenesten. Som en del av prosjektet er det foreslått effektivisering knyttet til underliggende etater som samlet utgjør 106,6 mill. kroner samt effektivisering knyttet til 21-poster som samlet utgjør 88 mill. kroner. Samtidig foreslås det bevilget midler til en rekke tiltak som skal bidra til å styrke helsetjenesten, blant annet på personellområdet. Som en del av prosjektet skal bl.a. Direktoratet for medisinske produkter gjennomføre helhetlige gjennomganger av terapiområder. Tiltaket forventes å gi store besparelser over folketrygden, uten at dette går utover pasientenes helse.

De aktivitetsbaserte refusjonene for laboratorie- og radiologitjenester underreguleres med 24,2 mill. kroner, fordelt på 19 mill. kroner for laboratorierefusjoner og 5,2 mill. kroner for radiologirefusjoner. Som for de regionale helseforetakene, underreguleres refusjonstakstene for private laboratorie- og radiologitjenester med 8,2 mill. kroner.

Budsjett- og strukturtiltak under folketrygden

For 2027 foreslås egenbetalingene i sum prisjustert med 3,2 pst., svarende til 190 mill. kroner. Dette foreslås gjennomført ved å øke egenandelstaket med 128 kroner.

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 2025–2026, samt de vedtakene fra tidligere stortingssesjoner som kontroll- og konstitusjonskomiteen i Innst. 125 S (2025–2026) 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 (2026–2027)
2025–2026	2	Tjenestetilbud ved Lærdal og Nordfjord sjukehus	Ja
2025–2026	11	Lederlønninger i helseforetakene	Nei
2025–2026	12	Forebygging av alvorlig RSV-sykdom hos barn	Ja
2025–2026	13	Plan for økt døgnkapasitet innen psykisk helsevern	Ja
2025–2026	14	Helsereform	Nei
2025–2026	64	Investeringer ved Elverum og Tynset sjukehus	Nei
2025–2026	67	Arbeid med en tannhelsereform	Nei
2025–2026	68	Reduksjon av innleie	Nei
2025–2026	414	Plan for utvikling av distriktspsykiatriske senter	Nei
2025–2026	452	Anbudsprosessene innen rehabilitering	Nei
2025–2026	453	Kvalitet i helseforetakenes anbud for rehabilitering	Nei
2025–2026	454	Nasjonale standarder og kvalitetskrav innen rehabiliteringsfeltet	Nei
2025–2026	456	Handlingsplan habilitering og rehabilitering	Nei
2025–2026	457	Døgnplasser innen arbeidsrettet rehabilitering	Ja
2025–2026	458	Direkte innsøking til arbeidsrettet rehabilitering fra Nav	Ja
2025–2026	459	Strategi for rehabilitering	Nei
2025–2026	460	PCI-tilbudet ved Nordlandssykehuset HF	Nei
2025–2026	461	Faglig utredning for behandlingskjeden for hjerteinfarkt	Nei
2025–2026	462	Sikre at PCI-tilbudet ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF ivaretas	Nei
2025–2026	479	Investeringer og sykehusdrift	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 (2026–2027)
2025–2026	480	Rentemargin på statlige lån til helseforetak	Ja
2025–2026	482	Barseltilbud ved Lærdal og Nordfjord sjukehus	Ja
2025–2026	483	Skadepoliklinikk-tilbud	Ja
2025–2026	484	Helse Førde	Ja
2025–2026	485	Vurderinger av forsvars- og beredskapsevne	Ja
2025–2026	486	Salg av alkohol og tobakk i fjernbetjente butikker	Nei
2025–2026	487	Salg av alkohol og tobakk i fjernbetjente butikker	Ja
2025–2026	512	Tilgjengeliggjøring av kunnskap og forskning om barndomsbelastninger og -vold som et folkehelseproblem	Nei
2025–2026	544	Ekspertgruppe om tidlig tilgang til legemidler	Ja
2025–2026	545	Sikre reell tilgang til godkjenningsfritaks-ordningen	Ja
2025–2026	546	Praktisering av godkjenningsfritaks-ordningen etter bestemmelsens ordlyd	Ja
2025–2026	573	Unødvendig medikamentbruk hos personer som søker psykisk helsehjelp	Ja
2025–2026	574	Evaluere pakkeforløp innen psykisk helse	Ja
2025–2026	575	Økt behandlingskapasitet innen psykisk helse og rus	Ja
2025–2026	576	Døgnbasert behandling for personer ROP-lidelser	Ja
2025–2026	577	Gjennomgang av mål, virkemidler og ressursbruk i opptrappingsplanen for psykisk helse	Nei
2025–2026	578	Gjennomgang av opptrappingsplanen for psykisk helse	Nei
2025–2026	579	Psykisk uhelse og sosial og økonomisk ulikhet i opptrappingsplanen	Nei
2025–2026	580	Helhetlig tilbud og kompetanseløft om spiseforstyrrelser	Ja
2025–2026	581	Overgangsordning for organisasjoner som søker tilskuddsordninger	Nei
2025–2026	582	Finansiering av Ønsketransporten	Ja
2025–2026	583	Gjennomgang av tilskuddsordninger	Nei
2025–2026	584	Reservere anskaffelser av private tjenester til ideelle aktører der det er hensiktsmessig.	Nei
2025–2026	585	Raskere saksbehandling av tilskudd	Nei
2025–2026	586	Tilrettelegge for flerårige tilskudd	Nei
2025–2026	587	Forenkle krav til rapportering for tilskuddsordninger	Nei
2025–2026	588	Styrke samordningen av tilskuddsordninger	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 (2026–2027)
2025–2026	605	Forenklet regelverk for investeringstilskudd til omsorgsboliger og sykehjem	Ja
2025–2026	651	Kostnader for tilgang til antibiotika for barn under 6 år	Nei
2025–2026	652	Inkludering av egenandeler for antibiotika til barn i foreldrenes egenandelstak	Nei
2025–2026	653	Bedre og mer likeverdig tilgang til behandling i overgangsalderen	Nei
2025–2026	654	Utvikle veiledningsmateriell og anbefalinger for arbeidsgivere om hvordan overgangsalderen kan hensyntas	Nei
2025–2026	657	Økt kompetanse om kvinnehelse og overgangsalder i helse- og omsorgstjenestene	Nei
2025–2026	658	Gjøre informasjonen om kvinnehelse kjent til helsepersonell, og særlig fastleger, for økt kompetanseheving	Nei
2025–2026	659	Fortsatt styrket innsats for kvinnehelse i styringsdokumenter	Nei
2025–2026	660	Styrket forskning på kvinnehelse og overgangsalder inkl. sammenheng mellom arbeid og helse m.m.	Ja
2025–2026	662	Økonomien i Helse Stavanger	Ja
2025–2026	663	Tilbudet på Egersund poliklinikk	Nei
2025–2026	664	Vurdering av økonomiske tiltak	Nei
2025–2026	665	Oppgavedeling i spesialisthelsetjenesten, med vekt på polikliniske tjenester	Ja
2025–2026	690	Evaluering av pasientreise- ordningen	Nei
2025–2026	691	Evaluering av pasientreise- ordningen	Nei
2025–2026	692	Evaluering av pasientreise- ordningen	Nei
2025–2026	693	Evaluering av pasientreise- ordningen	Nei
2025–2026	694	Evaluering av pasientreise- ordningen	Nei
2025–2026	695	Evaluering av pasientreise- ordningen	Nei
2025–2026	696	Evaluering av pasientreise- ordningen	Nei
2025–2026	697	Evaluering av pasientreise- ordningen	Nei
2025–2026	699	Nok areal ved bygging av sykehus	Nei
2025–2026	700	Tilfluktsrom eller andre beskyttelsestiltak for eksisterende sykehus	Nei
2025–2026	701	Inkluderer beredskap for vasstilførsel til sjukehus i beredskapsplaner	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 (2026–2027)
2025–2026	702	Kartlegge behovet for rehabilitering, oppgradering og etablering av tilfluktsrom eller andre beskyttelsestiltak for eksisterende sykehus	Nei
2025–2026	734	Regelverksendringer salg av alkohol direkte fra produsent	Nei
2025–2026	779	Om å sikre nok jordmødrer i helsetjenesten	Nei
2025–2026	780	Om å sikre nok jordmødrer i helsetjenesten	Nei
2025–2026	800	Helseplattformen - uavhengig, begrenset analyse	Ja
2025–2026	801	Skille funksjoner og struktur fra Helseplattformen	Nei
2025–2026	802	Årlig rapportering om legemiddelberedskap	Nei
2025–2026	803	Tettere samarbeid om legemiddelberedskap med Norden og Europa	Nei
2025–2026	804	Oppdatert og konkret plan for legemiddelberedskap	Nei
2025–2026	805	Utrede muligheten for nordisk innkjøp av medisinske produkter til beredskapslagre	Nei
2025–2026	806	Transportordninger for psykisk syke	Nei
2025–2026	825	Evaluering av sykehusplaner og sykehusbygging i Norge	Ja
2025–2026	826	Evaluering av sykehusplaner og sykehusbygging i Norge	Ja
2025–2026	828	Sikre pauserom for sykehusansatte	Nei
2025–2026	829	Standarder for pauserom i sykehus	Nei
2025–2026	830	Medvirkning i sykehusbyggprosjekter	Ja
2025–2026	930	Oppfølging av fødselsdepresjon	Nei
2025–2026	931	Påminnelse om konsultasjonstime hos fysioterapeut etter fødsel	Nei
2025–2026	932	Sørge for at kompetansen innen fødsels- og barselomsorg utvikles, med særlig vekt på forebygging av fødselsskader, styrking av kunnskap om kvinnehelse og utvikling av beste praksis, ved å bygge videre på og forsterke eksisterende fagmiljøer og tjenester	Ja
2025–2026	933	Jordmødres henvisningsrett	Nei
2025–2026	934	Utvidelse av påminnelsesordningen for vaksiner	Nei
2025–2026	935	Gjennomgå og forbedre systemet for vurderinger og beslutninger om finansiering av vaksinasjonstilbud	Nei
2025–2026	936	Beskyttelse av spedbarn mot RS-virus	Ja
2025–2026	937	Utredning av alternativkostnaden med norske data. Endelig leveranse høsten 2028.	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 (2026–2027)
2025–2026	938	Opprettholde urologitilbud ved Ringerike sykehus	Ja
2025–2026	939	Plan for utvikling av distriktspsykiatriske senter	Nei
2025–2026	942	Likepersonsstøtte for foreldre som venter barn med funksjonsvariasjoner	Nei
2025–2026	1035	Finansieringsordning for pensjonsforpliktelser vertskommunerolle etter HVPU-reformen	Ja
2025–2026	1036	Videreføring av vertskommunetilskuddet	Ja
2025–2026	1133	Bruke lokalsykehus i ventetidsprosjektet	Ja
2025–2026	1143	Tilleggsanskaffelse Helse Sør-Øst RHF	Ja
2025–2026	1151	Ultralydutdanning for jordmødre	Ja
2024–2025	46	Psykiske helsetilbud i Longyearbyen	Ja
2024–2025	70	Rett til veiledning og oppfølgingssamtaler knyttet til abort	Nei
2024–2025	72	Evaluering av abortnemnder	Nei
2024–2025	468	Analyse av fordeler og ulemper ved Helseplattformen	Ja
2024–2025	502	Gjøre nalokson tilgjengelig via apotek	Ja
2024–2025	503	Rett til refusjon av reiseutgifter for barn som er pårørende	Nei
2024–2025	504	Etablering av tverrfaglige behandlingsplasser i alle helseregioner	Ja
2024–2025	507	Arbeid, sosial inkludering og ettervern som integrert del av rusbehandlingen	Ja
2024–2025	519	Oversikt over behandlingstilbud for spilleavhengige	Ja
2024–2025	521	Økt kapasitet innen behandlingstilbud for spille-problemer	Ja
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	Nei
2024–2025	629	Styrke samarbeid og koordinering mellom aktører i helsevesenet	Ja
2024–2025	630	Tilstrekkelig bemanning og ressurser i helsevesenet	Ja
2024–2025	632	Beredskapsavtaler mellom privat og offentlig helse-tjeneste	Nei
2024–2025	704	Palliativ medisin som påbyggingsspesialitet	Nei
2024–2025	705	Videreutvikling av palliativ medisin	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 (2026–2027)
2024–2025	829	Erstatning til ofrene i Varhaug-saken	Ja
2024–2025	900	Stortingsmelding om tannhelsetjeneste	Nei
2024–2025	901	Styrke helsefellesskapene	Nei
2024–2025	903	Alternativkostnaden i helse- og omsorgstjenesten	Ja
2024–2025	906	Profesjonsnøytrale takster	Nei
2024–2025	907	Ideelle og frivillige aktører i akuttberedskapen	Ja
2024–2025	908	Forskrivningsrett for sykepleiere	Ja
2024–2025	909	Forebygging og helsefremmende arbeid i fastlege-tjenesten	Ja
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 markedsføring av visse næringsmidler særlig rettet mot barn	Nei
2024–2025	961	Hjemmel til henvisning for russaker	Ja
2024–2025	999	Langtidsopphold for barn med store og sammensatte behov	Nei
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	Nei
2024–2025	1033	Gjennomgang av rehabiliterings- og habiliterings-tilbudet	Ja
2024–2025	1034	Fødetilbud med lavere intervensjon	Nei
2024–2025	1249	God drift og arbeidsmiljø ved nye sykehus	Ja
2023–2024	489	Stortingsmelding om BPA	Nei
2023–2024	612	Overgrepsmottak for barn	Nei
2023–2024	628	Tjeneste med integrert ettervern	Ja
2023–2024	629	Behandlingstilbudet til voldsutsatte kvinner med ruslidelse i spesialisthelsetjenesten	Ja
2023–2024	686	Ivaretakelse av kjønnsperspektiv	Ja
2023–2024	692	Avskrivninger og rentekompensasjon for sykehusbygg	Nei
2023–2024	694	Ikke møtt-gebyr innen psykisk helse	Nei
2022–2023	137	Akuttilbud til personer som er utsatt for vold i nære relasjoner	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 (2026–2027)
2022–2023	742	Stortingsmelding om BPA	Ja
2022–2023	746	Grønn resept	Nei
2022–2023	756	Apotekenes rolle i vaksinasjonsarbeidet	Ja
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	518	Oppfølging og hjelpeapparat for forebygging av fødsels-depresjon	Nei
2021–2022	520	Rettighetsfesting av hjemmebesøk av jordmor	Nei
2021–2022	561	Utredning av spesialistforskriften	Ja
2021–2022	762	Handlingsplan for reduksjon av ensomhet	Nei
2021–2022	764	Styrking av samarbeid for forebygging av ensomhet	Ja
2020–2021	5	Økonomiske modeller for utvikling av nye, virksomme antibiotika	Ja
2020–2021	84	Helhetlig revisjon av smittevernloven	Nei
2020–2021	726	Responstider, kompetanse og akuttmedisinsk utstyr	Ja
2018–2019	20	Styrking av norsk tannhelse	Ja
2018–2019	39	Innholdsmerking på alkoholholdig drikk	Nei
2018–2019	44	Innføring av merking med helseadvarsler på alkoholholdig drikk	Nei
2018–2019	82	Ideelle organisasjoners pensjonskostnader	Ja

3.1 Stortingssesjon (2025–2026)

Tjenestetilbud ved Lærdal og Nordfjord sjukehus

Vedtak nr. 2, 14. oktober 2025

> *«Stortinget ber regjeringa sikre at endringar i tenestetilbodet ved Lærdal og Nordfjord sjukehus vil gje eit minst like godt fagleg tilbod på tenestestadane i Sogn og Nordfjord som i dag.»*

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:45 S (2025–2026) om å sikre desentraliserte spesialisthelsetjenester i Sogn og Fjordane, jf. Innst. nr. 116 S (2025–2026). Gjennom beslutninger som er fattet av helseforetakets styre om gjennomføring av omstillingstiltak og tjenestetilbud ved sykehusene i Helse Førde og oppfølgingen av disse, synes intensjoner bak vedtaket å bli ivaretatt gjennom det pågående arbeidet med å følge opp styrevedtak om ortopedisk poliklinikk i Lærdal, skadepoliklinikker i Lærdal og Nordfjord, hjertesviktpoliklinikk og desentralisert lungepolitikk med tilbud om lungerehabilitering i Lærdal, ytterligere polikliniske tilbud ved lokalsykehusene, enklere dagkirurgi uten behov for anestesiologisk støtte i Lærdal og tilrettelegging for avtalespesialister i Lærdal. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Lederlønnsutvikling i helseforetakene

Vedtak nr. 11, 14. oktober 2025

> *«Stortinget ber regjeringen gjennomgå lederlønnsutviklingen i helseforetakene sett opp mot andre sektorer og arbeidslivet for øvrig og sørge for moderasjon i utviklingen av lederlønninger.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med Trontaledebatten 14. oktober 2025.

Vedtaket er delvis fulgt opp blant annet gjennom vedtak i foretaksmøte for de regionale helseforetakene 11. januar hvor de regionale helseforetakene ble bedt om å fremstille en samlet oversikt over lønnsutviklingen for ledende ansatte i den enkelte region, samt underliggende og felleseide helseforetak, hvor det også redegjøres for hvordan føringene om moderasjon er ivaretatt. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte når vedtaket anses som fullstendig fulgt opp.

Forebygging av alvorlig RSV-sykdom hos barn

Vedtak nr. 12, 14. oktober 2025

> *«Stortinget ber regjeringen utrede og komme tilbake til Stortinget med en helhetligvurdering av hvordan forebygging av alvorlig RSV-sykdom hos sped- og småbarn best kan ivaretas, herunder muligheten for å innlemme relevante tiltak i barnevaksinasjonsprogrammet, basert på faglige råd, kost-nytte-vurderinger og gjeldende prioriteringskriterier.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med Trontaledebatten. Regjeringen foreslår en bevilgning på 55 mill. kroner for å innføre et gratis tilbud for å beskytte spedbarn mot RS-virus (RSV) fra 1. juli 2027, jf. omtale under kap. 710, post 21. Innføring av et slikt tilbud krever nødvendig tid fra budsjettvedtak til gjennomføring av anskaffelse og klargjøring i helsetjenesten. En alternativ og mer forsert anskaffelsesprosess ville ha gitt liten helseeffekt for sesongen 2026–2027. Anmodningsvedtaket anses fulgt opp.

Plan for økt døgnkapasitet innen psykisk helsevern

Vedtak nr. 13, 14.oktober 2025

> *«Stortinget ber regjeringen utarbeide en plan for å øke døgnkapasiteten innen psykisk helsevern i tråd med faglige framskrivninger.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med Trontaledebatten 14. oktober 2025.

Vedtaket er fulgt opp med oppdrag til de regionale helseforetakene om å levere plan for økt døgnkapasitet fram mot 2030 i tråd med faglige framskrivninger. Alle de fire regionale helseforetakene leverte planer i tråd med oppdraget i november 2025. Nedgangen i døgnkapasitet har stoppet opp og viser en svak økning i 2025. De regionale helseforetakene har i 2026 fått oppdrag om å sikre en fortsatt økning i tråd med framskrevet behov. Utvikling av nye former for døgntilbud i samarbeid mellom helseforetak og kommuner kan også inngå.

I det nye oppdraget blir det presisert at når framskrivninger for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal oppdateres i 2026, bes det om at analysene beskriver det totale behovet i regionen for døgnkapasitet for barn, unge og voksne, inkludert behovet for ulike typer sikkerhets- og overgangsboliger og nye former for døgntilbud i samarbeid mellom helseforetak og kommuner. De regionale helseforetakene bes om å gå i dialog med kommunene i opptaksområdet for å få oversikt over den totale tilgjengelige døgnkapasiteten innen psykisk helse og rus. Vedtaket anses som fulgt opp.

Helsereform

Vedtak nr. 14, 14. oktober 2025

> *«Stortinget ber regjeringen sørge for at minst én av modellene som utredes i forbindelse med ny helsereform innebærer å skille mellom drift og investering i sykehusene, og at Stortinget får seg forelagt utredningene med forslag til endringer.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med Trontaledebatten 14. oktober 2025.

Vedtaket er fulgt opp i brev fra Helse- og omsorgsdepartementet hvor Helsereformutvalget er bedt om å følge opp Stortingets vedtak innenfor rammen av utvalgets arbeid. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte om saken.

Investeringer ved Elverum og Tynset sjukehus

Vedtak nr. 64, 14. november 2024

> *«Stortinget ber regjeringen sikre at alle deler av samtlige vedtak i foretaksmøtet 7. mars 2024 i Helse Sør-Øst RHF følges opp, inkludert investeringer ved Elverum og Tynset sjukehus.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med Stortingets behandling av representantforslag om videreutviklingen av Sykehuset Innlandet. Stortinget ba regjeringen sikre at alle deler av vedtakene i foretaksmøtet 7. mars 2024 i Helse Sør-Øst RHF følges opp, inkludert investeringer ved Elverum og Tynset sjukehus. Regjeringen har lagt foretaksmøtevedtaket 7. mars 2024 til grunn for den videre styringen av Helse Sør-Øst RHF. Foretaksmøtevedtaket innebærer blant annet at det skal legges til rette for videre utvikling av sykehustilbudene i Elverum og på Tynset. Helse Sør-Øst RHF følger opp dette gjennom den videre planleggingen av Sykehuset Innlandet HF. Regjeringen vil følge opp foretaksmøtevedtaket gjennom den ordinære eierstyringen av Helse Sør-Øst RHF og legger til grunn at nødvendige investeringer ved Elverum og Tynset vurderes og konkretiseres i det videre plan- og beslutningsarbeidet. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Arbeid med en tannhelsereform

Vedtak nr. 67, 5. desember 2025

> *«Stortinget ber regjeringen om at første skritt i oppfølgingen av anbefalingene i NOU 2024: 18 er et høringsnotat, i stedet for en stortingsmelding, med forslag til en helhetlig tannhelsereform høsten 2026, slik at det er mulig med en oppstart i 2027. Målet er at tannhelse skal være en tilgjengelig og sosialt utjevnende del av vår felles helsetjeneste.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med forhandlingene om statsbudsjettet for 2026, jf. Innst. 2 S (2025–2026) og Innst. 11 S (2025–2026). Departementet jobber med oppfølging av vedtaket i tråd med fremdriften som er skissert i vedtaksteksten. Det tas sikte på å høsten 2026 sende et høringsnotat ut på tre måneders offentlig høring. Departementet vil følge opp høringen på vanlig måte, og deretter komme tilbake til Stortinget med en lovproposisjon i 2027.

Reduksjon av innleie

Vedtak nr. 68, 5. desember 2025

> *«Stortinget ber regjeringen jobbe aktivt med å redusere bruken av innleie slik at det blir forsvarlig å avvikle det avgrensede unntaket fra innleiereglene for helse- og omsorgssektoren.»*

Vedtaket ble truffet ved Stortingets behandling av Meld. St. 1 (2025–2026), jf. Innst. 2 S (2025–2026). Regjeringen har vært opptatt av å redusere innleie av personell i helse- og omsorgstjenestene, og hovedregelen har vært at også i helsesektoren skal personell primært ansettes i hele og faste stillinger. Overfor regionale helseforetak er det over flere år blitt stilt styringskrav om å redusere omfanget på innleie, og det jobbes i alle helseregioner med å begrense omfang. Av Meld. St. 11 (2025–2026) Helsepersonellplan 2040 fremgår det at det skal videreføres systematisk arbeid med å redusere innleie i helseforetakene og kommunene, samt at regjeringen vil utrede om tjenestene kan ivaretas forsvarlig uten unntaket fra innleiereglene for helse- og omsorgssektoren. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte om oppfølging av vedtaket.

Plan for utvikling av distriktspsykiatriske senter

Vedtak nr. 414, 16.12.2025

> *«Stortinget ber regjeringen foreta en helhetlig faglig gjennomgang av tilbudet innen psykisk helsevern og fremme en konkret og tidfestet plan for utvikling av distriktspsykiatriske senter i hele Norge, og hindre nedbygging av slike tilbud.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med Dokument 8:18 S (2025–2026), Innst. 72 S (2025–2026) om en plan for utvikling av distriktspsykiatriske sentre (DPS). De regionale helseforetakene er i Oppdragsdokument 2026, bedt om å gjennomføre en helhetlig, faglig gjennomgang av tilbudet innen psykisk helsevern som grunnlag for en konkret og tidfestet plan for utvikling av distriktspsykiatriske senter i hele Norge, og hindre nedbygging av slike tilbud, som grunnlag for departementets videre oppfølging av vedtaket. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Anbudsprosessene innen rehabilitering

Vedtak nr. 452, 10. februar 2026

> *«Stortinget ber regjeringen komme tilbake til Stortinget med forslag til hvordan anbudsprosessene i større grad kan ivareta kvalitet og behovet for kontinuitet.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med Dokument 8:30 S (2025–2026), jf. Innst. 95 S (2025–2026) om satsing på arbeidsretta rehabilitering. De regionale helseforetakene er i tilleggsdokument til Opp-

dragsdokument 2026 bedt om å følge opp vedtaket og er bedt om å se oppfølgingen i sammenheng med oppdrag til Helsedirektoratet om å utrede organiseringen av rehabiliteringstjenestene. Helsedirektoratet fikk i supplerende tildelingsbrev nr. 4 i oppdrag å utrede organisering av, oppgavedeling og ansvar for rehabiliteringstjenestene. Folkehelseinstituttet er også bedt om å bistå Helsedirektoratet i oppdraget og vil blant annet vurdere foreliggende kunnskap om effekt av rehabiliteringstjenester i spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Kvalitet i helseforetakenes anbud for rehabilitering

Vedtak nr. 453, 10. februar 2026

> *«Stortinget ber regjeringen komme tilbake til Stortinget med en vurdering av hvorvidt kvalitet er ivaretatt i tilstrekkelig grad i helseforetakenes anbud for rehabilitering.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med Dokument 8:30 S (2025–2026), jf. Innst. 95 S (2025–2026) om satsing på arbeidsretta rehabilitering. De regionale helseforetakene er i tilleggsdokument til Oppdragsdokument 2026 bedt om å følge opp vedtaket og er bedt om å se oppfølgingen i sammenheng med oppdrag til Helsedirektoratet om å utrede organiseringen av rehabiliteringstjenestene. Helsedirektoratet fikk i supplerende tildelingsbrev nr. 4 i oppdrag å utrede organisering av, oppgavedeling og ansvar for rehabiliteringstjenestene. Folkehelseinstituttet er også bedt om å bistå Helsedirektoratet i oppdraget og vil blant annet vurdere foreliggende kunnskap om effekt av rehabiliteringstjenester i spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Nasjonale standarder og kvalitetskrav innen rehabiliteringsfeltet

Vedtak nr. 454, 10. februar 2026

> *«Stortinget ber regjeringa sørge for at Helsedirektoratet utarbeider nasjonale standarder og kvalitetskrav innen rehabiliteringsfeltet i et samarbeid med fagmiljø og brukerorganisasjoner, og at det for arbeidsrettet rehabilitering skjer i samarbeid med Nasjonalt kompetansesenter for arbeidsrettet rehabilitering.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med Dokument 8:30 S (2025–2026), jf. Innst. 95 S (2025–2026) om satsing på arbeidsretta rehabilitering. De regionale helseforetakene er i tilleggsdokument til Oppdragsdokument 2026 bedt om å følge opp vedtaket og er bedt om å se oppfølgingen i sammenheng med oppdrag til Helsedirektoratet om å utrede organiseringen av rehabiliteringstjenestene. Helsedirektoratet fikk i supplerende tildelingsbrev nr. 4 i oppdrag å utrede organisering av, oppgavedeling og ansvar for rehabiliteringstjenestene. Folkehelseinstituttet er også bedt om å bistå Helsedirektoratet i oppdraget og vil blant annet vurdere foreliggende kunnskap om effekt av rehabiliteringstjenester i spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Handlingsplan habilitering og rehabilitering

Vedtak nr. 456, 10. februar 2026

> *«Stortinget ber regjeringen ta utgangspunkt i den helhetlige faglige gjennomgangen av det samlede rehabiliterings- og habiliteringstilbudet samt fremskrivingen av behovet for både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten frem mot 2040, og i løpet av 2027 komme tilbake til Stortinget med en konkret handlingsplan for rehabiliteringsfeltet, herunder arbeidsrettet rehabilitering. Handlingsplanen skal inkludere en vurdering av behovet for flere døgnplasser, med mål om å gi alle pasienter som har behov for det, et likeverdig rehabiliterings- og habiliteringstilbud i hele landet.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med Dokument 8:30 S (2025–2026), jf. Innst. 95 S (2025–2026) om satsing på arbeidsretta rehabilitering. De regionale helseforetakene er i tilleggsdokument til Oppdragsdokument 2026 bedt om å følge opp vedtaket og er bedt om å se oppfølgingen i sammenheng med oppdrag til Helsedirektoratet om å utrede organiseringen av rehabiliteringstjenestene. Helsedirektoratet fikk i supplerende tildelingsbrev nr. 4 i oppdrag å utrede organisering av, oppgavedeling og ansvar for rehabiliteringstjenestene. Folkehelseinstituttet er også bedt om å bistå Helsedirektoratet i oppdraget og vil blant annet vurdere foreliggende kunnskap om effekt av rehabiliteringstjenester i spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Døgnplasser innen arbeidsrettet rehabilitering

Vedtak nr. 457, 10. februar 2026

> *«Stortinget ber regjeringa sikre ei opptrapping med etablering av langt fleire døgnplassar innan arbeidsretta rehabilitering, inkludert for unge, og årleg rapportere til Stortinget om utviklinga.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med Dokument 8:30 S (2025–2026), jf. Innst. 95 S (2025–2026) om satsing på arbeidsretta rehabilitering. De regionale helseforetakene er i tilleggsdokument til Oppdragsdokument 2026 bedt om å følge opp vedtaket og er bedt om å se oppfølgingen i sammenheng med oppdrag til Helsedirektoratet om å utrede organiseringen av rehabiliteringstjenestene. Helsedirektoratet fikk i supplerende tildelingsbrev nr. 4 i oppdrag å utrede organisering av, oppgavedeling og ansvar for rehabiliteringstjenestene. Folkehelseinstituttet er også bedt om å bistå Helsedirektoratet i oppdraget og vil blant annet vurdere foreliggende kunnskap om effekt av rehabiliteringstjenester i spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Oppdraget gjelder blant annet bruk av døgnplasser innen arbeidsrettet rehabilitering og ved annen rehabilitering. Regjeringen vil rapportere til Stortinget årlig, og anser anmodningsvedtaket som fulgt opp.

Direkte innsøking til arbeidsrettet rehabilitering fra Nav

Vedtak nr. 458, 10. februar 2026

> *«Stortinget ber regjeringa prøve ut ei ordning med direkte innsøking til arbeidsretta rehabilitering frå Nav.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med Dokument 8:30 S (2025–2026), jf. Innst. 95 S (2025–2026) om satsing på arbeidsretta rehabilitering. De regionale helseforetakene er i tilleggsdokument til Oppdragsdokument 2026 bedt om å følge opp vedtaket og er bedt om å se oppfølgingen i sammenheng med oppdrag til Helsedirektoratet om å utrede organiseringen av rehabiliteringstjenestene. Helsedirektoratet fikk i supplerende tildelingsbrev nr. 4 i oppdrag å utrede organisering av, oppgavedeling og ansvar for rehabiliteringstjenestene. Folkehelseinstituttet er også bedt om å bistå Helsedirektoratet i oppdraget og vil blant annet vurdere foreliggende kunnskap om effekt av rehabiliteringstjenester i spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Anmodningsvedtaket anses fulgt opp.

Strategi for rehabilitering

Vedtak nr. 459, 10. februar 2026

> *«Stortinget ber regjeringen legge fram en felles strategi for avtaler om behandlingstilbud innen rehabilitering med et nasjonalt nedslagsfelt, og sørge for at MS-pasienter i hele landet fortsatt kan få tilbud om tverrfaglig, spesialisert rehabilitering ved MS-senteret i Hakadal.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med Dokument 8:30 S (2025–2026), jf. Innst. 95 S (2025–2026) om satsing på arbeidsretta rehabilitering. De regionale helseforetakene er i tilleggsdokument til Oppdragsdokument 2026 bedt om å følge opp vedtaket og er bedt om å se oppfølgingen i sammenheng med oppdrag til Helsedirektoratet om å utrede organiseringen av rehabiliteringstjenestene. Helsedirektoratet fikk i supplerende tildelingsbrev nr. 4 i oppdrag å utrede organisering av, oppgavedeling og ansvar for rehabiliteringstjenestene. Folkehelseinstituttet er også bedt om å bistå Helsedirektoratet i oppdraget og vil blant annet vurdere foreliggende kunnskap om effekt av rehabiliteringstjenester i spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

PCI-tilbudet ved Nordlandssykehuset HF

Vedtak nr. 460, 10. februar 2026

> *«Stortinget ber regjeringen sikre at det etablerte PCI- tilbudet ved Nordlandssykehuset Bodø videreføres, og at det arbeides for en utviding til døgntilbud samtidig som at det helhetlige fagmiljøet og kvaliteten i tilbudet ivaretas.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med Stortingets behandling av Dokument 8:33 S (2025–2026), jf. Innst. 96 S (2025–2026). Helsedirektoratet har fått i oppdrag å utarbeide en nasjonal faglig retningslinje for behandling av hjerteinfarkt. De faglige forutsetningene for PCI-tilbudet ved Nordlandssykehuset HF må blant annet bygge på anbefalingene i den nasjonale retningslinjen som Helsedirektoratet skal utarbeide. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Faglig utredning for behandlingskjeden for hjerteinfarkt

Vedtak nr. 461, 10. februar 2026

> *«Stortinget ber regjeringen gjennomføre en faglig utredning av hele behandlingskjeden for hjerteinfarkt i Norge, og få på plass en nasjonal plan som er bedre tilpasset norske forhold, og komme tilbake til Stortinget på egnet måte.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med Stortingets behandling av Dokument 8:33 S (2025–2026), jf. Innst. 96 S (2025–2026). Helsedirektoratet har fått i oppdrag å utarbeide en nasjonal faglig retningslinje for behandling av hjerteinfarkt. Denne utredningen vil danne et faglig grunnlag som kan anvendes i hele landet, og vil ligge til grunn for en nasjonal plan. Regjeringen vil deretter komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Sikre at PCI-tilbudet ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF ivaretas

Vedtak nr. 462, 10. februar 2026

> *«Stortinget ber regjeringen sikre på at PCI-tilbudet og fagmiljøet ved Universitetssykehuset Nord-Norge ivaretas og styrkes.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med Stortingets behandling av Dokument 8:33 S (2025–2026), jf. Innst. 96 S (2025–2026). Helsedirektoratet har fått i oppdrag å utarbeide en nasjonal faglig retningslinje for behandling av hjerteinfarkt. De faglige forutsetningene for PCI-tilbudet ved Universitetssykehuset i Nord-Norge HF må blant annet bygge på anbefalingene i den nasjonale retningslinjen som Helsedirektoratet skal utarbeide. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Investeringer og sykehusdrift

Vedtak nr. 479, 12. februar 2026

> *«Stortinget ber regjeringen legge frem forslag til en ny helhetlig finansieringsmodell for sykehus som sikrer at sykehusinvesteringer ikke skal gå på bekostning av driften av sykehusene. Stortinget ber om at minst et av alternativene som legges frem innebærer å skille drift og investeringer, at nye sykehusbygg skal besluttes av Stortinget og helt eller delvis finansieres over statsbudsjettet.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med behandling av Dokument 8:5 S (2025–2026).

Det vises til at Helsereformutvalget har fått et utvidet mandat om å sørge for at minst én av modellene som utredes i forbindelse med ny helsereform innebærer å skille mellom drift og investering i sykehusene. Vedtaket over vil bli fulgt opp i forbindelse med Regjeringens oppfølging av Helsereformutvalgets forslag.

Rentemargin på statlige lån til helseforetak

Vedtak nr. 480, 12. februar 2026

> *«Stortinget ber regjeringen utrede kostnader ved og ordninger for at statlige lån til lokale helseforetak gis til kostpris uten rentemargin og at regjeringen kommer tilbake til Stortinget om dette på egnet måte.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med behandling av Dokument 8:5 (2025–2026).

Forslaget om å gi lån til helseforetakene uten rentemargin er i brev fra Stortinget presisert å gjelde alle lån, også lån med fastrenteavtale.

Helse- og omsorgsdepartementet vil vise til at dagens ordning for statlige lån til helseforetak innebærer at lånerenten er tillagt en rentemargin på 0,4 prosentpoeng. Dette gjelder helseforetakenes byggelån, lån under nedbetaling og driftskreditter.

For byggelån (kap. 732, post 83) anslås det at fjerning av rentemarginen vil utgjøre om lag 90 mill. kroner i redusert rente i 2027. Dette er rente som legges til byggelånene, og som vil innebære reduserte inntekter for staten i framtiden. Anslag for byggelånsrenter for 2027 vil da reduseres fra 901 mill. kroner til 811 mill. kroner. Det vil altså gi lavere lån for helseforetakene og lavere renteinntekter på sikt for staten, som svekker handlingsrommet i statsbudsjettet på sikt.

Dersom rentemarginen på fjernes på alle lån under nedbetaling (kap. 3732, post 80), uavhengig av hvilken fastrente, evt. flytende rente lånene har, anslås det at det blir en redusert rentekostnad for helseforetakene i 2027 på 220 mill. kroner. Anslag for renter på investeringslån under nedbetaling i 2027 vil da reduseres fra 2 140 mill. kroner til om lag 1 920 mill. kroner. Statens inntekter vil gå ned tilsvarende. Det innebærer at handlingsrommet i statsbudsjettet svekkes med 220 mill. kroner i 2027.

Det beregnes også renter på ordningen med driftskreditt som gis for å dekke differansen mellom pensjonspremie og pensjonskostnad. Denne

renten er lik den flytende renten på investeringslån, inkludert rentemargin. Renten legges til saldoen på driftskreditten. Anslaget for rentepåslag på renter på driftskreditt i 2027 er på 55 mill. kroner. Statens inntekter og handlingsrom vil gå ned tilsvarende dersom rentepåslaget fjernes.

Lån til helseforetakene og rentene på låneordningen skal bidra til at helseforetakene kan gjennomføre større investeringer tidligere enn de ellers kunne ha gjort, samtidig som de har insentiver til god ressursbruk. Helseforetakene skal innenfor en gitt ramme gjøre gode avveininger mellom bruk av innsatsfaktorene arbeidskraft og kapital, og mellom løpende drift og å investere i fremtidig behandlingskapasitet. Det forutsetter at helseforetakene står ovenfor markedspriser på alle innsatsfaktorer. Helseforetakene har kun anledning til å ta opp lån i statskassen og staten må fastsette renten. Den underliggende renten i dag er renten på statskasseveksler og er ikke den renten som helseforetakene sannsynligvis ville blitt tilbudt i markedet. Rentepåslaget vil i så måte bidra til en riktigere rente for helseforetakene. Det er dessuten normalt et rentepåslag på statlige låneordninger. Rentepåslaget for helseforetakene er lavere enn det kommunene har gjennom Kommunalbanken.

Departementet viser til at et alternativ til å fjerne rentepåslaget er å tilbakeføre et beløp tilsvarende dagens rentepåslag gjennom basisrammen. Dette vil være enkelt å håndtere administrativt, samtidig som man ikke etablerer en egen ordning uten rentemargin for helseforetakene.

Regjeringen viser til at effekten er begrenset og ikke vil gjøre store utslag for de enkelte helseforetakene. Dersom formålet er å bedre sykehusøkonomien og gjøre dem i stand til å investere, mener regjeringen økt basisramme er en bedre løsning. Det opprettholder insentiver til god ressursbruk i helseforetakene. Regjeringen anbefaler derfor ikke gjennomføring av tiltaket, men at det kan vurderes på nytt i sammenheng med andre anbefalinger som eventuelt kommer fra Helsereformutvalget og regjeringens oppfølging av denne. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Barseltilbud ved Lærdal og Nordfjord sjukehus

Vedtak nr. 482, 24. februar 2026

> *«Stortinget ber regjeringa sikre at barseltilbodet på Lærdal og Nordfjord sjukehus blir vidareført.»*

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:45 S (2025–2026) om å sikre desentraliserte spesialisthelsetjenester i Sogn og Fjordane, jf. Innst. nr. 116 S (2025–2026). Gjennom de beslutninger som er fattet av helseforetakets styre om omstillingstiltak og tjenestetilbud ved sykehusene i Helse Førde og oppfølgingen av disse, er intensjoner bak vedtaket ivaretatt. Barseltilbud ved sykehuset i Nordfjord er videreført i ny modell i samhandling med kommunene i regionen. Lærdal er midlertidig videreført mens Helse Førde arbeider med å få til samhandling med kommunene i regionen etter modell fra Nordfjord. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Skadepoliklinikktilbud

Vedtak nr. 483, 24. februar 2026

> *«Stortinget ber regjeringa sikre at skadepoliklinikken på Lærdal og Nordfjord sjukehus blir vidareført»*

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:45 S (2025–2026) om å sikre desentraliserte spesialisthelsetjenester i Sogn og Fjordane, jf. Innst. nr. 116 S (2025–2026). Gjennom beslutninger som er fattet av helseforetakets styre om vurdering og gjennomføring av omstillingstiltak ved sykehusene i Helse Førde og oppfølgingen av disse, synes intensjoner bak vedtaket å være ivaretatt. Skadepolikliniske tilbud er videreført i Nordfjord og Lærdal i samarbeid med andre sykehus og kommuner. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Helse Førde

Vedtak nr. 484, 24. februar 2026

> *«Stortinget ber om at regjeringen i tråd med styrevedtak i Helse Førde 29. januar 2026 følger opp arbeidet med å sikre at Helse Førde legger en plan for hvordan de desentraliserte polikliniske tilbudene kan styrkes ytterligere, slik at pasienter i større grad kan reise mindre og få helsetjenestene de trenger oftere ved lokalsjukehuset sitt. Stortinget ber regjeringen sikre at Helse Førde går gjennom beredskapsplanene og har nær dialog med kommunene for å sikre at helseberedskapen blir godt ivaretatt nå og framover og at Helse Førde i samarbeid med kommunene tar initiativ til nye samhandlingsprosjekter mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten i Lærdal og Nordfjord, som kan finansieres gjennom rekrutterings- og samhandlingstilskuddet.»*

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:45 S (2025–2026) om å sikre desentraliserte spe-

sialisthelsetjenester i Sogn og Fjordane, jf. Innst. nr. 116 S (2025–2026). Gjennom vurderinger som er foretatt og beslutninger som er fattet av helseforetakets styre om omstillings- og utviklingstiltak ved sykehusene i Helse Førde og oppfølgingen av disse, synes intensjoner bak vedtaket å være ivaretatt. Partene i Sogn og Fjordane helsefellesskap skal sammen gjennomgå sine beredskapsplaner for å styrke forutsetningene for samhandling. Helse Førde planlegger å bruke rekrutterings- og samhandlingstilskuddet til å øke kompetanse og utvide samhandling. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Vurderinger av forsvars- og beredskapsevne

Vedtak nr. 485, 24. februar 2026

> *«Stortinget ber regjeringen sikre at forsvars- og beredskapsevne bedre inngår i vurderingsgrunnlaget når sykehusstruktur og helseberedskap skal vurderes.»*

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:45 S (2025–2026) om å sikre desentraliserte spesialisthelsetjenester i Sogn og Fjordane, jf. Innst. nr. 116 S (2025–2026). Vedtakets intensjoner om å bedre sikre forsvars- og beredskapsevne i vurderinger av sykehusstruktur og beredskap, er ivaretatt gjennom krav formidlet regionale helseforetak i foretaksmøte om å oppdatere beredskapsplaner sammen med kommunene – samt øvrig aktuelt arbeid på beredskapsområdet. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Salg av alkohol og tobakk i fjernbetjente butikker

Vedtak nr. 486, 24. februar 2026

> *«Stortinget ber regjeringa syte for at kommunar kan tillate sal av alkohol og tobakk i fjernbetente butikkar, og om naudsynt kome attende til Stortinget med forslag til lovendring.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med behandlingen av Dokument 8:59 S (2025–2026), jf. Innst. 113 S (2025–2026). Det pågår et arbeid i departementet med å vurdere behovet for regelverksendringer. Det tas i første omgang sikte på å sende et forslag om endringer i alkoholregelverket ut på alminnelig høring innen utgangen av 2026. Utredningen knyttet til tobakksskadeloven vil kreve noe lenger tid, da de juridiske rammene for tobakkssalg er annerledes enn for alkoholsalg. Departementet vil følge opp høringen på vanlig måte, og komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Vedtak nr. 487, 24. februar 2026

> *«Stortinget ber regjeringa varsle kommunane, statsforvaltarane og Helsedirektoratet om at kommunane kan halde fram med å godkjenne sal av alkohol og tobakk i fjernbetente butikkar, gitt at dei tekniske løysingane er gode nok til å oppfylle alkohollovens og tobakkskadelovens krav, fram til ei eventuell lovendring er lagd fram for Stortinget»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med behandlingen av Dokument 8:59 S (2025–2026), jf. Innst. 113 S (2025–2026). I brev av 30. april 2026 til alle landets kommuner og statsforvaltere er det formidlet at kommuner, etter departementets vurdering, kan gi bevilling til salg av alkohol i fjernbetjente butikker, gitt at de tekniske løsningene er gode nok til å oppfylle alkohollovens krav. For tobakkssalg er det ingen kommunal bevillingsordning hvor kommunene forhåndsvurderer og godkjenner salg. Forutsetningen i anmodningsvedtaket om at kommunene skal forhåndsvurdere om den tekniske løsningen for fjernbetjening er god nok iht. lovens krav, lar seg derfor ikke oppfylle for tobakkens vedkommende. Når det gjelder salg av tobakk har departementet derfor uttalt at det må foretas ytterligere utredninger og ev. lov- og forskriftsendringer før slikt salg tillates. Anmodningsvedtaket anses med dette som fulgt opp.

Tilgjengeliggjøring av kunnskap og forskning om barndomsbelastninger og -vold som et folkehelseproblem

Vedtak nr. 512, 5. mars 2026

> *«Stortinget ber regjeringa bidra til at kunnskap og forskning om barndomsbelastninger og -vold som et folkehelseproblem, med vekt på de første tusen dagene i barns liv, tilgjengeliggjøres i relevante tjenester»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med behandling av stortingsmelding 28. jf Innst. 136 S (2025–2026). Kunnskap og kompetanse om vold og overgrep inngår i forskriftsfestede krav til en rekke utdanninger. Forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfaglige utdanninger stiller krav om at kandidatene har kunnskap om sosiale og helsemessige problemer inkludert omsorgssvikt, vold,

overgrep, rus- og sosioøkonomiske problemer og kunne identifisere og følge opp mennesker med slike utfordringer. Kandidaten skal kunne sette inn nødvendige tiltak og/eller behandling, eller henvise videre ved behov.

Tiltaket følges videre opp gjennom blant annet oppdrag til Helsedirektoratet og FHI om oppfølging av Meld. St. 28 (2024–2025). Departementet vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Ekspertgruppe om tidlig tilgang til legemidler

Vedtak nr. 544, 17. mars 2026

> *«Stortinget ber regjeringen nedsette en hurtigarbeidende ekspertgruppe med kompetanse på blant annet helserett, medisinsk etikk, legemidler, klinisk utprøving, helseforskning og pasientperspektiv, som skal utrede hvordan tidlig tilgang til legemidler kan tilgjengeliggjøres for pasienter med alvorlig sykdom med kort forventet levetid og uten behandlingsmuligheter.*
>
> *Ekspertgruppen skal:*
>
> *Vurdere og foreslå endringer i dagens ordning med godkjenningsfritak for legemidler, også i tidlig fase, som imøtekommer behovet for at muligheten for godkjenning også er til stede selv om det ikke foreligger godkjenning i noe annet land.*
>
> *Vurdere etiske og juridiske implikasjoner ved å benytte ordningen med godkjenningsfritak for legemidler, også i tidlig fase, før det foreligger godkjenning i andre land, der det vurderes som faglig forsvarlig av helseforvaltningen etter anbefaling fra behandlende lege.*
>
> *Foreslå eventuelle endringer i forvaltningspraksisen som bidrar til at nye legemidler som har manglende dokumentasjon i tidlig fase, ikke vil være til hinder for vurdering i ordningen med godkjenningsfritak. En slik eventuell endring skal forutsette at pasienten har en dødelig sykdom uten tilgjengelige behandlingsalternativer, at det er vurdert som faglig forsvarlig av helseforvaltningen etter anbefaling fra behandlende lege, og at pasienten har gitt informert samtykke. Gruppen skal levere tiltak og eventuelle forslag til regelverksendringer til Helse- og omsorgsdepartementet innen fem måneder.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med behandling av Dokument 8:86 S (2025–2026), jf. Innst. 159 S (2025–2026). Vedtaket er fulgt opp ved at det er nedsatt en hurtigarbeidende ekspertgruppe som utreder hvordan tidlig tilgang til legemidler med begrenset dokumentasjon av sikkerhet og effekt kan tilgjengeliggjøres for pasienter med alvorlig sykdom med kort forventet levetid og uten behandlingsmuligheter, utenfor kliniske studier. Ekspertgruppen skal levere sine vurderinger og anbefalinger, herunder eventuelle forslag til regelverksendringer, til Helse- og omsorgsdepartementet 2. oktober 2026. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Sikre reell tilgang til godkjenningsfritaksordningen

Vedtak nr. 545, 17. mars 2026

> *«Stortinget ber regjeringen i påvente av at ekspertgruppen kommer med sin rapport, sørge for at pasienter med ALS og andre alvorlige og dødelige sykdommer gis reell mulighet til å benytte ordningen med godkjenningsfritak for legemidler i tidlig fase, etter en individuell vurdering, når dette blir vurdert som faglig forsvarlig av helseforvaltningen etter anbefaling fra behandlende lege. Manglende dokumentasjon i tidlig fase av godkjenningsprosessen skal i seg selv ikke være til hinder for vurdering i ordningen med godkjenningsfritak. Dersom dette krever lovendring, ber Stortinget regjeringen komme tilbake så snart som mulig.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med behandling av Dokument 8:86 S (2025–2026), jf. Innst. 159 S (2025–2026). Søknader om godkjenningsfritak vurderes individuelt og konkret i lys av kravet til faglig forsvarlighet etter anbefaling fra behandlende lege, og manglende dokumentasjon er i seg selv ikke til hinder for at det foretas en slik vurdering. I de aktuelle sakene er kunnskapsgrunnlaget om legemiddelets sikkerhet og effekt likevel vurdert utilstrekkelig til at behandlingen kan anses faglig forsvarlig i vanlig klinisk praksis. Gjeldende regelverk gir ikke rom for å innvilge godkjenningsfritak i slike tilfeller, og disse søknadene er derfor avslått. Da sakene er vurdert individuelt i tråd med føringene i vedtaket, anses anmodningsvedtaket som fulgt opp.

Praktisering av godkjenningsfritaksordningen etter bestemmelsens ordlyd

Vedtak nr. 546, 17. mars 2026

> *«Stortinget ber regjeringen sikre at legemiddelforskriften § 2-5 åttende ledd praktiseres i samsvar med ordlyden, slik at både fastleger og spesialister kan søke om godkjenningsfritak.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med behandling av Dokument 8:86 S (2025–2026), jf. Innst. 159 S (2025–2026). Legemiddelforskriften § 2-5 åttende ledd praktiseres i samsvar med den generelle og nøytrale ordlyden «lege», slik at både fastleger og legespesialister kan søke om godkjenningsfritak. Anmodningsvedtaket anses med dette som fulgt opp.

Unødvendig medikamentbruk hos personer som søker psykisk helsehjelp

Vedtak nr. 573, 26. mars 2026

> *«Stortinget ber regjeringen forsterke innsatsen mot unødvendig medikamentbruk hos personer som søker psykisk helsehjelp, med vekt på hverdagsrehabilitering og hverdagsmestring.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med Stortingets behandling av Dokument 8:74 S (2025–2026), jf. Innst. 171 S (2025–2026).

Legemiddelbehandling av psykiske lidelser skal inngå i en helhetlig tilnærming der mestring og funksjon vektlegges, og der legemidler anvendes der de gir dokumentert nytte.

For mer treffsikker bruk er det gjennom Nasjonal strategi for persontilpasset medisin (2023–2030) lagt til rette for individuell tilpasning, der farmakogenetikk kan gi riktigere valg av legemiddel og dose og redusert risiko for bivirkninger. For barn og unge sikrer nasjonale faglige råd at psykofarmaka forskrives kun ved nødvendig indikasjon og avsluttes ved manglende effekt, mens Folkehelseinstituttets legemiddelregister anvendes til å følge forbruket.

Brukermedvirkning er en lovpålagt rettighet, og gjennom samvalg vurderes nytte og bivirkninger opp mot øvrige behandlingsmuligheter. Det er dessuten etablert legemiddelfrie behandlingstilbud i alle helseregioner, slik at pasienter så langt det er forsvarlig kan velge behandling uten medikamenter.

Arbeidet understøttes av tverrgående tiltak på legemiddelområdet. Nasjonal plan for riktig legemiddelbruk skal redusere legemiddelrelaterte pasientskader, og nasjonale faglige råd om legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang bidrar til systematisk vurdering av hvilke legemidler som bør videreføres eller avsluttes. For å redusere unødig medikamentbruk ytterligere innføres Pasientens legemiddelliste (PLL) nasjonalt i perioden 2026–2029, som skal gi en samlet og oppdatert oversikt over legemiddelbruken og redusere legemiddelfeil.

Regjeringen viderefører innsatsen gjennom Opptrappingsplan for psykisk helse (2023–2033), som styrker kunnskapsbaserte lavterskeltilbud i kommunene og gir tidlig hjelp som kan redusere behovet for medikamentell behandling. Handlingsplanen «Bedre helsehjelp – flere gode år» (2025–2033) innebærer i tillegg tettere oppfølging av legemiddelbruk og økt bruk av ikke-medikamentelle tiltak som fysisk aktivitet. Innsatsen mot unødvendig medikamentbruk omfatter også arbeidsrettede og mestringsstyrkende tiltak, som blant annet satsingen på individuell jobbstøtte (IPS), samarbeid mellom arbeids- og velferdsetaten og helse- og omsorgstjenestene, støtte til Fontenehus m.m. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Evaluere pakkeforløp innen psykisk helse

Vedtak nr. 574, 26. mars 2026

> *«Stortinget ber regjeringen evaluere pakkeforløp innen psykisk helse fortløpende.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med behandling av Dokument 8:74 S (2025–2026), jf. Innst. 171 S (2025–2026) om et bedre tilbud innen psykisk helsevern.

Helsedirektoratet og FHI har på oppdrag fra helse- og omsorgsdepartementet revidert og forenklet de tidligere pakkeforløpene innen psykisk helse og rus, og endret navn til nasjonale pasientforløp psykisk helse og rus. Pasientforløpene ble publisert høsten 2024, og ble gjeldende som forløpsbeskrivelser i helsetjenestene fra januar 2025. Endringene innebærer at omfanget av forløpsdata som skal innrapporteres er betydelig redusert og data hentes automatisk fra tjenestenes journalsystemer og sendes NPR.

Formålet med koding av nasjonale pasientforløp er å kunne følge med på om målsetningene med forløpene nås, og å gi tjenestene mulighet til å følge med på egen utvikling for de indikatorene som måles. Et overordnet dashboard vil vise indikatorer for forløpene. Målinger kan vises for det enkelte helseforetak, og oppdateres tertialvis. Innrapportering av data er varslet å være på plass i tjenestene i løpet av 2026 og det vil gi mulighet for en fortløpende evaluering av pasientforløpene. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Økt behandlingskapasitet innen psykisk helse og rus

Vedtak nr. 575, 26. mars 2026

> *«Stortinget ber regjeringen gjennomføre en kraftig styrking av behandlingskapasiteten innen psykisk helse og rus, med særlig vekt på flere døgn- og langtidsplasser.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med behandling av Dokument 8:74 S (2025–2026), jf. Innst. 171 S (2025–2026) om et bedre tilbud innen psykisk helsevern.

Vedtaket er fulgt opp med oppdrag til de regionale helseforetakene om å levere plan for økt døgnkapasitet fram mot 2030 i tråd med faglige framskrivninger. Alle de fire regionale helseforetakene leverte planer i tråd med oppdraget i november 2025. Oppdraget følges opp gjennom årlig melding. De regionale helseforetakene har i 2026 fått oppdrag om å sikre en fortsatt økning i tråd med framskrevet behov. Utvikling av nye former for døgntilbud i samarbeid mellom helseforetak og kommuner kan også inngå.

I det nye oppdraget blir det presisert at når framskrivninger for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal oppdateres i 2026, bes det om at analysene beskriver det totale behovet i regionen for døgnkapasitet for barn, unge og voksne, inkludert behovet for ulike typer sikkerhets- og overgangsboliger og nye former for døgntilbud i samarbeid mellom helseforetak og kommuner. De regionale helseforetakene bes om å gå i dialog med kommunene i opptaksområdet for å få oversikt over den totale tilgjengelige døgnkapasiteten innen psykisk helse og rus. I 2027 forslås det å bevilge 300 mill. kroner til oppfølging av tiltak i opptrappingsplanen og forebyggings- og behandlingsreformen. Forslaget omfatter 70 mill. kroner til døgnkapasitet i psykisk helsevern og psykisk helsevern for barn og unge. Vedtaket anses som fulgt opp.

Døgnbasert behandling for personer med ROP-lidelser

Vedtak nr. 576, 26. mars 2026

> *«Stortinget ber regjeringen styrke døgnbasert behandling for personer med ruslidelser og sammensatte rus- og psykiske lidelser, og legge til rette for reelle behandlingssentre med tverrfaglige team.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med behandling av Dokument 8:74 S (2025–2026), jf. Innst. 171 S (2025–2026) om et bedre tilbud innen psykisk helsevern.

Vedtaket er fulgt opp med oppdrag til de regionale helseforetakene om å levere plan for økt døgnkapasitet fram mot 2030 i tråd med faglige framskrivninger. Alle de fire regionale helseforetakene leverte planer i tråd med oppdraget i november 2025. Oppdraget følges opp gjennom årlig melding. De regionale helseforetakene har i 2026 fått oppdrag om å sikre en fortsatt økning i tråd med framskrevet behov. Utvikling av nye former for døgntilbud i samarbeid mellom helseforetak og kommuner kan også inngå.

I det nye oppdraget blir det presisert at når framskrivninger for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal oppdateres i 2026, bes det om at analysene beskriver det totale behovet i regionen for døgnkapasitet for barn, unge og voksne, inkludert behovet for ulike typer sikkerhets- og overgangsboliger og nye former for døgntilbud i samarbeid mellom helseforetak og kommuner. De regionale helseforetakene bes om å gå i dialog med kommunene i opptaksområdet for å få oversikt over den totale tilgjengelige døgnkapasiteten innen psykisk helse og rus.

Vedtaket ses i sammenheng med det brede tverrsektorielle oppdraget om bo- og tjenestetilbud til ROP-pasienter som er gitt i 2026, der Helsedirektoratet, husbanken og arbeids- og velferdsdirektoratet inngår. Videre vises det til regjeringens oppfølging av ambulante tverrfaglig behandlingsteam og oppdrag til Helsedirektoratet i 2026 om hvordan det kan stimuleres til økt utbredelse av slike team, herunder ACT-, FACT-, og FACT ungteam. Vedtaket anses som fulgt opp.

Gjennomgang av mål, virkemidler og ressursbruk i opptrappingsplanen for psykisk helse

Vedtak nr. 577, 26. mars 2026

> *«Stortinget ber regjeringen gjennomgå mål, virkemidler og ressursbruk i opptrappingsplanen for psykisk helse og legge fram en midtveisevaluering for Stortinget senest innen utgangen av 2027.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med behandlingen av Dokument 8:74 S (2025–2026), jf. Innst. 171 S (2025–2026)). Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Gjennomgang av opptrappingsplanen for psykisk helse

Vedtak nr. 578, 26. mars 2026

> *«Stortinget ber regjeringen legge fram en oppdatert og forsterket opptrappingsplan for psykisk helse, basert på en midtveisevaluering, som blant annet skal inneholde:*
> – en konkret plan for økt ressursinnsats
> – styringsgrep som sikrer at psykisk helse ikke taper i konkurransen om ressurser i helseforetakene
> – særskilte tiltak for å redusere ventetidene for barn og unge
> – tiltak for å styrke kommunale lavterskeltilbud og den kommunale oppfølgingen etter behandling
> – sikring av økning i døgnplasser innen psykisk helse-vern
> – sikring av utvikling av desentraliserte tilbud innen DPS
> – videre utbygging og styrking av ACT- og FACT-team
> – tiltak for å styrke psykisk helsetilbud i skolen og senke terskelen for å oppsøke hjelp.»

Vedtaket ble truffet i forbindelse med behandlingen av Dokument 8:74 S (2025–2026), jf. Innst. 171 S (2025–2026)). Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Psykisk uhelse og sosial og økonomisk ulikhet i opptrappingsplanen

Vedtak nr. 579, 26. mars 2026

> *«Stortinget ber regjeringen sikre at opptrappingsplan for psykisk helse legger stor vekt på sammenhengen mellom psykisk uhelse og sosial og økonomisk ulikhet, og styrker samordningen mellom sosialfaglige tjenester og psykisk helsehjelp, og informere Stortinget på egnet vis.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med behandlingen av Dokument 8:74 S (2025–2026), jf. Innst. 171 S (2025–2026)). Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Helhetlig tilbud og kompetanseløft om spiseforstyrrelser

Vedtak nr. 580, 26. mars 2026

> *«Stortinget ber regjeringen sikre et styrket og helhetlig tilbud til pasienter med spiseforstyrrelser, som inkluderer både poliklinikk og døgntilbud, og et kompetanseløft for hele behandlingskjeden, med særlig vekt på kompetansebygging i kommunene.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med behandling av Dokument 8:74 S (2025–2026), jf. Innst. 171 S (2025–2026) om et bedre tilbud innen psykisk helsevern.

Helsedirektoratet har levert på oppdrag gitt i 2023, om å utarbeide en kompetansepakke som omhandler strev med mat og kropp. Materiellet kan brukes i undervisning og til fagutvikling for de som jobber med psykiske helsetjenester til barn og unge i kommunene som helsestasjons- og skolehelsetjenesten, fastleger og psykisk helsetjenester. Materiellet kan også brukes av andre som jobber med barn, unge og familier i kommunene. Det er også etablert en egen tilskuddsordning for utprøving og implementering av tiltak i kommunale tjenester.

Det er i 2025 vedtatt å etablere en ny nasjonal kompetansetjeneste som skal heve kompetansen om forebygging og behandling av spiseforstyrrelser i spesialisthelsetjenesten. Tjenesten vil også bidra til å bygge opp kompetanse om forebygging og tidlig oppdagelse og bidra til å øke kvaliteten i hele pasientforløpet – også i samarbeidet mellom tjenestenivåene. Det er tidligere etablert et nasjonalt medisinsk kvalitetsregister for spiseforstyrrelser (NORSPIS). Etablering av kompetansetjenesten kan bidra positivt for bedre dekningsgrad for dette registeret. Sammen kan dette fremme økt kompetanse og bedre kvalitet i behandlingen for pasienter med spiseforstyrrelser. De regionale helseforetakene har ansvar for å sikre tilstrekkelige og forsvarlige behandlingstilbud for spiseforstyrrelser i sin region, som polikliniske tjenester, dag- og døgnbehandling. De regionale helseforetakene fikk i 2026 i oppdrag om å øke døgnkapasiteten i tråd med framskrevet behov og de er i gang med dette. Vedtaket anses som fulgt opp.

Overgangsordning for organisasjoner som søker tilskuddsordninger

Vedtak nr. 581, 26. mars 2026

> *«Stortinget ber regjeringen i budsjettet for 2027 foreslå en overgangsordning for organisasjoner som har gått fra særskilt tiltak på statsbudsjettet, men som ikke har anledning til å søke på noen av tilskuddsordningene som administreres av Helsedirektoratet.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med vedtak i Stortinget av 26. mars. Regjeringen vil følge opp vedtaket i styringsdialogen med Helsedirektoratet og komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Finansiering av Ønsketransporten

Vedtak nr. 582, 26. mars 2026

> *«Stortinget ber regjeringen i revidert budsjett komme tilbake med en løsning som sikrer at Ønsketransporten sikres et nødvendig tilskudd for 2026, og videre drift i 2027.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med Dokument 8:75 S (2025–2026), Innst. 166 S (2025–2026). Det ble bevilget 3 mill. kroner i revidert nasjonalbudsjett for 2026 til Ønsketransporten, jf. Innst. 450 S (2025–2026). I forslag til statsbudsjett for 2027 foreslås det 6 mill. kroner i tilskudd til Ønsketransporten over kap. 760, post 70. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Gjennomgang av tilskuddsordninger

Vedtak nr. 583, 26. mars 2026

> *«Stortinget ber regjeringen innen fremleggingen av forslag til statsbudsjettet for 2028 foreta en gjennomgang av tilskuddsordningene som forvaltes av Helsedirektoratet, og legge fram konkrete forslag til forbedringer før utlysning av de søkbare ordningene for 2028, der man særlig ser på faglig kvalitet, relevans, økt forutsigbarhet og rom for innovasjon og utvikling. Regjeringen bes sørge for at dette arbeidet gjøres i samråd med organisasjonene.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med vedtak i Stortinget av 26. mars. Regjeringen vil følge opp vedtaket i styringsdialogen med Helsedirektoratet og komme tilbake til Stortinget.

Reservere anskaffelser av private tjenester til ideelle aktører der det er hensiktsmessig.

Vedtak nr. 584, 26. mars 2026

> *«Stortinget ber regjeringen følge opp Høyesteretts dom (HR-2025-2425-A) og sikre at helseforetakene ved kjøp av private tjenester reserverer disse til ideelle aktører der det er hensiktsmessig.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med Dokument 8:75 S (2025–2026) og Innst. 166 S (2025–2026) om mer forutsigbare og langsiktige tilskuddsordninger for frivillige og ideelle organisasjoner i helsefeltet. Regjeringen har tidligere gitt føringer til de regionale helseforetakene om bruk av ideelle aktører. I oppdragsdokumentet for 2025 og 2026 ble de regionale helseforetakene blant annet bedt om å utnytte handlingsrommet i anskaffelsesregelverket for å prioritere ideelle aktører og langsiktige avtaler basert på kvalitet.

Regjeringen vil følge opp vedtaket i styringen av de regionale helseforetakene, og vil blant annet gjenta føringen i oppdragsdokumentet for 2027 om å utnytte handlingsrommet for å reservere anskaffelser for ideelle aktører der det er hensiktsmessig. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Raskere saksbehandling av tilskudd

Vedtak nr. 585, 26. mars 2026

> *«Stortinget ber regjeringen sørge for raskere saksbehandling av tilskudd gitt gjennom Helsedirektoratets ordninger og etablere regler for overføring av tilskudd til neste budsjettår når tildelingen kommer sent på året.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med vedtak i Stortinget av 26. mars. Regjeringen vil følge opp vedtaket i styringsdialogen med Helsedirektoratet og komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Tilrettelegge for flerårige tilskudd

Vedtak nr. 586, 26. mars 2026

> *«Stortinget ber regjeringen tilrettelegge for at tilskudd gitt gjennom Helsedirektoratets ordninger i større grad gis som flerårige tilskudd og driftstilskudd»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med vedtak i Stortinget av 26. mars. Regjeringen vil følge opp

vedtaket i styringsdialogen med Helsedirektoratet og komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Forenkle krav til rapportering for tilskuddsordninger

Vedtak nr. 587, 26. mars 2026

> *«Stortinget ber regjeringen gjennomgå og forenkle krav til rapportering, dokumentasjon og søknadsprosedyrer i Helsedirektoratets tilskuddsordninger, med mål om å redusere tidsbruk og administrativt arbeid for frivillige og ideelle organisasjoner.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med vedtak i Stortinget av 26. mars. Regjeringen vil følge opp vedtaket i styringsdialogen med Helsedirektoratet og komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Styrke samordningen av tilskuddsordninger

Vedtak nr. 588, 26. mars 2026

> *«Stortinget ber regjeringen styrke samordningen av tilskuddsordninger mellom Helsedirektoratet og andre relevante direktorater, slik at organisasjoner som arbeider tverrsektorielt, får mer helhetlige og forutsigbare rammer.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med vedtak i Stortinget av 26. mars. Regjeringen vil følge opp vedtaket i styringsdialogen med Helsedirektoratet og komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Forenklet regelverk for investeringstilskudd til omsorgsboliger og sykehjem

Vedtak nr. 605, 9. april 2026

> *«Stortinget ber regjeringen forenkle regelverket for investeringstilskudd til omsorgsboliger og sykehjem.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med behandling av Dokument 8:52 S (2025–2026), jf. Innst. 195 S (2025–2026).

Regjeringen har i 2026 innført flere forenklinger i ordningen for investeringstilskudd til heldøgns omsorgsplasser. Formålet er å stimulere til økt bygging og fornying, gjøre ordningen enklere og mer fleksibel for kommunene og bedre treffe kommunenes behov, i samsvar med Kommunekommisjonens forslag. Regjeringen har fjernet redusert tilskudd til prosjekter som ikke har lokalt produksjonskjøkken og redusert bindingstiden for disponering av omsorgsplasser fra 30 til 20 år. Samtidig blir deler av rammen til tilskudd forbeholdt plasser som gir netto tilvekst. Videre utreder Helse- og omsorgsdepartementet en dispensasjonsadgang og en hjemmel for forsøk. En slik hjemmel vil blant annet gjøre det mulig for kommunene å teste ut nye boformer og skape nye, aldersvennlige nabolag gjennom samlokalisering med andre boligformål, for eksempel studentboliger. Med virkning fra 2027 avvikler regjeringen dessuten alle krav som ikke følger av annet regelverk. Krav som vil bestå er krav etter byggteknisk forskrift (TEK17), inkludert krav om universell utforming og krav etter arbeidsmiljøloven. Husbanken gjennomgår regelverk og veileder for investeringstilskuddet til heldøgns omsorgsplasser i tråd med dette.

Anmodningsvedtaket anses med dette som fulgt opp.

Kostnader for tilgang til antibiotika for barn under 6 år

Vedtak nr. 651, 23. april 2026

> *«Stortinget ber regjeringen utrede hvor mye det koster å sikre at barn under seks år får tilgang på mest hensiktsmessig antibiotikabehandling ved smittsom sykdom. I vurderingen av hensiktsmessighet skal både administrasjonsform og potensialet for utvikling av resistens vektlegges.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med Stortingets behandling av Dokument 8:79 S (2025–2026), jf. Innst. 204 S (2025–2026). Vedtaket vil bli fulgt opp med oppdrag til underliggende etater. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Inkludering av egenandeler for antibiotika til barn i foreldrenes egenandelstak

Vedtak nr. 652, 23. april 2026

> *«Stortinget ber regjeringen utrede om egenandel for legemidler på hvit resept utskrevet til barn opp til seks år, avgrenset til antibiotika, kan inngå i foreldrenes egenandelstak.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med Stortingets behandling av Dokument 8:79 S (2025–2026), jf. Innst. 204 S (2025–2026). Vedtaket vil bli fulgt opp med oppdrag til underliggende etater. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Bedre og mer likeverdig tilgang til behandling i overgangsalderen

Vedtak nr. 653, 23. april 2026

> *«Stortinget ber regjeringen sikre bedre og mer likeverdig tilgang til behandling av overgangsplager, herunder vurdere hvordan blåreseptordningen kan utvides til å omfatte hormonbehandling til kvinner som har medisinsk behov for dette i overgangsalderen, der det er faglig begrunnet, og komme tilbake til Stortinget på egnet måte.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med Stortingets behandling av Dokument 8:80 S (2025–2026), jf. Innst. 191 S (2025–2026). Direktoratet for medisinske produkter har metodevurdert bruk av hormonbehandling ved overgangsalder, og anslått budsjettkonsekvenser over fullmaktsgrensen. På helsenorge er det en egen side med kvalitetssikret innbyggerrettet informasjon om kvinnehelse. En kvinnehelseportal for formidling av forskning på kvinnehelse er under etablering.

Regjeringen vil arbeide videre med hvordan kvinner med plager i overgangsalderen skal få bedre hjelp, herunder hormonbehandling der det er medisinsk behov, og vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Utvikle veiledningsmateriell og anbefalinger for arbeidsgivere om hvordan overgangsalderen kan hensyntas

Vedtak nr. 654, 23. april 2026

> *«Stortinget ber regjeringen initiere et samarbeid med partene i arbeidslivet om å utvikle veiledningsmateriell og anbefalinger for arbeidsgivere om hvordan overgangsalderen kan hensyntas.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med Stortingets behandling av Dokument 8:80 S (2025–2026), jf. Innst. 191 S (2025–2026) om et helhetlig løft for kvinnehelse og overgangsalderen. På helsenorge er det en egen side med kvalitetssikret innbyggerrettet informasjon om kvinnehelse. En kvinnehelseportal for formidling av forskning på kvinnehelse er under etablering. Regjeringen vil i samarbeid med partene i arbeidslivet vurdere å gi Helsedirektoratet (Hdir) i oppdrag å følge opp anmodningsvedtaket med utgangspunkt i Hdirs arbeid med råd og anbefalinger om overgangsalderen. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Økt kompetanse om kvinnehelse og overgangsalder i helse- og omsorgstjenestene

Vedtak nr. 657, 23. april 2026

> *«Stortinget ber regjeringen sikre nasjonale råd, retningslinjer og anbefalinger for helsetilbudet for kvinner i overgangsalderen og økt kompetanse hos fastleger og annet relevant helsepersonell.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med Stortingets behandling av Dokument 8:80 S (2025–2026), jf. Innst. 191 S (2025–2026) om et helhetlig løft for kvinnehelse og overgangsalderen. På helsenorge er det en egen side med kvalitetssikret innbyggerrettet informasjon om kvinnehelse. En kvinnehelseportal for formidling av forskning på kvinnehelse er under etablering. I tillegg er det for sykepleierutdanningen trådt i kraft en endring i forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanningen om at kandidaten skal ha kunnskap om kjønnsforskjeller og kjønns betydning for helse. Endringen vil gjelde for utdanninger som starter opp etter 1. august 2027.

Helsedirektoratet har, i tråd med vedtaket, fått i oppdrag å øke kunnskapen om overgangsalder og sikre at kunnskapen når helsepersonell. Helsedirektoratet skal bidra til økt kunnskap hos fastleger og annet relevant helsepersonell. I arbeidet inngår å vurdere nye eller reviderte nasjonale råd, veiledere eller retningslinjer samt å vurdere andre tiltak for å øke kompetansen om kvinnehelse hos relevant helsepersonell. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Økt kompetanse om kvinnehelse og overgangsalder i helse- og omsorgstjenestene

Vedtak nr. 658, 23. april 2026

> *«Stortinget ber regjeringen gjøre informasjonen om kvinnehelse kjent til helsepersonell, og særlig fastleger, for økt kompetanseheving.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med Stortingets behandling av Dokument 8:80 S (2025–2026), jf. Innst. 191 S (2025–2026) om et helhetlig løft for kvinnehelse og overgangsalderen. På helsenorge er det en egen side med kvalitetssikret innbyggerrettet informasjon om kvinnehelse. En kvinnehelseportal for formidling av forskning på kvinnehelse er under etablering. I tillegg er det for sykepleierutdanningen trådt i kraft en endring i forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanningen om at kandidaten skal ha kunnskap om

kjønnsforskjeller og kjønns betydning for helse. Endringen vil gjelde for utdanninger som starter opp etter 1. august 2027.

Helsedirektoratet har, i tråd med vedtaket, fått i oppdrag å øke kunnskapen om overgangsalder og sikre at kunnskapen når helsepersonell. Helsedirektoratet skal bidra til økt kunnskap hos fastleger og annet relevant helsepersonell. I arbeidet inngår å vurdere nye eller reviderte nasjonale råd, veiledere eller retningslinjer samt å vurdere andre tiltak for å øke kompetansen om kvinnehelse hos relevant helsepersonell. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Fortsatt styrket innsats for kvinnehelse i styringsdokumentene

Vedtak nr. 659, 23. april 2026

> *«Stortinget ber regjeringen fortsette å be helseforetakene og underliggende etater styrke innsatsen for kvinnehelse i styringsdokumentene. For å lykkes med dette ber Stortinget om at det også utvikles relevante indikatorer i fremtiden.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med Stortingets behandling av Dokument 8:80 S (2025–2026), jf. Innst. 191 S (2025–2026) om et helhetlig løft for kvinnehelse og overgangsalderen. Regjeringen viser til at det gjennom føringer til Helsedirektoratet, Direktoratet for medisinske produkter, Folkehelseinstituttet og regionale helseforetak er stilt krav om at kjønns- og kvinneperspektivet skal ivaretas ved utvikling av og i tilbud om ulike helse- og omsorgstjenester. I tildelingsbrev for 2026 til Helsedirektoratet er følgende styringsparameter inkludert: «Helsedirektoratet skal bidra til at systematiske kjønnsforskjeller i helse- og omsorgstjenesten utjevnes». De regionale helseforetakene har i oppdragsdokumentet for 2026 følgende kvalitative mål: «Spesialisthelsetjenesten skal bidra til at systematiske kjønnsforskjeller i helsetjenesten utjevnes, og innsatsen for kvinnehelse skal styrkes». Utvikling av nye indikatorer for kvinnehelse i spesialisthelsetjenesten vil bl.a. inngå i arbeidet med indikatorer for de nye ventetidsmålene. Regjeringen følger arbeidet tett og vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Styrket forskning på kvinnehelse og overgangsalder

Vedtak nr. 660, 23. april 2026

> *«Stortinget ber regjeringen styrke forskningen på kvinnehelse og overgangsalder, inkludert sammenhenger mellom helse, arbeid, sykefravær og samfunnsøkonomi, og gjennom dette arbeidet sikre at kjønnsperspektivet systematisk integreres i helse- og arbeidslivsforskning.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med Stortingets behandling av Dokument 8:80 S (2025–2026), jf. Innst. 191 S (2025–2026) om et helhetlig løft for kvinnehelse og overgangsalder. Regjeringen øremerker årlig om lag 20 mill. kroner til forskning på kvinners helse og kjønnsperspektivet. Regjeringen foreslår nå å styrke forskning på kvinnehelse med ytterligere 20 mill. kroner. Dette vil innebære en dobling av øremerking på området. Som grunnlag for å styrke forskning på forskningssvake områder innenfor kvinnehelse har Forskningsrådet våren 2026 gjennomført en større utlysning på 87 mill. kroner knyttet til overgangsalder og kvinners helse i ulike livsfaser som også kan inkludere sammenhengen mellom helse og arbeid. En kvinnehelseportal for formidling av forskning på kvinnehelse er også under etablering.

I Statens arbeidsmiljøinstitutts (STAMI), underlagt Arbeids- og inkluderingsdepartementet, nye virksomhetsstrategi for 2026-2035 er et av delmålene å styrke forskningsinnsatsen på kvinners arbeidsmiljø og kvinners arbeidshelse. Dette innebærer bl.a. at instituttet fast har begynt å stratifisere på kjønn, dvs. at de deler inn et datasett eller en populasjon i undergrupper basert på kjønn, for deretter å analysere hver gruppe separat. Dette sikrer at kjønnsforskjeller blir synliggjort og at man kan analysere hvordan og om ulike faktorer påvirker kjønnene ulikt. Regjeringen er opptatt av å få mer kunnskap om kvinners vilkår for deltakelse i arbeidslivet, arbeidshelse og sykefravær. Regjeringen satte med bakgrunn i dette ned Kvinnearbeidshelseutvalget. Kvinnearbeidshelseutvalget la frem sin rapport NOU 2025: 5 Kvinners arbeidshelse – Kunnskap og tiltak 1. april 2025. Utvalget pekte på at det største potensialet for forbedringer i kvinners arbeidsmiljø og arbeidstilknytning ligger i å forsterke det systematiske arbeidsmiljøarbeidet i virksomhetene, særlig innenfor kvinnedominerte yrker. Dette følges blant annet opp i regjeringens kommende nasjonale arbeidsmiljøstrategi. Vi viser også til omtale i kapittel 4 i Meld. St. 11 (2025–2026) Helsepersonellplan 2040.

Når det gjelder å sikre at kjønnsperspektivet systematisk integreres i helseforskning har Kunnskapsdepartementet fulgt opp dette i tildelingsbrevet til de nasjonale forskningsetiske komiteene (FEK) i 2025. Helse- og omsorgsdepartementet ba i tildelingsbrevet til Forskningsrådet for 2025

om at HelseOmsorg21-monitoren også skal inneholde kjønnsvariabler, dette arbeidet er påbegynt. Data fra de regionale helseforetakene om dette, ligger allerede i monitoren.

Vedtaket ansees som fulgt opp.

Økonomien i Helse Stavanger

Vedtak nr. 662, 28. april 2026

> *«Stortinget ber regjeringen vurdere tiltak mot den økonomiske krisa i Helse Stavanger HF.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med behandling av Dokument 8:88 (2025–2026)

Spesialisthelsetjenesten er i stadig utvikling og omstilling og det er helseforetakene som er best i stand til å gjøre de nødvendige vurderinger for å sikre at driften kan skje innenfor rammene vedtatt av Stortinget. Budsjettforslaget for sykehusene for 2027 framgår av Prop. 1 S (2026–2027). Den økonomiske situasjonen i helseforetakene har inngått som del av vurderingen bak forslaget. Vedtaket ansees som fulgt opp.

Tilbudet på Egersund poliklinikk

Vedtak nr. 663, 28. april 2026

> *«Stortinget ber regjeringen sikre at det poliklinisk tilbudet ved sykehuset i Egersund blir videreført.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med behandling av Dokument 8:88 (2025–2026).

Vedtaket vil bli fulgt opp i styringsdialogen med Helse Vest RHF. Regjeringen kommer tilbake til Stortinget på egnet måte.

Vurdering av økonomiske tiltak

Vedtak nr. 664, 28. april 2026

> *«Stortinget ber regjeringen sikre at helseforetakene har vurdert andre økonomiske tiltak knyttet til reduksjon i administrative funksjoner og ressurser før det gjøres eventuelle endringer i oppgaver og funksjoner som er knyttet til pasientbehandling.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med behandling av Dokument 8:88 (2025–2026).

Vedtaket vil bli fulgt opp i styringsdialogen med de regionale helseforetakene. Regjeringen kommer tilbake til Stortinget på egnet måte.

Oppgavedeling i spesialisthelsetjenesten, med vekt på polikliniske tjenester

Vedtak nr. 665, 28. april 2026

> *«Stortinget ber regjeringen legge til rette for at polikliniske tjenester i spesialisthelsetjenesten, der dette er faglig forsvarlig, i større grad kan utføres av sykepleiere og annet relevant helsepersonell. Formålet skal være å bidra til å opprettholde og styrke desentraliserte spesialisthelsetjenester, og særlig i distriktene, blant annet gjennom økt bruk av teknologiske løsninger og tverrfaglige team. Stortinget ber regjeringen komme tilbake på egnet måte.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med behandling av Dokument 8:88 (2025–2026). Regjeringen har lagt vekt på å understøtte tjenestenes arbeid for å fremme riktig ansvars- og oppgavedeling i spesialisthelsetjenesten. Dette er forankret gjennom de årlige oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene, samt overordnede styringsdokumenter som Meld. St. 9 (2023–2024) Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027 og Meld. St. 11 (2025–2026) Helsepersonellplan 2040. Oppgavedeling følges opp av de regionale helseforetakene, som rapporterer på dette blant annet gjennom årlig melding.

Riktig ansvars- og oppgavedeling skal bidra til god ressursutnyttelse og effektive arbeidsprosesser i vår felles helsetjeneste. Gjennom partnerskapet Ventetidsløftet for spesialisthelsetjenesten er det utviklet felles premisser for hensiktsmessig ansvars- og oppgavedeling som skal legges til grunn for arbeidet på sentralt, regionalt og lokalt nivå. Partene har sluttet seg til premissene.

I Meld. St. 11 (2025–2026) Helsepersonellplan 2040 er ansvars- og oppgavedeling et sentralt tiltaksområde for å dempe etterspørselen etter arbeidskraft. Regjeringen vil blant annet, sammen med partene i helse- og omsorgstjenestene, etablere et systematisk og forpliktende kvalitetsutviklingsprogram for effektiv organisering og riktig ansvars- og oppgavedeling i helse- og omsorgstjenestene. Programmet skal understøtte ledelsesforankret utviklingsarbeid, bidra til strategisk kompetansekartlegging og modellutprøving og sikre at tiltak evalueres, dokumenteres og iverksettes.

Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Evaluering av pasientreiseordningen

Vedtak nr. 690, 7. mai 2026

> *«Stortinget ber regjeringen evaluere pasientreiseordninga, og involvere både pasientar, pårørande, helsepersonell og transportørar i evalueringa, og på eigna måte komme tilbake til Stortinget med forslag til forbetringar som sikrar at ikkje pasientar og pårørande fårunødvendig lang, belastande og kostbar reiseveg.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med Stortingets behandling av dokument 8: 114s (2025–2026) og dokument 8: 117S (2025–2026), jf Innstilling 226 S (2025–2026).

Dette vedtaket er ett av 8 vedtak som Stortinget gjorde om pasientreiseordningen, jf vedtak 690-697. Vedtakene er fulgt opp av regjeringen gjennom oppdrag gitt i tillegg til oppdragsdokument formidlet til de regionale helseforetakene i juni 2026.

Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte om oppfølging av disse vedtakene.

Evaluering av pasientreiseordningen

Vedtak nr. 691, 7. mai 2026

> *«Stortinget ber regjeringen gjøre en vurdering av satsen knyttet til overnatting ved pasientreiser, herunder evaluere forsøksordningen med økt sats for pasientreiser i Helse Nord og en vurdering av å utvide denne til hele landet, for å sikre at den er mer i tråd med det reelle kostnadsbildet pasientene har, og ber regjeringen komme tilbake på egnet måte.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med Stortingets behandling av dokument 8: 114s (2025–2026) og dokument 8: 117S (2025–2026), jf Innstilling 226 S (2025–2026).

Dette vedtaket er ett av 8 vedtak som Stortinget gjorde om pasientreiseordningen, jf vedtak 690-697. Vedtakene er fulgt opp av regjeringen gjennom oppdrag gitt i tillegg til oppdragsdokument formidlet til de regionale helseforetakene i juni 2026.

Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte om oppfølging av disse vedtakene.

Evaluering av pasientreiseordningen

Vedtak nr. 692, 7. mai 2026

> *«Stortinget ber regjeringen sørge for at det er pasientens totale reisetid som skal vektlegges, slik at det mest hensiktsmessige fremkomstmiddelet benyttes, ikke nødvendigvis det som for helseforetaket er billigste reisealternativ, slik at pasienter med lang reisevei slipper unødvendig reisetid. Regjeringen bes også utarbeide enklarere standard for hvor lang en pasientreise skal være, og komme tilbake til Stortinget på egnet måte.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med Stortingets behandling av dokument 8: 114s (2025–2026) og dokument 8: 117S (2025–2026), jf Innstilling 226 S (2025–2026).

Dette vedtaket er ett av 8 vedtak som Stortinget gjorde om pasientreiseordningen, jf vedtak 690-697. Vedtakene er fulgt opp av regjeringen gjennom oppdrag gitt i tillegg til oppdragsdokument formidlet til de regionale helseforetakene i juni 2026.

Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte om oppfølging av disse vedtakene.

Evaluering av pasientreiseordningen

Vedtak nr. 693, 7. mai 2026

> *«Stortinget ber regjeringen sikre at Pasientreiser i større grad prioriteres når fly benyttes som reisevei til og fra behandling i helsetjenesten.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med Stortingets behandling av dokument 8: 114s (2025–2026) og dokument 8: 117S (2025–2026), jf Innstilling 226 S (2025–2026).

Dette vedtaket er ett av 8 vedtak som Stortinget gjorde om pasientreiseordningen, jf vedtak 690-697. Vedtakene er fulgt opp av regjeringen gjennom oppdrag gitt i tillegg til oppdragsdokument formidlet til de regionale helseforetakene i juni 2026.

Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte om oppfølging av disse vedtakene.

Evaluering av pasientreiseordningen

Vedtak nr. 694, 7. mai 2026

> *«Stortinget ber regjeringen vurdere en reisegaranti med refusjon for kostnader til alternativ transport, som en del av Pasientreisers serviceerklæring.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med Stortingets behandling av dokument 8: 114s (2025–2026) og dokument 8: 117S (2025–2026), jf Innstilling 226 S (2025–2026).

Dette vedtaket er ett av 8 vedtak som Stortinget gjorde om pasientreiseordningen, jf vedtak 690-697. Vedtakene er fulgt opp av regjeringen gjennom oppdrag gitt i tillegg til oppdragsdokument formidlet til de regionale helseforetakene i juni 2026.

Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte om oppfølging av disse vedtakene.

Evaluering av pasientreiseordningen

Vedtak nr. 695, 7. mai 2026

> *«Stortinget ber regjeringen sikre en mer helhetlig forvaltning av pasientreiser, med mål om å se den administrative og praktiske forvaltningen i sammenheng, og ber regjeringen komme tilbake på egnet måte.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med Stortingets behandling av dokument 8: 114s (2025–2026) og dokument 8: 117S (2025–2026), jf Innstilling 226 S (2025–2026).

Dette vedtaket er ett av 8 vedtak som Stortinget gjorde om pasientreiseordningen, jf vedtak 690-697. Vedtakene er fulgt opp av regjeringen gjennom oppdrag gitt i tillegg til oppdragsdokument formidlet til de regionale helseforetakene i juni 2026.

Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte om oppfølging av disse vedtakene.

Evaluering av pasientreiseordningen

Vedtak nr. 696, 7. mai 2026

> *«Stortinget ber regjeringen endre pasientreiseforskriften slik at helseføretak som ikkje har inngått kontrakt om pasienttransport, skal tilby ei ordning der pasienten kan reise utan å betale meir enn eigenandelen for transporten og overnattinga.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med Stortingets behandling av dokument 8: 114s (2025–2026) og dokument 8: 117S (2025–2026), jf Innstilling 226 S (2025–2026).

Dette vedtaket er ett av 8 vedtak som Stortinget gjorde om pasientreiseordningen, jf vedtak 690-697. Vedtakene er fulgt opp av regjeringen gjennom oppdrag gitt i tillegg til oppdragsdokument formidlet til de regionale helseforetakene i juni 2026.

Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte om oppfølging av disse vedtakene.

Evaluering av pasientreiseordningen

Vedtak nr. 697, 7. mai 2026

> *«Stortinget ber regjeringen sikre at anbodsgrunnlag for pasienttransport blir utforma slik at kvalitet, pasientomsyn og beredskap blir vekta høgare enn lågaste pris, og at det blir innført minimumskrav til ventetid og reisetid.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med Stortingets behandling av dokument 8: 114s (2025–2026) og dokument 8: 117S (2025–2026), jf Innstilling 226 S (2025–2026).

Dette vedtaket er ett av 8 vedtak som Stortinget gjorde om pasientreiseordningen, jf vedtak 690-697. Vedtakene er fulgt opp av regjeringen gjennom oppdrag gitt i tillegg til oppdragsdokument formidlet til de regionale helseforetakene i juni 2026.

Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte om oppfølging av disse vedtakene.

Nok areal ved bygging av sykehus

Vedtak nr. 699, 7. mai 2026

> *«Stortinget ber regjeringen i oppdragsbrev til Sykehusbygg HF understreke viktigheten av å bygge sykehus som ivaretar både ansatte og pasienters behov for areal, og som tar høyde for befolkningsfremskrivninger.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med behandling av Dokument 8:103 S (2025–2026), jf. Innst. 215 S (2025–2026).

Anmodningen vil bli fulgt opp i oppdragsdokument til de regionale helseforetakene i januar 2027.

Tilfluktsrom eller andre beskyttelsestiltak for eksisterende sykehus

Vedtak nr. 700, 7. mai 2026

> *«Stortinget ber regjeringen vurdere om nye sykehus som enten skal planlegges, eller som ikke er ferdig prosjektert, bør sikres nødvendige beskyttelsesfasiliteter, og hvordan det kan gjennomføres. Det skal også gjøres en vurdering av om det er mulig og hensiktsmessig å inkludere beskyttelsesfasiliteter i pågående byggeprosjekter.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med behandling av Dokument 8:103 S (2025–2026), jf. Innst. 215 S (2025–2026).

Etablering av beskyttelsestiltak i sykehussektoren i tråd med anmodningsvedtaket er vurdert. For prosjekter med lånetilsagn i 2026 er de regionale helseforetakene bedt om å vurdere etablering av tilfluktsrom. Med unntak av Åsgård, hvor prosjekteringen var kommet for langt, blir mulighetene nå utredet for samtlige nye prosjekter. Når det gjelder pågående byggeprosjekter, viser regjeringens vurdering at det kun er Nye Rikshospitalet som har mulighet for å etablere tilfluktsrom. Mulighet for tilfluktsrom vurderes også ved utbygging i Skien. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte om oppfølgingen av anmodningsvedtaket.

Inkluderer beredskap for vasstilførsel til sjukehus i beredskapsplanar

Vedtak nr. 701, 7. mai 2026

> *«Stortinget ber regjeringen sørge for at alle helseføretak inkluderer beredskap for vasstilførsel til sjukehus i sine beredskapsplanar.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med behandling av Dokument 8:103 S (2025–2026), jf. Innst. 215 S (2025–2026).

Nasjonal helseberedskapsplan, som ble publisert 23. mai 2025, omtaler trygg vannforsyning som en grunnleggende funksjon som må sikres. Planen understreker betydningen av å opprettholde kritiske samfunnsfunksjoner, herunder trygg vannforsyning, ved kriser og katastrofer. Det fremgår videre av planen at helseforetakene skal ha systemer og tiltak for å sikre tilgang til kritiske innsatsfaktorer, herunder personell, legemidler og medisinsk utstyr, IKT/EKOM-tjenester samt mat-, vann- og strømforsyning.

Helseforetakene har etter lov 23. juni 2000 nr. 56 om helsemessig og sosial beredskap (helseberedskapsloven) plikt til å beredskapsplaner for virksomheten og de tjenestene de har ansvar for. Med ututarbeide gangspunkt i risiko- og sårbarhetsanalyser skal de regionale helseforetakene og helseforetakene etablere nødvendige tiltak for å sikre opprettholdelse av kritiske innsatsfaktorer, herunder IKT-, vann- og strømforsyning.

I oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene er det gjennomgående stilt krav til beredskap, sikkerhet, robusthet, kontinuitet og håndtering av kriser og andre uønskede hendelser. Disse kravene innebærer at de regionale helseforetakene og helseforetakene må planlegge for svikt i kritiske innsatsfaktorer og forsyninger, herunder bortfall av vannforsyning, som en del av sitt beredskapsarbeid. Vedtaket ansees som fulgt opp.

Kartlegge behovet for rehabilitering, oppgradering og etablering av tilfluktsrom eller andre beskyttelsestiltak for eksisterende sykehus

Vedtak nr. 702, 7. mai 2026

> *«Stortinget ber regjeringen kartlegge behovet for rehabilitering, oppgradering og etablering av tilfluktsrom eller andre beskyttelsestiltak for eksisterende sykehus samt en oversikt over kostnader for gjennomføring. Regjeringen bes komme tilbake på egnet måte om hvordan dette arbeidet kan følges opp.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med behandling av Dokument 8:103 S (2025–2026), jf. Innst. 215 S (2025–2026). Regjeringen ba de regionale helseforetakene i februar om å gjennomføre en kartlegging av tilfluktsrom. Kartleggingen viser varierende tilstandsgrad og avdekker et behov for rehabilitering av eksisterende tilfluktsrom. Basert på helseforetakenes kartlegging viser foreløpige anslag at kostnadene ved oppgradering av eksisterende tilfluktsrom kan beløpe seg til 2,6 mrd. kroner.

Regjeringen vil på egnet måte komme tilbake til Stortinget om hvordan anmodningsvedtaket følges opp videre.

Regelverksendringer salg av alkohol direkte fra produsent

Vedtak nr. 734, 19. mai 2026

> *«Stortinget ber regjeringen snarest komme tilbake til Stortinget med forslag til lovendringer knyttet til salg av alkoholholdige drikkevarer over 4,7 pst. fra produksjonssted, med sikte på å åpne for at alkoholprodusenter kan selge et begrenset volum av sin egen produksjon direkte til besøkende.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med behandling av Dokument 8:149 S (2025–2026), jf. Innst. 256 S (2025–2026). Regjeringen sendte et forslag om endringer i alkoholloven og alkoholforskriften som etablerer en begrenset ordning for salg av alkoholholdig drikk direkte fra produsent på høring 5. juni 2026 med høringsfrist 5. september 2026. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Om å sikre nok jordmødre i helsetjenesten

Vedtak nr. 779, dato

> *«Stortinget ber regjeringa sikre at alle helseføretak innfører modellar for auka grunnbemanning, heile stillingar og tilpassa turnus på føde- og barselavdelingar forå sikre kvalitet og trygg oppfølging av mor og barn og lågare sjukefråvær og turnover blant jordmødrer, og kome tilbake til Stortinget på eigna måte.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med Stortingets behandling av Dokument 8: 146 S (2025–2026), jf. Innst. 292 S (2025–2026). Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Om å sikre nok jordmødre i helsetjenesten

Vedtak nr. 780, dato

> *«Stortinget ber regjeringen utrede og fremme forslag om nye tiltak som gjør det mulig for erfarne jordmødre å stå lenger i arbeid, og komme tilbake til Stortinget på egnet måte»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med Stortingets behandling av Dokument 8: 146 S (2025–2026), jf. Innst. 292 S (2025–2026). Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Helseplattformen – uavhengig, begrenset analyse

Vedtak nr. 800, 26. mai 2026

> *«Stortinget ber regjeringen sørge for at det gjennomføres en uavhengig, begrenset analyse innrettet slik at formålet med analysen skal være læring til tilsvarende prosjekter og videre forbedring og videreutvikling av Helseplattformen. Dette for å sikre målene om samhandling, kvalitet og effektivitet i tjenestene på alle nivå. Gjennomføringen og innretningen av analysen skal ikke gå ut over pågående forbedring og videreutvikling av Helseplattformen. Analysen skal se hen til eksisterende kunnskapsgrunnlag.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med Stortingets behandling av Dokument 8:155 S (2025–2026), jf. Innst. 328 S (2025–2026). Helse- og omsorgsdepartementet har gjennomført en åpen anskaffelse og inngått avtale med et uavhengig analyseselskap. Analyseselskapet skal levere en rapport som svarer ut vedtaket. Stortinget vil informeres innholdet i rapporten i statsbudsjettet for 2028. Anmodningsvedtaket anses fulgt opp.

Skille funksjoner og struktur fra Helseplattformen

Vedtak nr. 801, 28. mai 2026

> *«Stortinget ber regjeringen sikre at kostnader til Helseplattforma ikkje går ut over sjukehusstruktur og viktige lokalsjukehusfunksjonar i Helse Midt-Noreg.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med Dokument 8:155 S (2025–2026), jf. Innst. 328 S (2025–2026). Regjeringen har i oppdragsdokument 2026 gjennom tilleggsdokument etter Stortingets behandling av Prop. 96 (2025–2026) gitt Helse Midt-Norge RHF i oppdrag å følge opp vedtaket. Regjeringen kommer tilbake til Stortinget på egnet måte.

Årlig rapportering om legemiddelberedskap

Vedtak nr. 802, 28. mai 2026

> *«Stortinget ber regjeringen rapportere årlig til Stortinget om norsk legemiddelberedskap, herunder mangelsituasjoner og norsk legemiddelproduksjon av kritisk viktige legemiddel og medisinsk utstyr som del av totalberedskapen.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med Stortingets behandling av Dokument 8:161 S (2025–2026) og Dokument 8:167 S (2025–2026), jf. Innst. 317 S (2025–2026). Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Tettere samarbeid om legemiddelberedskap med Norden og Europa

Vedtak nr. 803, 28. mai 2026

> *«Stortinget ber regjeringen jobbe aktivt for et tettere samarbeid om legemiddelberedskap med de nordiske landene og Europa. I dette arbeidet skal det også jobbes for at Norge skal kunne bidra med produksjon av viktige legemidler i en krisesituasjon og at norske produksjonsmiljø for legemidler er klare til å omstille sin produksjon i en beredskapssituasjon, innenfor de rammene som følger av det internasjonale samarbeidet og som statsstøtteregelverket setter.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med Stortingets behandling av Dokument 8:161 S (2025–2026) og Dokument 8:167 S (2025–2026), jf. Innst. 317 S

(2025–2026). Regjeringen følger opp vedtaket langs flere spor, blant annet gjennom arbeidet i Nordisk ministerråd, EUs revisjon av legemiddellovgivningen og lovforslaget om kritiske legemidler, samt forhandlingene om en helseberedskapsavtale med EU. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Oppdatert og konkret plan for legemiddelberedskap

Vedtak nr. 804, 28. mai 2026

> *«Stortinget ber regjeringen legge frem en oppdatert og konkret plan for legemiddelberedskap, der økt norsk produksjonskapasitet inngår som en sentral komponent.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med Stortingets behandling av Dokument 8:161 S (2025–2026) og Dokument 8:167 S (2025–2026), jf. Innst. 317 S (2025–2026). Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Utrede muligheten for nordisk innkjøp av medisinske produkter til beredskapslagre

Vedtak nr. 805, 28. mai 2026

> *«Stortinget ber regjeringen utrede mulighetene for nordiske innkjøpsordninger for beredskapslager for legemiddel og medisinsk utstyr, og komme tilbake til Stortinget på egnet måte.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med Stortingets behandling av Dokument 8:161 S (2025–2026) og Dokument 8:167 S (2025–2026), jf. Innst. 317 S (2025–2026). Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Transportordninger for psykisk syke

Vedtak nr. 806, 28.mai 2026

> *«Stortinget ber regjeringen sikre at helseforetakene gjennomgår sine transportordninger for psykisk syke for å sikre gode og verdige transporter og bidra til riktig bruk av tvang, og at bruk av politi reduseres til et minimum uten at det går ut over sikkerheten til helsepersonell, og at alle helseforetak vurderer etablering av psykisk ambulansetjeneste i større tettsteder og byer»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med Stortingets behandling av Dokument 8:180 S (2025–2026), jf. Innst. 315 S (2025–2026). De regionale helseforetakene er gitt i oppdrag å følge opp Stortingsvedtaket i tillegget til oppdragsdokumentet for 2026. Regjeringen kommer tilbake til Stortinget på egnet måte.

Evaluering av sykehusplaner og sykehusbygging i Norge

Vedtak nr. 825, mai 2026

> *«Stortinget ber regjeringen evaluere prosessen for nye sykehusbygg for å sikre transparens og bedre legge til rette for demokratisk etterprøvbarhet.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med Stortingets behandling av Dokument 8:192 S (2025–2026) jf. Innst. 327 S (2025–2026). Helse- og omsorgsdepartementet har vurdert anmodningen og viser til at ny veileder for Evaluering av sykehusbyggprosjekter ble vedtatt i desember 2025. Den nye veilederen er utarbeidet av Sykehusbygg HF sammen med de regionale helseforetakene, inkludert tillitsvalgte og vernetjeneste. Den tydeliggjør hvordan evaluering skal planlegges, gjennomføres og brukes fra tidligfase til sykehus i drift.

Evalueringer styrebehandles og er offentlig tilgjengelig for alle. Dette sikrer både transparens og mulighet for etterprøvbarhet. Stortingets intensjon anses ivaretatt, og anmodningsvedtaket anses dermed fulgt opp.

Evaluering av sykehusplaner og sykehusbygging i Norge

Vedtak nr. 826, mai 2026

> *«Stortinget ber regjeringen høste erfaring fra nylig ferdigstilte sykehus for å sikre at det bygges gode offentlige sykehus med plass til både ansatte og pasienter, der beredskapshensyn og ansattes rolle ivaretas.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med Stortingets behandling av Dokument 8:192 S (2025–2026) jf. Innst. 327 S (2025–2026). Helse- og omsorgsdepartementet har vurdert anmodningen og viser til at ny veileder for Evaluering av sykehusbyggprosjekter ble vedtatt i desember 2025. Den nye veilederen er utarbeidet av Sykehusbygg HF sammen med de regionale helseforetakene, inkludert tillitsvalgte og vernetjeneste. Den tydeliggjør hvordan evaluering skal planlegges, gjennomføres og brukes fra tidligfase til sykehus i drift. Evalueringsmodellen gir krav om både førevaluering, evaluering av plan- og byggeprosessen og ettere-

valuering. Et viktig prinsipp i modellen er kunnskapsdeling av evalueringene og resultater.

Anmodningsvedtaket anses fulgt opp.

Sikre pauserom for sykehusansatte

Vedtak nr. 828, mai 2026

> *«Stortinget ber regjeringen gjennomføre tiltak for å bedre arbeidsmiljøet på sykehusene og at det legges til rette for tilfredsstillende arbeidsrom og pauserom.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med Stortingets behandling av Dokument 8:199 S (2025–2026) jf. Innst. 327 S (2025–2026).

Anmodningsvedtaket vil bli fulgt opp i oppdragsdokument til de regionale helseforetakene i januar 2027.

Standarder for pauserom i sykehus

Vedtak nr. 829, mai 2026

> *«Stortinget ber regjeringen sørge for at det etableres standarder for økte arealer i pauserom og arbeids- og rapportrom i avdelingene når sykehus bygges og renoveres.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med Stortingets behandling av Dokument 8:199 S (2025–2026) jf. Innst. 324 S (2025–2026).

Anmodningsvedtaket vil bli fulgt opp i oppdragsdokument til de regionale helseforetakene i januar 2027.

Medvirkning i sykehusbyggprosjekter

Vedtak nr. 830, mai 2026

> *«Stortinget ber regjeringen sørge for reelle medvirkningsprosesser i forbindelse med planlegging, gjennomføring og evaluering av byggeprosjekter i helseforetakene.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med Stortingets behandling av Dokument 8:199 S (2025–2026) jf. Innst. 324 S (2025–2026). Helse- og omsorgsdepartementet har vurdert anmodningen og viser til at det nå utarbeides egen veileder for medvirkning i sykehusbyggprosjekter, som skal styrebehandles og gjøres gjeldende for alle sykehusbyggprosjekter. Veilederen utarbeides i samarbeid med ansatte, tillitsvalgte og vernetjenesten.

Anmodningsvedtaket anses fulgt opp gjennom etablering av egen veileder for medvirkning i sykehusbyggprosjekter.

Oppfølging av fødselsdepresjon

Vedtak nr. 930, 10. juni 2026

> *«Stortinget ber regjeringen styrke forebygging av og innsatsen for oppfølging av fødselsdepresjon, og komme tilbake til Stortinget på egnet måte.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med Stortingets behandling av Dokument 8: 205 S(2025–2026), jf Innst. 429 S (2025–2026). Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Påminnelse om konsultasjonstime hos fysioterapeut etter fødsel

Vedtak nr. 931, 10. juni 2026

> *«Stortinget ber regjeringen sikre at alle kvinner som har født, mottar en påminnelse via Helsenorge om bestilling av konsultasjonstime hos fysioterapeut.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med behandlingen av «Representantforslag om trygghet for mødre i barselomsorgen» Dokument 8:205 S (2025–2026), Innst. 429 S (2025–2026)

Helse- og omsorgsdepartementet ga i oppdrag til Helsedirektoratet 7. juli 2026 å vurdere hvordan vi kan sikre at alle kvinner som har født, mottar en påminnelse via Helsenorge om bestilling av konsultasjonstime hos fysioterapeut, og hvordan dette kan inngå i en påminnelsesordning. Oppdraget har frist 1. oktober. Regjeringen kommer tilbake til Stortinget på egnet måte når de varslede utredningene foreligger.

Sørge for at kompetansen innen fødsels- og barselomsorg utvikles, med særlig vekt på forebygging av fødselsskader, styrking av kunnskap om kvinnehelse og utvikling av beste praksis, ved å bygge videre på og forsterke eksisterende fagmiljøer og tjenester

Vedtak nr. 932, 10. juni 2026

> *«Stortinget ber regjeringen sørge for at kompetansen innen fødsels- og barselomsorg utvikles, med særlig vekt på forebygging av fødselsskader, styrking av kunnskap om kvinnehelse og utvik-*

ling av beste praksis, ved å bygge videre på og forsterke eksisterende fagmiljøer og tjenester.»

Vedtaket ble truffet i forbindelse med behandlingen av «Representantforslag om trygghet for mødre i barselomsorgen» Dokument 8:205 S (2025–2026), Innst. 429 S (2025–2026). Som regjeringen har redegjort for er det innenfor svangerskap, fødsel og barsel flere retningslinjer, faglige råd og anbefalinger som skal bidra til god praksis i de kommunale helse- og omsorgstjenestene og i spesialisthelsetjenesten. Det er etablert gode kompetansemiljøer på bekkenbunnsplager og for helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Det er investert i forskning på kvinners helse. På helsenorge er det en egen side med kvalitetssikret innbyggerrettet informasjon om kvinnehelse. En kvinnehelseportal for formidling av forskning på kvinnehelse er under etablering. I tillegg er det for sykepleierutdanningen trådt i kraft en endring i forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanningen om at kandidaten skal ha kunnskap om kjønnsforskjeller og kjønns betydning for helse. Endringen vil gjelde for utdanninger som starter opp etter 1. august 2027. Regjeringen vil be Helsedirektoratet sikre at de faglige rådene og anbefalingene som er utarbeidet blir implementert slik at fødselsskader kan forebygges og beste praksis utvikles. En mer helhetlig svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg er også del av det kommende arbeidet med helsereform. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Jordmødres henvisningsrett

Vedtak nr. 933, 10. juni 2026

«Stortinget ber regjeringen vurdere om jordmødre kan få utvidet rett til å henvise til spesialisthelsetjenesten samt forskrivningsrett for svangerskapsrelaterte medikamenter.»

Vedtaket ble truffet i forbindelse med behandlingen av Dok 8: 205 S (2025–2026). Regjeringen har i Meld. St. 11 (2025–2026) *Helsepersonellplan 2040* varslet at den vil utrede begrenset henvisningsrett med rett til godtgjørelse for flere grupper autorisert helsepersonell, blant annet jordmødre, andre sykepleiergrupper og fysioterapeuter. Utredningen skal ta hensyn til erfaringer fra prøveordning med henvisningsrett for helsesykepleiere til barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) som trådet i kraft i 2026. Regjeringen tar sikte på at nye grupper spesialistgodkjente sykepleiere, herunder jordmødre, skal kunne få rett til å rekvirere bestemte legemidler der det er sannsynliggjort at dette avlaster annet helsepersonell. Regjeringen kommer tilbake til Stortinget på egnet måte når de varslede utredningene foreligger.

Utvidelse av påminnelsesordningen for vaksiner

Vedtak nr. 934, 10. juni 2026.

«Stortinget ber regjeringen utvide den automatiske påminnelsesordningen til å gjelde alle innbyggere. Den automatiske påminnelsesordningen skal varsle om når det er behov for påfyllingsvaksine eller andre nødvendige vaksiner som er en del av voksenvaksinasjonsprogrammet. Denne tjenesten kan organiseres som en del av helsenorge.no og det skal være mulig å reservere seg fra ordningen.»

Vedtaket ble truffet i forbindelse med Stortingets behandling av Dokument 8:225 S (2025–2026) Representantforslag om bedre tilgang til vaksiner og enklere gjennomføring av vaksinering, jf. Innst. 422 S (2025–2026).

Regjeringen deler Stortingets mål om å opprettholde en høy vaksinasjonsdekning i befolkningen, og er enig i at gode digitale løsninger er avgjørende for å nå ut med informasjon. Helse- og omsorgsdepartementet har allerede innført en målrettet påminnelsesordning for eldre og risikogrupper i voksenvaksinasjonsprogrammet.

Regjeringen foreslår for 2027 en satsing på til sammen 7 mill. kroner til Folkehelseinstituttet og Norsk helsenett SF for å videreutvikle visningsløsningen for vaksiner på Helsenorge. Dette vil gi innbyggerne tilgang til persontilpasset informasjon om vaksiner i program og andre aktuelle vaksinasjoner, som for eksempel vaksine mot TBE-virus i bestemte geografiske områder og anbefalt oppfriskningsvaksinasjon hvert tiende år mot stivkrampe, difteri, kikhoste og polio.

Stortingets vedtak peker på en automatisk, utgående varsling til samtlige innbyggere med etablering av et nasjonalt reservasjonsregister. Regjeringen har vurdert en slik løsning, men ser at en generell masseutsendelse reiser betydelige personvernmessige problemstillinger og vil skape kapasitetsutfordringer for helsetjenesten. Regjeringen har derfor valgt å prioritere en styrket visnings- og informasjonsløsning på Helsenorge.

Gjennom videreutviklingen av Helsenorge legges det til rette for god og persontilpasset informasjon tilpasset den enkelte innbygger på en trygg og hensiktsmessig måte.

Med dette, kombinert med eksisterende påminnelsesordninger for risikogrupper, legger regjeringen til rette for at befolkningen får god og persontilpasset informasjon om vaksiner på en trygg og hensiktsmessig måte. Løsningen ivaretar intensjonen i Stortingets vedtak, samtidig som den tar hensyn til personvernet og sikrer en bærekraftig kapasitetsutnyttelse i helsetjenesten og vaksineforsyningen. Regjeringen vil på egnet måte komme tilbake til Stortinget om hvordan anmodningsvedtaket følges opp videre.

Gjennomgå og forbedre systemet for vurderinger og beslutninger om finansiering av vaksinasjonstilbud

Vedtak nr. 935, 10. juni 2026

> *«Stortinget ber regjeringen gjennomgå og forbedre systemet for vurderinger og beslutninger om finansiering av vaksinasjonstilbud, slik at det legger til rette for raskere og mer forutsigbare beslutningsprosesser. Stortinget ber videre regjeringen styrke ordninger som kan øke vaksinasjonsdekningen i befolkningen, herunder gjennomgå rettigheter og plikter i vaksinasjonsarbeidet, vurdere videreutvikling av den automatiske påminnelsesordningen der det er relevant og gjennomførbart, og gjennomgå og vurdere hvordan fastleger, apotek og andre aktører kan bidra til bedre tilgjengelighet, og komme tilbake til Stortinget på egnet måte.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med Stortingets behandling av Dokument 8:225 S (2025–2026) Representantforslag om bedre tilgang til vaksiner og enklere gjennomføring av vaksinering, jf. Innst. 422 S (2025–2026). Helse- og omsorgsdepartementet har gitt Direktoratet for medisinske produkter og Folkehelseinstituttet i oppdrag å utrede en enklere prosess for vurdering av offentlig finansiering av vaksiner. Fristen for oppdraget er 15. november 2026. Departementet vurderer samtidig de øvrige delene av vedtaket knyttet til tiltak for økt vaksinasjonsdekning og tilgjengelighet. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Beskyttelse av spedbarn mot RS-virus

Vedtak nr. 936, 10. juni 2026

> *«Stortinget ber regjeringen sikre vaksine til gravide eller antistoff til spedbarn som forebyggende tiltak mot RS-virus, og innføre det som et tilbud til alle snarest mulig, og komme tilbake til Stortinget på egnet måte senest i løpet av høsten 2026.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med behandlingen av Dokument 8:237 S (2025–2026), jf. Innst. 415 S (2025–2026). Regjeringen foreslår en bevilgning på 55 mill. kroner for å innføre et gratis tilbud for å beskytte spedbarn mot RS-virus (RSV) fra 1. juli 2027, jf. omtale under kap. 710, post 21. Innføring av et slikt tilbud krever nødvendig tid fra budsjettvedtak til gjennomføring av anskaffelse og klargjøring i helsetjenesten. En alternativ og mer forsert anskaffelsesprosess ville ha gitt liten helseeffekt for sesongen 2026–2027. Anmodningsvedtaket anses fulgt opp.

Nytt estimat for alternativkostnad

Vedtak nr. 937, 9. juni 2026

> *«Stortinget ber regjeringen utarbeide et evidensbasert, robust og anvendbart estimat for alternativkostnaden i helse- og omsorgstjenesten som kan baseres på norske data og legges til grunn for prioriteringer, og utvikle en metode for å jevnlig kunne oppdatere estimatet på alternativkostnaden i fremtidige år, herunder forslag til frekvens på justering. Saken må være klar innen høsten 2028, med en delrapport innen høsten 2027 som presenterer foreløpige funn, relevante faktorer og eventuelle veivalg for hva som kan inngå i alternativkostnad.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med behandlingen av Dokument 8:238 S (2025–2026) Representantforslag om justering av terskelverdien for legemidler, jf., Innst. 416 S (2025–2026). Helse- og omsorgsdepartementet ga før sommeren 2026 Direktoratet for medisinske produkter i oppdrag å gjennomføre en ekstern anskaffelse for å følge opp vedtaket med frister i tråd med føringene fra Stortinget. Oppdragstaker vil være på plass tidlig høst 2026. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Opprettholde urologitilbud ved Ringerike sykehus

Vedtak nr. 938, 10. juni 2026

> *«Stortinget ber regjeringen om at det vurderes å opprettholde deler av urologitilbudet ved Ringerike sykehus, og at det vurderes å desentralisere flere pasienttilbud til lokalsykehuset.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med Dokument 8: 253 S (2025–2026), Innst. 414 S (2025–2026) om desentralisering av sykehustilbudet. Vestre Viken har i arbeidet med et helhetlig urologitilbud i Vestre Viken gjort en vurdering av hvordan utredning, behandling og utdanning best kan ivaretas. Primært flyttes den elektive aktiviteten som poliklinikk og planlagte innleggelser og operasjoner. Akutte urologiske tilstander vil, i fleste tilfeller, fortsatt tas imot ved Ringerike sykehus. Vestre Viken ønsker å styrke lokalsykehusene både på Ringerike og Kongsberg, og vurderer mulig etablering av annen aktivitet. Med dette er det gjort en vurdering i tråd med anmodningsvedtaket. Anmodningsvedtaket ansees utkvittert.

Plan for utvikling av distriktspsykiatriske senter

Vedtak nr. 939, 10. juni 2026

> *«Stortinget ber regjeringen foreta en helhetlig gjennomgang av tilbudet innen psykisk helsevern og fremme en konkret og tidfestet plan for utvikling av distriktspsykiatriske senter i hele Norge, og hindre nedbygging av slike tilbud, og komme tilbake til Stortinget med dette innen våren 2027.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med Dokument 8:253 S (2025–2026), Innst. 414 S (2025-2026) om desentralisering av sykehustilbudet. Det vises til omtalen under vedtak 414. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Likepersonsstøtte for foreldre som venter barn med funksjonsvariasjoner

Vedtak nr. 942, 10. juni 2026

> *«Stortinget ber regjeringen sikre etablering av en offentlig finansiert ordning for frivillig likepersonsstøtte for foreldre som venter barn med funksjonsvariasjoner. Ordningen skal være drevet av frivillige organisasjoner slik at tilbudet blir tilgjengelig for foreldre som venter barn med funksjonsvariasjoner.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med behandling av Dok 8:265 S (2025–2026), jf. Innst. 419 S (2025–2026). Departementet vil følge dette opp videre, og regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Finansieringsordning for pensjonsforpliktelser

Vedtak nr.1035, 16. juni 2026

> *«Stortinget ber regjeringen i forbindelse med statsbudsjettet for 2027 vurdere å etablere en finansieringsordning for pensjonsforpliktelsene som følger av verts-kommunerollen etter HVPU-reformen, som gjelder også etter at siste vertskommunebeboer er gått bort.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med behandling av Prop. 94 S (2025–2026), jf. Innst. 448 S (2025–2026).

Kommunesektoren finansieres i all hovedsak med frie inntekter (skatteinntekter og rammetilskudd), som fordeles gjennom inntektssystemet. Inntektssystemet skal legge til rette for at alle kommuner skal kunne gi et likeverdig tjenestetilbud, uavhengig av forhold som skatteinntekter, demografi, avstander og levekår. Kommuner som mottar vertskommunetilskudd er en variert gruppe, som inkluderer både store og skattesterke kommuner i sentrale strøk som Bærum, og små distriktskommuner med lange avstander og lave skatteinntekter, som Kvæfjord og Saltdal. Gjennom utgiftsutjevningen i inntektssystemet kompenseres alle kommuner for ufrivillige variasjoner i utgiftsbehovet, og forskjellene i skatteinntekter utjevnes i stor grad gjennom inntektsutjevningen. Inntektssystemet skal dermed ivareta behovene til alle kommuner, inkludert vertskommunene.

Det er stor variasjon i den økonomiske situasjonen til landets kommuner, og dette gjelder også blant kommunene som mottar vertskommunetilskudd. 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 fortsatt krevende i 2025, og om lag 1/3 av alle kommuner hadde et negativt driftsresultat i 2025. Andelen kommuner med negativt driftsresultat var omtrent den samme blant vertskommunene som blant øvrige kommuner.

Alle kommuner har pensjonsforpliktelser overfor tidligere ansatte, og må betale pensjonspremier for tidligere ansatte så lenge disse lever. Vertskommuner vil betale pensjonspremier for tidligere ansatte også etter at alle de tidligere beboerne er døde, på samme måte som kom-

munene vil betale pensjonspremie for tidligere ansatte på andre tjenesteområder lenge etter at de aktuelle tjenestene er levert. En kommune som relativt sett har hatt flere ansatte på ett gitt tjenesteområde vil isolert sett også kunne ha en høyere pensjonsforpliktelse og dermed høyere pensjonsutgifter i form av reguleringspremier enn sammenliknbare kommuner. KOSTRA-tall for pensjonsforpliktelser gir imidlertid ikke grunnlag for å skille ut hvor stor andel av en kommunes pensjonsforpliktelser som kan knyttes til et bestemt tjenesteområde og hvor store disse merutgiftene til pensjon eventuelt er. Det har i flere år vært vanlig praksis at veksten i frie inntekter hensyntar veksten i pensjonskostnadene, og fra og med 2026 er pensjonskostnader inkludert i den kommunale deflatoren. Det betyr at kommunesektoren som helhet blir kompensert for vekst i pensjonskostnadene gjennom frie inntekter i de årlige budsjettoppleggene. Generelt må kommunene håndtere pensjonsforpliktelser for tidligere ansatte på lik linje som andre driftsutgifter, og sektoren er kompensert for dette i makro.

Gjennomgangen over viser at kommunene må håndtere pensjonsforpliktelser for tidligere ansatte på lik linje som andre driftsutgifter, og sektoren er kompensert for dette i makro. Regjeringen vil derfor ikke etablere en finansieringsordning for forpliktelsene som følger av vertskommunerollen etter HVPU-reformen, og viser i stedet til endringene foreslått under Kap. 760 post 62 i Prop. 1 S (2026–2027) for Helse- og omsorgsdepartementet. Anmodningsvedtaket anses fulgt opp.

Videreføring av vertskommunetilskuddet

Vedtak nr.1036, 16. juni 2026

> *«Stortinget ber regjeringen videreføre vertskommunetilskuddet til HVPU-kommunene.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med behandling av Prop. 94 S (2025–2026), jf. Innst. 448 S (2025–2026).

Regjeringen viser til at regjeringen fra 2027 ønsker å endre vertskommunetilskuddet, til et omstillingstilskudd til de av vertskommunene som har det største omstillingsbehovet ved avvikling, og avvikle tilskuddet umiddelbart for de resterende, jf. Prop. 1 S (2026–2027) for Helse- og omsorgsdepartementet. På den måten kan kommunene som blir værende i ordningen få mulighet til å områ seg, og de får en forutsigbar nedtrapping uavhengig av antallet gjenlevende beboere. Vertskommunetilskuddet skal etter dagens regelverk avvikles når siste beboer er falt fra. Den foreslåtte endringen vil gi en mer forutsigbar og styrt avvikling for kommuner med de største omstillingsbehovene.

Anmodningsvedtak nr. 1036 (2025–2026), 16. juni 2026, foreslås opphevet, jf. forslag til romertallsvedtak X.

Bruke lokalsykehus i ventetidsprosjektet

Vedtak nr.1133, 19. juni 2026

> *«Stortinget ber regjeringen bruke lokalsykehus aktivt i ventetidsprosjektet for å utnytte kapasiteten i sykehusene bedre.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med behandling av Prop. 96 S (2025–2026).

De regionale helseforetakene er på denne bakgrunn gitt i oppdrag i tilleggsdokumentet til oppdragsdokumentet for 2026 å sørge for at den samlede kapasiteten i spesialisthelsetjenesten brukes best mulig, herunder elektiv kapasitet ved lokalsykehusene for å understøtte ventetidsmål og Mitt sykehusvalg. Anmodningsvedtaket anses fulgt opp.

Tilleggsanskaffelse i Helse Sør-Øst RHF

Vedtak nr.1143, 19. juni 2026

> *«Stortinget ber regjeringen påse at Helse Sør-Øst RHF gjennomfører den planlagte tilleggsanskaffelsen av døgnplasser innen hjerte- og lungesykdommer, kompleks epilepsi og pasienter med fremskreden multippelsklerose (MS). Nye anskaffelser innen disse områdene må kunngjøres så raskt som mulig.»*

Vedtaket ble truffet i forbindelse med behandling av Prop. 96 S (2025–2026).

Helse Sør-Øst RHF fikk i juni oppdrag å følge opp vedtaket i tilleggsdokument til oppdragsdokumentet for 2026. Anmodningsvedtaket anses fulgt opp.

Ultralydutdanning for jordmødre

Vedtak nr. 1151, 19. juni 2026

> *«Stortinget ber regjeringen sørge for at dagens ultralydutdanning for jordmødre videreføres med fortsatt akademisk forankring og kvalitet på dagens nivå, innenfor en modell som sikrer større grad av sambruk av kompetanse og utstyr mellom universitets- og sykehus-miljøet, og at*

utdanningskapasiteten ikke reduseres i overgangsperioden»

Vedtaket ble truffet i forbindelse med behandling av Meld. St. 2 (2025–2026), Innst. 450 S (2025–2026). Helse- og omsorgsdepartementet vil gå i dialog med Kunnskapsdepartementet med formål å finne en bærekraftig og robust løsning for utdanningstilbudet, samtidig som kvaliteten i utdanningen ivaretas. Helse Midt-Norge RHF ble i oppdrag TOD2025-24 av 4. juli 2025 om utdanningstilbud i ultralyd for jordmødre bedt om å utrede en varig løsning for videreføring av et utdanningstilbud i ultralyd for jordmødre. Utredningen skulle vurdere intern utdanning, samarbeid med utdanningssektoren eller overføring til UH-sektoren. Tiltaket måtte være faglig og økonomisk bærekraftig, vurdere egenandel, og utarbeides i samarbeid med de regionale samarbeidsorganene mellom regionale helseforetak og universitets- og høgskolesektoren. Helse- og omsorgsdepartementet har bedt Helse Midt-Norge om å stille det pågående arbeidet for omlegging av utdanningen i bero, samt sørge for at utdanning av jordmødre i ultralyd videreføres med fortsatt akademisk forankring. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

3.2 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 Nord-Norge HF (UNN) som har ansvar for å vurdere stedlige forhold på Svalbard. Helse- og omsorgsdepartementet ga i supplerende oppdragsdokument for 2025 Helse Nord RHF i oppdrag å redegjøre for tilbudet til mennesker som oppholder seg på Svalbard og som har behov for psykisk helsehjelp, og om tilbudet vurderes som tilstrekkelig opp mot registrerte behov. UNN har på oppdrag fra Helse Nord RHF kartlagt og vurdert dagens tilbud.

Utredningen er gjennomført med bidrag fra Longyearbyen sykehus, Longyearbyen lokalstyre og en rekke relevante aktører på Svalbard. Det har blant annet vært dialog med representanter for barn og unge, Sysselmesteren, Svalbard kirke, familieverntjenesten, utdanningsinstitusjoner, frivillige organisasjoner og relevante fagmiljøer ved UNN. Informasjonsinnhentingen har gitt et godt grunnlag for å beskrive dagens tilbud og vurdere behovet for eventuelle tiltak.

Utredningen viser at det psykiske helsetilbudet i Longyearbyen i hovedsak er godt utbygd og tilpasset befolkningens størrelse og behov. Tilbudet til barn og unge vurderes som særlig godt. Det fremheves blant annet at den ambulante oppfølgingen fra psykisk helsevern barn og unge (BUP) gir et tilbud som på enkelte områder er bedre enn det som er vanlig i sammenlignbare fastlandskommuner. Utredningen konkluderer ikke med behov for etablering av faste psykolog- eller psykiaterstillinger i Longyearbyen. Samtidig identifiserer utredningen flere tiltak som kan bidra til videre utvikling av tilbudet. For barn og unge anbefales det at den prosjektfinansierte 100 pst.-stillingen som helsesykepleier ved Longyearbyen sykehus videreføres og vurderes gjort permanent etter prosjektperiodens utløp. Stillingen skal bidra til å styrke det forebyggende og helsefremmende arbeidet, og kan også rettes mot voksne og familier.

For voksne er tilbudet videreutviklet gjennom etableringen av en medisinskfaglig rådgiver ved Longyearbyen sykehus. Utredningen peker videre på muligheter for å styrke samhandlingen med spesialisthelsetjenesten gjennom mer strukturert digital rådgivning og veiledning, bedre utnyttelse av eksisterende digitale behandlingstilbud og vurdering av økt digital oppfølging av pasienter som oppholder seg på Svalbard.

Helse Nord RHF stiller seg bak utredningens beskrivelser og anbefalinger, herunder støtter RHFet anbefalingen om videreføring av helsesykepleierstillingen, viser til etableringen av medisinskfaglig rådgiver ved Longyearbyen sykehus og vil vurdere behovet for videre utvikling av digitale tilbud. Det forutsettes at tiltaket gjennomføres innenfor det regionale helseforetakets eksisterende budsjett- og styringsrammer. 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 Lov om abort, Prop. 117 L (2023–2024), 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.

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 Lov om abort, Prop. 117 L (2023–2024), 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.

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. Regjeringen har mottatt rapporten som viser at Helseplattformen har bidratt til forbedring i de kommunale tjenestene og forbedret samhandling mellom sykehus og kommuner ved å forenkle tilgangen til oppdatert og relevant informasjon om pasienten. Samtidig viser utredningen at gevinstene trolig reduseres av at flere kommuner, legevakter og fastleger ikke har tatt i bruk Helseplattformen. Helseplattformen har fortsatt utfordringer knyttet til brukervennlighet, særlig for ansatte i sykehus. Helse Midt-Norge og aktuelle kommuner legger til grunn funnene i rapporten i arbeidet med å forbedre brukervennligheten og effektiviteten i journalløsningen. 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 har utredet en ny innretning for utdeling av nalokson og understøttende finansieringsordninger, herunder vurdert behovet for videreføring og innretning av Naloksonprosjektet som en permanent ordning, for å nå relevante pasienter, brukere, pårørende og aktører. Direktoratet vil arbeide videre med utredning og implementering av mulige modeller for rekvirering, distribusjon og finansiering av nalokson innenfor dagens regelverk. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

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 ved behandling av Meld. St. 5 (2024–2025) om forebyggings- og behandlingsreformen for rusfeltet del 1, jf. Innst. 155 S (2024–2025). Helsedirektoratet har fått i oppdrag å utrede juridiske, økonomiske og administrative konsekvenser av vedtaket. Frist for svar er 1. desember 2026, og regjeringen vil deretter komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Etablering av tverrfaglige behandlingsplasser i alle helseregioner

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 oppdaterte fremskrivninger. I årlig melding fra de regionale helseforetakene fremgår det at det nå er etablert tverrfaglige behandlingsplasser for denne gruppen i alle helseregioner. 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 arbeidsliv og skole 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 innen rusmiddelfeltet å utvikle en tjeneste med integrert ettervern som inkluderer brukerstyrte plasser, i samarbeid med kommunene.

Helse Sør-Øst RHF ledet de regionale helseforetakenes arbeid og etablerte en nasjonal arbeidsgruppe som fikk i oppdrag å lage et forslag til iverksetting av oppdraget. Arbeidsgruppens rapport ble behandlet av styrene i de regionale helseforetakene våren 2025 og inneholdt en rekke forslag til tiltak som fører til at tjenestene etablerer gode behandlingstiltak og samhandlingsrelasjoner for a sikre et godt integrert ettervern. Forslagene vurderes å være i tråd med og utfyllende til eksisterende normerende produkter, slik at de samlet sett bidrar til en mer helhetlig oppfølging av pasienter etter døgnbehandling i tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

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. Regjeringen vurderer med dette at intensjonen i Stortingets vedtak er oppfylt og 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). Ny handlingsplan mot spilleproblemer (2026–2029) svarer ut vedtaket gjennom tiltak 2.4.a – Betre oversikt og kjennskap til behandlingstilbod. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

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). 10,5 millioner kroner er for 2026 avsatt fra overskuddet til Norsk Tipping til Helsedirektoratets tilskuddsordning for spilleproblematikk. Dette er en økning fra 2025 og skal bl.a. bidra til at Blåkors får flere ressurser til drift av fjernbehandlingstilbudet (tiltak 2.3 b i ny plan). Økningen bidrar også til styrket oppfølging av pårørende. Andre relevante tiltak her er: 2.3.a – Hjelpelinjen skal vidareutviklast, 2.3.d – Vidareutvikling av appar og 2.3.e – Gjere tilgjengeleg hjelpetilbod for personar som tidlegare har hatt speleproblem. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

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 trådte 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 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 satte den 14. november 2025 ned et utvalg som skal utrede ny pasient- og brukerrettighetslov. Utvalget skal gjennomføre en fullstendig revisjon av loven for å sikre et klarere og mer brukervennlig lovverk. Utvalget ledes av professor Karl Harald Søvig og skal levere sin utredning innen 14. mai 2027. Regjeringen vil følge opp NOU-en i etterkant av dette, og komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

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 framkommer 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.

I perioden 2022 til 2025 har antall årsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten økt med 306. I 2027 settes det et ressursforbedringsmål for spesialisthelsetjenesten på 0,55 pst. av budsjettrammen. Midlene trekkes ikke ut av rammen, men benyttes til å understøtte ventetidsmål. I tillegg innføres en nasjonal insentivordning for å redusere ventetidene og ISF-satsen økes. Disse tre tiltakene vil til sammen også bidra til kapasiteten i tjenesten.

Tilgang til arbeidskraft er en kritisk forutsetning for å sikre trygge, likeverdige helse- og omsorgstjenester til befolkningen i hele landet. Framskrivinger viser et bemanningsgap på 42 000 helsepersonell i 2040, primært helsefagarbeidere og sykepleiere. Utfordringen er størst i kommunene. For å lukke dette gapet, trygge pasientene og avlaste pårørende, skal Stortinget høsten 2026 behandle Meld. St. 11 (2025–2026) Helsepersonellplan 2040 som er en helhetlig plan med to hovedgrep:

- *Øke tilbudet av personell (potensial 41 800–61 100 årsverk):* I samarbeid med partene i arbeidslivet prioriteres et heltidsløft (potensial på over 22 000 årsverk ved 10 prosent økte stillingsbrøker) og mindre belastende turnusordninger. Innleie skal erstattes med styrket grunnbemanning, utdanningskapasiteten i mangelyrker økes (6 500 årsverk), og det innføres blant annet mentorordninger og kvalifiseringsløp for ansatte uten helsefaglig utdanning.
- *Dempe behovet for personell (potensial 17 300 årsverk):* Målrettet digitalisering, robotisering og KI skal fjerne tidstyver. Det skal legges til rette for ny ansvars- og oppgavedeling – herunder utvidet henvisningsrett, spesialistgodkjenning av sykepleiere, helsetjenester i apotek og avlastning fra annet personell til ikke-kliniske oppgaver. I tillegg prioriteres bedre klinisk beslutningsstøtte mot overbehandling samt aldersvennlige boligløsninger.

Regjeringen vil redegjøre for status for oppfølgning av Helsepersonellplan 2040 årlig i Prop. 1 S – Statsbudsjettet. 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). I tildelingsbrevet for 2026 har departementet gitt Helsedirektoratet i oppdrag å utrede og utvikle en modell for påbygningsspesialitet som en egen spesialitet nr. 2 (minst 3 år og 3 måneder) generelt, og for palliativ medisin spesielt med utgangspunkt i prosjektrapport fra Helsedirektoratet (2024) om etablering av palliativ medisin som legespesialitet. De etablerte kriteriene for etablering av spesialistutdanning skal legges til grunn for etablering av påbygningsspesialiteter generelt, jf. behovene for spesialisert kompetanse, bærekraftig bruk av personellressurser med avgrensing mot andre helsepersonellgrupper og spesialiteter, mv.

For å sikre hensiktsmessig personellbehov bør modeller som ikke forutsetter etablering av egne organisatoriske enheter eller strukturer, evt.

med vaktordninger for det aktuelle fagområdet, forskriftsfestet veiledning eller et gitt antall LIS stillinger, legges til grunn. I arbeidet skal det også legges til grunn at selv om påbygningsspesialiteter opprettes, skal det ikke være ensbetydende med at tjenesten er forpliktet til å opprette et gitt antall stillinger/LIS-stillinger, eller å etablere egne organisatoriske enheter eller strukturer, evt. med vaktordning for det aktuelle fagområdet, men at deres generelle ansvar for hvordan organisere og bemanne tjenestene gjelder.

Arbeidet med å utvikle og etablere en egen påbygningsspesialitet i palliativ medisin, bør innrettes slik at den ivaretar behovene for kompetanse i palliasjon både i de kommunale helse- og omsorgstjenestene og i spesialisthelsetjenesten, at spesialiteten skal ivareta behovene for både medisinsk bredde- og spisskompetanse i palliasjon og legge til grunn at spesialiseringen kan skje i de respektive tjenestene. Økonomiske, administrative og personellmessige konsekvenser ved etablering av en påbygningsspesialitet skal utredes. Utredningen bør også omfatte oppdaterte analyser mht. behov for ferdige spesialister ut ifra tjenestenes behov fremover, antall utdanningsstillinger, potensiale for rekruttering og evt. konsekvenser for andre spesialister inkludert breddekompetanse, eventuelle organisatoriske/strukturelle konsekvenser, og evt. konsekvenser for godkjenning av søkere med utdanning fra EU/EØS og 3. land. Oppdraget må sees i sammenheng med avvikling av forsøksordningen med kompetanseområde i palliativ medisin når ny påbygningsspesialitet er etablert, samt oppdrag til RHFene om etablering av opplæringstilbud innenfor palliasjon.

Helsedirektoratet skal også utrede behov for endringer i spesialistforskriften og behovet for overgangsordninger for leger med relevant realkompetanse og for leger som har gjennomført kompetanseområdet i palliasjon. Det gjøres i denne forbindelse oppmerksom på Stortingets vedtak 705 til Dokument 8:119 S (2024–2025), Innst. 294 S (2024–2025) *«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.»* Det pågående arbeidet med oppdrag TTB2024-62, inkludert presiseringen av oppdraget skal innlemmes i dette arbeidet. Relevante aktører skal involveres i arbeidet. 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 følges opp i oppfølgingen av vedtak nr. 704, 20. mai 2025 – Palliativ medisin som påbygningsspesialitet. Anmodningsvedtaket anses som oppfylt.

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 har også beskrevet en konkret, mulig løsning for kompensasjon til ofrene i Varhaug-saken i forslaget til revidert nasjonalbudsjett som ble lagt fram i mai 2026. Dette har regjeringen gjort med utgangspunkt i Stortingets anmodningsvedtak og tilhørende grunnlagsdokumenter. Regjeringen mener at det nå er opp til Stortinget å bevilge de nødvendige midlene til en løsning og bestemme rammene for denne. 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). Stortinget har etter dette truffet vedtak om arbeid med en tannhelsereform, jf. vedtak nr. 67 fra Stortingssesjonen 2025–2026. Departementet jobber med en tannhelsereform. Det tas sikte på å sende et høringsnotat ut på tre måneders offentlig høring høsten 2026. Departementet vil følge opp høringen på vanlig måte, og deretter komme tilbake til Stortinget med en lovproposisjon i 2027.

Det foreslås å utkvittere vedtak nr. 900 og viser til videre oppfølging av vedtak 67 fra stortingssesjonen 2025–2026.

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.

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*, jfr. Innst. 461 S (2024–2025). Det ble gitt oppdrag til Direktoratet for medisinske produkter (DMP) i samarbeid med Helsedirektoratet (Hdir) om å gjennomføre en hurtig utredning. Rapporten ble levert 5. januar. DMP og Hdir anbefalte å ikke justere alternativkostnaden pga. manglende data og usikkerhet om dagens anslag. Det ble anbefalt å avvente den eksterne utredningen av alternativkostnaden med norske data. Anbefalingen ble støttet av en ekstern referansegruppe med representanter fra akademia, de regionale helseforetakene og KS. Rapporten ble sendt på høring og det var delte syn i høringen. Som følge av representantforslag 238 S (2025–2026) ble forslaget om midlertidig justering behandlet 9. juni 2026. Stortinget sluttet seg til å ikke justere terskelverdiene eller alternativkostnaden nå, men avvente den eksterne utredningen som kommer innen høsten 2028 i tråd med Stortinget sitt vedtak 937 av 9. juni 2026. 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*. I tråd med Meld. St. 23 utreder Helsedirektoratet ny helhetlig finansieringsmodell for fastlegeordningen. Som oppfølging av Stortingets vedtak har Helsedirektoratet levert en delutredning om profesjonsnøytrale takster i fastlegeordningen. Utredningen viser at hvordan pasientbehandling utført av andre helsepersonellgrupper i fastlegekontor bør finansieres, er avhengig av andre sider ved regulering og finansiering av fastlegeordningen. Profesjonsnøytrale takster må derfor ses i sammenheng med blant annet arbeidet med ny helhetlig finansieringsmodell. Regjeringen kommer 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). Kommunene har ansvar for å yte nødvendige helsetjenester og står fritt til å organisere tjenestetilbudet i sin kommune. Lovpålagte kommunale oppgaver finansieres i hovedsak over rammetilskuddet. Kommunene avgjør selv om de vil anskaffe og/eller samarbeide med frivillige og / eller ideelle organisasjoner for å yte helsetjenester. Det gjelder og tjenestetilbud organisert som lavterskeltilbud. Staten har lagt til rette for at kommuner kan reservere kontrakter for ideelle aktører, men utover det har staten begrensede virkemidler for å sikre forutsigbare og stabile rammevilkår for ideelle aktører i kommunene når det kommer til tjenesteyting.

Statens mest sentrale virkemiddel overfor ideell sektoren som sådan er tilskuddsordninger. Over budsjettkapitlene 760 og 765 ytes det tilskudd til ideell og frivillige aktører, der formålet er å supplere kommunale tjenestetilbud. I hovedsak gis det ikke tilskudd til aktivitet som faller inn under sørgefor ansvaret. Tidligere var en rekke tilskuddsmottagere øremerket/navngitt i statsbudsjettet. Regjeringen har hatt som mål at alle tilskudd skal tildeles etter åpne, transparente og rettferdige prosesser i søknadsbaserte ordninger. For å sikre en viss grad av 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. Det er en betydelig oversøkning på nær alle ordninger rettet mot ideell og frivillig sektor over Helse- og omsorgsdepartementets budsjett.

Når det gjelder anmodningsvedtakets punkt om akuttberedskap, viser Helse- og omsorgsdepartementet til at 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. Det vises også til arbeidet med å oppdatere nasjonal veileder for kommunenes arbeid med psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer.

Vedtaket anses som oppfylt gjennom ovennevnte samarbeidsavtale, pågående forbedringsarbeid knyttet til utforming og forvaltning av tilskuddsordninger over helse- og omsorgsdepartementets budsjett, det vises i den sammenheng også til departementets oppfølging av anmodningsvedtak nr. 583, 585, 586, 587, og 588 av 26. mars 2026. 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, forbedre.* Helsedirektoratet er i oppdrag bedt om å utrede forskrivningsrett for sykepleiere med masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie (AKS). Oppfølging av anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

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 viser til at det gjennom takstforhandlingene med Legeforeningen 2026 ble gjennomført en utvidelse av takst 101 om strukturert samtale for å motivere til endring relatert til kosthold, røykeavvenning og/eller fysisk aktivitet, slik at denne nå også omfatter pasienter med KOLS og psykisk sykdom og/eller rusmiddellidelser, i tillegg til pasienter med, eller med risiko for hjerte- og karsykdom, diabetes 2 eller fedme.

Helsedirektoratets rapporter om en mer forebyggende helse- og omsorgstjeneste trekker bla. frem skrøpelighetsvurdering av eldre som et viktig forebyggende tiltak. Gjennom takstforhandlingene ble det innført takst for vurdering av skrøpelighetsvurdering med Clinical Frailty Scale. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

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*. Helsedirektoratet har fått i oppdrag å utrede hvordan en slik ordning bør innrettes, herunder de praktiske og økonomiske konsekvensene. Fristen for oppdraget er 1. desember 2026. Når de nødvendige utredningene er gjennomført, vil forslag til forskriftsendringer deretter sendes på offentlig høring. 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). Enkelte av lovendringene trådte i kraft fra 20. juni 2025, mens lovendringene om ny meldeordning for alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenesten, som det siktes til i vedtaket, først trådte i kraft fra 1. juli 2026. Det er derfor for tidlig å følge opp anmodningsvedtaket. 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 behandlingen av Prop. 125 L (2024–2025) *Endringer i matloven (hjemmel for overtredelsesgebyr ved brudd på forskrift)*. Folkehelseinstituttet fikk i tildelingsbrev av 20. januar 2025 i oppdrag å evaluere markedsføringsforbudet. Første delrapport er forventet i 2027. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

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).

Rådgivende enhet for russaker (RER) er en lovpålagt kommunal tjeneste, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-9 c. Enheten har som formål å følge opp personer som har fått en strafferettslig reaksjon der oppmøte og/eller ruskontroll er satt som vilkår, jf. straffeloven § 37 første ledd, bokstav d. Selv om RERs lovfestede ansvar er å møte personer når oppmøte for enheten er satt som vilkår for en bestemt strafferettslig reaksjon, ligger det til kommunens sørge for-ansvar å tilby råd, veiledning og vurdere tjenestebehov for alle som henvender seg til den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Kommunen står fritt til å organisere sine tjenester slik at RER også kan ivareta slike oppgaver. Flere kommuner har allerede etablert lokalt tilpassede modeller for hvordan RER inngår i det samlede tjenestetilbudet. Dette er også understøttet av veiledende materiell utarbeidet av Helsedirektoratet, som beskriver hvordan kommunene kan organisere enheten fleksibelt, og hvordan den kan fungere som en rådgivende og samhandlende aktør i møte med personer med rusmiddelrelaterte problemer.

I Meld. St. 5 (2024–2025) ble det varslet at RER kunne tillegges flere funksjoner enn det som følger av det daværende lovverket. På bakgrunn av dette har Helsedirektoratet på oppdrag fra departementet utviklet ytterligere veiledende materiell for kommunene, slik at den forebyggende funksjonen til RER kan styrkes, blant annet som kontaktpunkt eller samhandlingsarena for andre relevante sektorer og aktører, herunder skolen, konfliktrådene, kriminalomsorgen, politi og pårørende. Oppdatert materiell ble publisert i forbindelse med ikrafttredelse av lovendringer om ruskontroll. Departementet vil sørge for implementering av materiellet blant annet ved at de regionale kompetansesentrene for rusfeltet (Korus) skal ha en aktiv rolle overfor kommunene med opplæring og veiledning om organisering og faglig innhold. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Langtidsopphold for barn med store og sammensatte 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). Som det framgår både av opptrappingsplanen for psykisk helse og oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene, er det behov for å 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 og døgntilbud. De regionale helseforetakene har fått i oppdrag å lage en konkret og tidfestet plan for hvordan døgnkapasiteten i psykisk helsevern i regionen skal øke fram mot 2030 i tråd med faglige framskrivninger. De regionale helseforetakene beskriver i sine planer, at det særlig er behov for å styrke det helhetlige behandlingstilbudet til pasienter med alvorlige psykiske lidelser, både døgntilbudet og de polikliniske tjenestene. De regionale helseforetakene er i 2026 bedt om at analysene beskriver det totale behovet i regionene for døgnkapasitet for barn, unge og voksne, når framskrivninger oppdateres i 2026.

Varighet av både polikliniske, ambulante og døgntilbud må tilpasses barnas individuelle behov. Noen har behov for behandling og oppfølging over tid. For å ivareta dette, er det viktig å sørge for et helhetlig og sammenhengende behandlingsforløp med både polikliniske, ambulante tilbud og døgnopphold. Som del av samlet behandlingstilbud har de regionale helseforetakene også hatt i oppdrag å utarbeide og iverksette en nasjonal plan for utbygging av tjenestetilbudet for barn og unge med rusmiddelproblemer. Helsedirektoratet fikk i 2025 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. Helsedirektoratet vurderer at barn med tiltak i barnevernet, herunder med en uavklart omsorgssituasjon, kan gis prioritet innenfor gjeldende regelverk og vil omtale rettigheter for barn i barnevernet nærmere gjennom en forenklet revisjon av prioriteringsveilederne. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

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 igangsatte arbeidet, og der det ble rapportert om utilstrekkelig kapasitet, hadde dette særlig sammenheng med områder med et høyt antall barnevernsinstitusjoner. De regionale helseforetakene fikk i 2026 et nytt oppdrag om å sørge for at det er etablert helseteam tilknyttet alle barnevernsinstitusjoner og rapportere om dette innen 31. desember 2026. Det ble bevilget 56 mill. kroner til formålet i 2026, og for å sørge for at alle barn i barnevernsinstitusjoner får tilgang til helsehjelp gjennom helseteam, foreslås bevilgningen videreført med 57 mill. kroner i 2027. 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. Det er bevilget midler til oppfølging av overordnet plan for sikkerhetspsykiatri, og samlet ramme foreslås styrket i 2027. 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 vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

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).

Det vises til nyere vedtak nr. 456 fra Stortingssesjonen 2025–2026, der Stortinget ber regjeringen legge frem en handlingsplan for rehabiliteringsfeltet.

Regjeringen foreslår å utkvittere vedtak nr. 1033 og viser til videre oppfølging av vedtak 456 fra stortingssesjonen 2025-2026.

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). Vedtaket vil bli fulgt opp med oppdrag til de regionale helseforetakene. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

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 ble fulgt opp med oppdrag til de regionale helseforetakene i oppdragsdokumentet for 2026. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

3.3 Stortingssesjon (2023–2024)

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 har nedsatt et ekspertutvalg for å få utredet disse problemstillingene. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

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. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

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*.

Helse Sør-Øst RHF ledet de regionale helseforetakenes arbeid og etablerte en nasjonal arbeidsgruppe som fikk i oppdrag å lage et forslag til iverksetting av oppdraget. Arbeidsgruppens rapport ble behandlet av styrene i de regionale helseforetakene våren 2025 og inneholdt en rekke forslag til tiltak som fører til at tjenestene etablerer gode behandlingstiltak og samhandlingsrelasjo-

ner for a sikre et godt integrert ettervern. Forslagene vurderes å være i tråd med og utfyllende til eksisterende normerende produkter, slik at de samlet sett bidrar til en mer helhetlig oppfølging av pasienter etter døgnbehandling i tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Det vises også til *Rusbehandlingsutvalget* som ble oppnevnt i statsråd 24. juni 2025, som har som del av sitt mandat å vurdere og anbefale innretning av tjenestene som gir et mer samlet og helhetlig behandlingstilbud på tvers av forvaltningsnivåene og andre deler av velferdssektoren. Regjeringen vurderer med dette at intensjonen i Stortingets vedtak er oppfylt og 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. Arbeidet med å etablere slike tilbud er godt i gang, og behandlingstilbud til voldsutsatte kvinner med ruslidelse vil være en viktig del av tjenestetilbudet innen TSB fremover. Det vises også til *Rusbehandlingsutvalget* som ble oppnevnt i statsråd 24. juni 2025, som har som del av sitt mandat å vurdere og anbefale innretning av tjenestene som gir et mer samlet og helhetlig behandlingstilbud på tvers av forvaltningsnivåene og andre deler av velferdssektoren. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Ivaretakelse av kjønnsperspektivet

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. Regjeringen vil fortsette å følge opp at kjønnsperspektivet legges til grunn i beslutningsgrunnlaget på helse- og omsorgsfeltet bl.a. i tildelingsbrevene til underliggende etater og i helse- og omsorgsdepartementets utredninger der kjønnsperspektivet er relevant. Regjeringen foreslår å avslutte rapporteringen på vedtak nr. 686 og viser til videre oppfølging av vedtak 659 fra stortingssesjonen 2025–2026. 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.

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.

3.4 Stortingssesjon (2022–2023)

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. Helsedirektoratet har fått i oppdrag å vurdere oppfølgende tiltak for å bedre det medisinske og psykososiale akuttilbudet til voksne utsatt for vold i nære relasjoner. Vurderingen skal ta utgangspunkt i rapporten fra Menon economics, samt Helsedirektoratet sine vurderinger av Menon sine funn og anbefalinger. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

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 har nedsatt et ekspertutvalg for å få utredet disse problemstillingene. Det vises til likelydende vedtak nr. 489 i stortingssesjonen for 2023–2024.

Regjeringen foreslår å avslutte rapporteringen på vedtak nr. 742 og viser til videre oppfølging av vedtak 489 fra stortingssesjonen 2025-2026.

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. Helsedirektoratet har vært forsinket med oppfølgingen av oppdraget og tar sikte på å levere på oppdraget i løpet av høsten 2026. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

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 har i Meld. St. 11 (2025–2026) *Helsepersonellplan 2040* beskrevet hvordan apotekenes rolle i vaksinasjonsarbeidet kan styrkes.

Blant annet skal det vurderes utvidet rekvireringsrett for farmasøyter for utvalgte vaksiner i og utenfor program. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

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). Vedtaket er fulgt opp ved at folketrygdens regelverk for stønadspunkt 14 ble endret med virkning fra 1.7.2025 med følgende setning: «Pasienter med psykiske helseplager som etter stønadspunkt 14 har rett til stønad til tannbehandling, beholder rettighetene i seks måneder etter at de sterkt nedsatte evnene til egenomsorg er gjenopprettet. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.»

3.5 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.

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).

Anmodningsvedtaket overlapper med anmodningsvedtak 930 fra stortingssesjonen 2025–2026. Regjeringen foreslår å avslutte rapporteringen på vedtak nr. 518 og viser til videre oppfølging av vedtak 930 fra stortingssesjonen 2025-2026. .

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). Regjeringen noterer at Stortingets flertall ikke anser vedtaket som fulgt opp, jf. Innst. 125 S (2025–2026). Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

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. Forskriftsendringer for å oppnå dette ble iverksatt 1. januar 2025. Regjeringen iverksatte også en praksisendring fra 1. januar 2026, der leger som har gjennomført praktisk tjeneste som oppfyller fastsatte kriterier i andre land i og utenfor EU/EØS, etter søknad og konkret vurdering kan få godkjent læringsmål og tid som LIS1-tjeneste. Et eksempel på praksis som nå vil kunne vurderes for godkjenning i LIS1 er dansk «klinisk basisuddannelse» (KBU). Praksisendringen ble gjennomført innenfor gjeldende regelverk, men med endring av rundskrivet til spesialistforskriften. 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 fremme livskvalitet og å forebygge og redusere ensomhet. Helsedirektoratet har i oppdrag å utarbeide et utkast til handlingsplan i samarbeid med Folkehelseinstituttet. Ensomhet er tatt inn i revisjonen av folkehelseloven som ble vedtatt av Stortinget 20. mai 2025. Helsedirektoratet har levert anbefalinger for hvordan arbeidet med ensomhet bør tas videre. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

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.»

Grunnlaget for at kommuner skal arbeide mer systematisk med ensomhet er styrket ved å ta ensomhet inn i revisjon av folkehelseloven. Ved å inkludere ensomhet og livskvalitet i samme handlingsplan kan frivilligheten synliggjøres som en sentral samarbeidspartner i folkehelsearbeidet, ikke minst i innsatsen for å motvirke sosial isolasjon og styrke deltakelse blant innbyggere som erfarer utenforskap eller ensomhet. Å koble ensomhet til livskvalitet og øvrig folkehelsearbeid gir grunnlag for tydeligere prioriteringer lokalt og for bedre samspill mellom kommuner, frivillighet, næringsliv og arbeidsliv. Regjeringen har styrket samarbeidet med frivilligheten om blant annet ensomhet gjennom en ny tilskuddsordning til aktivitetstilbud for eldre og gjennom partnerskap for eldrekraften. Samarbeidet mellom det offentlige, næringslivet, arbeidslivet og frivillige lag og organisasjoner for å forebygge ensomhet vil videre følges opp i handlingsplanen for å fremme livskvalitet og å forebygge og redusere ensomhet. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

3.6 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 ble igangsatt i 2025, og vil blant annet inkludere økonomiske virkemidler som fremmer utviklingen av nye antibakterielle midler. 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 *Myndighetenes 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 blant annet ovennevnte dokumenter sendte regjeringen 8. oktober 2025 på høring forslag til ny smittevernlov og ny helseberedskapslov. Av høringsnotatene fremgår at regjeringen tar sikte på fremleggelse av lovproposisjoner med forslag til ny smittevernlov og ny helseberedskapslov våren 2027.

Responstider, kompetanse og akuttmedisinsk utstyr

Vedtak nr. 726, 2. mars 2021

> *«Stortinget ber regjeringen forskriftsfeste respons tider 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. Regjeringens vurdering er at forskriftsfesting av responstid for ambulansetjenesten ikke kan gjennomføres i praksis, og vil derfor ikke innføre dette.

Likeverdig tilgjengelighet til akuttmedisinske tjenester påvirkes av mange faktorer: tilstrekkelig rekruttering av allmennleger, akuttmedisinsk kompetanse hos annet helsepersonellet, reisetid og ventetid i legevakt, responstid i ambulansetjenesten, svartid i medisinsk nødmeldetjeneste, digital tilgjengelighet og hvordan de ulike aktørene samhandler i den akuttmedisinske kjeden. Gjennom Meld. St. 23 (2024–2025) *Fornye, forsterke, forbedre* er det lagt fram en rekke gode tiltak for å forbedre en allerede svært god og desentralisert akuttmedisinsk tjeneste. Det er gitt oppdrag til de regionale helseforetakene om at de skal gjennomgå og planlegge de akuttmedisinske sammen med kommunene for å styrke den lokale akuttberedskapen, og det settes ikke i verk enkelttiltak om responstid for ambulansetjenesten. 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. Det vises til Meld. St. 23 (2024–2025) *Fornye, forsterke, forbedre* der dette er omtalt. 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).

Stortinget har etter dette truffet vedtak om arbeid med en tannhelsereform, jf. vedtak nr. 67 fra Stortingssesjonen 2025–2026. Departementet jobber med en tannhelsereform. Det tas sikte på å sende et høringsnotat ut på tre måneders offentlig høring høsten 2026. Departementet vil følge opp høringen på vanlig måte, og deretter komme tilbake til Stortinget med en lovproposisjon i 2027.

Det foreslås å utkvittere vedtak nr. 20 og viser til videre oppfølging av vedtak 67 fra stortingssesjonen 2025–2026.

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 behandlingen 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 EUs regelverk for innholdsmerking av vin og aromatiserte drikker. Det arbeides nå med å ta dette regelverket inn i EØS-avtalen og gjennomføring i norsk rett. 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 behandlingen 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 arbeider med oppfølgingen av forslaget fra direktoratet, 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. I tråd med vedtaket har Helsedirektoratet på oppdrag fra de berørte departementene utredet spørsmålet. Det ble anslått at engangskostnaden ved å dekke ideelle organisasjoners historiske pensjonskostnader vil kunne være i størrelsesorden 1,1 mrd. kroner, som redegjort for i Prop. 1 S (2025–2026) fra Helse- og omsorgsdepartementet. 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.

Regjeringen har i tråd med anmodningsvedtakets ordlyd utredet spørsmålet. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Del II
Budsjettomtaler

4 Nærmere omtale av bevilgningsforslag mv.

Alle budsjettforslag er endringer sammenlignet med saldert budsjett 2026 så fremt ikke annet er angitt.

Budsjettkapitler uten bevilgning i 2026 og uten regnskap i 2025 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 2025	Saldert budsjett 2026	Forslag 2027	Endring i pst.
700	Helse- og omsorgsdepartementet	335 417	332 959	388 552	16,7
701	Digitalisering i helse- og omsorgs-tjenesten	432 719	591 622	686 193	16,0
702	Beredskap	114 927	129 437	35 445	-72,6
703	Internasjonalt samarbeid	273 266	295 826	311 262	5,2
704	Norsk helsearkiv	82 686	87 647	90 393	3,1
709	Pasient- og brukerombud	96 590	88 620	90 502	2,1
	Sum kategori 10.00	1 335 605	1 526 111	1 602 347	5,0

Utgifter under programkategori 10.00 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)

Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2025	Saldert budsjett 2026	Forslag 2027	Endring i pst.
01–29	Statens egne driftsutgifter	780 995	789 308	1 035 033	31,1
50–89	Overføringer til andre	554 610	736 803	567 314	-23,0
	Sum kategori 10.00	1 335 605	1 526 111	1 602 347	5,0

Kap. 700 Helse- og omsorgsdepartementet

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2025	Saldert budsjett 2026	Forslag 2027
01	Driftsutgifter	335 417	332 959	342 776
21	Spesielle driftsutgifter			45 776
	Sum kap. 700	335 417	332 959	388 552

Helse- og omsorgsdepartementet har ansvar for følgende underliggende virksomheter i 2027:
- 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 2025–2026 er det lagt frem følgende for Stortinget i tillegg til de faste budsjettproposisjonene:
- Prop. 50 L (2025–2026) *Endringar i brukerromsloven og helse- og omsorgstjenesteloven (målgruppe, driftsavtale og unntak frå krava til brukarromlokala)*.
- Prop. 53 L (2025–2026) *Endringar i pasient- og brukerrettighetsloven mv. (rett til å ha med andre personar når det blir gitt helse- og omsorgstenester)*.
- Prop. 77 LS (2025–2026*) Endringer i apotekloven, legemiddelloven og lov om medisinsk utstyr (gjennomføring av forordning (EU) 2022/123, (EU) 2022/2370 og (EU) 2022/2371 om styrket samarbeid ved alvorlige grensekryssende helsetrusler i Europa og forordning (EU) 2024/1860) og samtykke til godkjenning av EØS-komiteens beslutning nr. 167/2024, 180/2024, 181/2024 og 172/2025 om innlemmelse i EØS-avtalen av forordningene.*
- Prop. 88 L (2025–2026) *Midlertidig endring av alkoholloven (unntak fra maksimaltiden for skjenking under fotball-VM for herrer 2026)*.
- Prop. 97 L (2025–2026) *Endringer i tobakksskadeloven (endringer i gebyr- og avgiftssystemet og høyere strafferammer)*.
- Prop. 101 S (2025–2026) *Endringar i statsbudsjettet 2026 under Helse- og omsorgsdepartementet (som følge av endra takstar for legar, psykologar og fysioterapeutar)*.
- Prop. 110 S (2025–2026) *Endringer i statsbudsjettet 2026 under Helse- og omsorgsdepartementet (utvidet bestillingsfullmakt)*.

Helse- og omsorgsdepartementet hadde 214 årsverk i 2025.

Post 01 Driftsutgifter

Bevilgningen dekker ordinære utgifter til lønn, godtgjørelse, varer og tjenester. Utover lønns- og prisjustering og gjennomgående budsjettiltak omtalt i del I foreslås følgende endringer:
- Det foreslås å flytte 3 mill. kroner fra kap. 703, post 21 og 783, post 21. Flyttingen er en teknisk justering som følger opp arbeidet med å budsjettere løpende oppgaver på virksomhetenes ordinære driftsposter.
- Det foreslås å flytte 1,7 mill. kroner til kap. 1605 post 01 Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon (DSS) og Departementenes digitaliseringsorganisasjon (DIO).

Dette i forbindelse med etablering av felles servicetjenester i departementsfelleskapet.
- Det foreslås å øke bevilgningen med 1,7 mill. kroner mot at bevilgningen på Kommunal- og moderniseringsdepartementets kap. 575, post 60 reduseres tilsvarende. Dette i forbindelse med oppbygging av kapasitet og kompetanse knyttet til planlagt overføring av toppfinansieringsordningen for ressurskrevende tjenester til Helse- og omsorgsdepartementet fra 2028.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Det foreslås å opprette en ny post 21 under kap. 700. Bevilgningen skal dekke utgifter til drift, utredninger, evalueringer, utvalg og midlertidige prosjekter mv. under departementet. Utover lønns- og prisjustering og gjennomgående budsjettiltak omtalt i del I foreslås følgende endringer:
- Det foreslås å flytte til sammen 46,8 mill. kroner, hvorav 1,5 mill. kroner fra kap. 714, post 21, 18,3 mill. kroner fra kap. 732, post 21, 15,6 mill. kroner fra kap. 760, post 21 og 11,4 mill. kroner fra kap. 765, post 21. Forslaget skal bidra til bedre oversikt over departementets samlede midler til slike formål og til en mer hensiktsmessig budsjettering.
- Det foreslås å rammeoverføre 1 mill. kroner til Direktoratet for forvaltning og økonomistyring (DFØ) for midlertidig finansiering av økonomitjenestene.

Kap. 3700 Helse- og omsorgsdepartementet

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2025	Saldert budsjett 2026	Forslag 2027
03	Refusjon av ODA-godkjente utgifter fra Utenriksdepartementet	272 200	215 695	222 000
	Sum kap. 3700	272 200	215 695	222 000

Post 03 Refusjon fra Utenriksdepartementet av ODA-godkjente utgifter

Det vises til omtale under kap. 732, post 70 om utgifter knyttet til Medevac-pasienter. Helseforetakene 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 222 mill. kroner.

Kap. 701 Digitalisering i helse- og omsorgstjenesten

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2025	Saldert budsjett 2026	Forslag 2027
21	Spesielle driftsutgifter, *kan overføres, kan nyttes under post 60 og 70*	213 517	224 978	417 993
60	Tilskudd til helseteknologi i kommunal helse- og omsorgstjeneste	101 211	122 568	
70	Norsk Helsenett SF	73 447	74 806	80 474
73	Tilskudd til digitalisering i kommunal helse- og omsorgstjeneste, *kan overføres*	44 544	45 370	45 342
74	Rammefinansiering av fellestjenester levert av Norsk helsenett		123 900	142 384
	Sum kap. 701	432 719	591 622	686 193

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

Sammenlignet med saldert budsjett 2026 foreslås bevilgningen redusert med:

- 127,2 mill. kroner og flyttet til kap. 760, post 21 til et omstillingstilskudd til kommunene for å understøtte kommunene i å gjennomføre nødvendige omstillinger som oppfølging av Helsepersonellplan 2040.
- 19,9 mill. kroner som er omprioritert til andre tiltak i helse- og omsorgssektoren.
- 5,6 mill. kroner på kap. 701, post 21 som følge av effektivisering og flytting av faste oppgaver til etatenes 01-poster.

Sammenlignet med saldert budsjett 2026 foreslås bevilgningen økt med:

- 114,6 mill. kroner til satsingen på digital samhandling. Totalt utgjør forslag til bevilgning på satsingen på digital samhandling 271,6 mill. kroner i 2027, inkludert tilskudd til kommuner for å støtte innføring og bruk av de nasjonale samhandlingsløsningene, forberedelser til innføring av helsedataforordningen mv.
- 62,2 mill. kroner til digitale tjenester rettet mot barn og unge, fordelt på 56,9 mill. kroner til DigiUng og ung.no, og 5,3 mill. kroner til digital foreldrestøtte. Bevilgningen er flyttet fra kap.760, post 21.
- 20,0 mill. kroner til etablering av en innbyggerrettet offentlig KI-tjeneste.
- 18,3 mill. kroner som følge av at Direktoratet for medisinske produkter og Helsedirektoratet har økt bruk av rammefinansierte tjenester fra Norsk helsenett SF.
- 2,5 mill. kroner til å dekke kostnader til Norsk helsenett SF knyttet til utprøvingen av kommunal nettlege.

Resultater 2025

Digital samhandling

Gjennom satsingen på digital samhandling etableres nasjonale tjenester for digital samhandling på tvers av virksomheter og nivåer. 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. Videre styrkes innbyggernes mulighet til å ta aktiv del i eget behandlingsopplegg.

I 2025 har arbeidet med pasientens legemiddelliste, pasientens journaldokumenter, pasientens prøvesvar, pasientens kritiske informasjon og pasientens måledata (datadeling for digital oppfølging) blitt videreført. Sykehus, fastleger, legevakter, hjemmetjenester, sykehjem og andre aktører i helse- og omsorgssektoren har deltatt i utprøving og innføring av samhandlingstjenestene i 2025. Utprøvingen av pasientens legemiddelliste har pågått i Helse Vest og ble utvidet til Helse Nord. Over 150 000 pasienter hadde fått opprettet en legemiddelliste i 2025. Erfaring viser at én samlet oversikt over legemidler gir både tidsbesparelser og bedre pasientbehandling. Utprøvingen av pasientens prøvesvar til helsehjelp startet i 2025. 550 000 innbyggere fikk tilgang til egne prøvesvar på Helsenorge, og over 290 000 svar ble delt mellom helsepersonell. Det var også en jevn økning i bruk av pasientens journaldokumenter. I Helse Vest RHF ble pasientens kritiske informasjon innført, og i region Sør-Øst startet sykehus og kommuner med utprøving av pasientens måledata.

Det er lagt vekt på at videreutviklingen av digital samhandling skal ta hensyn til kravene i den europeiske helsedataforordningen. Se nærmere omtale av helsedataforordningen i forslaget til ny lov om det europeiske helsedataområdet som nylig har vært på høring.

Digitalt helsekort for gravide

Digitalt helsekort for gravide skal erstatte papirskjemaet for informasjonsdeling mellom ulike helseaktører som følger den gravide i svangerskapet. Helsekortet skal gi økt kvalitet i svangerskapsomsorgen, forbedre oppfølgingen av den gravide og øke pasientsikkerheten. I 2025 etablerte Norsk helsenett SF den tekniske løsningen for det digitale helsekortet for gravide, og utprøvingen startet opp med flere aktører og leverandører.

Helseteknologiordningen

Helseteknologiordningen ble etablert i 2024 for å støtte innføringen av helseteknologi, stimulere næringslivet og tilrettelegge for bruk av standarder i tråd med europeisk utvikling og nasjonale behov. Ordningen har bidratt til å styrke kommunenes bruk av personellbesparende teknologi, anskaffelse av nye journalløsninger og til at flere eldre kan bo trygt hjemme, jf. Meld. St. 24 (2022–2023) *Fellesskap og meistring – Bu trygt heime*.

Helseteknologiordningen har i 2025 bestått av tilskudd til:

- tilrettelegging for å ta i bruk teknologi i den kommunale helse- og omsorgstjenesten,

- nettverk for innføring av helseteknologi og prioriterte samhandlingstiltak i kommunal sektor i regi av KS
- utprøving og innføring av digitale samhandlingsløsninger og tilpasning av pasientjournalsystemene
- standardiseringsorganisasjoner, inkludert tilskudd til Standard Norge

Helsedirektoratet har hatt ansvar for oppfølging av ordningen. I tillegg har Helsedirektoratet etablert en veilednings- og godkjenningsordning for helseteknologi. Ordningen gir en samlet oversikt over nasjonale krav, anbefalinger og godkjenninger for helseteknologi. Ordningen støtter både kommuner og leverandører i det pågående arbeidet med å anskaffe og levere journalløsninger.

Tilskuddet til tilrettelegging for å ta i bruk teknologi i den kommunale helse- og omsorgstjenesten ble i 2025 fordelt på 309 kommuner og 15 fylkeskommuner. Flere kommuner har gått sammen om anskaffelse av helseteknologi som journalløsninger, digital hjemmeoppfølging og velferdsteknologi.

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 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, og arbeidet med pasientens legemiddelliste har hatt høyest prioritet.

Livshendelsen Alvorlig sykt barn – Enklere tilgang til informasjon

Arbeidet med livshendelsen Alvorlig sykt barn fortsatte i 2025, jf. Nasjonal digitaliseringsstrategi 2024–2030 Fremtidens digitale Norge. Som en del av arbeidet med livshendelsen, etableres tjenesten Enklere tilgang til informasjon. Tjenesten skal legge til rette for at informasjon om tjenester og rettigheter er lettere tilgjengelig for familier til barn med behov for sammensatte tjenester. Norsk helsenett SF overtok eierskapet til tjenesten i 2025 og utprøvingen startet opp i noen kommuner.

Digital sikkerhet

Helse- og kommuneCERT bidrar til å styrke sikkerheten i sektoren gjennom kontinuerlig overvåking, rask respons og tett samarbeid med kommuner, helseforetak og leverandører. I 2025 gjennomførte Helse- og kommuneCERT over 100 inntrengingstester i kommunene. Kommunetest, som er en sikkerhetstjeneste for kommunene, har bidratt til å avdekke og lukke kritiske sårbarheter hos virksomheter og kommuner som er medlemmer av Nasjonalt beskyttelsesprogram. Norsk helsenett SF lanserte i 2025 tjenesten skytest for å analysere skymiljøer og avdekke sårbarheter.

Strategier og tiltak 2027

Digital førstelinje

Regjeringen vil etablere en innbyggerrettet offentlig KI-tjeneste på Helsenorge. Basert på kvalitetssikret informasjon skal tjenesten gi svar på helserelaterte spørsmål om blant annet symptomer og helseplager. KI-tjenesten er en viktig del av arbeidet med å innføre en digital førstelinje hvor innbyggerne gis større mulighet til å ha digital kontakt med helsetjenesten, jf. Helsepersonellplan 2040. Den digitale førstelinjen vil kunne bestå av flere tiltak i tillegg til den offentlige KI-tjenesten, som selvhjelps- og behandlingsverktøy, digitale allmennlegetjenester og nettlegeordningen, og skal være lett tilgjengelig på Helsenorge. Mange innbyggere kan håndtere vanlige og langvarige helseplager i større grad på egenhånd dersom de har tilgang til gode og kunnskapsbaserte digitale verktøy. Den digitale førstelinjen skal gi innbyggere, pasienter og pårørende tilgang til kvalitetssikret hjelp og veiledning, både som støtte til forebygging og til mestring gjennom hele behandlingsforløpet. Formålet er å frigjøre kapasitet i helse- og omsorgstjenesten gjennom å digitalisere deler av pasientforløpet.

Arbeidet med digitale allmennlegetjenester og nettlegeordning fortsetter i 2027. Se nærmere omtale under kap. 760, post 21 og 60.

Digital samhandling og helsedataforordningen

I 2027 fortsetter arbeidet med å innføre tjenestene for digital samhandling. En sentral oppgave er å øke bruken av de nasjonale samhandlingstjenestene. Tjenestene skal innføres på flere områder og hos flere sykehus, fastleger, legevakter, hjemmetjenester, sykehjem og andre aktører. Pasientens legemiddelliste er det høyest prioriterte samhandlingsområdet og skal gi helsepersonell og innbyg-

gere en felles og samlet oversikt over hvilke legemidler en pasient bruker. Videre gir pasientens prøvesvar, journaldokumenter, kritisk informasjon og måledata helsepersonell tilgang til nødvendig informasjon. Innføring av de nasjonale tjenestene for digital samhandling bidrar til bedre pasientbehandling og spart tid for helsepersonell. Tjenestene gir også innbyggere bedre oversikt over egen helseinformasjon og mulighet til å ta mer ansvar for egen helse. Som del av satsingen på digital samhandling gis det tilskudd til kommunal helse- og omsorgstjeneste for å støtte utprøving og innføring av digitale samhandlingsløsninger og tilpasning av pasientjournalsystemene.

I 2027 starter arbeidet med å gjøre nødvendige forberedelser til innføring av helsedataforordningen. Kravene i forordningen innebærer at løsningen for elektroniske resepter og kjernejournal må tilpasses for å dele nye opplysninger på tvers av landegrensene, herunder pasientoppsummering, elektroniske resepter og utleveringsmeldinger fra apotek. Tilsvarende må innbyggertjenestene som gjøres tilgjengelig på Helsenorge tilpasses nye krav for å ivareta den enkeltes rettigheter. Se nærmere omtale i forslaget til ny lov om det europeiske helsedataområdet som nylig har vært på høring. Deling av prioriterte helseopplysninger på tvers av landegrenser kan bidra til at helsepersonell sparer tid og økt pasientsikkerhet. Forordningen vil også styrke innbyggernes tilgang til og kontroll over egne helseopplysninger. Forordningens krav om deling av prioriterte kategorier helseopplysninger sammenfaller med regjeringens mål for digital samhandling på tvers av aktører og virksomheter nasjonalt. Europeiske krav og bruk av internasjonale standarder har vært en integrert del av det nasjonale digitaliseringsarbeidet over flere år, og hensyntas i den pågående satsingen på digital samhandling.

Videre skal forslagene om endringer og forenklinger i regelverket for å støtte effektiv digital samhandling mellom aktørene følges opp i 2027. Et av forslagene som har vært på høring innebærer å forenkle helsepersonells tilgang til nødvendig informasjon i kjernejournal gjennom å fjerne de særskilte samtykkereglene. Videre vil endringene i helsepersonellovens bestemmelser om taushetsplikt og tilgang til helseopplysninger, som trådte i kraft 1. juli 2026, gjøre det enklere for helsepersonell å få direkte tilgang til relevante og nødvendige journalopplysninger i andre virksomheter. Det er høyt prioritert å få på plass veiledning og tilpasning i journalsystemene slik at mulighetene for bedre informasjonsdeling tas i bruk.

Digitalt helsekort for gravide

Arbeidet med å innføre digitalt helsekort for gravide fortsetter i 2027. Den gravide skal få tilgang til eget helsekort på Helsenorge og helsepersonell i eget journalsystem. Regjeringen har som mål at digitalt helsekort for gravide skal være i bruk i hele landet i løpet av 2027. Fastleger og helsestasjoner oppfordres til å ta løsningen i bruk også i områder der sykehusene ennå ikke har innført den.

Helseteknologi

I 2027 foreslås endringer i innretningen på tilskuddene som har inngått i helseteknologiordningen. Tilskuddet på 127,2 mill. kroner til innføring av helseteknologi foreslås omdisponert til et omstillingstilskudd til kommunene fra 2027. Omstillingstilskuddet er et sentralt virkemiddel i Helsepersonellplan 2040 for å understøtte kommunene i å gjennomføre omstillinger som er nødvendig for å oppnå bedre ressursutnyttelse, og rekruttere og beholde kompetent personell i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Tilskuddet skal bidra til økt handlefrihet for kommunene til å planlegge og gjennomføre tiltak tilpasset lokale behov. Fra 2027 vil kommunene kunne søke om midler fra omstillingstilskuddet til tiltak som understøtter bruk av helseteknologi og digitale løsninger. Se nærmere omtale under kap. 760, post 60.

Nettverk for innføring av helseteknologi og prioriterte samhandlingstiltak i kommunal sektor i regi av KS skal bidra til erfarings- og kompetansedeling på tvers av kommuner, og at kommune i større grad koordinerer og samordner seg om innføring av helseteknologi og digitale samhandlingstjenester. Arbeidet med å styrke bestillerkompetansen i kommunene og en mer koordinert leverandørdialog videreføres. Dette inkluderer også 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.*

Helsedirektoratet vil i 2027 videreutvikle veilednings- og godkjenningsordningen for helseteknologi med vekt på krav som kommer med helsedataforordningen, herunder bruk av standarder. Helsedirektoratet legger til rette for veiledning til kommuner, spesialisthelsetjenesten og næringsliv med mål om raskere utvikling og innføring av brukervennlig helseteknologi som kan bidra til mer effektiv ressursbruk og spare arbeidstid.

Digitale tjenester rettet mot barn og unge

Ung.no er statens primære kanal for digital informasjon, dialog og digitale tjenester til barn og unge på tvers av sektorer og tjenestenivåer. I 2027 vil arbeidet med å videreutvikle ung.no som den felles tverrsektorielle inngangen til offentlige digitale informasjons-, veilednings- og hjelpetjenester for ungdom videreføres gjennom Digiung- samarbeidet. Dette er et samarbeid mellom Helse- og omsorgsdepartementet og Barne- og familiedepartementet, og Kunnskapsdepartementet, Kultur- og likestillingsdepartementet, Arbeids- og inkluderingsdepartementet, Justis- og beredskapsdepartementet og Kommunal- og distriktsdepartementet med underliggende virksomheter. Alle som deltar i samarbeidet, skal få tilgang til å lage kvalitetssikret innhold på ung.no innenfor egne fagområder. Målet er at barn og unge skal tilbys lett tilgjengelig og kvalitetssikret informasjon, hjelp og veiledning for å gjøre dem i stand til å ta gode valg og mestre eget liv. Deler av bevilgningen kan tildeles organisasjoner i DigiUng-nettverket i form av tilskudd til samarbeid og felles teknisk utvikling.

Arbeidet med digital foreldrestøtte videreføres i 2027. Digital foreldrestøtte videreutvikles med mer innhold og tjenester for kvalitetssikret hjelp og støtte til gravide og småbarnsforeldre på Helsenorge. Tjenestene er tilpasset ulike situasjoner og faser i familiers liv. Arbeidet ses i sammenheng med etableringen av digitalt helsekort for gravide. I 2027 fortsetter arbeidet med å etablere påminnelsesordning for etterkontroll 4-8 uker etter fødsel via Helsenorge. Som del av en slik påminnelsesordning vurderes det i tillegg hvordan kvinner som har født, skal motta en påminnelse via Helsenorge om bestilling av konsultasjon hos fysioterapeut, jf. anmodningsvedtak nr. 931 av 10. juni 2026.

Videre skal tiltak som inngår i arbeidet med livshendelsen Alvorlig sykt barn videreføres. Tiltaket Enklere tilgang til informasjon skal gjøre det lettere for familier til barn med behov for sammensatte tjenester å finne fram til relevant og kvalitetssikret informasjon fra flere sektorer. Dette er et tverrsektorielt arbeid og en oppfølging av arbeidet med livshendelsene, jf. Nasjonal digitaliseringsstrategi 2024–2030 Fremtidens digitale Norge. Som en del av arbeidet, skal det utvikles en KI-basert løsning som hjelper familier med å navigere fram til riktig informasjon og tjenester. Målet er at barn og unge med sammensatte behov og deres familier skal oppleve et sømløst, persontilpasset og forutsigbart tilbud.

Digital sikkerhet

Arbeidet med å styrke den digitale sikkerheten og beredskapen på området er fortsatt et prioritert innsatsområde. I 2027 foreslår regjeringen å styrke Helse- og kommuneCERTs arbeid med å fremme digital sikkerhet i sektoren og videreutvikle de forebyggende tiltakene, jf. omtale under Prop. 1 S for Digitaliserings- og forvaltningsdepartementet kap. 1541. Øvelser og oppfølging av øvelser hvor digitale hendelser inngår skal bidra til styrket beredskap. Dette vil skje i tett samarbeid med kommuner, helseforetak og leverandører. Som tilsynsmyndighet etter digitalsikkerhetsloven vil Statens Helsetilsyn i 2027 bidra til økt digital sikkerhet i helse- og omsorgstjenesten, blant annet ved å overvåke og følge opp hendelser og veilede virksomheter underlagt loven.

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 2026 foreslås bevilgningen redusert med:

- 12,1 mill. kroner som er omprioritert til andre tiltak i helse- og omsorgssektoren.
- 5,6 mill. kroner på kap. 701, post 21 til å styrke andre tiltak.
- 0,6 mill. kroner som følge av flytting av faste oppgaver til etatenes 01-poster.

Sammenlignet med saldert budsjett 2026 foreslås bevilgningen økt med:

- 114,6 mill. kroner til satsingen på digital samhandling. Totalt utgjør forslag til bevilgning på satsingen på digital samhandling 271,6 mill. kroner i 2027, inkludert tilskudd til kommuner for å støtte innføring og bruk av de nasjonale samhandlingsløsningene og forberedelser til innføring av helsedataforordningen mv.
- 62,2 mill. kroner til digitale tjenester rettet mot barn og unge, fordelt på 56,9 mill. kroner til DigiUng og ung.no, og 5,3 mill. kroner til digital foreldrestøtte. Bevilgningen er flyttet fra kap.760, post 21.
- 20,0 mill. kroner til etablering av en første versjon av en innbyggerrettet offentlig KI-tjeneste.

Det vises til Prop. 1 S (2025–2026) for nærmere omtale av styrings- og kostnadsramme for satsingen på digital samhandling, og gevinstuttak fra aktørene. Den prisjusterte styringsrammen for til-

taket er på 1 366,7 mill. kroner. I revidert nasjonalbudsjett for 2025 og 2026 ble digital samhandling justert med totalt 140 mill. kroner i henhold til planlagt gjennomføring av tiltakene og endret periodisering. Dette vil ikke ha konsekvenser for den samlede rammen for tiltaket. Basert på status for gjennomføring av tiltakene foreslås det endringer i periodiseringen som innebærer at satsingsperioden forlenges ut 2031. I tillegg skal videreutviklingen av digital samhandling ta hensyn til realiseringen av det europeiske helsedataområdet, jf. Prop. 1 S (2024–2025) og Prop. 1 S (2025–2026).

Post 60 Tilskudd til helseteknologi i kommunal helse- og omsorgstjeneste

Bevilgningen inngår i 2026 som del av helseteknologiordningen, men foreslås fra 2027 overført til et bredere omstillingstilskudd til kommunene.

Sammenlignet med saldert budsjett forslås bevilgningen redusert med:

– 127,2 mill. kroner og flyttet til kap. 760, post 60 til et omstillingstilskudd til kommunene for å understøtte kommunene i å gjennomføre nødvendige omstillinger som oppfølging av Helsepersonellplan 2040.

Post 70 Norsk helsenett SF

Bevilgningen dekker Norsk helsenett SFs arbeid med digital sikkerhet i helse- og omsorgssektoren, digital samhandling, digitale tjenester til innbyggere, kommunal nettlege, melde.no, tjenesten Enklere tilgang til informasjon og MyHealth@EU. Norsk helsenett SF har en sentral rolle i arbeidet med digital samhandling og digitalt helsekort for gravide, se nærmere omtale under kap. 701.

Sammenlignet med saldert budsjett 2026 foreslås bevilgningen redusert med:

– 2,6 mill. kroner som er omprioritert til andre tiltak i helse- og omsorgssektoren.

Sammenlignet med saldert budsjett 2026 foreslås bevilgningen økt med:

– 2,5 mill. kroner til å dekke kostnader knyttet til utprøvingen av kommunal nettlege.
– 3 mill. kroner for å dekke Norsk helsenett SFs etableringskostnader i til videreutvikling av dagens visningsløsning for vaksiner på Helsenorge med persontilpasset informasjon om vaksiner i program og andre aktuelle vaksinasjoner, jf. nærmere omtale under kap. 745 post 01.

Norsk helsenett SF skal sørge for en sikker og trygg teknisk infrastruktur for effektiv samhandling mellom aktørene i helse- og omsorgssektoren og bidra til å ivareta den nasjonale helseberedskapen. Norsk helsenett SF har ansvar for Helse- og kommuneCERT som er helsesektoren og kommunesektorens kompetansesenter for operativ IKT-sikkerhet. I 2027 skal Norsk helsenett SF videreføre arbeidet med å styrke den digitale sikkerheten i helse- og omsorgstjenesten, legge til rette for effektiv samhandling mellom aktørene og forberede oppfølging av helsedataforordningen.

Post 73 Tilskudd til digitalisering i kommunal helse- og omsorgstjeneste

Bevilgningen dekker tilskudd til nettverk for innføring av helseteknologi og prioriterte samhandlingstiltak i kommunal sektor i regi av KS.

Sammenlignet med saldert budsjett 2026 foreslås bevilgningen redusert med 1,7 mill. kroner.

Post 74 Rammefinansiering av fellestjenester levert av Norsk helsenett SF

Bevilgningen dekker kostnader til fellestjenester til Helse- og omsorgsdepartementets underliggende etater og Pasient- og brukerombudet. Fellestjenestene omfattet IKT-tjenester, anskaffelsestjenester og dokumentasjonsforvaltning, herunder digital arbeidsplass, brukerstøtte, nettverk og samband på lokasjon, møteromstjenester, utskriftsløsninger, fysisk postmottak og arkiv- og dokumentasjonsforvaltning.

Sammenlignet med saldert budsjett 2026 foreslås bevilgningen redusert med:

– 4,4 mill. kroner som er omprioritert til andre tiltak i helse- og omsorgssektoren.

Sammenlignet med saldert budsjett 2026 foreslås bevilgningen økt med:

– 18,3 mill. kroner som følge av at Direktoratet for medisinske produkter ønsker å benytte ytterligere rammefinansierte tjenester fra Norsk helsenett SF og Helsedirektoratet sitt behov for et økt volum av rammefinansierte tjenester levert av Norsk helsenett SF knyttet til overføringen av ansatte igjennom sammenslåingen av kompetansesentre.

Kap. 702 Beredskap

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2025	Saldert budsjett 2026	Forslag 2027
21	Spesielle driftsutgifter, *kan overføres, kan nyttes under post 70*	38 808	37 861	30 562
70	Tilskudd, *kan nyttes under post 21*	4 811	4 899	4 883
72	Kompensasjon til legemiddelgrossister	71 308	86 677	
	Sum kap. 702	114 927	129 437	35 445

Sammenlignet med saldert budsjett 2026 foreslås følgende endringer:

- 4,7 mill. kroner av bevilgningen foreslås flyttet fra kap. 702 post 21. Av dette foreslås 2 mill. kroner flyttet til kap. 740, post 01, 2 mill. kroner til kap. 745 post 01 og 0,7 mill. kroner til kap. 747 post 01. Flyttingen er en teknisk justering som følger opp arbeidet med å budsjettere løpende oppgaver på virksomhetenes ordinære driftsposter.
- Det foreslås å redusere bevilgningen på kap. 702 post 21 med 4 mill. kroner til å styrke andre tiltak.
- Det foreslås å redusere bevilgningen på kap. 702 post 70 med 0,2 mill. kroner
- Det foreslås å flytte 86,7 mill. kroner fra kap. 702 post 72 til kap. 717 Legemiddeltiltak, post 71.

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

Departementet har nasjonalt ansvar for sektorens beredskap og sikkerhet innenfor helse- og omsorgstjenesten og folkehelseområdet, herunder smittevern- og pandemiberedskap, miljørettet helsevern, atomberedskap og atomsikkerhet, legemidler og medisinsk utstyr, mattrygghet og drikkevann. Departementet har ansvar for kritiske samfunnsfunksjoner, samt grunnleggende nasjonale funksjoner jf. sikkerhetsloven.

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. Roller og ansvar er omtalt i Nasjonal helseberedskapsplan, fra mai 2025. Forebygging, forberedelser og håndtering av kriser og krig 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.

Sikkerhet og beredskap er grenseoverskridende. Både NATO, EU, Nordisk- og nordområdesamarbeidet løfter frem sivilt-militært helsesamarbeid som strategisk innsatsområde, med vekt på motstandsdyktighet, håndtering av masseskader, medisinsk evakuering, grensepassering, kompetanse, personell og logistikk.

Sammen med NATO, EU og våre nordiske naboland bygger Norge økt motstandsdyktighet og beredskap på tvers av sektorer og fra samfunn til individ. Motstandskraft og beredskap vil være sentrale temaer under Norges formannskap i Nordisk ministerråd i 2027. Norge leder et arbeid i NATO om retningslinjer for medisinsk evakuering. Norge samarbeider med EU om beredskap og har en sentral rolle i arbeidet med medisinsk evakuering i tilknytning til krigen i Ukrania, jf. Forsvarets avtale med SAS. Norge forvalter et ambulansefly Norwegian rescEU Jet air Ambulance for Highly Infectious Patients (NOJAHIP), for transport av høysmittepasienter, alvorlige brannskade- og CBRN-pasienter. Flyet inngår som kapasitet i EUs rescEU ut 2027. Norge forvalter også et medisinsk team (Norwegian Medical Team (NOR EMT)) i henhold til WHOs standard for innsatsteam, som er meldt inn som kapasitet i EUs ordning for sivil beredskap. NOR EMT kan levere tjenester som triage, stabilisering av pasienter og primærhelse, samt transport av pasienter til lokale sykehus eller feltsykehus. Det vises også til omtale av helseberedskap under kap. 703.

Strategiske mål er å ha en motstandsdyktig og fleksibel helse- og omsorgssektor forberedt på nye trusler i fred og krig, basert på daglig drift, beredskapsplanlegging og øvelser.

Mål og hovedprioriteringer for budsjettperioden 2027:

- Økt motstandsdyktighet i møte med sammensatte trusler og krig.
- Styrket sikkerhet og beredskap mot digitale trusler og sårbarheter.
- Styrket forsyningssikkerhet.
- Styrket beredskap mot CBRNE-hendelser, pandemier og smittsomme sykdommer.
- Trygg vannforsyning.

Motstandsdyktighet i møte med sammensatte trusler, kriser og krig

Regjeringen legger i Totalberedskapsmeldingen og Langtidsplanen for forsvarssektoren til grunn at sivil sektor må være forberedt på å håndtere hele krisespekteret, fra sammensatte trusler og alvorlige samfunnskriser til væpnet konflikt og krig. For helse- og omsorgssektoren innebærer det å opprettholde nødvendige helse- og omsorgstjenester til befolkningen, og samtidig understøtte Forsvaret og bidra til alliert mottak og støtte. Det sivil-militære helseberedskapssamarbeidet koordineres i utvalget for sivilt-militært helseberedskaps-samarbeid, som ledes av Helsedirektoratet, med Forsvarets sanitet som nestleder.

Arbeidet med å øke motstandsdyktigheten følges opp gjennom det forebyggende sikkerhetsarbeidet, blant annet knyttet til digital sikkerhet, infrastruktur, og forvaltningen av sikkerhetsloven i helse- og omsorgssektoren. I en sektor som blir stadig mer digitalisert og interoperabel, er det viktig å følge opp den digitale sikkerheten i systemer og infrastruktur, og å sikre digital informasjon mot tap eller misbruk av data.

Departementet har identifisert grunnleggende nasjonale funksjoner innenfor eget ansvarsområde, utpekt virksomheter av vesentlig og avgjørende betydning for disse funksjonene og fastsatt krav til sikring av skjermingsverdige verdier og funksjoner.

Motstandsdyktighet og beredskap mot kriser og krig bygger på generiske forberedelser. Samtidig er det nødvendig å styrke evnen til å håndtere hendelser øverst i krisespekteret. Regjeringen har derfor bedt de regionale helseforetakene og kommunene om å oppdatere og forsterke sine helseberedskapsplaner for å kunne håndtere krig og krigslignende situasjoner. I den videre planleggingen skal helsetjenesten legge til grunn en beredskap for å kunne stille opptil 7 000 sengeplasser til disposisjon for krigsskadde sivile og militære pasienter. Dette omfatter blant annet planlegging for masseskadehåndtering, medisinske evakueringer, blodberedskap, personellmobilisering og opprettholdelse av prioritert sykehusdrift under ekstraordinære forhold.

De regionale helseforetakene samarbeider med Forsvaret om beredskapsplaner og kapasitetsutvikling for å møte behovene i totalforsvaret og forventningene til sivil motstandskraft som følger av Norges NATO-medlemskap. Samarbeidet omfatter blant annet håndtering av masseskader, behandling av krigsskader, sanitetstjenester, forsyningsberedskap og medisinsk evakuering. De regionale helseforetakene har fått i oppdrag å kartlegge relevante beredskapskapasiteter og beredskapsbehov i spesialisthelsetjenesten, herunder behov knyttet til Forsvaret og mottak av allierte styrker. Det sivil-militære helseberedskapssamarbeidet koordineres gjennom etablerte nasjonale strukturer ledet av Helsedirektoratet i samarbeid med Forsvarets sanitet.

Regjeringen har videre varslet tiltak for å styrke den sivile motstandskraften gjennom blant annet økt kapasitet i Sivilforsvaret. Disse tiltakene vil også bidra til å styrke samfunnets samlede evne til å beskytte befolkningen og opprettholde kritiske helse- og omsorgstjenester ved alvorlige kriser og i krig.

Sikkerhet og beredskap mot digitale trusler og sårbarheter

Digitalisering av helse- og omsorgssektoren styrker pasientsikkerheten, gir bedre kvalitet på dokumentasjon og forbedrer samhandling på tvers av helsenivåene, og effektiviserer og forenkler hverdagen for pasienter, brukere og ansatte. Digitale systemer er også avgjørende for logistikk, styring, forskning, anskaffelser og forsyningslinjer. Samtidig innebærer digitalisering økt kompleksitet, nye sårbarheter og flere angrepsflater. Helsedata er et attraktivt mål for trusselaktører og bidrar til at helse- og omsorgssektoren er særlig utsatt for digitale angrep. Det er viktig å opprettholde pasientsikkerhet, personvern og tillit i befolkningen og hos helsepersonell.

Ny teknologi som kunstig intelligens, syntetisk biologi og nevroteknologi utvikles raskt i samspill mellom offentlige og private aktører. Kunstig intelligens har et betydelig potensial for å forbedre helse- og omsorgstjenestene, men stiller også nye krav til sikkerhet, styring og risikohåndtering. Både menneskelige og teknologiske komponenter i slike systemer kan få stor betydning for sektorens samlede sikkerhet og beredskap.

Lov om digital sikkerhet trådte i kraft 1. oktober 2025 og etablerer grunnleggende krav til digital sikkerhet i virksomheter som har særlig betydning for samfunnet, herunder helsesektoren. Loven tydeliggjør virksomhetenes ansvar for digital sikkerhet, plasserer ansvaret hos øverste ledelse og skal bidra til å styrke samfunnets digitale motstandskraft. Virksomhetene skal gjennomføre risikobaserte og forholdsmessige sikkerhetstiltak samt varsle alvorlige digitale hendelser.

Regjeringens mål for det neste året er å styrke helse- og omsorgssektorens digitale motstandskraft gjennom etterlevelse av digitalsikkerhetsloven, tydeligere ledelsesforankring av sikkerhetsarbeidet, bedre risikostyring og hendelseshåndtering, samt økt kompetanse og sikkerhetskultur i virksomhetene. Digital sikkerhet skal inngå som en naturlig del av ordinær virksomhetsstyring og tjenesteutvikling.

For å følge opp digitalsikkerhetsloven og møte utfordringene som følger av ny teknologi, skal IKT-sikkerhet prioriteres i hele sektoren. Det er etablert et utvalg på etatsnivå for digital sikkerhet i helse- og omsorgssektoren som skal bidra til koordinering, erfaringsutveksling og tverrsektorielt samarbeid om forebygging og håndtering av digitale trusler og hendelser. Dette skal legge grunnlaget for en mer robust, sikker og tillitvekkende helse- og omsorgstjeneste. Se omtale av HelseCert og kommuneCert under kap. 701, post 70.

Forsyningssikkerhet

Lange og sammensatte produksjons- og forsyningskjeder gjør Norge sårbart for markedsforstyrrelser, geopolitisk uro, digitale hendelser og væpnet konflikt. Tilgangen til legemidler, blod og blodprodukter, medisinsk utstyr, forbruksmateriell og andre kritiske innsatsfaktorer er avgjørende for at helse- og omsorgstjenesten skal kunne opprettholde nødvendig drift i fred, krise og krig. Helseberedskapen er samtidig avhengig av leveranser fra andre sektorer, blant annet energi, transport, elektronisk kommunikasjon, vannforsyning og matforsyning, noe som stiller store krav til tverrsektorielt samarbeid og samordning.

Regjeringen har som mål å styrke forsyningssikkerheten og øke samfunnets motstandskraft gjennom et mer robust totalforsvar. I Totalberedskapsmeldingen peker regjeringen på styrket forsyningssikkerhet som en av de sentrale strategiske prioriteringene for å sikre at samfunnet kan håndtere kriser og krig. Dette omfatter blant annet bedre oversikt over sårbarheter i kritiske verdikjeder, økt nasjonal beredskap, tettere samarbeid med næringslivet og styrket nordisk, europeisk og internasjonalt samarbeid om forsyningssikkerhet.

For helsesektoren er målet at befolkningen skal ha tilgang til nødvendige helse- og omsorgstjenester også ved langvarige forsyningssvikt, sikkerhetspolitiske kriser og væpnet konflikt. Regjeringen har derfor styrket arbeidet med beredskapslagring av legemidler og smittevernutstyr, etablert forskriftsfestede krav til beredskapslagring og videreutvikler den nasjonale beredskapen for medisinske produkter. Samtidig arbeides det med å styrke beredskapen for blod og blodprodukter, herunder tiltak for økt robusthet i blodforsyningen og harmonisering med NATO- og europeiske standarder.

I lys av den alvorlige sikkerhetspolitiske situasjonen har regjeringen i 2026 bedt sykehus og kommuner om å oppdatere og forsterke helseberedskapsplanene for å kunne håndtere krig og krigslignende situasjoner. Dette innebærer blant annet planlegging for økt behandlingskapasitet, medisinsk evakuering, prioritering av kritiske ressurser og styrket blodberedskap. Arbeidet skal bidra til at helse- og omsorgssektoren har nødvendig utholdenhet og forsyningssikkerhet under hele krisespekteret.

Direktoratet for medisinske produkter leder Utvalget for forsyningssikkerhet og beredskap for medisinske produkter, som ble opprettet høsten 2024. Utvalget skal bidra til bedre nasjonal situasjonsforståelse, koordinering og oppfølging av tiltak for å styrke forsyningssikkerheten for legemidler, medisinsk utstyr og andre kritiske medisinske produkter. Det vises til kap. 746 for nærmere omtale av Direktoratet for medisinske produkter.

Styrket beredskap mot CBRNE-hendelser, pandemier og smittsomme sykdommer

Hendelser som involverer farlige kjemiske stoffer (C), biologiske agens (B), radioaktive stoffer og nukleært materiale (RN), samt eksplosiver (E) omtales samlet som CBRNE-hendelser og kan ha store konsekvenser for liv, helse, miljø og samfunnssikkerhet. Det er etablert nasjonale og internasjonale regelverk og systemer for overvåking, deteksjon, varsling, måling, analyse og håndtering av slike hendelser.

Helse- og omsorgsdepartementet har ansvar for samordning av beredskapen mot biologiske agens (B-området) og atomberedskapen (RN-

området), og har ansvar for å vurdere og håndtere helsekonsekvenser på alle områdene

Helsesektorens beredskap på CBRNE-området bygger på arbeidet med pandemiberedskap, smittevern, biosikkerhet, miljørettet helsevern, strålevern og atomsikkerhet. Helsedirektoratet leder Utvalg for smittevernberedskap. Folkehelseinstituttet er nasjonal fagmyndighet innen smittevern og miljørettet helsevern. Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet (DSA) leder Kriseutvalget for atomberedskap og er nasjonal fagmyndighet for strålevern, atomberedskap og atomsikkerhet. Virksomhetene har ekspertmiljøer og innsatsressurser som kan bistå kommuner og andre aktører ved hendelser.

Nasjonal behandlingstjeneste for CBRNE-medisin er lagt til Oslo universitetssykehus HF i Helse Sør-Øst RHF. Behandlingstjenesten har ledende kompetanse på pasientbehandling, skal gi råd til helsetjenesten og myndigheter og kan selv behandle CBRNE-pasienter. Nasjonal behandlingstjeneste for avansert brannskadebehandling er lagt til Helse Bergen HF i Helse Vest RHF.

Innen smittevernområdet prioriteres styrking og modernisering av overvåkingssystemer, opprettholdelse av sterke fagmiljøer og tilrettelegging for lokal kompetanse og faglig støtte. Det vises til omtale under kap. 710 Vaksiner, kap. 745 Folkehelseinstituttet og kap. 747 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 både innenlands produksjon og import av grunnleggende innsatsvarer for å produsere drikkevann. Ifølge Mattilsynet er vannverkenes beredskapsplaner i mange tilfeller ikke tilstrekkelige. Bortfall av vann vil kunne få alvorlige 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 og betjener Nasjonal vannvakt, en døgnåpen rådgivningstjeneste for alle landets vannverkseiere.

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 har kartlagt situasjonen for nødvannforsyning med forslag til tiltak og prioriterer arbeid 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.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Bevilgningen dekker beredskapstiltak som analyser, plan- og systemutvikling, øvelser og kompetansetiltak, systemer for overvåkning, målekapasiteter, varsling og laboratorieberedskap. Om lag 8 mill. kroner av bevilgningen går til Norwegian Medical Team (NOR EMT) og om lag 3 mill. kroner går til et arbeid om retningslinjer for medisinsk evakuering i NATO hvor Norge leder arbeidet.

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 lege midler. Det foreslås å flytte kompensasjon til legemiddelgrossister fra kapittel 702 Beredskap, post 72 til kapittel 717 Legemiddeltiltak, ny post 71, se videre omtale der.

Kap. 703 Internasjonalt samarbeid

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2025	Saldert budsjett 2026	Forslag 2027
21	Spesielle driftsutgifter, *kan overføres*	13 977	17 243	17 031
71	Internasjonale organisasjoner	236 151	255 017	269 793
72	Tilskudd til Verdens helseorganisasjon (WHO)	23 138	23 566	24 438
	Sum kap. 703	273 266	295 826	311 262

Sammenlignet med saldert budsjett 2026 foreslås følgende endringer:

- 0,85 mill. kroner av bevilgningen foreslås flyttet fra post 21 til kap. 700 post 01. Flyttingen er en teknisk justering som følger opp arbeidet med å budsjettere løpende oppgaver på virksomhetenes ordinære driftsposter
- Bevilgningen under post 71 Internasjonale organisasjoner foreslås økt med 14,8 mill. kroner i hovedsak knyttet til endringene valutakurs og endringer i programmene, blant annet EU4health.

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

Mål for 2027

Europa

Helse- og omsorgsdepartementet skal fremme norske interesser gjennom aktiv deltakelse i EUs politikk- og regelverksutvikling, programmer, byråer og samarbeidsmekanismer på helseområdet. Departementet vil i 2027 prioritere å:

- sikre en effektiv forvaltning av EØS-avtalen innenfor helse- og omsorgssektoren
- bidra tidlig og aktivt i utviklingen av EUs politikk og regelverk på departementets ansvarsområder.
- arbeide for en tilknytning til EUs styrkede helseberedskapssamarbeid som styrker norsk forsyningssikkerhet og kriseberedskap
- fremme norske interesser gjennom deltakelse i HERA, ECDC, EMA og Helsesikkerhetskomiteen
- sikre størst mulig utbytte av norsk deltakelse i EU4Health og Horisont Europa, samt bidra til arbeidet med EUs neste programperiode 2028-2034
- legge til rette for gjennomføring og nasjonal utnyttelse av forordningen om det europeiske helsedataområdet (EHDS)
- bidra til europeisk samarbeid om tilgang til, utvikling og produksjon av medisinske mottiltak, herunder kritiske legemidler og bioteknologi

Nordisk

Helse- og omsorgsdepartementet skal styrke det nordiske samarbeidet som arena for erfaringsutveksling, felles problemløsning og ivaretakelse av norske interesser.

Departementet vil i 2027 prioritere å:

- gjennomføre Norges formannskap i Nordisk ministerråd på helseområdet
- styrke nordisk samarbeid om helseberedskap og samfunnsmessig motstandskraft
- følge opp samarbeidsprogrammet for helse- og sosialsektoren 2025-2030 og bidra til visjonen

om Norden som verdens mest bærekraftige og integrerte region
- fremme samarbeid om folkehelse, antimikrobiell resistens, trygg mat og bærekraftige matsystemer.

Nordområdene

Bidra i regjeringens arbeid med Nordområdene, herunder ved å ivareta norsk deltakelse i helsesamarbeidet under Arktisk råd, EUSBSR (EU strategy for the Baltic Sea Region) og Den nordlige dimensjons partnerskap for helse og livskvalitet (NDPHS) i tråd med regjeringens nordområdepolitikk.

Global helse

Helse- og omsorgsdepartementet skal bidra til å oppnå de helserelaterte bærekraftsmålene, fremme norske interesser og styrke ivaretakelse og etterlevelse av internasjonale normer og forpliktelser innen folkehelse, helse- og omsorgstjenester og helseberedskap. Dette gjennom aktiv deltakelse i FN-organisasjoner, særlig Verdens helseorganisasjon (WHO), og gjennom annet internasjonalt og multilateralt samarbeid:

Departementet vil i 2027 prioritere å:
- Være aktivt styremedlem i WHO med utgangspunkt i Norges brobyggerrolle, og prioriteringer i den norske WHO strategien 2024 – 2027, og bidra til at WHO når sine strategiske mål og ivaretar sine kritiske kjernefunksjoner og normative oppgaver.
- Fremme viktigheten av investeringer i globale fellesgoder for helseberedskap og fortsette å bidra aktivt i forhandlingene om en mekanisme for deling av patogener og tilgang på medisinske mottiltak innen rammen av WHOs pandemiavtale, slik at avtalen kan ratifiseres og tre i kraft.
- Bidra aktivt til arbeid om reform av den globale helsearkitekturen.
- Ivareta internasjonale forpliktelser og delta aktivt i arbeidet med gjennomføring av avtaler, initiativer og mekanismer, inkludert Det internasjonale helsereglementet (IHR 2005), WHOs tobakkskonvensjonen og Protokollen mot ulovlig handel med tobakk, Protokollen for vann og helse så vel som koden for markedsføring av morsmelkerstatning, den globale koden for internasjonal rekruttering av helsepersonell og Codex Alimentarius.

Sentrale områder for internasjonalt samarbeid

Norge har inngått bilaterale avtaler med Tyskland, Frankrike, India og Ukraina på helseområdet. Målet er å styrke samarbeidet, blant annet om helseberedskap og felles utfordringer i helsesektoren.

Samarbeid med EU om helseberedskap

EU er Norges viktigste samarbeidspartner på helseområdet. De senere årene har EU styrket samarbeidet om helseberedskap gjennom etableringen av den europeiske helseunionen og nye virkemidler for forebygging, beredskap og håndtering av helsekriser.

Utviklingen har blitt forsterket som følge av erfaringene fra covid-19-pandemien, økt geopolitisk usikkerhet og økt oppmerksomhet om forsyningssikkerhet for legemidler og andre medisinske mottiltak. EU har derfor styrket samarbeidet om beredskap, krisehåndtering og tilgang til kritiske innsatsfaktorer i helsesektoren.

Norsk deltakelse i EUs helseberedskapssamarbeid er viktig for å styrke nasjonal beredskap, sikre tilgang til relevante samarbeidsmekanismer og fremme norske interesser i utviklingen av europeisk helsepolitikk. Det foreligger ingen reelle alternativer til å delta i EUs etablerte helseberedskap og som er gjenstand for løpende videreutvikling, verken gjennom selvforsyning, nordisk samarbeid eller i andre allianser. Regjeringen arbeider derfor for en tilknytning til EUs styrkede helseberedskapssamarbeid som ivaretar norsk helseberedskap på best mulig måte.

Parallelt med styrkingen av helseberedskapen pågår også Europakommisjonens arbeid med å gjennomføre beredskapsunionsstrategien for å styrke EUs sivile beredskap på tvers av samfunnet. Et sentralt tiltak er styrkingen av EUs sivile beskyttelsesmekanisme (Union Civil Protection Mechanism, UCPM). Norge deltar i dag fullt ut i UCPM, gjennom å bidra med ressurser til flyevakuering av pasienter (hhv Medevac-ordningen for evakuering av pasienter fra Ukraina til behandling på sykehus i Europa, og gjennom den stående beredskapen til et ambulansefly som kan frakte smittefarlige pasienter).

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, her-

under regelverk for næringsmidler, drikkevann, kosmetikk, tobakk, legemidler og medisinsk utstyr.

En stor del av EØS-regelverket (35–40 pst.) 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).

Under EU4Health-programmet ble det i 2024 igangsatt flere myndighetssamarbeid (Joint Actions) hvor både Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet er engasjert.

Norge deltar også i EUs rammeprogram for forskning og innovasjon, Horisont Europa. De felleseuropeiske forskningsprogrammene er de europeiske landenes virkemiddel for å koordinere, samordne og effektivisere forskningsinnsatsen på felles definerte samfunnsutfordringer. Se nærmere omtale under Kap. 780, Forskning, post 70 Norges forskningsråd mv. EUs rammeprogram for forskning og innovasjon mv.

Nordisk ministerråd

Nordisk ministerråd er de nordiske regjeringers formelle samarbeidsorgan.

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 og et samarbeidsprogram. Fremme folkehelsen, forebyggende arbeid og arbeid for å bekjempe antimikrobiell resistens, samt helseberedskap, er viktige elementer for samarbeidsprogrammet under Ministerrådet for sosial- og helsepolitikk.

Norge har i sitt formannskap for 2027 motstandskraft og beredskap som et av flere hovedtemaer. Helse- og omsorgsdepartementet vil ha ulike aktiviteter og arrangementer som vil støtte opp under dette temaet.

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

Norge hadde lederskapet i Arktisk råd i perioden 2023–2025. Ifb. med lederskapet var helse en viktig prioritering. Norge fortsetter å følge opp helsesamarbeidet i Arktisk Råd under Danmarks ledelse 2025–2027.

Norge har overtatt lederskapet i Den nordlige dimensjons partnerskap for helse og livskvalitet (NDPHS) for perioden 2026 – 2027. Det pågår for tiden en diskusjon i NDPHS om partnerskapets fremtid. Dette med bakgrunn i at partnerskapets virkeområde i stor grad er overlappende med annet regionalt samarbeid.

Globale fellesgoder

Det globale helselandskapet gjennomgår store endringer. Multilateralt samarbeid er under press. USAs 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) til helseformål, svekker rammebetingelsene for internasjonalt helsesamarbeid. Dette får konsekvenser for arbeidet med å forebygge, oppdage og respondere på helsetrusler 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 i økende grad under press. For å møte 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 og effektivt 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

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 skal bidra 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.

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.

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 var Norge nestleder i styret. 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: Jobbe for effektivt og etterrettelig styresett i WHO; en bedret organisasjonskultur og mer forutsigbar og bærekraftig finansiering.
- 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).
- Bedre beredskap og respons i helse- og humanitære kriser: 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 særlig bidra aktivt i forhandlingene om annekset til pandemiavtale om en mekanisme for deling av patogener og tilgang på medisinske mottiltak.

Siden WHO-strategien ble publisert i 2024, har verden vært preget av store geopolitiske endringer som har rammet WHO hardt. Endringer i amerikansk politikk har medført omfattende bortfall av teknisk ekspertise og om lag 20 pst. av WHOs 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 at WHO kommer styrket ut av reformen av global helsearkitektur med en sentral rolle

Pandemiavtalen

Pandemiavtalen ble vedtatt på Verdens helseforsamling i 2025, med formål å forebygge, 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. 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 i avtalen er etablering 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 konkretiseres gjennom fortsatte forhandlinger før den kan vedtas som et integrert anneks til avtalen.

Verdens helseforsamling opprettet i mai 2025 en mellomstatlig arbeidsgruppe (IGWG) for å forhandle annekset. Forhandlingene har synliggjort den betydelige prinsipielle forskjellen i posisjoner mellom landene og det lyktes ikke å komme til enighet etter ett år med forhandlinger. IGWG vil fortsette sitt arbeid og rapportere tilbake til helseforsamlingen i 2027, evt tidligere dersom enighet oppnås. Norge deltar aktivt i forhandlingene. Først når det er oppnådd enighet i forhandlingene om PABS-annekset, vil pandemiavtalen kunne ratifiseres og tre i kraft.

Annet internasjonalt samarbeid

OECD er en viktig aktør for å fremskaffe komparative analyser av medlemslandenes helsesystemer som medlemslandene kan bruke i nasjonal politikkutforming. Helse- og omsorgsdepartementet deltar i OECDs Health Committee.

Samarbeidet i Europarådet har som hovedmålsetting å fremme demokrati, rettsstaten og respekt for menneskerettigheter. Innenfor helseområdet deltar Norge i Pompidou-gruppen, et tverrfaglig samarbeid om narkotikaspørsmål, og i Styringskomiteen for menneskerettigheter innen biomedisin og helse (CDBIO). Norge deltar også i arbeid under Europarådets direktorat for kvalitet knyttet til legemidler og helse (EDQM).

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

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 økt med 14,8 mill. kroner i hovedsak knyttet til endringene valutakurs og endringer i programmene, blant annet EU4health.

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 2025	Saldert budsjett 2026	Forslag 2027
01	Driftsutgifter	74 274	77 951	79 454
21	Spesielle driftsutgifter, *kan overføres*	8 412	9 696	10 939
	Sum kap. 704	82 686	87 647	90 393

Norsk helsearkiv er organisert som en enhet i Nasjonalarkivet og har ansvar for Helsearkivregisteret som inneholder opplysninger om avdøde pasienter som har mottatt helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Norsk helsearkiv har også ansvaret for den nasjonale ordningen for oppbevaring av journaler ved opphør og overdragelse av virksomhet. Formålet er trygg oppbevaring, langtidsbevaring og å gjøre avdøde pasienters journaler tilgjengelige for forskning og pårørende.

Helsearkivregisteret inneholder om lag 1,75 millioner journaler fra avdøde pasienter i spesialisthelsetjenesten. I 2025 ble digitalisert om lag 24 millioner sider, tilsvarende rundt 310 000 pasientjournaler. Totalt 595 journaler ble utlevert til forskningsprosjekter og Norsk helsearkiv behandlet nærmere 500 innsynsforespørsler fra pasienter og pårørende.

2027 er målet å gjøre data fra Helsearkivregisteret mer tilgjengelige for forskning gjennom å videreutvikle infrastruktur og systemer for å tilrettelegge data for forskningsformål.

Post 01 Driftsutgifter

Bevilgningen dekker lønnsutgifter, utgifter til bygning, årlig support, drift og vedlikehold av datasenter, IT-infrastruktur og systemer, og kostnader knyttet til bruk av Nasjonalarkivets fellestjenester og systemer.

Bevilgningen dekker i tillegg drift og forvaltning, inkludert saksbehandling, av ordningen for pasientjournaler fra opphørte virksomheter.

Sammenlignet med saldert budsjett 2026 foreslås bevilgningen redusert med:

– 0,7 mill. kroner som er omprioritert til andre tiltak i helse- og omsorgssektoren.

Sammenlignet med saldert budsjett 2026 foreslås bevilgningen økt med:

– 1,2 mill. kroner knyttet til lønnskompensasjon for 2026

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, inkludert kostnader knyttet til bruk av Nasjonalarkivets fellestjenester og systemer.

Sammenlignet med saldert budsjett 2026 foreslås bevilgningen økt med:

– 0,9 mill. kroner over kap. 704 post 21 til grunnlagsinvesteringer for å sikre forsvarlig digital langtidsbevaring

Kap. 3704 Norsk helsearkiv

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2025	Saldert budsjett 2026	Forslag 2027
02	Diverse inntekter	2 486	3 116	2 615
	Sum kap. 3704	2 486	3 116	2 615

Utover generell pris- og lønnsjustering foreslås en reduksjon i inntektene på 0,6 mill. kroner for å tilpasse inntektene til avtalt oppdragsmengde.

Post 02 Diverse inntekter

Posten omfatter inntekter fra bistand til helseforetakene med avlevering av arkivmateriale. Virksomhetene har avleveringsplikt etter helsearkivforskriften og Norsk helsearkiv har inngått avtaler med flere helseforetak om bistand for å følge opp plikten. Formålet er å sikre materiale til produksjonen på Tynset og fremdrift i avleveringene av pasientarkiver fra spesialisthelsetjenesten.

Kap. 709 Pasient- og brukerombud

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2025	Saldert budsjett 2026	Forslag 2027
01	Driftsutgifter	96 590	88 620	90 502
	Sum kap. 709	96 590	88 620	90 502

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, jf. pasient- og brukerrettighetsloven. Pasient- og brukerombudet skal være et likeverdig lavterskeltilbud til alle landets innbyggere. 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. 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.

I 2025 mottok Pasient- og brukerombudet 17 459 nye henvendelser. Om lag 57 pst. av henvendelsene kom fra spesialisthelsetjenesten, 42 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 tar i bruk funn og data gjennom egen virksomhet som grunnlag for systematisk læring og forbedring i helse- og omsorgstjenestene.

Pasient- og brukerombudet følger også opp mange henvendelser fra pårørende. Av de sakene som blir registrert som klagesaker, kommer minst 20 pst. av henvendelsene årlig fra pårørende. Pårørende er i flertall blant dem som stiller spørsmål om regelverk, slik at den totale andelen er større. De pårørende er pårørende både til barn og til voksne. Pårørende til barn under helserettslig myndighetsalder har like mye behov for veiledning overfor barnas helse- og omsorgshjelp som sin egen. Når pårørende til voksne kontakter Pasient- og brukerombudet handler dette ofte om pasienter som ikke selv er i stand til å be om hjelp, pasienter som ikke er beslutningskompetente, pasienter innen psykisk helse og rusfeltet, samt pårørende til den eldre delen av befolkningen.

Pasient- og brukerombudet har følgende utviklingsområder i ny strategi: Tilgjengelighet, bidra til å redusere uønskede variasjoner i helse- og omsorgstjenestene, samhandling internt og samarbeid med eksterne aktører.

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.

Programkategori 10.10 Folkehelse mv.

Utgifter under programkategori 10.10 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)

Kap.	Betegnelse	Regnskap 2025	Saldert budsjett 2026	Forslag 2027	Endring i pst.
710	Vaksiner mv.	848 943	751 234	758 319	0,9
712	Bioteknologirådet	14 702	14 502	14 457	-0,3
714	Folkehelse	588 519	524 766	551 683	5,1
717	Legemiddeltiltak	85 559	86 279	183 237	112,4
	Sum kategori 10.10	1 537 723	1 376 781	1 507 696	9,5

Utgifter under programkategori 10.10 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)

Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2025	Saldert budsjett 2026	Forslag 2027	Endring i pst.
01–29	Statens egne driftsutgifter	1 030 690	963 971	928 990	-3,6
50–89	Overføringer til andre	507 033	412 810	578 706	40,2
	Sum kategori 10.10	1 537 723	1 376 781	1 507 696	9,5

Programkategorien omfatter nasjonale satsinger, spesielle driftsutgifter og tilskudd på folkehelseområdet, vaksineforsyning, legemiddeltiltak, gebyrinntekter på folkehelseområdet, sektoravgifter under Helse- og omsorgsdepartementet, samt Bioteknologirådet og Vinmonopolet.

Regjeringen foreslår å innføre et nasjonalt, gratis tilbud for å beskytte spedbarn mot RSV fra 1. juli 2027, jf. kap. 710 post 21. Tiltaket skal gi et likeverdig tilbud over hele landet for å bidra til å redusere alvorlig sykdom blant de yngste barna, redusere antall sykehusinnleggelser og dempe belastningen på helsetjenesten under den årlige RSV-sesongen.

Det foreslås 25 mill. kroner til statlig medfinansiering av den femte runden med Helseundersøkelsen i Trøndelag (Hunt5), jf. kap. 714, post 79. Den omfattende datainnsamlingen skal pågå i perioden 2028–2030, og er et svært krevende løft for NTNU. Ved å prioritere midler allerede nå, gir regjeringen prosjektet den nødvendige forutsigbarheten til at dette nasjonale kunnskapsløftet kan gjennomføres som planlagt. Kunnskapen fra Hunt5 vil være et avgjørende verktøy for å utvikle en mer treffsikker og fremtidsrettet folkehelsepolitikk.

Tilskuddsordningen Aktivitetstiltak for eldrekraften foreslås økt med 20 mill. kroner. Samlet foreslås det 91,3 mill. kroner, jf. kap. 714, post 79. Ordningen skal motvirke ensomhet og passivitet, og stimulere til aktivitet, deltakelse og sosiale møteplasser lokalt. Satsingen understøtter regjeringens Eldreløft og det etablerte Partnerskap for eldrekraften.

Det foreslås også å innføre en sektoravgift for informasjonsarbeid om plast i tobakksvarer mv., jf. kap. 5572, post 75, med en tilsvarende bevilgning på kap. 714, post 22. Ordningen skal finansiere

informasjonsarbeid knyttet til nye krav på tobakksområdet.

I 2027 foreslås det videre flere tekniske og strukturelle endringer på folkehelseområdet. Dette omfatter blant annet flytting av enkelte øremerkede ordninger og løpende oppgaver fra kap. 714 til ordinære driftsposter i underliggende virksomheter, herunder Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet, samt endringer i tilskuddsordninger. Endringene skal bidra til tydeligere ansvarsplassering og bedre sammenheng mellom oppgaver og finansiering. Det foreslås også enkelte endringer i kapittel- og poststrukturen på kap. 717.

Satsingene innen programkategorien understøtter regjeringens prioriteringer om en friskere befolkning og økt trygghet for landet. Regjeringen vil starte arbeidet med en ny folkehelsemelding, og det skal fastsettes nasjonale folkehelseutfordringer som grunnlag for en mer samordnet og langsiktig folkehelsepolitikk.

Kap. 710 Vaksiner mv.

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2025	Saldert budsjett 2026	Forslag 2027
21	Spesielle driftsutgifter, *kan overføres*	299 412	306 703	397 803
22	Salgs- og beredskapsprodukter m.m., *kan overføres*	189 684	182 900	6 816
23	Vaksinasjonsprogram for voksne og risikogrupper, *kan overføres*	359 847	261 631	353 700
	Sum kap. 710	848 943	751 234	758 319

Ny ordning for nasjonalt lager og distribusjon av vaksiner

Det er besluttet å innføre en ny ordning for nasjonalt lagerhold og distribusjon av vaksiner fra 1. januar 2027. Endringene innebærer at ansvaret for lager og distribusjon av vaksiner i vaksinasjonsprogrammene og beredskapsvaksiner flyttes fra Folkehelseinstituttet til Helsedirektoratet jf. omtale under kap. 740 post 01, mens ansvaret for lager og distribusjon av salgsvaksiner med beredskap og rene salgsvaksiner flyttes til legemiddelgrossistene. Omleggingen skal bidra til fleksibilitet, god forsyningssikkerhet og beredskap, og må ses i sammenheng med den øvrige ansvars- og oppgavefordelingen på vaksineområdet mellom Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet og Direktoratet for medisinske produkter. Arbeidet med å gjennomføre den nye ordningen er igangsatt, og Helsedirektoratet har en sentral rolle i gjennomføringen i samarbeid med Folkehelseinstituttet. Omleggingen innebærer også at det som i dag betegnes som salgsvaksiner, tas ut av den statlige porteføljen fra 2027, og at innkjøp og salg av disse vaksinene skal ivaretas av private legemiddelgrossister.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Bevilgningen dekker innkjøp av vaksiner til barnevaksinasjonsprogrammet og beredskap for vaksine mot pandemisk influensa. Bevilgningen omfatter også beredskapslager for programvaksinene. Formålet med bevilgningen er å bidra til sikker tilgang til vaksiner og høy vaksinasjonsdekning i befolkningen.

Utover generell prisomregning og gjennomgående budsjettiltak omtalt i del I, foreslås følgende endringer sammenliknet med saldert budsjett 2026:

- Bevilgningen foreslås økt med 55 mill. kroner for å beskytte spedbarn mot RS-virus.
- Bevilgningen foreslås videre økt med 36,1 mill. kroner hovedsakelig knyttet til behov for ny beredskapsavtale for vaksine mot pandemisk influensa.

Oppslutningen om barnevaksinasjonsprogrammet var fortsatt høy i 2025, og vaksineforsyningen la til rette for gjennomføring av vaksinasjonsprogrammet og smitteverntiltak utenfor programmene. Folkehelseinstituttet har ansvar for innkjøp, lagerhold og distribusjon av vaksiner, og

bistår kommunene i gjennomføringen av programmet.

Beskyttelse av spedbarn mot RS-virus

Regjeringen foreslår en bevilgning på 55 mill. kroner for å innføre et gratis tilbud for å beskytte spedbarn mot RS-virus (RSV) fra 1. juli 2027. Tiltaket skal gi et likeverdig tilbud over hele landet for å bidra til å redusere alvorlig sykdom blant de yngste barna, redusere antall sykehusinnleggelser og dempe belastningen på helsetjenesten under den årlige RSV-sesongen.

Det tas sikte på å gjennomføre en anbudskonkurranse der valget står mellom et sesongbasert tilbud med langtidsvirkende monoklonalt antistoff til spedbarn eller et helårstilbud med vaksine til gravide. Innføring av et slikt tilbud krever nødvendig tid fra budsjettvedtak til gjennomføring av anskaffelse og klargjøring i helsetjenesten. En alternativ og mer forsert anskaffelsesprosess ville ha gitt liten helseeffekt for sesongen 2026–2027.

Med oppstart av tilbudet 1. juli 2027 vil helsetjenesten være godt forberedt, og det oppnås full beskyttelse for spedbarn inn mot vintersesongen 2027–2028. Helårsvirkningen av tiltaket er anslått til 110 mill. kroner fra 2028. Med dette forslaget følger regjeringen opp Stortingets anmodningsvedtak nr. 12 (2025–2026) om en helhetlig vurdering av RSV-forebyggende tiltak og anmodningsvedtak nr. 936 (2025–2026) om beskyttelse av spedbarn mot RS-virus.

Vurdering av gevinster og betalingsvillighet for HPV-vaksinen

Målet for Barnevaksinasjonsprogrammet er å beskytte alle barn og unge mot alvorlig sykdom og død av sykdommene det vaksineres mot, herunder kreft og forstadier til kreft forårsaket av HPV. Den 2-valente HPV-vaksinen som i dag tilbys i vaksinasjonsprogrammet ivaretar målet. Andre tilgjengelige vaksiner gir i tillegg beskyttelse mot godartede tilstander, som kjønnsvorter, og enkelte mer sjeldne kreftformer. Direktoratet for medisinske produkter skal i samarbeid med Folkehelseinstituttet utrede en modell for å beregne og verdsette den samlede samfunnsøkonomiske nytten av ulike HPV-vaksiner. Utredningen skal vurdere om, og eventuelt i hvilken grad, bredere helse- og samfunnsgevinster, som redusert ressursbruk i helsetjenesten, sparte screening- og oppfølgingskostnader samt redusert sykefravær, kan vektes inn ved framtidige anbudskonkurranser.

Gjeldende vaksineavtale har en fast periode ut februar 2027.

Beredskapsavtaler for vaksine mot pandemisk influensa

Enkelte beredskapsavtaler for pandemivaksine inngått gjennom EUs felles innkjøpsordning opphører fra 26. januar 2027. For å opprettholde forsvarlig pandemiberedskap arbeides det derfor med å inngå en ny avtale. Det vises til nærmere omtale i Prop. 110 S (2025–2026) *Endringer i statsbudsjettet 2026 under Helse- og omsorgsdepartementet.*

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 407 mill. kroner.

Post 22 Salgs- og beredskapsprodukter m.m.

Bevilgningen dekker utgifter til vaksiner for utbrudd, beredskap og salg. Bevilgningen dekker også 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.

Sammenliknet med saldert budsjett 2026 foreslås bevilgningen redusert med 176,1 mill. kroner, hovedsakelig knyttet til at salgsvaksiner fra 2027 tas ut av den statlige porteføljen, jf. Prop. 20 S (2025–2026), og at innkjøp og salg av disse vaksinene skal ivaretas av private legemiddelgrossister. Som følge av omleggingen vil Helsedirektoratet ha et restlager av salgsvaksiner som skal selges ned i 2027. Etter nedsalget vil posten i hovedsak omfatte beredskapsprodukter.

Bevilgningen skal bidra til nødvendig vaksineberedskap og tilgang til vaksiner og andre produkter ved utbrudd og smitteverntiltak. Regjeringen vil i 2027 videreføre statens ansvar for beredskapsprodukter. Bevilgningen skal bidra til forsyningssikkerhet og til at vaksiner og andre produkter kan anskaffes, lagres og distribueres på en effektiv og forsvarlig måte.

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 11 mill. kroner.

Post 23 Vaksinasjonsprogram for voksne og risikogrupper

Bevilgningen dekker utgifter til innkjøp av vaksiner til vaksinasjonsprogram for voksne og risikogrupper. Bevilgningen omfatter også beredskapslager for programvaksinene.

Sammenliknet med saldert budsjett 2026 foreslås bevilgningen økt med 92,1 mill. kroner. Økningen skyldes i hovedsak økte utgifter til koronavaksiner som følge av ny avtale, mens prognosen for innkjøp av vaksine mot sesonginfluensa er redusert som følge av færre beredskapsdoser.

Vaksinasjonsprogrammet for voksne og risikogrupper skal bidra til å forebygge alvorlig sykdom og død, og til bedre oppslutning om vaksinasjonsanbefalinger. Voksenvaksinasjonsprogrammet ble startet høsten 2025. Det er blant annet etablert en påminnelsesordning via Helsenorge.

Det kjøpes inn ulike vaksiner mot sesonginfluensa til nasjonalt vaksinasjonsprogram. For å tilby vaksine til lik pris uavhengig av vaksinetype praktiseres det en én-prismodell hvor kostnadene for alle vaksinene fordeles på det totale antallet doser som forventes solgt gjennom programmet.

Regjeringen vil i 2027 videreføre vaksinasjonsprogrammet for voksne og risikogrupper. Bevilgningen skal bidra til god tilgang til vaksiner og effektiv gjennomføring av vaksinasjonstilbudet.

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 360 mill. kroner.

Kap. 3710 Vaksiner mv.

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2025	Saldert budsjett 2026	Forslag 2027
03	Vaksinesalg	292 673	288 661	164 029
	Sum kap. 3710	292 673	288 661	164 029

Post 03 Vaksinesalg

Bevilgningen er knyttet til inntekter fra vaksinesalg. Dette omfatter i hovedsak inntekter fra salgs- og beredskapsprodukter, salg av vaksiner i vaksinasjonsprogram for voksne og risikogrupper og salg av restlager i forbindelse med omlegginger i vaksineforsyningen.

Sammenliknet med saldert budsjett 2026 foreslås bevilgningen redusert med 124,6 mill. kroner som følge av tekniske endringer på vaksineområdet. Nedjusteringen må ses i sammenheng med endringene under kap. 710, post 22, der salgsvaksiner fra 2027 tas ut av den statlige porteføljen, jf. Prop. 20 S (2025–2026), og innkjøp og salg av disse vaksinene skal ivaretas av private legemiddelgrossister. Det er i inntektsprognosen lagt til grunn at Helsedirektoratet ved overtakelse av ansvaret for vaksineforsyningen vil ha et restlager av vaksiner som må selges ned i 2027.

Inntektene vil i hovedsak være knyttet til nedsalg av restlager, salg av influensavaksine i program og salg av vaksiner i kategorien beredskap med salg.

Kap. 712 Bioteknologirådet

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2025	Saldert budsjett 2026	Forslag 2027
01	Driftsutgifter	14 702	14 502	14 457
	Sum kap. 712	14 702	14 502	14 457

Samfunnsoppdrag

Bioteknologirådet er et frittstående, rådgivende organ oppnevnt av regjeringen, hjemlet i genteknologiloven og bioteknologiloven. Bioteknologirådet er høringsinstans for norske myndigheter, og skal vurdere og drøfte prinsipielle eller generelle spørsmål knyttet til bioteknologi og genteknologi, 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.

Resultater for 2025

Bioteknologirådets arbeid i 2025 har i stor grad vært preget av ferdigstillelsen av evalueringen av bioteknologiloven, som ble levert 16. juni. Rådet avga totalt 14 uttalelser i 2025, det nest høyeste antallet de siste fem årene. 9 av uttalelsene var knyttet til evalueringen av Bioteknologiloven. Rådet hadde for første gang en felles uttalelse med «søsterorganisasjoner» i Sverige, Finland og Danmark der det etterlyses Europeisk regulering av maksimalt antall barn en sæddonor kan gi opphav til. Redusert kapasitet i sekretariatet første halvår førte imidlertid til at noe utadrettet aktivitet måtte nedprioriteres.

Strategier og tiltak

Bioteknologirådet 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 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.

Post 01 Driftsutgifter

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

– Bevilgningen foreslås redusert med 0,5 mill. kroner for å styrke andre prioriterte områder.

Kap. 714 Folkehelse

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2025	Saldert budsjett 2026	Forslag 2027
21	Spesielle driftsutgifter, *kan overføres*	133 633	139 946	96 996
22	Gebyrfinansierte ordninger	22 496	47 172	59 117
60	Kommunale tiltak, *kan overføres*	126 311	25 307	15 803
70	Rusmiddeltiltak mv., *kan overføres*	201 235	205 510	161 579
74	Skolefrukt mv., *kan overføres*	22 817	20 996	21 004
79	Andre tilskudd, *kan overføres, kan nyttes under post 21*	82 027	85 835	197 184
	Sum kap. 714	588 519	524 766	551 683

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Bevilgningen dekker særlige driftsutgifter til folkehelsetiltak, herunder arbeid med aldersvennlige samfunn, fysisk og psykisk helse, kommunikasjon om levevaner og trygg mat og trygt drikkevann.

Utover generell prisomregning og gjennomgående budsjettiltak omtalt i del I, foreslås 18,8 mill. kroner flyttet til driftsbudsjetter i underliggende etater og i departementet. Dette er midler til faste stillinger, løpende driftsoppgaver og prosjektarbeid. Midlene foreslås flyttet til:

- kap. 740, post 01 under Helsedirektoratet (10,5 mill. kroner, herunder kunnskapsutvikling om aldersvennlige samfunn, kompetansestøtte og statistikkgrunnlag),
- kap. 745, post 01 under Folkehelseinstituttet (5,7 mill. kroner, herunder helseundersøkelser og kompetansestøtte),
- kap. 747, post 01 under Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet (2,6 mill. kroner til veiledning om dekommisjonering)

Det foreslås videre å flytte 1,5 mill. kroner til kap. 700, post 21 for å samle departementets felles driftsutgifter, jf. omtale der.

Det foreslås videre å flytte 8,7 mill. kroner til kap. 714, post 79 for korrekt postbruk. Dette omfatter 8,2 mill. kroner som enkeltstående tilskudd til gjennomføring av Ungdata-undersøkelsene i regi av Velferdsforskningsinstituttet Nova (OsloMet) og 0,5 mill. kroner som tilskudd til OECD.

Bevilgningen foreslås redusert med 14 mill. kroner. Dette omfatter:

- 7 mill. kroner i redusert bevilgning til Helsedirektoratets kommunikasjon om levevaner og helse
- 2,6 mill. kroner i redusert bevilgning til ABC-kampanjen for god psykisk helse
- 2,5 mill. kroner i samlet reduksjon til tiltak for eldre og inkludering, fordelt på drift av Senteret for et aldersvennlig Norge (1 mill. kroner), kurs og opplæring for eldrerådene (1 mill. kroner) og tiltak for digital inkludering (0,5 mill. kroner)
- 1 mill. kroner i redusert bevilgning til Folkehelseinstituttets evaluering og tiltaksforskning på ernæringsområdet og kunnskapsarbeid innen barn og unges psykiske helse
- 0,9 mill. kroner knyttet til andre tiltak.

Trygg mat og trygt drikkevann

Mattilsynets tilsynsansvar for vannforsyningen ble i 2025 utvidet til å også omfatte digitalsikkerhetsloven. Drikkevannsforsyning er en kritisk samfunnsfunksjon og avgjørende for totalforsvaret. Arbeidet med å styrke samfunnssikkerheten og etablere nye digitale løsninger startet opp i 2026 i tråd med særskilt bevilgning på 6 mill. kroner til dette arbeidet. Det foreslås å videreføre midler også i 2027. Videre har Folkehelseinstituttet levert oppdatert kunnskapsgrunnlag for klimatilpasset drikkevannssikkerhet, blant annet basert på analyser av drikkevannskvalitet etter ekstremvær.

Trygg mat og trygt drikkevann er nærmere omtalt i Prop. 1 S (2026–2027) fra Landbruks- og matdepartementet, som er administrativt departement for Mattilsynet.

Aldersvennlig Norge og friskere aldring

Regjeringen ønsker et mer aldersvennlig samfunn og vil at eldre kan mestre hverdagen og delta og bidra aktivt lengst mulig. Flere eldre kan bidra positivt med sine erfaringer og engasjement. I 2025 har oppfølgingen av Program for et aldersvennlig Norge 2030, som del av Bo trygt hjemme-reformen, stått sentralt. Arbeidet har bl.a. bidratt til bred mobilisering og involvering gjennom nasjonalt nettverk for aldersvennlige lokalsamfunn og partnerskap for organisasjoner og næringsliv, styrket kompetanse i lokale eldreråd og arbeid med å øke digital inkludering

Senteret for et aldersvennlig Norge er et nasjonalt fagmiljø i Helsedirektoratet og en viktig pådriver for en bærekraftig samfunnsutvikling der eldre kan delta og leve aktive liv. Senteret skal også bevisstgjøre og informere eldre om mulighetene til å planlegge for en god alderdom. Bevilgningen finansierer senterets arbeid, se også tildeling under kap. 761 post 21. I 2027 skal senteret og Helsedirektoratet prioritere oppfølgingen av regjeringens Eldreløft, herunder Partnerskap for eldrekraften og tilskuddsordningen Aktivitetstiltak for eldrekraften, nærmere omtalt under kap. 714 post 79, Program for et aldersvennlig Norge 2030, videreføre opplæring av eldreråd og arbeid med digital inkludering, samt videreføre arbeid med å utvikle kunnskap og et indikator- og et monitoreringssystem for aktiv aldring. Senteret er også sekretariat for Rådet for et aldersvennlig Norge.

Innsats for friskere aldring med vekt på fysisk aktivitet og livskvalitet skal inngå i regjeringens prosjekter En friskere befolkning og Eldreløftet.

Økt kunnskap om psykisk helse

Kunnskap om psykisk helse i befolkningen legger grunnlaget for å utvikle effektive tiltak som fremmer god psykisk helse og forebygger psykiske plager og lidelser. I 2025 har Folkehelseinstituttet styrket kunnskapsgrunnlaget, blant annet gjennom en temautgave av Folkehelserapporten om barn og unges psykiske helse og pilotundersøkelsen Peiling på ungdomshelse. Det er også tildelt stimuleringsmidler til universitets- og kompetansemiljøer for å styrke kunnskapsutvikling og formidling på feltet.

I 2027 foreslås det å videreføre midler til Helsedirektoratet for nasjonale informasjonstiltak knyttet til ABC-kampanjen for god psykisk helse. Erfaringene fra 2025 viser at informasjonsarbeid kombinert med lokal implementering i fylkeskommunene bidrar til inkluderende tiltak som når bredt ut. Se for øvrig omtale av måloppnåelse for tilskuddsordningen i 2025 under kap. 714, post 60.

Helsedirektoratet og Utdanningsdirektoratet ferdigstiller i 2026 en felles kompetansepakke for det tverrgående emnet folkehelse og livsmestring. I 2027 tas pakken i bruk i skolen, og vil gi lærere og skoleledere konkrete, kunnskapsbaserte støtteressurser og undervisningsverktøy tilpasset elevenes behov. Dette skal styrke elevenes livsmestring og bidra til å forebygge psykiske plager og utenforskap i skolehverdagen.

Kosthold og ernæring

Kostholdspolitikken skal bidra til at en større andel av befolkningen følger kostrådene, i tillegg til å utjevne sosiale forskjeller i kostholdet. Arbeidet omfatter forebyggende tiltak gjennom hele livsløpet.

Det foreslås å videreføre midler til Helsedirektoratets arbeid på kostholdsområdet, forankret i Meld. St. 15 (2022–2023) *Folkehelsemeldinga*. I 2026 legges det opp til en ny samarbeidsavtale mellom myndighetene og matbransjen, Kostholdspartnerskapet. I 2027 foreslås det å videreføre arbeidet med implementering av kostrådene og oppfølging av det nye partnerskapet.

Amming bidrar til bedre helse for mor og barn. Helsedirektoratet har revidert nasjonale faglige retningslinjer og informasjonsmateriell for spedbarnsernæring. I 2027 foreslås det å videreføre oppgaver knyttet til amming og spedbarnsernæring. For omtale av arbeidet med å støtte og fremme amming i helse- og omsorgstjenesten, vises det til programkategori 10.60 (kap. 760) og del III, kap. 5 Spesialisthelsetjenesten.

I 2025 ble det innført forbud mot markedsføring av visse næringsmidler særlig rettet mot barn og aldersgrense for salg av energidrikk. Det foreslås å videreføre midler til veiledning og tilsyn av disse regelverkene og til evaluering av forskrift om forbud av markedsføring av visse næringsmidler rettet mot barn.

Det foreslås å videreføre midler til tiltak for å fremme barn og unges kosthold gjennom verktøyet Matjungelen. For omtale av kostholdsprogrammet Fiskesprell, vises det til kap. 714, post 79.

Det foreslås å videreføre midler til jodberikningsprogrammet, som har som mål å bedre jodstatusen i befolkningen gjennom økt tilsetning av jod i salt og mat, samt overvåking og informasjonstiltak.

Det foreslås også å videreføre midler til Folkehelseinstituttets arbeid med evaluering og tiltaksforskning på ernæringsområdet.

Fysisk aktivitet

Norges befolkning oppfyller ikke nasjonale mål for fysisk aktivitet, og utviklingen viser begrenset fremgang. Om lag halvparten av voksne og ungdommer er tilstrekkelig fysisk aktive. For barn og unge avtar aktivitetsnivået mot ungdomstiden, særlig for jenter. Samtidig øker tiden brukt i ro i store deler av befolkningen. Det er også fortsatt betydelige utfordringer knyttet til sosiale forskjeller i aktivitetsnivå.

Hovedutfordringene er blant annet mangelfull tilrettelegging i nærmiljøet og på hverdagsarenaer, svak samordning mellom sektorer, samt barrierer knyttet til økonomi, trafikk og økt skjermbruk. Handlingsplan for fysisk aktivitet (2020–2029) er over halvveis i gjennomføringsperioden. Til tross for en rekke tiltak for å fremme fysisk aktivitet, blant annet verktøy og tiltak rettet mot helsepersonell, arbeidslivet og skolen, samt innsats for å få flere til å gå og være fysisk aktive, er resultatene fortsatt særlig svake blant barn, unge og utsatte grupper. For å bidra til en bedre balanse i hverdagen og motvirke stillesitting, har Helsedirektoratet lansert nasjonale råd for skjermbruk for barn og unge. Rådene legger vekt på at skjermbruk ikke skal fortrenge tid til fysisk aktivitet, søvn og sosialt samspill. Det digitale treningsprogrammet Basis er rettet mot fallforebyggende arbeid og fysisk aktivitet for eldre. Nasjonal

kompetansetjeneste for aldring og helse fikk i 2025 tilskudd til å styrke arbeidet med opplæring i styrke- og balansetreningstilbudet Sterk og stødig. Dette har bidratt til å øke kommunenes kapasitet til å tilby fallforebyggende trening. Det foreslås å videreføre midler til Helsedirektoratet for å følge opp handlingsplanen. Regjeringen vil prioritere å løfte innsatsen for fysisk aktivitet gjennom arbeidet med En friskere befolkning.

Som et ledd i det videre arbeidet vil Helsedirektoratet legge frem reviderte anbefalinger for uteområder i skoler høsten 2026. Folkehelseinstituttet vil i løpet av 2027 publisere nye nasjonale data om fysiske aktivitet for barn og unge gjennom Ungkan4.

Tobakk

Det internasjonale samarbeidet på tobakksområdet er sentralt for å nå de nasjonale målene. I 2025 lanserte helseministrene fra Danmark, Island og Norge en felles retningslinje (Joint Nordic Guidance for Public Officials on Interacting with the Tobacco Industry) for å hindre at tobakksindustrien får påvirke folkehelsepolitikken. Retningslinjen skal bistå offentlige myndigheter med å overholde forpliktelsene i WHOs tobakkskonvensjon.

Norge deltok i 2025 på partsmøtene for tobakkskonvensjonen og protokollen mot ulovlig handel. Et sentralt tema var oppfordringen til medlemslandene om å vurdere nye, effektive tiltak for å fase ut tobakksbruk, som for eksempel strengere aldersgrenser, reduksjon av utsalgssteder og forbud mot smakstilsetninger.

EUs tobakksdirektiv ble innført i Norge våren 2026. Arbeidet med å følge opp det nye regelverket vil kreve betydelige ressurser av Helsedirektoratet i 2027. Det vises til nærmere omtale under kap. 714, post 22.

Rusmiddelforebyggende arbeid

Som ledd i oppfølgingen av Nasjonal alkoholstrategi (2021–2030) jobber Helsedirektoratet i 2026 med å utvikle en ny, KI-støttet metode som grunnlag for en mer samordnet regelverksutvikling på alkoholområdet. Målet er å effektivisere kommunenes forvaltning, forenkle søknadsprosessene for næringsaktører og skape overføringsverdi til andre regelverksområder.

Nasjonalt program for rusmiddelforebyggende arbeid rettet mot barn og unge skal bidra til økt bruk av kunnskapsbaserte metoder i det lokale forebyggende arbeidet. Helsedirektoratet skal fortløpende videreutvikle en portefølje av faglig anbefalte tiltak basert på et omfattende innsiktsarbeid, tilrettelegge for lokal implementering og styrke kunnskapsformidlingen. Arbeidet med å implementere konkrete kunnskapsbaserte tiltak er godt i gang og fortsetter i 2027. Det er særlig prioritert å gi lokale beslutningstakere kunnskap og verktøy om virksomme forebyggingsinnsatser gjennom kursing i EUs forebyggingsprogram (EUPC – European Prevention Curriculum). Det er nå EUDA-sertifiserte instruktører i alle landets regioner. Arbeidet skal ses i sammenheng med den bredere tverrsektorielle innsatsen for rusforebygging blant barn og unge. Som del av forebyggings- og behandlingsreformen for rusfeltet, arbeides det med å bedre samordningen av innsatsen. Anbefalinger fra et bredt, tverretatlig samarbeid for utsatte barn og unge (KUBU-samarbeidet) vil inngå i vurderingen av hvordan en ny modell best kan innrettes fra 2027.

Kommunikasjonstiltak på levevaneområdet

Det foreslås å videreføre midler til Helsedirektoratets arbeid med kommunikasjon om levevaner og helse. Målet er å understøtte andre tiltak på folkehelseområdet gjennom kommunikasjon og veiledning til befolkningen.

I et stadig mer fragmentert medielandskap med mye feilinformasjon, har Helsedirektoratet i 2025 og 2026 prioritert tiltak for å styrke befolkningens tilgang til trygg og kunnskapsbasert helseinformasjon. Kampanjen Tillit til kunnskap har blant annet bidratt til at en økende andel oppfatter Helsenorge som en troverdig kilde, og at flere motiveres til å være kildekritiske.

På rusmiddelområdet er det gjennomført innsiktsbaserte kampanjer rettet mot ungdom og foreldre under paraplyen Ren dose fakta. Målet har vært å øke kunnskapen om hvordan rus påvirker kropp og psykisk helse, og vise til trygg informasjon på ung.no. I 2026 lanserte Helsedirektoratet og Utdanningsdirektoratet kampanjen #følesdetfeil, som skal gjøre det lettere for ungdom å motstå rusmidler og press.

Det er også gjennomført målrettet kommunikasjon for å forebygge bruk av tobakks- og nikotinprodukter blant barn og unge, samt informasjonsarbeid om kosthold og praktisk bruk av kostrådene.

Andre tiltak

Bevilgningen dekker i tillegg spesielle driftsutgifter knyttet til nasjonalt og internasjonalt folkehelsearbeid. Dette omfatter blant annet reiser,

kontingenter og oppfølging av internasjonalt forpliktende avtaler, som tobakkskonvensjonen, WHO og UNECEs vannprotokoll og FNs tre narkotikakonvensjoner. Videre foreslås det midler til nødvendig utviklings- og koordineringsarbeid knyttet til innføring av EU-regelverk om alvorlige grensekryssende helsetrusler i norsk rett. Det foreslås å videreføre midler til Helsedirektoratets innhenting av statistikkgrunnlag for tobakk og rusmidler, samt kartlegging av kommunenes forvaltning av tobakksskadeloven, folkehelseloven og alkoholloven.

Det foreslås å videreføre samarbeidsprosjektet Fyrtårnprosjektet – registrering av skader, analyse og bruk i regi av Samferdselsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet, der Statens vegvesen og Folkehelseinstituttet er viktige bidragsytere.

Post 22 Gebyr- og avgiftsfinansierte ordninger

Bevilgningen dekker gebyr- og avgiftsfinansierte ordninger på alkohol- og tobakksområdet, jf. kap. 3714, post 04 og kap. 5572, post 74 og 75.

Utover generell prisomregning og gjennomgående budsjettiltak omtalt i del I, foreslås bevilgningen økt med 10,2 mill. kroner sammenlignet med saldert budsjett 2026. Økningen er knyttet til ny sektoravgift til informasjonsarbeid om plast i tobakksvarer mv. Arbeidet skal finansieres av tobakksindustrien.

Holdningsskapende arbeid for å redusere forsøpling av mikroplast fra tobakks- og nikotinprodukter

Det foreslås å øke bevilgningen med 10,2 mill. kroner, mot tilsvarende inntektsbevilgning over kap. 5572, post 75, til Helsedirektoratets og Miljødirektoratets arbeid med holdningskampanjer om miljøkonsekvenser og forsøpling av tobakks- og nikotinprodukter. Forslaget fremmes med forbehold om Stortingets samtykke til forslaget om lovhjemmel for en slik ny sektoravgift, jf. Prop. 97 L (2025–2026) Endringer i tobakksskadeloven (endringer i gebyr- og avgiftssystemet og høyere strafferammer).

Gjennomføring av EUs tobakksdirektiv

Det foreslås å videreføre 5,2 mill. kroner, mot tilsvarende inntektsbevilgning over kap. 3714, post 04, til Helsedirektoratets arbeid med nye rapporterings- og registreringsordninger, helseadvarsler og produktkrav knyttet til EUs tobakksdirektiv. Direktivet ble innført i Norge i mars 2026 etter flere års forsinkelse. De nye systemene er under gradvis innføring og det er derfor usikkerhet knyttet til størrelsen på kostnadene. Det er også foreslått endringer i gebyr- og avgiftssystemet i Prop. 97 L (2025–2026). Departementet vil derfor komme tilbake med reviderte estimater ifb. revidert nasjonalbudsjett 2027.

Tobakksanalyser

Det foreslås å videreføre 5,3 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. De nye systemene er under gradvis innføring og det er derfor usikkerhet knyttet til størrelsen på kostnadene. Det er også foreslått endringer i gebyr- og avgiftssystemet i Prop. 97 L (2025–2026). Departementet vil derfor komme tilbake med reviderte estimater ifb. revidert nasjonalbudsjett 2027.

Bevillingsordning for import, eksport og produksjon av tobakksvarer

Det foreslås å videreføre 0,6 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.

Registreringsordning for tobakkssalg og tiltak mot ulovlig handel

Det foreslås å videreføre 19,0 mill. kroner, mot tilsvarende inntektsbevilgning over kap. 5572, post 75, til Helsedirektoratets forvaltning av registreringsordningen for tobakkssalg, tilsyn med tobakksgrossister, register over salgssteder og grossister og kommende system for sporing og sikkerhetsmerking av tobakksvarer. 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 2027.

Registreringsordning for e-sigaretter

Det foreslås å videreføre 12,0 mill. kroner, mot tilsvarende inntektsbevilgning over kap. 3714, post 04, til Helsedirektoratets forvaltning av registreringsordningen for e-sigaretter. Departementet vil

høsten 2026 fremme en lovproposisjon om endret regulering av e-sigaretter. Som følge av disse endringene må det også forventes endringer i utgifts- og inntektsgrunnlaget for denne registreringsordningen. Departementet vil komme tilbake med reviderte estimater ifb. revidert nasjonalbudsjett for 2027.

Tilsynsavgift e-sigaretter

Det foreslås å videreføre 3,8 mill. kroner, mot tilsvarende inntektsbevilgning over kap. 5572, post 74, til tilsyn med registreringsordningen for e-sigaretter. Departementet vil høsten 2026 fremme en lovproposisjon om endret regulering av e-sigaretter. Som følge av disse endringene må det også forventes endringer i utgifts- og inntektsgrunnlaget for denne registreringsordningen. Departementet vil komme tilbake med reviderte estimater ifb. revidert nasjonalbudsjett for 2027.

Statlige bevillingsordninger for alkohol

Det foreslås å videreføre 3,2 mill. kroner, mot tilsvarende inntektsbevilgning over kap. 3714, post 04. Ordningene omfatter Helsedirektoratets forvaltning av bevillingsordningen for tilvirkning av alkoholholdig drikk og statlige skjenkebevillinger for skjenking av alkoholholdig drikk på tog og fly etter alkoholloven.

Post 60 Kommunale tiltak

Bevilgningen dekker tilskudd til kommunale tiltak på folkehelseområdet.

Utover generell prisomregning og gjennomgående budsjettiltak omtalt i del I, foreslås følgende endringer sammenliknet med saldert budsjett 2026:

- Bevilgningen foreslås redusert med 19,1 mill. kroner til å styrke andre tiltak. Reduksjonen skyldes i hovedsak at de tidsbegrensede områdesatsingene (14,3 mill. kroner) og samfunnsoppdraget for inkludering (3,2 mill. kroner) er avsluttet.
- Det foreslås å flytte 9 mill. kroner fra kap. 714 post 70 knyttet til tilskuddet til Rusinfo, jf. omtale under.

Rusinfo

Det foreslås å bevilge 9 mill. kroner til et enkeltstående, navngitt tilskudd til Rusinfo under Oslo kommune. Samtidig foreslås den søkbare tilskuddsordningen Faktainformasjon om rus og rusmidler på kap. 714, post 70 avviklet. Rusinfo mottar i dag tilskudd over denne ordningen, som ble opprettet i 2023 etter at et tidligere øremerket tilskudd ble avviklet. I de fire årene ordningen har eksistert, er det kun Rusinfo som har mottatt tilskudd. Omleggingen vil gi tydeligere rammer og større forutsigbarhet for et stabilt og veldrevet tilbud, samtidig som budsjetteringen og tilskuddsforvaltningen blir mer i samsvar med faktisk praksis. Målet med tilskuddet er å bidra til kvalitetssikret og tilgjengelig informasjon om rusmidler og rusmiddelbruk.

Rusinfo besvarte i 2025 et høyt antall henvendelser på telefon og chat, i tillegg til spørsmål på ung.no. Nettsiden hadde i underkant av 800 000 besøkende, noe som var en nedgang fra året før, hovedsakelig grunnet endringer i søkemotorteknologi (KI-svar). Tjenesten har også nådd bredt ut gjennom apper, sosiale medier, podkast og foredragsvirksomhet. Måloppnåelsen vurderes som høy.

Program for teknologiutvikling i vannbransjen

Det foreslås å videreføre 6 mill. kroner til program for teknologiutvikling i vannbransjen. Målet er å bidra til helsemessig tryggere vannforsyning og større leveringssikkerhet av drikkevann på en kostnadseffektiv og bærekraftig måte. Ordningen forvaltes av Folkehelseinstituttet.

Fremsam – Nettverk for helsefremmende samfunn

Det foreslås å videreføre et enkeltstående tilskudd til Fremsam. Nettverket skal bidra til erfaringsdeling og kunnskapsutvikling om helsefremmende og bærekraftig samfunnsutvikling i kommuner og fylkeskommuner.

Andre tiltak (rapportering)

Områdesatsingene i Oslo og andre levekårsutsatte områder har bidratt til å styrke nærmiljøkvaliteter og arbeid for mer sosialt bærekraftige bo- og nærmiljøer.

Folkehelseprogrammet har styrket kommunenes arbeid med å fremme helse og livskvalitet, og bidratt til å innlemme psykisk helse og rusforebygging som en del av det lokale folkehelsearbeidet. Erfaringene fra programmet er også relevante i oppfølgingen av revidert folkehelselov. Helsedirektoratets årsrapport for 2025 viser samtidig at kommunenes kunnskapsgrunnlag og systematiske folkehelsearbeid er styrket, blant annet gjennom økt andel kommuner med oversiktsdo-

kument og større oppmerksomhet om folkehelseutfordringer i planstrategiene.

Folkehelsekampanjen ABC for god psykisk helse ble lansert nasjonalt i 2025. Målet var å bidra til å styrke den psykiske helsen gjennom økt kompetanse og bevissthet i befolkningen, det offentlige og organisasjonslivet om hvordan man kan ivareta og styrke egen og andres psykiske helse. Parallelt med kompetanseheving og bevisstgjøring om aktivitet som kan styrke den psykiske helsen, var det et mål at mulighetene for slik helsefremmende aktivitet ble styrket lokalt. Målgruppen for tilskuddsordningen var fylkeskommunene, kommunene, frivillige organisasjoner og andre aktører fylkeskommunen samarbeidet med. I 2025 var det bred variasjon i organisering, omfang og virkemidler hos fylkeskommunene. De fleste kombinerte bredt informasjons- og kampanjearbeid med direkte tilskudd til kommuner og frivillige organisasjoner. Samlet vurderes ordningen å ha hatt høy måloppnåelse. Midlene til kampanjen ble innlemmet i rammetilskuddet til fylkeskommunene fra og med 2026.

Post 70 Rusmiddeltiltak mv.

Bevilgningen dekker tilskudd til rusmiddeltiltak mv.

Utover generell prisomregning og gjennomgående budsjettiltak omtalt i del I, foreslås følgende:

- Det foreslås å flytte 32,3 mill. kroner til kap. 740 post 01 knyttet til kommunale kompetansesentre og etablering av en ny virksomhet i Helsedirektoratet.
- Det foreslås videre å flytte 9 mill. kroner til kap. 714 post 60 knyttet til tilskuddet til Rusinfo, se nærmere omtale under kap. 714 post 60.
- Bevilgningen foreslås redusert med 2,6 mill. kroner knyttet til tilskuddsordningen Frivillige organisasjoners innsats for forebygging av rusmiddelbruk og problematisk spilling for å styrke andre tiltak.
- Bevilgningen foreslås videre redusert med 2,2 mill. kroner for å styrke andre tiltak.

Frivillige organisasjoners innsats for forebygging av rusmiddelbruk og problematisk spilling

Det foreslås å videreføre 52,1 mill. kroner til ordningen. 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.

Organisasjonene rapporterte om aktivitet i tråd med søknadene, men opererte med svært forskjellige målemetoder for å dokumentere antall personer nådd og frivillig innsats. På grunn av manglende systemer for fortløpende registrering av frivillige timer, var tallene omtrentlige. Måloppnåelsen vurderes som middels.

Drift av nasjonale foreninger og stiftelser med forebyggende innsats på rusmiddel-, doping- og spillområdet

Det foreslås å videreføre 48,7 mill. kroner til ordningen. Tilskuddsordningen skal gjennom driftstøtte bygge opp under innsatsen for 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.

Ordningen støttet fem mottakere i 2025 (Actis, Akan, Av-og-til, Rusfeltets Hovedorganisasjon og Stiftelsen Antidoping Norge). Mottakerne nådde målgruppene godt gjennom målrettede kampanjer, foredrag og digitale verktøy. De samarbeidet bredt med kommuner, arbeidsplasser og andre aktører, og bidro aktivt som tilretteleggere for forebyggingsarbeidet gjennom politisk påvirkningsarbeid og kunnskapsproduksjon. Måloppnåelsen vurderes som høy.

Tilskuddsordningen foreslås redusert med 22,3 mill. kroner for å opprette et navngitt tilskudd til Akan kompetansesenter, jf. omtale nedenfor.

Tilskudd til Akan kompetansesenter

Det foreslås å bevilge 22,3 mill. kroner som et enkeltstående tilskudd til Akan kompetansesenter. Tilskuddsordningen for drift av nasjonale foreninger og stiftelser med forebyggende innsats på rusmiddel-, doping- og spillområdet forslås redusert tilsvarende.

Akan kompetansesenter bistår norsk arbeidsliv med forebygging og håndtering av problematisk bruk av alkohol, narkotika og spill. Senteret har de seneste årene fått tildelt midler over den nevnte tilskuddsordningen. Staten er medeier i Akan, og har en forpliktelse til å medfinansiere kompetansesenteret i fellesskap med de to øvrige eierne, Landsorganisasjonen i Norge (LO) og Næringslivets Hovedorganisasjon (NHO).

Det anses derfor som hensiktsmessig at midlene nå trekkes ut av den søkbare ordningen og

øremerkes Akan direkte. Omleggingen vil sikre tydeligere rammer og økt forutsigbarhet for senterets drift, samt bidra til en mer ryddig forvaltning og styrket etterprøvbarhet knyttet til statens eierskap og medfinansiering.

Tilskuddet skal bidra til å forebygge rus- og avhengighetsproblemer i arbeidslivet. Akan tilbyr veiledning, kurs og verktøy til ledere og ansatte for å forebygge og håndtere rusmiddelbruk og spillavhengighet på arbeidsplassen.

Drift av frivillige, rusmiddelpolitiske organisasjoner

Det foreslås å videreføre 26,4 mill. kroner til ordningen. Tilskuddsordningen skal stimulere til frivillig, rusmiddelpolitisk engasjement og aktivitet både på nasjonalt og lokalt nivå, og å redusere bruk av rusmidler og skader forårsaket av rusmidler.

Ordningen støttet 16 organisasjoner. Tilskuddsmottakerne rapporterte om over 22 000 medlemmer og betydelig frivillig innsats. Organisasjonene gjennomførte i stor grad sine kjerneoppgaver, men det var utfordringer knyttet til systematisk dokumentasjon av frivillige timer og antall personer nådd. Samlet vurderes måloppnåelsen som middels.

Tilskudd til det rusmiddel- og spilleforebyggende arbeidet i regi av Korusene

Det foreslås å videreføre 12,1 mill. kroner til ordningen. Tilskuddet skal bidra til at de regionale kompetansesentrene for rusfeltet kan ivareta sitt arbeid med rusmiddel- og spilleavhengighetsforebyggende arbeid. Se nærmere omtale og rapportering under kap. 765, post 74.

Faktainformasjon om rus og rusmidler

Tilskuddsordningen foreslås avviklet i 2027. Tilskuddet til Rusinfo foreslås i stedet samlet som et enkeltstående, navngitt tilskudd under Oslo kommune. Se nærmere omtale under kap. 714, post 60.

Post 74 Skolefrukt mv.

Bevilgningen omfatter tiltak som skal stimulere til gode kost- og måltidsvaner, særlig økt inntak av frukt og grønnsaker hos barn og unge.

Utover generell prisomregning og gjennomgående budsjettiltak omtalt i del I, foreslås bevilgningen videreført med 21 mill. kroner.

Abonnementsordningen for frukt og grønt i skolen skal bidra til at elever får tilgang til frukt og grønt i skolehverdagen og fremme gode kostvaner tidlig i livet. Ordningen er subsidiert med et fast beløp per frukt eller grønnsak. På bakgrunn av synkende abonnementstall de siste årene, har Helsedirektoratet i samarbeid med Opplysningskontoret for frukt og grønt igangsatt et pilotprosjekt hvor abonnementsordningen omgjøres til en søknadsbasert gratisordning som skolene selv søker på. De foreløpige resultatene fra pilotprosjektet er gode, og det vurderes endringer i ordningen.

Helsedirektoratet vurderer at innsatsen for å tilby frukt og grønt av god kvalitet til flest mulig grunnskoler er god. Til tross for dette har det ikke lyktes å stanse nedgangen i foreldrebetalte abonnementer eller å øke antall kommuner som tilbyr gratis skolefrukt. Høsten 2025 var det totalt 36 000 abonnenter, noe som er en nedgang på om lag 10 pst. fra høsten 2024. Samlet vurderes måloppnåelsen for ordningen som middels.

Post 79 Andre tilskudd

Bevilgningen dekker tilskudd til generelt folkehelsearbeid.

Utover generell prisomregning og gjennomgående budsjettiltak omtalt i del I, foreslås følgende endringer sammenlignet med saldert budsjett 2026:

- Bevilgningen foreslås økt med 20 mill. kroner til tilskuddsordningen Aktivitetstiltak for eldrekraften. Det foreslås samtidig å flytte 71,3 mill. kroner fra kap. 760, post 70 knyttet til tilskuddet.
- Det foreslås 25 mill. kroner som tilskudd til Hunt forskningssenter knyttet til igangsetting av Hunt5. Midlene omdisponeres fra avsluttede datainnsamlinger knyttet til Tromsøundersøkelsen (kap. 714, post 79) og Saminor (kap. 760, post 71).
- Det foreslås å flytte 8,7 mill. kroner fra kap. 714, post 21 for korrekt postbruk. Dette omfatter tilskudd til gjennomføring av Ungdataundersøkelsene i regi av Velferdsforskningsinstituttet NOVA (OsloMet) og tilskudd til OECD.
- Bevilgningen foreslås redusert med 2,6 mill. kroner til andre tiltak.

Tilskuddene på posten skal bidra til å styrke kunnskapsgrunnlaget for folkehelsearbeidet, fremme psykisk helse og gode levevaner og støtte opp

under forebyggende og helsefremmende arbeid i befolkningen.

Eldrekraften – aktivitetstiltak og partnerskap

Tilskuddsordningen til Aktivitetstiltak for eldrekraften foreslås økt med 20 mill. kroner til 91,3 mill. kroner. Tilskuddsordningen foreslås flyttet fra kap. 760, post 70. Flyttingen er en budsjetteknisk justering for å samle tilskudd på folkehelseområdet rettet mot eldre under kap. 714, post 79. Tilskuddsordningen skal styrke frivilligheten på eldreområdet, motvirke ensomhet og passivitet, og legge til rette for aktivitet, sosialt fellesskap og møter mellom generasjoner for å utløse den samlede eldrekraften.

Ordningen skal stimulere til et bredt sett av ulike aktiviteter lokalt. Departementet vil vurdere forvaltningen og ressursbehovet knyttet til ordningen, og eventuelt komme tilbake til Stortinget i forbindelse med revidert nasjonalbudsjett 2027.

Ordningen ble etablert i 2026 med stor etterspørsel og Helsedirektoratet ga tilskudd til 174 tiltak over hele landet. Erfaringer med tilskuddsregelverket skal gjennomgås høsten 2026. Ordningen skal ses i sammenheng med Partnerskap for eldrekraften. Helse- og omsorgsdepartementet har etablert et samarbeid med KS og ti landsdekkende organisasjoner fra frivillighetsfeltet. Hensikten er å mobilisere flere eldre til å være med i frivillige aktiviteter og involvere lokal frivillighet. Eldre har erfaring og kompetanse som vil være til nytte for å løse viktige samfunnsoppgaver, samtidig som flere kan ta del i meningsfulle aktiviteter. Arbeidet skal bygge på et forpliktende samarbeid om utfordringer, mål og resultater, og bidra til kunnskaps- og erfaringsdeling, også med aktører utover partnerskapet.

Satsingen på aktivitet for eldre styrker folkehelseinnsatsen i regjeringens Eldreløft og konkretiserer tiltak i Bo trygt hjemme-reformen og Program for et aldersvennlig Norge 2030. Tilskuddsordningen skal ses i sammenheng med regjeringens aktivitetsgaranti. Det vises til nærmere omtaler under kap. 714, post 21 og kap. 760, post 21 og 70.

Det foreslås at 10 mill. kroner av tilskuddsordningen øremerkes til Pensjonistforbundet til lokale aktiviteter.

Befolkningsbaserte helseundersøkelser

Det foreslås 25 mill. kroner til statlig medfinansiering av den femte runden med Helseundersøkelsen i Trøndelag Hunt5. Helseundersøkelsen i Trøndelag er en av de viktigste befolkningsbaserte helseundersøkelsene i Norge og gir et unikt kunnskapsgrunnlag om utvikling i helse, sykdom, levevaner og risikofaktorer i befolkningen over tid. Gjennomføring av undersøkelsen vil styrke kunnskapsgrunnlaget for folkehelsepolitikken, helse- og omsorgstjenesten og helseforskningen.

Det foreslås å videreføre 7,7 mill. kroner som tilskudd til drift av Hunt forskningssenter ved NTNU. Hunt har hatt god aktivitet knyttet til infrastruktur (databank og biobank), publiserte forskningsartikler og pågående forskningsprosjekter. Måloppnåelsen vurderes som høy.

Det foreslås også å videreføre 7,7 mill. kroner til Universitetet i Tromsø – Norges arktiske universitet til drift av databasen for Tromsøundersøkelsen. Tromsøundersøkelsen mottok i 2026 et tilskudd på 12,5 mill. kroner til Tromsø8. Undersøkelsen har gått som planlagt med rekruttering og datainnsamling.

Studentenes helse- og trivselsundersøkelse (SHoT)

Det foreslås å videreføre 3,1 mill. kroner til 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. Studentsamskipnaden i Oslo administrerer og gjennomfører undersøkelsen.

2025 var et administrativt år med rigging og forberedelse av datainnsamlingen som gjennomføres vinteren 2026. Det er høy forskningsaktivitet knyttet til datagrunnlaget, blant annet fem pågående doktorgradsprosjekter. Måloppnåelsen vurderes som høy.

Studenter – psykisk helse og rusmiddelbruk

Det foreslås å videreføre 19,4 mill. kroner til ordningen. Tilskuddsordningen har som formål å fremme god psykisk helse og livskvalitet blant studenter, og forebygge problemer knyttet til bruk av rusmidler. Ordningen skal benyttes til å følge opp funnene i SHoT-undersøkelsen, og understøtte Opptrappingsplan for psykisk helse (2023–2033).

Det var svært høy søknadsinngang til ordningen i 2025. Det er etablert flere gode samarbeidsprosjekter på tvers av samskipnadene, blant annet knyttet til felles kursporteføljе og videreutvikling av nettsiden Studenterspør. Den samlede tilskuddsporteføljen har fått en tydeligere rusforebyggende profil, og prosjektene treffer sikrere på målgruppen enn tidligere. Måloppnåelsen vurderes som høy.

Psykisk helse i skolen

Det foreslås å videreføre 14,5 mill. kroner til ordningen. Overordnet formål er å videreføre og styrke skolens systematiske arbeid for å skape et læringsmiljø som fremmer alle elevenes psykiske helse. Ordningen skal understøtte det tverrgående emnet folkehelse og livsmestring.

I 2025 fikk åtte mottakere tilskudd til ni ulike prosjekter. Hver for seg har tilskuddsmottakerne høy måloppnåelse innenfor egne prosjekter. Det er imidlertid mangelfull dokumentasjon på effekten av tiltakene samlet sett, og ordningen har lav geografisk spredning (ordningen når under 7 pst. av landets kommuner). Måloppnåelsen for tilskuddsordningen som helhet vurderes derfor som middels.

Enkeltstående tilskudd

Det foreslås å å øke tilskuddet til Velferdsforskningsinstituttet NOVA (OsloMet) med 0,8 mill. kroner til 9 mill. kroner for gjennomføringen av undersøkelsene Ungdata og Ungdata junior. Undersøkelsene gir et viktig kunnskapsgrunnlag om barn og unges oppvekstsvilkår, levevaner og livskvalitet. Ungdata skal fra 2027 stille spørsmål om unge pårørende.

Videre foreslås det å videreføre 6,0 mill. kroner som tilskudd til Verdensdagen for psykisk helse, 5,2 mill. kroner som tilskudd til Ammehjelpen, 4,4 mill. kroner som tilskudd til Norges astma- og allergiforbund (NAAF), 2,3 mill. kroner som tilskudd til Skadeforebyggende forum, 1,3 mill. kroner som tilskudd til Fiskesprell og 0,5 mill. kroner som tilskudd til OECD.

Verdensdagen for psykisk helse: Kampanjen bidro i 2025 til å gjøre psykisk beredskap mer kjent og relevant, med stor mobilisering på tvers av sektorer og økt eierskap i arbeidslivet. Kampanjen nådde flere menn enn tidligere, men vil fremover jobbe for å øke aktiviteten rettet mot barn. Måloppnåelsen vurderes som høy.

Ammehjelpen: Organisasjonen hjelper mødre og andre som jobber med amming med informasjon, veiledning og støtte om amming. De treffer brukerne godt gjennom sosiale medier, informasjonsmateriell og individuell veiledning, og er en sentral samarbeidspartner for Helsedirektoratet. Måloppnåelsen vurderes som høy.

Norges astma- og allergiforbund (NAAF): Tilskuddet går blant annet til drift av den nasjonale pollenvarslingen, som i 2025 hadde nesten 380 000 unike brukere på nett og 173 000 nedlastinger av appen. NAAF arbeider med å modernisere tjenesten mot sanntidsavlesning. Måloppnåelsen vurderes som høy.

Skadeforebyggende forum: Forumet når bredt ut til mange aktører og faglige temaer, og er en viktig pådriver for bedre skadedata, prosjekter og samarbeid nasjonalt og internasjonalt. Måloppnåelsen vurderes som høy.

Fiskesprell: Programmet er et samarbeid mellom Nærings- og fiskeridepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet og Sjømatnæringen. Se nærmere omtale i Prop. 1 S (2026–2027) for Nærings- og fiskeridepartementet.

Kap. 3714 Folkehelse

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2025	Saldert budsjett 2026	Forslag 2027
04	Gebyrinntekter	3 332	25 274	26 209
	Sum kap. 3714	3 332	25 274	26 209

Post 04 Gebyrinntekter

Posten omfatter inntekter fra gebyrfinansierte ordninger på alkohol- og tobakksområdet, jf. omtale under kap. 714, post 22.

Det foreslås å bevilge til sammen 26,2 mill. kroner på posten. Inntektene er knyttet til følgende ordninger, jf. nærmere omtale under kap. 714, post 22:

- 12,0 mill. kroner knyttet til registreringsordningen for e-sigaretter
- 5,3 mill. kroner knyttet til Folkehelseinstituttets toksikologiske risikovurderinger av nikotin og tobakk
- 5,2 mill. kroner knyttet til gjennomføring av EUs tobakksdirektiv
- 3,2 mill. kroner knyttet til statlige bevillingsordninger for alkohol

– 0,6 mill. kroner knyttet til bevillingsordning for import, eksport og produksjon av tobakksvarer

Kap. 717 Legemiddeltiltak

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2025	Saldert budsjett 2026	Forslag 2027
21	Spesielle driftsutgifter, *kan overføres*	10 916	11 117	101
70	Legemiddelinformasjon	74 643	75 162	74 335
71	Legemiddeldistribusjon			108 801
	Sum kap. 717	85 559	86 279	183 237

Det foreslås endringer i kapittel- og poststrukturen for å samle øremerket finansiering av instanser som bidrar til riktig legemiddelbruk under post 70 og tilskudd til apotek og grossister mv. under ny post 71. Det foreslås videre å flytte kompensasjon til legemiddelgrossister fra kap. 702, post 72 til kap. 717, ny post 71. Forslag om flytting av bevilgning er omtalt under respektive poster.

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

Bevilgningen nyttes til tiltak for å sikre riktigere legemiddelbruk.

Utover gjennomgående budsjettiltak omtalt i del I og generell pris- og lønnsjustering foreslås det i tillegg følgende endringer sammenlignet med saldert budsjett 2026:

– 11 mill. kroner i redusert bevilgning som følge av at finansiering av Norsk legemiddelhåndbok flyttes fra kap. 717, post 21 til kap. 717, post 70
– 11 mill. kroner i økt bevilgning som følge av at finansiering av Norsk legemiddelhåndbok flyttes fra kap. 717, post 21 til kap. 717, post 70.
– 11,9 mill. kroner i redusert bevilgning som følge av at fraktrefusjon og tilskudd til distriktsog vaktapotek flyttes fra kap. 717, post 70 til kap. 717, ny post 71.

Post 70 Legemiddelinformasjon

Det foreslås at kap. 717, post 70 får nytt navn, «Legemiddelinformasjon».

Utover gjennomgående budsjettiltak omtalt i del I og generell pris- og lønnsjustering foreslås det i tillegg følgende endringer sammenlignet med saldert budsjett 2026:

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.

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 legemid-

ler 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.

Norsk legemiddelhåndbok

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.

Ny post 71 Legemiddeldistribusjon

Det foreslås at det opprettes en ny post på kap. 717, post 71, som får navnet «Legemiddeldistribusjon».

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

- 11,9 mill. kroner flyttes til fraktrefusjon og tilskudd til distrikts- og vaktapotek fra kap. 717, post 70 til kap. 717, ny post 71.
- 4,0 mill. kroner i økt bevilgning for å dekke økte utgifter til fraktrefusjon av legemidler og støtte til distriktsapotek.
- 86,7 mill. kroner til kompensasjon til legemiddelgrossister flyttes fra kap. 702, post 72 til kap. 717, ny post 71.

Apotek

Ved utgangen av 2025 var det 1 069 apotek i Norge. Det var en økning på fjorten apotek sammenlignet med 2024.

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 2025 er det gitt støtte til fem vaktapotek og ni distriktsapotek.

Bevilgningen foreslås økt med 4 mill. kroner for å dekke økte utgifter til fraktrefusjon av legemidler og støtte til distriktsapotek. Tilskudd til apotek, fraktrefusjon og Relis dekkes av legemiddeldetaljistavgiften jf. kap. 5572, post 70.

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 egenandel etter blåreseptforskriften, og spesialproduserte legemidler med kort holdbarhet. Legemidler forskrevet på h-resept og andre legemidler hvor helseforetakene har finansieringsansvar dekkes ikke av ordningen.

Kompensasjon til legemiddelgrossister

Bevilgningen dekker kompensasjon til grossistene iht. forskriftsfestet beredskapslager for legemidler.

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. Basert på dette foreslås 89,2 mill. kroner til kompensasjon i 2027.

I forbindelse med at ansvaret for lager og distribusjon av salgsvaksiner med beredskap og rene salgsvaksiner blir flyttet fra Folkehelseinstituttet til legemiddelgrossistene jf. omtale under kap. 710

og 740, vil beredskapsplikten og kompensasjonsordningen utvides til også å omfatte salgsvaksiner med behov for beredskapslagring. De budsjettmessige konsekvensene av endringen vil håndteres i revidert nasjonalbudsjett for 2027.

Kap. 5572 Sektoravgifter under Helse- og omsorgsdepartementet

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2025	Saldert budsjett 2026	Forslag 2027
70	Legemiddeldetaljistavgift	81 437	75 985	96 785
72	Avgift utsalgssteder utenom apotek	2 899	3 000	3 000
73	Legemiddelleverandøravgift	287 793	240 000	301 700
74	Tilsynsavgift		3 770	3 770
75	Sektoravgift tobakk	10 774	18 952	29 152
	Sum kap. 5572	382 903	341 707	434 407

Post 70 Legemiddeldetaljistavgift

Utover gjennomgående budsjettiltak omtalt i del I og generell pris- og lønnsjustering foreslås det i tillegg følgende endringer sammenlignet med saldert budsjett 2026:

– Bevilgningen foreslås økt med 20,8 mill. kroner for å dekke økte utgifter til fraktrefusjon av legemidler og støtte til distriktstapotek.

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 og 71, samt delfinansiering av driften ved Direktoratet for medisinske produkter, jf. Ot.prp. nr. 61 (2000–2001) og St.prp. nr. 1 (2000–2001). Avgiftssatsen er 0,25 pst i 2026 og videreføres i 2027.

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. Avgiftssatsen er 0,4 pst i 2026 og videreføres i 2027.

Post 73 Legemiddelleverandøravgift

Utover gjennomgående budsjettiltak omtalt i del I og generell pris- og lønnsjustering foreslås det i tillegg følgende endringer sammenlignet med saldert budsjett 2026:

– Bevilgningen foreslås økt med 61,7 mill. kroner i tråd med estimert inntekt.

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. Avgiftssatsen er 0,85 pst. i 2026 og foreslås redusert til 0,75 pst. i 2027.

Post 74 Tilsynsavgift

Det foreslås å videreføre 3,8 mill. kroner i tilsynsavgift som skal belastes aktører som har registrert e-sigaretter for innførsel og salg i Norge. Inntektene skal dekke tilsynsmyndighetens kostnader. For nærmere omtale av ordningen og forventede regelverksendringer, vises det til kap. 714, post 22.

Post 75 Sektoravgift tobakk

Det foreslås å bevilge 29,2 mill. kroner på posten. Av dette gjelder 19,0 mill. kroner registreringsordningen for tobakkssalg og tiltak mot ulovlig handel, og 10,2 mill. kroner gjelder ny sektoravgift til informasjonsarbeid om plast i tobakksvarer mv., jf. nærmere omtale under kap. 714, post 22.

Kap. 5631 Aksjer i AS Vinmonopolet

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2025	Saldert budsjett 2026	Forslag 2027
85	Statens overskuddsandel	92 274		89 700
86	Utbytte	3	2	2
	Sum kap. 5631	92 277	2	89 702

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 salgskanaler.

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 Vinmonopolets viktigste oppgave. Vinmonopolet ber alle kunder under 25 år om å vise legitimasjon. I 2025 spurte Vinmonopolets ansatte 97 pst. av kundene under 25 år om legitimasjon, ifølge interne målinger.

2757 kjøp ble avvist på grunn av mistanke om langing i 2025 mot 2103 i 2024. I 2025 ble langt flere kunder avvist på grunn av rus enn i 2024 (5474 i 2025 mot 4424 i 2024). Det er krevende for de ansatte å avvise kjøp. Selskapet har derfor de siste årene forbedret de interne rutinene og satt i gang opplæringsprogrammer for å gjøre de butikkansatte tryggere i slike situasjoner.

Vinmonopolet solgte 90 mill. liter i 2025, en nedgang på 2,2 pst. sammenlignet med 2024. Det ble solgt 72,3 mill. liter svakvin i 2025 mot 74,2 mill. liter i 2024. Salget av brennevin og brennevinsbaserte drikker ble redusert til 11,9 mill. liter i 2025 fra 12,4 mill. liter i 2024. Salget av sterkvin ble redusert fra 484 000 liter i 2024 til 460 000 liter i 2025. Salget av øl økte fra 3,7 mill. liter i 2024 til 3,9 mill. liter i 2025. Salget av alkoholfrie drikker økte fra 1,3 mill. liter i 2024 til 1,5 mill. liter i 2025.

Vinmonopolets salgsinntekter i 2025 var 18 681 mill. kroner eks. mva., hvorav 8 614 mill. kroner utgjør alkoholavgifter. Salgsinntektene gikk opp med 35 mill. kroner fra 2024. Dette skyldes prisutvikling, mens lavere salgsvolum trekker ned. Etter noen år med fallende omsetning etter pandemien anses markedssituasjonen nå å være normalisert. Driftsresultatet for 2025 ble minus 321 mill. kroner, mens resultatet før skatt endte på minus 240 mill. kroner. Det negative resultatet skyldes kostnadsført engangskostnad ved endringer i de ansattes pensjonsordning i Statens Pensjonskasse. Det ble ikke avsatt og utbetalt overskuddsandel til staten i 2025. Resultat etter skatt på minus 192 mill. kroner ble dekket fra annen egenkapital.

Forbrukerne skal sikres mest mulig lik tilgjengelighet til Vinmonopolet i hele landet. Ved utgangen av 2025 hadde selskapet 353 utsalg. Det ble åpnet 2 nye butikker i 2025. 98 pst. av befolkningen bor i en kommune med vinmonopolbutikk eller mindre enn 30 km fra nærmeste vinmonopol-

butikk. 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 i hvilken som helst vinmonopolbutikk. Netthandel utgjør om lag 5 pst. av Vinmonopolets totale salg.

Datterselskapet Nordpolet AS på Svalbard hadde i 2025 et resultat på 6,1 mill. kroner. Hele årsresultatet ble tilbakeført til lokalsamfunnet på Svalbard gjennom Longyearbyen lokalstyre.

Post 85 Statens overskuddsandel

Vinmonopolets overskuddsandel reguleres av § 7-2 som lyder: «I forbindelse med statsbudsjettet fastsetter Stortinget hvert år en andel av AS Vinmonopolets netto-overskudd som overføres til statskassen.»

I 2025 var Vinmonopolets resultat negativt grunnet endringer i den offentlige pensjonsordningen (AFP). For 2026 var det derfor ikke grunnlag for utdeling av overskuddsandel og statens andel av driftsoverskuddet til AS Vinmonopolet ble fastsatt til null kroner.

For 2027 foreslås det at statens andel av driftsoverskuddet til AS Vinmonopolet fastsettes til 50 pst. av resultatet i 2026 etter skatt. Foreslått beløp er beregnet ut fra Vinmonopolets budsjetterte resultat for 2026. Vinmonopolet har budsjettert med et resultat etter skatt for 2026 på 179,4 mill. kroner. Statens overskuddsandel av dette er 89,7 mill. kroner. Foreslått overskuddsandel anses forsvarlig med hensyn til selskapets likviditet og behov for egenkapital.

Post 86 Utbytte

Vinmonopolets aksjekapital utgjorde 50 000 kroner ved utgangen av 2025. 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 2025	Saldert budsjett 2026	Forslag 2027	Endring i pst.
732	Regionale helseforetak	236 290 996	237 429 386	250 393 335	5,5
733	Habilitering og rehabilitering	128 861	131 299	135 984	3,6
734	Særskilte tilskudd til psykisk helse og rustiltak	644 867	785 101	812 177	3,4
737	Historiske pensjonskostnader	20 675	81 844	111 908	36,7
	Sum kategori 10.30	237 085 399	238 427 630	251 453 404	5,5

Utgifter under programkategori 10.30 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)

Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2025	Saldert budsjett 2026	Forslag 2027	Endring i pst.
01–29	Statens egne driftsutgifter	160 095	173 823	163 121	-6,2
50–89	Overføringer til andre	236 925 304	238 253 807	251 290 283	5,5
	Sum kategori 10.30	237 085 399	238 427 630	251 453 404	5,5

Spesialisthelsetjenesten skal sørge for diagnostikk, behandling og oppfølging av pasienter med akutte, alvorlige og kroniske sykdommer, skader og helseplager. I tillegg til pasientbehandling, har de regionale helseforetakene ansvar for utdanning av helsepersonell, forskning og opplæring av pasienter og pårørende. Samarbeid med næringslivet, universiteter, høyskoler og instituttsektoren er viktig for å understøtte forskning, innovasjon, helsenæring og 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 spesialisthelsetjenes-

ter. 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 fastsettes 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.

Vesentlige endringsforslag er omtalt under hvert budsjettkapittel.

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 3,19 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 fire private ideelle sykehus: Stiftelsen Betanien Hospital Skien, Diakonhjemmet Sykehuset AS, Lovisenberg Diakonale Sykehus AS og Revmatismesykehuset AS. Martina Hansens hospital AS gikk inn i Vestre Viken HF 1. november 2025.
- Kjøpte tjenester fra private aktører for om lag 12,5 mrd. kroner i 2025. Dette inkluderer kjøp fra både kommersielle og ideelle virksomheter, samt avtalespesialister.
- Antall ansatte/årsverk i 2025: 86 688/ 69 421.
- Driftsinntekter i 2025: 129,4 mrd. kroner.

Boks 4.2 Helse Vest RHF

- Etablert i 2002
- Ansvar for befolkningen i Rogaland og Vestland (om lag 1,16 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 3,6 mrd. kroner i 2025. Dette inkluderer kjøp fra både kommersielle og ideelle virksomheter, samt avtalespesialister.
- Antall ansatte/årsverk i 2025: 32 097/ 25 392.
- Driftsinntekter i 2025: 45,5 mrd. kroner.

Boks 4.3 Helse Midt-Norge RHF

- Etablert i 2002
- Ansvar for befolkningen i Møre og Romsdal og Trøndelag (om lag 760 000 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 1,1 mrd. kroner i 2025. Dette inkluderer kjøp fra både kommersielle og ideelle virksomheter, samt avtalespesialister.
- Antall ansatte/årsverk i 2025: 23 038/ 19 647.
- Driftsinntekter i 2025: 33,8 mrd. kroner.

Boks 4.4 Helse Nord RHF

- Etablert i 2002
- Ansvar for befolkningen i Nordland, Troms og Finnmark, samt Svalbard (om lag 490 000 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 1,0 mrd. kroner i 2025. Dette inkluderer kjøp fra både kommersielle og ideelle virksomheter, samt avtalespesialister.
- Antall ansatte/årsverk 2025: 20 234/16 015.
- Driftsinntekter i 2025: 27,4 mrd. kroner.

Kap. 732 Regionale helseforetak

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2025	Saldert budsjett 2026	Forslag 2027
21	Spesielle driftsutgifter, *kan overføres*	6 408	20 806	3 237
70	Særskilte tilskudd, *kan overføres, kan nyttes under postene 72, 73, 74 og 75*	2 755 287	2 137 459	10 161 791
71	Resultatbasert finansiering	671 631	693 123	717 382
72	Basisbevilgning Helse Sør-Øst RHF	95 825 093	94 970 748	90 289 959
73	Basisbevilgning Helse Vest RHF	33 826 284	33 370 202	31 602 754
74	Basisbevilgning Helse Midt-Norge RHF	24 787 765	24 631 528	23 439 565
75	Basisbevilgning Helse Nord RHF	21 057 251	20 815 693	20 003 064
76	Innsatsstyrt finansiering, *overslagsbevilgning*	32 116 162	33 605 140	46 550 832
77	Laboratorie- og radiologiske undersøkelser, *overslagsbevilgning*	4 958 048	4 615 595	4 876 019
78	Forskning mv.	1 551 334	1 352 477	1 043 614
80	Kompensasjon for merverdiavgift, *overslagsbevilgning*	10 835 452	11 255 115	12 055 518
82	Investeringslån, *kan overføres*	6 420 200	6 992 500	8 748 600
83	Byggelånsrenter , *overslagsbevilgning*	1 480 081	651 000	901 000
86	Driftskreditter		2 318 000	
	Sum kap. 732	236 290 996	237 429 386	250 393 335

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

- 3 065 mill. kroner i økt bevilgning, herunder 130 mill. kroner til tiltak i opptrappingsplanen for psykisk helsevern og 60 mill. kroner til økte beredskapsbehov, inkludert økte kapitalkostnader som følge av tilfluktsrom ved Sykehuset Østfold og Oslo universitetssykehus. Fratrukket effektiviseringskrav på 464 mill. kroner, øker bevilgningen med 2 600 mill. kroner sammenlignet med saldert budsjett 2026.
- 2 648 mill. kroner i økt bevilgning under kap. 732, postene 70 og 72-75, knyttet til pensjon i helseforetakene. Videre reduseres driftskredittrammen jf. kap. 732, post 86, og kap. 3732, post 86, som følge av de samlede pensjonsbevilgningene, anslått pensjonspremie og bruk av premiefond.
- 335 mill. kroner i økt anslag mva.-kompensasjon.
- 118,8 mill. kroner i økt bevilgning for husleiekompensasjon til livsvitenskapsbygget.
- 45 mill. kroner i økt bevilgning for å kompensere for egenandelsfritak for 16- og 17-åringer.
- 20,5 mill. kroner i økt bevilgning til rehabiliteringstjenester i Helse Midt-Norge.
- 5,1 mill. kroner i økt bevilgning som følge av nasjonal prøveordning med henvisningsrett i BUP.
- 8 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til kompensasjonsordning for oljepionerer.
- 2 mill. kroner flyttes fra kap. 2421, post 74, til kap. 732, postene 72-75, som følge av at kommunene fra 2027 kan kreve besøksbidrag.
- 18,3 mill. kroner flyttes fra kap. 732, post 21 til ny post på kap. 700, post 21, knyttet til ulike utviklingsprosjekter.
- 5,2 mill. kroner flyttes fra kap. 732, postene 72 til 75 til kap. 740, post 01 som følge oppretting av prisjustering.
- 4 mill. kroner flyttes fra kap. 732, postene 72 til 75 til kap. 740, post 01 som følge av overheadkostnader ved etablering av kommunalt kompetansesenter i Helsedirektoratet.

Finansieringsordningenes viktigste formål er å understøtte sørge for-ansvaret til de regionale helseforetakene. Finansieringen av de regionale helseforetakene er i hovedsak todelt og består av basisbevilgning (kap. 732, post 72–75) og aktivitetsbasert finansiering (kap. 732, post 76, Innsatsstyrt finansiering, kap. 732, post 77, Laboratorie- og radiologiske undersøkelser, og kap. 732, post 80, Kompensasjon for merverdiavgift). I tillegg kommer bevilgninger til avtalespesialister (kap. 2711, post 70 og 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 (kap. 732, post 78).

I årlig melding 2025 har de regionale helseforetakene rapportert hvordan de har fulgt opp oppdragsdokument og foretaksmøter. Det vises til rapportering 2025 i del III, kap. 5 Spesialisthelsetjenesten. Årlig melding inngår som en del av grunnlaget for departementets særskilte satsingsområder og budsjettforslag for 2027.

Hovedtrekk i forslaget for 2027

Det foreslås å øke de regionale helseforetakenes driftsbevilgninger med 3 065 mill. kroner. Av dette skal 2 560 mill. kroner gå til økt aktivitet som følge av demografiske endringer. Videre skal 130 mill. kroner gå til blant annet spesialisert rusbehandling for barn og unge og døgnplasser i psykisk helsevern som en del av opptrappingsplan psykisk helsevern. Forslaget omfatter også 60 mill. kroner til økte beredskapsbehov i sektoren, og legger dermed til rette for å håndtere økte kapitalkostnader forbundet med tilfluktsrom ved Sykehuset Østfold og Oslo universitetssykehus. I tillegg kommer pris- og lønnsjustering av bevilgningene på 3,5 prosent.

Spesialisthelsetjenesten er pålagt ulike innsparingstiltak, som forutsettes at ikke skal gå ut over pasientbehandlingen. Ved behandlingen av revidert nasjonalbudsjett 2026, jf. Prop. 96 S (2025–2026), ble refusjonene for offentlige laboratorier redusert med 7 pst. fra 1. juli 2026 tilsvarende 140 mill. kroner. Helårseffekten i 2027 tilsvarer om lag 280 mill. kroner. Det foreslås i tillegg å underregulere refusjonene for offentlige laboratorier og bildediagnostikk med 24 mill. kroner i 2027.

Regjeringen foreslo i Prop. 96 S (2025–2026) bevilgningsmessige endringer forbundet med nye regler for regnskapsføring av pensjonskostnader i helseforetakene. Dette var en oppfølging av departementets forslag til nye regnskapsregler som var på offentlig høring vinteren 2026. Stortinget vedtok bevilgningsendringene i tråd med regjeringens forslag. Det foreslås en reduksjon i basisbevilgningene på 160 mill. kroner som følge av at de regionale helseforetakene får lavere renteutgifter på grunn av at det bevilges midler til å nullstille gammel driftskreditt ved overgang til ny ordning for beregning av pensjonskostnad fra 2026. Samlet effekt er på 320 mill. kroner, og det varsles derfor en ytterligere reduksjon i basisbevilgningen på 160 mill. kroner i 2028.

Fratrukket innsparingstiltakene i 2027 øker driftsbevilgningene med 2 600 mill. kroner fra saldert budsjett 2026.

Merkostnader som følge av at vi blir flere og eldre, er anslått til om lag 2 560 mill. kroner i 2027. Det er basert på Helsedirektoratets tall om bruk av spesialisthelsetjenester og Statistisk sentralbyrås befolkningsframskrivinger. Det er videre 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 fra 2028 legge til grunn anslaget for merutgifter til demografi fra Teknisk beregningsutvalg for spesialisthelsetjenestens økonomi.

I spesialisthelsetjenesten økte produktiviteten innenfor somatikken før pandemiåret 2020, men falt betydelig under pandemien. I etterkant har produktiviteten økt noe igjen, men var fremdeles lavere i 2024 enn i årene før pandemien. Hvis sykehusene hadde hatt samme produktivitet i 2024 som i 2019, ville det anslagsvis frigjort om lag 3,5 milliarder kroner i sykehusbudsjettene som kunne finansiert blant annet kortere ventetider.

Det er et mål å øke produktiviteten i helse- og omsorgstjenestene gjennom målrettet omstilling og bedre utnyttelse av personellressursene. Dette skal bidra til å møte befolkningens behov for tjenester og samtidig begrense veksten i framtidig personellbehov. Alle helseforetak vil bli bedt om å etablere produktivitetsutvalg, jf. Helsepersonellplan 2040.

Fra 2027 fastsettes det et ressursforbedringsmål for spesialisthelsetjenesten på 0,55 pst. av budsjettrammen. Midlene skal ikke trekkes ut av sykehusrammen, men ressursforbedringen skal synliggjøres og gevinstene skal finansiere tiltak for kortere ventetider i helsetjenesten.

Ventetidene i spesialisthelsetjenesten steg betydelig i etterkant av pandemien. Regjeringen satte derfor i gang Ventetidsløftet i mai 2024. Målet var å redusere ventetiden til helsehjelpen starter markant. Arbeidet har hatt god effekt og de nasjonale ventetidstallene for påbegynt helsehjelp har siden juni 2025 vært om lag på nivået før pandemien, dvs. som i 2019. De gjennomsnittlige ventetidene skal videre ned hvert år i denne Stortingsperioden, samtidig som det er avgjørende at ventetidene til videre behandling også reduseres markant. Regjeringen har derfor satt som mål at på sikt skal pasienter normalt være i gang med behandlingen eller fått behandling innen 60 dager fra henvisningen er mottatt, så lenge det ikke foreligger medisinske grunner for å vente eller pasienten selv har utsatt behandlingen. I tilleggsdokumentet for 2026 fikk de regionale helseforetakene i oppdrag å innføre insentivordninger som understøtter ventetidsmålene. I 2027 vil midlene til resultatbasert finansiering, om lag 700 mill. kroner, inngå i en ny nasjonal insentivordning for reduserte ventetider der midlene skal brukes der de har størst effekt.

Tall for første tertial 2026 viser at pasientbehandling som omfattes av ISF i all hovedsak tilsvarer den aktivitetsveksten som saldert budsjett 2026 la til rette for. For pasientbehandling som omfattes av ISF legger budsjettet til rette for en vekst på om lag 1,2 pst. fra anslått aktivitetsnivå i 2026. ISF-andelen foreslås økt fra 30 til 40 pst. innen somatikken og fra 25 pst. til 30 pst. innenfor poliklinisk psykisk helsevern og rusbehandling i 2027. Satsendringen må ses i sammenheng med tiltak som skal underbygge regjeringens arbeid i Ventetidsløftet. Det er budsjettert med en vekst på om lag 1,2 pst. innenfor offentlige laboratorie- og radiologiske undersøkelser fra anslått nivå i 2026.

Saldert budsjett 2026 innebar en økning i driftsbevilgningene på 3 643 mill. kroner, fratrukket effektiviseringstiltak, sammenlignet med saldert budsjett 2025. Det ble lagt til grunn en pris- og lønnsvekst (deflator) på 3,2 prosent for helseforetakene. Siste anslag for pris- og lønnsveksten i 2026 er 3,9 pst. og gir en svekkelse av det økonomiske handlingsrommet for de regionale helseforetakene i inneværende år. Samtidig viser nye anslag en pris- og lønnsvekst for 2025 på 3,5 pst. Dette er lavere enn den budsjetterte pris- og lønnsveksten på 4,1 pst. i saldert budsjett 2024, og ga isolert sett et bedre handlingsrom i 2025. Det er normalt med avvik mellom anslag og faktisk utvikling, og over tid forventes det at avvikene jevner seg ut.

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.

Innenfor den foreslåtte veksten i driftsbevilgningene, må de regionale helseforetakene dekke enkelte varige kostnadsøkninger. Dette gjelder blant annet Helse Vest RHF som må finansiere utbygging av undervisningslokaler for medisinstudenter fra Universitetet i Bergen ved Helse Førde HF, innenfor egen ramme. Kostnaden for universitetsarealet er anslått til 26 mill. 2025-kroner. Videre må de regionale helseforetakene

dekke kostnadene for innføring av NAT (nukleinsyretesting) som skal styrke blodberedskapen og bidra til harmonisert smittetesting i EU/EØS. Kostnadene til drift og investeringer er anslått til 45 mill. kroner i 2027.

Betalingssatsen for kommunene for utskrivningsklare pasienter prisjusteres til 6 338 kroner i 2027.

Særskilte satsingsområder 2027

Styringskrav og mål i oppdragsdokument og foretaksmøter for 2027 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.
- Vår felles helsetjeneste skal være fagfolkenes foretrukne arbeidsplas.s
- Spesialisthelsetjenesten bidrar til samfunnssikkerhet og er forberedt på kriser og krig.
- En bærekraftig drift og utvikling av spesialisthelsetjenesten.

Rask tilgang til trygge helsetjenester av høy kvalitet og sammenhengende pasientforløp

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.

I juni 2026 lanserte regjeringen et nytt ventetidsmål og målbildet for ventetider i spesialisthelsetjenesten, herunder enkelte sentrale tiltak i arbeidet.

På sikt skal pasienter normalt ha fått behandling eller være i gang med behandling innen 60 dager fra henvisning er mottatt, dersom det ikke foreligger medisinske grunner som tilsier at behandlingen bør vente eller at pasienten selv har valgt å utsette behandling. Det nye målet skal nås på sikt, men sykehusene skal umiddelbart starte arbeidet for å nå målet, og det forventes en markant reduksjon i ventetid framover. Målet gjelder for somatikk, psykisk helsevern for voksne, psykisk helsevern for barn og unge og for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).

Videre skal poliklinisk behandling i psykisk helsevern for voksne, psykisk helsevern for barn og unge og TSB gis med rett intensitet.

Pasienter skal gjennom den nye løsningen «Mitt sykehusvalg» enklere kunne velge behandlingssted mellom offentlige sykehus og ideelle og private sykehus som har avtale med det offentlige. De fleste behandlinger skal inngå i tjenesten og pasientene kan velge behandlingssted med noen få tastetrykk. I dag er det få behandlinger som inngår i denne løsningen, ventetidene som oppgis er ikke alltid oppdaterte og pasientene må selv kontakte sykehuset de er henvist til og be om at henvisningen sendes videre til ønsket sykehus. Løsningen vil gradvis bygges ut og arbeidet starter umiddelbart.

Pasienter skal få direkte tildeling av time gjennom «Rett på time». Det vil si at pasienter i første brev fra valgt sykehus vil vite tid og sted for oppmøte. Gjennom denne omleggingen må sykehusene sette opp pasienter på første ledige time og den må komme raskt, i stedet for å sette opp pasientene nær datoen for å unngå fristbrudd, slik praksis ofte er i dag. Endringen innføres i alle helseforetak fra denne høsten.

Pasienter skal enkelt og digitalt kunne endre oppsatt time dersom tidspunktet ikke passer. I dag er praksisen at pasienter selv må ringe til sykehuset for å spørre om det finnes andre ledige timer. Ny løsning for timeavtaler på Helsenorge rulles ut i løpet av 2026 og 2027.

En nasjonal insentivordning for reduserte ventetider og satsøkning for innsatsstyrt finansiering skal understøtte ventetidsarbeidet.

De regionale helseforetakene skal understøtte arbeidet med Prosjekt X i egen region og sørge for at tilskuddet blir fordelt mellom prosjektene i tråd med formålet. De regionale helseforetakene skal bidra til at relevante erfaringer og innsikter fra arbeidet deles mellom helseforetak, helseregioner og KS, og inngår i Helsedirektoratets arbeid med å oppsummere erfaringer og trekke ut læringspunkter fra prosjektene.

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. Det er behov for å styrke kompetansen i pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring hos ledere og sikre god involvering av pasienter, brukere og pårørende i arbeidet med pasientsikkerhet. I 2027 skal de regionale helseforetakene videreføre sin oppfølging av rammeverk for bedre pasientsikkerhet, og bidra inn i den

årlige statusrapporten for pasientsikkerhet med status på tiltak og målene i rammeverket med utgangspunkt i pasientsikkerhetsindikatorer, kartlegging av omfang av pasientskader og meldinger om alvorlige hendelser. De regionale helseforetakene skal i fellesskap og i samarbeid med Helsedirektoratet følge opp rapport om pasientsikkerhetsindikatorer, og de skal samarbeide med Folkehelseinstituttet om prosjektet knyttet til et eventuelt nasjonalt register for uønskede hendelser. De regionale helseforetakene skal videreføre arbeidet med implementering av riktig praksis og å redusere uønsket variasjon, overdiagnostikk og -behandling, blant annet gjennom arbeidet med Kloke valg. Dette er viktige tiltak for bedre kvalitet og pasientsikkerhet.

Styrke psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Barn i barnevernet har et større omfang av helseplager enn andre barn. Det er behov for å styrke tilgangen 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 har fått tilslutning gjennom Stortingets behandling av Prop. 83 L (2024–2025) *Endringer i barnevernsloven mv. (kvalitetsløftet i barnevernet)*. Det innføres en ny modell for tverrfaglig kartlegging av barn som flytter ut av hjemmet i regi av barnevernet og som vil erstatte dagens sakkyndigordning. De regionale helseforetakene har fått i oppdrag å sørge for at det er etablert helseteam tilknyttet alle barnevernsinstitusjoner. Helsesatsingen i barnevernet skal videreføres og styrkes, og implementering av Nasjonalt forløp for barnevern vil fortsette.

Barn og unge med rusmiddelproblemer skal ha et tilgjengelig, trygt og faglig spesialisert behandlingstilbud i spesialisthelsetjenesten. Med behandlingen av Prop. 83 L (2024–2025) *Endringer i barnevernsloven mv.* (*kvalitetsløftet i barnevernet*), ga Stortinget tilslutning til å overføre ansvaret for spesialisert rusbehandling fra barnevernet til spesialisthelsetjenesten. Helse- og omsorgsdepartementet har derfor i oppdragsdokumentet for 2025 bedt de regionale helseforetakene om å utarbeide og iverksette en nasjonal plan for behandlingstilbudet til denne målgruppen. Nasjonal plan for utbygging av tjenestetilbudet for alle barn og unge med rusmiddelproblemer ble behandlet av styrene i de regionale helseforetakene våren 2026, og tilbudene skal gradvis bygges opp i helseforetakene.

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 har allerede startet å følge opp handlingsplanen. I 2027 får regionale helseforetak midler som skal stimulere helseforetakenes gjennomføring av handlingsplanens tiltak om trening som del av behandlingstilbudet.

De distriktspsykiatriske senterne (DPS) tilbyr i all hovedsak polikliniske tjenester, i tillegg til dagbehandling, ambulant oppfølging og døgnbehandling. De regionale helseforetakene har i 2026 fått i oppdrag å gjennomføre en helhetlig, faglig gjennomgang av tilbudet som grunnlag for en konkret og tidfestet plan for utvikling av DPS og hindre nedbygging jf. Representantforslag 18 S (2025–2026) om en konkret og tidfesta opptrappingsplan for utvikling av distriktspsykiatriske senter (DPS) og innstilling 72 S (2025–2026).

Det er fortsatt behov for å øke døgnkapasiteten innen psykisk helsevern. De regionale helseforetakene har i 2025 levert planer for hvordan døgnkapasiteten i psykisk helsevern skal øke fram mot 2030 i tråd med gjeldende framskrivning, som tilsvarer omtrent 430 plasser fram mot 2040. Ambulante tjenester som ACT, FACT og FACT-ung kan forebygge innleggelser og bør tilbys der det er befolkningsmessig grunnlag for det.

De regionale helseforetakene skal i 2027 fortsatt følge opp 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.

Helsedirektoratet fikk i oppdrag i 2025 å iverksette tiltak for å tilgjengeliggjøre og øke bruken av kvalitetssikrede digitale verktøy innen psykisk helse. De har levert forslag til tiltak for økt bruk av digitale verktøy både som selvhjelp og som digitale behandlingstilbud i kommunale helsetjenester og i psykisk helsevern. Direktoratet arbeider, sammen med Norsk Helsenett, med å utvikle en digital veiviser, på Helsenorge som kan lede

brukere og helsepersonell til digitale selvhjelpsverktøy eller helsehjelp. De jobber også med en kommunikasjonsplan for å øke kjennskap til digitale tilbud og tjenester, se kap. 765, post 21.

Det pågår et utviklingsarbeid i de regionale helseforetakene når det gjelder utvikling og bruk av digitale verktøy innen psykisk helsevern og TSB. Digitale behandlingsverktøy, som for eksempel eBehandling, er veldokumentert og tilbyr effektiv behandling for blant annet angst og depresjon og prøves også ut som behandling for alkoholproblemer. Det er et stort potensial for at flere kan ta det i bruk. Det er behov for å videreutvikle og forsterke bruken av slike verktøy og i større grad se utviklingsarbeidet i sammenheng med Helsedirektoratets oppdrag og hvordan RHFene sitt arbeid skal inngå i den foreslåtte digitale infrastrukturen. I det videre arbeidet er det viktig å se bruk av digitale verktøy til kartlegging og behandling i sammenheng med Ventetidsløftet og Helsereformarbeidet, herunder En vei inn – felles psykisk helsemottak. Målet er en helhetlig utvikling av tjenestene hvor fysisk oppmøte og digitale tjenester integreres på en mer hensiktsmessig måte, og på tvers av kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten.

Kunnskapsbaserte og bærekraftige tjenester gjennom forskning, innovasjon og næringslivssamarbeid.

Regjeringen har i 2026 lagt frem en ny tiårig nasjonal handlingsplan for kliniske studier og klinisk forskning. Klinisk forskning skal være en integrert del av pasientbehandlingen og Norge skal være blant de mest foretrukne landene i Europa for gjennomføring av industristudier. I løpet av planperioden skal det være et godt utbygd og effektivt økosystem for klinisk forskning, som er integrert med og understøtter tjenesteutøvelsen. Målet er å danne en varig struktur. Regjeringen har fem mål for perioden. De regionale helseforetakene bidrar i oppfølging av planens målsettinger og tiltak innenfor sine ansvarsområder, og har et særlig ansvar for oppfølging av hovedmålene årlig økning i pasienter som deltar i klinisk forskning og dobling av forskningsårsverk i klinisk forskning innen 2036. Sentrale innsatsfaktorer for gjennomføring av kliniske studier, både kliniske behandlingsstudier, observasjonsstudier og registerbaserte studier, skal forbedres. Det skal utvikles et rammeverk for strukturerte akademiske karriereveier i spesialisthelsetjenesten, for personell som forventes å samtidig delta i klinikk, forskning, innovasjon og utdanning. De regionale helseforetakene evaluerer i 2026 sentrale infrastrukturer for klinisk forskning som NorTrials og program for klinisk behandlingsforskning med sikte på videreutvikling. Helsenæringens rolle i NorTrials skal videreutvikles ved at det kartlegges om enkeltfirma kan bidra med finansiering og andre former for bidrag, samt etter hvilken modell. Videre jobber de regionale helseforetakene med en helhetlig tilnærming til hvordan eksisterende nasjonale nettverksstrukturer for klinisk forskning som er positivt evaluert kan videreføres. De regionale helseforetakene skal gjennomføre tiltak som skal bidra til nasjonal harmonisering av arbeidet med personvernvurderinger i forskning, i tråd med anbefalinger i rapport fra 2026. De regionale helseforetakene skal legge til rette for at resultater fra klinisk forskning tas i bruk i klinisk praksis. Det er et mål å øke helseforetakenes deltakelse i det europeiske rammeprogrammet for forskning, Horisont Europa.

Sykehusene skal bidra aktivt til innovasjon som understøtter bærekraftige helse- og omsorgstjenester, bedre pasientforløp og mer effektiv bruk av personellressurser. Innovasjon skal være en integrert del av virksomhetsutviklingen og sees i sammenheng med pasientbehandling, forskning og utdanning. De regionale helseforetakene skal legge til rette for systematisk utvikling, utprøving, implementering og spredning av innovative løsninger og arbeidsprosesser. Sykehusene skal være attraktive arenaer for testing, utprøving av nye innovasjoner og bidra til implementering av disse gjennom offentlige anskaffelser, og i partnerskap med helsenæringen og akademia.

Bruk av innovative arbeidsprosesser og løsninger skal bidra til bedre tjenester, kortere ventetider og bedre bruk av personellets tid og kompetanse. De regionale helseforetakene skal arbeide for at vellykkede løsninger og piloter tas i bruk og skaleres på tvers av helseforetak og regioner. De regionale helseforetakene skal videreføre arbeidet med raskere implementering og spredning av effektive tiltak innenfor personellbesparende teknologier, inkludert kunstig intelligens for planlegging, logistikk og dokumentasjon. Alle de regionale helseforetakene skal fortsette innføringen av tale-til-sammendrag i 2027. Det er et mål å tilrettelegge for erfaringsutveksling innad og mellom regionene slik at skalerbare løsninger kan gjenbrukes og spres raskere. Valideringsprosesser skal ikke måtte gjentas. Akseleratorprogrammet for helseinnovasjon gjennom Innovasjon Norge er ett virkemiddel som skal bidra til raskere utvikling og implementering av brukerdrevne og skalerbare tekniske løsninger som møter spesialist-

helsetjenestens behov både nasjonalt og gjennom eksport.

De regionale helseforetakene deltar i vurdering av ny indikator for innovasjonsaktivitet i helseforetakene, på bakgrunn av erfaringer fra prøverapportering i 2025 og rapport fra NIFU som ble levert høsten 2026. Hensikten med en egen innovasjonsindikator i departementets målesystem har vært å skaffe oversikt over innovasjonsaktiviteten i helseforetakene og fremme ønsket utvikling av innovasjonsaktivteten, blant annet økt kommersialisering og implementering og spredning.

Bedre bruk av helsedata er viktig for å unngå uønsket variasjon og for kvalitetsforbedring, pasientsikkerhet, og kunnskapsutvikling gjennom forskning og innovasjon. De regionale helseforetakene skal legge til rette for økt bruk av helsedata, herunder data fra de medisinske kvalitetsregistrene til forskning og analyse gjennom Helsedataservice og tjenestene på helsedata.no. 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.

Gjennom satsingen på digital samhandling etableres tjenester som dekker de største behovene for samhandling mellom virksomheter og tjenestenivåer. De regionale helseforetakene skal ta i bruk pasientens legemiddelliste, journaldokumenter, prøvesvar, kritisk informasjon og måledata på flere områder og på flere sykehus. Arbeidet med å innføre digitalt helsekort for gravide skal prioriteres. Regjeringen har som mål at digitalt helsekort for gravide skal være i bruk i hele landet i løpet av 2027. Videre vil endringene i helsepersonellovens bestemmelser om taushetsplikt og tilgang til helseopplysninger, som trådte i kraft 1. juli 2026, gjøre det enklere for helsepersonell i sykehus å få direkte tilgang til relevante og nødvendige journalopplysninger i kommunen, og vise versa. Regjeringen er opptatt av at disse mulighetene tas i bruk.

I 2027 starter arbeidet med å planlegge og forberede innføring av forordningen om det europeiske helsedataområdet. Europeiske krav og bruk av internasjonale standarder har vært en integrert del av det nasjonale digitaliseringsarbeidet over flere år, og hensyntas i den pågående satsingen på digital samhandling. Se også omtale under kapittel 701, post 21.

Den offentlige helsetjenesten skal være fagfolkenes foretrukne arbeidsplass

Å utdanne, rekruttere, utvikle og beholde medarbeidere til den offentlige spesialisthelsetjenesten har høy prioritet. De regionale helseforetakene og helseforetakene har stort ansvar og sentrale roller på personellområdet, og vil ha en viktig rolle i oppfølging av Meld. St. 11 (2025–2026) Helsepersonellplan 2040 som er regjeringens plan for å sikre tilstrekkelig bemanning og bærekraft i helse- og omsorgstjenestene. Dette omhandler tiltak for å øke produktiviteten og bedre ressursutnyttelsen i helse- og omsorgstjenestene. De regionale helseforetakene skal intensivere den helhetlige innsatsen i 2027 i tråd med innsatsområdene i Helsepersonellplan 2040 og i Medarbeiderløftet. Et systematisk og samtidig arbeid med ulike tiltak innen disse innsatsområdene skal bidra til at fagfolk velger den offentlige spesialisthelsetjenesten som sin arbeidsplass gjennom hele yrkeslivet.

De regionale helseforetakene skal styrke arbeidet som sikrer et godt og trygt arbeidsliv for spesialisthelsetjenestens mange medarbeidere. Det er viktig at fagfolk i spesialisthelsetjenesten har eierskap til sine arbeidsoppgaver og beslutninger som berører dem. De regionale helseforetakene og foretakene må sørge for at medarbeidere, vernetjenesten og tillitsvalgte involveres aktivt på alle nivåer, og at det legges til rette for reell medvirkning. Helsetjenesten skal være preget av åpenhet, samarbeid og tillit. Helseforetakene må arbeide aktivt med god ivaretakelse av medarbeidere og ledere på alle nivåer og jobbe systematisk for å legge til rette for medarbeideroppfølging, psykologisk trygghet, læring og forbedring ved uønskede hendelser. Arbeid med faste hele stillinger og tiltak for å redusere sykefraværet skal videreføres. Hensikten er å forsterke arbeid og innsats for å redusere sykefraværet, herunder utprøving av fleksible arbeidstidsordninger.

Videre skal de regionale helseforetakene særlig se hen til innføring og bruk av teknologi og digitale løsninger som understøtter god personellplanlegging og en mer fleksibel arbeidshverdag, for eksempel bruk av mobile arbeidsflater.

De regionale helseforetakene skal fortsette sin innsats for å tilrettelegge for praksis av god kvalitet i grunnutdanningene og læreplasser for fagarbeidere. De regionale helseforetakene skal sikre god kvalitet og tilstrekkelig kapasitet i spesialistutdanningen for leger, og spesielt styrke bredde- og generalistkompetanse i tjenestene. De regionale helseforetakene skal arbeide videre med

kompetanseutvikling i et livsløpsperspektiv, og god ansvars- og oppgavedeling, herunder samarbeid om personell og bruk av kombinerte stillinger mellom kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten.

De regionale helseforetakene skal videreføre arbeidet med å utvikle et godt kunnskapsgrunnlag om utdanning og personell i spesialisthelsetjenesten, herunder bidra til utvikling av en personellmonitor for helse og omsorg.

Spesialisthelsetjenesten bidrar til samfunnssikkerhet og er forberedt på kriser og krig

I 2027 vil sikkerhets- og beredskapsarbeid fortsette å utgjøre en sentral del av helseforetakenes samfunnsoppdrag. Med en sikkerhetspolitisk situasjon og et trusselbilde i stadig endring, forventes faren for digitale angrep mot offentlig sektor og helsetjenesten å vedvare. Det blir derfor avgjørende å prioritere beredskap og bygge motstandsdyktighet mot sikkerhetstruende hendelser, kriser og cyberangrep rettet mot helseforetakenes IKT-systemer. Digital sikkerhet er i ytterste konsekvens pasientsikkerhet.

Helse- og kommuneCERT vil også neste år opprettholde sin nasjonale responsfunksjon for cybersikkerhet, overvåke digitale trusler og beskytte samfunnskritiske tjenester. Dette er spesielt viktig ettersom helsesektoren fortsatt anses som et attraktivt mål for spionasje, påvirkning og angrep fra organiserte kriminelle grupper og hacktivister.

Et velfungerende sivil-militært samarbeid er viktig. Norge har kun én helsetjeneste, og denne må fungere i fredstid som under kriser og i krig. Samarbeidet med Forsvaret har blitt betydelig intensivert gjennom 2026. De regionale helseforetakene er bedt om å kartlegge relevante beredskapskapasiteter med utgangspunkt i Forsvarets behov. Samtidig pågår det en kartlegging av behovet for samarbeid på tvers av helseregionene, som også skal ferdigstilles i år. I 2027 vil de regionale helseforetakene bygge videre på dette arbeidet ved å kartlegge behovet for samhandling mellom de enkelte helseforetakene internt i hver region.

I foretaksmøte 21. mai i år ga helse- og omsorgsministeren et nytt og omfattende beredskapsoppdrag til de regionale helseforetakene, knyttet til sivil-militær helseberedskap. Oppdraget innebærer at helseforetakene må oppdatere sine beredskapsplaner for å være forberedt på krig og situasjoner øverst i krisespekteret. Konkret stilles det krav om at det nasjonalt skal legges til grunn 7000 sengeplasser til krigsskadde pasienter, både sivile og militære, i beredskapsplanleggingen. Dette understreker alvoret i dagens sikkerhetspolitiske situasjon og behovet for en helsetjeneste som er forberedt på de mest krevende scenarioene.

Som en følge av den sikkerhetspolitiske situasjonen i Europa har departementet oppe til vurdering om det er nødvendig å be de regionale helseforetakene om å styrke lagerbeholdningen av utstyr (legemidler, mobilt utstyr, feltsenger etc.) for å imøtekomme trusselen.

En bærekraftig drift og utvikling av spesialisthelsetjenesten og god personellbruk

De regionale helseforetakene forvalter betydelige bevilgninger og verdier på vegne av samfunnet for å sikre gode spesialisthelsetjenester. 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.

En bærekraftig økonomisk utvikling i sykehusene innebærer at ressursene forvaltes slik at befolkningen også i framtiden sikres gode, trygge og likeverdige spesialisthelsetjenester i tråd med det lovbestemte ansvaret de regionale helseforetakene har i henhold til spesialisthelsetjenesteloven. Dette forutsetter at arbeidet med styring og kontroll med effektiv ressursbruk, produktivitet og kvalitet styrkes, slik at økende behov for helsetjenester kan møtes innenfor tilgjengelige økonomiske og personellmessige rammer.

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 og til at sykehusene kan driftes mer effektivt. I spesialisthelsetjenesten økte produktiviteten innenfor somatikken før pandemiåret 2020, men falt betydelig under pandemien. I etterkant har produktiviteten økt noe igjen, men var fremdeles lavere i 2024 enn i årene før pandemien. Hvis sykehusene hadde hatt samme produktivitet i 2024 som i 2019, ville det anslagsvis frigjort om lag 3,5 milliarder kroner i sykehusbudsjettene som kunne finansiert blant annet kortere ventetider. Det er et mål å øke produktiviteten i helse- og omsorgstjenestene gjennom målrettet omstilling og bedre utnyttelse av personellressursene. Dette skal bidra til å møte befolkningens behov for tjenester og samtidig begrense veksten i framtidig personellbehov.

Fra 2027 fastsettes det et ressursforbedringsmål for spesialisthelsetjenesten på 0,55 pst. av

budsjettrammen. Midlene skal ikke trekkes ut av sykehusrammen, men ressursforbedringen skal synliggjøres og gevinstene skal finansiere tiltak for kortere ventetider i helsetjenesten.

Departementet vil framover stille krav om at de regionale helseforetakene forsterker arbeidet med produktivitet. I Helsepersonellplan 2040 vises det til at utviklingen i produktivitet kan påvirkes både av organisering, ansvars- og oppgavedeling, teknologi og digitalisering. Ny teknologi, som kunstig intelligens, robotisering og bedre digitale løsninger, kan gi gevinster på sikt. Alle helseforetak vil bli bedt om å etablere produktivitetsutvalg jf. Helsepersonellplan 2040. Ansatte, tillitsvalgte og vernetjeneste skal involveres aktivt i arbeidet og medarbeidere skal ha reell innflytelse på forbedringsarbeidet.. Departementet vil be de regionale helseforetakene om å utarbeide indikatorer for produktivitet, som kan benyttes løpende i rapporteringen til departementet.

System for Nye metoder i spesialisthelsetjenesten skal bidra til at pasienter får tilgang til virkningsfulle og trygge metoder, samtidig som ressursene i helse- og omsorgstjenesten brukes på en bærekraftig måte. Systemet sikrer kunnskapsbaserte og åpne beslutningsprosesser for innføring av nye legemidler, medisinsk utstyr, prosedyrer og andre behandlingsmetoder i spesialisthelsetjenesten. I 2027 skal de regionale helseforetakene følge opp føringene i Meld. St. 21 (2024-2025) Helse for alle - Rettferdig prioritering i vår felles helsetjeneste. Arbeidet skal bidra til å nå målene om likeverdig tilgang til effektive behandlingsmetoder, større åpenhet og økt bærekraft i tjenesten. Sentrale oppgaver vil være å implementere føringen om at personellkonsekvenser skal hensyntas innenfor rammene av ressurskriteriet i prioriteringsbeslutninger, videreføre arbeidet med tilgang til behandling for pasienter med sjeldne sykdommer, samt arbeide videre med økt åpenhet om systemets beslutningsgrunnlag, begrunnelser, virkemåte og muligheter for medvirkning. System for Nye metoder skal tilpasse sine nasjonale prosesser til det europeiske HTAR-samarbeidet. De regionale helseforetakene deltar med Direktoratet for medisinske produkter (DMP) i International Horizon Scanning Initiative (IHSI) med mål om å etablere et felles system for metodevarsling (horizon scanning). Kostnadene knyttet til initiativet deles likt mellom DMP og de fire regionale helseforetakene, slik at hver aktør dekker en femtedel av de totale kostnadene.

System for Nye metoder i spesialisthelsetjenesten skal bidra til at pasienter får tilgang til virkningsfulle og trygge metoder, samtidig som ressursene i helse- og omsorgstjenesten brukes på en bærekraftig måte. Systemet sikrer kunnskapsbaserte og åpne beslutningsprosesser for innføring av nye legemidler, medisinsk utstyr, prosedyrer og andre behandlingsmetoder i spesialisthelsetjenesten. I 2027 skal de regionale helseforetakene følge opp føringene i Meld. St. 21 (2024–2025) *Helse for alle – Rettferdig prioritering i vår felles helsetjeneste*. Arbeidet skal bidra til å nå målene om likeverdig tilgang til effektive behandlingsmetoder, større åpenhet og økt bærekraft i tjenesten. Sentrale oppgaver vil være å implementere føringen om at personellkonsekvenser skal hensyntas innenfor rammene av resursskriteriet i prioriteringsbeslutninger, videreføre arbeidet med tilgang til behandling for pasienter med sjeldne sykdommer, samt arbeide videre med økt åpenhet om systemets beslutningsgrunnlag, begrunnelser, virkemåte og muligheter for medvirkning. System for Nye metoder skal tilpasse sine nasjonale prosesser til det europeiske HTAR-samarbeidet. De regionale helseforetakene deltar med Direktoratet for medisinske produkter (DMP) i International Horizon Scanning Initiative (IHSI) med mål om å etablere et felles system for metodevarsling (horizon scanning). Kostnadene knyttet til initiativet deles likt mellom DMP og de fire regionale helseforetakene, slik at hver aktør dekker en femtedel av de totale kostnadene.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Bevilgningen over posten dekker tilskudd til ulike utviklingsprosjekter i spesialisthelsetjenesten. I 2026 er bl.a. følgende prosjekter finansiert over posten:

- Måling av forskningsaktivitet i helseforetakene
- Oppfølging av Prioriteringsmeldingen
- Rusbehandlingsutvalget
- SSB fremskrivninger Helsepersonellplan
- Ekspertutvalg for samiske spesialisthelsetjenester
- Helsereformutvalget
- Lovutvalg for revisjon av pasient- og brukerrettighetsloven
- Teknisk beregningsutvalg for spesialisthelsetjenestens økonomi (TBU-S)

Grunnet flytting av 18,3 mill. kroner fra kap. 732, post 21 til kap. 700, post 21, jf. omtale der, er midlene på denne posten for 2027 i hovedsak knyttet til prosjekt om Måling av forskningsaktivitet i helseforetakene.

Post 70 Særskilte tilskudd

Hovedregelen er at basisbevilgningene til de regionale helseforetakene budsjetteres over postene 72–75. Særskilte forhold gjør det nødvendig å bevilge midler over en felles post 70.

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

- 7 460 mill. kroner til håndtering av driftskreditt opparbeidet under regnskapslovens bestemmelser.
- 348,2 mill. kroner som følge av flytting av tilskudd fra kap. 732, post 78 til Nasjonal kompetansetjeneste for døvblinde i Helse Nord RHF og Nasjonalt senter for sjeldne diagnoser i Helse Sør-Øst RHF.
- 118,8 mill. kroner i husleiekompensasjon for Livsvitenskapsbygget ved OUS.
- 20,5 mill. kroner til kjøp av rehabiliteringstjenester i Helse Midt-Norge.
- 10 mill. kroner til implementering av intensiv trening i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling og Forebyggings- og behandlingsreformen for rusfeltet.
- 8 mill. kroner i redusert bevilgning til kompensasjonsordningen for oljepionerene.

Følgende øremerkede tilskudd fra saldert budsjett 2026 foreslås videreført i budsjettforslaget for 2027:

- 568,1 mill. kroner i særskilte tilskudd til Helse Nord. Dette inkluderer:
  - 222,5 mill. kroner i tilskudd til å rekruttere og beholde personell
  - 159,7 mill. kroner i beredskapstilskudd for å opprettholde akuttilbud i Helse Nord
  - 102,6 mill. kroner i rekrutterings- og samhandlingstilskudd
  - 44,4 mill. kroner i tilskudd til videreutvikling av spesialisthelsetjenesten i Alta
  - 38,9 mill. kroner i tilskudd til beredskap og akuttjenester i Kirkenes
- 227,5 mill. kroner til rettsmedisinsk institutt ved OUS
- 222,0 mill. kroner til Medevac
- 212,8 mill. kroner til kjøp av ideell kapasitet innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling til Helse Sør-Øst
- 181,6 mill. kroner til Nasjonalt beredskapslager for smittevernutstyr
- 123,3 mill. kroner til persontilpasset medisin
- 160,5 mill. kroner i rekrutterings- og samhandlingstilskudd i Helse Sør-Øst, Helse Vest, Helse Midt-Norge
- 82,8 mill. kroner i rekrutterings- og samhandlingstilskudd til utprøvinger som inngår i regjeringens «Prosjekt X»
- 75,1 mill. kroner til ambulansehelikopter i Kirkenes
- 67,3 mill. kroner til heroinassistert behandling
- 50,1 mill. kroner til Nasjonalt senter for e-helseforskning
- 48,1 mill. kroner til medisinske kvalitetsregistre
- 29,0 mill. kroner til kompetansehevende tiltak innen hørselsomsorgen
- 27,9 mill. kroner til DMS Kristiansund, Sykehuset Nordmøre og Romsdal
- 20,6 mill. kroner til tverrfaglig helsekartlegging i barnevernet
- 17,1 mill. kroner til helseteam i barnevernet (tidl. Bedre psykisk helsehjelp i barnevernet)
- 15,2 mill. kroner til Innomed
- 14,5 mill. kroner til en forsøksordning med økt refusjonssats for pasientreiser i Helse Nord, herunder økt sats for overnatting
- 13,4 mill. kroner til landsdekkende modell for rettspsykiatri
- 13,1 mill. kroner til sykestuer i Finnmark
- 12,1 mill. kroner til redningshelikopterbase i Tromsø
- 6,5 mill. kroner til rettsmedisin i Helse Bergen
- 4,8 mill. kroner i husleiekompensasjon for Livsvitenskapsbygget ved OUS
- 3,2 mill. kroner til portal for formidling av kunnskap om kvinners helse (Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning).
- 3,1 mill. kroner til seks nye plasser ved ungdomsenhet øst
- 2,5 mill. kroner til kompetansenettverk for arbeid og helse, tidligere Raskere tilbake
- 0,621 mill. kroner til abortnemnder

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 er det gjennomført en følgeevaluering for å innhente mer kunnskap. Senter for rus- og avhengighetsforskning (Seraf) har ledet evalueringen som ble lagt frem våren 2026.

Serafs evaluering viser at HAB gir nytte for en liten pasientgruppe med alvorlig opioidbrukslidelse. Behandlingen ga moderate og gradvise forbedringer når det gjelder livskvalitet, fysisk symptombyrde, heroinbruk og enkelte former for kri-

minalitet. Pasienter og pårørende beskrev også bedre stabilitet i hverdagen, tryggere tilgang til legemidler og sterkere relasjoner til behandlerne.

Samtidig er tilbudet kostbart og bemanningskrevende. Evalueringen understreker at behandlingen forutsetter tett oppfølging og spesialiserte tjenester for å være forsvarlig.

Rapporten anbefaler å videreføre HAB ved de to eksisterende klinikkene i henholdsvis Oslo og Bergen, men ikke å etablere nye klinikker nå. Videre anbefales sterkere integrering med øvrige LAR-tjenester og målrettede effektiviseringstiltak, men endringer må ikke svekke behandlingens sentrale virksomme elementer.

Ordningen med heroinassistert behandling skal fra 2027 ikke lengre være et prøveprosjekt, men gjøres til et varig tilbud for personer med alvorlig og langvarig heroinavhengighet. Dette innebærer at heroinklinikkene i Oslo (HABiO) og Bergen (HABiB) skal videreføres etter prøveperiodens utløp. Andre helseforetak som ønsker å etablere tilbud om heroinassistert behandling, skal og kunne gjøre det. Videre skal det igangsettes arbeid med utvikling av modeller for forsterkede rusbehandlingstjenester der heroinassistert behandling inngår. Målet er å nå ut med forsterkede tjenester til en bredere pasientgruppe med behov for intensiv rusbehandling. Prøveprosjektet er tilskuddsfinansiert over kap. 732, post 70. Helse- og omsorgsdepartementet vil ta sikte på å innlemme tilskuddet i basisbevilgningen ifm. statsbudsjettet for 2028.

Handlingsplan for å heve levealderen for mennesker med alvorlige psykiske lidelser og/eller alvorlige rusmiddelproblemer – fysisk trening som behandling

Mennesker med alvorlige psykiske lidelser og/eller alvorlige rusmiddelproblemer har dårligere fysisk helse og lever som gruppe mange år kortere enn befolkningen ellers. Regjeringen har i Opptrappingsplan for psykisk helse satt som mål at levealderen skal øke for denne pasientgruppen.

Effektive treningsmetoder dokumentert gjennom forskning har vist seg gjennomførbare i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling og er implementert i enkelte deler av spesialisthelsetjenesten. Det vil være av stor betydning å få mer kunnskap om de langsiktige effektene for målgruppene, herunder om tiltaket bidrar til å forebygge skadelig og risikofull rusmiddelbruk på lengre sikt. Utprøvingen av strukturert og kunnskapsbasert fysisk pasienttrening kan også bidra til at metodene kan breddes ut i spesialisthelsetjenesten, jf. innsats om en mer forebyggende helse- og omsorgstjeneste i prosjektet En friskere befolkning. Tiltaket vil bidra til å støtte opp om mål i Opptrappingsplanen for psykisk helse, Forebyggings- og behandlingsreformen og En friskere befolkning.

Det foreslås 10 millioner kroner for å stimulere til utprøving i helseforetak innenfor området intensiv trening/trening som medisin. Midlene stilles til disposisjon for de regionale helseforetakene som etter en prosess peker ut aktuelle helseforetak.

Oppfølging av trening som medisin bør inngå i behandlingsforløpet etter utskrivelse fra spesialisthelsetjenesten. Se nærmere omtale på kap. 765, post 21.

Tverrfaglig helsekartlegging

I Prop. 83 L (2024–2025) *Endringer i barnevernsloven mv. (kvalitetsløftet i barnevernet)*, er det lagt fram forslag til en ny modell for tverrfaglig kartlegging til erstatning for dagens sakkyndigordning. Kartleggingen vil rette seg mot alle barn som barnevernet skal flytte ut av hjemmet og vil ha et todelt og likestilt formål om å ivareta barnevernets behov for informasjon samt barnets behov for nødvendig helsehjelp og et sammenhengende hjelpetilbud. I ny modell vil helsekartlegging inngå i det ordinære tjenestetilbudet, med mer sømløs overgang fra kartlegging til helsehjelp. Helsedirektoratet har vurdert regelverksendringer som følge av ny modell. Helsedirektoratet og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet har etter felles oppdrag beskrevet forslag til en samlet organisering av tverrfaglig kartlegging, og de regionale helseforetakene har svart på oppdrag om å vurdere nærmere innretning, organisering og innhold av den helsefaglige delen av kartleggingen. Helse- og omsorgsdepartementet og Barne- og familiedepartementet samarbeider om oppfølging av dette.

Det foreslås å bevilge 20,6 mill. kroner over Kap. 732, post 70 til de regionale helseforetakene til formålet.

Det tildeles også 1,1 mill. kroner over kap. 740, post 01 til koordinerende tiltak gjennom Helsedirektoratet.

Det vises også til omtale av samarbeid mellom helse- og omsorgstjenesten og barnevern under kap. 765 og i Prop. 1 S (2026–2027), 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). Tilskuddet ble styrket med 40 mill. kroner i 2026.

Det legges til grunn at det skal være likeverdighet mellom kommuner og sykehus med hensyn til å foreslå hvordan midlene skal benyttes. Helsefellesskapene er en arena for samhandling mellom helseforetaket og kommunene og denne arena er dermed egnet for å vurdere og prioritere aktuelle tiltak som gis støtte. Det forutsettes dokumentert enighet mellom den aktuelle kommune(r) og helseforetak. Det legges til grunn for tildeling av midler at helseforetaket og kommunen(e) utarbeider en avtale som dokumenterer enighet mellom foretak og aktuelle kommuner, gir en beskrivelse av tiltaket og hvordan tiltaket støtter opp om formålet med tilskuddsordningen og budsjett for gjennomføring av tiltaket, herunder hvilke ressurser kommuner og helseforetak bidrar med. Dersom det er uklart hvem som har ansvaret for pasienten(e) i gjennomføringen av tiltaket kan det være aktuelt å lage en særskilt avtale om disse tilfellene.

Det ordinære rekrutterings- og samhandlings tilskuddet videreføres i 2027 med til sammen 263,1 mill. kroner, etter følgende fordeling:

- 99,4 mill. kroner til Helse Sør-Øst RHF
- 35,2 mill. kroner til Helse Vest RHF
- 25,9 mill. kroner til Helse Midt-Norge RHF
- 102,6 mill. kroner til Helse Nord RHF

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. Det skal også rapporteres halvårlig på foreløpig tildeling av tilskuddsmidlene. Helse- og omsorgsdepartementet vil i 2027 sette i gang en evaluering av rekrutterings- og samhandlingstilskuddet.

Prosjekt X

82,8 mill. kroner skal 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 59,1 mill. kroner til Helse Sør-Øst RHF, 10,36 mill. kroner til Helse Vest RHF, og 10,36 mill. kroner til Helse Nord RHF. I tillegg foreslås 3 mill. kroner til Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet til oppfølging og veiledning 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 i Prosjekt X kan i tillegg søke ordinært rekrutterings- og samhandlingstilskudd gjennom sitt helsefellesskap. Tilskuddet for 2027 skal i all hovedsak benyttes til konkret utprøving og pilotering av modeller. Midlene skal ikke gå til forberedende planleggingsarbeid.

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 48,1 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.

Det er ved utgangen av 2025 62 medisinske kvalitetsregistre med nasjonal status i Norge. Informasjon fra registrene om utredning, behandling, oppfølging og resultat av behandlingen gir kunnskap om uønsket variasjon i helsetilbudet og kvalitet i helsetjenesten. I 2027 skal de regionale helseforetakene bidra til bedre kvalitet i pasientbehandlingen ved enda mer bruk av data fra medisinske kvalitetsregistre til kvalitetsforbedring og forsking, samt videreføre arbeidet med automatisert datafangst.

Nasjonalt senter for sjeldne diagnoser i Helse Sør-Øst RHF

Det foreslås å bevilge 278,2 mill. kroner til Nasjonalt senter for sjeldne diagnoser. Senteret bygger kompetanse og sprer kunnskap om sjeldne diagnoser, og består av ni enheter som bidrar med spesialisert ekspertise på sjeldenfeltet. Senteret drifter nasjonalt register for sjeldne diagnoser. Dette er et viktig tiltak for å følge med på behandlingstilbudet for pasienter med sjeldne diagnoser, samt norsk deltakelse i ERN og JARDIN.

Nasjonal kompetansetjeneste for døvblinde i Helse Nord RHF

Det foreslås 70 mill. kroner til Nasjonal kompetansetjeneste for døvblinde i Helse Nord RHF. Nasjonal kompetansetjeneste for døvblinde (NKDB) jobber for og med personer som har kombinert syns- og hørselsnedsettelse, deres pårørende og fagfolk i nettverket. Tjenesten består av fire sentre med regionale oppgaver, to sentre med landsdekkende oppgaver, og én koordinerende enhet. Godkjente nasjonale kompetansetjenester har en funksjonstid på inntil ti år. Nasjonal kompetansetjeneste for døvblinde har passert disse ti årene og det pågår prosess i regi de regionale helseforetakene – under ledelse av Helse Nord RHF – om tjenestens videre organisering.

Oljepionerene

Etter Stortingets vedtak ved behandling av Dokument 8:16 S (2024–2025), ble det etablert en kompensasjonsordning for kjemikalieskadde oljepionerer i tråd med anbefalingene i NOU 2022: 19 *Oljepionerene – en kompensasjonsordning*. Ordningen er åpen for søknader fra 1. januar 2026 – 31. desember 2027. De arbeidsmedisinske avdelingene i de regionale helseforetakene har bidratt med arbeidsmedisinske vurderinger i forbindelse med søknader om kompensasjon. Det foreslås å redusere bevilgningen med 8 mill. kroner slik at bevilgningen er på 1,5 mill. kroner i 2027 etter forventet antall søknader.

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. 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 15,2 mill. kroner.

Medevac-pasienter i helseforetakene

Stortinget vedtok gjennom behandlingen av Prop. 78 S (2021–2022) evakuering av inntil 550 pasienter og deres pårørende i forbindelse med krigen i Ukraina. Per 2. september 2026 har 522 pasienter ankommet Norge. Fremskrivninger tilsier at taket på 550 pasienter kan bli passert i løpet av året. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget med oppdaterte status i for bindelse med nysaldering av statsbudsjettet for 2026. Mottak av pasienter vil fortsette i 2027. Tilskuddet foreslås videreført med 222 mill. kroner i 2027.

Kjøp av rehabiliteringstjenester i Helse Midt-Norge

Ifm. revidert nasjonalbudsjett for 2026 ble det bevilget 20,5 mill. kroner til Helse Midt-Norge RHF for økt kjøp av rehabiliteringstjenester i regionen. Det foreslås at bevilgningen videreføres nominelt i 2027. Helse Midt-Norge RHF ble i tilleggsdokument til oppdragsdokumentet for 2026 gitt i oppdrag at bevilgningen skal brukes til å styrke forskningsbasert kompetansemiljø og tilbud innen tverrfaglig og spesialisert kreftrehabilitering, og til å styrke døgnbasert tverrfaglig spesialisert rehabiliteringstilbud til pasienter med nevromuskulære sykdommer.

Håndtering av opparbeidet driftskreditt under regnskapslovens bestemmelser

Det vises til omtale under kap. 3732, post 86, og til beskrivelse av ny modell for regnskapsføring av helseforetakenes pensjonsforhold og håndtering av driftskreditter i Prop. 96 S (2025–2026). Det foreslås å bevilge 7 460 mill. kroner til dekning av helseforetakenes driftskredittrammer på 14 921 mill. kroner opparbeidet gjennom regnskapslovens bestemmelser for kostnadsføring av pensjon. Bevilgningen fordeles i tråd med de regionale helseforetakenes resterende driftskredittramme ved overgangen til ny modell for regnskapsføring av pensjonsforhold fra 2026. Bevilgningen er en oppfølging av kompensasjonen på 7 461 mill. kroner vedtatt gjennom Stortingets behandling av Prop. 96 S (2025–2026) og innebærer at all gammel driftskreditt nå er kompensert. Bevilgningen fordeles med:

- 3 861 mill. kroner til Helse Sør-Øst RHF
- 1 466 mill. kroner til Helse Vest RHF
- 1 137 mill. kroner til Helse Midt-Norge RHF
- 996 mill. kroner til Helse Nord RHF

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 har vært å stimulere til ønsket tjenesteutvikling, med vekt på samhandling og digitalisering, og midlene har blitt fordelt mellom de regionale helseforetakene basert på måloppnåelse på noen utvalgte indikatorer.

Bevilgningsrammen på posten utgjorde 693,1 mill. kroner i 2026. I utbetaling av tilskuddet for 2026 ble de regionale helseforetakene basert på måloppnåelse i 2025 på følgende indikatorer:

- Andel epikriser sendt innen 1 dag
- Digital hjemmeoppfølging av pasienter via medisinsk utstyr
- Digital skjemabasert pasientoppfølging og monitorering
- Gjennomført nettbasert behandlingsprogram
- Samarbeidsaktiviteter (PHV/TSB)
- Samarbeidsaktiviteter (Somatikk)
- Teambasert oppfølging (ACT- og FACT-team)
- Teambasert oppfølging (Somatikk)
- Video- og telefonkonsultasjoner

Basert på måloppnåelse for første tertial 2025, ble de regionale helseforetakene tildelt en andel av rammen i Prop. 1 S (2025–2026) for budsjettåret 2026. Helse Sør-Øst RHF ble tildelt 358 mill. kroner, Helse Vest RHF tildelt 162 mill. kroner, Helse Midt-Norge tildelt 94,9 mill. kroner, og Helse Nord RHF tildelt 78,2 mill. kroner. I forbindelse med behandlingen av Prop. 96 S (2025–2026) ble det gjort en justering av fordeling basert på måloppnåelse for hele 2025, hvor 2,5 mill. kroner ble omfordelt mellom de regionale helseforetakene. Helse Vest RHF var det eneste regionale helseforetaket som hadde måloppnåelse som gav utslag i høyere tildeling sammenlignet med ordinær inntektsfordeling.

Med bakgrunn i regjeringens satsing på å redusere ventetider i spesialisthelsetjenesten foreslår regjeringen å legge om ordningen i 2027 slik at den understøtter arbeidet med ventetider i de regionale helseforetakene. Innretningen med ordningen foreslås derfor endret fra 2027 med virkning fra 1. januar. Det innebærer at eksisterende indikatorer tas ut av ordningen. Regjeringen foreslår heller at bevilgningen skal finansiere en nasjonal insentivordning som bidrar til økt aktivitet utover det en skal kunne forvente gjennom ordinær drift, for å korte ned ventetidene i spesialisthelsetjenesten. Insentivordningen skal utformes slik at helseforetakene gis ekstra tilskudd dersom flere pasienter får startet sin helsehjelp og flere behandles sammenliknet med et fastsatt referansenivå, på en slik måte at ventetidene reduseres. Aktivitetsindikatorer som skal inngå i modellen er flere avviklede pasienter fra venteliste (flere med påbegynt helsehjelp) og flere behandlede pasienter målt med «Tid til tjenestestart». Dette for å redusere ventetidene. Alle helseforetak som øker aktiviteten, skal få uttelling innenfor bevilgningen. Helsedirektoratet vil forvalte endelig fastsatt regelverk og administrere ordningen. Endelig innretning vil bli beskrevet i styringsdokumentene til de regionale helseforetakene.

Bevilgningen foreslås utbetalt til de regionale helseforetakene basert på rapporterte resultater blant regionens foretak. Midlene skal gå til helseforetak med størst målbar endring som følge av ordningen, ikke utfra en på forhånd fastsatt fordelingsnøkkel mellom og innad i de regionale helseforetakene.

En endret innretning kan føre til at enkelte helseforetak får mindre midler enn året før, mens andre får mer. Departementet vil følge med på ev. utilsiktede effekter av ordningen.

Det foreslås bevilget 717,4 mill. kroner i 2027.

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 2025 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 2027. Endelig fordeling av de fire basisbevilgningene følger av fordelingsnøklene i inntektsmodellen, jf. tabell 4.1.

Økt driftsbevilgning

Av den foreslåtte økte driftsbevilgningen på 2 600 mill. kroner sammenlignet med saldert budsjett 2026 fordeles 2 300 mill. kroner på basisbevilgningene, herunder 120 mill. kroner til tiltak i Opptrappingsplanen for psykisk helse og 60 mill. kroner til beredskapsbehov og tilfluktsrom. Resterende beløp tildeles over kap. 732, postene 70, 76, 77 og 80.

Pensjon – kompensasjon for beregnede pensjonskostnader i 2027

Til grunn for basisbevilgningen ligger et anslått nivå for helseforetakenes beregnede pensjonskostnader på 13 650 mill. kroner. Dette er 8 350 mill. kroner lavere enn bevilgningsnivået i saldert budsjett 2026. Det vises til samlet omtale av helseforetakenes pensjonsbevilgninger og forutsetninger for disse under kap. 3732 post 86 Driftskreditter. Bevilgningen reduseres dermed med 8 350 mill. kroner i forhold til saldert budsjett 2026, fordelt slik:

- 4 564 mill. kroner Helse Sør-Øst RHF
- 1 603 mill. kroner Helse Vest RHF
- 1 183 mill. kroner Helse Midt-Norge RHF
- 1 000 mill. kroner Helse Nord RHF

Pensjon – kompensasjon for amortisert premieavvik fra 2026

Det vises til omtale under kap. 3732 post 86, beskrivelse av ny modell for regnskapsføring av helseforetakenes pensjonsforhold og håndtering av driftskreditter i Prop. 96 S (2025–2026) og forslag til forskrift om regnskapsføring av pensjonsforhold i helseforetak og regionale helseforetak. Det foreslås å bevilge 3 538 mill. kroner til dekning av 1. års amortisering av premieavvik fra 2026. Inntil endelige pensjonskostnader og pensjonspremier for 2026 foreligger, foreslås bevilgningen foreløpig fordelt mellom helseregionene etter ordinær inntektsfordelingsmodell med:

- 1 934 mill. kroner til Helse Sør-Øst RHF
- 679 mill. kroner til Helse Vest RHF
- 501 mill. kroner til Helse Midt-Norge RHF
- 424 mill. kroner til Helse Nord RHF

Døgntilbud innen psykisk helsevern

Det er behov for å øke kapasiteten i psykisk helsevern for pasienter med alvorlige psykisk lidelse og behov for døgninnleggelse. Etter mange år med nedgang i den totale døgnkapasiteten i psykisk helsevern for voksne, har reduksjonen nå stoppet opp og det planlegges for en økning fremover. Den nasjonale dekningsraten for døgnkapasitet i psykisk helsevern for barn og unge har vært stabil de siste årene. De regionale helseforetakene leverte i 2025 planer for økt døgnkapasitet i tråd med framskrevet behov.

For mennesker med alvorlige psykiske lidelser er det viktig å styrke hele behandlingskjeden, og det er ekstra viktig at hjelpen er integrert og proaktiv som ved oppsøkende, tverrfaglige team som ACT, FACT og FACT ung, bruk av hjemmesykehus eller dagbehandling.

Det er særlig behov for å styrke pasientforløpene innen sikkerhetspsykiatri. Utilstrekkelig døgnkapasitet og manglende overgangsløsninger skaper utfordringer både for pasientbehandling og samfunnsvern. Antall personer som dømmes til tvunget psykisk helsevern har økt de siste ti årene. Dersom trenden vedvarer de neste ti årene, anslår RHFenes framskrivninger at antallet domfelte i psykisk helsevern vil utgjøre 500-600 personer, noe som utgjør nesten en dobling fra dagens antall. En så stor vekst på kort tid vil sannsynligvis fortrenge behandlingstilbud til andre pasientgrupper, dersom man ikke øker kapasiteten både i psykisk helsevern generelt og i sikkerhetspsykiatrien spesielt. Utfordringer i spesialisthelsetjenesten med å håndtere denne økningen, tilsier at det er behov for å prioritere dette området og et sentralt tiltak for å møte dette behovet er etablering av overgangsboliger og sikkerhetsboliger. Behov for tiltak er utredet og forankret i *Overordnet plan for sikkerhetspsykiatri* som er behandlet av styrene i de regionale helseforetakene.

De regionale helseforetakene oppdaterer framskrivningen for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i løpet av 2026. I oppdraget om døgnkapasitet er det bedt om at analysene beskriver det totale behovet i regionen for døgnkapasitet for barn, unge og voksne, inkludert behovet for ulike typer sikkerhets- og overgangsboliger og nye former for døgntilbud i samarbeid mellom helseforetak og kommuner. Målet er å bidra til å redusere uønsket geografisk variasjon og styrke behandlingstilbudet til pasientgrupper med behov for behandling i spesialisthelsetjenesten. Det foreslås 70 mill. kroner til økt døgnkapasitet i psykisk helsevern, herunder etablering av døgnkapasitet for barn og unge med rusmiddelproblemer og for personer med spiseforstyrrelser. Midlene fordeles til de regionale helseforetakene basert på fordelingsnøkkel for basisbevilgning:

- 38,3 mill. kroner til Helse Sør-Øst RHF
- 13,4 mill. kroner til Helse Vest RHF
- 9,9 mill. kroner til Helse Midt-Norge RHF
- 8,4 mill. kroner til Helse Nord RHF

Spesialisert rusbehandling for barn og unge

Barn og unge med rusmiddelproblemer skal ha tilgang til et tilgjengelig, trygt og faglig godt behandlingstilbud i spesialisthelsetjenesten. Med behandlingen av i Prop. 83 L (2024–2025) *Endringer i barnevernsloven mv. (kvalitetsløftet i barnevernet)*, ga Stortinget tilslutning til å overføre ansvaret for spesialisert rusbehandling fra barnevernet til spesialisthelsetjenesten. Helse- og omsorgsdepartementet har derfor i oppdragsdokumentet for 2025 bedt de regionale helseforetakene om å utarbeide og iverksette en nasjonal plan for behandlingstilbudet til denne målgruppen.

De regionale helseforetakene har utarbeidet en nasjonal plan for utbygging av tjenestetilbudet for alle barn og unge med rusmiddelproblemer. Planen skal styrke kvaliteten og sammenhengen i tjenestene, tydeliggjøre ansvarsforhold i spesialisthelsetjenesten og redusere dagens mangler i utredning og behandling. Den nasjonale planen ble styrebehandlet i alle de fire helseregionene i april 2026 og har administrative, økonomiske og personellmessige konsekvenser for spesialisthelsetjenesten som må følges opp de neste årene.

Plan for iverksettelse legger opp til en gradvis oppbygging av tilbudene i spesialisthelsetjenesten. Et sentralt mål med reformen er at barn og unge, sammen med sine pårørende, får nødvendig, rettmessig og helhetlig helsehjelp. Tilbudet skal bidra til bedre helse, økt mestring og bedre livskvalitet for barn og unge med rusmiddelproblemer. Målgruppen er barn og unge under 18 år med rusmiddelproblemer som trenger hjelp fra spesialisthelsetjenesten. Gruppen har ofte sammensatte utfordringer med samtidige traumer, psykiske vansker, nevroutviklingsforstyrrelser og relasjonsproblematikk. I rapporten anbefales det at hovedansvaret for behandling av målgruppen legges til psykisk helsevern for barn og unge (PHBU). For å sørge for et helhetlig og forsvarlig tilbud må det etableres forpliktende samarbeid mellom PHBU og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). TSB skal inngå i pasientforløpene og ivareta ansvar der dette er hensiktsmessig. TSB må ha tilstrekkelig kompetanse og kapasitet, og gjøres tilgjengelig for barn og unge med rusmiddelproblemer som følges opp i PHBU.

Oppbygging av tilbudet vil ta utgangspunkt i eksisterende kompetansemiljøer i PHBU og TSB. Den regionale og lokale tjenesteutviklingen skal prioritere tiltak som best ivaretar målgruppens behov. I tråd med etablert praksis i PHBU vil det være mulig å følge enkelte unge opp til 23 år. I rapporten anslås det at det finnes litt over 7 000 barn og unge med rusmiddelproblemer i Norge. Av disse estimeres det at 35 pst. (om lag 2 500) vil motta behandling i spesialisthelsetjenesten. I dag behandles det om lag 800 pasienter i spesialisthelsetjenesten, og det nye tilbudet vil omfatte ytterligere om lag 1 700 pasienter. Tilbudene skal omfatte poliklinikk, ambulant/arenafleksibelt tilbud og døgnbehandling inkludert avrusning.

Det foreslås 50 mill. kroner til etablering av tilbud om spesialisert rusbehandling for barn og unge. Satsingen kommer i tillegg til etablering av døgntilbud til barn og unge med rusmiddelproblemer, som er nærmere beskrevet under *døgnkapasitet i psykisk helsevern*. Midlene fordeles til de regionale helseforetakene basert på fordelingsnøkkel for basisbevilgning:

- 27,3 mill. kroner til Helse Sør-Øst RHF
- 9,6 mill. kroner til Helse Vest RHF
- 7,1 mill. kroner til Helse Midt-Norge RHF
- 6,0 mill. kroner til Helse Nord RHF

Beredskap og tilfluktsrom

Basisbevilgningen økes med 60 mill. kroner knyttet til økte beredskapsbehov i sektoren inkl. tilfluktsrom ifm. nybygg på Sykehuset Østfold og Rikshospitalet ved Oslo universitetssykehus. Det vises til omtale under kap. 732, post 82 Investeringslån. Midlene fordeles i tråd med fordelingsnøkkelen for basisbevilgningen som følger:

– 32,8 mill. kroner til Helse Sør-Øst RHF
– 11,5 mill. kroner til Helse Vest RHF
– 8,5 mill. kroner til Helse Midt-Norge RHF
– 7,2 mill. kroner til Helse Nord RHF

Egenandelsfritak for 16-17- åringer

Det foreslås å øke postene med 5 mill. kroner som følge av helårsvirkningen av at aldersgrensen for betaling av egenandeler er økt fra 16 til 18 år. Økningen skyldes at de regionale helseforetakene kompenseres for egenandelsfritaket i forbindelse med egenandeler for pasientreiser. Midlene fordeles til de regionale helseforetakene basert på fordelingsnøkkel for basisbevilgning:

– 2,7 mill. kroner til Helse Sør-Øst RHF
– 1 mill. kroner til Helse Vest RHF
– 0,7 mill. kroner til Helse Midt-Norge RHF
– 0,6 mill. kroner til Helse Nord RHF

Endret ISF-sats

ISF-satsen for somatisk pasientbehandling foreslås økt fra 30 til 40 pst. Dette innebærer en flytting tilsvarende 10 545,5 mill. kroner fra kap. 732, post 72-75 til post 76.

ISF-satsen for poliklinisk psykisk helsevern og rusbehandling foreslås økt fra 25 til 30 pst. Dette innebærer en flytting tilsvarende 510,1 mill. kroner fra kap. 732, post 72-75 til post 76.

Inkludering av enkelte legemidler i ISF-ordningen

Det foreslås å inkludere enkelte legemidler som i dag fullt ut er bevilget på kap. 732, post 72-75, i innsatsstyrt finansiering fra 2027. Det flyttes 164,3 mill. kroner til kap. 732, post 76. Det vises til nærmere omtale på kap. 732, post 76.

Besøksbidrag

Det flyttes 2 mill. kroner fra kap. 2421, post 74, til kap. 732, post 72-75 i forbindelse med at kommunene fra 2027 kan kreve besøksbidrag. Pengene skal dekke opp for helseforetakenes økte utgifter til utbetaling av overnattingsgodtgjørelse i tråd med pasientreiseforskriften. Midlene fordeles til de regionale helseforetakene basert på fordelingsnøkkel for basisbevilgning:

– 1,090 mill. kroner til Helse Sør-Øst RHF
– 0,385 mill. kroner til Helse Vest RHF
– 0,285 mill. kroner til Helse Midt-Norge RHF
– 0,240 mill. kroner til Helse Nord RHF.

Flytting av kompetansesentre

Ved behandlingen av statsbudsjettet for 2026 ble det besluttet å samle åtte navngitte kompetansesentre i en ny virksomhet underlagt Helsedirektoratet. Den nye virksomheten skal være operativ fra 1. januar 2027. Disse åtte sentrene har vært underlagt de regionale helseforetakene. De regionale helseforetakene har i dag kostnader til overhead (drift av IKT systemer m.m.) som leveres til sentrene. Det foreslås å flytte 4 mill. kroner fra de regionale helseforetakenes basisbevilgninger til kap. 740 Helsedirektoratet med følgende fordeling:

– 2,2 mill. kroner fra kap. 732, post 72
– 0,8 mill. kroner fra kap. 732, post 73
– 0,5 mill. kroner fra kap. 732, post 74
– 0,5 mill. kroner fra kap. 732, post 75

Helseteam i barnevernet

For å styrke tilgang til helsehjelp for barn i barnevernsinstitusjoner, fikk de regionale helseforetakene i 2026 i oppdrag å sørge for at det er etablert helseteam tilknyttet alle barnevernsinstitusjoner. Helseteam ble foreslått i NOU 2023: 24 *Med barnet hele vegen,* varslet i regjeringens strategi for barnevernets institusjonstilbud og fikk tilslutning ved Stortingets behandling av Prop. 83 L (2024–2025) *Endringer i barnevernsloven mv. (kvalitetsløftet i barnevernet)*.

Alle regioner har igangsatt arbeidet med tilbud om helseteam, og rapport med oversikt over slike team vil foreligge innen 31. desember 2026. Helsedirektoratet har, i samarbeid med Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet og de regionale helseforetakene, fått i oppdrag å utarbeide nasjonale faglige anbefalinger om helseteam.

Det ble i 2026 bevilget 56 mill. kroner til formålet, hvorav 40 mill. kroner som del av opptrappingsplan for psykisk helse over kap. 732, post 72-75. De resterende 16 mill. kroner ble tildelt over kap. 732 post 70 med likelydende beløp til Helse Sør-Øst RHF og Helse Nord RHF etter avslutning av forsøk med helsepersonell ved barnevernsinstitusjoner i de to regionene. For å sørge for at alle barn i barnevernsinstitusjoner får tilgang på helsehjelp gjennom helseteam, foreslås det å videreføre samlet ramme med 57 mill. kroner. Av rammen tildeles 17 mill. kroner over kap. 732, post 70 til Helse Sør-Øst RHF og Helse Nord RHF.

Ultralydutdanning for jordmødre

I behandlingen av revidert nasjonalbudsjett har Stortinget fattet følgende anmodningsvedtak:

Stortinget ber regjeringen sørge for at dagens ultralydutdanning for jordmødre videreføres med fortsatt akademisk forankring og kvalitet på dagens nivå, innenfor en modell som sikrer større grad av sambruk av kompetanse og utstyr mellom universitets- og sykehusmiljøet og at utdanningskapasiteten ikke reduseres i overgangsperioden.

I anmodningsvedtak er Helse Midt-Norge RHF bedt om å sørge for at utdanningen av jordmødre i ultralyd videreføres med fortsatt akademisk forankring.

Dette innebærer at oppdrag av 4. juli 2025 om utdanningstilbud i ultralyd for jordmødre skal stilles i bero. I dette oppdraget ble Helse Midt-Norge bedt om å utrede en varig løsning for videreføring av et utdanningstilbud i ultralyd for jordmødre. Utredningen skulle vurdere intern utdanning, samarbeid med utdanningssektoren eller overføring til UH-sektoren. Tiltaket måtte være faglig og økonomisk bærekraftig, vurdere egenandel, og utarbeides i samarbeid med de regionale samarbeidsorganene mellom regionale helseforetak og universitets- og høgskolesektoren.

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 2026 til 2027. 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. I tillegg vil forslaget om endret ISF-andel påvirke inntektsmodellen. Fordelingsnøkkelen for fordeling av basisbevilgning mellom de regionale helseforetakene i 2027 fremgår av tabell 4.1.

Tabell 4.1 Fordelingsnøkkel basisbevilgning 2026 og 2027

	2026	2027
Helse Sør-Øst RHF	0,5465	0,5461
Helse Vest RHF	0,1920	0,1911
Helse Midt-Norge RHF	0,1417	0,1418
Helse Nord RHF	0,1198	0,1210
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 90 290 mill. kroner i 2027.

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 31 603 mill. kroner i 2027.

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 23 440 mill. kroner i 2027.

Post 75 Basisbevilgning Helse Nord RHF

Bevilgningen er en grunnfinansiering for å sette Helse Nord RHF i stand til å utføre sin virksomhet og realisere sitt sørge for-ansvar slik dette er fastsatt i lover og helsepolitiske mål og rammer. Det foreslås bevilget 20 003 mill. kroner i 2027.

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 1, og generell pris- og lønnsjustering:

- Det foreslås å øke ISF-satsen for somatisk pasientbehandling til 40 pst. og å øke ISF-satsen for poliklinisk psykisk helsevern og rusbehandling til 30 pst. I denne anledning flyttes 11 055,7 mill. kroner fra kap. 732, post 72-75 til posten.
- Det flyttes 164,3 mill. kroner til posten fra de regionale helseforetakenes basisbevilgninger for å inkludere flere legemidler i ordningen.
- I forbindelse med gjennomføring av en nasjonal prøveordning med henvisningsrett til BUP for helsesykepleiere, flyttes det 5,1 mill. kroner til posten fra kap. 760, post 71.

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 omfatter også digitale helsetjenester og samarbeidsaktiviteter, dvs. tiltak som understøtter samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.

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 behandlingen, 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. I budsjettforslaget for 2027 foreslås det å øke ISF-andelen fra 30 til 40 pst. innenfor somatisk pasientbehandling. Det foreslås videre å øke ISF-satsen for poliklinisk psykisk helsevern og rusbehandling fra 25 til 30 pst. ISF-andelen innebærer at refusjonene i gjennomsnitt er ment å dekke den aktuelle andelen av driftskostnadene knyttet til aktiviteten. De øvrige kostnadene skal dekkes av basisbevilgningene til de regionale helseforetakene, jf. kap. 732, postene 72–75.

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-refusjonen på dette områdne inkluderer et poengtillegg knyttet til refusjon av egenandeler for pasienter under

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 985 diagnoserelaterte grupper i 2025, 64 særtjenestegrupper og 10 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.
- Kostnadsvekst.
- 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 rapportert 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.

26 år. For 2027 foreslås ISF-andelen for disse tjenesteområdet å øke fra 25 til 30 pst. ISF for poliklinisk psykisk helsevern og TSB vil også i 2027 holdes atskilt fra den øvrige delen (somatikk), ved at det blir forskjellige enhetspriser for de to delene av systemet.

Resultat 2025

Saldert budsjett for 2025 la til rette for en aktivitetsvekst på om lag 1,8 pst. over anslått aktivitetsnivå i 2024 per 1. tertial 2024.

Faktisk aktivitet i 2024 og oppdaterte analyser for årsaktiviteten i 2025 gjør at aktivitetsveksten i 2025 nå anslås til 2,5 pst. fra det som ble det faktiske aktivitetsnivået i 2024.

Helse- og omsorgsdepartementet vil komme tilbake til endelig avregning for 2025 i nysalderingen av statsbudsjettet for 2026, inkludert eventuelle justeringer som følge av behandling av enkeltsaker i avregningsutvalget.

Status 2026

Saldert budsjett for 2026 la til rette for et aktivitetsnivå tilsvarende 1,7 pst. over anslått nivå 2025 per 1. tertial 2025.

Prognosen for 2026 basert på aktivitetstall per første tertial 2026 og korrigert for faktisk vekst i 2025, indikerer et faktisk rom for vekst på 1,2 pst. i 2026 sammenlignet med aktivitetsnivået 2025. Helse- og omsorgsdepartementet vil komme tilbake til bevilgningsmessige konsekvenser av anslått aktivitet i 2026 i nysalderingen av statsbudsjettet for 2026 etter at ny informasjon om aktivitet for første og andre tertial 2026 foreligger.

Budsjettforslag 2027

Det foreslås å øke ISF-satsen for somatisk pasientbehandling fra 30 til 40 pst. og å øke ISF-satsen for poliklinisk helsevern og rusbehandling fra 25 til 30 pst. Opplegget gjøres budsjettnøytralt ved at det flyttes midler fra de regionale helseforetakenes basisbevilgninger kap. 732, post 72-75, til kap. 732, post 76. Forslaget innebærer samlet at det flyttes 11 055,7 mill. kroner til posten. Satsendringen må ses i sammenheng med øvrige tiltak som skal underbygge regjeringens arbeid knyttet til ventetider i den offentlige spesialisthelsetjenesten, jf. Ventetidsløftet. Det vises også til omtale av omleggingen av ordningen med resultatbasert finansiering på kap. 732, post 71.

Finansieringsansvaret for flere legemiddelgrupper ble overført fra folketrygden til de regionale helseforetakene i 2019 (bl.a. myelomatose og symptomlindring for MS), i 2025 (parenteral ernæring og intravenøs behandling av infeksjoner og tuberkulose) og i 2026 (enkelte legemidler ved Parkinsons sykdom og legemidler til forebygging av alvorlige nedre luftveisinfeksjoner forårsaket av RS-virus hos barn). Det foreslås å inkludere disse legemidlene i innsatsstyrt finansiering fra 2027, og i denne anledning flyttes det 164,3 mill. kroner til posten.

I forbindelse med gjennomføring av en nasjonal prøveordning med henvisningsrett til BUP for helsesykepleiere, flyttes det 5,1 mill. kroner til posten fra kap. 760, post 71.

For 2027 foreslås det etter dette bevilget 46 550,8 mill. kroner til innsatsstyrt finansiering. Budsjettet legger til rette for et aktivitetsnivå i 2027 som ligger om lag 1,2 pst. høyere enn anslått nivå for 2026.

Enhetsprisen for somatiske fagområder settes til 57 654 kroner. Enhetsprisen for poliklinisk psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling settes til 4 911 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. utilsiktet endring i kodepraksis følges opp 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 2027 foreslås det bevilget 4 876 mill. kroner, tilsvarende en vekst på 1,2 pst. utover anslag for aktivitetsnivået i 2026 basert på regnskapstall per juli 2026 for laboratorievirksomhet og per mai 2026 for radiologisk virksomhet og refusjon av egenandeler.

Det foreslås følgende endringer på posten:

- Å øke bevilgningen med 40 mill. kroner som følge av økt aldersgrense for fritak fra betaling av egenandeler fra 16 til 18 år.
- Videreføring av 7 prosent reduksjon av laboratorierefusjonene som ble vedtatt gjennom Stortingets behandling av Prop. 96 S (2025–2026).

De aktivitetsbaserte refusjonene for laboratorie- og radiologitjenester underreguleres med 24,2 mill. kroner, fordelt på 19 mill. kroner for laboratorierefusjoner og 5,2 mill. kroner for radiologirefusjoner utover øvrige budsjettiltak. I tillegg til dette videreføres tiltak om reduksjon på 7 prosent av laboratorierefusjoner vedtatt i forbindelse med behandlingen av Prop. 96 S (2025–2026) svarende til en helårsvirkning på 280 mill. kroner.

Status 2026

Refusjonene til laboratorie- og radiologitjenester ble underregulert med 39 mill. kroner tilsvarende 1 pst. sammenlignet med forventet lønns- og prisvekst. Det ble flyttet 108 mill. kroner fra posten til de regionale helseforetakenes basisbevilgninger som følge av at refusjonene til laboratorieanalyser var vurdert å være for høye. I tillegg til dette ble tiltak om underregulering av laboratorieanalyser som ble vedtatt i forbindelse med behandlingen av revidert nasjonalbudsjett for 2025 videreført, svarende til en helårsvirkning på 40 mill. kroner. Bevilgningen ble økt 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.

Saldert budsjett for 2026 la til rette for en aktivitetsvekst på 1,8 pst. utover anslag for aktivitetsnivået i 2025 basert på regnskapstall per mai 2025 for radiologisk virksomhet og refusjon av egenandeler og per juli 2025 for laboratorievirksomhet. Basert på regnskapstall per juli 2026 for laboratorievirksomhet og per mai 2026 for radiologisk virksomhet og refusjon av egenandeler er samlede utbetalinger i 2026 anslått til å bli 4 950 mill. kroner. Anslaget er usikkert. Den sterke veksten som ble observert på laboratorieområdet i 2024

og 2025 har avtatt. Volumveksten på laboratorieområdet fra 2025 til 2026 anslås til 0 pst.

Gjennom behandlingen av Prop. 1 S (2025–2026) ble bevilgningen på posten redusert i forbindelse med forslag om å avvikle laboratorierefusjon fra 1. mai 2026 når rekvirenten var fullt ut privat finansiert. I Prop. 50 L (2025–2026) orienterte Helse og omsorgsdepartementet om at endringen ikke skulle gjennomføres fra 1. mai 2026. I denne forbindelse ble laboratorierefusjonene nedjustert med 7 pst. fra 1. juli 2026, jf. Prop. 96 S (2025–2026).

Post 78 Forskning

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

- Det foreslås å redusere bevilgningen med 348,2 mill. kroner som følge av flytting av midlene til Nasjonalt senter for sjeldne diagnoser i Helse Sør-Øst RHF og Nasjonal kompetansetjeneste for døvblinde i Helse Nord RHF til kap. 732, post 70. Post 78 endrer på denne bakgrunn navn fra Forskning og nasjonale kompetansetjenester mv. til Forskning.

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 pasientbehandling 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. Øremerket satsing på klinisk behandlingsforskning på rusfeltet, herunder 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.

Resultat 2025

Tilskudd til forskning utgjorde 972,5 mill. kroner i 2025.

Status 2026

Tilskudd til forskning i helseregionene var i saldert budsjett for 2026 på 1 006,4 mill. kroner. Dette inkluderte 206,8 mill. kroner til program for klinisk behandlingsforskning (KLINBEFORSK) og 35 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. Nasjonalt vitenarkiv brukes for rapportering av vitenskapelige publikasjoner. Alle enheter i departementets nasjonale målesystem for forskning skal rapportere publikasjoner til Nasjonalt vitenarkiv. 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 4.2 viser fordelingen av forskningspoeng i regionale helseforetak. For utdypende omtale av forskningsaktivitet og resultater for 2024, se del III, kap. 5 Spesialisthelsetjenesten.

Tabell 4.2 Gjennomsnittlig treårig beregning av forskningspoeng i regionale helseforetak

Prosentfordeling	2023–2025	2022–2024	2021–2023
Helse Sør-Øst RHF	63,60	63,58	63,24
Helse Vest RHF	19,00	18,90	19,09
Helse Midt-Norge RHF	11,18	10,87	10,64
Helse Nord RHF	6,22	6,66	7,03

Mål 2027

Det foreslås et tilskudd på 1 043,6 mill. kroner til forskning i 2027. Dette inkluderer 232,2 mill. kroner til program for klinisk behandlingsforskning i spesialisthelsetjenesten (KLINBEFORSK) og 36,4 mill. kroner til NorTrials.

Av tilskuddet til KLINBEFORSK fordeles 214,4 mill. kroner til Helse Sør-Øst RHF, som håndterer midlene i samråd med og på vegne av de øvrige tre regionale helseforetakene. De resterende 17,8 mill. kronene utgjøres av tildelingen til forsøk med medikamentell behandling for avhengighet til benzodiazepiner og sentralstimulerende midler. KLINBEFORSK anvendes til rapportering og oppfølging av de nasjonale kliniske behandlingsstudiene som inngår i oppdraget. Disse 17,8 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 4.3 Fordelingen av tilskudd til forskning i spesialisthelsetjenesten

	Basis (30 %)	Resultat (70 %)	Sum
Helse Sør-Øst RHF	58 124 761,55	345 028 584,57	403 153 346,12
Helse Vest RHF	58 124 761,55	103 074 577,15	161 199 338,70
Helse Midt-Norge RHF	58 124 761,55	60 651 251,19	118 776 012,74
Helse Nord RHF	58 124 761,55	33 743 361,57	91 868 123,12

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 2027 bevilges på posten. Det foreslås at 146 mill. kroner av økningen bevilges på kap. 732, post 80, jf. omtale under kap. 732, postene 72–75. Samlet foreslås det en bevilgning på 12 056 mill. kroner på posten i 2027.

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 2025

I 2025 ble det bevilget 6 420,2 mill. kroner i investeringslån til de regionale helseforetakene. Alle helseregioner hadde da investeringsprosjekter innenfor låneordningen.

Tabell 4.4 Oversikt over totalt låneopptak per 31. desember 2025 fordelt på de regionale helseforetakene (mill. kroner)

	Lånesaldo per 31.12.24	Låneopptak 2025	Påløpte byggelånsrenter 2025 jf. kap. 732, post 83	Innbetalte avdrag 2025 jf. kap. 3732, post 85, og 90	Lånesaldo per 31.12.25
Helse Sør-Øst RHF	29 563,9	5 606,0	861,7	775,6	35 255,8
Helse Vest RHF	17 608,3	424,9	496,2	294,9	18 234,7
Helse Midt-Norge RHF	8 267,7	389,3	122,0	403,3	8 375,7
Helse Nord RHF	7 034,6	0	0	318,8	6 715,7
Sum	62 474,3	6 420,2	1 479,90	1 792,5	68 581,90

Budsjett 2026

Saldert budsjett 2026 er på 6 992,5 mill. kroner og er knyttet til lånerammer for gjennomføring av 15 sykehusprosjekter. Fire av prosjektene får siste års bevilgning i 2026. Dette er lån til nye bygg til psykisk helsevern ved Akershus universitetssykehus, lån til utbygging og modernisering av Haugesund sjukehus trinn 2, samt to lån til Oslo universitetssykehus knyttet til Regional sikkerhetsavdeling og etappe 2 av sikkerhetspsykiatrien. Tre store nye akuttsykehus ble tatt i bruk i 2025. Det er nytt sykehus i Drammen, nytt universitetssykehus i Stavanger og nytt sykehus Nordmøre og Romsdal på Hjelset.

Budsjettforslag 2027

Det foreslås en lånebevilgning på 8,7 mrd. kroner i 2027. Det foreslås å gi låneramme til ett nytt prosjekt. Det gjelder lån til utbygging av Senter for psykisk helse ved St. Olavs hospital, som skal skje i samarbeid med NTNU.

Helse Vest RHF har fremmet søknad om investeringslån til utbygging av undervisningslokaler for medisinstudenter fra Universitetet i Bergen ved Helse Førde HF til statsbudsjettet for 2027. Behovet for utbyggingen er regjeringens beslutning høsten 2024 om å opprette 20 nye studieplasser til Vestlandslegen. De første Vestlandslegestudentene som skal til Førde, kommer høsten 2028. For å kunne ta imot studentene er det behov for å tilrettelegge for nødvendige undervisningsarealer ved sykehuset. Det var søkt om en samlet låneramme på 26 mill. kroner med ønsket utbetaling av hele lånet i 2027. Det gis ikke lån til prosjektet.

Helse Sør-Øst vurderer å bygge tilfluktsrom under nybygg på Sykehuset Østfold og Rikshospitalet ved Oslo universitetssykehus. Dette er beslutninger som må tas før høring av forskrift om tilfluktssteder er behandlet. Det kan søkes om økt låneramme knyttet til beredskapsbehov ifbm. disse pågående utbyggingene og regjeringen vil komme tilbake til saken i Revidert nasjonalbudsjett 2027. Det vises for øvrig til at basisbevilgningen er økt for å ivareta dette behovet.

Utbygging av Senter for psykisk helse

Det foreslås en lånebevilgning til Helse Midt-Norge RHF på 145 mill. kroner i 2027 og en samlet låneramme på 2 646 mill. kroner (prisnivå per 1.juli 2026) til utbygging av Senter for psykisk helse ved St. Olavs hospital. Senteret er et samarbeid med NTNU og realiseres innenfor helseforetakenes prosjektmodell.

Senter for psykisk helse er siste gjenstående del av det integrerte universitetssykehuset i Trondheim, og er planlagt å inneholde arealer både for forskning, utdanning og klinisk virksomhet. Det er lagt opp til tett integrasjon mellom sykehus og NTNU, sambruk av areal, generalitet, fleksibilitet og tilrettelegging for ny teknologi. Senter for psykisk helse innebærer samling av aktivitet som i dag er spredt på i hovedsak eldre og uhensiktsmessig bygningsmasse. Se også Prop. 1 S (2026–2027) for Kunnskapsdepartementet.

Tabell 4.5 Investeringslån 2025–2027

Prosjekt	Låneramme	Regnskap 2025	Bevilgning 2026	Gjenstående låneramme etter utbetaling i 2026 (kroneverdi 1.7.2026)	Forslag 2027
Utbygging Senter for psykisk helse	2 646 mill. kr (pr.1.7.26)			2 646	145
Sunnaas	551 mill. kr (pr.1.7.25)		40,0	537,5	136,8
Stråle- og somatikkbygg, Sykehuset Østfold	4 043 mill. kr (pr.1.7.25)		130,0	4114,3	416,2
Somatikkbygg Ahus	1 591 mill. kr (pr.1.7.25)		90,0	1578,6	400,9
Nybygg og ombygning ved Åsgård, UNN	2 119 mill. kroner (pr.1.7.25)		50,0	2175,3	281,9

Tabell 4.5 Investeringslån 2025–2027

Prosjekt	Låneramme	Regnskap 2025	Bevilgning 2026	Gjenstående låneramme etter utbetaling i 2026 (kroneverdi 1.7.2026)	Forslag 2027
Videreutvikling Sykehuset Innlandet HF – Nytt Mjøssykehus	18 009 mill. kroner (pr.1.7.25)		270,0	18 648,9	711,0
Akuttbygg Kristiansand, Sørlandet sykehus	1 623 mill. kr (pr 1.7.24)	7,0	473,4	1 279,4	567,9
Fase 1 av byggetrinn 2 ved nye Stavanger universitetssjukehus	1 405 mill. kr (pr 1.7.24)	20,0	20,0	1 498,9	436,40
Ombygging av Årstadhuset ved Haukeland universitetssjukehus	611 mill. kr (pr 1.7.24)	53,0	169,9	435,6	57,40
Oppgradering og nybygg Ålesund sjukehus	881 mill. kr (pr. 1.7.23)	389,3	341,9	90,0	90,0
Etappe 2 ny sikkerhetspsykiatri OUS	375 mill. kr (pr. 1.7.23)	279,5	107,2	0	
Telemark, Skien – strålebygg/somatikk	928 mill. 2022-kr	159,5	103,6	427,7	155,6
Utbygging og modernisering av Haugesund sjukehus – byggetrinn 2	722 mill. 2022-kr	285,5	102,1	0	
Ahus – psykisk helsevern	695 mill. 2022-kr	136,9	64,6	0	
E-bygget Stavanger	1 295 mill. 2021-kr			0	
Regional sikkerhetsavdeling OUS	830 mill. 2021-kr	261,8	99,5	0	
Nye Oslo universitetssykehus	29 073 mill. 2020-kr	3 913,7	4930,3	24 146,8	5 349,5
Protonsenter Haukeland	907 mill. 2018-kr	66,4		0	
Nytt sykehus i Drammen	8 460 mill. 2017-kr	847,6		0	
Sum		6 420,2	6 992,5	57 580,0	8 748,6

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 2025 utgjorde byggelånsrenter på posten 1 480 mill. kroner. Det er flere store byggeprosjekter som ble ferdig i 2025 og 2026, og anslag for byggelånsrenter i 2027 utgjør 901 mill. kroner.

Kap. 3732 Regionale helseforetak

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2025	Saldert budsjett 2026	Forslag 2027
80	Renter på investeringslån	1 076 210	2 110 000	2 140 000
85	Avdrag på investeringslån f.o.m. 2008	1 288 208	1 992 000	2 119 000
86	Driftskreditter	9 857 000		9 358 000
87	Avdrag på tilskudd til Helseplattformen	47 367	3 000	3 000
90	Avdrag på investeringslån t.o.m. 2007	504 324	426 600	308 500
	Sum kap. 3732	12 773 109	4 531 600	13 928 500

Post 80 Renter på investeringslån

Bevilgningen dekker innbetalinger fra de regionale helseforetakene knyttet til renter av investeringslån som er omgjort til langsiktige lån. I 2025 innbetalte de regionale helseforetakene samlet 1 076 mill. kroner i renter på de langsiktige lånene. Anslag for innbetaling av renter på investeringslån i 2027 er på 2 140 mill. kroner.

Tabell 4.6 Oversikt over innbetalte renter i 2025 fordelt på regionale helseforetak (mill. kroner)

Helse Sør-Øst RHF	349,8
Helse Vest RHF	244,8
Helse Midt-Norge RHF	236,7
Helse Nord RHF	244,9
Sum	1 076,2

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 2025 innbetalte de regionale helseforetakene samlet 1 792,5 mill. kroner i avdrag på sine investeringslån. Se tabell under kap. 732, post 82 for fordeling av avdrag per regionalt helseforetak.

Post 85 Avdrag på investeringslån f.o.m. 2008

Bevilgningen dekker avdragsinnbetalinger fra de regionale helseforetakene på lån tatt opp etter 2008. I 2025 utgjorde avdrag på denne posten 1 288,2 mill. kroner. Anslag for avdrag i 2027 er på 2 119 mill. kroner.

Post 86 Driftskreditter

Bevilgningen på posten benyttes til å håndtere helseforetakenes likviditetsbehov som følge av at de statlige inntekstbevilgningene dekker regnskapsførte pensjonskostnader og ikke helseforetakenes faktiske betalbare pensjonspremier. Med ny modell for beregning av helseforetakenes pensjonskostnader, håndtering av overgangsordning fra gammel modell bruk av 10 mrd. kroner fra premiefond til betaling av pensjonspremier og, aktuelle forutsetninger og anslag for 2026, foreslås det en bevilgningsreduksjon på 9 358 mill. kroner i helseforetakenes driftskredittrammer i 2027. Dette innebærer at de regionale helseforetakenes rentebærende driftskreditt reduseres fra anslagsvis 18 073 ved inngangen av 2027 til anslagsvis 8 715 mill. kroner ved utgangen av 2027. Det vises til mer detaljert omtale nedenfor.

De regionale helseforetakene har innenfor rammer fastsatt av Stortinget adgang til å ha driftskreditter i Norges Bank. Denne adgangen er gitt for at de regionale helseforetakene til enhver tid skal ha til strekkelig likviditet til å håndtere betalbare pensjonspremier. 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 betalbare pensjonspremier er høyere enn pensjonskostnaden som er dekket gjennom inntektsbevilgningen, blir nødvendig likviditet tilført gjennom økt tillat bruk av driftskreditt. Der-

som betalbare pensjonspremier er lavere enn pensjonskostnaden, blir overskuddslikviditet trukket inn gjennom tilsvarende krav til nedbetaling av driftskreditt. Hvis 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 2025

I forbindelse med Revidert nasjonalbudsjett 2025 ble det vedtatt å endre helseforetakslovens §43 slik at Helse- og omsorgsdepartementet kan fastsette egne regler for regnskapsføring av pensjon i helseforetakene. Det vises til Prop. 145 LS (2024–2025). Gjennom Stortingets behandling av Prop. 20 S (2025–2026) *Endringar i statsbudsjettet 2025 under Helse- og omsorgsdepartementet* ble det formidlet at forskrift med regler som kan utfylle eller fravike bestemmelsene i regnskapsloven skulle legges frem i forbindelse med Revidert nasjonalbudsjett 2026. Håndteringen av helseforetakenes pensjonskostnader for 2025 ble følgelig basert på ordinære regler etter regnskapsloven og i tråd med modellen etablert gjennom Stortingets behandling av St.prp. nr. 1 (2008–2009).

Helseforetakenes samlede pensjonskostnader for 2025 på 30 905 mill. kroner inkludert regnskapsmessige engangseffekter som følge av Stortingets vedtak om ny offentlig avtalefestet pensjon (AFP) og nye pensjonsregler for ansatte med særaldersgrenser, ble dekket gjennom bevilget basisramme. Regelendringene for særaldersgrenser var kostnadsreduserende mens ny offentlig AFP er en klart dyrere ordning enn tidligere AFP. Betalbare pensjonspremier ble på 29 720 mill. kroner inkludert arbeidsgiveravgift. Helseforetakene ble gitt anledning til å benytte 7 600 mill. kroner fra premiefond til betaling av premie. Ettersom det ikke betales arbeidsgiveravgift av premie dekket gjennom premiefond, ble likviditetsbehovet redusert med ytterligere 1 072 mill. kroner. I sum ga denne håndteringen et likviditetsoverskudd på 9 857 mill. kroner og helseforetakenes driftskredittrammer ble derfor satt ned fra 25 243 mill. kroner ved inngangen til 2025 til 15 386 mill. kroner ved utgangen av 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. Ved inngangen til 2025 hadde flere av disse virksomhetene hatt en samlet kostnadsøkning som var større enn den positive resultateffekten fra 2014. Som følge av Stortingets vedtak om ny offentlig avtalefestet pensjon (AFP) og nye pensjonsregler for ansatte med særaldersgrenser, fikk disse virksomhetene en betydelig kostnadsøkning som regnskapsmessig ble tatt som en engangseffekt i 2025. Samlede pensjonskostnader for 2025 for disse virksomhetene inklusive engangseffektene viste 1 752 mill. kroner mens det ble anslått at 885 mill. kroner var dekket gjennom ordinær basisramme til de regionale helseforetakene. På denne bakgrunnen ble basisrammen til Helse Sør-Øst RHF og Helse Vest RHF økt med 867 mill. kroner slik at regnskapsmessige pensjonskostnader for 2025 hos disse ideelle avtalepartene kunne dekkes. Med den budsjettmessige håndteringen av disse virksomhetene i 2025, ble det lagt til grunn at praksisen med avregning mot den positive effekten fra 2014 opphører.

Håndtering av pensjonskostnader og -premier 2026

Ved inngangen til 2026 hadde de regionale helseforetakene en samlet driftskredittramme på 15 386 mill. kroner. I Saldert budsjett 2026 ble driftskredittrammen foreslått økt med 2 318 mill. kroner. Gjennom Stortingets behandling av Prop. 96 S (2025–2026) *Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet 2026* ble driftskredittrammen til de regionale helseforetakene økt med ytterligere 369 mill. kroner. Dette ga en samlet driftskredittramme for de regionale helseforetakene ved utgangen av 2026 på 18 073 mill. kroner.

Som følge av pågående forskriftsarbeid for nye regler for regnskapsføring av helseforetakenes pensjonskostnader, ble anslaget for pensjonskostnader for 2026 utarbeidet med utgangspunkt i endelige kostnadsberegninger for 2024, justert for lønnsoppgjør og antatt kostnadsøkning som følge av ny offentlig AFP og nye pensjonsregler for ansatte i stillinger med særaldersgrenser. Dette ga en anslått pensjonskostnad for 2026 på 22 000 mill. kroner inkl. arbeidsgiveravgift som ble lagt til grunn for helseforetakenes inntektsbevilgninger Prop. 1 S (2025–2026). Det ble videre lagt til grunn anslåtte betalbare pensjonspremier på 26 600 mill. kroner inkl. arbeidsgiveravgift

basert på en lønnsvekstforutsetning på 4 pst., noe som ga et likviditetsbehov på 4 600 mill. kroner. Dette ble dekket dels gjennom at helseforetakene ble gitt anledning til å benytte 2 mrd. kroner av premiefond til betaling av pensjonspremier i 2026. Ettersom det ikke svares arbeidsgiveravgift ved bruk av premiefond, ble likviditetsbehovet redusert med 282 mill. kroner. I tillegg ble driftskredittrammen til de regionale helseforetakene økt med 2 318 mill. kroner.

Bevilgningsforslagene i Prop. 96 S (2025–2026) la til grunn nye regler for regnskapsføring av pensjonsforhold i de regionale helseforetakene jf. omfattende omtale i Prop. 96 S (2025–2026). Oppdaterte beregninger fra pensjonsleverandørene basert på de nye reglene ga en kalkulatorisk pensjonskostnad på 13 400 mill. kroner inkl. arbeidsgiveravgift for 2026, og basisbevilgningen til de regionale helseforetakene under kap. 732, postene 72-75, ble derfor satt ned med 8 600 mill. kroner. Oppdaterte anslag for betalbare pensjonspremier ga en økning på 5 400 mill. kroner til 32 000 mill. kroner inkl. arbeidsgiveravgift. Økningen skyldtes dels økt lønnsvekstanslag fra 4,0 pst. til 4,4 pst. Helseforetakenes betalbare pensjonspremier påvirkes ikke av de nye reglene for regnskapsføring av pensjonsforhold.

Bevilgningsforslagene i Prop. 96 S (2025–2026) omfattet også dekning av økte pensjonskostnader for 2025 som først ble kjent i februar 2026 i forbindelse med revisjon av helseforetakenes årsregnskaper for 2025. Feilen lå i programvaren hos en av helseforetakenes pensjonsleverandører og utgjorde en kostnadsøkning på 465 mill. kroner. Etter avklaringer med Helse- og omsorgsdepartementet avla helseforetakene årsregnskaper for 2025 med de økte kostnadene og under en forutsetning om at disse ble dekket inntektsmessig slik at feilen ble nøytralisert. Gjennom Stortingets behandling av Prop. 96 S (2025–2026) ble basisbevilgningen under kap. 732, postene 72-75, økt med 465 mill. kroner.

Hensyntatt dekningen av feilen fra 2025, var de regionale helseforetakenes driftskredittrammer 14 921 mill. kroner ved overgang til ny modell. For å nullstille opparbeidet driftskreditt ved den tidligere modellen, ble det gjennom Stortingets behandling av Prop. 96 S (2025–2026) besluttet at gammel driftskreditt skal kompenseres gjennom inntektsbevilgninger over 2 år fra og med 2026. Helseforetakenes basisbevilgning under kap. 732, postene 72-75, ble derfor økt med 7 461 mill. kroner og fordelt i tråd med de fire regionale helseforetakenes vedtatte driftskredittrammer.

I sum ga de foreslåtte endringene helseforetakene reduserte inntektsbevilgninger over kap. 732, postene 72-75, på 674 mill. kroner sammenliknet med Saldert budsjett 2026. Med økte betalbare pensjonspremier på 5 400 mill. kroner, innebar dette et økt likviditetsbehov på 6 074 mill. kroner. Helseforetakenes bruk av premiefond til betaling av pensjonspremier ble derfor økt med 5 mrd. kroner fra 2 mrd. kroner i Saldert budsjett til 7 mrd. kroner. Det svares ikke arbeidsgiveravgift av pensjonspremie dekket gjennom premiefond, og den økte premiefondsbruken reduserte dermed likviditetsbehovet med 5 705 mill. kroner. I sum ga den foreslåtte håndteringen og de oppdaterte pensjonsanslagene et resterende likviditetsbehov på 369 mill. kroner som ble dekket gjennom å øke helseforetakenes driftskredittramme tilsvarende. Ny driftskredittramme ble dermed 18 073 mill. kroner ved utgangen av 2026.

Endelig pensjonspremie for 2026 vil først være kjent etter at lønnsoppgjørene i sektoren er ferdigstilt. Pensjonskostnader for 2026 lagt til grunn for budsjettforslaget i Prop. 96 S (2025–2026) ble beregnet på bakgrunn av utkast til forskrift om regnskapsføring av pensjonsforhold i helseforetak og regionale helseforetak. Endelige beregninger av helseforetakenes pensjonskostnader for 2026 vil bli utarbeidet når forskriften er ferdigstilt. Regjeringen vil komme tilbake til håndtering av eventuelle endringer i nysalderingen for 2026. Endelige beregninger av pensjonspremier og pensjonskostnader for 2026 vil også påvirke amortisering av premieavvik i 2027 og dermed helseforetakenes samlede pensjonskostnader i 2027.

Helse Sør-Øst RHF og Helse Vest RHF har langsiktige avtaler med 11 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. Disse 11 virksomhetene er ikke omfattet av de nye regnskapsreglene ettersom unntaket fra regnskapslovens bestemmelser er knyttet til helseforetakslovens bestemmelser. For 2026 gir regnskapslovens bestemmelser isolert sett høyere pensjonskostnader enn de nye reglene som gjelder for helseforetakene. Regjeringen vil komme tilbake i nysalderingen 2026 med forslag til håndtering av disse 11 virksomhetene der målet er å sikre likeverdige økonomiske rammebetingelser som for helseforetakene.

Håndtering av pensjonskostnader og -premier 2027

Budsjettforslaget for 2027 bygger på et anslag for betalbare pensjonspremier på 26 700 mill. kroner inkl. arbeidsgiveravgift. Premieanslaget er utarbeidet på bakgrunn av en lønnsvekstforutsetning på 3,8 pst. Beregning av kalkulatoriske pensjonskostnader for 2027 er basert på de nye reglene for kostnadsføring av helseforetakenes pensjonsforhold der det legges til grunn et forholdstall på 0,75 mellom diskonteringsrente og forventet lønnsvekst. Med en diskonteringsrente på 3,9 pst. og en forventet lønnsvekst på 3,13 pst. gir dette en kalkulatorisk pensjonskostnad på 13 650 mill. kroner for 2027. Den kalkulatoriske pensjonskostnaden er lagt til grunn for helseforetakenes inntektsbevilgning over kap. 732 post 72-75 og fordelt mellom regionene etter ordinær inntektsfordelingsmodell.

Det presiseres at anslaget for kalkulatorisk pensjonskostnad er utarbeidet før ferdigstilt forskrift om regnskapsføring av pensjonsforhold i helseforetak og regionale helseforetak foreligger og at det dermed vil kunne komme endringer i tallstørrelsene. Det presiseres videre at pensjonsleverandørene i sine anslag ikke har lagt til grunn bruk av premiefond til betaling av pensjonspremier i 2027 og at den foreslåtte bruken av 10 mrd. kroner fra premiefond vil påvirke endelige tallstørrelser for 2027.

Endelig informasjon om nivået på kalkulatorisk pensjonskostnad i 2027 vil tidligst være kjent ultimo januar 2027, mens nivået for pensjonspremie først vil være kjent høsten 2027. Regjeringen vil komme tilbake til håndtering av eventuelle bevilgningsmessige effekter.

Kompensasjon for amortisert premieavvik fra 2026

Premieavvik er differansen mellom årets samlede pensjonspremie inkl. arbeidsgiveravgift etter bruk av premiefond og årets beregnede netto pensjonskostnad inkl. arbeidsgiveravgift. I tråd med ny modell for regnskapsføring av helseforetakenes pensjonskostnader, skal premieavviket kostnadsføres i helseforetakenes regnskaper lineært over tre år fra og med året etter regnskapsåret det oppstod. Til grunn for budsjettforslaget er tallstørrelser for helseforetakenes pensjonspremier og pensjonskostnader slik hensyntatt i Prop. 96 S (2025–2026). Dette gir et anslått premieavvik på 10 613 mill. kroner i 2026. Det foreslås derfor en bevilgningsøkning på 1/3-del av dette, tilsvarende 3 538 mill. kroner over kap. 732 post 72-75 for 2027. Bevilgningen til dekning av amortisert premieavvik for 2026 er fordelt mellom helseregionene etter ordinær inntektsfordelingsmodell. Den enkelte helseregions endelige premieavvik i 2026 vil framkomme av årsregnskapene for 2026 og skal legges til grunn for det enkelte helseforetaks kostnadsføring i perioden 2027-2029. Regjeringen vil komme tilbake til håndtering av evt. endringer i revidert nasjonalbudsjett for 2027.

Håndtering av opparbeidet driftskreditt under regnskapslovens bestemmelser

Det vises til omtale av ny modell for regnskapsføring av pensjonsforhold i helseforetak og regionale helseforetak i Prop. 96 S (2025–2026), herunder håndtering av driftskreditt opparbeidet under regnskapslovens bestemmelser. Ved overgangen til ny modell i 2026 var helseforetakenes driftskredittrammer 14 921 mill. kroner. Av dette ble 7 461 mill. kroner dekket gjennom Stortingets behandling av Prop. 96 S (2025–2026). Det foreslås at den resterende driftskredittrammen kompenseres med en bevilgningsøkning på 7 460 mill. kroner over kap. 732 post 70. Bevilgningen fordeles i tråd med de fire regionale helseforetakenes resterende driftskredittrammer knyttet til gammel modell.

Bruk av premiefond og driftskredittrammer for 2027

Som følge av anslått driftskredittramme på i overkant av 18 mrd. kroner ved utgangen av 2026, anslått høye betalbare pensjonspremier i 2027, lavere regnskapsmessige pensjonskostnader og at helseforetakene har omfattende premiefond hos sine pensjonsleverandører, foreslås det at helseforetakene i 2027 kan benytte 10 mrd. kroner fra sine premiefond til betaling av pensjonspremier i 2027. Helseforetakenes premiefond kan kun benyttes til betaling av pensjonspremier. Ved bruk av premiefond til å betale pensjonspremier svares det ikke arbeidsgiveravgift og likviditetsbehovet reduseres derfor med anslagsvis 1 140 mill. kroner.

Med de ovenfor omtalte bevilgningene knyttet til pensjon over kap. 732 post 70 og kap. 732 postene 72-75, tilføres de regionale helseforetakene 24 648 mill. kroner i pensjonskompensasjoner i 2027. Samtidig utgjør betalbare pensjonspremier 26 700 mill. kroner. Med den foreslåtte premiefondsbruken og anslått arbeidsgiveravgifteffekt av den, får helseforetakene et likviditetsoverskudd på 9 358 mill. kroner som benyttes til en tilsvarende reduksjon av bevilgede driftskredittrammer. Helseforetakenes driftskredittrammer foreslås derfor redusert fra 18 073 ved utgangen av 2026 slik omtalt i Prop. 96 (2025–2026) til 8 715 mill. kroner ved utgangen av 2027.

Tabell 4.7 Oversikt over endringer i driftskredittrammene (mill. kroner)

	Årsslutt 2024	Prop. 1 S (2024–2025)	Prop. 146 S (2024–2025)	Prop. 20 S (2025–2026)	Prop. 1 S (2025–2026)	Prop. 96 (2025–2026)	Prop. 1 S (2026–2027)
1. Anslått pensjonskostnad		18 050	18 050	30 905	22 000	13 400	13 650
2. Dekning feil pensjonskostnad 2025						465	
3. Amortisering av driftskreditt ved overgang til ny ordning						7 461	7 460
4. Anslått amortisering av premieavvik fra 2026							3 538
5. Anslått pensjonspremie		26 800	26 800	29 720	26 600	32 000	26 700
6. Benyttet premiefond		2 000	7 600	7 600	7 000	7 000	10 000
7. Anslått arbeidsgiveravgifteffekt		282	1 072	1 072	987	987	1 410
8. Sum endring i driftskredittramme		6 468	-6 390	-16 325	-3 387	6 074	-9 358
9. Endring driftskreditt gjennom året		6 458	78	-9 857	-3 387	2 687	-9 358
10. Samlet driftskredittramme	25 243	31 711	25 321	15 386	11 999	18 073	8 715

Omleggingen av regnskapsføringen av helseforetakenes pensjonsforhold har direkte innvirkning på bevilgningsnivåene til de regionale helseforetakene og vil dermed kunne få konsekvenser for den enkelte regions økonomiske handlingsrom. Ordningen er innført fra og med 2026 med økende økonomisk omfang frem til 2029, og det vil kunne oppstå behov for justeringer som følge av forhold man ikke var klar over ved innføring av ordningen. Forskriften som skal regulere grunnleggende forutsetninger for kostnadsberegningene er ikke endelig fastsatt, men det legges til grunn at denne vil bli klar i tide for eventuelle bevilgningsendringer gjennom nysalderingen for 2026.

Endelig informasjon om nivået på pensjonskostnad i 2027 vil tidligst være kjent ultimo januar 2027, mens nivået for pensjonspremie først vil være kjent høsten 2027. Endelig premieavvik fra 2026 som skal amortiseres med 1/3-del i 2027 vil først være kjent ultimo 2026. Regjeringen vil komme tilbake til håndtering av eventuelle bevilgningsmessige effekter.

Helse Sør-Øst RHF og Helse Vest RHF har langsiktige avtaler med 11 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. Disse 11 virksomhetene er ikke omfattet av de nye regnskapsreglene ettersom unntaket fra regnskapslovens bestemmelser er knyttet til helseforetakslovens bestemmelser. For 2026 gir regnskapslovens bestemmelser isolert sett høyere pensjonskostnader enn de nye reglene som gjelder for helseforetakene. Regjeringen vil komme tilbake i nysalderingen 2026 med forslag til håndtering av disse 11 virksomhetene der målet er å sikre likeverdige økonomiske rammebetingelser som for helseforetakene. Dette vil danne grunnlaget for den videre håndteringen av disse virksomhetenes pensjonskostnader. Regjeringen vil komme tilbake til håndtering av eventuelle bevilgningsmessige effekter i RNB 2027.

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 2027 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 504,3 mill. kroner i 2025. Anslag for avdrag i 2027 er på 308,5 mill. kroner.

Kap. 733 Habilitering og rehabilitering

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2025	Saldert budsjett 2026	Forslag 2027
21	Spesielle driftsutgifter, *kan nyttes under post 79*	5 221	4 039	6 688
70	Behandlingsreiser til utlandet	120 190	121 306	125 794
79	Andre tilskudd, *kan nyttes under post 21*	3 450	5 954	3 502
	Sum kap. 733	128 861	131 299	135 984

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

– Det foreslås å flytte 2,5 mill. kroner fra kap. 733, post 79 til post 21 knyttet til forventet ressursbruk mellom postene.

Spesialisthelsetjenesten og kommunene har ansvar for å yte habiliterings- og rehabiliteringstjenester til personer med medfødt eller ervervet nedsatt funksjonsevne.

Tjenestenes formål 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.

Regjeringen følger opp Stortingets behandling av Nasjonal helse- og samhandlingsplan gjennom tiltak for å styrke kvalitet, kapasitet og samhandling innen habilitering og rehabilitering.

Fagområdene habilitering og rehabilitering spenner vidt både når det gjelder tjenester og målgrupper. Mange brukere 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.

I oppfølgingen av Stortingets vedtak i juni 2025 om en gjennomgang av rehabiliterings- og habiliteringstilbudet har Helsedirektoratet utarbeidet forslag til nasjonale handlingsplaner for habilitering og rehabilitering. Planene følger opp utfordringsbildet som er beskrevet i Riksrevisjonens undersøkelser og er utviklet med bred involvering fra kommuner, helsefellesskap, fagmiljøer og bruker- og pårørendeorganisasjoner. Stortinget gjorde i februar 2026 vedtak om en helhetlig gjennomgang av rehabiliterings- og habiliteringsfeltet, herunder utarbeidelse av en handlingsplan for rehabiliteringsfeltet, vurdering av kapasitet og behov for døgnplasser, styrking av arbeidsrettet rehabilitering og utvikling av nasjonale kvalitetskrav. Regjeringen tar sikte på å følge opp vedtaket overfor Stortinget i 2027.

Helsedirektoratet følger opp Riksrevisjonens påpeking av behovet for tiltak for bedre analyse- og styringsdata, økt bruk av teknologi og styrket samhandling mellom tjenestenivåene. Arbeidet med standardiserte funksjonsmålinger i rehabilitering og utvikling av kunnskapsgrunnlag for tjenestene skal bidra til bedre kvalitet og mer målrettet utvikling av tilbudene. Direktoratet skal forbedre informasjonen om tilbud og tjenester på helsenorge.no og sammen med fagmiljøene legge til rette for mer arenafleksible og teknologistøttede tjenester. Innen habilitering er etablering av kompetanseområde for leger viktig for å styrke kompetanse, kvalitet og pasientsikkerhet i tjenestene.

ParkinsonNet er etablert som et landsdekkende fagnettverk og bidrar til bedre pasientforløp og samhandling mellom kommunale tjenester og

spesialisthelsetjenesten. Erfaringene fra modellen vurderes også som relevante for andre pasientgrupper med langvarige og sammensatte behov.

Økningen i antall eldre gir behov for videre utvikling av tjenestene til personer med sansetap. Regjeringen følger opp høreapparatgarantien med mål om at alle med behov for høreapparat skal få tildelt apparatet innen fire måneder innen 2029. For å nå dette målet vil fagmiljøer innen fagområdet hørsel, brukerorganisasjoner, Helsedirektoratet og Nav samarbeide om tiltak for å styrke tilbudet på syns- og hørselsområdet, inkludert vurdering av kompetansebehov, organisering av tjenester og bruk av teknologi.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Formålet med bevilgningen er å bidra til en fortsatt styrking av habiliterings- 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.

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 2027 med til sammen 3,6 mill. kroner.

Kap. 734 Særskilte tilskudd til psykisk helse og rustiltak

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2025	Saldert budsjett 2026	Forslag 2027
01	Driftsutgifter	134 470	132 168	135 764
21	Spesielle driftsutgifter	13 996	16 810	17 432
70	Hjemhenting ved alvorlig psykisk lidelse mv.	1 234	3 517	3 577
71	Tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede	480 035	617 195	640 031
72	Utviklingsområder innen psykisk helsevern og rus	15 132	15 411	15 373
	Sum kap. 734	644 867	785 101	812 177

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 56 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, og i tilknytning til konferansen er det en egen samling 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. Fra 2026 har direktoratets eget personvernombud ivaretatt rollen.

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. 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. I løpet av de siste 6-7 årene har antall søksmål om overprøving av tvangsvedtak doblet seg, og i 2026 mottas trolig ca. 600 søksmål. For å unngå at økningen skal legge beslag på mye kapasitet hos Regjeringsadvokaten fikk Helsedirektoratet fra 2025 økt bevilgning og tar nå 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. 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.

Implementering av nasjonale faglige råd for bruker- og pårørendemedvirkning i rus- og psykisk helsefeltet

Helsedirektoratet har våren 2025 lansert nasjonale faglige råd for bruker- og pårørendemedvirkning i helse- og omsorgstjenesten innenfor områdene rus og psykisk helse. Bruker- og pårørendemedvirkning er en viktig del av en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste og bidrar til bedre tjenester, økt kvalitet, økt pasienttilfredshet, bedre helseutfall og mer effektiv ressursbruk. Målet med rådene er å styrke bruker- og pårørendemedvirkningen på individ-, tjeneste- og systemnivå, understøtte de kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten i arbeidet med bruker- og pårørendemedvirkning, avklare av begreper og roller, og skape felles forståelse for hva bruker- og pårørendemedvirkning er. Implementeringen vil foregå i 2026 og 2027 i samarbeid med RHF-ene, de kommunale helse- og omsorgstjenestene, bruker- og pårørendeorganisasjoner, kompetansesentre og akademia. Implementeringsplan og tiltak skal utarbeides for å understøtte spesialisthelsetjenestene og kommunene i arbeidet med bruker- og pårørendemedvirkning.

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 medio august 2026 var det totalt 56 personer under dom til tvungen omsorg. 5 personer var innlagt i fagenhetens sengepost for gjennomføring av dom til tvungen omsorg etter straffelovens § 63, mens 50 personer befant seg i eksterne tiltak under fagenhetens ansvar. På samme tidspunkt var 1 person

innlagt på Regional sikkerhetsavdeling for ny diagnostisk og medikamentell vurdering. I tillegg ble 1 rettskraftig dom sonet på Ila og ventet inn i sengeposten i slutten av september. Samtidig var det meldt om 3 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.

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. Mål for ordningen er å styrke den nasjonale kunnskapen og kompetansen innenfor de tre kjerneområdene sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri for å kunne yte en bedre helsetjeneste ovenfor mennesker som på grunn av sine lidelser og funksjonsnivå representerer en sikkerhetsrisiko.

Tilskuddsordningen hadde et budsjett på 8,65 mill. kroner i 2025, mens det ble søkt om 14,12 mill. kroner. På grunn av stor etterspørsel ble de fleste prosjektene delvis finansiert, slik at 13 av 14 søknader fikk støtte, mens én søknad ble avslått fordi den ikke ble vurdert å være tilstrekkelig i tråd med ordningens formål. Prosjektene har bidratt til kompetanseheving, kunnskapsutvikling og styrket samarbeid innen sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri, blant annet gjennom opplæringsprogrammer, utvikling av faglige verktøy og nasjonale nettverk.

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) 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 2025	Saldert budsjett 2026	Forslag 2027
70	Tilskudd, *overslagsbevilgning*	20 675	81 844	111 908
	Sum kap. 737	20 675	81 844	111 908

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. 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 om lag 20,7 mill. kroner i tilskudd i 2025. Bevilgningen for 2026 er på 81,8 mill. kroner. For 2027 foreslås det en bevilgning på 111,9 mill. kroner.

Programkategori 10.40 Sentral helseforvaltning

Utgifter under programkategori 10.40 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)

Kap.	Betegnelse	Regnskap 2025	Saldert budsjett 2026	Forslag 2027	Endring i pst.
740	Helsedirektoratet	1 688 485	1 672 130	2 057 517	23,0
741	Norsk pasientskadeerstatning	380 446	342 419	346 741	1,3
742	Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten	240 121	213 985	209 911	-1,9
745	Folkehelseinstituttet	2 028 153	1 831 445	1 831 615	0,0
746	Direktoratet for medisinske produkter	594 082	510 561	608 912	19,3
747	Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet	216 528	241 059	268 771	11,5
748	Statens helsetilsyn	196 832	197 308	206 383	4,6
749	Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten	44 152	42 143	40 116	-4,8
	Sum kategori 10.40	5 388 799	5 051 050	5 569 966	10,3

Utgifter under programkategori 10.40 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)

Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2025	Saldert budsjett 2026	Forslag 2027	Endring i pst.
01–29	Statens egne driftsutgifter	5 337 704	4 940 652	5 455 527	10,4
30–49	Nybygg, anlegg mv.	18 044	21 855	22 620	3,5
50–89	Overføringer til andre	33 051	88 543	91 819	3,7
	Sum kategori 10.40	5 388 799	5 051 050	5 569 966	10,3

For å møte dagens utfordringer i helsesektoren har regjeringen gjort trygghet for helsa til en hovedprioritering i sin plan for Norge. Regjeringen har konkrete grep for en friskere befolkning, raskere helsehjelp, et eldreløft, helsereform og en bedre arbeidshverdag. Med 'Vår helse 2030' som langsiktig målsetting stakes kursen ut for hvordan helse- og omsorgstjenesten skal utvikles for å håndtere fremtidens behov.

Etatene i den sentrale helseforvaltningen er viktige bidragsytere for å løse utfordringene sektoren står ovenfor. Basert på etatenes egenart og ansvarsområder, rettes innsatsen særlig mot løsninger for sektorens største utfordringer. Budsjettforslagene reflekterer at sektoren må priori-

tere. Prioriteringer må også gjøres i den enkelte etat, slik at virksomhetene prioriterer oppgavene som gir størst verdi for sektoren.

Prosjekt for forenkling og forbedring i forvaltningen av helsetjenestene er etablert for å flytte verdifulle ressurser fra forvaltning til tjenesteytelse i førstelinjen. Det gjennomføres kutt i frie disponible midler i flere etater i den sentrale helseforvaltningen med vekt på Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet, samt Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten

For 2027 foreslås det òg flyttinger av tiltak mellom budsjettkapitler på helseområdet, herunder flytting av kommunale kompetansesentre til Helsedirektoratet og flytting av ansvaret for lager og distribusjon av vaksiner i program og beredskapsvaksiner fra Folkehelseinstituttet til Helsedirektoratet, jf. omtale under kap. 740. Flytting av oppgaver med tilhørende finansering innebærer ikke økt handlingsrom for etatene.

Helse- og omsorgsdepartementet har vurdert sektorens utfordringsbilde, og omtaler de sentrale utfordringene i de følgende avsnittene.

Helse- og omsorgssektoren står ovenfor krevende prioriteringer i årene fremover. Det er økende kapasitetsutfordringer i tjenestene, og samtidig er budsjettrammene strammere. Bæreevnen til tjenestene er under press. Det vil til enhver tid finnes nye behandlinger som kan forbedre livskvalitet og øke livslengden. Den medisinske- og teknologiske utviklingen krever kontinuerlig omstilling. Samtidig skal innbyggerne kunne forvente kvalitet og gode, trygge og oppdaterte tjenester. Samlet medfører det en kostnadsutvikling som ikke er bærekraftig.

Med et økende press på tjenestene og bærekraft i helse- og omsorgssektoren, er det viktig å prioritere de mest effektive tiltakene både i tjenestene og innen folkehelse. Verdien av helsefremmende og forebyggende tiltak må synliggjøres bedre slik at de blir prioritert. Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet har ansvaret for å frembringe kunnskapen om folkehelsetiltak, forebygging i tjenestene og hvilke som har best effekt både i et samfunns- og helseperspektiv.

Norge står ovenfor en betydelig mangel på helsepersonell frem mot 2040, jamfør Helsepersonellplan 2040. Utfordringen er særlig stor i distriktskommunene. Dersom mangelen ikke håndteres, kan det føre til svekkede helse- og omsorgstjenester for befolkningen og et økende gap mellom tjenesteyting i ulike deler av landet. Etatene, med vekt på Helsedirektoratet, er sentrale i arbeidet med å sikre nok helsepersonell til befolkningen.

Det er en økende etterspørsel etter helse- og omsorgstjenester. En aldrende befolkning og bedre medisinsk behandling fører til at stadig flere både overlever og lever lenge med ikkesmittsomme sykdommer og kroniske lidelser. Sektoren må i årene fremover sikre at de offentlige tjenestene kan møte behovene i befolkningen. Helsedirektoratet har et særlig ansvar for å se helheten i både behovene og statens bæreevne for tilbudet av helse- og omsorgstjenester.

Etatene skal bidra til å bygge ned barrierer slik at pasienter og brukere møter sammenhengende og godt integrerte tjenester, opplever likebehandling, god ivaretakelse i overgangen mellom ulike tjenester, og at personell i tjenestene opplever å få tilgang til den informasjonen og den beslutningsstøtten de trenger. Tjenestene selv og Helsedirektoratet som myndighetsorgan har et særlig ansvar for å foreslå endringer for å nå disse målene, men etater som Folkehelseinstituttet, Statens helsetilsyn og Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten, bidrar gjennom kunnskapsarbeidet sitt.

Helse- og omsorgssektoren har et økt beredskaps- og sikkerhetsbehov. Dette skyldes mange faktorer, blant dem dagens geopolitiske situasjon, avhengigheter i forsyningskjeder for legemidler og medisinskteknisk og teknisk utstyr, risiko for svikt i vann- og matsikkerheten, trusler mot atomsikkerheten, digitale sårbarheter og økning i smittsomme sykdommer og konsekvenser av klimaendringer. Helsedirektoratet har den overordnede helsefaglige myndigheten i beredskapsarbeidet, og Folkehelseinstituttet og Direktoratet for medisinske produkter har viktige oppgaver på sine fagområder. Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet leder atomberedskapsplanleggingen på etatsnivå. Mattilsynet har beredskapsoppgaver på mat- og vannområdet.

Kap. 740 Helsedirektoratet

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2025	Saldert budsjett 2026	Forslag 2027
01	Driftsutgifter	1 641 870	1 556 792	1 971 011
21	Spesielle driftsutgifter, *kan overføres*	96 301	115 338	86 506
70	Oppgjørsordning helsetjenester i annet EØS-land	265		
71	Oppgjørsordning h-reseptlegemidler	-49 996		
73	Oppgjørsordning Statens pensjonskasse	45		
	Sum kap. 740	1 688 485	1 672 130	2 057 517

Helsedirektoratet har ansvar for å iverksette nasjonal helse- og omsorgspolitikk og bidra til god helse i befolkningen. Direktoratet utvikler faglige retningslinjer, gir råd til myndighetene og til befolkningen, i tillegg til å understøtte helse- og omsorgstjenestene i hele landet. Samfunnsoppdraget omfatter også å fremme folkehelse, forebygge sykdom og bidra til likeverdige helsetjenester. Helsedirektoratet har flere forvaltningsoppgaver etter delegering fra Helse- og omsorgsdepartementet, herunder myndighet til å anvende og fortolke lov og regelverk innenfor folkehelse, digitalisering og helse- og omsorgssektoren.

Basert på nye vurderinger av helsedataforordningen, har Helse- og omsorgsdepartementet besluttet at Direktoratet for medisinske produkter utpekes som markedstilsyn etter helsedataforordningen. Myndighetsfunksjonen som markedstilsynsmyndighet er med dette ikke lenger lagt til Helsedirektoratet.

Resultater for 2025

Folkehelse

Helsedirektoratet har en viktig rolle i å gi råd og legge føringer for det systematiske folkehelsearbeidet nasjonalt, regionalt og lokalt. Innsatsen i 2025 har gitt kommunene og nasjonale myndigheter et mer oppdatert og treffsikkert kunnskapsgrunnlag for lokal samfunnsplanlegging, målrettede tiltak og en mer helhetlig folkehelsepolitikk på tvers av samfunnssektorer. Helsedirektoratets kartlegging av kommunenes systematiske folkehelsearbeid, viser at kommunene i 2025 anså 1) en aldrende befolkning, 2) psykisk helse og livskvalitet og 3) utenforskap og ensomhet som sine største folkehelseutfordringer.

De årlige folkehelse- og oppvekstprofilene er avgjørende verktøy for kommunenes planarbeid. Statistikkbanken er utvidet med indikatorer for blant annet eldres helse og sosial ulikhet, noe som setter kommunene bedre i stand til å målrette innsatsen mot sårbare grupper og motstandsdyktige lokalsamfunn.

Direktoratet har forsterket innsatsen for å fremme god psykisk folkehelse, blant annet gjennom oppfølging av nasjonale livskvalitetsmålinger og veiledning til kommunene. Arbeidet med å innlemme psykisk helse som en likeverdig del av det lokale folkehelsearbeidet, for eksempel gjennom ABC-rammeverket for psykisk helse, har vært prioritert for å bygge motstandsdyktige lokalsamfunn.

Kunnskapsgrunnlaget for å målrette det helsefremmende arbeidet med levevaner er betydelig styrket, bl.a. gjennom nye data fra kostholdsundersøkelser rettet mot voksne, eldre og personer født utenfor Norge, og undersøkelse av voksnes fysiske aktivitet.

På rus- og tobakksfeltet er kunnskapsgrunnlaget for en ansvarlig politikk videreutviklet. Den nasjonale beredskapen mot illegale rusmidler er betydelig styrket, blant annet gjennom direktoratets rolle som kontaktpunkt for EUs narkotikabyrå (EUDA).

Helsedirektoratet tar et tydelig internasjonalt og nasjonalt lederskap for forebygging og leder EUs største folkehelsesatsing (JA-PreventNCD), et europeisk myndighetssamarbeid for å forebygge kreft og andre ikke-smittsomme sykdommer.

Helsedirektoratet har i 2025 arbeidet med å styrke samarbeidet mellom helse- og arbeidssektoren for å forebygge sykefravær og fremme arbeidsdeltakelse. Direktoratet har samarbeidet

med Arbeids- og velferdsetaten om utvikling av modeller for systematisk samhandling mellom kommunehelsetjenesten og Arbeids- og velferdsetaten. Direktoratet har forberedt etableringen av et nasjonalt kompetansenettverk for arbeid og helse, sammen med Arbeids- og velferdsetaten og de regionale helseforetakene. Forskning på tiltaket Rask psykisk helsehjelp har vist god effekt på arbeidsdeltakelse, noe som har understøttet videre utvikling av tilbudet.

Tjenesteutvikling

Direktoratet har i 2025 utviklet normerende produkter, kvalitetsindikatorer og nasjonale samordningsarenaer som understøtter arbeidet med å gi trygge og kunnskapsbaserte tjenester i hele landet.

Allmennlegetjenesten er i 2025 styrket gjennom utvikling av nasjonale kvalitetsindikatorer for fastlegeordningen. Ventetidene i helsetjenesten er redusert, og flere innbyggere har fått tildelt fastlege i løpet av 2025. Direktoratet har også publisert analyser som viser stabil kontinuitet i pasient-fastlegeforholdet og bidratt til kompetanseheving i kommunale helse- og omsorgstjenester.

Helse- og omsorgstjenesten har et selvstendig ansvar for å arbeide med bedre pasientsikkerhet i tråd med Nasjonal helse- og samhandlingsplan (2024–2027). Helsedirektoratet utarbeidet i 2025 og 2026 statusrapport for pasientsikkerhet i samarbeid med Folkehelseinstituttet, Helsetilsynet og Direktoratet for medisinske produkter. Sentrale områder Helsedirektoratet har arbeidet med er plan for riktig legemiddelbruk, veileder og støttemateriell til ny meldeordning og utviklet verktøy for implementering på flere områder. Helsedirektoratet er også sentral i oppfølging av den nasjonale strategien for antimikrobiell resistens, smittevern og infeksjonsforebygging.

Helsedirektoratet publiserer nasjonale analyser av forekomst av pasientskader i somatisk spesialisthelsetjeneste ved bruk av journalgranskningsmetoden Global trigger tool (GTT), men har i 2025 hatt utfordringer med manglende datagrunnlag fra flere helseforetak. Det har aktualisert behovet for digitalisering av arbeidet.

Personell og kompetanse

Helsedirektoratet har i 2025 gjort et godt arbeid med å sikre tilstrekkelig og kompetent personell og for å bidra til at personellets kompetanse brukes på en hensiktsmessig måte. Direktoratet har blant annet utviklet et verktøy for vurdering av personellkonsekvenser som blant annet skal brukes i direktoratets arbeid med normerende produkter. Videre er kunnskapsgrunnlaget for området personell og kompetanse videreutviklet og forbedret.

Helsedirektoratet har i 2025 arbeidet med å digitalisere søknads- og saksbehandlingsprosesser for å korte ned saksbehandlingstiden for autorisasjoner- og spesialistgodkjenninger, og for å sikre at tjenesten får kvalifisert, spesialisert kompetanse så raskt som mulig. Oppgaver knyttet til personell og kompetanse som finansieres over kap. 783, omtales samlet der.

Direktoratet har også gjennomført flere tiltak innen rettsmedisin, som å bidra til å standardisere innholdet i rettsmedisinsk kompetanse, anbefale en egen spesialitet samt etablert et opplæringstilbud i samarbeid med de regionale helseforetakene. Helse- og omsorgsdepartementet har mottatt en rapport fra Helsedirektoratet om en fremtidig ordning som gjør det mulig for leger med påstartet spesialistutdanning fra utlandet, å få innpass og gjennomføre videre spesialistutdanning i Norge.

Digitalisering

Helsedirektoratet har i 2025 arbeidet systematisk for å involvere aktørene i helse- og omsorgssektoren i vurderinger av behov og prioriteringer innen digitalisering.

Helsedirektoratet har i 2025 forvaltet og videreutviklet helseteknologiordningen som støtter innføring av ny teknologi og avlaster kommuner som går foran i utprøving og innføring av digitaliseringstiltak. Det er stor etterspørsel etter tilskudd og tilbakemeldingene fra kommunene er at de får større gjennomføringsevne som følge av ordningen. Helsedirektoratet lanserte i oktober 2025 veilednings- og godkjenningsordningen som er en samlet nasjonal oversikt over krav, anbefalinger og godkjenninger for helseteknologier. Helseteknologiordningen er nærmere omtalt under kap. 701.

Helsedirektoratet har i 2025 hatt ansvar for flere oppgaver som inngår i arbeidet med å realisere satsingen på digital samhandling og digitalt helsekort for gravide. Helsedirektoratet har koordinert og gjennomført tiltak som støtter aktørenes arbeid med å innføre og ta i bruk de nasjonale samhandlingstjenestene, gjennomført evalueringer og risikovurderinger, og kommunikasjons- og informasjonstiltak. Se nærmere omtale av satsingen på digital samhandling under kap. 701.

Helsedirektoratet samarbeidet i 2025 med sentrale aktører i både helseforvaltningen og helse- og omsorgstjenestene om planer for trygg og sikker innføring og bruk av kunstig intelligens i tjenestene.

Helsedirektoratet har i 2025 jobbet med å øke bruken av digital hjemmeoppfølging og velferdsteknologi gjennom helseteknologiordningen og andre tiltak som utarbeidelse av normerende produkter og analyser av utbredelse og gevinster. Utbredelsen av digital hjemmeoppfølging og velferdsteknologi øker jevnt, men det er fremdeles stor uønsket variasjon og innføringen tar for lang tid.

I 2025 har Helsedirektoratet, sammen med aktørene i helse- og omsorgssektoren, videreført arbeidet med å forberede overgang til ny versjon av det internasjonale diagnosekodeverket ICD (International Classification of Diseases), fra ICD-10 til ICD-11.

Persontilpasset medisin

Helsedirektoratet videreførte arbeidet med koordinering av oppfølgingen av Nasjonal strategi for persontilpasset medisin 2023–2030 gjennom Fagråd for persontilpasset medisin.

Helsedirektoratet koordinerte på vegne av Helse- og omsorgsdepartementet Norges deltakelse i det europeiske genominitiativet 1+MG (One Million Genomes). I 2025 fortsatte Helsedirektoratet arbeidet med å følge utviklingen av den europeiske genominfrastrukturen (Genome Data Infrastructure, GDI) og har arbeidet nasjonalt med representanter fra de regionale helseforetakene, universiteter og Folkehelseinstituttet.

Helsedirektoratet fulgte opp fagområdet farmakogenetikk innenfor sine ansvarsområder og arrangerte høsten 2025 farmakogenetikkonferanse sammen med Nasjonalt kompetansenettverk for persontilpasset medisin (NorPreM).

Tilskuddsordninger

Helsedirektoratet forvaltet 166 tilskuddsordninger med et samlet budsjett på 22,1 mrd. kroner i 2025. Tilskuddsordningene har bidratt til likeverdige tjenester i hele landet, særlig fordi nesten alle kommuner mottar midler. Samtidig har direktoratet styrket internkontrollen gjennom risikovurderinger, stedlige kontroller og innføring av ny tilskuddsportal og fagsystem for enklere og mer korrekt saksbehandling. Vi viser for øvrig til omtale av anmodningsvedtak nr. 583, 585-588 som omhandler gjennomgang av tilskuddsordninger for frivillige og ideelle organisasjoner på helsefeltet.

Strategier og tiltak

Utfordringsbildet som er beskrevet innledningsvis treffer i stor grad Helsedirektoratets ansvarsområder. Et komplekst utfordringsbilde kombinert med en strammere ressurssituasjon krever tydelige prioriteringer for Helsedirektoratet. I 2027 vil innsatsen særlig rettes mot følgende områder:

Folkehelse

Helsedirektoratet skal i 2027 særlig understøtte regjeringens mål om trygghet for helsa og en friskere befolkning. Et sentralt satsingsområde er å styrke det tverrsektorielle samarbeidet for å forebygge sykefravær og hindre frafall fra arbeidslivet. Arbeid og helse henger tett sammen, og direktoratet vil være en pådriver overfor andre samfunnssektorer for å skape helsefremmende arenaer i oppvekst, nærmiljø og på arbeidsplassen, forebygge ensomhet, og følge opp den nasjonale livskvalitetsstrategien. Innsatsen skal bidra til å bygge motstandsdyktige lokalsamfunn og gi befolkningen verktøy for å mestre hverdagen. Dette er spesielt viktig for å snu den negative trenden med økende psykiske plager blant barn og unge, og for å forhindre at unge faller utenfor utdanning og arbeidsliv.

Arbeidet med å fremme god fysisk og psykisk helse og livskvalitet er en bærebjelke i folkehelsepolitikken. I 2027 vil direktoratet fortsette oppfølgingen av levevaneområdet, opptrappingsplanen for psykisk helse, forebygge ensomhet, og følge opp den nasjonale livskvalitetsstrategien. Innsatsen skal bidra til å bygge motstandsdyktige lokalsamfunn og gi befolkningen verktøy for å mestre hverdagen. Dette er spesielt viktig for å forebygge de ikke-smittsomme sykdommene, overvekt og fedme, snu den negative trenden med økende psykiske plager blant barn og unge, og for å forhindre at unge faller utenfor utdanning og arbeidsliv.

Direktoratet vil i 2027 jobbe videre med bedre verktøy for å følge opp utfordringer knyttet til en aldrende befolkning, psykisk helse og livskvalitet, og utenforskap og ensomhet, inkludert bedre veiledning og statistikk og en tverrsektoriell handlingsplan for å følge opp nasjonal livskvalitetsstrategi.

Sosial ulikhet i helse er en særskilt utfordring som krever en koordinert og overordnet innsats.

Å redusere barrierer som skaper ulik reell tilgang til og bruk av helse- og omsorgstjenester er sentralt i dette arbeidet.

Tjenesteutvikling

For å løse utfordringene i helse- og omsorgstjenestene er det viktig at Helsedirektoratet tar en sentral pådriverrolle for en kunnskapsbasert og mer bærekraftig og effektiv utvikling av tjenestene. En *bærekraftig* utvikling understreker både kvalitet og kostnadseffektiv utvikling. Tjenesteutvikling retter seg mot sammenheng i pasientforløp, om samhandling mellom helse- og omsorgstjenesten og andre tjenester. Som en del av dette er Helsedirektoratets premiss- og rådgivingsrolle overfor kommunene særlig viktig fremover.

Helsedirektoratet har en særskilt rolle i veiledning og evaluering av utprøvingene som pågår i Prosjekt X. Formålet med utprøvingene er mer sammenhengende tjenester på tvers av tjenestenivå og fagområder, og bedre bruk av samlede ressurser. Det skal særlig være oppmerksomhet om hvordan erfaringer og modeller med gode resultater kan videreutvikles nasjonalt.

Helsedirektoratet skal fortolke regelverket og ta initiativ til regelverksutvikling når gjeldende rammer ikke støtter ønsket utvikling om mer samarbeid og samhandling. Videre skal direktoratet prioritere å gi konkret veiledning og praktiske råd til prosjekt X og øvrige kommuner, sykehus og leverandører om hvordan aktørene kan løse behov for deling av informasjon og felles verktøy for samarbeid på tvers av nivå og virksomheter.

Helsedirektoratet skal prioritere arbeidet med å etablere en innbyggerrettet offentlig KI-tjeneste på Helsenorge, i tett samarbeid med Norsk helsenett SF og Folkehelseinstituttet. Tjenesten skal gi innbyggere svar på helserelaterte spørsmål om blant annet symptomer og helseplager. Tiltaket er en viktig del av den digitale førstelinjen som fremover vil bli utvidet med flere tjenester og funksjoner. Se nærmere omtale under kap. 701.

Tiltak for å gjennomføre satsingen på digital samhandling og digitalt helsekort for gravide skal prioriteres i 2027. Direktoratet skal løpende vurdere tiltak som gir raskere innføring og økt bruk av de nasjonale samhandlingstjenestene. Videre skal direktoratet prioritere tiltak som støtter og forenkler aktørenes innføring og bruk av tidsbesparende teknologi som KI-verktøy, robotteknologi og helseteknologi som forenkler og effektiviserer tjenesteytingen og innbyggernes trygghet. Det er behov for raskere å teste ut og ta i bruk digitale løsninger og innovative arbeidsprosesser som kan bidra til å effektivisere og lette personellutfordringene i helse- og omsorgstjenesten, jf. Helsepersonellplan 2040, Meld. St. 11 (2025–2026).

Helsedirektoratet er utpekt som digital helsemyndighet etter helsedataforordningen. Helsedirektoratet skal forberede innføringen av forordningen og har ansvar for å utarbeide veikart og planer som bidrar til forutsigbarhet og oversikt for aktørene i sektoren.

Helsedirektoratet skal i samarbeid med samordningsorganet videreføre arbeidet med nasjonal koordinering og oppfølging av nasjonalt rammeverk for bedre pasientsikkerhet, med vekt på Riktig legemiddelbruk, godt ytringsklima og involvering av pasienter, brukere og pårørende.

Personell og kompetanse

Helsepersonellplan 2040 ble lagt frem i juni 2026 og Helsedirektoratet vil ha en viktig rolle i oppfølgingen av planen. Planen vil være sentral for Helsedirektoratets arbeid med å bidra til tilstrekkelig personell og kompetanse i helse- og omsorgstjenestene fremover. Helsedirektoratet fikk i 2026 i oppdrag å igangsette og lede et forprosjekt for etablering av en nasjonal personellmonitor med sikte på etablering fra 2027, jf. omtale under kap. 740, post 01. Forprosjektet skal danne et grunnlag for en helhetlig, kunnskapsbasert og oppdatert oppfølging av mål og tiltak i Helsepersonellplan 2040. Forprosjektet skal ses i sammenheng med bl.a. indikatorarbeidet i de regionale helseforetakene (jf. oppdragsdokumentet for 2026) og SSBs framskrivinger fra Helsemod og datakilder som KOSTRA.

Helsedirektoratet skal i 2027 jobbe videre med å redusere saksbehandlingstider for søknader om autorisasjon og spesialistgodkjenning fra personell med yrkeskvalifikasjoner fra andre land. Helsedirektoratet skal inngå langsiktige standardiserte samarbeidsavtaler på institusjonsnivå med færre universiteter og høyskoler. Det skal også etableres faglige fora med aktørene i godkjenningsprosessene og en felles digital samhandlingsplattform. Formålet er å øke effektivitet og kvalitet, redusere tid og ressurser til administrasjon og øke gjennomføringsgraden for søkerne i godkjenningsprosessene. Helsedirektoratet arbeider også med digitaliseringstiltak for å effektivisere saksbehandling i godkjenningsprosessene.

Helsedirektoratet skal se hen til regjeringens nye nasjonale handlingsplan for kliniske studier og klinisk forskning innenfor sine ansvarsområder, herunder bidra i vurderinger av hvordan kli-

niske meroppgaver som tilkommer kliniske behandlingsstudier kan finansieres.

Kompetansesentre

Formålet til virksomheten er å formidle og implementere faglig kunnskap som grunnlag for utvikling av tjenestene i kommunene. I revidert nasjonalbudsjett for 2023 ble det besluttet å utrede en mer samlet organisering av forsknings- og kompetansesentrene utenfor spesialisthelsetjenesten der de primære brukerne er kommunene og de kommunale tjenestene. Formålet er å etablere et mer helhetlig system for bedre og mer koordinert faglig støtte til kommunesektoren. Ved behandling av statsbudsjettet for 2026 ble det besluttet, med virkning fra 1. januar 2027, å etablere en ny virksomhet under Helsedirektoratet, som skal omfatte de kompetansesentrene som primært driver med implementering og tjenesteutvikling (praksisnær kunnskapsutvikling), til sammen 8 sentre:

- Regionale ressurssentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) i Nord, Midt og Vest
- Regionale kompetansesentrene på rusfeltet (KORUS) i Midt-Norge, Øst, Nord, Bergen og Stavanger.

Arbeidet er en oppfølging av regjeringens arbeid med effektivisering av den sentrale helseforvaltningen, samt bidra til å styrke de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Dagens system er preget av mangfoldig eierskap og ulik organisering der eierskapet i dag er spredt på en rekke ulike aktører statlige, kommunale og private. Dette svekker mulighetene for samordnet og koordinert oppgaveløsning. Virksomhetene styres og finansieres gjennom tilskudd fra Helsedirektoratet. I tillegg tildeler Bufdir midler direkte til noen sentre.

Den nye virksomheten under Helsedirektoratet vil bli organisert etter modell av Helfo. Det innebærer bl.a. at virksomheten vil få en egen direktør, og hvor virksomhetene avlegger eget regnskap og årsrapport. Helse- og omsorgsdepartementet og Barne- og familiedepartementet vil utarbeide de faglige og økonomiske styringskravene til Helsedirektoratet og den nye virksomheten. Sentrene som inngår i virksomheten, vil beholde en desentralisert struktur med kompetansemiljø nær tjenestene. Hovedkontoret til den nye virksomheten lokaliseres til Haugesund.

Bevilgningen til Helsedirektoratet foreslås økt med 253,7 mill. kroner. Beløpet er i sin helhet finansiert gjennom omdisponeringer av andre bevilgninger i statsbudsjettet. Det foreslås å flytte 245,2 mill. kroner fra tilskuddspostene 714.70, 765.74 og 765.75, 4 mill. kroner trekkes fra rammene til RHFene, samt økte inntekter på 4,5 mill. kroner. I tillegg kommer et mindre beløp som vil bli tildelt direkte fra BFD/Bufdir til driften i Helsedirektoratet. Det vises også til omtale under post 01 og post 3740.02. Etablering av den nye virksomheten medfører at sentrene ikke lenger blir finansiert og styrt gjennom tildeling av tilskuddsmidler fra Helsedirektoratet og Barne- og familiedirektoratet (Bufdir).

Regjeringen foreslår at med virkning fra 1. januar 2028, fase 2, innlemmes følgende 9 sentre i den nye virksomheten under Helsedirektoratet:

- KORUS Oslo og KORUS Sør
- RVTS Øst og Sør
- RBUP Øst og Sør
- Nasjonalt kompetansesenter for kultur, helse og omsorg
- Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse
- Vivat

Sentrene som foreslås innlemmet i fase 2 er organisert ulikt. RVTS Øst og Sør, RBUP Øst og Sør er forankret i stiftelsen PILAR. Stiftelsen vil formelt bli oppløst i løpet av 2027. De øvrige sentrene er enten tilknyttet kommunal sektor eller private aktører.

Forslaget knyttet til innlemming av flere sentre i fase 2 innebærer bl.a. en helhetlig samling av samtlige kompetansentre innenfor fagområdene KORUS og RVTS. I tillegg innfases to kompetansesentre om barn og unges psykiske helse, RBUP Øst og RBUP Sør, i den nye virksomheten. Til sammen bidrar dette til at man får samlet ressurser og kompetanse innen sentrale fagområder som kommunal sektor har ansvaret for. Helse- og omsorgsdepartementet har vært i dialog med alle sentrene og berørte eiere. De budsjettmessige konsekvenser av forslagene knyttet til fase 2 vil bli fulgt opp i statsbudsjettet for 2028.

Helfo

Helfo er Helsedirektoratets ytre etat. Helfo sitt samfunnsoppdrag er å ivareta brukernes rettigheter og yte profesjonell service til behandlere og innbyggere gjennom veiledning og informasjon om helserefusjonsordningene. Virksomheten forvalter helserefusjonsordninger til en verdi av om lag 50 mrd. kroner. Det omfatter refusjon til helseaktører for behandling, refusjon for pasienters fri-

tak fra egenandeler og refusjon for bruk av legemidler og medisinsk forbruksmateriell. Helfo utfører også oppgjørstjenester for andre statlige aktører til en verdi av 9 mrd. kroner.

Resultater for 2025

Helfo hadde i 2025 stabil drift og høy tilgjengelighet, samtidig som virksomheten forvaltet om lag 50 mrd. kroner. Gjennomgangen av tjenesteområdene viser at innbyggerne og helseaktørene får oppfylt sine behov til rett tid og med god kvalitet. Målinger viser også meget høy brukertilfredshet.

Utvikling av tjenestene gjennom digitalisering

Helfo har i 2025 videreutviklet digitale tjenester for både innbyggere og helseaktører. Automatiseringsgraden for søknader om legemidler og næringsmidler økte til 89,5 prosent, noe som ga raskere saksbehandling og umiddelbare svar for mange brukere. Helfo har også bidratt i Digitaliseringsløftet og videreført arbeidet med modernisering av digitale løsninger, blant annet gjennom overgang til Altinn 3.0 og økt bruk av digitale selvbetjeningsløsninger.

Helfos chatbot på Helsenorge mottok om lag 235 000 henvendelser fra innbyggere i 2025 og hadde en løsningsgrad på 97,7 prosent. Det er i 2025 utviklet en talebot som lanseres i 2026. Nær 98 prosent av bestillingene av europeisk helsetrygdkort og om lag 97 prosent av alle fastlegebytter skjer digitalt på Helsenorge.

Informasjon og veiledning til innbyggere og helseaktører

En sentral oppgave for Helfo er å gi hjelp og veiledning om riktig takstbruk. Helfo har god tilgjengelighet for veiledningstjenesten for helseaktører. Tilgjengelighet for innbyggerne var lavere enn fastsatt målkrav første halvår, men iverksettelse av tiltak medførte måloppnåelse fra sommeren 2025 og ut året. Tjenesten har meget høy brukertilfredshet blant både innbyggerne og helseaktørene.

Saksbehandlingstider

Helfo oppnådde i 2025 gode resultater på saksbehandlingstid for flere sentrale ordninger. Kontroll og utbetaling av refusjonskrav til helseaktørene er automatisert og gir rask utbetaling. 99,7 prosent av refusjonskravene som gikk til manuell behandling ble utbetalt innen frist. På legemiddelområdet ble 97,1 prosent av søknadene om forhåndstilsagn behandlet innen frist. Helfo oppnådde også høy måloppnåelse innen behandling av søknader om helsetjenester i utlandet og rettighetsdokumenter med over 90 prosent behandling innen frist på flere ordninger.

Helfo oppnådde også høy måloppnåelse innen behandling av søknader om helsetjenester i utlandet og rettighetsdokumenter med over 90 prosent behandling innen frist på flere ordninger.

For klagesaker, etterkontroll og fristbrudd hadde Helfo imidlertid svakere måloppnåelse. Restansene økte både på klagesaker og saker som oversteg ytre grense for saksbehandlingstid, blant annet innen legemiddelområdet og etterkontroll. Helfos etterlevelsesarbeid er risikobasert og med bred sammensetning av ulike virkemidler. Det har i 2025 vært noe økning i antall etterkontrollsaker overfor helseaktører med høy risiko for feilbruk og misbruk av refusjonsordningene. For fristbruddsaker når et sykehus ikke kan gi behandling innen den lovpålagte fristen, skal Helfo kontakte pasienten og tilby behandling et annet sted. I 2025 var det kun 28 prosent av fristbruddpasientene som benyttet seg av et behandlingstilbud formidlet av Helfo. Mange pasienter svarte ikke på henvendelsen fra Helfo eller valgte å vente på det opprinnelige behandlingsstedet. 83 prosent av fristbruddsakene ble behandlet innen fristen på 10 virkedager. Helfo har i 2026 gjennomført en undersøkelse som gir oss mer informasjon om hvorfor pasientene ikke tar kontakt. Det vil bli gjennomført tiltak relatert til de funn som er gjort i undersøkelsen.

Post 01 Driftsutgifter

Bevilgningen dekker ordinære utgifter til lønn, godtgjørelse, varer og tjenester. Regjeringen foreslår å bevilge 1971 mill. kroner. Sammenlignet med saldert budsjett for 2026 er dette en økning på 414,2 mill. kroner. Økningen skyldes i hovedsak flytting av oppgaver til Helsedirektoratet, herunder innlemmelse av kompetansesentre og ansvar for vaksineforsyninger, som redegjort for nedenfor. Direktoratet får i tillegg noen øremerkede bevilgninger knyttet til nye oppgaver. Utover det reduseres bevilgningen med 19,7 mill. kroner for å styrke andre prioriterte områder. Utover generell pris- og lønnsjustering foreslås følgende endringer sammenlignet med saldert budsjett 2026:

– Bevilgningen foreslås økt med 253,7 mill. kroner mot reduksjon på kap. post 714.70, 732.72, 732.73, 732.74, 732.75, 765.74, 765.75, samt en

økning på 4,5 mill. kroner på kap. post 3740.02. Bevilgningen er knyttet til innlemmelse av kompetansesentrene innen KORUS og RVTS i Helsedirektoratet. Det vises til omtale under disse kapitler og poster.
- Det foreslås å flytte 48 mill. kroner fra kap. 745, post 01 knyttet til ny ordning for nasjonalt lager og distribusjon av vaksiner. Den nye ordningen innebærer at ansvaret for lager og distribusjon av vaksiner i program- og beredskapsvaksiner blir flyttet fra FHI til Helsedirektoratet.
- Bevilgningen foreslås økt med 14,6 mill. kroner til tekniske og sikkerhetsmessige behov for vaksineforsyning.
- Det foreslås å flytte 33,1 mill. kroner fra kap. 740, post 21 for forvaltningsoppgaver innen fagområdet kodeverk og standarder, inkludert lisenskostnader og myndighetsoppgaver som følger av helsedataforordningen.
- Det foreslås å flytte til sammen 31,9 mill. kroner fra kap. 701, post 21, kap. 702, post 21, kap. 703, post 21, kap. 714, post 21, kap. 760, post 21, kap. 765, post 21, kap. 781, post 21 og kap. 783, post 21, jf. omtale der. Flyttingen er en teknisk justering for å budsjettere løpende oppgaver på virksomheters ordinære driftsposter
- Det foreslås å øke bevilgingen med 8 mill. kroner. Bevilgningen skal understøtte etableringen av en personellmonitor for helse og omsorg, jf. Meld. St. 11 (2025–2026) *Helsepersonellplan 2040*.
- Bevilgningen foreslås økt med 6,6 mill. kroner som følge av manglende prisomregning.
- Bevilgningen foreslås økt med 1,7 mill. kroner mot at bevilgningen på Kommunal- og moderniseringsdepartementets kap. 575, post 60 reduseres tilsvarende, til oppbygging av kapasitet og kompetanse i Helsedirektoratet knyttet til planlagt overføring av toppfinansieringsordningen for ressurskrevende tjenester til Helse- og omsorgsdepartementet fra 2028.
- Bevilgningen foreslås økt med 1 mill. kroner til etablering og drift av sekretariat for Nasjonalt råd for prioritering og bærekraft.
- Det foreslås å flytte 7,1 mill. kroner til kap. 701, post 74 knyttet til økt tjenestebruk fra Norsk Helsenett.
- Bevilgningen foreslås redusert med 19,7 mill. kroner for å styrke andre prioriterte områder.
- Det foreslås å flytte 0,5 mill. kroner til Direktoratet for forvaltning og økonomistyring (DFØ) knyttet til økonomitjenester.
- Det foreslås å flytte 0,3 mill. kroner til kap. 1540 post 23 under Digitaliserings- og forvaltningsdepartementet knyttet til ny kostnadsfordelingsmodell for fellesløsninger i Digitaliseringsdirektoratet.

Endringer i vaksineforsyningen

Ansvaret for lager og distribusjon av vaksiner i program og beredskapsvaksiner blir fra 2027 flyttet fra Folkehelseinstituttet til Helsedirektoratet. Det foreslås å øke bevilgningen med 14,6 mill. kroner til tekniske og sikkerhetsmessige behov for vaksineforsyning. Det er nødvendig med ombygging for å tilfredsstille gjeldende lovkrav, i tillegg til at det er økte leiekostnader for lokalene, økt listekostnader, samt behov for teknisk oppgradering.

Nasjonalt råd for prioritering og bærekraft

Helsedirektoratet skal ivareta sekretariatsfunksjonen for Nasjonalt råd for prioritering og bærekraft. Rådet er en nasjonal arena for drøfting av prioriteringsspørsmål og utfordringer knyttet til bærekraftig utvikling av helse- og omsorgstjenesten.

Personellmonitor

Det foreslås å øke bevilgningen med 8 mill. kroner til etableringen av en personellmonitor for helse og omsorg i Helsedirektoratet. Personellmonitoren skal være et styrings- og oppfølgingsverktøy for tjenestene. Monitoren skal samle, systematisere og tilgjengeliggjøre et oppdatert kunnskapsgrunnlag om utviklingen i tilgang på, etterspørsel etter og eventuell mangel på personell, samt andre sentrale forhold av betydning for bemanningen i tjenestene. Helsedirektoratet har fått ansvar for koordinering, drift og videreutvikling av monitoren.

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 86,5 mill. kroner. Sammenliknet med saldert budsjett for 2026 er dette en reduksjon på 28,8 mill. kroner. Utover generell pris- og lønnsjustering foreslås følgende endringer sammenlignet med saldert budsjett 2026:
- Det foreslås å flytte 33,1 mill. kroner til kap. 740 post 01 knyttet til forvaltningsoppgaver innen kodeverk og standarder, jf. nærmere omtale der.

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 for midler 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 61 Oppgjørsordning for covid-19-vaksinering

Det ble i 2022 etablert en egen takst til fastleger som setter vaksiner mot Covid-19. Taksten utbetales av Helfo, som deretter krever refusjon fra kommunen jf. romertallsvedtak VII. Ordningen vil bli avviklet i 2027.

Post 62 Oppgjørsordning for vaksinasjonsprogram for voksne og risikogrupper

Posten omfatter oppgjørsordningen for voksenvaksinasjonsprogrammet, som forvaltes av Helfo. Ordningen håndterer det økonomiske oppgjøret mellom staten, kommunene og private vaksinatører for vaksiner som inngår i programmet. Formålet med ordningen er å sikre en effektiv oppgjørsløsning for gjennomført vaksinasjon og innkreving av egenbetaling, samtidig som hensynet til konfidensielle vaksinepriser ivaretas. Utgifter og inntekter knyttet til ordningen føres netto uten bevilgning, jf. forslag til romertallsvedtak.

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 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 inn betaling 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 ettersendes fra 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 2025	Saldert budsjett 2026	Forslag 2027
02	Diverse inntekter	52 592	36 368	42 214
04	Gebyrinntekter	34 873	32 101	33 289
05	Helsetjenester til utenlandsboende mv.	151 995	100 000	175 000
	Sum kap. 3740	239 460	168 469	250 503

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 42,2 mill. kroner. Sammenlignet med saldert budsjett for 2026 er dette en økning på 5,8 mill. kroner. Utover generell pris- og lønnsjustering foreslås det følgende endringer sammenlignet med saldert budsjett 2026:

– Bevilgningen foreslås økt med 4,5 mill. kroner knyttet til salg av publikasjoner og deltakelse på kurs og seminarer i forbindelse med innlemmelse av kompetansesentrene innen KORUS og RVTS i Helsedirektoratet.

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 33,3 mill. kroner. Sammenliknet med saldert budsjett for 2026 er dette en økning på 1,2 mill. kroner. Utover generell prisomregning er det ingen vesentlige endringsforslag sammenlignet med saldert budsjett for 2026.

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 175 mill. kroner. Sammenlignet med saldert budsjett for 2026 er dette en økning på 75 mill. kroner. Utover generell pris- og lønnsjustering foreslås det følgende endringer sammenlignet med saldert budsjett 2026:

– Bevilgningen foreslås økt med 75 mill. kroner.

Kap. 741 Norsk pasientskadeerstatning

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2025	Saldert budsjett 2026	Forslag 2027
01	Driftsutgifter	297 709	253 876	246 922
21	Spesielle driftsutgifter			8 000
70	Advokatutgifter	42 665	51 341	53 241
71	Særskilte tilskudd	40 072	37 202	38 578
	Sum kap. 741	380 446	342 419	346 741

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.

Etatens myndighet følger av pasientskadeloven med forskrifter. Etaten forvalter finansieringssystemene innenfor pasientskadeordningen. Det er fastsatt egne instrukser for fondene for hhv offentlig helsetjeneste og privat helsetjeneste.

Resultater for 2025

Norsk pasientskadeerstatning behandlet et rekordhøyt antall erstatningskrav i 2025. Antall mottatte krav økte fra 7 681 i 2024 til 8 382 i 2025, mens antall avslag økte fra 3 966 til 4 843. Antall medhold var om lag stabilt, fra 1 473 til 1 461, og medholdsandelen falt fra 27 til 24 prosent. Produktiviteten økte fra 67,2 til 76,3 produserte saker per årsverk fra 2024 til 2025, som følge av flere produserte saker og færre årsverk. Norsk pasientskadeerstatning vurderer at forenkling og effektivisering av saksbehandlingen har bidratt til at saksbehandlingstiden er holdt stabil eller redusert over tid, til tross for økende saksmengde. Omgjøringsandelen i klageorgan og domstoler lå fortsatt stabilt på mellom 2 og 3 prosent av avslagene som påklages, noe som etter virksomhetens vurdering ikke tyder på at effektivisering har gått ut over kvaliteten.

De viktigste utfordringene i 2025 var en sterk økning i sakstilgangen, og høy ressursbinding til digitaliseringsarbeid. Antall saker som ligger ubehandlet i påvente av ledig saksbehandlingskapasitet økte betydelig. Enkelte oppgaver måtte skyves på eller nedprioriteres, herunder ytterligere aktiviteter innen pasientsikkerhetsområdet og planleggingen av ny digital løsning for å søke erstatning. Norsk pasientskadeerstatning fortsatte arbeidet med å følge opp ekspertgruppens anbefalinger fra rapporten Riktig vedtak til rett tid (2024).

Norsk pasientskadeerstatning har i samarbeid med Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten over tid arbeidet med utvikling av et nytt saksbehandlingssystem, jf. Prop. 1 S (2022–2023), Prop. 1 S (2023–2024) og Prop. 1 S (2024–2025). Arbeidet har vært preget av flere forsinkelser. Saksbehandlingssystemet var planlagt ferdig utviklet og klar for bruk innen 1. kvartal 2025, men det viste seg ikke mulig. Arbeidet har derfor fortsatt i 2026, men det er foreløpig usikkert når systemet er klar til bruk. NPE har derfor jobbet med avbøtende tiltak for å sikre og tilrettelegge for saksbehandling fremover selv om nytt saksbehandlingssystem er forsinket.

Strategier og tiltak

Norsk pasientskadeerstatning skal behandle pasientskadesaker effektivt og sørge for at vedtatte erstatningskrav er underbygget av en pålitelig finansiert pasientskadeordning. Informasjon om pasientskadeordningen skal tydeliggjøres til relevante målgrupper.

Post 01 Driftsutgifter

Bevilgningen dekker ordinære utgifter til lønn, godtgjørelse, varer og tjenester. Regjeringen foreslår å bevilge 246,9 mill. kroner. Sammenlignet med saldert budsjett for 2026 er dette en reduksjon på 7 mill. kroner. Utover generell pris- og lønnsjustering foreslås det i tillegg følgende endringer sammenlignet med saldert budsjett 2026:

- Det foreslås å redusere bevilgningen med 6 mill. kroner for å styrke andre prioriterte områder.
- Det foreslås å flytte 8 mill. kroner til kap. 741, post 21 knyttet til videreutvikling av nytt saksbehandlingssystem og KI for effektivisering av saksbehandlingen.
- Det foreslås å flytte 0,1 mill. kroner til Direktoratet for forvaltning og økonomistyring (DFØ) knyttet til økonomitjenester.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Det foreslås å opprette post 21 for å synliggjøre bevilgning som er knyttet videreutvikling av saksbehandlingssystem og KI. Regjeringen foreslår å bevilge 8 mill. kroner.

- Det foreslås å flytte 8 mill. kroner fra kap. 741 post 01, jf. 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 eventuell klage over vedtak i Norsk pasientskadeerstatning til Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten/Pasientskadenemnda.

Regjeringen foreslår å bevilge 53,2 mill. kroner. Sammenlignet med saldert budsjett for 2026 er dette en økning på 1,9 mill. kroner. Utover generell prisomregning er det er ingen vesentlige endringsforslag sammenlignet med saldert budsjett for 2026.

Post 71 Særskilte tilskudd

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

Regjeringen foreslår å bevilge 38,6 mill. kroner. Sammenlignet med saldert budsjett for 2026 er dette en økning på 1,4 mill. kroner. Utover generell prisomregning er det er ingen vesentlige endringsforslag sammenlignet med saldert budsjett for 2026.

Kap. 3741 Norsk pasientskadeerstatning

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2025	Saldert budsjett 2026	Forslag 2027
02	Diverse inntekter	26 237	8 208	8 512
50	Premie fra private	48 778	26 018	26 018
	Sum kap. 3741	75 015	34 226	34 530

Post 02 Diverse inntekter

Inntektene på posten er relatert til en oppgjørsordning mellom Norsk pasientskadeerstatning og Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten. 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.

Regjeringen foreslår å bevilge 8,5 mill. kroner. Sammenlignet med saldert budsjett for 2026 er dette en økning på 0,3 mill. kroner. Utover generell prisomregning er det ingen vesentlige endringsforslag sammenlignet med saldert budsjett for 2026.

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 2026.

Kap. 742 Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2025	Saldert budsjett 2026	Forslag 2027
01	Driftsutgifter	222 875	197 030	202 352
21	Spesielle driftsutgifter, *kan overføres*	17 246	16 955	7 559
	Sum kap. 742	240 121	213 985	209 911

Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten er et ordinært forvaltningsorgan under Helse- og omsorgsdepartementet. Klageorganet overprøver vedtak fra 32 offentlige instanser, er sekretariat for tre uavhengige nemnder og forbereder ankesaker til Trygderetten.

Samfunnsoppdraget er å ivareta 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 prosessfullmektig når staten ved Pasientskadenemnda saksøkes og fører sakene for alle rettsinstanser. Klageorganet er partsrepresentant i søksmål på de øvrige saksområdene. Regjeringsadvokaten er prosessfullmektig i disse rettssakene.

Resultater 2025

Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten mottok totalt 4482 klagesaker i 2025 og behandlet 4083 saker. Organet mottok syv prosent flere klagesaker enn året før.

Pasientskadenemnda behandlet 2403 saker, om lag like mange som ble mottatt, og reduserte antallet eldre saker. Den gjennomsnittlige saksbehandlingstiden i pasientskadesaker var ved utgangen av året 12,9 måneder, mot 12,4 måneder året før.

Helfo-sakene hadde en relativt stabil gjennomsnittlig saksbehandlingstid med 10,9 måneder ved utgangen av året, selv om sakstilgangen økte med 10 prosent.

Statens helsepersonellnemnd behandlet 364 saker og opprettholdt en stabil gjennomsnittlig saksbehandlingstid til tross for 44 prosent økning i antall mottatte klagesaker.

I klagesaker om rett til behandling i utlandet gikk saksbehandlingstiden opp, fra 3,7 til 4,3 måneder, mens saksbehandlingstiden for andre klagesaker var stabil.

Utviklingen i 2025 viser samlet sett at virksomheten har opprettholdt høy produksjon og i hovedsak levert effektiv og forsvarlig saksavvikling, men med tydelige utfordringer på enkelte områder. Økt saksinngang og et etterslep særlig i saker fra Helfo og Helsedirektoratet har gjort det nødvendig å prioritere. Klagesakene blir stadig mer komplekse, spesielt på EØS-området og i vaksinesaker etter covid-19. I tillegg har antallet stevninger gått opp både på pasientskadeområdet og helserettsområdet. Innføringen av nytt saks- og arkivsystem ble også forsinket og bandt opp ressurser som ellers var planlagt brukt på andre oppgaver.

Sammen med Norsk pasientskadeerstatning har Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten arbeidet for å skifte ut nåværende saksbehandlingssystem. Se for øvrig omtale under norsk pasientskadeerstatning.

Strategier og tiltak

Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten skal ha en effektiv og tillitsvekkende saksbehandling av klagesaker, og skal fortsette arbeidet med å få ned saksbehandlingstidene. God informasjon til brukere og godt begrunnede avgjørelser er viktig.

Post 01 Driftsutgifter

Bevilgningen dekker ordinære utgifter til lønn, godtgjørelse, varer og tjenester. Regjeringen foreslår å bevilge 202,4 mill. kroner. Sammenlignet med saldert budsjett for 2026 er dette en økning på 5,3 mill. kroner. Utover generell pris- og lønnsjustering foreslås følgende endringer sammenlignet med saldert budsjett 2026:

– Det foreslås å flytte 0,1 mill. kroner til Direktoratet for forvaltning og økonomistyring (DFØ) knyttet til økonomitjenester.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Bevilgningen dekker utgifter til drift og forvaltning av IT-tjenester i samarbeid med Norsk pasientskadeerstatning. Regjeringen foreslår å bevilge 7,6 mill. kroner. Sammenlignet med saldert budsjett for 2026 er dette en reduksjon på 9,4 mill. kroner. Utover generell prisomregning foreslås følgende endringer:

– Det foreslås å redusere bevilgningen med 10 mill. kroner for å styrke andre prioriterte områder.

Kap. 3742 Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2025	Saldert budsjett 2026	Forslag 2027
50	Premie fra private	17 235	5 880	5 880
	Sum kap. 3742	17 235	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. Det er ingen vesentlige endringsforslag sammenlignet med saldert budsjett for 2026.

Kap. 745 Folkehelseinstituttet

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2025	Saldert budsjett 2026	Forslag 2027
01	Driftsutgifter	1 577 830	1 612 978	1 556 297
21	Spesielle driftsutgifter, *kan overføres*	434 706	202 399	258 688
45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, *kan overføres*	15 617	16 068	16 630
	Sum kap. 745	2 028 153	1 831 445	1 831 615

Folkehelseinstituttet skal 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, samt 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.

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. Folkehelseinstituttet skal utarbeide og løpende offentliggjøre statistikk fra registrene.

Folkehelseinstituttet skal ivareta drift, det administrative ansvaret, monitorering og videreutvikling av de nasjonale kreftscreeningprogrammene.

Vitenskapskomiteen for mat og miljø (VKM) er en tverrfaglig, uavhengig komité, med egne vedtekter fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet. Helse- og omsorgsdepartementet har oppnevnt en ny komité for perioden 2026–2030. Det er forventet at kunnskapsstøtteinstitusjonene legger til rette for at medarbeiderne deres kan delta i komiteer og fagpaneler tilknyttet VKM.

Resultat 2025

Folkehelseinstituttet var i 2025 opptatt av å arbeide for mer målrettet kunnskapsstøtte, styrket beredskap og mer tilgjengelige helsedata. Utviklingen gikk samlet sett i positiv retning, og sentrale tjenester som vaksinasjonsprogrammer, kreftscreening og kunnskapsstøtte ble videreført med god kvalitet.

Folkehelseinstituttet har hatt god gjennomslagsevne i internasjonale konkurranser om forskningsmidler. Folkehelseinstituttet fikk nær 289 millioner kroner i ekstern finansiering i 2025, som er en økning fra året før. EU-finansieringen økte særlig, og instituttet oppnådde en foreløpig suksessrate på om lag 31 prosent i evaluerte EU-søknader. Det er over tidligere års gjennomsnitt. Den eksterne finansieringen la grunnlaget for nye store prosjekter, blant annet Bio-NORD om biologiske trusler, finansiert av NordFORSK, myndighetssamarbeidet CancerWatch om raskere tilgang til kvalitetssikrede kreftregisterdata i Europa, og videreføring av BIS-programmet, finansiert av NORAD, for å styrke folkehelseinstitusjoner og helsesystemer i lav- og mellominntektsland.

Folkehelseinstituttet styrket også sin rolle som leverandør av kunnskaps- og beslutningsstøtte. Instituttet produserte kunnskapsoppsummeringer, mini-metodevurderinger og forskningsbaserte råd til kommuner, direktorater og departementer, med særlig vekt på kommunesektoren. I tillegg ble Folkehelserapporten videreutviklet som en sentral kanal for å formidle oppdatert kunnskap og statistikk, blant annet med et nytt kapittel om sykdomsbyrde. Resultatet av forrige evaluering fra Forskningsrådet viste dessuten at Folkehelseinstituttet forskningsmiljøer samlet sett leverte svært gode, til dels fremragende, resultater. Dette understreker at Folkehelseinsti-

tuttet i 2025 både styrket kvaliteten i forskningen og nytten av kunnskapen for politikk, tjenester og befolkning.

Jodberikningsprogrammet ble innført i 2025. Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet og Mattilsynet samarbeider om programmet som inkluderer informasjon til matbransje, befolkning og helsepersonell, tilpasning av regelverk, jevnlige kartlegginger av jod i mat, drikke og kosttilskudd, samt kartlegging av jodstatus i ulike grupper av befolkningen og av forekomst av stoffskiftesykdommer.

2025 var et år der Folkehelseinstituttet sto ovenfor et mer krevende trussel- og risikobilde, blant annet knyttet til biosikkerhet, digitale angrep, desinformasjon, internasjonal uro og press på internasjonalt helsesamarbeid. Instituttet styrket beredskaps- og krisehåndteringsevnen gjennom å videreutvikle og oppdatere planverket for de viktigste scenarioene, blant annet større smitteutbrudd, biologiske og kjemiske hendelser, alvorlige vaksinehendelser og større kjemikalieutslipp. Det ble gjennomført skrivebordsøvelser, en større smittevernøvelse hvor eksterne deltakere deltok i oppsummeringer og en større instituttøvelse knyttet til en digital hendelse i forbindelse med Øvelse Digital 2025. I tillegg deltok ansatte ved Folkehelseinstituttet i flere eksterne øvelser.

Folkehelseinstituttet hadde en sentral rolle i løpende håndtering av konkrete hendelser. Innen smittevern bidro instituttet med overvåking, risikovurdering, rådgivning og koordinert kommunikasjon i flere utbrudd og hendelser, blant annet et nasjonalt hepatitt A-utbrudd og et større lokalt utbrudd av tularemi. Instituttet har etablert et utbruddsregister for å håndtere utbrudd med karbapenemaseproduserende organismer (CPO), og for å møte den økende trusselen fra resistente mikrober mer effektivt.

På kjemikalie- og miljøområdet er Giftinformasjonen en viktig beredskapsfunksjon, og hadde over 50 000 henvendelser i 2025. Tjenesten håndterte blant annet alvorlige kjemikaliehendelser som etylenglykol i drikkevann på Grønland i Oslo, saken med forhøyet vitamin D i egg og flere saker om ulovlig asbest i bygningsmaterialer.

Videre styrket Folkehelseinstituttet den langsiktige beredskapen gjennom overvåking, laboratorieberedskap og nasjonalt og internasjonalt samarbeid. Kommunenes sykdomsoversikt, som gir kommuneoverlegene bedre oversikt over smittesituasjonen i kommunen, ble startet som pilot for syv kommuner i 2024. I 2025 var løsningen tatt i bruk av 180 kommuner. Instituttet videreutviklet arbeidet med helhetlig infeksjonsovervåking. Den mikrobiologiske beredskapen ble opprettholdt gjennom døgnkontinuerlig vaktordning og videre metodeutvikling for diagnostikk av alvorlige smittestoffer. Samtidig ble kunnskapsberedskapen styrket gjennom økt samarbeid med universiteter og forskningsmiljøer i Norge og Europa.

Voksenvaksinasjonsprogrammet ble innført i 2025 som et nytt, systematisk tilbud om vaksinasjon mot influensa, covid-19 og pneumokokksykdom til personer 65 år og eldre og andre risikogrupper. Året var preget av etablering av ordningen. Foreløpige resultater tyder på god oppslutning, særlig for influensavaksinasjon, der dekningen blant personer over 65 år var 69 prosent. Det ble etablert en påminnelsesordning som del av programmet. Tiltaket bidro til å understøtte gjennomføringen av det nye programmet og til mer systematisk oppfølging av målgruppene.

I 2025 har Folkehelseinstituttet videreutviklet tjenestene til Helsedataservice, forbedret søknadsprosessen og redusert saksbehandlingstiden for tilgang til helsedata. Tiden fra komplett søknad til utlevering av helsedata ble redusert fra tidligere 5–12 måneder til 3–6 måneder, samtidig som antall søknader til Helsedataservice økte med om lag 30 prosent.

Videre har instituttet videreutviklet tekniske løsninger for raskere å kunne sammenstille data fra Norsk pasientregister og Kommunalt pasient- og brukerregister til styringsformål. I 2025 har instituttet også arbeidet med å forberede rapportering om privatfinansiert aktivitet i Norsk pasientregister og Kommunalt pasient- og brukerregister. Det ble i 2025 også gjennomført arbeid for å inkludere data fra helsestasjon og skolehelsetjeneste om amming, vekt og gjennomførte konsultasjoner, og offentlig og privat tannhelsetjeneste i registeret, se nærmere omtale i kap. 760.

Instituttet fortsatte arbeidet for å inkludere data om legemiddelbruk ved institusjon i Legemiddelregisteret. Folkehelseinstituttet har i 2025 utviklet en innsynsløsning for innbyggere i Legemiddelregisteret på helsenorge.no.

Samarbeidet mellom Folkehelseinstituttet, Sikt (Kunnskapssektorens tjenesteleverandør) og Statistisk sentralbyrå er videreført i prosjektet *Raskere tilgang til registerdata for kunnskapsutvikling (2025–2028)*. Det pågår arbeid med å gjøre data fra Kreftregisteret og Norsk pasientregister tilgjengelig på microdata.no. Dette vil bidra til å gjøre helsedata enklere tilgjengelige for analyser. I tillegg vil microdata.no bidra til mer effektive søknadsprosesser via helsedata.no.

Folkehelseinstituttet har vurdert hvordan opplysninger om pasienters deltakelse i kliniske stu-

dier kan registreres i Norsk pasientregister, samt hvordan slike data kan inngå i automatiske uttrekk til bruk i styring, finansiering og rapportering. Helsedirektoratet og de regionale etiske komiteer har bidratt i arbeidet. Arbeidet er en del av oppfølgingen av regjeringens nye nasjonale handlingsplan for kliniske studier og klinisk forskning.

Folkehelseinstituttet klargjorde i 2025 datagrunnlaget for europeisk informasjonsutveksling om smitte- og beredskapskapasitet. Videre etablerte de prosjektet om uønskede pasienthendelser i helse- og omsorgstjenesten der målet er å beskrive datakvalitet og fremskaffe en nasjonal oversikt over hendelsene som grunnlag for et eventuelt nasjonalt register.

Regjeringen besluttet i 2025 å samle eksisterende løsninger for behandling av sensitive data ved universitetene i én nasjonal infrastruktur for sensitive data med virkning fra 1. januar 2026. Målet er at sensitive data skal kunne brukes tryggere og mer effektivt, og gjøre det lettere å bruke slike data til forskning, innovasjon og utvikling av helsetjenesten. Bevilgningen til formålet er fra 2026 samlet under kap. 275 post 21. I 2025 ble funksjonalitet og sikkerhet i infrastrukturen forbedret, blant annet for å forberede kommende krav i den europeiske helsedataforordningen.

Strategier og tiltak

Folkehelseinstituttet skal i 2027 fortsette innsatsen for å utvikle og formidle kunnskap om befolkningens helsetilstand, risikofaktorer, sykdomsbyrde og effektive folkehelsetiltak. Folkehelseinstituttet skal videre arbeide med å forenkle tilgang til helsedata og forbedre søknadsbehandlingen for å redusere saksbehandlingstiden. Folkehelseinstituttet skal òg bidra til effektiv og koordinert håndtering av helsetrusler gjennom tidlig oppdagelse, risikovurdering og rask kunnskapsstøtte.

Kunnskap og beslutningsstøtte

Kunnskapen skal understøtte myndighetenes politikkutforming, prioriteringer og tiltak for en bedre folkehelse og skal bidra til økt forståelse for utviklingstrekk i befolkningens helse og sentrale påvirkningsfaktorer. Kunnskapsgrunnlaget skal vektlegge og identifisere områder med stort forebyggingspotensial og tiltak med dokumentert effekt.

I 2027 vil innsatsen særlig rettes mot bedre kunnskapsgrunnlag for å forebygge psykiske plager, lidelser og rusmiddelproblemer, i tillegg til bedre kunnskapsgrunnlag om tiltak for økt fysisk aktivitet og for forebygging av overvekt og fedme. Videre er det ønskelig at Folkehelseinstituttet bidrar med bedre kunnskap om innvandrerhelse.

Instituttet skal også øke kunnskapen om organisering, finansiering og bemanning i helse- og omsorgstjenestene.

Folkehelseinstituttet skal se hen til regjeringens nye nasjonale handlingsplan for kliniske studier og klinisk forskning innenfor sine ansvarsområder, det inkluderer å bidra til planens mål om blant annet raskere tilgang til helsedata for sekundærbruk og tilgang til skreddersydd statistikk. Videre skal instituttet sørge for drift og videreutvikling av Nasjonalt nettverk for pandemiforskningsberedskap.

Arbeidet med utvikling av nytt IKT-system i livmorhalsprogrammet og IKT-oppgraderingen av mammografiprogrammet videreføres.

Folkehelseinstituttet har oppgaver knyttet til gjennomføring av EUs tobakksdirektiv, jf. kap. 714, post 22. Kostnadene for 2027 er estimert til 5,3 mill. kroner og dekkes gjennom gebyrinntekter fra tobakksindustrien, jf. kap. 3714, post 04.

Helsedata

Instituttet skal forberede innføring av helsedataforordning med nye myndighetsfunksjoner som nasjonalt koordinerende helsedatatilgangsorgan. Arbeidet med skreddersydd statistikk på legemiddelområdet og kvalitetsforbedringsprosjektet, som utgjør grunnlaget for et eventuelt register for uønskede pasienthendelser, videreføres.

Folkehelseinstituttet skal også fortsette arbeidet med modernisering av Norsk pasientregister og videreutvikling av Norsk pasient- og brukerregister, inkludert rapportering fra privatfinansierte helse- og omsorgstjenester. Departementet har satt i gang et arbeid med å vurdere lov- og forskriftsendringer for å utvide muligheten til å bruke data fra registrene til helsehjelp og for å legge bedre til rette for bruk av data til styring og kvalitetsutvikling på tvers av tjenestenivå.

Folkehelseinstituttet skal også bidra til satsingen om etablering av en innbyggerrettet offentlig KI-tjeneste for målrettede helseråd, jf. omtale under kap. 740.

Beredskap og sikkerhet

Beredskapsarbeidet skal understøtte myndighetenes og helsetjenestens evne til å håndtere kriser i et trusselbilde preget av økt risiko for utbrudd og smittehendelser inkludert antimikrobiell resis-

tens, samt sammensatte hendelser som truer liv og helse.

Folkehelseinstituttet skal bidra til effektiv og koordinert håndtering av helsetrusler gjennom tidlig oppdagelse, risikovurdering og rask kunnskapsstøtte. Beredskapsarbeidet skal understøtte myndighetenes og helsetjenestens evne til å håndtere kriser i et trusselbilde preget av økt risiko for utbrudd og smittehendelser, inkludert antimikrobiell resistens og sammensatte hendelser som truer liv og helse.

I 2027 vil innsatsen særlig rettes mot overvåkning av helsetrusler, rask tilgang på relevant pålitelig informasjon ved kriser, og styringssystemer som øker motstandskraften mot sammensatte trusler og hendelser.

Post 01 Spesielle driftsutgifter

Bevilgningen dekker ordinære utgifter til lønn, godtgjørelse, varer og tjenester. Regjeringen foreslår å bevilge 1 556,3 mill. kroner. Sammenliknet med saldert budsjett for 2026 er dette en reduksjon på 56,7 mill. kroner. Noen av reduksjonene er knyttet til flytting av virksomhet knyttet til vaksineforsyningen til Helsedirektoratet og andre tekniske flyttinger. Det foreslås i 2027 flere øremerkede tildelinger til særlige oppgaver på Folkehelseinstituttets budsjettkapittel. Samtidig er det finansielle handlingsrommet mindre enn tidligere år som følger av behovet for å styrke andre prioriterte oppgaver i sektoren.

Utover generell pris- og lønnsjustering foreslås det i tillegg følgende endringer sammenlignet med saldert budsjett 2026:

- Bevilgningen foreslås økt med 26 mill. kroner mot tilsvarende økning over kap. 3745, post 02, knyttet til økte gebyrer for utlevering av helsedata til sekundærformål.
- Bevilgningen foreslås økt med 10 mill. kroner til videreutvikling av Helsebiblioteket.
- Bevilgningen foreslås økt med 10 mill. kroner til investeringer og økte kostnader som følge av helsedataforordningen.
- Det foreslås å flytte til sammen 7 mill. kroner fra kap. 702, post 21 og kap. 714, post 21, jf. omtale der. Flyttingen er en teknisk justering for å budsjettere løpende oppgaver på virksomheters ordinære driftsposter.
- Bevilgningen foreslås økt med 4 mill. kroner til persontilpasset vaksineinformasjon på Helsenorge.
- Bevilgningen foreslås redusert med 59,5 mill. kroner for å styrke andre prioriterte områder.
- Det foreslås å flytte 48,8 mill. kroner til kap. 745, post 21, knyttet til eksternfinansiert virksomhet i forbindelse med innlemmelse av ny virksomhet i Folkehelseinstituttet i 2024.
- Bevilgningen foreslås redusert med 48 mill. kroner som flyttes til kap. 740, post 01 som følge av endringer i vaksineforsyningen, jf. omtale under kap. 740.
- Det foreslås å rammeoverføre 2 mill. kroner til Direktoratet for forvaltning og økonomistyring knyttet til lønns-, regnskaps- og økonomitjenester.

Persontilpasset vaksineinformasjon på Helsenorge

Det foreslås å øke bevilgningen til Folkehelseinstituttet med 4 mill. kroner for å videreutvikle dagens visningsløsning for vaksiner på Helsenorge med persontilpasset informasjon om vaksiner i program og andre aktuelle vaksinasjoner. Dette gjelder f.eks. vaksine mot TBE-virus i bestemte geografiske områder og oppfriskningsvaksinasjon mot stivkrampe, difteri, kikhoste og polio. Løsningen må utvikles i samarbeid med Norsk helsenett SF som vil ha utviklingskostnader på 3 mill. kroner i 2027, jf. kap. 701 post 70.

Videreutvikling av Helsebiblioteket

Det foreslås 10 mill. kroner til en trinnvis videreutvikling av Helsebiblioteket til en nasjonal infrastruktur for kunnskapsformidling i Folkehelseinstituttet, der det utvikles gode løsninger som gir helsepersonell god beslutningsstøtte basert på Helsebibliotekets kilder. Tilgang til oppdatert, relevant og anvendbar kunnskap er en grunnleggende arbeidsressurs i helse- og omsorgstjenesten. En nasjonal plattform for kunnskap og beslutningstøtte for helsepersonell i hele helse- og omsorgstjenesten kan bidra til at personellet raskere finner fram til pålitelig kunnskap. Kunstig intelligens gir nye muligheter for produksjon, oppsummering og mer målrettet formidling av kunnskap, tilpasset norske forhold. En videreutvikling av Helsebiblioteket til en nasjonal infrastruktur for kunnskapsformidling skal derfor utredes, samt utvikling av kunnskapsformidling støttet av kunstig intelligens. Dette vil også kunne understøtte behov for kunnskapskilder til løsning for kunstig intelligens på helsenorge.no (digital førstelinje), samt Medarbeiderløft.

Helsedataforordningen

Det foreslås 10 mill. kroner til investeringer og økte kostnader til forvaltning og drift av systemer og tjenester for å følge opp forordningen om det europeiske helsedataområdet (EHDS). Dette er viktig for å opprettholde utviklingen med redusert saksbehandlingstid for tilgjengeliggjøring av helsedata.

Økt saksvolum og økte gebyrer for utlevering av helsedata

Det foreslås å øke bevilgningen med 26 mill. kroner over kap. 745 post 01 mot tilsvarende økning i inntektskrav på kap. 3745 post 02 i forbindelse med økte gebyrer for utlevering av helsedata til sekundærformål hos Folkehelseinstituttet. Utviklingen i inntektskrav skyldes både en økning i timeprisen for utlevering av helsedata hos Folkehelseinstituttet, og en forventning om økt saksvolum i årene fremover.

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 258,7 mill. kroner. Sammenliknet med saldert budsjett for 2026 er dette en økning på 56,3 mill. kroner. Utover generell prisomregning foreslås følgende endringer:

– Det foreslås å flytte 48,8 mill. kroner fra kap. 745, post 01 knyttet til eksternfinansiert virksomhet i forbindelse med innlemmelse av ny virksomhet i Folkehelseinstituttet i 2024.

Kap. 3745 Folkehelseinstituttet

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2025	Saldert budsjett 2026	Forslag 2027
02	Diverse inntekter	494 047	290 333	327 075
	Sum kap. 3745	494 047	290 333	327 075

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 327,1 mill. kroner. Sammenliknet med saldert budsjett for 2026 er dette en økning på 36,7 mill. kroner. Utover generell prisomregning foreslås følgende endringer:

– Bevilgningen foreslås økt med 26 mill. kroner i forbindelse med økte gebyrer for utlevering av helsedata til sekundærformål, jf. omtale under kap. 745, post 01.

Kap. 746 Direktoratet for medisinske produkter

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2025	Saldert budsjett 2026	Forslag 2027
01	Driftsutgifter	549 036	458 591	516 408
21	Spesielle driftsutgifter, *kan overføres*	45 046	51 970	92 504
	Sum kap. 746	594 082	510 561	608 912

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. Regelverket for medisinsk utstyr gjelder også når det medisinske utstyret er software kunstig intelligens (KI). Direktoratet for medisinske produkter er utpekt som markedstilsyn etter helsedataforordningen i Norge.

Resultater for 2025

Direktoratet oppnådde betydelig reduksjon i saksbehandlingstiden for metodevurderinger og alle nye metodevurderinger ble ferdigstilt innen 180 dager for første gang på over ti år. For sykehuslegemidler ble gjennomsnittlig saksbehandlingstid redusert fra 240 dager i 2024 til 144 dager i 2025, og for blåreseptlegemidler fra 111 til 102 dager.

Direktoratet behandlet alle 143 søknader om klinisk utprøving av legemidler til mennesker innen frist, samtidig som antall søknader økte med 31 prosent fra året før. Direktoratet gjennomførte 42 nasjonale rådgivninger om klinisk utprøvning i 2025, dette var en nedgang fra 59 rådgivninger i 2024. På sikkerhetsområdet ble 119 av 133 planlagte tilsyn gjennomført, tilsvarende en gjennomføringsgrad på 90 prosent. Alle kritiske avvik ble fulgt opp. Innen forsyningssikkerhet mottok direktoratet 1 024 nye meldinger om forsyningsproblemer for legemidler til mennesker, hvorav 477 krevde videre oppfølging, og håndterte flere krevende mangelsituasjoner gjennom året.

I 2025 mottok Direktoratet for medisinske produkter (DMP) 5617 bivirkningsmeldinger av legemidler til mennesker, mot 6827 i 2024. I årene etter pandemien har DMP hatt en stor økning av bivirkningsmeldinger, Antall meldinger i 2025 er fremdeles høyere enn før pandemien.

Innen medisinsk utstyr økte saksmengden betydelig. Direktoratet registrerte 3008 hendelser totalt i 2025, mot 1945 i 2024. Økningen på 46 prosent skyldes hovedsakelig at enkelte produsenter endret terskelen for hvilke hendelser som skulle rapporteres.

Laboratoriet analyserte 14 legemidler og 254 vaksinepartier i 2025, mot 18 legemidler og 248 vaksinepartier i 2024. Det ble ikke avdekket alvorlige kvalitetsfeil. Direktoratet håndterte også 1258 meldinger om kvalitetssvikt, opp fra 1083 i 2024, og gjennomførte 23 tilbakekallinger fra apotek, mot 18 året før.

DMP styrket sin rolle som fagmyndighet innen medisinsk programvare og kunstig intelligens (KI). Direktoratet tilbød veiledning til utviklere av medisinsk utstyr med KI og programvare. De gjennomførte en omfattende kartlegging av programvare med og uten KI hos 82 virksomheter, til sammen 220 programvarer, og utførte fire inspeksjoner av programvareprodusenter. Tilsynene avdekket regelverksutfordringer knyttet til kvalifisering, klassifisering og overgangsbestemmelser, noe som viser viktigheten av ytterligere tilsynsaktivitet fremover.

Samtidig var det andre utfordringer i 2025, herunder var saksbehandlingstiden for utstedelse av markedsføringstillatelser for legemidler lenger enn ønskelig. Årsakene var økt saksmengde, underkapasitet i saksbehandlingsressurser og innføring av ny digital plattform for saksbehandling. Antall metodevurderinger gjennom internasjonalt samarbeid økte ikke, blant annet fordi produsentene viste begrenset interesse for felles nordiske vurderinger, og fordi det europeiske samarbeidet under nytt regelverk ennå ikke var fullt operativt.

Direktoratet har i 2025 styrket arbeidet med forsyningssikkerhet og beredskap gjennom bedre oversikt over forsyningskjedene, tettere samordning mellom sentrale aktører og videreutvikling av virkemidler for å forebygge og håndtere mangelsituasjoner. Beredskapslagrene hadde høy og stabil dekningsgrad gjennom året. Direktoratet håndterte 1024 nye meldinger om forsyningsproblemer for legemidler til mennesker, og det ble også utredet en ny sivil-militær forsynings- og beredskapsløsning for medisinske produkter. Resultatene trekker i retning av at styrkingen på forsyningssikkerhet og beredskap har bidratt til resultater i tråd med formålet.

Strategier og tiltak

Direktoratet for medisinske produkter skal i 2027 fortsette arbeidet for rask tilgang til medisinske produkter, sikkerhet ved og riktig bruk av medisinske produkter, og styrket forsyningssikkerhet og beredskap.

Direktoratet for medisinske produkter skal opprettholde saksbehandlingstider for metodevurderinger innen kravet på 180 dager. For å sikre mer bærekraft i arbeidet med metodevurderinger på sikt, skal direktoratet fortsette arbeidet med å vurdere hvordan metodevurderinger kan forbedres gjennom raskere og mer effektive prosesser, og gjennom styrket internasjonalt samarbeid.

I 2027 skal direktoratet særlig arbeide for mer helhetlige gjennomganger av terapiområder med sikte på å bedre tilpasse hvilke behandlinger som er mest effektive for den enkelte pasient og samtidig oppnå høyere utnyttelse av mer egnede legemidler. For å holde tritt med den raske teknologiutviklingen skal direktoratet i 2027 styrke sin rolle som en aktiv tilrettelegger og samarbeidspartner for aktører som ønsker og ta i bruk nye teknologier og løsninger. Direktoratet skal effektivisere sine prosesser og vurdere tiltak for å redusere saksbehandlingstiden, særlig knyttet til vurderinger av personvernkonsekvensvurderinger (DPIA) og regulatorisk veiledning. Direktoratet skal tilrettelegge for mer forutsigbare tidsfrister og en mer smidig veiledningstjeneste, for å bidra til at innovative og trygge løsninger raskere kan benyttes inn i helsetjenestene.

DMP skal prioritere forvaltningsoppgaver knyttet til bruk av KI i medisinsk utstyr og styrke sin kompetanse på området. Herunder skal direktoratet ivareta sine oppgaver overfor sektoren ved å tilby regulatorisk veiledning og innovasjonsstøtte, samt håndtere den økende kompleksiteten knyttet til KI integrert i medisinsk utstyr.

Ny forordning om sikkerhet for substanser av human opprinnelse (SoHO) trer i kraft i august 2027. Dette medfører betydelige endringer i tilsyn og forvaltning for virksomheter som håndterer blod, celler, vev og andre humane substanser til bruk i mennesker, og direktoratet skal sikre en trygg gjennomføring av forordningen.

Direktoratet skal bidra til at medisinske produkter er trygge og brukes riktig, og øke tilsynsaktiviteten ved apotek innenfor nødvendige handlingsrom.

Direktoratet skal se hen til regjeringens nasjonale handlingsplan for kliniske studier og klinisk forskning innenfor sine ansvarsområder. Direktoratet har et særlig ansvar for å bidra til effektive, forenklede og harmoniserte regulatoriske prosesser.

Helseberedskap er særlig høyt prioritert i lys av et mer krevende, alvorlig og uforutsigbart sikkerhetspolitisk risikobilde. Direktoratet skal i 2027 videreutvikle arbeidet med det utvidede ansvaret for forsyningssikkerhet for medisinske produkter.

EU-regelverk og felleseuropeiske prosesser blir stadig viktigere for direktoratets oppgaver. Direktoratet har fått flere sentrale lederroller internasjonalt og forventes å være en aktiv premissleverandør ved å bidra til mer effektive prosesser og bedre ressursutnyttelse. Arbeidet skal skje i tråd med føringene om rettferdig prioritering i helsetjenesten. Direktoratet skal prioritere forvaltning av regelverk innen eget ansvarsområde, både i tilknytning til prosesser i EU/EØS og i nasjonal oppfølging.

Direktoratet skal fortsatt sikre høy kvalitet i vurderinger, saksbehandling og prioriteringer, samtidig som saksflyt og ressursutnyttelse forbedres. Arbeidet med internkontroll og god økonomistyring i virksomheten er sentralt.

Post 01 Driftsutgifter

Bevilgningen dekker ordinære utgifter til lønn, godtgjørelse, varer og tjenester. Regjeringen foreslår å bevilge 516,4 mill. kroner. Sammenlignet med saldert budsjett for 2026 er dette en økning på 57,8 mill. kroner. Utover generell pris- og lønnsjustering foreslås følgende endringer:

- Bevilgningen foreslås økt med 27,1 mill. kroner knyttet til synliggjøring av inntektsfinansiert aktivitet.
- Bevilgningen foreslås økt med 12 mill. kroner for å gjennomføre helhetlige gjennomganger av terapiområder.
- Bevilgningen foreslås økt med 5 mill. kroner for økte forvaltningsoppgaver innenfor kunstig intelligens (KI).
- Bevilgningen foreslås økt med 4 mill. kroner mot tilsvarende økning over kap./post 3746.04 knyttet til endring i gebyr for søknader om klinisk utprøving.
- Bevilgningen foreslås økt med 3,35 mill. kroner knyttet til ny forordning om sikkerhet for substanser av human opprinnelse (SoHO).
- Bevilgingen foreslås økt med 3 mill. kroner til økte kostnader som følge av nye oppgaver som markedstilsyn for medisinske produkter.
- Bevilgningen foreslås økt med 3 mill. kroner knyttet til forsyningssikkerhet og beredskap, jf. gjennomføring av forordning (EU)2022/123 og Prop. 77 LS (2025-2026).
- Det foreslås å flytte 11,2 mill. kroner til kap. 701, post 74 knyttet til økt bruk av tjenestebruk fra Norsk helsenett SF.
- Bevilgningen foreslås redusert med 1 mill. kroner for å styrke andre prioriterte områder.

– Det foreslås å flytte 0,2 mill. kroner til Direktoratet for forvaltning og økonomistyring (DFØ) knyttet til økonomitjenester.
– Det foreslås å redusere bevilgningen med 0,1 mill. kroner mot tilsvarende økning over kap. 740, post 01 knyttet til feil plassering av prisomregning.

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 92,5 mill. kroner. Sammenlignet med saldert budsjett for 2026 er dette en økning på 40,5 mill. kroner. Utover generell pris- og lønnsjustering foreslås følgende endringer:
– Bevilgningen foreslås økt med 25 mill. kroner knyttet til synliggjøring av inntektsfinansiert aktivitet.
– Bevilgningen foreslås økt med 8 mill. kroner knyttet til oppbyggingen av IT-støtte for overvåkning av medisinske produkter, jf. gjennomføring av forordning (EU)2022/123 og Prop. 77 LS (2025-2026).
– Bevilgningen foreslås økt med 5,7 mill. kroner knyttet til investering i IT-system.

Kap. 3746 Direktoratet for medisinske produkter

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2025	Saldert budsjett 2026	Forslag 2027
02	Diverse inntekter	121 250	38 504	92 729
04	Registreringsgebyr	69 527	86 145	93 432
85	Overtredelsesgebyr og tvangsmulkt	163	2 750	2 750
	Sum kap. 3746	190 940	127 399	188 911

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, laboratoriesaker, trykksaker mv. Regjeringen foreslår å bevilge 92,7 mill. kroner. Sammenlignet med saldert budsjett for 2026 er dette en økning på 54,2 mill. kroner. Utover generell pris- og lønnsjustering foreslås følgende endringer:
– Bevilgningen foreslås økt med 52,1 mill. kroner knyttet til synliggjøring av inntektsfinansiert aktivitet
– Bevilgningen foreslås økt med 0,7 mill. kroner knyttet til rollen som SOHO myndighet.

Post 04 Registreringsgebyr

Bevilgningen dekker bl.a. registreringsgebyrer industrien betaler for å få behandlet søknader om markedstillatelse eller vurdering av utprøving av et legemiddel. Regjeringen foreslår å bevilge 93,4 mill. kroner. Sammenlignet med saldert budsjett for 2026 er dette en økning på 7,3 mill. kroner.

Utover generell pris- og lønnsjustering foreslås følgende endringer:
– Bevilgningen foreslås økt med 4 mill. kroner mot tilsvarende økning over kap./post 746.01 knyttet til endring i gebyr for søknader om klinisk utprøving
– Bevilgningen foreslås økt med 0,1 mill. kroner knyttet til rollen som SOHO myndighet.

Post 85 Overtredelsesgebyr og tvangsmulkt

Gjennom sitt tilsynsarbeid gir direktoratet 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 2026.

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 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 2025	Saldert budsjett 2026	Forslag 2027
01	Driftsutgifter	208 372	219 494	242 419
21	Spesielle driftsutgifter, *kan overføres*	5 729	15 778	20 362
45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, *kan overføres*	2 427	5 787	5 990
	Sum kap. 747	216 528	241 059	268 771

Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet (DSA) er fag- og forvaltningsmyndighet på områdene strålevern, atomsikkerhet, radioaktiv forurensning og avfall. Direktoratet 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. Direktoratet er nasjonalt referaselaboratorium 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 det øverste faglige organet når det gjelder sikkerhetsspørsmål 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 forvalter tilskuddsmidler under regjeringens atomhandlingsplan og Nansenprogrammet for Ukraina. Direktoratet er innstillende myndighet overfor Forsvarsdepartementet etter atomenergiloven når det gjelder anløp av militære reaktordrevne fartøy.

Resultater for 2025

Et overordnet mål for Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet i 2025 har vært å bidra til å beskytte befolkningen og miljøet mot skadelige virkninger av stråling. Resultatene i 2025 viser bl.a. at nivåene av radioaktiv forurensning i sjømat, vann og næringsmidler fortsatt er lave, og at stråledosene ved transport av radioaktivt materiale er lave for arbeidstakere og ubetydelige for allmennheten. Direktoratet har samtidig styrket beredskapen gjennom økt overvåking, øvelser og samordning med andre aktører, bl.a. ved overvåking av radioaktivitet i luft i nordområdene og oppfølging av anløp av reaktordrevne fartøy. På folkehelseområdet er arbeidet med å forebygge helseskader fra UV-stråling og radon videreført, bl.a. gjennom ny radonstrategi og nasjonal tilsynskampanje med radon i utleieboliger. Samlet bidrar dette til bedre vern av befolkningen, tryggere omgivelser og økt evne til å forebygge og håndtere hendelser.

Avvikling og dekommisjonering av atomanleggene

Avviklingen av de norske atomanleggene gikk inn i en ny fase i 2025. Atomanlegget i Halden ble overført fra Institutt for energiteknikk (IFE) til Norsk nukleær dekommisjonering (NND) 1. april 2025. DSA fulgte prosessen tett og ga nødvendig godkjenning til drift fra tidspunktet NND fikk konsesjon. Overføringen er en viktig milepæl i arbeidet med trygg, sikker og forsvarlig opprydding etter norsk atomvirksomhet.

I januar 2025 ble det avdekket materialslitasje i våtlageret for brukt atombrensel i Halden. Dette medførte økt risiko for en uønsket hendelse og behov for rask oppfølging. Direktoratet gjennomførte tilsyn med håndteringen av situasjonen og påla virksomheten å søke om strakstiltak for å bedre sikkerheten ved lageret. Det ble ikke målt økt stråling eller utslipp av radioaktive stoffer.

Etter at NND overtok ansvaret for anlegget, ble det gjennomført tiltak som Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet godkjente. Tiltakene bidro til å redusere risikoen ved anlegget, og gjorde det mulig å gjennomføre inspeksjon av atombrenselet senere i 2025. Direktoratet har hatt tett oppfølging av både IFE og NND i overgangsfasen, for å sikre forsvarlig lagring av brukt atombrensel, og for den videre dekommisjoneringen av anleggene.

Integrated Regulatory Review Service (IRRS)

Det internasjonale atomenergibyråets (IAEA) oppfølgende IRRS-gjennomgang ble gjennomført høsten 2025. Gjennomgangen viste god framdrift i Norges oppfølging siden 2019. De fleste anbefalingene fra forrige gjennomgang er nå lukket, flere av disse under forutsetning om at Norge følger disse konkret opp i de kommende år. IAEAs vurdering er at Norge har styrket det regulatoriske og forvaltningsmessige rammeverket for strålevern, atomsikkerhet og atomberedskap betydelig de siste årene.

Det ble i 2025 også lansert en nasjonal strategi for strålevern og atomsikkerhet. Strategien skal bidra til et mer samlet og langsiktig grunnlag for videre utvikling av strålevern, atomsikkerhet og beredskap.

Medisinsk diagnostikk og behandling

DSA godkjente i 2025 oppstart av protonbehandling ved Oslo universitetssykehus. Det gir kreftpasienter tilgang til en ny behandlingsform i Norge. DSA godkjente også stråleterapi ved nye Drammen sykehus. Det styrker behandlingstilbudet og bedrer tilgjengeligheten til strålebehandling. For å bidra til riktigere bruk av bildediagnostikk relanserte DSA i 2025 kampanjen «Ta riktig bilde av pasienten». Målet er å redusere unødvendige undersøkelser og bidra til bedre ressursbruk i helsetjenesten.

Strategier og tiltak

Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet skal arbeide for å gjøre Norge stråletrygt. For å understøtte dette skal direktoratet arbeide for god sikkerhet ved og trygg drift av atomanlegg i Norge. Dette inkluderer å sikre at nukleært materiale ikke kommer på avveie og at norske atomanlegg er beskyttet mot sikkerhetstruende virksomhet. Direktoratet skal gjennomføre tilsyn for å avdekke avvik og forebygge hendelser som kan få konsekvenser for liv og helse. Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet leder norsk atomberedskapsplanleggingen på etatsnivå. Atomberedskap er lys av utviklingen i verden viktigere enn tidligere, og er en prioritert oppgave for direktoratet.

Det skal jobbes med kontinuerlig overvåkning og tiltak som minimerer helse- og miljørisiko som følge av naturlig stråling og strålebruk i Norge. Dette kombineres med en streng forvaltning og målrettet tilsyn som sikrer at strålebruk i Norge skjer innenfor trygge rammer til samfunnets beste. Radioaktiv forurensning fra norske kilder skal være godt regulert for å unngå skader på helse og miljø.

Det er betydelig medisinsk strålebruk i Norge. Direktoratet skal bidra til at bruken er berettiget og bidra til å begrense overforbruk av bildediagnostikk som kan påføre pasienter unødig høye stråledoser. Det er prioritert å arbeide for god kvalitet og ivaretakelse av pasientsikkerhet innen medisinsk strålebruk. I tillegg ivaretas norske sikkerhetsinteresser gjennom et aktivt internasjonalt engasjement for å fremme global stabilitet, redusere trusselen fra masseødeleggelsesvåpen og forhindre at sensitivt materiale havner på avveie. Direktoratet skal samarbeide med andre lands myndigheter og skal øke kunnskap om radioaktive kilder og potensielle konsekvenser for Norge ved hendelser.

Opprydding etter nukleær virksomhet i Norge

Det prioriteres trygg, sikker og forsvarlig avvikling av og opprydning etter atomvirksomheten i Norge. Direktoratet skal ha tett oppfølging av IFE og NND for å ivareta sikkerheten ved de norske atomanleggene underveis i arbeidet med dekommisjoneringen. Direktoratet skal styrke sin rolle som tilsynsmyndighet og påse at vilkår og bestemmelser gitt i konsesjon blir fulgt. Direktoratet skal bidra til god fremdrift i dekommisjoneringen.

Atomberedskap

Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet leder norsk atomberedskapsplanleggingen på etatsnivå. Atomberedskap er lys av utviklingen i verden viktigere enn tidligere, og er en prioritert oppgave for direktoratet. Direktoratet skal prioritere økt planlegging og beredskap for atomhendelser som berører Norge, herunder å inkludere atomvåpenscenarioer i planleggingsgrunnlaget. Det skal jobbes mot å redde flest mulig liv ved atomhendelser.

Post 01 Driftsutgifter

Bevilgningen dekker ordinære utgifter til lønn, godtgjørelse, varer og tjenester. Regjeringen foreslår å bevilge 242,4 mill. kroner. Sammenlignet med saldert budsjett for 2026 er dette en økning på 22,9 mill. kroner. Utover generell pris- og lønnsjustering foreslås følgende endringer:

- Bevilgningen foreslås økt med 16 mill. kroner for å styrke direktoratets kapasitet som tilsynsmyndighet og til økt kapasitet og kompetanse til råd, veiledning og myndighetsutøvelse knyttet til avvikling av atomanlegg.
- Det foreslås å flytte 3 mill. kroner fra kap. 714, post 21 knyttet til faste oppgaver for direktoratet.
- Bevilgningen foreslås redusert med 1,6 mill. kroner for å styrke andre prioriterte områder.
- Det foreslås å rammeoverføre 0,5 mill. kroner til Direktoratet for forvaltning og økonomistyring knyttet for lønns-, regnskaps- og økonomitjenester.

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 2026 er dette en økning på 4,6 mill. kroner. Utover generell prisomregning foreslås følgende endringer:

- Bevilgningen foreslås økt med 4 mill. kroner knyttet til digitalisering av forvaltningen av atomenergiloven.

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 6 mill. kroner. Sammenlignet med saldert budsjett for 2026 er dette en økning på 0,2 mill. kroner. Utover generell prisomregning er det er ingen vesentlige endringsforslag sammenlignet med saldert budsjett for 2026.

Kap. 3747 Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2025	Saldert budsjett 2026	Forslag 2027
02	Diverse inntekter	5 654	15 567	16 143
04	Gebyrinntekter	50 346	48 861	50 669
	Sum kap. 3747	56 000	64 428	66 812

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 16,1 mill. kroner. Sammenlignet med saldert budsjett for 2026 er dette en økning på 0,6 mill. kroner. Utover generell prisomregning er det ingen vesentlige endringsforslag sammenlignet med saldert budsjett for 2026.

Post 04 Diverse inntekter

Bevilgningen er knyttet til inntekter fra gebyr for behandling av søknad om konsesjon etter atomenergiloven og tilsynsavgift ifb. oppfølging og drift av atomanlegg. Regjeringen foreslår å bevilge 50,7 mill. kroner. Sammenlignet med saldert budsjett for 2026 er dette en økning på 1,8 mill. kroner. Utover generell prisomregning er det ingen vesentlige endringsforslag sammenlignet med saldert budsjett for 2026.

Kap. 748 Statens helsetilsyn

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2025	Saldert budsjett 2026	Forslag 2027
01	Driftsutgifter	188 988	185 912	194 565
21	Spesielle driftsutgifter, *kan overføres*	7 844	11 396	11 818
	Sum kap. 748	196 832	197 308	206 383

Statens helsetilsyn og statsforvalterne utgjør den samlede tilsynsmyndigheten for helse- og omsorgstjenester, sosiale tjenester og barnevern. Gjennom tilsyn, rådgivning og behandling av klager bidrar tilsynsmyndigheten til at befolkningen får gode helse-, sosial- og barnevernstjenester når de trenger det, og til å styrke tryggheten og kvaliteten i tjenestene. Tilsynsmyndigheten skal påse at myndighetskrav etterleves, og påpeke alvorlige avvik eller svikt som har fått eller kan få alvorlig konsekvens for liv, helse eller velferd.

Resultater for 2025

Tilsynssaker

I 2025 ga Helsetilsynet 220 reaksjoner til helsepersonell, og konkluderte med brudd på helse- og omsorgslovgivningen overfor 16 virksomheter. Til sammen 171 autorisasjoner som gjaldt 165 helsepersonell ble tilbakekalt. Helsetilsynet anbefalte straffeforfølgning i én sak overfor påtalemyndigheten og anmeldte 12 helsepersonell til politiet for vurdering av mulig straffbart forhold.

Høsten 2025 ble det avdekket svikt i Helsetilsynets oppfølging av meldinger om reaksjoner mot helsepersonell i utlandet. Til sammen ble 127 saker tatt opp igjen til behandling. Av disse er 123 saker avsluttet, mens 4 saker fortsatt er under behandling. Per september 2026 har 63 personer fått tilbakekalt sin autorisasjon og 15 personer har fått begrenset i sin autorisasjon. Helsetilsynet har iverksatt flere tiltak for bedre styring og oppfølging av arbeidet med utenlandssaker, herunder tydeligere ansvarslinjer, nye rutiner, standardiserte arbeidsprosesser, faste kontrollpunkter og systematisk oppfølging av alle saker. Det gir redusert risiko for at uegnet helsepersonell fra utlandet i fremtiden får praktisere i Norge.

Helsetilsynet behandler søknader fra helsepersonell om ny eller begrenset autorisasjon og/eller rekvireringsrett. Helsetilsynet innvilget 60 søknader helt eller delvis, og avslo 69. Tallene på innvilgelse og avslag har vært relativt stabile de siste årene.

Det ble oversendt 65 klager på vedtak til Statens helsepersonellnemnd i 2025. Det er flere enn de to foregående årene. Kun en liten andel av vedtakene er blitt omgjort eller endret. Omgjøringene har ikke ført til større praksisendringer i Helsetilsynet, men en årlig gjennomgang er nyttig med tanke på et eventuelt behov for dette.

Planlagte tilsyn

Det landsomfattende tilsynet med barnevernstjenestenes undersøkelser ble videreført i 2025, og ca. 80 pst. av landets barnevernstjenester hadde gjennomført første egenkontroll ved utgangen av året. Tilsynsaktiviteten er en frivillig egenkontroll, og Helsetilsynet er svært fornøyd med oppslutningen i landets kommuner. Kommunene melder at de med denne tilsynsinnrettingen får eierskap til egne sviktområder og setter i gang tiltak for forbedring.

Det landsomfattende tilsynet med Nav-kontorenes ansvar for økonomisk rådgivning til personer i en vanskelig økonomisk situasjon foregikk i 2024 og 2025. Det ble gjennomført 67 tilsyn og konkludert med lovbrudd i 68 pst. av tilsynene. Tilsynsfunnene vil bli publisert i 2026.

Satsingen på tilsyn med helsetjenester til eldre ble videreført i 2025. Tilsynet med bruk av medisindispensere hos hjemmeboende eldre avdekket lovbrudd i 29 av 51 kommuner. Bruk av medisindispensere kan styrke pasientsikkerheten, men de innebærer også risiko som kommunene må ta høyde for i sin planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigering av tjenestene. Tilsynet bidro med læringspunkter som kan brukes i kvalitets - og forbedringsarbeid også i andre kommuner.

Landsomfattende tilsyn med ivaretakelse av grunnleggende behov hos hjemmeboende personer over 75 år ble startet i 2025, og pågår ut 2027. Resultatet av en gjennomført spørreunder-

søkelse pekte mot risiko for at forverring i pasientgruppens helse- og funksjonsnivå ikke fanges opp tidsnok. Metoden ble valgt for å nå bredest mulig ut og stimulere tjenestene til eget forbedringsarbeid.

Det landsomfattende tilsynet med selvmordsforebygging i psykisk helsevern for voksne i 2025 avdekket flere kritiske områder som krever oppmerksomhet og forbedring for å bedre pasientsikkerheten og redusere risikoen for selvmord blant pasienter med depresjon.

Varsler om alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenesten

Helsetilsynet mottok 2 092 varsler om alvorlige hendelser i 2025. Antallet varsler fra helse- og omsorgstjenesten har vært relativt stabilt de siste årene. Omtrent halvparten av de varslede hendelsene ble oversendt til statsforvalterne for vurdering og eventuell videre tilsynsmessig oppfølging. Helsetilsynet gjennomførte tilsynsmessig oppfølging i 14 saker etter varsler om alvorlige hendelser. Dette gjaldt både forhold i kommunale helse- og omsorgstjenester, i spesialisthelsetjenesten og samhandlingen mellom nivåene, og ga viktige læringspunkter for forbedring i tjenestene, blant annet knyttet til kommunikasjon og informasjonsoverføring mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

Helsetilsynet deltar i samordningsorganet for pasientsikkerhet sammen med Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet og Direktoratet for medisinske produkter. Samordningsorganet utarbeider årlig statusrapport på pasientsikkerhet som grunnlag for samordnet innsats på utvalgte områder.

Øvrige tilsyn som Statens helsetilsyn selv utfører

Erfaringene fra tilsyn etter regelverk for blod, celler, vev og organer viste at de fleste virksomheter i Norge har god kjennskap til regelverket og arbeider systematisk for å etterleve kravene i lov og forskrift.

I 2025 har Helsetilsynets arbeid med IKT vært rettet mot tilsyn med velferdsteknologi, oppfølging av henvendelser og faglig støtte knyttet til nasjonale e-helseløsninger, journalsystemer og velferdsteknologi. Økt digitalisering og større avhengighet av IKT-løsninger i tjenestene stiller høyere krav til styring, kvalitet og informasjonssikkerhet, og dermed påvirker tilsynets innretning.

I 2025 behandlet og avsluttet Helsetilsynet to tilsynssaker som gjaldt medisinsk og helsefaglig forskning. Formålet med tilsynene har vært å fremme god og etisk forsvarlig medisinsk og helsefaglig forskning i tråd med helseforskningsloven.

Helsetilsynet fortsatte satsingen på tilsyn med helse- og omsorgstjenester til eldre. I 2025 startet de opp to tilsyn knyttet til denne satsingen; Ivaretakelse av grunnleggende behov hos eldre som bor hjemme, og delirium hos eldre pasienter innlagt i sykehus. Arbeider fortsetter i 2026.

Statsforvalternes klagesaksbehandling

Statsforvalterne skal prioritere saker hvor det er viktig å gripe inn raskt, og der konsekvensene av svikt er alvorlige. I 2025 avsluttet statsforvalterne 1295 klagesaker innen barnevernet, der hovedtyngden var klager fra barn i barnevernsinstitusjoner. Det ble avsluttet 4811 klagesaker om sosiale tjenester og 9964 klagesaker om manglende oppfyllelse av rettigheter innen helse- og omsorgstjenester. Antall rettighetsklager har økt på alle områder, med en særlig stor økning på sosialområdet, 45% på landsbasis. Helsetilsynet har fulgt utviklingen tett og har derfor hatt søkelys på arbeid som bidrar til å redusere uønsket variasjon mellom embetene og sikre at like saker behandles likt uavhengig av innbyggernes bosted. I 2025 identifiserte tilsynet variasjoner mellom embetene i økning av antall innkomne saker, i restansesituasjon, saksbehandlingstid og saksutfall.

Før kommunen kan sette i verk tvangstiltak for å avverge skade eller for å dekke grunnleggende behov overfor personer med utviklingshemning, skal statsforvalteren overprøve vedtaket. I 2025 overprøvde statsforvalterne 2380 vedtak og godkjente 89 pst. av vedtakene.

Det ble gjennomført 120 stedlige tilsyn for å kontrollere tvangsbruk, en betydelig nedgang fra året før. Antall stedlige tilsyn er for få, og høy saksinngang og prioritering av ressursene hos statsforvalteren er en del av årsaken til dette. I tilsynene som er gjennomført blir det påpekt flere lovbrudd. Statsforvalterne gjennomgikk 5717 vedtak om tvungen helsehjelp i 2025 og etterkontrollerte 2023 vedtak med varighet utover tre måneder. Dette gjelder i hovedsak pasienter med demens eller utviklingshemming. De hyppigst anvendte typene tvangstiltak er tilbakeholdelse i institusjon, pleie (tannpuss, vask o.l.), bevegelseshindrende tiltak, og bruk av reseptbelagte legemidler.

Statens helsetilsyn har etter utlendingslovens § 95 det overordnede ansvaret for tilsynet med omsorgen for enslige mindreårige asylsøkere som bor i asylmottak. I 2025 ble det gjennomført 12 tilsyn på asylmottak der det bodde til sammen 189 barn.

Felles fagsystem og data og analyseplattform

Helsetilsynet startet i 2025 grunnarbeidet med utvikling av nytt felles fagsystem samt data- og analyseplattform for Helsetilsynet og statsforvalterne, i tett samarbeid med embetene og Statsforvalternes fellestjenester (STAF).

Strategier og tiltak

Statens helsetilsyn skal i 2027 arbeide videre med å utvikle et nytt felles fagsystem samt data- og analyseplattform. Dette skal legge bedre til rette for like arbeidsprosesser og automatiserte digitale løsninger hos statsforvalterne og for analysearbeid. Data fra tilsynsarbeidet gir kunnskap om risiko og svikt både lokalt og nasjonalt, og kan brukes som grunnlag for prioritering, læring og forbedring i tjenestene

Statens helsetilsyn skal gjennom sine virkemidler og aktiviteter bidra til læring og forbedring i tjenestene. En sentral prioritering fremover er derfor at tjenestene skal involveres i eget utviklingsarbeid og slik at tryggheten og kvaliteten i tjenestene styrkes.

Økende grad av digitalisering og flere lovverk som stiller krav til digitaliseringen øker behovet for kapasitet og kompetanse om tilsyn på digitaliseringsområdet for å sikre digital sikkerhet i helse- og omsorgstjenesten. Helsetilsynet er derfor utpekt som tilsynsmyndighet etter digitalsikkerhetsloven og skal føre tilsyn med virksomheter som omfattes av loven, og vil gjennom den rollen overvåke og følge opp hendelser og veilede virksomheter underlagt loven.

Ny forordning om sikkerhet for substanser av human opprinnelse (SoHO) trer i kraft i august 2027. Departementet vil vurdere om oppgaver knyttet til SoHO samles hos DMP og at relaterte oppgaver og ressurser overføres fra Helsetilsynet til DMP med virkning fra 1. juli 2027.

Post 01 Driftsutgifter

Bevilgningen dekker ordinære utgifter til lønn, godtgjørelse, varer og tjenester. Regjeringen foreslår å bevilge 194,6 mill. kroner. Sammenlignet med saldert budsjett for 2026 er dette en økning på 8,7 mill. kroner. Utover generell pris- og lønnsjustering foreslås følgende endringer:

- Bevilgningen foreslås økt med 9 mill. kroner knyttet til tilsyn på digitaliseringsområdet.
- Bevilgningen foreslås redusert med 5,3 mill. kroner for å styrke andre prioriterte områder.
- Bevilgningen foreslås redusert med 0,1 mill. kroner knyttet til korrigering av feilaktig prisjustering knyttet til tilsyn med norskledede helsetjenester til norsk personell i militære operasjoner i utlandet.
- Det foreslås å flytte 0,1 mill. kroner til Direktoratet for forvaltning og økonomistyring (DFØ) knyttet til økonomitjenester.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Bevilgningen dekker arbeidet med å utarbeide et nytt, felles fagsystem og dataplattform for Statens helsetilsyn og statsforvalterne. Regjeringen foreslår å bevilge 11,8 mill. kroner. Sammenlignet med saldert budsjett for 2026 er dette en økning på 0,4 mill. kroner. Utover generell prisomregning er det er ingen vesentlige endringsforslag sammenlignet med saldert budsjett for 2026.

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 2025	Saldert budsjett 2026	Forslag 2027
02	Diverse inntekter	1 000	1 123	1 037
	Sum kap. 3748	1 000	1 123	1 037

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 mill. kroner. Sammenliknet med saldert budsjett for 2026 er dette en reduksjon på 0,1 mill. kroner. Utover generell prisjustering foreslås følgende endringer sammenlignet med saldert budsjett 2026:

– Bevilgningen foreslås redusert med 0,1 mill. kroner. Overføringer fra Forsvarsdepartementet er avtalefestet til 1 mill. kroner.

Utover generell prisomregning er det er ingen vesentlige endringsforslag sammenlignet med saldert budsjett for 2026.

Kap. 749 Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2025	Saldert budsjett 2026	Forslag 2027
01	Driftsutgifter	44 152	42 143	40 116
	Sum kap. 749	44 152	42 143	40 116

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 bidra til læring og forebygging av alvorlige hendelser. Undersøkelseskommisjonen skal ikke ta stilling til sivilrettslig eller strafferettslig skyld og ansvar. Undersøkelseskommisjonen avgjør selv hvilke saker som skal undersøkes, og hvordan undersøkelsene skal gjennomføres.

Resultater for 2025

Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten publiserte tre rapporter i 2025. Rapportene omhandlet ytringsklima, pasientsikkerhet for personer med alvorlig utviklingshemming og systemperspektiv i gjennomganger av alvorlige uønskede hendelser. Samtidig ble fire planlagte undersøkelser utsatt til 2026. Undersøkelseskommisjonen gjennomførte 62 eksterne foredrag og innlegg i 2025, og bidro på konferanser og læringsarenaer knyttet til pasientsikkerhet. Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten har i 2025 også arbeidet videre med metodeutvikling, kompetansebygging og styrket brukerinvolvering.

Strategier og tiltak

Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten skal gjennom undersøkelser av alvorlige hendelser og andre alvorlige forhold bidra til læring, forebygging og økt pasient- og brukersikkerhet i helse- og omsorgstjenesten. Gjennomføring av undersøkelser og formidling av erfaringer og læringspunkter fra arbeidet er en prioritert oppgave for undersøkelseskommisjonen.

Som oppfølging av Prop. 121 L (2024–2025) jf. Innst. 459 L (2024–2025) er det gjennomført en evaluering av Statens- undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten. Evalueringen belyser undersøkelseskommisjonens arbeid og praksis, måloppnåelse og nytteverdi for en undersøkelseskommisjon så langt, samt spørsmålet om en eventuell sammenslåing med Statens helsetilsyn. Evalueringen viser at undersøkelseskommisjonen har levert på sentrale deler av sitt mandat og oppfattes som en læringsaktør som har bidratt til økt oppmerksomhet om pasientsikkerhet i sektoren. Samtidig peker evalueringen på at både produksjonsvolumet (antall rapporter) og kostnadseffektiviteten har vært svakere enn forventet. Undersøkelseskommisjonen har levert 27 rapporter i løpet av seks år og kostnad per rapport er estimert til om lag 8,27 mill. kroner. I evalueringen vurderes nytten av undersøkelseskommisjonen som moderat og ujevnt fordelt. Det er eksempler på at undersøkelseskommisjonen har bidratt til lokale praksisendringer i tjenesten, men nytten i form av bredere systemisk gjennomslag og bidrag til nasjonale styringsprosesser er begrenset. Departementet vil vurdere videre oppfølging av funnene fra evalueringsrapporten.

I 2027 skal Statens- undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten sørge for forbedringer i kostnadseffektiviteten i egen drift.

Post 01 Driftsutgifter

Bevilgningen dekker ordinære utgifter til lønn, godtgjørelse, varer og tjenester. Regjeringen foreslår å bevilge 40,1 mill. kroner. Sammenlignet med saldert budsjett for 2026 er dette en reduksjon på 2 mill. kroner. Utover generell pris- og lønnsjustering foreslås følgende endringer:

– Bevilgningen foreslås redusert med 3,1 mill. kroner for å styrke andre prioriterte områder.

Programkategori 10.60 Kommunetjenesten

Utgifter under programkategori 10.60 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)

Kap.	Betegnelse	Regnskap 2025	Saldert budsjett 2026	Forslag 2027	Endring i pst.
760	Kommunale helse- og omsorgstjenester	7 351 972	7 027 554	7 072 061	0,6
765	Psykisk helse, rus og vold	2 652 241	2 341 762	2 150 715	-8,2
	Sum kategori 10.60	10 004 213	9 369 316	9 222 776	-1,6

Utgifter under programkategori 10.60 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)

Postgr.	Betegnelse	Regnskap 2025	Saldert budsjett 2026	Forslag 2027	Endring i pst.
01–29	Statens egne driftsutgifter	549 265	638 311	471 132	-26,2
50–89	Overføringer til andre	9 454 948	8 731 005	8 751 644	0,2
	Sum kategori 10.60	10 004 213	9 369 316	9 222 776	-1,6

Endringsforslag, ut over gjennomgående budsjettiltak omtalt i del I:

- 352,4 mill. kroner i økt bevilgning til investeringstilskudd til heldøgns omsorgsplasser, der 406,4 mill. kroner er knyttet til første års utbetaling av en tilsagnsramme på 4 064 mill. kroner i 2027. Samtidig er bevilgningen redusert med 54 mill. kroner knyttet til budsjettert utbetaling av prosjekter med tilsagn om tilskudd fra tidligere år.
- 127,2 mill. kroner til omstillingstilskudd til kommunene, mot at bevilgningen til helseteknologi over kap. 701, post 60 reduseres tilsvarende.
- 60 mill. kroner i økt bevilgning til utvikling, tilpasning og etablering av kunnskapsbaserte lavterskeltilbud innen psykisk helse- og rusmiddelfeltet, som en del av opptrappingsplanen for psykisk helse.
- 84,7 mill. kroner i økt bevilgning til tiltak i Helsepersonellplan 2040, hvorav 44,7 mill. kroner til nytt omstillingstilskudd til kommuner. Det foreslås til sammen 681,7 mill. kroner til omstillingstilskuddet i 2027.
- 21,2 mill. kroner i økt bevilgning til rekrutteringsprogrammet for unge utenfor arbeid og utdanning.
- 13,3 mill. kroner i økt bevilgning til systematisk samhandling mellom Arbeids- og velferdsetaten og kommunehelsetjenesten, som en del av opptrappingsplanen for psykisk helse.
- 12 mill. kroner i økt bevilgning til arbeid med bedre beslutningsstøtte for sykmeldere.
- 10 mill. kroner til handlingsplan for å heve levealderen, som en del av opptrappingsplanen for psykisk helse.
- 6 mill. kroner i økt bevilgning til tilskudd til ønsketransporten.
- 2 mill. kroner i økt bevilgning til undersøkelse om tidsbruk hos helsepersonell.
- 1 mill. kroner flyttet fra Barne- og familiedepartementets kap. 846, post 33 til finansiering av

helsestasjons- og skolehelsetjenesten på Svalbard.
- 218,8 mill. kroner i redusert bevilgning gjennom redusert vertskommunetilskudd HVPU for å styrke andre prioriterte tiltak.
- 81,9 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til frafall av beboere i vertskommunetilskuddet HVPU.
- 29,2 mill. kroner i redusert bevilging til kompensasjonsordningen for renter og avdrag som følge av redusert rentebetaling.
- 20 mill. kroner i redusert bevilgning til spesielle driftsutgifter til uspesifiserte tiltak rettet mot de kommunale helse- og omsorgstjenestene.
- 13,9 mill. kroner i redusert bevilgning til Saminor 3 mot at bevilgningen til Hunt5 på kap. 714, post 79 økes tilsvarende.
- 12,7 mill. kroner i redusert bevilgning til tverrfaglig videreutdanning i psykososialt arbeid med barn og unge, for å styrke andre prioriterte tiltak.
- 12 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten, for å styrke andre prioriterte tiltak.
- 10 mill. kroner i redusert tilskudd til Stiftelsen Amathea, som følge av særskilt tilskudd i 2026.
- 5,9 mill. kroner i redusert bevilgning for å styrke andre prioriterte tiltak, knyttet til avvikling av bevilgning til lindrende behandling og omsorg ved livets slutt.
- 5,1 mill. kroner i redusert bevilgning til Digi ung og ung.no for å styrke andre prioriterte tiltak. Det vises også til forslag om flytting av bevilgning til kap. 701, post 21.
- 5 mill. kroner i redusert tilskudd til Camphill landsbystiftelse, for å styrke andre prioriterte tiltak.
- 5 mill. kroner i redusert bevilgning til Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse, for å styrke andre prioriterte tiltak.
- 4,9 mill. kroner i redusert bevilgning for å styrke andre prioriterte tiltak, knyttet til avvikling av tilskuddordningen til Narkotikaprogram med domstolskontroll.
- 4,8 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til nedleggelse av Oslo fengsel, Grønland.
- 4,4 mill. kroner i redusert tilskudd til NOKLUS.
- 3 mill. kroner i redusert bevilgning til Det finnes hjelp, for å styrke andre prioriterte tiltak.
- 2,2 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til arbeidet med demensplan, for å styrke andre prioriterte tiltak.
- 2,1 mill. kroner i økt bevilgning knyttet til utvidelse av Innlandet fengsel.
- 2 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til oppfølgingen av bo trygt hjemme-reformen, for å styrke andre prioriterte tiltak.
- 2 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til kompetanseløft 2025, for å styrke andre prioriterte tiltak.
- 2 mill. kroner i redusert bevilgning til arbeidet med å forebygge at barn og unge utøver vold eller overgrep, for å styrke andre prioriterte tiltak.
- 2 mill. kroner i redusert bevilgning til implementering av nasjonal veileder for psykisk helsearbeid for voksne, for å styrke andre prioriterte tiltak.
- 1,9 mill. kroner i redusert bevilgning for å styrke andre prioriterte tiltak, knyttet til avvikling av bevilgning til smittevern over posten.
- 1,6 mill. kroner i redusert bevilgning for å styrke andre prioriterte tiltak, knyttet til avvikling av bevilgning til tolkelovsatsing.
- 1,5 mill. kroner i redusert bevilgning til oppfølgingen av Meld. St. 23 (2024–2025) *Fornye, forsterke, forbedre – Fremtidens allmennlegetjeneste og akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus*, for å styrke andre prioriterte tiltak.
- 1,5 mill. kroner i redusert bevilgning til arbeid med forebygging, tidlig oppdagelse, tidlig intervensjon og behandling av spiseforstyrrelser, for å styrke andre prioriterte tiltak.
- 1,4 mill. kroner i redusert bevilgning til digitale verktøy innen psykisk helse, for å styrke andre prioriterte tiltak.
- 1,4 mill. kroner i redusert bevilgning til utprøving av kommunal nettlege i tråd med anslått behov.
- 1,2 mill. kroner i redusert tilskudd til lindrende enheter.
- 1 mill. kroner i redusert tilskudd til Verdighetssenteret.
- 1 mill. kroner i redusert bevilgning til habilitering og rehabilitering.
- 1 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til fallforebyggende arbeid. Bevilgningen foreslås avviklet.
- 1 mill. kroner i redusert bevilgning til seksuell helse.
- 1 mill. kroner i redusert bevilgning til rask psykisk helsehjelp.
- 1 mill. kroner i redusert bevilgning til arbeidet med opptrappingsplanen for psykisk helse.
- 1 mill. kroner i redusert bevilgning til arbeid mot overdoser.

- 1 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til avvikling av midler til rådgivende enheter for russaker.
- 1 mill. kroner i redusert bevilgning til kunnskapsbaserte mestringskurs.
- 0,9 mill. kroner i redusert bevilgning til tiltak for å styrke samarbeidet mellom helse- og omsorgstjenester og barnevern om helsetilbudet til barn i barnevernet.
- 0,5 mill. kroner i redusert bevilgning til oppfølging av tiltak i oppvekstmeldingen.
- 0,2 mill. kroner i redusert bevilgning til pasient-, bruker- og pårørendeundersøkelser.
- 212,9 mill. kroner flyttet til kap. 740, post 01 knyttet til ny virksomhet i Helsedirektoratet, for en mer samlet organisering av forskningsog kompetansesentrene utenfor spesialisthelsetjenesten.
- 244,8 mill. kroner flyttet til andre budsjettkapitler, hvorav 57,5 mill. kroner til andre departementers budsjettposter.

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 ytes en lang rekke tilskudd til både kommuner, ideelle organisasjoner og frivillig sektor over budsjettkapitlene under denne programkategorien. Det er et 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.

Kap. 760 Kommunale helse- og omsorgstjenester

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2025	Saldert budsjett 2026	Forslag 2027
21	Spesielle driftsutgifter, *kan nyttes under postene 70 og 71*	369 139	432 688	306 165
60	Kompetanse, rekruttering og innovasjon	1 268 720	1 339 773	1 617 006
61	Forebyggende helse- og omsorgstjenester	485 940		
62	Tilskudd til vertskommuner	1 011 225	893 131	611 541
63	Investeringstilskudd til heldøgns omsorgsplasser, *kan overføres*	2 672 300	2 573 062	2 925 460
64	Kompensasjon for renter og avdrag	941 395	921 200	892 000
70	Tilskudd, *kan nyttes under post 21*	383 544	462 479	355 803
71	Kompetanse-, forsknings- og rekrutteringstiltak, *kan nyttes under post 21*	219 709	316 221	273 493
72	Aldersvennlige boliger, *kan overføres*		89 000	90 593
	Sum kap. 760	7 351 972	7 027 554	7 072 061

Endringsforslag utover gjennomgående budsjettiltak omtalt i del I og pris- og lønnsjustering på enkelte poster:

- 352,4 mill. kroner i økt bevilgning til investeringstilskudd til heldøgns omsorgsplasser, der 406,4 mill. kroner er knyttet til første års utbe-

taling av en tilsagnsramme på 4 064 mill. kroner i 2027. Samtidig er bevilgningen redusert med 54 mill. kroner knyttet til budsjettert utbetaling av prosjekter med tilsagn om tilskudd fra tidligere år.
- 127,2 mill. kroner til omstillingstilskudd til kommunene, mot at bevilgningen til helseteknologi over kap. 701, post 60 reduseres tilsvarende.
- 84,7 mill. kroner i økt bevilgning til Helsepersonellplan 2040, hvorav 44,7 mill. kroner til nytt omstillingstilskudd til kommuner. Det foreslås til sammen 681,7 mill. kroner til omstillingstilskuddet i 2027.
- 21,2 mill. kroner i økt bevilgning til rekrutteringsprogrammet for unge utenfor arbeid og utdanning.
- 20 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til uspesifiserte midler til tiltak og prioriteringer rettet mot de kommunale helse- og omsorgstjenestene.
- 12 mill. kroner i økt bevilgning til arbeid med bedre beslutningsstøtte for sykmeldere.
- 6 mill. kroner i økt bevilgning til tilskudd til Ønsketransporten.
- 1 mill. kroner flyttet fra Barne- og familiedepartementets kap. 846, post 33 til finansiering av helsestasjons- og skolehelsetjenesten på Svalbard.
- 218,8 mill. kroner i redusert bevilgning gjennom redusert vertskommunetilskudd HVPU for å styrke andre prioriterte tiltak.
- 81,9 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til frafall av beboere i vertskommunetilskuddet HVPU.
- 29,2 mill. kroner i redusert bevilging til kompensasjonsordningen for renter og avdrag som følge av redusert rentebetaling.
- 13,9 mill. kroner i redusert bevilgning til Saminor 3 mot at bevilgningen til Hunt5 på kap. 714, post 79 økes tilsvarende.
- 12 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten, for å styrke andre prioriterte tiltak.
- 10 mill. kroner i redusert tilskudd til Stiftelsen Amathea, som følge av særskilt tilskudd i 2026.
- 5,9 mill. kroner i redusert bevilgning, knyttet til avvikling av bevilgning til lindrende behandling og omsorg ved livets slutt.
- 5,5 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til engangsbevilgning til datainnsamling blant overlevende og etterlatte etter 22. juli.
- 5,1 mill. kroner i redusert bevilgning til Digi ung og ung.no, for å styrke andre prioriterte tiltak. Det vises også til forslag om flytting av bevilgning til kap. 701, post 21.
- 5 mill. kroner i redusert tilskudd til Camphill landsbystiftelse, for å styrke andre prioriterte tiltak.
- 4,9 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til avvikling av tilskuddordningen til Narkotikaprogram med domstolskontroll, for å styrke andre prioriterte tiltak.
- 4,8 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til nedleggelse av Oslo fengsel, Grønland.
- 4,4 mill. kroner i redusert tilskudd til NOKLUS.
- 2,2 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til arbeidet med demensplan, for å styrke andre prioriterte tiltak.
- 2,1 mill. kroner i økt bevilgning knyttet til utvidelse av Innlandet fengsel.
- 2 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til oppfølgingen av bo trygt hjemme-reformen, for å styrke andre prioriterte tiltak.
- 2 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til kompetanseløft 2025, for å styrke andre prioriterte tiltak.
- 1,9 mill. kroner i redusert bevilgning, knyttet til avvikling av bevilgning til smittevern over posten, for å styrke andre prioriterte tiltak.
- 1,6 mill. kroner i redusert bevilgning, knyttet til avvikling av bevilgning til tolkelovsatsing, for å styrke andre prioriterte tiltak.
- 1,5 mill. kroner i redusert bevilgning til oppfølgingen av Meld. St. 23 (2024–2025) *Fornye, forsterke, forbedre – Fremtidens allmennlegetjeneste og akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus*, for å styrke andre prioriterte tiltak.
- 1,4 mill. kroner i redusert bevilgning til utprøving av kommunal nettlege i tråd med anslått behov.
- 1,2 mill. kroner i redusert tilskudd til lindrende enheter, for å styrke andre prioriterte tiltak.
- 1 mill. kroner i redusert bevilgning, som følge av særskilt tilskudd til Verdighetssenteret i 2026.
- 1 mill. kroner i redusert bevilgning til habilitering og rehabilitering, for å styrke andre prioriterte tiltak.
- 1 mill. kroner i redusert bevilgning for å styrke andre prioriterte tiltak, knyttet til fallforebyggende arbeid. Bevilgningen foreslås avviklet.
- 1 mill. kroner i redusert bevilgning til seksuell helse for å styrke andre prioriterte tiltak.
- 0,5 mill. kroner i redusert bevilgning til oppfølging av tiltak i oppvekstmeldingen, for å styrke andre prioriterte tiltak.

- 0,2 mill. kroner i redusert bevilgning til pasient-, bruker- og pårørendeundersøkelser for å styrke andre prioriterte tiltak.
- 222,4 mill. kroner flyttet til andre budsjettkapitler, hvorav 47,1 mill. kroner på andre departementers budsjettposter.

Bevilgningen på kap. 760 er statlige stimuleringsmidler til å utvikle kommunale helse- og omsorgstjenester.

Særskilte satsinger

Eldreløftet

Som en del av regjeringens plan for Norge (2025–29) skal eldreløftet bidra til å gjøre det lettere for eldre å bo hjemme lenger, samtidig som eldre skal ha trygghet for at de får sykehjemsplass når de trenger det. Gjennom eldreløftet vil regjeringen følge opp og forsterke satsingene fra Meld. St. 24 (2022–2023) *Fellesskap og meistring – Bu trygt heime*. For å bidra til at eldre kan bo trygt hjemme må behovet for helse- og omsorgstjenester utsettes gjennom bedre planlegging, mer aldersvennlig samfunnsutvikling, styrket forebygging og mer målrettede tjenester. Samtidig skal alle være trygge på at de mottar gode og tilpassede tjenester når de har behov for det. Det helhetlige eldreløftet har derfor forsterkede satsinger på bolig, bemanning og kvalitet, hørsel, aktivitet og pårørende. For 2027 foreslår regjeringen en sterkere satsing på heldøgns omsorgsplasser, på aktivitet og på hørsel.

Å bo hjemme vil ikke være en løsning for alle, og det vil fortsatt være et stort og økende behov for heldøgns omsorgsplasser. Regjeringen foreslår en tilsagnsramme for investeringstilskuddet til heldøgns omsorgsplasser på om lag 4 064 mill. kroner i 2027, tilsvarende om lag 1 750 heldøgns omsorgsplasser, jf. kap. 760, post 63. Deler av rammen skal forbeholdes plasser som gir netto tilvekst. Det ble i 2026 innført flere forenklinger i investeringstilskuddsordningen til heldøgns omsorgsplasser som kommer kommunene til gode. Det foreslås ytterligere grep i 2027 for å øke kommunenes handlingsrom, bl.a. å avvikle krav i tilskuddsordningen som ikke følger av annet regelverk. Det vises til nærmere omtale under post 63.

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 lenger i egen bolig. Regjeringen foreslår 90,6 mill. kroner til tilskuddsordningen til aldersvennlig oppgradering av egen bolig i 2027**.** Det vises til nærmere omtale under post 72. Under eldreløftet har regjeringen også etablert eldreboligalliansen med mål om å få fart på byggingen av flere aldersvennlige boliger.

Som del av eldreløftet foreslår regjeringen en satsing på hørsel med 16,5 mill. kroner i 2027. Hørsel er viktig for livskvaliteten, og høreapparat kan forebygge isolasjon, kognitiv svikt, psykiske plager og utvikling av demens. Regjeringen følger opp høreapparatgarantien som skal bidra til at personer som trenger det skal få høreapparat innen fire måneder etter henvisning. Bevilgningen foreslås til fastlegenes takster slik at forundersøkelser og henvisninger blir bedre. Se nærmere omtale under kap. 2755, post 70.

Regjeringen lanserte i 2026 et nytt tilskudd til aktivitetstiltak for eldre. Tilskuddet foreslås økt med 20 mill. kroner i 2027, til totalt 91,3 mill. kroner, under navnet aktivitetstiltak for eldrekraften. Se nærmere omtale på kap. 714, post 79. Videre har regjeringen inngått partnerskap for eldrekraften sammen med frivilligheten og KS. Eldre både kan og vil delta mer i frivillig arbeid og partnerskapet skal bidra til å mobilisere flere eldre til å ta del i viktige samfunnsoppgaver. Partnerskapet ses i sammenheng med tilskuddsordningen til aktivitetstiltak for eldrekraften med mål om å gi flere mulighet til å bidra i frivillig arbeid. Dette skal understøtte at flere eldre kan ta del i ulike aktiviteter og aktivitetsgarantien fra bo trygt hjemmereformen. Eldrebarometeret skal gi et samlet bilde av kvaliteten i helse- og omsorgstjenestene til eldre, og bidra til åpenhet, tillit og kunnskapsbasert utvikling av tjenestene. Eldrebarometeret skal være en viktig ressurs for kvalitetsforbedring, tjenesteutvikling og politikkutforming, både lokalt og nasjonalt.

Ivaretakelse og involvering av pårørende er sentralt for bærekraften i helse- og omsorgstjenestene. Pårørendeperspektivet er derfor løftet frem i Helsepersonellplan 2040 og skal integreres i alle planer og strategier i helse- og omsorgspolitikken. Videre vil regjeringen etablere en systematisk dialog med pårørende- og brukerorganisasjonene for å bidra til å inkludere og hensynta pårørende i tjenesteutviklingen.

Kompetanse og personell – Helsepersonellplan 2040

Regjeringen har lagt frem Meld. St. 11 (2025–2026) *Helsepersonellplan 2040*. Planen bygger på framskrivinger og analyser som viser at helse- og omsorgstjenestene står overfor en økende mangel på arbeidskraft frem mot 2040, samtidig som etter-

spørselen etter tjenester vil øke som følge av en aldrende befolkning og at flere lever lenger med sykdom og funksjonstap. De største utfordringene vil komme i de kommunale omsorgstjenestene. Kommunene skal håndtere sterk vekst i behovet, gjennomføre nødvendige omstillinger og samtidig opprettholde et forsvarlig og godt tjenestetilbud til alle brukere, uavhengig av alder eller diagnose. Dette gjelder ikke minst i distriktskommuner, som ofte har mindre tilgang på arbeidskraft og større sårbarhet i bemanningen. For mange kommuner, særlig for små kommuner og distriktskommuner, vil dette være en av de mest krevende styrings- og utviklingsutfordringene i årene framover.

Denne utviklingen kan ikke møtes gjennom økt bemanning alene, ettersom konkurransen om arbeidskraften også vil være betydelig i andre sektorer. Planen bygger på to parallelle hovedspor: For det første skal tilbudet av arbeidskraft økes gjennom tiltak for å beholde, utdanne og rekruttere personell, og for det andre skal behovet for arbeidskraft reduseres gjennom mer hensiktsmessig organisering av arbeidet, økt bruk av teknologi, digitalisering, kunstig intelligens, bedre ressursbruk og tydeligere prioriteringer. Målet er å utvikle mer bærekraftige og personelleffektive tjenester, samtidig som kvalitet og pasientsikkerhet må ivaretas. En økning i behovet for omsorgstjenester kan ikke overføres til pårørende. En bærekraftig utvikling forutsetter derfor at tjenestene omstilles slik at tilgjengelig personell og kompetanse brukes mer effektivt og målrettet, og det er behov for å øke omstillingstakten og gjennomføringsevnen i helse- og omsorgssektoren.

Kompetanseløft 2025 og opptrappingsplan for heltid og god bemanning avsluttes i 2026 og erstattes av Helsepersonellplan 2040 fra 2027. For å styrke omstillingsarbeidet i de kommunale helse- og omsorgstjenestene foreslås det å avvikle flere tidligere tilskudd under Kompetanseløft 2025 til fordel for et større og mer fleksibelt omstillingstilskudd, som skal ivareta kommunenes varierte behov innen kompetanseheving, rekruttering og tjenesteutvikling. Omstillingstilskuddet skal bidra til økt handlefrihet for kommunene til å planlegge og gjennomføre tiltak tilpasset egne forutsetninger og bidra til et taktskifte i omstillingsarbeidet. Omstilling er helt nødvendig for å sikre bærekraftige tjenester med bedre bruk av digitale løsninger og personellressurser og forsvarlige tjenester frem mot 2040.

Tilskuddet skal understøtte kommunene i å øke omstillingstakten og gjennomføre nødvendige omstillinger for å oppnå bedre ressursutnyttelse, og for å rekruttere og beholde kompetent personell i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Kommuner som har en konkret og vedtatt plan for omstilling i tråd med målene i Helsepersonellplan 2040, og en plan for implementering av endringene i ordinær drift, vil kunne søke om støtte gjennom omstillingstilskuddet.

Omstillingstilskuddet vil være midlertidig, og skal etter planen innlemmes i kommunenes rammetilskudd med en halvdel i 2030 og resterende i 2031. Det foreslås til sammen 681,7 mill. kroner til omstillingstilskuddet i 2027, hvorav 637 mill. kroner gjennom avvikling av andre tilskuddsordninger og tiltak.

Helsedirektoratet vil i samarbeid med KS og relevante kompetansesentre støtte og veilede kommunene i omstillingsarbeidet. Det vises til post 60 for nærmere omtale av omstillingstilskuddet. Det foreslås 16 mill. kroner til støtte og veiledning til kommunene og enkelte tiltak som oppfølging av Helsepersonellplan 2040 over post 21.

Utover etableringen av et omstillingstilskudd til kommunene, foreslår regjeringen å bevilge ytterligere 30 mill. kroner til andre tiltak i Helsepersonellplan 2040 som skal bidra til å øke tilbudet av arbeidskraft og redusere behovet for personell.

I tillegg foreslås det 8,6 mill. kroner til forbedring av godkjenningsprosesser for helsepersonell med yrkeskvalifikasjoner fra utlandet over kap. 783, post 21, 2 mill. kroner til oppdatering av Helsemod over kap. 781, post 79, 8 mill. kroner til etablering av personellmonitor over kap. 781, post 79 og 10 mill. kroner over kap. 745, post 01 til videreutvikling av Helsebiblioteket.

For å understøtte arbeidet med rekruttering og kompetanseheving foreslås det å styrke rekrutteringsprogrammet for personer utenfor arbeid og utdanning med til sammen 30 mill. kroner i 2027, hvorav 21,2 mill. kroner på Helse- og omsorgsdepartementet kap. 760, post 60 og 8,8 mill. kroner over Arbeids- og inkluderingsdepartementets budsjett. Programmet skal evalueres.

Allmennlegetjenesten

Å legge til rette for bærekraftige allmennlegetjenester som møter framtidens 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 høy også 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* presenterte regjeringen løsninger for framtidens allmennlegetjenester. Innbyggerne skal møte en tjeneste 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.

Allmennlegetjenestene er sentrale i flere av prosjektene som inngår i trygghet for helsa, jf. regjeringens plan for Norge (2025–29).

Regjeringen fortsetter arbeidet for at alle skal ha en fastlege og at ventelistene for å bytte fastlege skal reduseres betydelig. Helsedirektoratet leder i 2026 et oppdrag hvor målet er bedre kvalitet på henvisninger og bedre samhandling mellom nivåene, blant annet for å redusere andelen avviste henvisninger. Disse arbeidene inngår i regjeringens prosjekt raskere helsehjelp.

Redusert sykefravær er en viktig målsetting for regjeringen. Helse- og omsorgsdepartementet arbeider tett sammen med Arbeids- og inkluderingsdepartementet i prosjektet en friskere befolkning. Tiltak i allmennlegetjenesten er sentrale i prosjektet. Helsedirektoratet utarbeider i 2026 en faglig retningslinje for sykmeldingsarbeid med større grad av normering enn dagens sykmeldingsveileder. Dette arbeidet skal styrkes i 2027. Det er etablert et følg-eller-forklar-prinsipp som innebærer at sykmeldere skal dokumentere årsaken kort i journal dersom en sykmelding ikke graderes. Fra 1. juli 2026 ble det gjennomført endringer i takstsystemet der fastlegene og andre sykmeldere får sterkere insentiver til å drive faglig godt sykefraværsarbeid. Arbeids- og velferdsdirektoratet samarbeider med Helsedirektoratet om å forbedre informasjonsutvekslingen mellom helsetjenesten og Arbeids- og velferdsetaten. Arbeidet skal bidra til bedre kvalitet på de helseopplysningene som blir utvekslet, redusert ressursbruk og økt rettssikkerhet for brukere. Det er, som et første steg, en ambisjon at en ny løsning for sykemeldinger skal tas i bruk av helsetjenesten kort tid etter at denne ventes klar, sommeren 2027. For omtale av nye samhandlingsmodeller mellom arbeids- og velferdsetaten og kommunehelsetjenestene vises det til kap. 765, post 21. Det vises også til omtale i Prop. 1 S (2026–2027) for Arbeids- og inkluderingsdepartementet.

En modernisert allmennlegetjeneste innebærer behov for økt bruk av 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 også i 2027. Regjeringen startet i 2025 utprøving av en ordning med kommunal nettlege som innebærer at utvalgte kommuner organiserer et videobasert allmennlegetilbud til innbyggerne som del av kommunens allmennmedisinske tilbud. Utprøvingen er utvidet til samlet å pågå i 15 kommuner og foreslås forlenget til 31. desember 2027. Forsøket følgeevalueres.

Finansieringsmodellen for fastlegeordningen skal understøtte at innbyggernes behov møtes og fremme god medisinsk praksis, samhandling, ledelse og innovasjon. I tillegg bør modellen understøtte portvaktrollen og gjøre ordningen attraktiv for leger. I 2025 og 2026 er basistilskuddets andel økt, slik Stortinget har gitt tilslutning til ved behandling av Meld. St. 23 (2024–2025), jf. Innst. 460 S (2024–2025). Den stegvise økningen vil fortsette med sikte på en 10 prosentpoengs økning av finansieringsandelen sammenliknet med 2024.

I forbindelse med takstforhandlingene i 2026 ble det besluttet å utsette endringene i det pasienttilpassede basistilskuddet og avviklingen av utjamningstilskuddet, jf. Stortingets behandling av Meld. St. 23 (2024–2025). Endringene skal tidligst innføres 1. januar 2027 og skal varsles minimum 3 måneder før de trer i kraft. Helse- og omsorgsdepartementet skal nedsette en gruppe som høsten 2026 skal se på effekten av og eventuelle justeringer i dagens modell for basistilskuddet.

1. januar 2026 ble det gjennomført forskriftsendringer som åpner for at leger kan utløse 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 fortsetter utredningen av en ny helhetlig finansieringsmodell for fastlegeordningen, som innbefatter hvordan flere helsepersonellgrupper i fastlegekontorene skal finansieres, som beskrevet i Meld. St. 23 (2024–2025). Stortingets vedtak nr. 906 (2024–2025) om å utrede innføring av profesjonsnøytrale takster i hele fastlegeordningen følges opp som del av dette arbeidet.

Det skal fortsatt legges til rette for god rekruttering til fastlegeordningen gjennom en god, fleksibel og trygg spesialistutdanning i allmennmedisin.

Særlige utfordringer i distriktskommuner møtes bl.a. ved at legevakttilskuddet fra 2026 ble utviklet til et bredere tilskudd for allmennlegetjenester i distriktskommuner.

Regjeringen har fra 1. januar 2026 innført nye kompetansekrav for leger i kommunale helse- og omsorgstjenester som balanserer hensynet til kvalitet og pasientsikkerhet med kommunalt handlingsrom og mulighet til rekruttering.

Allmennlegetjenestene utgjør en sentral del av den akuttmedisinske kjeden. Helsedirektoratet har i 2026 utredet hvordan nye muligheter for diagnostikk og behandling kan utnyttes i legevakt og øvrig akuttmedisinsk kjede, blant annet med mål om å styrke riktig oppgavedeling i den akuttmedisinske kjeden og begrense antall unødvendige innleggelser i spesialisthelsetjenesten. Helseforetakene har fått i oppdrag å gjennomgå og planlegge de akuttmedisinske tjenestene utenfor sykehus i samarbeid med kommunene. Det er satt i gang samhandlingsprosjekter mellom helseforetak og kommuner som skal kartlegge tilgjengelige ressurser og sette i verk tiltak. Helsefellesskapene er sentrale arenaer for arbeidet. Opplæringen av operatører i AMK- og legevaktsentralene skal styrkes og det skal innhentes kunnskapsgrunnlag for et nytt verktøy for beslutningsstøtte for medisinsk nødmeldetjeneste.

Barn, unge og familier

Barn, unge og deres familier er ett av regjeringens viktigste satsingsområder. Regjeringens plan for Norge framhever trygghet for barn og unge. Det er viktig at hjelpen til barn og unge er lett tilgjengelig, av god kvalitet og tilpasset barn og unges behov.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er den viktigste tjenesten rettet mot barn, unge og deres familier, gravide og barselfamilier. Helsestasjon for ungdom skal kunne gi ungdommer veiledning om seksuell helse, herunder spørsmål om seksualitet, kjønnsidentitet, kjønnsuttrykk og seksuell orientering. Nasjonalt kompetansemiljø for helsestasjons- og skolehelsetjenesten (NASKO) er forankret som en egen avdeling i Folkehelseinstituttet. NASKO jobber for mer kunnskapsbaserte, likeverdige og bærekraftige helsetjenester for gravide, barn, unge og familier. Målgruppen er svangerskaps- og barselomsorg, helsestasjon 0–5 år, skolehelsetjenesten, samt helsestasjon for ungdom.

Universelle tiltak og tidlig innsats i helsestasjon- og skolehelsetjenesten er viktig for bl.a. å utjevne sosial ulikhet i helse og utgjør en viktig del av en helhetlig innsats i barnets første 1 000 dager. 1 000 dager er også en del av Nasjonal hjernehelsestrategi 2026–2036, der betydningen av å ta vare på hjernehelsen til barn fremheves.

Om lag 1 av 20 barn og unge vokser opp under forhold preget av vold (barnemishandling). Andelen har vært stabil over tid. Vold, seksuelle overgrep og omsorgssvikt øker risikoen for alvorlige fysiske og psykiske helseplager.

I 2026 ble det bevilget om lag 520 mill. kroner til en tverrsektoriell tilskuddsordning for kommunens forebyggende arbeid for barn og unge. Dette ble gjort gjennom å samle flere øremerkede tilskudd til én overordnet tilskuddsordning. Her inngår den tidligere øremerkede tilskuddsordningen til helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Kommunene kan søke om midler til både universelle tiltak og målrettede tiltak innenfor blant annet helsestasjon- og skolehelsetjenesten, barnehage, skole, Nav og barnevern. Tidlig innsats og gode, sammenhengende tjenester er avgjørende. Med denne ordningen får kommunene bedre verktøy til å følge opp barn og unge gjennom hele oppveksten. Ordningen skal evalueres og regjeringen vil følge utviklingen i ressursene til helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Se nærmere omtale i Barne- og familiedepartementets Prop. 1 S (2026–2027).

Det ble i 2026 også bevilget 20 mill. kroner til en ny ordning med lønnstilskudd til sykepleiere som tar helsesykepleierutdanning.

Det har blitt lansert to tjenester for kvalitetssikret hjelp og støtte til gravide og småbarnsfamilier på Helsenorge i 2025. Gjennom tjenestene får kommende og nye foreldre tilgang til bedre og kvalitetssikret hjelp, og tjenestene er tilpasset ulike situasjoner og faser i familiers liv. Arbeidet sees i sammenheng med digitalt helsekort for gravide.

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. 29 nye kommuner startet prosessen med å bli ammekyndig helsestasjon i 2025, og totalt 52 kommuner er i prosess med implementeringsstøtte. Målrettet satsing i Finnmark bidro til at 13 nye kommuner fra fylket er i gang. Det vises også til omtale av amming under kap. 714, post 21 og Ammehjelpen kap. 714, post 79. Helsedirektoratet skal i løpet av 2026 utarbeide et estimat over hva

det vil kreve av ressurser å opprette en veiledningstjeneste for kompliserte ammeproblemer m.m.

Det er i 2026 gitt et større oppdrag til Helsedirektoratet om oppfølging av svangerskap-, føde- og barseltilbudet. Oppdraget omfatter bl.a. å gjennomgå relevante veiledere og retningslinjer basert på kunnskap om barnets første 1 000 dager ved planlagte revisjoner. Videre inkluderer oppdraget vurdering av hvordan kunnskapsbaserte kartleggingsverktøy for å avdekke svangerskapsdepresjon og psykisk uhelse hos mor kan tas i bruk i større grad, samt hvordan implementeringen av kartlegging av vold og overgrep i svangerskapstilbudet kan styrkes.

Nødvendige regelverksendringer for å legge til rette for en nasjonal prøveordning med henvisningsrett for helsesykepleiere til BUP trådte i kraft 1. september 2026. Formålet er at barn og unge som trenger det skal få hjelp så raskt som mulig, samtidig som personellressursene brukes på en god måte.

I enigheten om revidert nasjonalbudsjett 2026 er det vedtatt å fjerne alle egenandeler under egenandelstakordningen for 16- og 17-åringer fra 1. august 2026. Dermed blir all egenandelsbelagt helsehjelp i offentlig regi gratis for ungdom under 18 år. Tiltaket videreføres ved at kostnadene for helårsvirkning er innarbeidet i budsjettet for 2027.

Kjernegruppen for utsatte barn og unge (KUBU) har i 2025 og 2026 særlig arbeidet med å koordinere departementenes innsats for å forebygge barne- og ungdomskriminalitet, blant annet gjennom tiltaket en-til-en-oppfølging. Siden 2016 har registrert kriminaliblant barn og unge økt, særlig blant barn under 15 år. Den langsiktige og brede forebyggingen av barne- og ungdomskriminalitet henger sammen med arbeidet med å gi like muligheter til alle og unngå utenforskap. I den sammenheng vises det også til den tverrsektorielle tilskuddsordning for kommunens forebyggende arbeid for barn og unge. Se nærmere omtale i Barne- og familiedepartementets Prop. 1 S (2026–2027).

Det har i 2025 vært et tverrsektorielt samarbeid mellom Utdanningsdirektoratet, Helsedirektoratet, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, Statped og Folkehelseinstituttet om utarbeidelse av en nasjonal faglig retningslinje for forebygging og oppfølging av skolefravær. Se nærmere omtale i Kunnskapsdepartementets Prop. 1 S (2026–2027).

Tallene for unge som står utenfor arbeid, skole og fritidsaktiviteter har vært stabile i flere år. Regjeringen har satt i gang samfunnsoppdraget for inkludering av barn og unge. Samfunnsoppdraget skal samordne innsatsen i samfunnet slik at aktørene jobber mer systematisk og forskningsbasert med inkludering. Helse- og omsorgsdepartementet deltar i arbeidet med samfunnsoppdraget. Se nærmere omtale i Barne- og familiedepartementets Prop. 1 S (2026–2027).

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 personer mellom 0 og 49 år som er innskrevet for langtidsopphold.

Ved utgangen av 2025 rapporterer statsforvalteren at 80 personer i alderen 18–49 år har langtidsopphold i syke- og aldershjem, en økning på fire personer fra 2024. Statsforvalterens oversikt viser at 9 av disse 80 personene har uttrykt ønske om et annet botilbud. For fem av disse ni er det på bakgrunn av dialog og helsemessige vurderinger konkludert med at alternative boformer ikke er mulig. For de resterende foreligger flytteplaner.

Per 31. desember 2025 hadde 10 personer under 18 år permanent opphold i en kommunal helse- og omsorgsinstitusjon, som definert ovenfor. Dette er en nedgang fra 12 barn året før. For barn der pårørende har uttrykt ønske om flytting til en alternativ boform, pågår det utredning eller konkrete flytteplaner.

En kontaktgruppe med representanter fra Norges handikapforbund (NHF), Funksjonshemmedes fellesorganisasjon (FFO), KS, Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet følger utviklingen på området.

Ny demensplan

Regjeringen arbeider med en ny demensplan som vil følge opp Demensplan 2025. 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 den nye planen i løpet av 2026. Demensplan 2025 gjelder inntil den nye planen foreligger. Det vises nærmere til omtale på post 21.

Egenandeler for vedtaksbaserte 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 10 950 kroner til 11 500 kroner med virkning fra 1. januar 2027. Samtidig foreslås det å øke maksimal egenandel per måned for hjemmetjenester i husholdninger med samlet inntekt under 2 G fra 245 kroner til 250 kroner. For korttidsopphold foreslås det å endre maksimal egenandel fra 205 kroner til 210 kroner per døgn. Satsen for det enkelte dag- eller nattopphold foreslås justert fra 115 kroner til 120 kroner. Langtidsbeboere på sykehjem, som legges på dobbeltrom uten selv å ønske det, får redusert egenandel gjennom at det tilstås et fribeløp. For å oppdatere fribeløpet i samsvar med den generelle kostnadsøkningen, foreslås dette justert fra 52 950 kroner til 55 550 kroner med virkning fra 1. januar 2027. Justeringene medfører ubetydelige økonomiske konsekvenser for kommunene.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Det foreslås å flytte:

- 3,7 mill. kroner fra kap. 760, post 60, knyttet til programkostnad for rekrutteringsprogram for unge utenfor arbeid og utdanning i Helsedirektoratet.
- 56,9 mill. kroner til kap. 701, post 21, knyttet til at bevilgningen til Digi ung og ung.no skal finansieres over den posten.
- 3,3 mill. kroner til kap. 760, post 70, knyttet til tilskudd til KS for deres arbeid med å støtte kommunene i oppfølgingen av bo trygt hjemmereformen.
- 15,6 mill. kroner til kap. 700, post 21, knyttet til utgifter til drift, utredninger, evalueringer, utvalg og midlertidige prosjekter mv. under departementet.
- 9,7 mill. kroner til Digitaliserings- og forvaltningsdepartementets kap. 1520, post 01, knyttet til faste stillinger hos statstforvalterne.
- 9,1 mill. kroner til kap. 740, post 01, knyttet til faste oppgaver i Helsedirektoratet. Midlene er knyttet til oppgaver med pasient-, bruker- og pårørendeundersøkelser og allmennlegetjenesten.
- 5,3 mill. kroner til kap. 701, post 21, knyttet at bevilgningen til Digital foreldrestøtte skal finansieres over den posten.

For å styrke andre prioriterte tiltak er ingen av tiltakene på posten prisjustert, jf. omtale i del I. For øvrig foreslås følgende endringer i bevilgningen på posten sammenlignet med saldert budsjett 2026:

- 40 mill. kroner i økt bevilgning til tiltak i Helsepersonellplan 2040.
- 20 mill. kroner i redusert bevilgning til spesielle driftsutgifter til uspesifiserte tiltak rettet mot de kommunale helse- og omsorgstjenestene (post 21).
- 12 mill. kroner i økt bevilgning til arbeid med bedre beslutningsstøtte for sykmeldere.
- 2,5 mill. kroner i økt bevilgning til følgeevaluering og kunnskapsoppsummeringer knyttet til strategi for seksuell helse. Forslaget må ses mot tilsvarende reduksjons av tilskudd til seksuell helse på kap. 760, post 70.
- 31,6 mill. kroner i redusert bevilgning, knyttet til avviklingen av bevilgning til fire tiltak mot at bevilgningen til nytt omstillingstilskudd på kap. 760, post 60 øker tilsvarende.
- 7,1 mill. kroner i redusert bevilgning, knyttet til avviklingen av bevilgning til opplæringsmateriell til helse- og omsorgspersonell som yter tjenester til personer med utviklingshemming, mot at bevilgningen til nytt omstillingstilskudd på kap. 760, post 60 øker tilsvarende.
- 5,9 mill. kroner i redusert bevilgning, knyttet til avvikling av bevilgning til lindrende behandling og omsorg ved livets slutt.
- 5,1 mill. kroner i redusert bevilgning til Digi ung og ung.no, for å styrke andre prioriterte tiltak. Det vises også til forslag om flytting av bevilgning til kap. 701, post 21.
- 2,2 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til arbeidet med demensplanen, for å styrke andre prioriterte tiltak.
- 2 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til oppfølgingen av bo trygt hjemme-reformen, for å styrke andre prioriterte tiltak.
- 2 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til kompetanseløft 2025, for å styrke andre prioriterte tiltak.
- 1,9 mill. kroner i redusert bevilgning for å styrke andre prioriterte tiltak, knyttet til avvikling av bevilgning til smittevern over posten.
- 1,6 mill. kroner i redusert bevilgning for å styrke andre prioriterte tiltak, knyttet til avvikling av bevilgning til tolkelovsatsing.
- 1,5 mill. kroner i redusert bevilgning til oppfølgingen av Meld. St. 23 (2024–2025) *Fornye, forsterke, forbedre – Fremtidens allmennlegetjeneste og akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus*, for å styrke andre prioriterte tiltak.

- 1,4 mill. kroner i redusert bevilgning til utprøving av kommunal nettlege i tråd med anslått behov.
- 1 mill. kroner i redusert bevilgning til habilitering og rehabilitering, for å styrke andre prioriterte tiltak.
- 1 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til fallforebyggende arbeid, for å styrke andre prioriterte tiltak. Bevilgningen foreslås avviklet.
- 1 mill. kroner i redusert bevilgning til seksuell helse, for å styrke andre prioriterte tiltak.
- 0,8 mill. kroner i redusert bevilgning, knyttet til avviklingen av bevilgning til oppfølging av pårørendestrategien, mot at bevilgningen til nytt omstillingstilskudd på kap. 760, post 60 øker tilsvarende.
- 0,5 mill. kroner i redusert bevilgning til oppfølging av tiltak i oppvekstmeldingen, for å styrke andre prioriterte tiltak.
- 0,2 mill. kroner i redusert bevilgning til pasient-, bruker- og pårørendeundersøkelser, for å styrke andre prioriterte tiltak.

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.

Eldreløft og bo trygt hjemme-reformen

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. Regjeringen følger opp bo trygt hjemme-reformen og forsterker og forbedrer flere av innsatsene gjennom eldreløftet.

Helsedirektoratet har det overordnede nasjonale ansvaret for å gjennomføre bo trygt hjemme-reformen, 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 har i 2025 beveget seg fra en planleggings- til en gjennomføringsfase av bo trygt hjemme-reformen. Her følges bl.a. arbeidet med Eldrebarometeret opp, en nettside som gir innsikt i kvaliteten på helse- og omsorgstjenester for eldre for å bidra til åpenhet, kvalitetsforbedring og utvikling av tjenestene og program for et aldersvennlig Norge 2030. Det vises til nærmere omtale av programmet under kap. 714 post 21. Regjeringen lanserte i 2026 et nytt tilskudd til aktivitetstiltak for eldre og et partnerskap for eldrekraften. Se nærmere omtale under kap. 714, post 79. Tilskuddsordningen skal ses i sammenheng med regjeringens aktivitetsgaranti.

Husbanken følger opp regjeringens eldreboligprogram i tråd med gjennomføringsplanen. Husbanken har i 2025 arbeidet med å gjøre startlån bedre kjent blant eldre med lav inntekt, styrket boligrådgivningen i kommunene, styrket Husbankens veiledningsrolle og distriktsrettede arbeid. Husbanken har også hatt fokus på å gjøre det enklere for eldre å tilpasse egen bolig. Arbeidet har vært fulgt opp regionalt og nasjonalt. Videre har Husbanken utredet muligheten for å opprette et nasjonalt digitalt visningshjem.

For å støtte eldre til å leve trygge hverdager i eget hjem opprettet regjeringen i 2026 et nytt tilskudd til privatpersoner for å oppgradere egen bolig ved å gjøre den mer aldersvennlig. Søknadsløsningen ble lansert i september 2026.

Regjeringen arbeider med forslag fra eldreboligalliansen om tiltak 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 som 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 hjemme-reformen 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 evalueres. OsloMet har på oppdrag fra Helsedirektoratet gjennomført en midtveisevaluering av arbeidet med bo trygt hjemme-reformen. Rapporten analyserer hvordan og i hvilken grad de nasjonale og regionale samordningsarenaene bidrar til koordinering av styringssignaler og -verktøy innen ulike samfunns- og tjenesteområder. Midtveisevalueringen skal gi et grunnlag for å vurdere om valgt organisering bidrar til ønsket koordinering på tvers av sektorer og styringsnivå, og om den støtter regional og lokal omstilling i møte med en aldrende befolkning. For å nå målene i bo trygt hjemme-reformen er det lagt til grunn at statens innsatser samordnes, bl.a. gjennom et tydeligere tverrsektorielt samarbeid. Det er opprettet samordningsarenaer både på departements- og direktoratsnivå for å sikre en tverrfaglig oppfølgning av reformen. Rapporten beskriver samarbeidet på direktoratsnivå som godt og konstruktivt, men at samarbeidet på departementalt nivå synes å være mer variabelt.

Statsforvalteren skal følge opp bo trygt hjemme-reformen, med ansvar for regional organisering og koordinering av reformen. Arbeidet skal særlig rettes mot å støtte kommunene i å utarbeide helhetlige planer som samordner statlige satsinger, innsatsområder og virkemidler. Midtveisevalueringen peker på utfordringer med å sikre tverrsektoriell oppfølgning, samt behov for å se på fylkeskommunens rolle i oppfølgningen av reformen. Rapporten peker også på behov for justeringer av det interdepartementale samarbeidet, og sikre likelydende signaler i styringslinjene for å legge bedre til rette for koordinering på regionalt nivå. Anbefalingene vil tas med i det videre arbeidet med oppfølgning av reformen. Sluttevalueringen vil etter planen foreligge i 2029.

Det er inngått en intensjonsavtale mellom Helsedirektoratet og Norges Frivilligsentraler (NFS) som skal understøtte samarbeidet med gjennomføring av bo trygt hjemme-reformen. Det vises til omtale av tilskudd til Norges Frivilligsentraler under kap. 760, post 70. Dette ses i sammenheng med aktivitetstilskuddet til eldrekraften, nærmere omtalt under kap. 714, post 79.

Det foreslås å redusere bevilgningen til oppfølgingen av reformen med 2 mill. kroner. Bevilgningen foreslås videreført med 22,3 mill. kroner i 2027:

- 5,5 mill. kroner til Helsedirektoratet knyttet til det overordnede nasjonale gjennomføringsarbeidet og til følgeevaluering. Bevilgningen foreslås redusert med 1 mill. kroner sammenlignet med 2026.
- 4,3 mill. kroner til Senteret for et aldersvennlig Norge for videreføring av arbeidet med aldersvennlig Norge og program for et aldersvennlig Norge 2030. Bevilgningen foreslås redusert med 1 mill. kroner sammenlignet med 2026.
- 3,2 mill. kroner til Husbanken for oppfølging av eldreboligprogrammet.
- 5,3 mill. kroner til statsforvalternes rolle med å støtte kommunene i deres arbeid og regional samordning.
- 3,3 mill. kroner til KS sitt arbeid med å støtte kommunene utbetales som tilskudd og foreslås flyttet til post 70.

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.

Statsforvalterne

Statsforvalteren skal i sitt oppfølgingsarbeid med de kommunale helse- og omsorgstjenestene bidra til å samordne statlige initiativ overfor kommunene. Regjeringens mål er at innbyggerne skal få god hjelp tidlig, på riktig nivå og med best mulig ressursbruk. Tidlig involvering og kvalitet i førstekontakten med tjenestene er avgjørende for gode prosesser og for å redusere klagesaker. Statsforvalteren har en viktig rolle i å støtte kommunene, bl.a. gjennom styrket saksbehandlingskompetanse og gode prosesser.

Statsforvalteren er i hovedsak finansiert over driftsbevilgningen på Digitaliserings- og forvaltningsdepartementets budsjett, jf. omtale på kap. 1520, post 01. I tillegg foreslås det særskilt bevilgning over denne posten til statsforvalternes oppfølging av de kommunale helse- og omsorgstjenestene, fordelt på styrket veiledningskapasitet overfor kommunene og en regional koordinatorrolle for strategisk kompetanseutvikling.

Bevilgningen dekker i hovedsak statsforvalternes oppfølging av saker knyttet til de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Fra 2024 er innsatsen særlig rettet mot oppfølging av Meld. St. 24 (2022–2023) *Fellesskap og meistring – Bu trygt heime*, herunder veiledning av kommuner som ikke har lagt planer for fremtidens bo- og tjenestetilbud. Statsforvalterne har utviklingsoppgaver knyttet til langsiktig planlegging og investeringer

i bygningsmasse, teknologi og personell, med søkelys på ledelse og kompetanseutvikling. De øremerkede midlene skal gå til disse formålene.

Strategisk kompetanseutvikling er særlig viktig for bærekraftig ressursbruk og oppgavedeling i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Det regionale oppdraget har bidratt til tettere dialog mellom statsforvalterne og kommunene, som også vil være vesentlig i arbeidet med støtte og veiledning til kommunene i forbindelse med Helsepersonellplan 2040.

Det ble bevilget til sammen 41,2 mill. kroner til statsforvalternes oppfølgingsarbeid med de kommunale helse- og omsorgstjenestene i 2026. Det foreslås å flytte 9,7 mill. kroner til driftsbevilgningen til statsforvalterne, knyttet til faste stillinger i embetene. Videre foreslås det å redusere bevilgningen med 6 mill. kroner mot at bevilgningen til oppfølging av Helsepersonellplan 2040 økes tilsvarende. Det foreslås 25,5 mill. kroner til statsforvalterne på denne posten i 2027.

Helsepersonellplan 2040

Som del av Helsepersonellplan 2040 foreslås det å bevilge 30 mill. kroner til tiltak både for å øke tilbudet av arbeidskraft og redusere behovet for personell.

I Meld. St. 11 (2025–2026) *Helsepersonellplan 2040* foreslås det at Helsedirektoratet får ansvaret for forvaltningen av omstillingstilskuddet og veiledningsarbeidet og støtten til kommunene i omstillingsarbeidet. Gjennomførings- og veiledningsarbeidet utvikles i tett samarbeid med blant annet KS og relevante kompetansesentre, og skal være fleksibelt og tilpasses underveis.

Videre vil ansvaret for oppfølgingen av enkelte tiltak i planen legges til Helsedirektoratet, bl.a. å utvikle en nasjonal veileder for analyse av arbeid og gjennomføring av ansvars- og oppgavedeling og videreutvikle og samordne digitale verktøy for kompetanseplanlegging. Det foreslås å bevilge 16 mill. kroner til oppfølging av Helsepersonellplan 2040, hvorav 6 mill. kroner mot at bevilgningen til Statsforvalterne på posten reduseres tilvarende.

Samlet foreslås det 46 mill. kroner til oppfølging av Helsepersonellplan 2040 på posten.

Rekrutteringsprogram for unge utenfor arbeid og utdanning

Det foreslås å flytte 3,7 mill. kroner fra kap. 760, post 60 knyttet til programkostnader for rekrutteringsprogram for unge utenfor arbeid og utdanning i Helsedirektoratet. Det vises til nærmere omtale av rekrutteringsprogrammet på post 60.

Kompetanseløft 2025

Kompetanseløft 2025 og opptrappingsplan for heltid og god bemanning avsluttes i 2026 og erstattes av Helsepersonellplan 2040 fra 2027. Det foreslås å redusere bevilgningen til Helsedirektoratet som har gått til oppfølging av Kompetanseløft 2025 med 2 mill. kroner for å styrke andre prioriterte tiltak. Bevilgningen foreslås videreført med 2,5 mill. kroner i 2027 til evaluering og sluttrapportering for aktiviteter gjennomført i 2026.

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. Som det fremgår av Meld. St. 11 (2025–2026) *Helsepersonellplan 2040* vil regjeringen etablere en nasjonal plan for rekruttering og opplæring av ledere i helse- og omsorgstjenestene basert på en kartlegging av eksisterende lokale, regionale og nasjonale tiltak for lederrekruttering.

Bevilgningen er disponert til nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten, lederutdanning for leger, lederutdanning for ledere i kommunale helse- og omsorgstjenester og tverrsektoriell lederutdanning for ledere i oppvekstsektoren. Bevilgningen foreslås avviklet fra 2027, som følge av opprettelsen av et omstillingstilskudd til kommunene fra 2027. Det foreslås å øke bevilgningen på kap. 760, post 60 med 19,9 mill. kroner. For øvrig foreslås bevilgningen redusert med 12 mill. kroner for å styrke andre prioriterte tiltak. Omstillingstilskuddet er et sentralt virkemiddel i Helsepersonellplan 2040 for å understøtte kommunene i å gjennomføre nødvendige omstillinger for å oppnå bedre ressursutnyttelse, og for å rekruttere og beholde kompetent personell i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Det vises til nærmere omtale av omstillingstilskuddet på kap. 760, post 60.

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 rusmiddel- 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. Det er gjennomført kartlegging som omfatter 18 904 personer i 95 kommuner i 2024 og 2025.

Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning ved Helse Stavanger HF (Korfor) har hatt ansvar for Brukerplan gjennom et oppdrag fra Helsedirektoratet. De regionale kompetansesentrene på rusområdet (KORUS) har bistått Korfor i arbeidet med gjennomføring av kartleggingen, herunder opplæring, kurs og veiledning for kommunene. Formål og innretning av Brukerplan er under vurdering. Erfaringer viser at det er utfordrende for verktøyet å ivareta både nasjonale styringsbehov og lokale utviklingsbehov samtidig. Utviklingen av nasjonale datakilder, herunder Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) og andre etablerte registre, har styrket det nasjonale kunnskapsgrunnlaget på feltet. Departementet vurderer derfor den fremtidige innretningen av Brukerplan, herunder om verktøyet i større grad bør spisses mot lokalt forbedringsarbeid og tjenesteutvikling i kommunene.

Bevilgningen foreslås videreført med 4 mill. kroner i 2027.

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 gå ut 2028. Målet er å bevisstgjøre de folkevalgte om deres rolle som samfunnsutvikler og øke kunnskapen om strategisk planlegging. 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 følgeevalueres bl.a. for å finne ut hvordan planlegging i helse- og omsorgssektoren kan inngå i den helhetlige planleggingen.

Det foreslås å videreføre 0,6 mill. kroner til formålet for 2027. Bevilgningen fordeles mellom statsforvalteren i Møre og Romsdal og Distriktssentret.

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 bidrar til den årlige kommuneplankonferansen. Samplan hadde for studieåret 2024/2025 36 deltakere som fullførte kurset og 27 nye deltakere startet opp for studieåret 2025/2026. Sevs bidrar til økt planleggingskompetanse i både den kommunale helse- og omsorgstjenesten og kommunenes folkehelsearbeid.

Bevilgningen foreslås videreført med 0,3 mill. kroner i 2027.

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. I tråd med forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenestene skal tjenestene sørge for korrigerende tiltak som bidrar til at helse- og omsorgslovgivningen etterleves, inkludert faglig forsvarlige tjenester, og at systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet gjennomføres.

Det er behov for å styrke 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, ny meldeordning for alvorlige hendelser, samt statsforvalterens oppfølgingsarbeid med de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Et satsningsområde er etableringen av eldrebarometeret.

Det nasjonale rammeverket for bedre pasient- og brukersikkerhet presenterer regjeringens føringer og forventninger til tjeneste og forvaltningens arbeid med pasient- og brukersikkerhet. Se omtale under kap. 1, kap. 732 og kap. 740. Det vises til kap. 760, post 71 for nærmere omtale av kommunenes samarbeidsarena for forskning.

Utvikling av et kunnskapsstøttesystem for kommunale helse- og omsorgstjenester

Formålet med kunnskapsstøttesystemet er å bistå kommunene med å få tilgang til, og ta i bruk relevant kunnskap for å forbedre og utvikle tjenesten, gjennom å lage kunnskapsoppsummeringer og andre kunnskapsprodukter, herunder minimetodevurderinger. Kunnskapsstøttesystemet videreutvikles ved at det utarbeides en bærekraftig modell for kunnskaps- og beslutningsstøtte, og det gjennomføres studier og andre prosjekter inkludert utprøving av KI og kunnskapsdatabase. Videre undersøkes potensialet for å ta i bruk ulike verktøy for å avdekke kunnskapsbehov samt verktøy som kan benyttes i arbeidet med komplekse kunnskapsbehov og prioriteringer. Bevilgningen tildeles Folkehelseinstituttet (FHI).

Det ble bevilget 5,2 mill. kroner til utvikling av et kunnskapsstøttesystem for kommunale helse- og omsorgstjenester i 2025. FHI publiserte 22 minimetodevurderinger, hvorav seks av disse er samhandlingsprosjekter mellom kommune og spesialisthelsetjeneste. I tillegg er det publisert 40 forskningsomtaler der flertallet inngår i en minimetodevurdering. I 2025 har FHI hatt ni prosjekter både med enkeltkommuner, flere kommuner i samarbeid eller med kommuner og sykehus.

FHI har også gjennomført en evaluering av modell for bestilling og bruk av oppsummert forskning i kommuner som ble publisert i desember 2025. I tillegg er det på Helsebiblioteket etablert en inngang til kunnskapsstøtte til kommunene som bidrar til spredning av kunnskap gjennom blant annet å tilgjengeliggjøre gjennomførte minimetodevurderinger, forskningsomtaler og e-læringskurs. Se kap. 745 omtale om Helsebiblioteket.

Kunnskapsstøttesystemet må ses i sammenheng med etablering og drift av kommunenes samarbeidsarena for forskning, og FHI og KS har etablert et formalisert samarbeid for å samkjøre satsingene.

Bevilgningen foreslås videreført med 5,3 mill. kroner i 2027.

Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR)

Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) forvaltes av Folkehelseinstituttet (FHI) og skal 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.

Det ble bevilget 28 mill. kroner til å videreutvikle KPR i 2025. Det er etablert ny plattform for KPR og Norsk pasientregister (NPR). Rapporteringen fra helsestasjons- og skolehelsetjenesten, kommunalt tildelte omsorgstjenester og offentlig og privat tannhelsetjeneste er igangsatt. Videre er det planlagt å utvide rapporteringen til å omfatte private og offentlige institusjonsbaserte tjenester, hjemmebaserte tjenester, psykisk helse- og rustjenester, mestrings- og frisklivstjenester og rehabilitering.

I 2027 vil FHI fortsette utvidelsene av KPR med fokus på å komplettere datainnsamling fra helsestasjons- og skolehelsetjenesten, kommunalt tildelte omsorgstjenester og offentlig og privat tannhelsetjeneste. Videre vil arbeidet med å få rapportert inn data fra privat og offentlig institusjonsbaserte tjenester, hjemmebaserte tjenester, psykisk helse og rus, mestring og friskliv og rehabilitering igangsettes.

FHI jobber med å tilby data til kommunene på ulike måter. Det er nødvendig med tett samarbeid med Helsedirektoratet og sektoren for å få etablert strukturerte data fra journaler. FHI 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.

Bevilgningen foreslås videreført med 28,5 mill. kroner i 2027. Det vises også til omtale under kap. 745 Folkehelseinstituttet.

Eldrebarometer – kunnskap om kvalitet i tjenestene til eldre

Eldrebarometeret videreutvikles som en del av regjeringens eldreløfte.

Eldrebarometeret skal gi et samlet bilde av kvaliteten i helse- og omsorgstjenestene til eldre og bidra til åpenhet, tillit og kunnskapsbasert utvikling av tjenestene. Eldrebarometeret skal være en viktig ressurs for kvalitetsforbedring, tjenesteutvikling og politikkutforming, både lokalt og nasjonalt.

I 2025 har Helsedirektoratet videreført utviklingsarbeidet med nye nøkkeltall, kvalitetsindikatorer og løsninger. Det arbeides blant annet med nøkkeltall om pasient- og brukersikkerhet, pasient, bruker- og pårørendeopplevd kvalitet og nøkkeltall om demens. Målet er at kommunene skal få tilgang til egne tall på virksomhetsnivå basert på tilgjengelige kilder, herunder data i sanntid og data fra ulike registre og journalsystemer. Videre er det arbeidet med implementering, opplæring og dialog med målgrupper.

Bevilgningen skal støtte Helsedirektoratets arbeid med å videreutvikle eldrebarometeret gjennom utvikling av nettsiden, nye nøkkeltall og kvalitetsindikatorer og utprøving av funksjonalitet, løsninger og tiltak som kan styrke bruken i lokalt kvalitetsforbedringsarbeid. Målet er at eldrebarometeret over tid skal gi et mer helhetlig bilde av kvaliteten i tjenestene til eldre, og dermed bidra til åpenhet, tillit og forbedring. Arbeidet skal bidra til bedre styring og være et sentralt lederverktøy. Arbeidet må ses i sammenheng med blant annet bevilgningen til pasient-, bruker- og pårørendeundersøkelser, samt utviklingen av Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR).

Bevilgningen foreslås videreført med 5 mill. kroner i 2027.

Pasient-, bruker og pårørendeundersøkelser

Pasient-, bruker og pårørendeundersøkelser gir viktig informasjon både til målgruppen for undersøkelsene, tjenesteytere og til myndigheter om både kvaliteten på tjenesten som ytes og hvordan den oppleves. Helsedirektoratet har utarbeidet en 10-årsplan for gjennomføring av undersøkelser i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i spesialisthelsetjenesten. Leveranser i henhold til planen pågår og vil fortsette i 2027.

Pårørendeperspektivet og pårørendeundersøkelser er inkludert i direktoratets systematiske arbeid med undersøkelsene. Dette er også sentralt i utviklingen av eldrebarometeret, som skal gi et helhetlig bilde av kvaliteten i tjenestene til eldre. Se nærmere omtale av eldrebarometeret under kap. 760, post 21. Videre skal blant annet erfaringer fra pasienter med rusmiddelutfordringer inkluderes.

Kompetansesenter for rusfeltet i – Midt-Norge (Korus midt) kartlegger hvordan personer med rusmiddelproblemer opplever de kommunale tjenestene de mottar i et representativt antall kommuner. Undersøkelsen ble gjennomført i 2025 og viser at de fleste brukerne er fornøyde med kommunens tjenester, særlig når det gjelder tilgjengelighet og hjelp ved behov. Brukere med oppfølging av en koordinator eller en egen kontaktperson i kommunen er særlig fornøyd med kvaliteten og tilgjengelighet av tjenestene. Samtidig går andelen brukere med koordinator og andre koordineringstiltak noe ned fra tidligere undersøkelser. Undersøkelsen gir også indikasjon på en utvikling der brukernes fysiske og psykiske helse blir dårligere, samt potensial for forbedring når det gjelder brukermedvirkning, involvering av pårørende og støtte til psykisk og fysisk helse, arbeid, bolig og økonomi. Arbeidet skal sees i sammenheng med Helsedirektoratets systematiske arbeid med pasient-, bruker- og pårørendeundersøkelser.

OECD samarbeider med Norge og andre land om utvikling, validering og implementering av pasientrapporterte indikatorer (Patient-Reported Indicator Surveys, PaRIS), med vekt på hvordan primærhelsetjenesten fungerer for personer med kroniske lidelser. Målet er 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 skal ivareta alle oppgaver som nasjonal prosjektleder for OECDs Patient-Reported Indicator Surveys (PaRIS) i neste syklus (2025–2030) og deltar i OECDs arbeidsgruppe for PaRIS-undersøkelsen.

Folkehelseinstituttet gjennomfører årlige, forskningsbaserte målinger om pasienterfaringer med fastlegen og fastlegekontoret, som basis for evaluering av tiltak og utvikling over tid, kvalitetsforbedring og helsetjenesteforskning. Folkehelseinstituttet (FHI) arbeider for å utvide målingene til bredere indikatorer om pasientrapportert helse, livskvalitet, helsekompetanse og tillit, i tråd med OECDs konseptuelle rammeverk for PaRIS-undersøkelsen. Folkehelseinstituttet forsker på kilder til variasjon i pasientrapporterte erfaringer og resultater (pasientkjennetegn, egenskaper ved fastlegene og tjenestene og strukturelle forhold),

både med basis i surveydata fra pasienter og helsepersonell, nasjonale registre i FHI og andre nasjonale registre. Relevante resultater fra undersøkelsene skal også tilgjengeligøres i eldrebarometeret.

For å samle bevilgningen til Helsedirektoratets faste oppgaver, foreslås det å flytte 4 mill. kroner til kap. 740, post 01 i 2027. Utover videreføring foreslås bevilgningen redusert med 0,2 mill. kroner sammenlignet med saldert budsjett 2026. Det foreslås til sammen 5,1 mill. kroner til pasient-, bruker- og pårørendeundersøkelser over posten i 2027.

Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid

IS-24/8 er en årlig kartlegging av kommunalt psykisk helse- og rusarbeid som gjennomføres av SINTEF på oppdrag for Helsedirektoratet. Formålet med IS-24/8 er å fremskaffe kunnskap om status og utvikling for tjenester og tilbud i kommunene til personer med rusmiddelproblemer og/eller psykiske helseproblemer. Statistikken dekker bl.a. spørsmål om kommunenes årsverksinnsats, kompetanse, tjenesteorganisering, samarbeid og andre spørsmål som er relevant for å gi kunnskap om kommunalt psykisk helse- og rusarbeid.

I 2025 har 338 kommuner/bydeler (91 pst.) fullført hele kartleggingen som gjelder voksne i målgruppen, mens 313 kommuner/bydeler (84 pst.) har fullført hele kartleggingen som gjelder barn og unge. Totalt har 312 kommuner/bydeler (84 pst.) fullført hele kartleggingen både for voksne og for barn og unge.

Det ble bevilget 3,2 mill. kroner knyttet til utarbeidelsen av IS 24/8 i 2025. I 2025 er det rapportert inn 16 220 årsverk totalt innen psykisk helse- og rusarbeid, der 12 395 årsverk går til tjenester til voksne og 3 825 årsverk til tjenester for barn og unge. Det har vært en liten nedgang i årsverk til voksne på 1,7 pst. og en økning i årsverk til barn og unge på 5,4 pst. fra 2024 til 2025.

Bevilgningen foreslås videreført med 3,3 mill. kroner i 2027.

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. Alle oppdrag til Helsedirektoratet for Demensplan 2025 var ferdigstilt ved utgangen av 2025. 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 2025 vært gitt om lag 1 700 tilbud, fordelt over om lag 80 pst. av landets kommuner. I 2025 var totalt antall pårørendeskoler og samtalegrupper 527, hvor det deltok 5 469 personer på pårørendeskoler og 2 826 personer i samtalegrupper. De landsdekkende kurstilbudene for yngre pårørende til personer med demens var fylt opp.

Informasjons- og kampanjetiltak om demens ble videreført i 2025. Tiltak har rettet seg mot befolkningen og helsepersonell. Kommunikasjons- og kampanjetiltak som er gjennomført i Demensplan 2025 viser gode resultater og Helsedirektoratet viser til bedre effekter med gjentakende og mindre tiltak over tid. Helsedirektoratet fortsetter arbeidet med å utvikle og spre informasjon om demens.

Demensforbundet, i Nasjonalforeningen for folkehelsen, har i 2026 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 2027 som en del av samlet bevilgning under demensplanen.

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 2025 deltok totalt 6 672 personer fra 169 kommuner på fagseminarer for opplæringene Demensomsorgens ABC og Eldreomsorgens ABC. I tillegg ble det gjennomført 34 fagseminar med totalt 1 240 deltakere for den nylig reviderte og frittstående permen Psykiske lidelser hos eldre, som ble nylansert i 2024. Permen kan gjennomføres både som en del av Demensomsorgens

ABC og Eldreomsorgens ABC. I 2025 var det totalt 711 deltakere som startet på opplæring. Tiltaket foreslås videreført i 2027. 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. Planen vil legges frem i 2026. Demensplan 2025 gjelder inntil den nye planen foreligger.

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.

Hørsel er viktig for livskvaliteten, og høreapparat kan forebygge isolasjon, kognitiv svikt, psykiske plager og utvikling av demens. Regjeringen følger opp høreapparatgarantien for at personer som trenger det skal ha høreapparat i øret innen fire måneder etter henvisning. Målet skal nås innen 2029. Det foreslås å styrke fastlegenes takster med 16,5 mill. kroner slik at forundersøkelser og henvisninger blir bedre, jf. kap. 2755, post 70.

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* (oppvekstmeldinga). Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet (FHI) er sentrale i oppfølging av en rekke tiltak i meldingen under Helse- og omsorgsdepartementets ansvarsområde. Bevilgningen foreslås redusert med 0,5 mill. kroner for å styrke andre tiltak. For øvrig foreslås bevilgningen videreført med 4,5 mill. kroner.

Allmennlegetjenesten

Regjeringen la i 2025 frem Meld. St. 23 (2024–2025) *Fornye, forsterke, forbedre – Framtidens allmennlegetjeneste og akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus*. Stortingsmeldingen beskriver retningen for allmennlegetjenesten i årene framover. Det vil i 2027 være nødvendig at Helsedirektoratet viderefører arbeidet med å utrede og implementere endringer i allmennlegetjenestene og spesialistutdanning og etterutdanning i allmennmedisin. Midlene ble i 2025 brukt til drift av Helsedirektoratets programkontor for allmennlegetjenesten, tilrettelegging for tverrfaglighet i tjenesten, videreutvikling av statistikk og kvalitetsindikatorer på fastlegeområdet, kommunikasjonstiltak og profilering av fastlegeordningen/allmennlegetjenesten, utredning av endringer i finansieringsmodellen, følgeevaluering av handlingsplan for allmennlegetjenesten og forvaltning og videreutvikling av tilskuddet nasjonal ALIS og veiledning ALIS. Helsedirektoratet har i 2026 gjennomført utredningsarbeid i forbindelse med oppfølging av Meld. St 23 (2024–2025) og for øvrig et bredt utviklingsarbeid i allmennlegetjenesten.

For å samle bevilgningen til Helsedirektoratets faste oppgaver, foreslås det å flytte 5,1 mill. kroner til kap. 740, post 01 i 2027. Videre foreslås bevilgningen redusert med 1,5 mill. kroner for å styrke andre prioriterte tiltak. For øvrig foreslås bevilgningen videreført med 27,8 mill. kroner til oppfølgingen av stortingsmeldingen over posten i 2027.

Sykefravær

Det foreslås 12 mill. kroner til Helsedirektoratet til arbeid med bedre beslutningsstøtte for sykmeldere i 2027. Det bevilges samtidig 18 mill. kroner til Arbeids- og velferdsdirektoratet, kap. 605, post 01, slik at samlet bevilgning til tiltaket er 30 mill. kroner. Helsedirektoratet utarbeider i 2026 en nasjonal faglig retningslinje for sykmeldingsarbeid med sterkere grad av normering enn dagens sykmeldingsveileder. Midlene som foreslås i 2027 er i videreføringen av dette arbeidet. Midlene skal gå til arbeid med funksjonalitet for beslutningsstøtte/ visning av faglig retningslinje for sykmeldingsarbeid og for bedre funksjonsvurderinger.

Nettlege

I Meld. St. 23 (2024–2025) *Fornye, forsterke, forbedre* beskrev regjeringen utprøving av kommunal nettlege for å gjøre de offentlige allmennlegetjenestene mer tilgjengelige for befolkningen, gi innbyggerne et mer fleksibelt allmennlegetilbud og bidra til å utjevne uønskede sosiale ulikheter i tilgang til tjenester.

Utover videreføring av saldert budsjett 2026, foreslås bevilgningen redusert med 1,4 mill. kroner. Reduksjonen i bevilgningen vil ikke påvirke videreføring av utprøvingen. Det foreslås 16,9 mill. kroner til utprøving av kommunal nettlege på posten i 2027. Det vises også til forslag til bevilgning på 66,6 mill. kroner over kap. 760, post 60. Det vises til nærmere omtale av kommunal nettlege på post 60.

Habilitering og rehabilitering

Helsedirektoratet arbeider med å lage nasjonale handlingsplaner for habilitering og rehabilitering på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Planene har vært på høring våren 2026. Arbeidet er gjennomført med bred involvering fra fagmiljøene, bruker- og pårørendeorganisasjoner og fag- og interesseorganisasjoner. Helsedirektoratet erfarer tydelig støtte og stort engasjement for arbeidet. Direktoratet vil jobbe videre med å ferdigstille planene. Det legges opp til planer med varighet på ti år.

Videre følger Helsedirektoratet opp igangsatte tiltak på fagområdene som skal inngå i planene. Dette omfatter blant annet tiltak for bedre analyse og styringsdata, plan for økt bruk av teknologi i tjenestene, samt dialog med helsefellesskapene. Bedre styringsdata er avgjørende for at planene skal bli målrettede verktøy for forbedringsarbeid. Noen helsefellesskap har faglige samarbeidsutvalg hvor tema habilitering og rehabilitering er på dagsordenen. Avklaringer av ansvar og oppgaver mellom nivåene lokalt kan være aktuelle tema i disse vurderingene.

Bedre kodeverk for kommunal rehabilitering i Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) og at vurdering av behov og potensial for rehabilitering blir en integrert del av tildelingsprosessene i kommunene, har vært prioriterte tema for Helsedirektoratet i 2025. Dette er sentralt utviklingsarbeid for å sikre at personer som har potensial for å gjenvinne funksjons- og mestringsevne, får tilbud om dette.

Det vises til omtaler av øvrig oppfølging av anmodningsvedtak om rehabilitering under kap. 733.

Utover videreføring av saldert budsjett 2026, foreslås bevilgningen redusert med 1 mill. kroner for å styrke andre prioriterte tiltak. Det foreslås 7,3 mill. kroner til habilitering og rehabilitering på posten i 2027.

Helse- og omsorgstjenester til innsatte og internerte

Helsedirektoratet samarbeider med de regionale ressurssentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) og de regionale kompetansesentrene på rusfeltet (KORUS) om faglig utviklingsarbeid og veiledning til tjenestene. Det er etablert nettverk for kommunale helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel. Nettverket møtes regelmessig. Helsedirektoratet har også faste møter med Kriminalomsorgsdirektoratet og med relevante bruker- og pårørendeorganisasjoner.

Bevilgningen foreslås videreført med 0,7 mill. kroner i 2027. 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. Regjeringen har satt ned et offentlig utvalg om bruk av helsetjenester blant innvandrere og nordmenn med innvandrerbakgrunn, og hvordan dette påvirker arbeidsdeltakelse og inkludering i arbeidslivet.

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.

Det foreslås å videreføre 1,1 mill. kroner til forvaltning av Helsedirektoratets fagråd for innvandrerhelse i 2027.

Seksuell helse

Det ble bevilget 18,8 mill. kroner til formålet på posten i 2026, hovedsakelig knyttet til kondomordningen. Regjeringen la i 2025 frem ny strategi for seksuell helse: God seksuell helse – vårt felles ansvar, med formål om å fremme god seksuell helse og rettigheter i befolkningen. Prioriterte tiltak i 2026 ble presentert i forbindelse med lanseringen av strategien:

- Utarbeide kompetansepakke om seksuell helse
- Pilotere medikamentell abort utenfor sykehus
- Pilotere målrettede tiltak mot utvalgte grupper for å gi bedre tilgjengelig prevensjon
- Utrede hvordan god tilgang til forebyggende medikamentell behandling (PrEP) kan sikres uavhengig av bosted

For å følge opp tiltakene bidrar Helsedirektoratet i Utdanningsdirektoratets arbeid med å utvikle en nettbasert kompetansepakke om arbeid med det tverrfaglige temaet folkehelse og livsmestring i enkeltfag og på tvers av flere fag. Seksualitet og kjønn, å kunne sette grenser og respektere andres, og å kunne håndtere tanker, følelser og relasjoner faller inn under denne tematikken og er aktuelle områder for kompetansepakken. Kompetansepakken og tilhørende støtte- og veiledningsressurser skal være ferdigstilt innen utgangen av 2026. Helsedirektoratet har fått i oppdrag å vurdere resultater fra Sex og samfunns tilbud om abort og direktoratet har utredet og laget en rapport om abort utenfor sykehus. Dette arbeidet vil bli fulgt opp. Direktoratet er i forberedende fase med arbeidet om å pilotere tiltak for bedre tilgang til prevensjon for utvalgte grupper. Videre har direktoratet startet arbeidet med utredning om tilgang til PrEP i samarbeid med relevante fag- og kunnskapsmiljøer. Med mål om å få økt kunnskap om seksuell helse i befolkningen er seksuell helse en del av den nasjonale folkehelseundersøkelsen i 2026. Arbeidet med tiltakspakken fortsetter i 2027.

Nye tiltak vil fremkomme av de årlige utlysningene for tilskuddet Tverrsektorielt arbeid med seksuell helse og i årlige styringsdokumenter til RHF og underliggende etater, og vil bla. ta utgangspunkt i omforente prioriteringer fra fagmiljøer og interessegrupper, kanalisert gjennom SRHR-nettverket.

Bevilgningen foreslås styrket med 2,5 mill. kroner for å følgeevaluere strategien, mot at tilskudd til seksuell helse på kap. 760, post 70 reduseres tilsvarende. Videre foreslås bevilgningen redusert med 1 mill. kroner for å styrke andre prioriterte tiltak. Det foreslås 20,3 mill. kroner til formålet over posten i 2027.

Nasjonal diabetesplan

Det foreslås å videreføre 4,3 mill. kroner på posten til Helsedirektoratets arbeid med oppfølging av Nasjonal diabetesplan (2025–2029). Nasjonal diabetesplan (2025–2029) har som mål å sørge for god forebygging, behandling og oppfølging av diabetes. Det vises for øvrig til omtale av tilskudd til aktiviteter som følger opp mål og tiltak i nasjonal diabetesplan over post 70.

Digital foreldrestøtte

Bevilgingen til digital foreldrestøtte foreslås flyttet til kap. 701.21, jf. omtale der.

DigiUng og ung.no

Det ble bevilget 58,9 mill. kroner til formålet i 2025. I 2025 fortsatte videreutviklingen av ung.no som statens primære og tverrsektorielle inngangsport til kvalitetssikret informasjon, veiledning og digitale helsetjenester for barn og unge. DigiUng-samarbeidet legger til rette for tidlig innsats, styrker unges mestring av egen helse og livssituasjon, og senker terskelen for å søke hjelp og råd.

Det foreslås å redusere bevilgningen til DigiUng-samarbeidet og ung.no med 5 mill. kroner for å styrke andre prioriterte tiltak. Resten av bevilgningen på 56,9 mill. kroner foreslås flyttet til kap. 701, post 21, jf. nærmere omtale der.

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 bevilget 5,5 mill. kroner til oppfølging og implementering av tiltak fra Meld. St. 24 (2019–2020) *Lindrende behandling og omsorg* og til videreutdanning i barnepalliasjon ved OsloMet

I 2025 har Helsedirektoratet utviklet en nasjonal veileder for behandlingsavklaringer ved livsbegrensende og alvorlig langvarig sykdom, og i samarbeid med Norsk helsenett, en samhandlingsløsning i kjernejournal. Det er også utviklet en opplæringspakke innen lindrende behandling og omsorg for bruk i kommunenes kompetansehevingsarbeid.

Målet med studiet ved OsloMet har vært 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. Våren 2025 fullførte 32 studenter, men av de 28 studentene som fikk studieplass høsten 2025 møtte kun 12 studenter.

For å styrke andre prioriterte tiltak foreslås det å avvikle bevilgningen på 5,9 mill. kroner i 2027.

Fallforebyggende arbeid

Det ble bevilget 1 mill. kroner til formålet i 2025. Helsedirektoratet har tilbudt e-læringskurset BASIS som gratis kurs rettet mot personer som jobber med eldre på institusjon, aktivitetssenter,

treningssenter og i hjemmetjenesten. Nasjonalt senter for aldring og helse har på oppdrag fra Helsedirektoratet utviklet implementeringsstøttende materiell om forebygging av fall hos eldre til bruk i helse- og omsorgstjenesten.

For å styrke andre prioriterte tiltak foreslås bevilgningen til tiltaket avviklet i 2027.

Smittevern

For å styrke andre prioriterte tiltak foreslås det å avvikle bevilgningen til Helsedirektoratets arbeid med smittevern over posten i 2027. Bevilgningen foreslås redusert med 1,9 mill. kroner.

I 2025 ble midlene brukt til å styrke smittevernet i helse- og omsorgstjenesten gjennom faglig normering, veiledning og støtte til implementering av nasjonale anbefalinger. Direktoratet har bidratt i arbeidet med ny nasjonal handlingsplan for et bedre smittevern og i oppfølgingen av tiltak mot antimikrobiell resistens og helsetjenesteassosierte infeksjoner. Den nasjonale smittevernberedskapen er styrket gjennom ledelse og videreutvikling av utvalg for smittevernberedskap. Helsedirektoratet har også bidratt i internasjonalt smittevernsamarbeid og arbeidet for å øke oppslutningen om sesonginfluensavaksinasjon blant helsepersonell i kommunale helse- og omsorgstjenester og i spesialisthelsetjenesten.

Pårørende

Pårørende er en viktig ressurs, både for sine nærmeste og for samfunnet. Å avlaste pårørende er viktig for at den enkelte pårørende kan ivareta egen livskvalitet og være en ressurs både for sine nære og tjenestene, samt opprettholde egen arbeidsdeltakelse.

Pårørendestrategien og handlingsplanen Vi – de pårørende gikk ut ved årsskiftet 2025. Strategien har gitt en helhetlig retning for pårørendearbeidet. Ved strategiens utløp er det påbegynt ulike tiltak for å imøtekomme pårørendes behov for informasjon og veiledning, og bedre samarbeid mellom pårørende og tjenestene. Herunder skal pårørendeveilederen revideres og oppdateres, og pårørendesidene på HelseNorge skal gjennomgås slik at de blir lett tilgjengelig og relevante for pårørende i alle aldre og pårørendesituasjoner. Det skal jobbes for at digital tilgang på HelseNorge tas i bruk i større grad.

For å følge opp og implementere pårørendeavtaler har Helsedirektoratet fått i oppgave å kartlegge hvor mange som bruker og har fått tilbud om pårørendeavtaler som verktøy. Videre skal det vurderes om og ev. hvordan pårørendeavtaler kan knyttes til pasientenes journaler, inkludert juridiske og økonomiske konsekvenser. Helsedirektoratet vil få i oppdrag å bidra til at pårørendeveilederen tas i bruk i alle deler av tjenesten.

Regjeringen vil integrere pårørendeperspektivet i alle planer og strategier i helse- og omsorgspolitikken fremover. Pårørendeperspektivet er derfor inkludert i Helsepersonellplan 2040. Flere av tiltakene i Helsepersonellplan 2040 vil også komme pårørende til gode.

Det foreslås at bevilgningen på 0,8 mill. kroner for oppfølgningen av pårørendestrategien avvikles mot at bevilgningen til omstillingstilskuddet styrkes tilsvarende. Kommunene kan da prioritere tiltak basert på lokale behov, herunder støtte til og samarbeid med pårørende. Det vises til kap. 760, post 60 for nærmere omtale av omstillingstilskuddet.

Tilbud om pårørendeskoler og samtalegrupper til pårørende til personer med demens videreføres under demensplan. Det finnes også enkelte søkbare tilskuddsordninger for bruker- og pårørendeorganisasjoner innenfor psykisk helse og rus. Se kap. 765, post 71.

Tolkesatsing

Det er innført en rekke krav til offentlige organers bruk av tolk og krav til tolker. I 2025 gjennomførte Helsedirektoratet kampanjer om tolkebruk i helse- og omsorgstjenesten rettet mot deler av innvandrerbefolkningen og mot helse- og omsorgspersonell og ledere i helse- og omsorgstjenesten. Videre har direktoratet publisert en oppdatert digital veileder om tolketjenester i helse- og omsorgstjenesten. Det ble bevilget 1,6 mill. kroner til formålet i 2026. For å styrke andre prioriterte tiltak foreslås det å avvikle bevilgningen til formålet i 2027.

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. LUP rapporterer om særlig høy aktivitet innenfor helse og velferd, og at mer enn ¼ av prosessene gjelder disse sektorene.

Bevilgningen på 0,2 mill. kroner til tiltaket foreslås avviklet i 2027 for å styrke andre prioriterte tiltak.

Opplæringsmateriell til helse- og omsorgspersonell som yter tjenester til personer med utviklingshemming

Bevilgningen har bidratt til å styrke kompetansen hos personell som yter tjenester til personer med utviklingshemming, gjennom opplæringstiltaket mitt livs ABC, utviklet av Nasjonalt senter for aldring og helse på oppdrag fra Helsedirektoratet.

Bevilgningen foreslås omdisponert til et omstillingstilskudd til kommunene fra 2027. Omstillingstilskuddet er et sentralt virkemiddel i Helsepersonellplan 2040 for å understøtte kommunene i å gjennomføre nødvendige omstillinger for å oppnå bedre ressursutnyttelse, og for å rekruttere og beholde kompetent personell i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Se nærmere omtale i kap. 760, post 60.

Det foreslås å avvikle bevilgningen på 7,1 mill. kroner til tiltaket, samtidig som bevilgningen til nytt omstillingstilskudd under kap. 760, post 60 styrkes tilsvarende.

Post 60 Kompetanse, rekruttering og innovasjon

Det foreslås å flytte:

- 27,7 mill. kroner til Kommunal- og distriktsdepartementets kap. 571, post 60, knyttet til avvikling av lønnstilskudd til utdanning i avansert klinisk sykepleie og tilskudd til sekretariatsfunksjoner helsefellesskapene. Bevilgningen til tiltakene innlemmes i rammetilskuddet til kommunene.
- 3,7 mill. kroner til kap. 760, post 21, knyttet til rekrutteringsprogrammet for unge utenfor arbeid og utdanning. Bevilgningen skal gå til programkostnad for rekrutteringsprogram for unge utenfor arbeid og utdanning i Helsedirektoratet.
- 1,5 mill. kroner til Arbeids- og inkluderingsdepartementets kap. 605, post 22, knyttet til rekrutteringsprogrammet for unge utenfor arbeid og utdanning. Bevilgningen skal gå til følgeforskningen av ordningen under Arbeids- og velferdsdirektoratet.

Ut over budsjettiltak omtalt i del I og generell pris- og lønnsjustering foreslås det i tillegg følgende endringer sammenlignet med saldert budsjett 2026:

- 256 mill. kroner i økt bevilgning til nytt omstillingstilskudd til kommuner. Samlet foreslås det 681,7 mill. kroner til det nye omstillingstilskuddet.
- 21,2 mill. kroner i økt bevilgning til rekrutteringsprogram for unge utenfor arbeid.

Bevilgningen dekker tilskudd til kompetanseutvikling, rekruttering, innovasjon og omstilling i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Omstillingstilskudd

Kommunene skal gjennomføre nødvendige endringer og omstillinger parallelt med ordinær drift, og samtidig opprettholde faglig gode og forsvarlige tjenester. For mange kommuner vil dette kunne være en utfordring som vil stille betydelige krav til lokal ledelse, planlegging, styring og administrativ oppfølging.

Utfordringsbildet i kommunene er sammensatt, og i Helsepersonellplan 2040 beskrives et sett av tiltak som både skal øke tilbudet av, og dempe etterspørselen etter helsepersonell. I planen kommer det tydelig frem at det er summen av mange tiltak som må virke sammen om kommunene skal lykkes. Regjeringen foreslår i forbindelse med Helsepersonellplan 2040 å etablere et omstillingstilskudd til kommunene. Formålet med omstillingstilskuddet er å understøtte kommunene i å gjennomføre nødvendig omstilling for å oppnå bedre ressursutnyttelse, og for å rekruttere og beholde kompetent personell i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Omstillingstilskuddet vil være viktig for den enkelte kommune, og vil kunne bidra til å øke omstillingstakten i planperioden. Kommuner som har en konkret og vedtatt plan for omstilling i tråd med målene i Helsepersonellplan 2040, og en plan for implementering av endringene i ordinær drift, vil kunne søke om støtte gjennom omstillingstilskuddet.

Tilskuddet kan brukes til tiltak for å øke arbeidskraften gjennom økt bruk av heltid og økt stillingsandel og redusert sykefravær, vikarbruk og innleie, gjennom for eksempel forsøk med god grunnbemanning. Tiltak som fremmer et godt arbeidsmiljø eller bidrar til at personell står lenger i jobb og motiverer nyansatte til å bli værende i stillingen som for eksempel utprøving av ulike mentorordninger, vil vektlegges i tilskuddet. God ledelse er viktig for å beholde ansatte, og det må jobbes med tiltak som fremmer gode lære- og praksisplasser. Tilskuddet kan videre brukes til tiltak som fremmer hensiktsmessig ansvars- og oppgavedeling, og til arbeidsformer og planer for boligløsnin-

ger som kan bidra til å redusere ytterligere etterspørsel etter personell. Kompetansehevende tiltak vil være særlig aktuelle for kommuner med en stor andel personell uten formell utdanning eller formell helsefaglig utdanning. Tilskuddet skal understøtte kommunene til innføring og bruk av teknologi som frigjør tid og øker kapasitet hos helsepersonell, slik som bedre journal- og samhandlingsløsninger, digital hjemmeoppfølging, velferdsteknologi og kunstig intelligens. Ivaretakelse og systematisk involvering av pårørende er viktig for bærekraften i helse- og omsorgstjenestene. Tilskuddet skal ikke benyttes til ordinære driftsoppgaver eller ordinært kvalitetsarbeid, og det skal innrettes slik at kommuner som har størst behov for omstilling prioriteres. En økning i behovet for omsorgstjenester kan ikke overføres til pårørende i tråd med regjeringens mål i Helsepersonellplan 2040.

Det foreslås en bevilgning på 681,7 mill. kroner til omstillingstilskuddet i 2027. Omstillingstilskuddet er hovedsakelig finansiert gjennom omdisponering av tilskudd fra Kompetanseløft 2025 og tilskudd til helseteknologi i den kommunale helse- og omsorgstjenesten som avvikles fra 2027. Omstillingstilskuddet skal være midlertidig og skal innlemmes i kommunenes rammetilskudd med en halvdel i 2030 og resterende i 2031. Tilskuddet er tuftet på at lokale behov skal styre prioriteringen av ressursene som tildeles.

Følgende tilskudd foreslås omdisponert til omstillingstilskuddet fra og med 2027:

Kap./post	Tiltak	Beløp
760.60	Tiltak for å øke kompetansen i helse- og omsorgstjenestene til personer med utviklingshemming	9 000
760.60	Modellutvikling klinisk ernæringsfysiolog som ressurs for helse- og omsorgstjenesten	6 100
760.60	Tilskudd til veiledning av studenter og ansatte i de kommunale helse- og omsorgstjenestene	10 800
760.60	Kompetanse- og tjenesteutviklingstilskuddet	386 700
760.60	Kompetansehevende tiltak for lindrende behandling og omsorg i livets sluttfase	13 900
760.70	Helhetlig støtte til pårørende med krevende omsorgsoppgaver	11 600
701.60	Tilskudd til helseteknologi i de kommunale helse- og omsorgstjenestene	127 226
760.21	Oppfølging av pårørendestrategien	800
765.75	Helsetjenestetilbud ved overgrepsmottak (NKLM)	3 900
760.70	Tilskudd til videreutvikling av læringsnettverk i gode pasientforløp	5 400
760.70	Livsglede for eldre og livsgledesertifisering	7 200
760.21	Opplæringsmateriell til helse- og omsorgspersonell som yter tjenester til personer med utviklingshemming	7 100
760.21	Lederutdanninger i kommunale helse- og omsorgstjenester	23 700
760.71	Økt rekruttering av sykepleiere og helsefagarbeidere (Jobbvinner)	13 200
760.71	Kurspakke for ufaglærte i omsorgstjenestene	11 200

Helsedirektoratet får ansvaret for forvaltningen av omstillingstilskuddet og veiledningsarbeidet og støtten til kommunene i omstillingsarbeidet. Gjennomførings- og veiledningsarbeidet utvikles i tett samarbeid med blant annet KS og relevante kompetansesentre, og skal være fleksibelt og tilpasses underveis.

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 ble det i 2026 etablert et program for å rekruttere primært unge utenfor arbeid og utdanning til den kommunale helse- og omsorgssektoren.

Programmets formål er å redusere utenforskap og legge til rette for kompetanseutvikling for programdeltakerne. På sikt kan programmet bidra til økt bemanning, økt kompetanse i tjenesten, hensiktsmessig ansvars- og oppgavedeling, bedre motivasjon for å stå i jobb og mindre sykefravær.

Unge personer som trenger bistand til å komme i arbeid og som er motiverte for å prøve å jobbe i de kommunal helse- og omsorgstjenestene 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 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.

En partnerskapsavtale med sentrale aktører på ulike forvaltningsnivåer, som KS og partene, ligger til grunn for programmet. Dette omfatter 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. 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.

Rekrutteringsprogrammet har blitt godt mottatt av kommunene. I 2026 kom det inn 89 søknader fra 107 kommuner og bydeler og det ble søkt om til sammen 305 mill. kroner. I tildelingen fikk 23 kommuner og bydeler innvilget sine søknader.

For 2027 foreslås det å utvide programmet med 30 mill. kroner, hvorav 21,2 mill. kroner over denne posten og 8,8 mill. kroner over Arbeids- og inkluderingsdepartementets kap. 634, post 01. En styrking bidrar til at enda flere kan delta i programmet. I tillegg foreslås det å flytte til sammen 5,3 mill. kroner til kap. 760, post 21 og Arbeids- og inkluderingsdepartementets kap. 605, post 22. Dette fordeler seg som 3,7 mill. kroner for å dekke programkostnad i Helsedirektoratet og 1,5 mill. kroner til følgeforskningen av ordningen under Arbeids- og velferdsdirektoratet. Flyttingen er videreføring av tilsvarende flytting i revidert budsjett 2026, jf. Innst. 450 S (2025–2026). Følgeforskningen skal redegjøre for hvordan foreliggende forskning, kunnskap og erfaringer fra sammenlignbare prosjekter og annen relevant kunnskapsutvikling kan brukes i vurderingen og drøftingen av rekrutteringsprogrammet.

Det foreslås 87,2 mill. kroner til rekrutteringsprogrammet over posten i 2027. Det vises for øvrig til omtale av tiltak og bevilgninger over kap. 760, post 21 og Arbeids- og inkluderingsdepartementets kap. 634, post 01, kap. 605, post 01 og kap. 605, post 22. Samlet foreslås det 132,6 mill. kroner til programmet i 2027.

Programmet er et tiltak i Helsepersonellplan 2040.

Nettlege

I Meld. St. 23 (2024–2025) *Fornye, forsterke, forbedre* beskrev regjeringen en utprøving av kommunal nettlege. Målet er å gi innbyggerne et mer fleksibelt videobasert allmennlegetilbud og bidra til å utjevne uønskede sosiale ulikheter i tilgang til slike tjenester. Den kommunale nettlegen skal være en integrert del av den digitale førstelinjen.

Stortinget sluttet seg til en utprøving som startet i 2025, og i 2026 omfatter utprøvingen i 15 kommuner. Helsedirektoratet og Norsk helsenett SF gjennomfører utprøvningen i tett samarbeid med forsøkskommunene. Nasjonalt senter for e-helseforskning og Folkehelseinstituttet følgeevaluerer.

Utprøvingen finansieres gjennom egenandeler fra pasientene, refusjoner fra folketrygden og tilskudd. Finansieringen er regulert gjennom en forsøksforskrift med hjemmel i folketrygdloven § 25-13 som trådte i kraft 23. juni 2025. Utprøvingen startet 1. juli 2025, og følgeevalueres.

Det foreslås at utprøving av kommunal nettlege forlenges fra 1. juni 2027 til 31. desember 2027. Utprøvingen skal evalueres og det bør være tilstrekkelig grunnlag og erfaring fra utprøvingen av nettlege før det konkluderes med om kommunal nettlege skal være en del av kommunenes tilbud, ev. integrert i eksisterende legetjenester eller avvikles. Det foreslås 66,6 mill. kroner over posten til utprøving av kommunal nettlege. I til-

legg foreslås det 16,9 mill. kroner over kap. 760, post 21.

Det vil bli aktuelt å ompostere midler til folketrygden, når utprøvingen i de kommunene som startet opp våren 2026 har vart så lenge at departementet har oversikt over utgiftsfordelingen mellom de aktuelle postene. Helse- og omsorgsdepartementet vil komme tilbake til Stortinget med dette i de ordinære budsjettprosessene.

Tilskudd til allmennlegetjenester i distriktskommuner

Regjeringen varslet i Meld. St. 23 (2024–2025) *Fornye, forsterke, forbedre* at det tidligere legevakttilskuddet skulle videreutvikles til et bredere tilskudd for allmennlegetjenester i distriktskommuner. Tilskudd til allmennlegetjenester i distriktskommuner ble derfor etablert i 2026. Målgruppen er kommuner i sentralitetsklasse 5 og 6.

Bevilgningen foreslås videreført med 95,8 mill. kroner i 2027.

Spesialistutdanning i allmennmedisin

Det skal legges til rette for bedre rekruttering til fastlegeordningen gjennom en god, fleksibel og trygg spesialistutdanning i allmennmedisin. Nye kompetansekrav for leger i kommunale helse- og omsorgstjenester trådte i kraft 1. januar 2026.

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.

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 skal vurderes i 2027.

Det foreslås å videreføre 579,1 mill. kroner til nasjonal ALIS og veiledning i 2026, inkludert gruppeveiledning i 2027.

ALIS-kontorer

Det er opprettet seks ALIS-kontorer 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.

Bevilgningen foreslås videreført med 43,1 mill. kroner i 2027.

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 spredning av ny kunnskap, nye løsninger og nasjonale føringer. Sentrene skal være en ressurs i fylket og fremme samarbeid mellom kommunene.

Det ble bevilget 60,8 mill. kroner til tilskuddet i 2025. Helsedirektoratet rapporterer om høy måloppnåelse i 2025. Innsatsen har bl.a. vært rettet mot bo trygt hjemme-reformen, demensplan 2025, pårørendestrategien, kvalitet i tjenester til personer med utviklingshemming, lindrende behandling og omsorg, opptrappingsplan psykisk helse, prioriteringer i kommunale helse- og omsorgstjenester, pasientsikkerhet og nasjonal helse- og samhandlingsplan. Et resultat av innsatsen til USHT er at det er bygget opp flere nettverk innenfor de ulike satsningsområdene der gode eksempler deles og deltakerne lærer av hverandre. Bevilgningen til USHT har også bidratt til gode tiltak for fag- og kompetanseutvikling som bidrar til økt oppmerksomhet på forebygging og digitalisering i tjenestene, klinisk observasjonskompetanse, simulering og gode pasientforløp.

Bevilgningen foreslås videreført med 63,5 mill. kroner i 2027. 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.

Kompetanse- og tjenesteutviklingstilskuddet

Kompetanse- og tjenesteutviklingstilskuddets formål har vært å bidra til å redusere personellmangelen i helse- og omsorgstjenesten gjennom å styrke kommunenes evne og mulighet til å utvikle

bærekraftige og gode omsorgstjenester. Tilskuddet har bidratt til at kommunene har økt kompetansen blant sine ansatte, og det er kompetansedelen av tilskuddet som har hatt høyest andel søkere. Tilskuddets formål vil bli ivaretatt i et nytt omstillingstilskudd med en målsetting om mer fleksibilitet for å ivareta de enkelte kommunenes ulike behov.

I 2025 ble det bevilget 369,9 mill. kroner til kompetanse- og tjenesteutviklingstilskuddet. Om lag to tredeler av bevilgningen ble disponert til kompetansetiltak og BPA-opplæring, mens litt under en tredel gikk til tjenesteutviklingsprosjekter. Interessen for tilskuddsordningen har vært stor blant kommunene, med høy søkning over tid, til tross for en svak nedgang i omsøkt beløp i 2025 sammenlignet med 2024. Nedgangen gjelder hovedsakelig søknader til videre- og masterutdanninger, men også noe for fagskoleutdanninger og lederutdanninger hos BI.

Tjenesteutviklingstilskuddet har støttet prosjekter innen oppgavedeling, nye arbeidsformer, tjenesteorganisering, velferdsteknologi og økt heltid. I 2025 sorterte de fleste prosjektene (152) under temaet organisering av tjenester og oppgaver med vekt på tverrfaglighet. En liten andel av tilskuddet har gått til prosjekter som omhandler fleksible avlastningstilbud for pårørende, hovedsakelig rettet mot personer med demens, med tilbud som lavterskeltilbud, drop-in, kveldsavlastning, ambulante tjenester og velferdsteknologi. Tilskuddet har også vært ment å bidra til praksisplasser for helse- og sosialfagsstudenter, men i 2025 var kun fire prosjekter rettet mot dette.

Kompetanse- og tjenesteutviklingstilskuddet foreslås avviklet mot at bevilgningen til omstillingstilskuddet til kommunene økes tilsvarende. Omstillingstilskuddet er et sentralt virkemiddel i Helsepersonellplan 2040 for å understøtte kommunene i å gjennomføre nødvendige omstillinger for å oppnå bedre ressursutnyttelse, og for å rekruttere og beholde kompetent personell i de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Bevilgningen foreslås redusert med 386,7 mill. kroner mot at bevilgningen til omstillingstilskuddet til kommunene styrkes tilsvarende.

Tilskudd til veiledning av studenter og ansatte i de kommunale helse- og omsorgstjenestene

Tilskudd til veiledning av studenter og ansatte i de kommunale helse- og omsorgstjenestene foreslås avviklet mot at bevilgningen til nytt omstillingstilskudd til kommunene økes tilsvarende. Omstillingstilskuddet er et sentralt virkemiddel i Helsepersonellplan 2040 for å understøtte kommunene i å gjennomføre nødvendige omstillinger for å oppnå bedre ressursutnyttelse, og for å rekruttere og beholde kompetent personell 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.

Det ble bevilget 10,3 mill. kroner til tilskuddet i 2025, og 18 prosjekter fikk innvilget tilskudd fra ordningen. Flere prosjekter har utviklet konkrete modeller for mentorering, veiledning, praksisoppfølging eller onboarding. Noen prosjekter forankrer arbeidet med veiledningsmodeller til kommunens kompetanse- og bemanningsplaner og flere prosjekter har bygget videre på erfaringer fra modeller utviklet i jobbvinner. Samlet sett har ordningen bidratt til mer systematisk oppfølging og styrket veiledningskultur.

Bevilgningen foreslås redusert med 10,8 mill. kroner mot at bevilgningen til omstillingstilskudd til kommunene styrkes tilsvarende.

Modellutvikling klinisk ernæringsfysiolog som ressurs for helse- og omsorgstjenesten

Tilskudd til modellutvikling av klinisk ernæringsfysiolog som ressurs for helse- og omsorgstjenesten foreslås avviklet mot at bevilgningen til nytt omstillingstilskudd til kommunene økes tilsvarende. Omstillingstilskuddet er et sentralt virkemiddel i Helsepersonellplan 2040 for å understøtte kommunene i å gjennomføre nødvendige omstillinger for å oppnå bedre ressursutnyttelse, og for å rekruttere og beholde kompetent personell i de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Formålet med tilskuddet har vært å styrke det systematiske ernæringsarbeidet og den ernæringsfaglige kompetansen i helse- og omsorgstjenesten, og bidra til oppfølging i tråd med nasjonale faglige anbefalinger.

Det ble bevilget 5,8 mill. kroner til tilskuddet i 2025. Samlet måloppnåelse vurderes som høy. Kommunene har kommet godt i gang med prosjektene og kommuner som har mottatt midler over tid, viser gevinster i form av mer systematisk ernæringsarbeid, økt kompetanse og bedre rutiner. Evaluering viste at 8 av 10 kommuner planla å videreføre tiltaket i ordinær drift.

Bevilgningen foreslås redusert med 6,1 mill. kroner mot at bevilgningen til omstillingstilskudd til kommunene styrkes tilsvarende.

Kompetansehevende tiltak for lindrende behandling og omsorg i livets sluttfase

Tilskudd til kompetansehevende tiltak for lindrende behandling og omsorg i livets sluttfase foreslås avviklet mot at bevilgningen til nytt omstillingstilskudd til kommunene økes tilsvarende. Omstillingstilskuddet er et sentralt virkemiddel i Helsepersonellplan 2040 for å understøtte kommunene i å gjennomføre nødvendige omstillinger for å oppnå bedre ressursutnyttelse, og for å rekruttere og beholde kompetent personell i de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

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.

Bevilgningen foreslås redusert med 13,9 mill. kroner mot at bevilgningen til omstillingstilskudd til kommunene styrkes tilsvarende.

Tiltak for å øke kompetansen i helse- og omsorgstjenestene til personer med utviklingshemming

Tilskudd til tiltak for å øke kompetansen i helse- og omsorgstjenestene til personer med utviklingshemming foreslås avviklet for å styrke bevilgningen til omstillingstilskudd til kommunene. Omstillingstilskuddet er et sentralt virkemiddel i Helsepersonellplan 2040 for å understøtte kommunene i å gjennomføre nødvendige omstillinger for å oppnå bedre ressursutnyttelse, og for å rekruttere og beholde kompetent personell i de kommunale helse- og omsorgstjenestene

Tilskuddsordningen har hatt som formål å styrke fag- og tjenesteutvikling og kompetanseheving hos ansatte som yter tjenester til personer med utviklingshemming, med sluttmål om bedre tjenester for målgruppen.

Bevilgningen til tilskuddet utgjorde 8,6 mill. kroner i 2025. Den samlede måloppnåelsen vurderes som middels. Prosjektene har vært relevante, men kapasitetsutfordringer og behov for langsiktig implementering har begrenset fremdrift og resultater i 2025.

Bevilgningen foreslås redusert med 9 mill. kroner mot at bevilgningen til omstillingstilskudd til kommunene styrkes tilsvarende.

Lønnstilskudd til utdanning i avansert klinisk allmennsykesykepleie

Som varslet i Prop. 94 S (2025–2026) *Kommuneproposisjonen 2027* foreslås det at lønnstilskudd til utdanning i avansert klinisk allmennsykepleie innlemmes i kommunenes rammetilskudd fra 2027. Dette er en del av regjeringens arbeid med å redusere omfanget av øremerkede tilskudd for å redusere den statlige detaljstyringen.

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. Det ble i 2026 bevilget 15,8 mill. kroner til tilskuddsordningen for kommuner med ansatte som tar masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie.

Det foreslås å flytte 16,3 mill. kroner til Kommunal- og distriktdepartementets kap. 571, post 60.

Sekretariatsfunksjoner i helsefellesskapene

Som varslet i Prop. 94 S (2025–2026) *Kommuneproposisjonen 2027* foreslås det at tilskudd til sekretariatsfunksjoner i helsefellesskapene innlemmes i kommunenes rammetilskudd fra 2027. Dette er en del av regjeringens arbeid med å redusere omfanget av øremerkede tilskudd for å redusere den statlige detaljstyringen.

Målet med bevilgningen har vært 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 2025 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 foreslås å flytte 11,4 mill. kroner til Kommunal- og distriktdepartementets kap. 571, post 60.

Post 61 Forebyggende helse- og omsorgstjenester

Bevilgningen på posten ble avviklet i 2026, jf. Innst. 11 S (2025–2026). Tilskuddet til helsestasjons- og skolehelsetjenesten er erstattet med en ny tverrsektoriell tilskuddsordning til kommuner for forebyggende tiltak for barn og unge over Barne- og familiedepartementets budsjett kap. 846, post 63. Tilskuddet til Frisklivs- lærings- og mestringstilbud er også avviklet og bevilgningen innlemmet i rammetilskuddet til kommunene.

Frisklivs-, lærings- og mestringstilbud

Det ble bevilget 22,5 mill. kroner til tilskuddsordningen etablering og utvikling av frisklivs-, lærings- og mestringstilbud i 2025. KOSTRA-rapporteringen for 2025 viser at om lag 69 pst. av kommunene har tilbud om frisklivssentral til sine innbyggere. Om lag 82 pst. av befolkningen bor i disse kommunene. Tilbudene er sentrale for å fremme mestring av egen sykdom og hjelp til å endre levevaner.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten

Det ble bevilget 463,6 mill. kroner til tilskuddsordningen styrking og utvikling av helsestasjons- og skolehelsetjenesten i 2025. Tilskuddsmidlene ble i sin helhet fordelt til kommuner etter formålet.

Post 62 Tilskudd til vertskommuner

Utover gjennomgående budsjettiltak omtalt i del I og generell pris- og lønnsjustering foreslås følgende endringer sammenlignet med saldert budsjett 2026:

- 2,1 mill. kroner i økt bevilgning knyttet til utvidelse av Innlandet fengsel.
- 218,8 mill. kroner i redusert bevilgning gjennom redusert vertskommunetilskudd HVPU for å styrke andre prioriterte tiltak.
- 81,9 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til frafall av beboere i vertskommunetilskuddet HVPU.
- 4,9 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til avvikling av tilskuddordningen til narkotikaprogram med domstolskontroll.
- 4,8 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til nedleggelse av Oslo fengsel, Grønland.

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 beboere hjemmehørende i andre kommuner. Formålet med tilskuddsordningen er å kompensere vertskommuner for de beboere som valgte å bli boende i institusjonskommunen. I 2026 mottar 28 kommuner tilskudd. Frafall av beboere fører til en direkte andelsmessig reduksjon i tilskuddet. Frafall beregnes ved inngangen til året før tilskuddsåret. Ordningens innretning har vært slik at telling og uttrekk av midler ved frafall av beboere gjennomføres hvert år frem til alle beboere har falt fra, og tilskuddsordningen med det 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 81,9 mill. kroner i 2027.

Kommunesektoren finansieres i all hovedsak med frie inntekter (skatteinntekter og rammetilskudd), som fordeles gjennom inntektssystemet. Inntektssystemet skal legge til rette for at alle kommuner skal kunne gi et likeverdig tjenestetilbud, uavhengig av forhold som skatteinntekter, demografi, avstander og levekår. Det har over flere år vært foretatt endringer i vertskommunetilskuddet. Det er stort behov for å omstille tjenestene i årene som kommer.

Fra og med 2027 foreslås det at vertskommunetilskuddet avvikles for kommuner der antallet vertskommunebeboere er mindre enn en halv promille av befolkningen i 2026. For de resterende kommunene foreslås det at tilskuddet avvikles gradvis. Gjenstående tilskudd er til omstilling i gjenværende kommuner i ordningen og trappes fra 2028 ned uavhengig av gjenlevende beboere. Siste tilskuddsår for ordningen er foreslått til 2031.

Som følge av forslag til innsparing for å styrke andre prioriterte tiltak, foreslås bevilgningen redusert med 218,8 mill. kroner. Samlet foreslås bevilgningen redusert med 300,7 mill. kroner. Det foreslås en ramme på 364,2 mill. kroner til vertskommunetilskuddet i 2027.

Tilskudd til helse- og omsorgstjenester til innsatte og internerte

Bevilgningen dekker tilskudd til helse- og omsorgstjenester og tannhelsetjenester til innsatte og internerte.

Det ble bevilget til sammen 229,7 mill. kroner til helse- og omsorgstjenester og tannhelsetjenester til innsatte i fengsel og internerte i 2025.

Helse- og omsorgstjenester og tannhelsetjenester til innsatte

Tilskuddsordningen skal bidra til at kommunene og fylkeskommunene yter nødvendige helse- og omsorgstjenester og tannhelsetjenester til innsatte. Innvilget tilskudd skal ikke fullfinansiere tjenestene, men er en kompensasjon for merutgifter som følger av å yte helse- og omsorgstjenester og tannhelsetjenester 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.

Tilskuddsmidler tildeles kommuner og fylkeskommuner på grunnlag av kvantifiserbare fordelingskriterier ut fra antall og type soningsplasser. Det vises til Justis- og beredskapsdepartementets Prop. 1 S (2026–2027) for nærmere omtale av beregnet antall og type soningsplasser for 2027, samt planer for framtidig utvikling av soningsplasser mv.

Nytt tilskuddsregelverk ble innført fra 2025. Et hovedmål var å øke kompensasjonen for kommuner med fengsel som har dedikerte soningsplasser for kvinner og mindreårige, som er grupper som forventes å ha særlige behov for helsehjelp. Helsedirektoratet har i 2026 gjennomført en undersøkelse som bl.a. belyser effekt av endringene og erfaringene er gjennomgående positive. Ungdomsenhetene beskriver blant annet flere legeårsverk, styrket beredskap, tettere sykepleieroppfølging, fysioterapitilbud og regelmessige tverrfaglige samarbeidsmøter. Når det gjelder kvinnefengslene, rapporterer flere av kommunene om betydelige forbedringer, herunder økt sykepleierbemanning, økt legeberedskap, kvinnehelsetiltak, fysioterapitilbud mv.

Kommunene og fylkeskommunene står fritt til å bestemme hvordan tjenestene skal organiseres, men Helsedirektoratet anbefaler at helsepersonell er til stede i fengselet til faste tider, jf. revidert veileder om helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel (Helsedirektoratet, 2025).

Under Stortingets behandling av Prop. 165 L (2024–2025) *Endringer i straffegjennomføringsloven mv. (isolasjon i fengsel)* ble det vedtatt endringer i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. § 3-9 (nytt andre og tredje ledd). Endringene tydeliggjør kommunens plikt til å føre tilsyn med innsatte i sikkerhetscelle og sikkerhetsseng ved at innsatte i sikkerhetscelle skal ha tilsyn av helsepersonell minst én gang per døgn og at innsatte i sikkerhetsseng skal ha tilsyn av helsepersonell snarest mulig etter at tiltaket er iverksatt, og videre minst én gang per døgn (Lovvedtak 37 (2025–2026)). Endringen medfører ikke nye plikter for kommunene, men tydeliggjør forsvarlig helsefaglig oppfølging ved bruk av nevnte tvangsmidler.

Revidert rundskriv om samarbeid mellom kriminalomsorgen og helse- og omsorgstjenesten om innsatte med rusmiddelproblemer og/eller psykiske plager og lidelser (G-01/2026) ble publisert i januar 2026.

Det innhentes ikke egen rapportering fra kommunene om helse- og omsorgstjenester i fengsel eller om tannhelsetjenester fra den fylkeskommunale tannhelsetjenesten. Det er et pågående arbeid med å innhente korrekt og pålitelig helsedata fra Norsk pasientregister (NPR) og Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR).

Det er vedtatt nye høysikkerhetsplasser ved Innlandet fengsel, Ilseng avdeling. Det foreslås å øke bevilgningen med 2,1 mill kroner for å starte arbeidet med å planlegge tilrettelegging av helsetjenester i fengselet. Som følge av nedleggelsen av Oslo fengsel, Grønland, foreslås bevilgningen redusert med 4,8 mill. kroner. Det foreslås til sammen 235,6 mill. kroner i tilskudd til vertskommuner og vertsfylkeskommuner for fengsel for å yte hhv. helse- og omsorgstjenester og tannhelsetjenester til innsatte i 2027.

Politiets utlendingsinternat

I de kommunene hvor det ligger utlendingsinternat skal kommunen ha tilbud om helse- og omsorgstjenester for de internerte. Bevilgningen foreslås videreført med 11,7 mill. kroner i 2027.

Narkotikaprogram med domstolskontroll

For å styrke andre prioriterte tiltak foreslås det å avvikle det særskilte tilskuddet til narkotikaprogram med domstolskontroll i 2027. Bevilgningen foreslås redusert med 4,7 mill. kroner.

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-senterne eller friomsorgskontorene, som har ansvar for oppfølging av ND-dømte.

Kommunene skal etter lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. yte nødvendige helse- og omsorgstjenester til innbyggerne. Dette

omfatter også ND-dømte. Samhandling og koordinering mellom kriminalomsorgen og tjenestetilbud i helse- og velferdssektoren, herunder den kommunale helse- og omsorgstjenesten, følger av den forvaltningsmessige samarbeidsplikten og med det en lovpålagt oppgave.

Kommunenes kostnader til helse- og velferdstjenester finansieres i hovedsak gjennom inntektssystemet for kommunene og det framstår ikke formålstjenlig å tilskuddsfinansiere kommunenes plikter og oppgaver på permanent basis. Avvikling av tilskuddordningen medfører imidlertid ikke at kommunene ikke kan videreføre en kommunalt finansiert stilling ved ND-sentrene, eller på annen måte sikre en særlig samhandling om ND-dømte.

Helsedirektoratet har videreutviklet veiledende materiell for de rådgivende enhetene for russaker, se omtale under kap. 765, post 21. Oppdatert materiell er publisert på direktoratets nettsider i 2026. Det framgår at enhetene kan ha en viktig funksjon som kontaktpunkt for samhandling mellom en rekke aktører og instanser både med et forebyggende formål og for å sikre tilgang til nødvendige helse- og omsorgstjenester. Dette inkluderer friomsorgskontorene, herunder ND-senterne, ved behov for helse- og omsorgstjenester til ND-dømte og andre som gjennomfører straff utenfor fengsel.

Post 63 Investeringstilskuddet heldøgns omsorgsplasser

Investeringstilskuddet til heldøgns omsorgsplasser i institusjon og omsorgsboliger ble innført i 2008. Formålet med tilskuddet er å stimulere kommunene til både å fornye og øke tilbudet av institusjonsplasser og omsorgsboliger for personer med behov for heldøgns helse- og omsorgstjenester. Kommunene finansieres i hovedsak gjennom de frie inntektene. Investeringstilskuddet er et supplement til dette, for å understøtte kommunene i arbeidet med å fornye og øke antallet heldøgns omsorgsplasser.

Bevilgningen dekker utbetaling av investeringstilskudd til heldøgns omsorgsplasser. Det foreslås en tilsagnsramme på 4 064 mill. kroner, tilsvarende investeringstilskudd til om lag 1 750 heldøgns omsorgsplasser i 2027. Av tilsagnsrammen foreslås det at 30 pst., tilsvarende 1 219 mill. kroner, forbeholdes heldøgns omsorgsplasser som skal gi netto tilvekst i kommunene som mottar tilskudd. Videre foreslås det endringer i tilskuddsutmålingen for å legge til rette for mer fleksibilitet for kommunene gjennom lik tilskuddssats for omsorgsboliger med heldøgns bemanning og for institusjonsplasser, samt lik maksimal anleggskostnad for alle kommuner.

Det ble i saldert budsjett 2026 bevilget 2 573,1 mill. kroner på posten. Bevilgningen til investeringstilskudd til heldøgns omsorgsplasser foreslås samlet økt med 352,4 mill. kroner til 2 925,5 mill. kroner i 2027:

- 406,4 mill. kroner i økt bevilgning som første års utbetaling av tilsagnsrammen for 2027
- 54 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til budsjettert utbetaling av prosjekter med tilsagn om tilskudd fra tidligere år.

Utover første års utbetaling av tilsagnsrammen for 2027 er 2 519,1 mill. kroner av bevilgningen knyttet til tilsagn om tilskudd innvilget i perioden 2022–2026 og som kommer til utbetaling i 2027. Av dette er 373,7 mill. kroner knyttet til tilskuddsordningen til netto tilvekst. I tillegg foreslås det en tilsagnsfullmakt på 7 111 mill. kroner på posten, som er summen av gjenstående utbetaling av foreslått tilsagnsramme for 2027 og innvilget tilsagn om tilskudd i perioden 2022–2026, jf. forslag til romertallsvedtak IV.

Oppdaterte framskrivinger fra Statistisk sentralbyrå (SSB) anslår at det vil være behov for om lag 22 800 flere heldøgns omsorgsplasser fra 2024 til 2035 (SSB 2026/24). Denne framskrivingen erstatter et tidligere framskrevet behov for om lag 18 000 flere heldøgns omsorgsplasser frem mot 2035 (SSB 2020/43), sist vist til i Prop. 94 S (2025–2026). Tallene er ikke direkte sammenlignbare bl.a. på grunn av endret metodikk og grunnlagsdata, men det nye behovstallet gir et tydelig signal om at utbyggingstakten må kraftig opp. Framskrivningen er usikker. Regjeringen vil sette kommunene i stand til å møte behovene for heldøgns omsorgsplasser. Samtidig har etterspørselen etter investeringstilskuddet til heldøgns omsorgsplasser vært lavere de siste årene sammenlignet med før pandemien. I 2024 og 2025 ble ikke tilsagnsrammene fullt ut utnyttet. Regjeringen har gjort en rekke forenklinger i ordningen og foreløpige tall for 2026 viser en betydelig økning i andelen tilsagn. Tilsagnsrammene har ikke blitt fullt ut utnyttet i 2024 og 2025. Per august 2026 omfattet søknadsinngangen 1 041 heldøgns omsorgsplasser mot 567 plasser på samme tid i 2025. Tall fra SSB viser at det totale antallet heldøgns omsorgsplasser i landet over tid øker svakt, bl.a. fordi kommunene også fornyer og legger ned gamle og uegnede plasser. Regjeringen vil følge utviklingen og komme tilbake til dette i de ordinære budsjettprosessene. Den enkelte kommune er selv ansvar-

lig for hvordan de organiserer sin eldreomsorg, til det beste for sine innbyggere.

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.

Investeringstilskuddet er innrettet slik at kommunene får dekt 45 pst. av byggekostnadene til omsorgsboliger og 55 pst. for plass i institusjon. Er kostnadene lavere enn maksimal anleggskostnad blir tilskuddsutmålingen tilsvarende redusert. Tradisjonelt har det vært behov og krav til sykehjem/institusjonsplasser som øker kostnadene. Dette er for eksempel skyllerom, medisinrom og fellesareal, og ofte er det behov for et større personalrom. Kostnadsforskjellene mellom bygg til de to boformene er etter Husbankens oppfatning små og bygningsmassen for de to boformene i prosjekter som bygges i dag er i mange tilfeller svært lik. Regjeringen foreslår å sette tilskuddssatsen lik for institusjonsplasser og heldøgns omsorgsboliger. Dette vil likebehandle kommunene og gi dem fleksibilitet når det er behov for å endre bruk av byggene fra institusjon til heldøgn omsorgsboliger i perioder. Da unngås også problemstillingen med tilbakebetaling når kommunen går fra sykehjem/institusjonsplasser til omsorgsboliger i en periode. Det foreslås at tilskuddssatsen settes til 55 pst. av anleggskostnaden, begrenset oppad til maksimal anleggskostnad.

I tillegg har de 15 kommunene som defineres som pressområdekommuner en høyere maksimalt godkjent anleggskostnad enn øvrige kommuner, med begrunnelse i at det er særskilt høyt kostnadsnivå i disse kommunene. Den maksimale anleggskostnaden var 14 pst. høyere for presskommuner enn for de øvrige kommunene i 2026. Anleggskostnadene i pressområder og øvrige kommuner ligger nærmere hverandre enn da de differensierte satsene ble innført. Gjennomsnittlige kostnader i pressområdekommunene ligger litt over øvrige kommuner. Det er noe større differanse for omsorgsboliger enn for institusjonsplasser. Variasjonen i byggekostnadene handler likevel ikke bare om skille mellom pressområder og ikke pressområder. I enkelte ordinære kommuner kan byggekostnadene ligge langt over byggekostnadene i pressområdekommunene. Disse kommunene vil likevel få en lavere tilskuddsutmåling. Det foreslås at det innføres lik maksimal anleggskostnad for alle kommuner fra og med 2027. Den maksimale anleggskostnaden i 2027 foreslås satt til 4,2 mill. kroner per plass.

Forenklinger i ordningen

For å gjøre ordningen enklere, mer fleksibel og bedre treffe kommunenes behov ble det innført flere forenklinger i ordningen for investeringstilskudd til heldøgns omsorgsplasser i 2026. I tråd med det regjeringen varslet i Prop. 94 S (2025–2026) *Kommuneproposisjonen 2027* foreslår regjeringen å innføre og utrede ytterligere forenklinger og forbedringer. Det foreslås at alle krav i tilskuddsordningen som ikke følger av annet regelverk avvikles. Krav som vil bestå er krav etter byggteknisk forskrift (TEK17), inkludert krav om universell utforming og krav etter arbeidsmiljøloven. Forslaget vil bl.a. innebære at plankravet avvikles.

Videre foreslår regjeringen å utrede en hjemmel for forsøk i ordningen. En slik hjemmel vil bl.a. gjøre det mulig for kommunene å teste ut nye boformer og skape nye, aldersvennlige nabolag gjennom samlokalisering med andre boligformål, for eksempel studentboliger. Husbanken erfarer at de gjennom forsøkshjemler på sine øvrige ordninger høster nyttige erfaringer med innovative prosjekter. Formål med og konsekvenser av en slik forsøkshjemmel utredes, og endelig innretning av ordningen vil bli sendt på offentlig høring. I samsvar med Prop. 1 S (2025–2026) jobber regjeringen i tillegg videre med å utrede en adgang til å dispensere fra regelverket for investeringstilskudd til heldøgns omsorgsplasser, med sikte på innføring i løpet av 2027. En slik adgang vil også bidra til økt fleksibilitet i ordningen.

Samlet har forenklings- og forbedringsgrepene til hensikt å stimulere til at kommunene bygger ut og fornyer sine heldøgns omsorgstilbud og fullt benytter seg av årlige tilsagnsrammer. Kommunene må samtidig planlegge for knapphet på helsepersonell. Det følger av Meld. St. 11 (2025–2026) *Helsepersonellplan 2040* at det vil være behov for å vurdere større prosjekter, økt samlokalisering og sentralisering av heldøgns omsorgsplasser og andre bo- og tjenestetilbud. For å støtte kommunene i å etablere fleksible og kostnadseffektive heldøgns botilbud skal Husbanken utvikle veiledningsmateriale med gode eksempler på ulik utforming og lokalisering av botilbud som bidrar til personelleffektiv tjenesteyting samtidig som hensyn til beboere ivaretas.

Parallelt med å forbedre og styrke tilskuddsordningen til heldøgns omsorgsplasser, har regjeringen igangsatt et arbeid som vil se på hvordan bl.a. boligtype, fysisk tilrettelegging, sentralisering, samlokalisering, teknologi, pårørendeinnsats og kommunal organisering påvirker behovet for bolig- og tjenestetilbud. Dette vil gi oss nødvendig kunnskap for å prioritere virkemidler som bidrar til at eldre mottar gode og treffsikre tjenester.

Regjeringen vil fortsette satsningen på aldersvennlige boliger. Kommunal- og distriktsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet vil se på eksisterende tilskuddsordninger og andre virkemidler på boligfeltet og hvordan de kan virke sammen med mål om å bedre understøtte utvikling og bygging av flere aldersvennlige boliger. Forslag til justeringer følges opp gjennom høring av aktuell forskrift eller i ordinære budsjettprosesser. For investeringsordningen til heldøgns omsorgsplasser legges det til grunn at kravet om at beboer må ha vedtak om heldøgns omsorgstjenester opprettholdes. Vilkår knyttet til tjenestenær beliggenhet og fellesareal/nabolagsfunksjoner vurderes.

Videre vil Kommunal- og distriktsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet bidra til videreutvikling av boligbehovsanalyser og vurdere hvordan bruken av ulike verktøy kan styrke og støtte planlegging på nasjonalt, regionalt og kommunalt nivå. Helse- og omsorgsdepartementet vil også vurdere behovet for å presisere hvordan begrepet heldøgns omsorg bør forstås. Helse- og omsorgsdepartementet målretter i tillegg deler av forskningsmidlene til Norges forskningsråd knyttet til de kommunale helse og omsorgstjenestene for å få mer kunnskap om effekt av boligbygging for eldres helse og tjenestebehov.

Rapportering

I 2025 ble det utbetalt 2 672,3 mill. kroner i investeringstilskudd på kap. 761, post 63. Til sammen ble 996 heldøgns omsorgsplasser ferdigstilt og fikk utbetalt tilskudd, hvorav 547 av plassene var i institusjon og 449 i omsorgsboliger med heldøgns omsorg. Av plassene som ble ferdigstilt var 286 fra tilskuddsordningen til netto tilvekst.

Over kap. 761, post 63 ble det i 2025 innvilget tilsagn om tilskudd for 2 415,4 mill. kroner. Til sammen 1 120 heldøgns omsorgsplasser fikk tilsagn, fordelt på 579 plasser i omsorgsbolig og 541 plasser i institusjon.

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.

Ordningen forvaltes av Husbanken. I 2025 ble det utbetalt 941,4 mill. kroner i kompensasjonstilskudd. Alle tilskudd er utbetalt, og det er ingen avdragsfrihet. Bevilgningsbehovet består av beregnet rentekompensasjon og avdragskompensasjon.

Kompensasjonstilskuddet tilsvarer utgifter knyttet til et serielån i Husbanken med 30 års løpetid, ingen avdragsfri periode og med den til enhver tid flytende rente. Tilskuddet ble beregnet fra den dagen oppstartingstilskuddet ble utbetalt.

Bevilgningen foreslås redusert med 29,2 mill. kroner knyttet til redusert rentebetaling i 2027. Rentesatsen for 2027 er 4 pst.

Det foreslås bevilget 892 mill. kroner i 2027.

Post 70 Tilskudd

Det foreslås å flytte:
- 3,3 mill. kroner fra kap. 760, post 21 knyttet til KS sitt arbeid med oppfølgingen av bo trygt hjemme-reformen.
- 1 mill. kroner fra Barne- og familiedepartementets kap. 846, post 33 til finansiering av Helsestasjons- og skolehelsetjenesten på Svalbard.
- 71,3 mill. kroner til kap. 714, post 79, knyttet til tilskudd til aktivitetstiltak til eldrekraft.

For å styrke andre prioriterte tiltak er bevilgningen på posten ikke prisjustert, jf. omtale i del 1. I tillegg foreslås følgende endringer sammenlignet med saldert budsjett 2026:
- 6 mill. kroner i økt bevilgning til tilskudd til Ønsketransporten.
- 11,6 mill. kroner i redusert bevilgning, knyttet til avviklingen av tilskudd til helhetlig støtte for pårørende med krevende omsorgsoppgaver, mot at bevilgningen til nytt omstillingstilskudd på kap. 760, post 60 øker tilsvarende.
- 10 mill. kroner i redusert tilskudd til Stiftelsen Amathea.
- 7,2 mill. kroner i redusert bevilgning, knyttet til avviklingen av tilskudd til livsglede for eldre, mot at bevilgningen til nytt omstillingstilskudd på kap. 760, post 60 øker tilsvarende.
- 5,4 mill. kroner i redusert bevilgning, knyttet til avviklingen av tilskudd til videreutvikling av læringsnettverk gode pasientforløp, mot at bevilgningen til nytt omstillingstilskudd på kap. 760, post 60 øker tilsvarende.
- 5 mill. kroner i redusert tilskudd til Camphill landsbystiftelse.
- 4,4 mill. kroner i redusert tilskudd til NOKLUS.
- 2,5 mill. kroner i redusert tilskudd til Seksuell helse mot at bevilgningen til seksuell helse over kap. 760, post 21 økes tilsvarende.
- 1,2 mill. kroner i redusert tilskudd til lindrende enheter.
- 1 mill. kroner i redusert tilskudd til Verdighetssenteret.

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 bevilgningen 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.

Noklus

Målet med bevilgningen er å bedre kvaliteten og sikkerheten på laboratorietjenestene 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 til Noklus i 2025. Målet om å inkludere de siste enhetene som ikke har blitt med er tilnærmet nådd.

Det foreslås å redusere bevilgningen med 4,4 mill. kroner. For øvrig forelsås bevilgningen videreført med 4,3 mill. kroner i 2027 til sluttføring av prosjektet.

Norges Frivilligsentraler

Norges Frivilligsentraler og Helsedirektoratet inngikk i 2025 en intensjonsavtale om gjennomføring av bo trygt hjemme-reformen. Norges frivilligsentraler ble tildelt 1,1 mill. kroner for 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. Norges Frivilligsentraler har videreført og styrket sitt arbeid med samskapning og partnerskap innenfor Bo trygt hjemme-reformen i 2025, med særlig fokus på mobilisering av eldrekraften. Rekrutteringskampanjen rettet mot seniorer som ble lansert i 2025 har bidratt til økt synlighet og interesse for frivillig engasjement blant eldre.

Arbeidet skal ses i sammenheng med aktivitetstilskudd til eldrekraften og Partnerskap for eldrekraften hvor Norges frivilligsentraler deltar, se nærmere omtale under kap. 714, post 79.

Det foreslås å videreføre bevilgningen til Norges Frivilligsentraler med 1,1 mill. kroner i 2027.

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. Det ble bevilget 4,5 mill. kroner til Pårørendealliansens arbeid i 2025. Ved utgangen av 2025 hadde de 49 medlemsorganisasjoner. Pårørendealliansen har fem

prioriterte områder, samarbeid med helsetjenestene, rett lik til informasjon, rettigheter og muligheter, samt rett til et balansert arbeidsliv. Helsedirektoratet vurderer måloppnåelsen som høy i 2025.

Det foreslås å videreføre bevilgningen til Pårørendealliansen med 4,6 mill. kroner i 2027.

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 gjennom å styrke frivillige organisasjoners informasjons- og opplysningsvirksomhet på området. Ordningen skal bidra til å gi veiledning og støtte til pasient og pårørende. I 2025 ble det bevilget 5 mill. kroner til formålet. I 2025 ble det innvilget tilskudd til fire tilskuddsmottakere med et bredt spekter av informasjons- og opplysningstiltak. Helsedirektoratet vurderer at ordningen hadde høy måloppnåelse i 2025.

Bevilgningen foreslås videreført med 5,1 mill. kroner i 2027.

Tilskudd til lindrende enheter

Målet med ordningen er å styrke mangfoldet av tilbud til personer som trenger lindrende behandling og omsorg. Dette skal skje gjennom etablering og drift av lindrende enheter som drives av frivillige og ideelle organisasjoner etter hospicefilosofien. Målgruppen er personer som trenger lindrende behandling og omsorg. Barn og unge og deres pårørende er særskilt prioritert. Tilskuddsordningen er forankret i Meld. St. 24 (2019–2020) *Lindrende behandling og omsorg*.

Det ble bevilget 13,4 mill. kroner til ordningen i 2025, etter at bevilgningen ble redusert med 10,1 mill. kroner i revidert nasjonalbudsjett og ny saldering av statsbudsjettet 2025, jf. Innst. 146 S (2025–2026) og Innst. 75 S (2025–2026). Det ble gitt tilskudd til to tiltak, Stiftelsen Frambu og Stiftelsen Nordre Aasen. Tiltakene er rettet mot barn og unge med livstruende eller livsbegrensende sykdom, deres pårørende og relevante tjenesteytere, og bidrar til å styrke tjenestetilbudet til målgruppen. Begge tiltakene samarbeider bredt med utdanningsinstitusjoner og øvrige helse- og omsorgstjenester. Frambu tilbyr blant annet familieopphold, samlinger, lokale tjenester og undervisning. Nordre Aasen tilbyr opphold, ambulante tjenester og opplæring til helsepersonell.

Det har vært mindreforbruk på ordningen de siste årene. Det foreslås å redusere bevilgningen med 1,2 mill. kroner. For øvrig foreslås bevilgningen videreført med 22,8 mill. kroner i 2027.

Hospice Sangen

Formålet med bevilgningen er å bidra til dagbehandlingstilbud for hjemmeboende personer med sykdom som vanskelig eller ikke lar seg helbrede. Tilbudet gis ved Hospice Sangen, som driftes av Stiftelsen Diakonova Haraldsplass og er lokalisert på Hamar. Tilbudet bygger på hospicefilosofien og skal bidra til økt livskvalitet.

I 2025 ble det mottatt 88 henvisninger og det daglige gjennomsnittet på antall pasienter i dagbehandling vært 9, innenfor en kapasitet på 10–12 pasienter. Brukerundersøkelse viser høy tilfredshet hos pasientene. Tilskuddet foreslås videreført med 14,1 mill. kroner i 2027.

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.

Det ble bevilget 26,5 mill. kroner til Verdighetssenteret i 2025. Senteret har jobbet med digitalisering av aktiviteten med tanke på større geografisk spredning og mer ressurseffektiv deltakelse fra kommunene. Verdighetssenteret jobber til en viss grad på etterspørsel fra kommunene og utvikler opplæringsprogrammer basert på de temaene kommunene er opptatt av, slik som programmet Sistehjelp.

Det foreslås å redusere bevilgningen med 1 mill. kroner, knyttet til særskilt bevilgning i 2026. Bevilgningen foreslås videreført med 25 mill. kroner i 2027.

Tilskudd til informasjons- og kontaktskapende arbeid mv.

Målet med tilskuddsordningen er å fremme og styrke frivillige organisasjoners og stiftelsers landsdekkende informasjons- og kontaktskapende arbeid. Målgrupper er pasienter, pårørende, brukere eller medlemmer som kan nyte godt av arbeidet organisasjonene eller stiftelsene driver.

Det ble bevilget 24,4 mill. kroner til formålet i 2025. Helsedirektoratet mottok 99 søknader og 25 tiltak fikk innvilget tilskudd. Det overordnende temaet 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 innenfor kategoriene rådgivingstjenester på telefon/nettbasert, likepersonsarbeid, informasjonskampanjer og medlemsseminarer/konferanser. Helsedirektoratet vurderer måloppnåelsen for ordningen som høy i 2025.

Bevilgningen foreslås videreført med 25,5 mill. kroner.

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, samt understøtte Hjernerådets deltakelse i partnerskapet til Hjernehelsestrategien. Deler av midlene skal gå til drift av hub for hjerneforskning i samarbeid med Forskningsrådet.

Bevilgningen foreslås videreført med 2,6 mill. kroner i 2027.

Tilskudd til diabetesarbeid

Formålet med tilskuddet er å stimulere til aktiviteter som følger opp mål og tiltak i Nasjonal diabetesplan (2025–2029).

Det ble bevilget 12,5 mill. kroner til tilskudd til diabetesarbeid over post 21 i 2025. Bevilgningen ble flyttet til post 70 i 2026. Helsedirektoratet har ansvar for å forvalte tilskuddet og rapporterer om høy måloppnåelse for tilskuddsordningen i 2025. I 2025 mottok 15 tilskuddsmottakere midler fra ordningen. Direktoratet rapporter at tilskuddsordningen samlet har bidratt til å gjennomføre viktige tiltak som øker kvaliteten på helsetjenestens behandling av diabetes, tiltak som øker pasienters mulighet for å mestre egen sykdom, og tiltak som bedrer mulighetene for å drive systematisk kvalitetsarbeid og for å evaluere kvaliteten på diabetesoppfølgingen i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Bevilgningen foreslås videreført med 12,9 mill. kroner i 2027.

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. Helsedirektoratet har vurdert måloppnåelsen som høy i 2025.

Bevilgningen foreslås videreført med 3,2 mill. kroner i 2027.

Camphill Landsbystiftelse

Bevilgningen dekker tilskudd til Camphill Landsbystiftelsen i Norge og skal bidra til drift av stiftelsens seks landsbyer. Formålet er å tilby et helhetlig bo- og arbeidsfellesskap for unge og voksne med særlige omsorgsbehov.

Det ble bevilget 99,3 mill. kroner til Camphill Landsbystiftelsen i 2025. Midlene stilles til rådighet for stiftelsen, som fordeler dem til landsbyene. I 2025 har stiftelsen videreført arbeide med kvalitetsforbedring, bedre dokumentasjon og mer ensartede tjenester. Undersøkelser blant beboere og pårørende viser høy grad av tilfredshet. Stiftelsen tilbød også 19 dagplasser gjennom avtaler med Malvik, Trondheim og Sandefjord kommuner.

Helsedirektoratet følger virksomheten gjennom årsmelding, årsregnskap og tilsyn. Regelverket er under revisjon etter evaluering av ordningen i 2024.

For å styrke andre prioriterte tiltak foreslås bevilgningen redusert med 5 mill. kroner. Bevilgningen foreslås for øvrig videreført med 95,9 mill. kroner i 2027.

Tilskudd til Signo Conrad Svendsen senter

Bevilgningen dekker tilskudd til Signo Conrad Svendsen senter. Formålet er å bidra til drift av fag- og opplæringsseksjonen for kompetanseheving internt og eksternt. Seksjonen utreder, diagnostiserer og behandler døve personer og personer med døvblindhet ved senteret.

Det ble bevilget 18,9 mill. kroner til senteret i 2025. I 2025 har fag- og opplæringsseksjonen hatt stabil bemanning og videreført arbeidet med direkte tjenester til tjenestemottakere, kompetanseheving av ansatte samt kunnskapsutvikling og kunnskapsspredning til eksterne fagmiljøer. Helsedirektoratet vurderer måloppnåelsen som høy.

Bevilgningen foreslås videreført med 19,3 mill. kroner i 2027.

Seksuell helse

I statsbudsjettet for 2026 ble tilskuddsordningen tverrsektorielt arbeid med seksuell helse opprettet. Samtidig ble tilskuddsordningene seksuell

helse og forskrift om tilskudd til arbeid innen feltet hiv og seksuelt overførbare infeksjoner avviklet. Målet for den nye tilskuddsordningen er å fremme god seksuell helse, beskytte seksuelle rettigheter og redusere sosial ulikhet i seksuell helse. Tilskuddsordningen skal støtte opp under og realisere strategien God seksuell helse – vårt felles ansvar.

Det ble bevilget til sammen 68,3 mill. kroner til seksuell helse og forskrift om tilskudd til arbeid innen feltet hiv og seksuelt overførbare infeksjoner i 2025. Formålet med ordningene var å følge opp og støtte tiltak i Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017–2022). Helsedirektoratet mottok 110 søknader over ordningen seksuell helse for 2025. Av disse ble 68 helt eller delvis innvilget, mens 42 ble avslått. Samlet omsøkt beløp var totalt i underkant av 105 mill. kroner, som er høyere enn bevilgningen. I 2025 prioritere Helsedirektoratet tilskudd til prosjekter med nasjonal overføringsverdi, særlig prosjekter som bidrar til at relevant personell får tilstrekkelig kunnskap om seksuell helse gjennom grunn-, etter- og videreutdanninger, samt prosjekter som forebygger seksualisert vold og overgrep og bidrar til å senke terskelen for å søke hjelp. Særlig prioriterte målgrupper i 2025 var i tillegg barn og unge opp til 24 år, og personer med ulik minoritetsbakgrunn. For ordningen forskrift om tilskudd til arbeid innen feltet hiv og seksuelt overførbare infeksjoner mottok Helsedirektoratet 25 søknader, hvorav 5 ble avslått og 10 ble innvilget helt eller delvis for 2025. Forskrift om tilskudd til arbeid innen feltet hiv og seksuelt overførbare infeksjoner har vært innrettet slik at tre sammenslutninger av organisasjoner har fått treårige driftstilskudd for å i samarbeid ivareta arbeidet rettet mot tre ulike hovedmålgrupper: a) mennesker som lever med hiv b) menn som har sex med menn c) migrantgrupper. Helsedirektoratet vurderer måloppnåelsen som høy for begge ordningene. For å finansiere evaluering og kunnskapsoppsummeringer knyttet til strategi for seksuell helse foreslås det å redusere tilskuddet med 2,5 mill. kroner mot at bevilgningen på kap. 760, post 21 øker tilsvarende. For øvrig foreslås bevilgningen videreført med 73,4 mill. kroner i bevilgning i 2027.

Amathea

Målet med tilskuddsordningen er å bidra til å supplere det offentliges tilbud om informasjon, veiledning og støtte i tråd med § 6 og 23 i abortloven, uavhengig av geografi, økonomi og livssituasjon. Ordningen skal også bidra til å styrke stiftelsens digitale tilgjengelighet, og oppnå målene under innsatsområde 3 i God seksuell helse – vårt felles ansvar: Strategi for seksuell helse.

Målgruppen er gravide og deres partnere som er ambivalente til et svangerskap, med hovedvekt på de som ikke har tilgang på, eller benytter seg av, offentlige lavterskeltilbud. Gravide som har behov for støtte i prosessen rundt et svangerskapsavbrudd, inkludert nemdbehandling, skal prioriteres.

Det ble i 2025 bevilget 24,4 mill. kroner til Stiftelsen Amathea. Helsedirektoratet viser til at rapporteringen fra Amathea beskriver gjennomførte aktiviteter i 2025, og viser at stiftelsen har opprettholdt et omfattende tjenestetilbud i tråd med formålet. Direktoratet påpeker at rapporteringen i stor grad er narrativ og at rapporteringen også bør underbygges med indikatorer eller analyser. Det foreslås å redusere bevilgningen med 10 mill. kroner knyttet til særskilt tilskudd i 2026. For øvrig foreslås bevilgningen til Stiftelsen Amathea videreført med 14,4 mill. kroner i 2027. Amathea har også mulighet til å søke om tilskudd fra tilskuddsordningen tverrsektorielt arbeid med seksuell helse.

Helsestasjons- og skolehelsetjenester på Svalbard

I 2026 ble midler fra tilskuddsordningen styrking av helsestasjons- og skolehelsetjenesten under Helse- og omsorgsdepartementet overført til den nye tilskuddsordningen kommunalt forebyggingsprogram for barn og unge. Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) har tidligere kunnet søke om og har mottatt tilskudd over Helse- og omsorgsdepartementets ordning til helsestasjon- og skolehelsetjenesten på Svalbard. For å opprettholde disse tjenestene foreslås det 1 mill. kroner til UNN til helsestasjons- og skolehelsetjenester som tilbys av UNN på Svalbard.

Felleskap og mestring – Oppfølging av bo trygt hjemme-reformen

Det foreslås å flytte 3,3 mill. kroner fra post 21 knyttet til KS sitt arbeid med å støtte kommunene i deres arbeid i oppfølgingen av reformen. Det vises til post 21 for nærmere omtale av oppfølgingen av bo trygt hjemme-reformen.

Pårørendesenteret

Ved Stortingets behandling av Prop. 1 S (2025–2026), jf. Innst. 11 S (2025–2026), ble det bevilget 10 mill. kroner til øremerket tilskudd til Pårøren-

desenteret i Stavanger på posten. Bevilgningen foreslås videreført med 10 mill. kroner i 2027.

Opphold i institusjoner for eldre med særskilte behov. Tilskudd til Mosserødhjemmet og Jødisk bo- og seniorsenter

Formålet med bevilgningen er å gi et tilbud til beboere i alders- og sykehjem og brukere av korttidsplasser, dagplasser mv., der tilbudet er tilpasset bestemte trossamfunn. Tilskuddet går til drift av Mosserødhjemmet og Jødisk bo- og seniorsenter, og skal bidra til at kommuner kjøper plasser ved disse institusjonene. Det ble bevilget 9,9 mill. kroner i 2025. Tilskuddet har over tid hatt lav måloppnåelse. Antallet beboere i de aktuelle målgruppene har vært begrenset, og tilskuddet vurderes i liten grad å bidra til å oppfylle formålet med ordningen.

Bevilgningen foreslåes videreført med 10,8 mill. kroner.

Aktivitetstiltak til eldrekraft

Tilskuddsordningen til aktivitetstiltak til eldrekraft foreslås flyttet til kap. 714, post 79. Det vises til nærmere omtale av tilskuddet der.

Helhetlig støtte til pårørende med krevende omsorgsoppgaver

Tilskuddet var et av hovedtiltakene i Pårørendestrategien og handlingsplanen Vi – de pårørende (2021–2025) som gikk ut i 2025.

Tilskuddsordningen har bidratt til en bred utvikling av tiltak som styrker tilbudet til pårørende med krevende omsorgsoppgaver på individ, tjeneste og systemnivå. Prosjektene viser en dreining mot mer systematisk og helhetlig pårørendearbeid, med økt etablering av koordinatorroller, styrket kompetanse og utvikling av fleksible avlastningstilbud. Barn og unge som pårørende er et prioritert område, og det ses økt satsing på tidlig innsats og familiebaserte tiltak. Enkelte tiltak går over flere år og det er også tiltak hvor det er interkommunale samarbeid for å få oversikt og sette pårørendearbeid i system i kommunene.

Tilskuddsordningen helhetlig støtte til pårørende med krevende omsorgsoppgaver foreslås avviklet mot at bevilgningen til nytt omstillingstilskudd til kommunene økes tilsvarende. Det vises til kap. 760, post 60 for nærmere omtale.

Tilskudd til videreutvikling av læringsnettverk i gode pasientforløp

Tilskuddsordningen foreslås avviklet mot at bevilgningen til nytt omstillingstilskudd til kommunene økes tilsvarende. Omstillingstilskuddet er et sentralt virkemiddel i Helsepersonellplan 2040 for å understøtte kommunene i å gjennomføre nødvendige omstillinger for å oppnå bedre ressursutnyttelse, og for å rekruttere og beholde kompetent personell i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Det vises til kap. 760, post 60 for nærmere omtale.

Målet med tilskuddet har vært å bidra til å forbedre overgangene i pasientforløp, både internt i kommunene og sykehusene, og mellom sykehus og kommune. Målgruppen er virksomhetsledere og helsepersonell i helse- og omsorgstjenestene.

Tilskuddsordningen har vært koblet til den fireårige planperioden for Meld. St. 9 (2023–2024) *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027 – Vår felles helsetjeneste*.

Gode pasientforløp har i perioden bidratt til oppdatert veiledningsmateriale, råd og kompetansestøtte til kommuner og helsefellesskap. Arbeidet er gjennomført i samarbeid med KS, Helsedirektoratet, utviklingssentrene og andre relevante aktører, og har styrket samhandling og utvikling av helhetlige pasientforløp. Tilskuddet har bidratt til økt kompetanse og bedre overganger i pasientforløpene.

Bevilgningen foreslås redusert med 5,4 mill. kroner mot at bevilgningen til nytt omstillingstilskudd over kap. 760, post 60 økes tilsvarende.

Livsglede for eldre og livsgledesertifisering

Stiftelsen Livsglede for eldre driver bl.a. nasjonal sertifiseringsordning av Livsgledehjem. Tilskuddet til livsglede for eldre og livsgledesertifisering foreslås avviklet mot at bevilgningen til nytt omstillingstilskudd til kommunene økes tilsvarende. Omstillingstilskuddet er et sentralt virkemiddel i Helsepersonellplan 2040 for å understøtte kommunene i å gjennomføre nødvendige omstillinger for å oppnå bedre ressursutnyttelse, og for å rekruttere og beholde kompetent personell i de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Bevilgningen foreslås redusert med 7,2 mill. kroner mot at bevilgningen til nytt omstillingstilskudd over kap. 760, post 60 økes tilsvarende.

Det vises til kap. 760, post 60 for nærmere omtale av omstillingstilskuddet.

Mobilisering mot ensomhet – Aktivitetstiltak for å motvirke ensomhet og passivitet

Tilskuddsordningen ble ved behandling av budsjettet for 2026 avviklet fra 1. januar 2026.

Formålet med tilskuddsordningen har vært å motvirke ensomhet, passivitet og å skape aktivitet, deltakelse, sosialt fellesskap og møteplasser. Målgruppen var voksne som står i fare for å oppleve ensomhet, passivitet og sosial tilbaketrekning. I 2025 ble det bevilget 14,5 mill. kroner til tilskuddsordningen. Helsedirektoratet mottok 143 søknader, og omsøkt beløp var på nesten 89,3 mill. kroner.

Etablering av aktiviteter og møteplasser har bidratt til å nå ordningens overordnede formål om å motvirke ensomhet og passivitet. Helsedirektoratet har vurdert måloppnåelsen på ordningsnivå til middels. Hovedårsaken til dette er at om lag halvparten av tiltakene som startet opp i 2025 ikke var gjennomført etter opprinnelig fremdriftsplan av ulike årsaker.

Ordningen ble avviklet fra 1. januar 2026. I Prop. 1 S (2025–2026) ble det fremmet forslag om ny tilskuddsordning rette mot frivillige og ideelle aktører som tilbyr aktiviteter for eldre. Det vises til tilskuddsordning til aktivitetstiltak til eldrekraft på kap. 714, post 79.

Post 71 Forskning, fagutvikling og rekruttering

Det foreslås å flytte:

- 5,1 mill. kroner til kap. 732, post 76, knyttet til nasjonal prøveordning med henvisningsrett til BUP for helsesykepleiere.

For å styrke andre prioriterte tiltak er bevilgningen på posten ikke prisjustert, jf. omtale i del 1. I tillegg foreslås følgende endringer sammenlignet med saldert budsjett 2026:

- 13,9 mill. kroner i redusert bevilgning til Saminor 3 mot at bevilgningen til Hunt5 på kap. 714, post 79 økes tilsvarende.
- 13,2 mill. kroner i redusert bevilgning, knyttet til avviklingen av tilskudd til økt rekruttering av sykepleiere og helsefagarbeidere, mot at bevilgningen til nytt omstillingstilskudd på kap. 760, post 60 øker tilsvarende.
- 11,2 mill. kroner i redusert bevilgning, knyttet til avviklingen av tilskudd til kurspakke for ufaglærte, mot at bevilgningen til nytt omstillingstilskudd på kap. 760, post 60 øker tilsvarende.

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 bevilgningen 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 raskere og 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*. Nødvendige regelverksendringer for å legge til rette for en tre-årig prøveordning trådte i kraft 1. september 2026. Tiltaket evalueres.

Det foreslås å flytte 5,1 mill. kroner knyttet til aktivitet i spesialisthelsetjenesten til kap. 732, post 76. Bevilgningen på posten foreslås for øvrige videreført med 4,9 mill. kroner i 2027

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 ble det i 2026 opprettet et lønnstilskudd til kommuner med ansatte sykepleiere som vil ta utdanning som helsesykepleiere. Tilskuddsordningen forvaltes av Helsedirektoratet. Totalt 61 kommuner fikk innvilget tilskudd til helsesykepleierutdanning for 144 sykepleiere i 2026. Det ble søkt om mer enn dobbelt så mye midler som tilgjengelig på tilskuddsordningen.

Bevilgningen foreslås videreført med 20 mill. kroner i 2027.

Tørn-program for hele helse- og omsorgstjenesten

Tjenesteutviklingsprogrammet Tørn består av tre delprogrammer for hhv. den kommunale helse- og omsorgstjenesten, samhandling og spesialisthelsetjenesten. Målet for ordningen er å bidra til å redusere mangelen på personell med relevant fag-

utdanning i hele helse- og omsorgstjenestene, og legge til rette for bærekraftige helse- og omsorgstjenester. Tørnprogrammet ledes av et programstyre.

Delprogrammet Tørn Kommune ledes av KS. I 2025 ble det bevilget 71,4 mill. kroner til Tørn over post 60, der 161 kommuner/tjenester deltok i læringsnettverk ledet av KS. Prosjektet viser gode resultater i arbeidet med å utvikle nye arbeidsformer, oppgavedeling og arbeidstidsordninger, og fremheves av både statsforvaltere og fagorganisasjoner som viktig for en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste. Tørn bygger på medarbeiderdrevet innovasjon forankret i partssamarbeidet, involvering av vernetjenesten og i tråd med tillitsreformen. Enkelte statsforvaltere rapporterer om resultater som inkluderer økt bruk av årsturnus, bedre vaktdekning i helger og ferier, samt økt bevissthet rundt oppgaver, kompetansebehov og verdien av kompetanseplaner.

Gjennom delprogrammet Tørn-samhandling, som ledes av KS i tett samarbeid med RHF-ene, settes søkelyset på å forbedre samarbeidet mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten, med mål om å sikre mer helhetlige tjenester. I 2025 ble fire læringsnettverk/forsøksprosjekter etablert med til sammen fire helseforetak og 26 kommuner. 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.

Tørn i spesialisthelsetjenesten ledes av RHF-ene og har en styringsgruppe som består av PO-/HR-direktørene i de regionale helseforetakene, konserntillitsvalgte og hovedverneombud. I tillegg er det etablert en programgruppe bestående av en representant for hver av de regionale helseforetakene. Ledelse av programgruppen går på omgang og har i 2023-2025 vært ledet av Helse Vest og Helse Sør-Øst. Tilskuddsmidlene fordeles mellom de regionale helseforetakene og deres helseforetak og i 2026 har alle regioner etablert lett tilgjengelig informasjon på deres nettsider og har hatt flere læringsnettverk og prosjekter som har vært godt evaluert. Gjennom delprogrammet har enkelte regioner også arrangert konferanser for fagformidling og erfaringsdeling. Gjennomgående tema i prosjektene er oppgavedeling, arbeidstidsordninger og nye arbeidsformer.

Regjeringen vil videreføre Tørn-kommune som et eget program forvaltet av KS i 2027. Det foreslås å videreføre bevilgningen med 72,8 mill. kroner i 2027.

Menn i helse

Menn i helse er et samarbeid mellom kommuner, fylkeskommuner og Nav som skal bidra til økt rekruttering av menn i alderen 19–55 år til helse- og omsorgssektoren. Satsingen er et tverrsektorielt prosjekt, hvor rekruttering til helse- og omsorgssektoren, økt mangfold og tilbakeføring til arbeidslivet er viktige samfunnsgevinster. KS er prosjekteier på oppdrag fra Helsedirektoratet. Menn i helse har samarbeid med om lag 150 kommuner, 13 fylkeskommuner og tilsvarende regioner i Nav. Totalt har 1 700 deltagere tatt fagbrev som helsefagarbeider siden oppstarten i 2010, og 300 av disse besto fagprøven i 2025.

Det ble bevilget 29,1 mill. kroner til Menn i helse i 2025. Det ble gjennomført ulike synlighets- og markedskampanjer, og 1 700 aktuelle kandidater har deltatt på informasjonsmøter for å undersøke muligheten for å bli helsefagarbeider. 500 av disse kvalifiserte seg for en tre måneders utprøvingspraksis på sykehjem, og 380 utvalgte startet sitt utdanningsløp i august 2025 i regi av fylkeskommunen.

Bevilgningen til Menn i helse foreslås videreført med 30,1 mill. kroner i 2027.

Tiltaket inngår i Helsepersonellplan 2040 og er også en del av bo trygt hjemme-reformen.

Kurspakke for ufaglærte i omsorgstjenestene

Tilskudd til kurspakke for ufaglærte foreslås avviklet mot at bevilgningen til nytt omstillingstilskudd til kommunene økes tilsvarende. Omstillingstilskuddet er et sentralt virkemiddel i Helsepersonellplan 2040 for å understøtte kommunene i å gjennomføre nødvendige omstillinger for å oppnå bedre ressursutnyttelse, og for å rekruttere og beholde kompetent personell i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Det vises til kap. 760, post 60 for nærmere omtale.

Nasjonalt senter for aldring og helse har siden 2010 hatt i oppdrag å utvikle og tilby en kurspakke for ufaglærte. Formålet er opplæring 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 2025 kvalifiserte 94 deltagere seg til fagbrev.

Bevilgningen foreslås redusert med 11,2 mill. kroner mot at bevilgningen til nytt omstillingstilskudd til kommunene over kap. 760, post 60 økes tilsvarende.

Kompetansehevende tiltak i omsorgstjenestene til samiske brukere

Tilskuddsordningen skal bidra til å styrke kvaliteten i helse- og omsorgstjenestene til brukere med samisk språk- og kulturbakgrunn gjennom fagutvikling og kompetanseheving. Tiltakene skal omfatte områder med sør-, nord- og lulesamisk språk og kultur. Helsedirektoratet vurderer måloppnåelsen som høy. Tiltakene har bidratt til styrket samarbeid, økt kompetanse og et bedre kunnskapsgrunnlag om samiske helsebehov. I 2025 mottok 3 søkere tilskudd.

Bevilgningen foreslås videreført med 1,3 mill. kroner i 2027.

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. Alle enheter i departementets nasjonale målesystem for forskning skal rapportere publikasjoner til Nasjonalt vitenarkiv (NVA).

Tabell 1.3 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, igangsatt arbeidet med en mer samlet organisering av kompetansesentrene utenfor spesialisthelsetjenesten. Ved behandling av statsbudsjettet for 2026 ble det besluttet, med virkning fra 1. januar 2027, å etablere en ny virksomhet under Helsedirektoratet (Hdir), som skal omfatte de kompetansesentrene som primært driver med implementering og tjenesteutvikling. 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 4.8 Forskningspoeng (2025) og prosentandel av forskningspoeng (2023–2025)

Kap. 760 Kommunale helse- og omsorgstjenester og kap. 783 Personell	Forskningspoeng 2025	Prosent 2023–2025
Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin	24,5	17,4 %
Allmennmedisinsk forskningsenhet i Bergen	17,6	10,4 %
Allmennmedisinsk forskningsenhet Trondheim	27,4	18,9 %
Allmennmedisinsk forskningsenhet i Oslo	5,3	12,6 %
Allmennmedisinsk forskningsenhet i Tromsø	22,2	14,7 %
Senter for samisk helseforskning	2,9	6,0 %
Nasjonalt senter for distriktmedisin	2,2	2,3 %
Nasjonalt forskningssenter innen komplementær og alternativ medisin[1]	17,3	17,7 %
Totalt	119,4	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 dermed gjennom kvaliteten på allmennlegetjenestene. Enhetene skal i tillegg til forskning drive formidlingsaktivitet. Det stilles krav til tverrfaglig samarbeid og samarbeid med andre forsknings- og kompetansemiljøer.

Det ble bevilget 18,6 mill. kroner til allmennmedisinske forskningsenheter i 2025, hvorav 2 pst. var resultatavhengig. Forskningen ved enhetene er omfattende, og måloppnåelsen i 2025 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.

Det foreslås å videreføre bevilgningen med 19,1 mill. kroner i 2027, 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).

Det ble bevilget 12,8 mill. kroner til NKLM i 2025, hvorav 2 pst. var resultatavhengig. Senteret hadde høy produksjon og høy måloppnåelse i 2025. Tilskuddet ble evaluert i 2025. Evalueringen konkluderer med at NKLM fyller et stort faglig behov for å støtte landets legevakttjeneste og at de er gode til å formidle og omsette praksisnær forskning i råd og veiledning til tjenesten.

Det foreslås å videreføre bevilgningen med 13,2 mill. kroner til NKLM i 2027, hvorav 2 pst. gjøres avhengig av resultatbasert fordeling. Det vises også til omtale under kap. 765, post 75, der bevilgningen på denne posten foreslås avviklet i 2027.

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. Det ble bevilget 5,5 mill. kroner til NSDM i 2025, hvorav 2 pst. var resultatavhengig. Måloppnåelsen i 2025 vurderes av Helsedirektoratet å være høy.

Det foreslås å videreføre bevilgningen med 5,7 mill. kroner i 2027, hvorav 2 pst. gjøres avhengig av resultatbasert fordeling.

Senter for samisk helseforskning

Formålet med tilskuddsordningen 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.

Det ble bevilget 7,8 mill. kroner til Senter for samisk helseforskning i 2025. Den vitenskapelige produksjonen i 2025 bar preg av at mange forskere ved senteret var en viktig del av gjennomføring av Saminor. Likevel har tilsatte på senteret publisert 11 vitenskapelige artikler. Senteret mottok to priser i 2025: Formidlingspris ved Helsefakultetet UiT og Edmundprisen.

Bevilgningen foreslås videreført med 8 mill. kroner i 2027, hvorav 2 pst. som gjøres avhengig av resultatbasert fordeling.

Samisk helseteam

Tilskuddet til Samisk helseteam/saemien healsoedåehkie har som formål å bidra 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.

Bevilgningen foreslås videreført med 5,2 mill. kroner i 2027.

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 hel-

seutfordringer i den samiske befolkningen uten at årsakssammenhengene er kjent. En større undersøkelse, Saminor 3, ble gjennomført 2023-2025 og inkluderte Nord-, lule- og sørsamiske områder. Det ble bevilget 40,5 mill. kroner til Saminor 3 i 2025. Det har blitt gjennomført datainnsamling i til sammen 49 kommuner hvor 19 av de var i 2025. Per 31. desember var det 12 aktive forskingsprosjekt som bruker data fra Saminor, både av interne forskere på senteret og eksterne forskere.

Bevilgningen til Saminor 3 foreslås avviklet, og bevilgingen foreslås redusert med 13,9 mill. kroner mot at bevilgningen til Hunt5 over kap. 714, post 79 økes tilsvarende.

For en samlet oversikt over bevilgninger til samiske formål vises det til publikasjonen Løyvingar til samiske føremål i statsbudsjettet 2026 på regjeringen.no.

Kommunenes samarbeidsarena for forskning (KSF)

Kommunenes samarbeidsarena for forskning (KSF) skal bl.a. definere kunnskapsbehov, mobilisere små og store kommuner, og medvirke til at forskningsbasert kunnskap rettet mot å sikre bærekraftige helse- og omsorgstjenester, 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 og gis som tilskudd til KS.

Det ble i 2025 bevilget 5,2 mill. kroner til Kommunenes samarbeidsarena. KS har i 2025 arbeidet med å etablere en landsdekkende samarbeidsstruktur som består av KSF nasjonalt, syv KSF regioner og tilhørende lokale kommuneklynger med dedikerte motorkommuner. Det er etablert 14 kommuneklynger med til sammen 164 kommuner. KS har videreutviklet samarbeidet med Forskningsrådet om virkemidler for forskning og innovasjon i kommuner og fylkeskommuner. Gjennom den etablerte KSF strukturen har KS bidratt innretningen på Forskningsrådets utlysning rettet mot bærekraftige kommunale helse- og omsorgstjenester. Blant prosjektene som fikk støtte fra Forskningsrådet har rundt halvparten tilknytning til KSF. I 2025 er handlingsplanene med Folkehelseinstituttet videreutviklet som har resultert i flere forskningsomtaler og mini-metodevurderinger.

Bevilgningen foreslås videreført med 5,4 mill. kroner i 2027. Se også omtale på kap.780, post 70 og i Kunnskapsdepartementets budsjettforslag.

Forslaget må ses i sammenheng med forslaget om å bevilge 5,3 mill. kroner over post 21 til Folkehelseinstituttets arbeid med utvikling av et kunnskapsstøttesystem for kommunale helse- og omsorgstjenester.

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 bevilget 8,9 mill. kroner til SKIL i 2025. SKILs hovedaktiviteter ble gjennomført iht. plan. Måloppnåelsen er av Helsedirektoratet vurdert som høy.

Bevilgningen foreslås videreført med 9,2 mill. kroner i 2027.

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 bevilget 10,9 mill. kroner til PraksisNett i 2025.

PraksisNett vurderes av Helsedirektoratet å ha oppfylt tilskuddsordningens mål godt i 2025.

Bevilgningen foreslås videreført med 11,3 mill. kroner i 2027.

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.

Det ble bevilget 7,9 mill. kroner til Antibiotikasenter for primærmedisin i 2025. Blant annet er arbeidet med nasjonal faglig retningslinje fulgt opp gjennom jevnlige møter og kontinuerlig revisjon. Det er også gjennomført omfattende formidlings- og informasjonsarbeid rettet mot både helsepersonell og befolkningen, blant annet via konferanser, webinarer, undervisning, e-Bug i skolen og kampanjer som antibiotikareturkampanjen. Helsedirektoratet vurderer måloppnåelsen som høy.

Det foreslås å videreføre bevilgningen med 8,2 mill. kroner i 2027.

Senter for omsorgsforskning

Målet med tilskuddet til Senter for omsorgsforskning (SOF) er å bidra til at Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT) oppfyller sitt samfunnsoppdrag, og å formidle kunnskap om forskning og innovasjon innen omsorgssektoren. Målgruppen er ledere, administrasjon og ansatte i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Helsedirektoratet rapporterer høy måloppnåelse.

Bevilgningen foreslås videreført med 5,3 mill. kroner i 2027.

Senter for omsorgsforskning mottar i tillegg driftstilskudd over kap. 780, post 70.

Senter for alders- og sykehjemsmedisin

Formålet med tilskuddet til Senter for alders- og sykehjemsmedisin (SEFAS) er å bidra til god palliativ omsorg for personer med demens, god oppfølging ved hjemmedød og økt kompetanse og innovasjon i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Senteret er en del av Universitetet i Bergen og arbeider med forskning, kunnskapsimplementering og undervisning. Helsedirektoratet vurderer måloppnåelsen som høy.

Tilskuddet foreslås videreført med 3,5 mill. kroner i 2027.

Senter for medisinsk etikk

Formålet med bevilgningen er å bidra til etikkkompetanse, god håndtering av etisk utfordrende situasjoner og gode prioriteringer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i spesialisthelsetjenesten, herunder i samhandlingen mellom nivåene. 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 kliniske etikkomiteer og etikkråd.

Senter for medisinsk etikk (SME) utvikler og formidler forskningsbasert kunnskap, metoder og verktøy for arbeid med etiske problemstillinger. Helsedirektoratets rapportering viser at SME hadde omfattende aktivitet i 2025, i tråd med regelverk og søknad. Måloppnåelsen samlet vurderes som høy. Det vises særlig til arbeid med forskning, utvikling og revisjon av kunnskapsbaserte metoder og verktøy, samt kurs- og veiledningsaktivitet. Det ble i januar 2025 inngått en samarbeidsavtale mellom universitetet og KS om arbeidet ut mot kommunene.

Det foreslås at bevilgningen videreføres med 6,6 mill. kroner i 2027.

Satsing på etisk kompetanseheving

Målet med tilskuddsordningen er å styrke etisk kompetanse i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og bidra til at etisk refleksjon og systematisk etikkarbeid inngår som en del av tjenestenes kvalitets-, forbedrings- og fagutviklingsarbeid. Helsedirektoratet rapporterer høy måloppnåelse og vurderer at tiltakene er viktige for å styrke tjenestenes kompetanse og evne til å arbeide med etikk og etisk refleksjon, særlig i en situasjon med knappere ressurser og større behov for prioriteringer.

Tiltaket inngår i Bo trygt hjemme-reformen. Tiltaket må sees i sammenheng med omtale av Senter for medisinsk etikk**.**

Det foreslås at bevilgningen videreføres med 4,1 mill. kroner i 2027.

Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming

Formålet med bevilgningen til Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming (NAKU) er å styrke kompetansen, kvaliteten og pasientsikkerheten i det kommunale tjenestetilbudet til personer med utviklingshemming, og å være et faglig knutepunkt for utvikling av gode tjenester. Målgruppen er ansatte og beslutningstakere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Helsedirektoratet rapporterer middels måloppnåelse. NAKU har høy aktivitet innen kunnskapsformidling, samarbeid med kommunesektoren og deltakelse i forsknings- og utviklingsarbeid.

Det foreslås å videreføre bevilgingen med 7,4 mill. kroner i 2027.

Nasjonalt kompetansesenter for kultur, helse og omsorg

Formålet med bevilgningen er å bidra til utvikling og spredning av kulturbaserte tiltak og miljøbehandling som fremmer helse og livskvalitet, og til samspill mellom forskning, utdanning og praksis innen kultur, helse og omsorg. Målgruppen er ansatte i og brukere av den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Nasjonalt kompetansesenter for kultur, helse og omsorg bidrar til utvikling av systematiske kunst- og kulturtiltak i helse- og omsorgstjenestene gjennom forskning, undervisning, metodeutvikling og samarbeid med kommuner og øvrige samarbeidspartnere. Betydningen av kompetanse og systematisk bruk av musikk og kultur i helse- og omsorgssektoren understøttes også av vurderingene i NOU 2025: 7 Musikklandet – Flerstemt musikkpolitikk for framtiden. Helsedirektoratet vurderer at aktiviteten i 2025 var godt i tråd med formålet med tilskuddet.

Det foreslås å videreføre bevilgningen med 3,5 mill. til Nord universitet på vegne av partnerskapet for Nasjonalt kompetansesenter for kultur, helse og omsorg i 2027.

Det tas sikte på at senteret innlemmes i en ny enhet under Helsedirektoratet med virkning fra 1 januar 2028, se nærmere omtale under kap.740 og kap.765, post 74.

Fagnettverk Huntington

Formålet med bevilgningen er å bedre det kommunale helse- og omsorgstilbudet til personer med Huntingtons sykdom og deres familier. Bevilgningen skal sikre drift av Fagnettverk Huntington, som gir veiledning og kompetansestøtte til kommuner og bydeler om tilrettelegging av helse- og omsorgstjenester til personer med sykdommen, særlig i sen fase. Nettverket er organisert gjennom fem regionale ressurssentre. Helsedirektoratet rapporterer om høy måloppnåelse. Ressurssentrene samarbeider planmessig og ga i 2025 veiledning til 61 kommuner og syv bydeler.

Bevilgningen foreslås videreført med 6,3 mill. kroner i 2027.

Helseinnovasjonssenteret i Kristiansund

Helseinnovasjonssenteret i Kristiansund arbeider med kompetanseutvikling og innovasjon for å møte fremtidens utfordringer på helse- og omsorgsfeltet med bærekraftige tiltak og tjenester. Senterets prosjekter omhandler analyse av tjenestebehov, utvikling av nye modeller og testing av tiltak og teknologi. Eksempelvis er CaReScreen, et digitalt screenings- og beslutningsstøtteverktøy utviklet for kreftpasienter. I tillegg til kvalitative gevinster for pasientene gir verktøyet bedre prioritering av ressurser. Et annet eksempel er AI POCUS Trippel A, som styrker muligheten for diagnostikk lokalt ved at fastleger får KI-veiledning i bruk av håndholdt ultralyd for å ta og tolke bilder. Helsedirektoratet vurderer at fremdrift i prosjekter og involvering av målgrupper i 2025 har vært god.

Bevilgningen foreslås videreført med 12 mill. kroner i 2027.

Gruppeveiledning

I spesialistutdanningen i allmennmedisin er det obligatorisk å gjennomføre to år i veiledningsgruppe. Legeforeningen forvalter på vegne av Helse- og omsorgsdepartementet ordningen med gruppeveiledning. Bevilgningen foreslås videreført med 10,3 mill. kroner i 2027.

Økt rekruttering av sykepleiere og helsefagarbeidere (Jobbvinner)

Tilskuddsordningen økt rekruttering av sykepleiere og helsefagarbeidere foreslås avviklet mot at bevilgningen til nytt omstillingstilskudd til kommunene økes tilsvarende. Omstillingstilskuddet er et sentralt virkemiddel i Helsepersonellplan 2040 for å understøtte kommunene i å gjennomføre nødvendige omstillinger for å oppnå bedre ressursutnyttelse, og for å rekruttere og beholde kompetent personell i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Det vises til kap. 760, post 60 for nærmere omtale.

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. I 2025 driftet Jobbvinner fem læringsnettverk for kommuner som ønsker å utvikle og innføre mentorprogram. Prosjektet fikk gjennomført en evalueringsforskning på mentorprogram som viser gode resultat.

Det foreslås å redusere bevilgningen med 13,2 mill. kroner mot at bevilgningen til nytt

omstillingstilskudd til kommunene over kap. 760, post 60 reduseres tilsvarende.

Post 72 Aldersvennlige boliger

Regjeringen vil stimulere til flere aldersvennlige boliger som kan bidra til at eldre kan bo hjemme lenger. En bolig som er tilpasset alderdommen kan bidra til at flere som ønsker det kan bli boende hjemme lenger, også når helsen blir dårligere. Det kan medføre økt egenmestring og livskvalitet for den enkelte. For kommunene kan det i tillegg gi gevinster i form av redusert behov for helse- og omsorgstjenester og utsatt behov for en heldøgns omsorgsplass.

Som ledd i dette ble det opprettet en ny tilskuddsordning til privatpersoner til aldersvennlig oppgradering av egen bolig i 2026. 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 ta ansvar for egen boligsituasjon inn i alderdommen.

Statens andel av kostnadene knyttet til oppgradering utgjør 25 pst. av kostnadene inntil 75 000 kroner per bolig. Ytterligere konkretisering av tiltak som omfattes av tilskuddet og krav for å få tilskudd er presisert i regelverk for ordningen gjennom forskrift og veileder.

Det ble bevilget 89 mill. kroner til tilskuddet i 2026. Bevilgningen foreslås videreført med 90,6 mill. i 2027.

Kap. 765 Psykisk helse, rus og vold

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2025	Saldert budsjett 2026	Forslag 2027
21	Spesielle driftsutgifter, *kan overføres, kan nyttes under post 79*	180 126	205 623	164 967
60	Kommunale tjenester, *kan overføres*	373 411	440 928	518 163
62	Rusarbeid, *kan overføres*	483 355		
71	Brukere og pårørende, *kan overføres*	156 748	151 715	151 694
72	Frivillig arbeid mv., *kan overføres*	608 282	664 082	654 072
73	Utviklingstiltak mv.	143 279	148 570	147 576
74	Kompetansesentre, *kan overføres*	404 339	412 374	313 046
75	Vold og traumatisk stress, *kan overføres*	302 701	318 470	193 997
79	Andre tilskudd, *kan nyttes under post 21*			7 200
	Sum kap. 765	2 652 241	2 341 762	2 150 715

Endringsforslag utover gjennomgående budsjettiltak omtalt i del I, og pris- og lønnsjustering på enkelte poster:

- 60 mill. kroner i økt bevilgning til utvikling, tilpasning og etablering av kunnskapsbaserte lavterskeltilbud innen psykisk helse- og rusmiddelfeltet, som en del av opptrappingsplan for psykisk helse.
- 13,3 mill. kroner til systematisk samhandling mellom Arbeids- og velferdsetaten og kommunehelsetjenesten, som en del av opptrappingsplan for psykisk helse.
- 10 mill. kroner til handlingsplan for å heve levealderen, som en del av opptrappingsplan for psykisk helse.
- 2 mill. kroner i økt bevilgning til undersøkelse om tidsbruk hos helsepersonell.
- 12,7 mill. kroner i redusert bevilgning til tverrfaglig videreutdanning i psykososialt arbeid med barn og unge.

- 5,5 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til engangsbevilgning til datainnsamling blant overlevende og etterlatte etter 22. juli.
- 5 mill. kroner i redusert bevilgning til Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse.
- 3,9 mill. kroner i redusert bevilgning, knyttet til at tilskudd til Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin avvikles, mot at bevilgningen til nytt omstillingstilskudd til kommuner over kap. 760, post 60 øker tilsvarende.
- 3 mill. kroner i redusert bevilgning til Det finnes hjelp.
- 2 mill. kroner i redusert bevilgning til arbeidet med å forebygge at barn og unge utøver vold eller overgrep.
- 2 mill. kroner i redusert bevilgning til implementering av nasjonal veileder for psykisk helsearbeid for voksne og nasjonal veileder psykisk helsearbeid barn og unge.
- 1,5 mill. kroner i redusert bevilgning til arbeid med forebygging, tidlig oppdagelse, tidlig intervensjon og behandling av spiseforstyrrelser.
- 1,4 mill. kroner i redusert bevilgning til digitale verktøy innen psykisk helse.
- 1 mill. kroner i redusert bevilgning til rask psykisk helsehjelp.
- 1 mill. kroner i redusert bevilgning til arbeidet med opptrappingsplan for psykisk helse.
- 1 mill. kroner i redusert bevilgning til arbeid mot overdoser.
- 1 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til avvikling av midler til rådgivende enheter for russaker.
- 1 mill. kroner i redusert bevilgning til kunnskapsbaserte mestringskurs.
- 0,9 mill. kroner i redusert bevilgning til tiltak for å styrke samarbeidet mellom helse- og omsorgstjenester og barnevern om helsetilbudet til barn i barnevernet.
- 212,9 mill. kroner flyttet til kap. 740, post 01 knyttet til ny virksomhet i Helsedirektoratet, for en mer samlet organisering av forskningsog kompetansesentrene utenfor spesialisthelsetjenesten.
- 22,4 mill. kroner flyttet til andre budsjettkapitler, hvorav 10,4 mill. kroner på andre departementers budsjettposter.

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.

Styrket innsats på psykisk helse- og rusmiddelfeltet

Gjennom opptrappingsplan for psykisk helse 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 om lag 1,2 mrd. kroner til oppfølging av tiltak i opptrappingsplanen og forebyggings- og behandlingsreformen for rusfeltet. Det foreslås en ytterligere opptrapping med 300 mill. kroner til oppfølging av tiltak i opptrappingsplanen i 2027, som tar samlet ramme opp til om lag 1,5 mrd. kroner:

- 50 mill. kroner til spesialisert rusbehandling for barn og unge (kap. 732, post 72–75).
- 70 mill. kroner til døgnkapasitet i psykisk helsevern og psykisk helsevern for barn og unge (kap. 732, post 72–75).
- 60 mill. kroner til utvikling, tilpasning og etablering av kunnskapsbaserte lavterskeltilbud innen psykisk helse- og rusmiddelfeltet (kap. 765, post 60).
- 20 mill. kroner til implementering av tiltak i handlingsplan for å heve levealderen for mennesker med alvorlige psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer (kap. 732, post 70 og kap. 765, post 21).
- 80 mill. kroner innenfor veksten i de frie inntektene til kommunene er begrunnet med opptrappingsplanen for psykisk helse (Kommunal- og distriktsdepartementet kap. 571, post 60).
- 20 mill. kroner til modeller for systematisk samhandling mellom Arbeids- og velferdsetaten og kommunehelsetjenesten hvorav 13,3 mill. kroner på kap. 765, post 21 og 6,7 mill. kroner på kap. 605, post 01 over Arbeids- og inkluderingsdepartementets budsjett. Bevilgningen inngår også som en del av satsingen på redusert sykefravær.

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, jf. Innst. 108 S (2023–2024). 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 satser regjeringen på helsefremmende og forebyggende arbeid, god hjelp der folk bor og å styrke tilbudet til personer med langvarige og sammensatte behov. Mange av tiltakene i planen er igangsatt og flere er gjennomført.

I 2024 og 2025 er kommunenes inntekter styrket slik at flere kommuner kan utvikle lavterskeltilbud og tjenester i tråd med behovene lokalt. For å målrette satsingen på lavterskeltilbud ble det i 2026 opprettet en egen tilskuddsordning til utvikling, etablering og tilpasning av kunnskapsbaserte lavterskeltilbud innen psykisk helse- og rusmiddelfeltet. Se kap. 765, post 60 for nærmere omtale.

Helsedirektoratet har jobbet videre med påbegynte tiltak, som å prøve ut nye tjenestesamhandlingsmodeller 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. Etter lansering av opptrappingsplanen har det blitt iverksatt tiltak for å beskytte barn og unge mot skadelig skjermbruk. Nasjonale faglige råd for skjermbruk blant barn, unge og foresatte er publisert 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. En egen temaside om skjermbruk er opprettet på Helsedirektoratets nettside, med informasjonsmateriell, nettressurser og praktiske verktøy som skal gjøre det lettere å forstå og å følge skjermrådene.

Helsedirektoratet har utviklet og lansert en kompetansepakke om strev med mat og kropp 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 er etablert en nasjonal kompetansetjeneste for spiseforstyrrelser i spesialisthelsetjenesten. 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 koordinerer en nasjonal samordningsgruppe med representanter fra norske fagmiljøer som skal sikre oppdatert kunnskap om forekomsten av psykiske plager og lidelser. For nærmere omtale, se kap. 714, post 21. Helsedirektoratet gjennomfører den nasjonale folkehelsekampanjen ABC for god psykisk helse.

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 helseforetak 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 eller bruk av vurderingssamtaler i psykisk helsevern for voksne i samarbeid med kommunene. Formålet er å sikre rask avklaring for pasienter med uavklarte behov, riktig nivå for utredning og behandling, samt god oppfølging uavhengig av om pasienter får rett til spesialisthelsetjeneste eller ikke. Helsedirektoratet har levert på oppdrag de mottok i 2025, hvor de i samarbeid med de regionale helseforetakene og andre berørte aktører har beskrevet ulike modeller som kan legges til grunn. De har også vurdert det juridiske grunnlaget for bruk av vurderingssamtale eller tidlig avklaring i psykisk helsevern. Formålet er å gjøre det enklere å følge med på mål om innføring av vurderingssamtale og sørge for mer enhetlig praksis og registrering. Leveransen vil bli sett i sammenheng med piloter i regi av prosjekt X og modeller for felles psykisk helsemottak, jf. én vei inn i Vestfold.

Regjeringen la i september 2025 frem handlingsplanen Bedre helsehjelp – flere gode år 2025–2033 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. Helsedirektoratet har fått i oppdrag å gjennomføre tiltakene i handlingsplanen og det vil framover bli rapportert på status for tiltakene innenfor rammen av opptrappingsplan for psykisk helse og forebyggings- og behandlingsreformen.

Sintef leverte første årsrapport for evaluering av opptrappingsplanen våren 2026. Regjeringen vil, i samarbeid med Helsedirektoratet, følge opp anbefalingene i rapporten.

Resultatmål

For å følge utviklingen og måloppnåelsen av opptrappingsplanen har regjeringen formulert åtte resultatmål. Helsedirektoratet har i 2026 levert første rapport om status for resultatmålene der det er rapportert på utvikling frem mot 2024/2025.

For resultatmål 1 om reduksjon i selvrapporterte psykiske plager blant barn og unge vises det til at ungdom rapporterte stadig flere psykiske plager knyttet til depresjon og angst fra referanseåret 2014 til rundt 2023. Etter 2023 ser nivået ut til å ha gått noe ned. Jenter rapporterer generelt flere plager enn gutter, men begge kjønn viser tegn til reduksjon den siste tiden. Utviklingen er ganske lik på tvers av sosioøkonomisk status, bosted og skoletrinn, men det ser ut til å være stabile forskjeller i nivå mellom disse gruppene.

Resultatmål 2 om reduksjon i andel unge uføre følges ved å se på utviklingen i kvinner og menn i alderen 18–29 år som mottar uføretrygd på grunn av milde eller moderate psykiske lidelser. I 2025 utgjorde denne gruppen 1,3 pst. av befolkningen, tilsvarende om lag 10 850 personer. I 2023 var andelen 1,2 pst. Antallet mottakere økte dermed med rundt 600 personer. Helsedirektoratet påpeker at veksten skyldes særlig flere barn og unge med utviklingsforstyrrelser, hyperkinetiske forstyrrelser eller adferdsforstyrrelser.

Når det gjelder resultatmål 3 om tilgang på lavterskeltilbud innen psykisk helse og rus i kommunene hadde totalt 85 pst. av rapporterende kommuner/bydeler minst en type lavterskeltilbud tilgjengelig for sine voksne innbyggere, enten i form av rask psykisk helsehjelp (RPH) og/eller andre lavterskeltilbud, som for eksempel hjelpatilbud, rettet mot målgrupper for psykisk helsearbeid eller rusarbeid. Til sammen bodde 93 pst. av befolkningen i alderen 16 år og eldre i en kommune/bydel med lavterskeltilbud. I 2025 oppga 72 pst. av kommunene/bydelene at de har en lavterskel psykisk helsetjeneste som gir tidlig hjelp og behandling til barn og unge med psykiske plager, begynnende rusmiddelproblemer og reaksjoner på belastende livshendelser (utenom fastlege og helsestasjon- og skolehelsetjeneste). Dette er en økning fra 55 pst. i 2024. Omtrent 9 av 10 barn og unge i alderen 0–25 år i bodde i en kommune med et slikt tilbud.

For resultatmål 4 om vurderingssamtale for barn og unge i psykisk helsevern viser rapporten at de fleste helseforetak har tatt i bruk ulike former for vurderingssamtaler. Rapporteringen belyser samarbeid ved henvisninger og hvordan dette påvirker tidlig avklaring om rett hjelp på rett sted. Færre enn halvparten av kommunene (41 pst.) har en etablert samarbeidsmodell med psykisk helsevern for barn og unge for tidlig avklaring og videre oppfølging av barn og unge som henvises til spesialisthelsetjenesten.

Hovedindikator for resultatmål 5 om reduksjon i ventetider til psykisk helsevern for barn og unge (PHBU), voksne (PHV) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) viser at gjennomsnittlig ventetid i PHV og PHBU gikk ned i 2025, men ligger fortsatt over målene i opptrappingsplanen på henholdsvis 40 og 35 dager. For TSB lå gjennomsnittlig ventetid i 2024 på målet om 30 dager, med en videre nedgang i 2025. Helsedirektoratet har analysert ventetiden for ulike pasientgrupper. Analysene viser at ventetiden for barn, unge og voksne med alvorlige psykiske lidelser er utpreget lavere enn for andre grupper og klart under opptrappingsplanens mål. Mange henvises til PHV og PHBU for tilstander som ifølge prioriteringsveilederne har lengre anbefalte frister enn målene i opptrappingsplanen.

For resultatmål 6 om å sikre tilstrekkelig døgnkapasitet til barn, unge og voksne med alvorlig psykisk lidelse og som har behov for døgnbehandling, vises det til at etter mange år med nedgang i døgnkapasiteten i psykisk helsevern så har nedgangen stoppet opp fra og med 2024. Den nasjonale dekningsraten for døgnkapasitet i psykisk helsevern for barn og unge har vært stabil de siste årene og med en svak økning i 2025.

For resultatmål 7 om økt levealder for personer med alvorlige psykiske lidelser og/eller alvorlige rusmiddelproblemer, viser analyser fra Folkehelseinstituttet at mennesker med alvorlige psykiske lidelser lever kortere enn resten av befolkningen. For menn med alvorlige psykiske lidelser er levealderen om lag 13 år kortere enn befolkningen for øvrig, og for kvinner om lag 10 år. For mennesker med rusmiddelproblemer er levealderen rundt 14 år kortere for menn og 11 år for kvinner. FHI vil videreutvikle og nyansere indikatorene i planperioden i tråd med pågående forskning.

For resultatmål 8 om at helsepersonell skal få bedre tid til pasienter, brukere og faglig utvikling er det ikke funnet tilstrekkelig gode og dekkende datakilder for indikatorer for dette resultatmålet. Det skal derfor gjennomføres en egen undersøkelse for å få følge utviklingen. Det vises til kap. 765, post 21 for nærmer omtale.

Forebyggings- og behandlingsreform for rusfeltet

Regjeringen la i oktober 2024 frem Meld. St. 5 (2024–2025) *Trygghet, fellesskap og verdighet. Forebyggings- og behandlingsreformen for rusfeltet Del I – en ny politikk for forebygging, skadereduksjon og behandling*. Meldingen beskriver regjeringens helse- og velferdspolitikk innen rusmiddelområdet og omhandler utfordringer og innsatser rettet mot bruk av alkohol, vanedannende legemidler og ulovlige rusmidler.

Meldingen har følgende seks innsatsområder med om lag 70 tiltak i form av *regjeringen-vil*-punkter:

1. Fremme likebehandling og oppfylle rett til god helse og livskvalitet
2. Forsterket innsats mot overdoser
3. Fremme kunnskapsbasert forebyggende innsats
4. Fremme bruker-, familie- og pårørendeperspektivet
5. Videreutvikle behandlings- og oppfølgingstilbud
6. Kunnskap og kompetanseutvikling

I tillegg kommer oppfølging av flere stortingsvedtak som direkte eller indirekte har betydning for oppfølgingen av stortingsmeldingen. Utviklingen på innsatsområdene følges i hovedsak gjennom eksisterende statistikk, rapporter, og andre tilgjengelige kunnskapskilder.

Oppfølging av meldingens intensjoner og konkrete tiltak er langsiktig. Flere tiltak i meldingen er overordnede og retningsgivende. Mange er knyttet til departementets og etatenes løpende innsats på rusmiddelfeltet. Videre følges en rekke tiltak opp i andre arbeider og satsinger. Oppfølgningen av forebyggings- og behandlingsreformen samordnes med oppfølging av opptrappingsplan for psykisk helse (Meld. St. 24 (2022–2023)).

Helsedirektoratet utarbeidet i 2025 en plan for gjennomføring av forebyggings- og behandlingsreformen. Gjennomføringsplanen utgjør den overordnede rammen for oppfølging av meldingen og omtaler de ulike aktørenes rolle og ansvar.

Planen inneholder ingen tidslinje for gjennomføring av tiltak. Innretningen av arbeidet må være tilstrekkelig fleksibel for å kunne møte endringer i utfordringsbildet. Prioritering av tiltak og satsinger følger de ordinære budsjettprosessene. For flere av tiltakene vil det være nødvendig med særlig utredning og tid til planlegging, kostnadsberegning og gjennomføring, herunder utredning av personellmessige konsekvenser. Stortinget blir forelagt forslag til tiltak, samt oppdatert status for forebyggings- og behandlingsreformen gjennom Helse- og omsorgsdepartementets årlige budsjettproposisjoner.

Det er i 2024–2025 igangsatt tiltak innenfor alle meldingens innsatsområder. Det har vært gitt en rekke oppdrag til Helsedirektoratet og de regionale helseforetakene (RHF) direkte og indirekte knyttet til oppfølging av meldingen. Flere tiltak anses som er ferdigstilt.

Flere rapporter, blant annet fra Norges institusjon for menneskerettigheter (NIM, 2022 og 2024), viser at personer med rusmiddelproblemer opplever mer stigma og forskjellsbehandling enn andre. Regjeringen vil i 2027 følge opp arbeidet med planen mot stigma og forskjellsbehandling i dialog med bruker- og pårørendeorganisasjoner og fagmiljøer.

Regjeringen har igangsatt et nasjonalt rusmiddelforebyggende program rettet mot barn og unge, og piloterer det globale forebyggingssystemet CHAMPS i utvalgte kommuner. Regjeringen følger opp arbeidet med programmet i 2027. Se også kap. 714, post 21 for ytterligere omtale av programmet og annet rusmiddelforbyggende arbeid.

Oppsøkende tjenester, for eksempel i form av utekontakter, er en formålstjenlig tilnærming for å identifisere og intervenere tidlig overfor unge som står i fare for å falle utenfor, utvikle psykisk uhelse eller rusmiddelproblemer. Det er etablert et nasjonalt kompetansemiljø og lagt til rette for nasjonale og regionale fagnettverk med formål om å stimulere flere kommuner til å bruke oppsøkende arbeid som et tidlig intervensjonsverktøy. I tillegg er det ferdigstilt en kunnskapsoppsummering fra NTNU og de regionale kompetansesentrene på rusfeltet (KORUS) om oppsøkende arbeid, en omfangsundersøkelse om oppsøkende virksomhet samt en fagbok i oppsøkende arbeid.

Helsedirektoratet fikk i 2024 i oppdrag, i samarbeid med Folkehelseinstituttet, 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 mv. 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. Helsedirektoratet leverte i 2025 et første forslag til slikt system. Regjeringen

kommer tilbake til på hvilken måte Helsedirektoratets forslag skal følges opp.

Et digitalt presentasjonsverktøy av den samlede rusmiddelsituasjonen basert på tilgjengelige indikatorer lanseres høsten 2026.

Som oppfølging av regjeringens initiativ om et nytt beredskapssystem for varsling om særlig farlige rusmidler i omløp, ble overdosefare.no lansert av Helsedirektoratet i januar 2026.

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 spesialisthelsetjenesten. De regionale helseforetakene har utarbeidet en nasjonal plan for utbygging av tjenestetilbudet til barn og unge med rusmiddelproblemer, se kap. 732, post 72–75.

Regjeringen lanserte i 2025 en dynamisk handlingsplan mot overdoser som omfatter både ulovlige rusmidler, avhengighetsskapende legemidler og alkohol. Helsedirektoratet skal følge opp tiltak i planen som en del av sine faste oppgaver.

Helsedirektoratet har i 2025 økt utleveringen av nalokson nesespray og oppdatert nasjonal veileder for avhengighetsskapende legemidler og tilhørende pasientinformasjon. Leger oppfordres til å vurdere rekvirering av nalokson på blå resept til pasienter med høy overdoserisiko. Se nærmere omtale av arbeidet mot overdoser under kap. 765, post 21.

Brukerrom er en viktig del av innsatsen mot overdoser i tillegg til å redusere risiko for annen skade som følger av rusmiddelbruk. Regjeringen endret i 2025 brukerromsforskriften. Det ble åpnet for at kommunene kan tilby rusmiddelanalyse til registrerte brukere i brukerrom, at alle typer narkotika kan inntas i brukerrom og for unntak fra enkelte krav til innhold og bemanning. 1. juli 2026 trådte også endringer i brukerromsloven i kraft. Formålsparagrafen ble endret slik at flere personer med alvorlige rusmiddelproblemer vil kunne få tilgang til brukerrom og at det kan gjøres unntak fra kravene til brukerromslokaler som er fastsatt i loven. Færre absolutte krav kan bidra til at flere kommuner etablerer brukerrom, eventuelt med differensierte tilbud til ulike målgrupper. I tillegg åpnes det opp for at kommunene kan inngå avtaler med ideelle organisasjoner om drift av brukerrom.

Rusmiddelanalysetjeneste kan også være et viktig tiltak for overdoseutsatte grupper som ikke har tilgang til, oppsøker eller faller inn under målgruppen for brukerromsordningen. Helsedirektoratet har i 2026 utredet juridiske og faglige forhold som er nødvendige for å kunne etablere rusmiddelanalysetjenester utenfor brukerromsordningen.

Regjeringen kommer tilbake til på hvilken måte Rusmiddelanalysetjeneste skal tilbys utenfor brukerromsordningen. Rusmiddelanalyse både i og utenfor brukerrom vil være en del av monitoreringssystemet nevnt over.

Regjeringen har i årets takstforhandlinger med Legeforeningen blitt enige om at takst 660 for å gjennomføre årskontroll også kan utløses for pasienter med rusmiddellidelser. Den viktigste årsaken til tapte leveår hos personer med alvorlige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer er somatisk sykdom. Utredning og oppfølging av somatisk helse er derfor en viktig del av fastlegens oppfølging av personer med rusmiddellidelser. Årskontroll ved fastlegekontoret er en god tilnærming for å ivareta både somatisk og psykisk helse hos pasienter med alvorlige rusmiddellidelser og å bidra til bedre systematikk og kvalitet i oppfølgingen. Takstendringen som ble innført 1.7.26 vil styrke fastlegenes insentiver til å gjennomføre dette.

Mennesker med samtidig alvorlig psykisk lidelse og rusmiddellidelse mottar i for liten grad individuelt tilpassede tjenester, og møter manglende samhandling, koordinering og helhetlig tilnærming. Dette ble også understreket av Riksrevisjonen i rapporten om helse- og velferdstjenester til personer med samtidig rusmiddellidelse og psykisk lidelse (Dokument 3:5 (2024–2025)). I 2026 har regjeringen derfor initiert et tverrsektorielt samarbeid for ROP-pasienter der Helsedirektoratet, Arbeids- og velferdsdirektoratet og Husbanken inngår. Formålet er at personer med ROP-lidelser i større grad skal motta sammenhengende helsetjenester og bolig- og arbeidsinkluderende tilbud gjennom forpliktende samarbeid og tett oppfølging innad og mellom tjenestenivåer og sektorer. Regjeringen kommer tilbake til eventuelle anbefalinger og forslag fra etatene.

Det er igangsatt et arbeid med å prosjektere forsøk med Nærklinikk som et samarbeid mellom Oslo kommune og Oslo Universitetssykehus HF. Nærklinikk er et tiltak i forebyggings- og behandlingsreformen rettet mot de mest utsatte brukerne av rusmidler som befinner seg i større byer og kommuner. Det forslås å bevilge midler til forsøket i 2027, se omtale under kap. 765, post 60.

Behandling av rusmiddellidelser skal være kunnskapsbasert og ressursene må brukes på best mulig måte og på rett nivå. På den bakgrunn oppnevnte regjeringen i 2024 et offentlig utvalg som skal utrede framtidens rus- og avhengighets-

behandling. Utvalgets mandat er omfattende, og utvalget har fått utsatt frist. Utvalget skal levere sin utredning innen april 2027 og regjeringen vil komme tilbake til utvalgets anbefalinger.

Regjeringen har påbegynt arbeidet med gjennomgang av tilskuddsordninger innen psykisk helse- og rusmiddelfeltet slik det ble varslet i forebyggings- og behandlingsreformen. Stortinget har imidlertid under behandlingen av representantforslag om mer forutsigbare og langsiktige tilskuddsordninger for frivillige og ideelle organisasjoner i helsefeltet (Dokument 8:75 S (2025–2026), fattet en rekke vedtak som griper inn i dette arbeidet, jf. Innst. 166 S (2025–2026). Regjeringen vil komme tilbake til gjennomgang av tilskuddsordningene innen psykisk helse- og rusmiddelfeltet.

Helsedirektoratet fikk i 2025 i oppdrag å utarbeide veiledende materiell for de rådgivende enhetene for russaker. Oppdatert materiell er publisert i juli 2026. Formålet er å legge til rette for at rådgivende enheter for russaker kan ha funksjoner i det rusmiddelforebyggende arbeidet, samt være kontaktpunkt og samhandlingsaktør for andre sektorer og aktører. Det kan omfatte andre helse- og omsorgstjenester, Nav, barnevern, skole, konfliktrådene og kriminalomsorgen, politi og pårørende mv.

Helsedirektoratet kartla i 2024 grunnlaget for evaluering av rådgivende enhet for russaker og fant at antall saker var for lavt til at en evaluering var formålstjenlig. Det er per i dag ingen indikasjoner på at dette er endret. Regjeringen kommer tilbake til om evaluering blir aktuelt.

Lovendringen som avvikler de rådgivende enhetenes plikt til å gjennomføre ruskontroll dersom det var satt som vilkår etter straffeloven § 37, første ledd bokstav d, trådte i kraft i juli 2026, jf. anmodningsvedtak nr. 962 av 10. juni 2025. Endringen tydeliggjør at enheten ikke skal ha kontrollfunksjoner overfor personer som en del av en straffereaksjon.

I april 2025 la regjeringen frem Prop. 112 L (2024–2025) E*ndringer 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 skal sikre at personer med omfattende og alvorlige rusmiddelproblemer som hovedregel skal møtes med straffeutmålingsfrafall eller ubetinget påtaleunnlatelse. Betinget påtaleunnlatelse med vilkår om oppmøte for rådgivende enhet for russaker skal være foretrukket straffereaksjon overfor unge under 18 år ved bruk og befatning med narkotika til egen bruk.

Stortinget fattet flere vedtak under behandling av proposisjonen. Bl.a. er vilkår om oppmøteplikt utvidet til å omfatte inntil tre oppmøter, og det er etablert en hjemmel i politiloven for å kunne henvise personer til de rådgivende enhetene for russaker også utenfor straffesak (Lovvedtak 118 (2024–2025). Disse endringene kan på sikt bidra til at flere saker behandles i enhetene. Endringene trer imidlertid ikke i kraft før forskrift om forenklet forelegg ved befatning med mindre mengder narkotika til egen bruk trer i kraft, jf. Innst. 518 L (2024–2025). Justis- og beredskapsdepartementet har sendt utkast til forskrift om forenklet forelegg ved befatning med mindre mengder narkotika til egen bruk på høring i juli 2026 med høringsfrist 1. oktober.

Forebygging av selvmord

Selvmord er et betydelig samfunns- og folkehelseproblem. Foreløpige tall fra Dødsårsaksregisteret viser 656 registrerte selvmord i Norge i 2025, 85 færre enn i 2024. Den standardiserte selvmordsraten for 2025 er 11,7 som er lavere enn raten i 2023 (13,0) og 2024 (13,3).

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 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 levert anbefalinger om innsatsområder, resultatmål og tiltak i en ny handlingsplan. Det er også avholdt innspillsmøter med relevante aktører. Handlingsplanen skal legges frem tidlig i 2027.

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.

Regjeringen har sendt på høring lov- og forskriftsendringer for å få en varig hjemmel for det nasjonale kartleggingssystemet for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Det foreslås endringer i helseregis-

terloven § 11 og dødsårsaksregisterforskriften for at kartleggingen skal kunne etableres som et kvalitetsregister under Dødsårsaksregisteret. Hensikten med selvmordsregisteret er å samle inn data om selvmord på en systematisk måte slik at omstendighetene rundt hendelsene og kjennetegn ved pasientene som er døde kan analyseres på gruppenivå. Målet er å benytte kunnskapen til å utvikle og evaluere selvmordsforebyggende tiltak på systemnivå. Tiltaket vil inngå i ny handlingsplan for forebygging av selvmord.

Arbeid mot vold og overgrep

Vold i nære relasjoner, vold og overgrep mot barn, vold mot sårbare voksne og seksuelle overgrep er alvorlige folkehelseutfordringer. Vold kan være både fysisk, psykisk og seksuell, og å utsettes for vold øker risikoen for både fysiske og psykiske helseplager. Regjeringen vil legge til rette for bedre forebygging og avdekking av vold og overgrep og omsorgssvikt, 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. Kunnskap om konsekvensene av vold, overgrep og omsorgssvikt skal bygges ut og tas i bruk.

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 (2026–2027) 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 skal 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, æresmotivert vold, tvangsekteskap og kjønnslemlestelse er former for vold i nære relasjoner, men kan også utøves av venner eller personer i øvrig nettverk. 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)*. Tiltak innenfor Helse- og omsorgsdepartementets ansvarsområder handler blant annet om å styrke hjelpetilbudet til voldsutøvere, økt kunnskap i helse- og omsorgstjenestene, mer kompetanse om vold og overgrep mot eldre med minoritetsbakgrunn og økt kunnskap om og bruk av spesialiserte poliklinikktilbud for kvinner utsatt for kjønnslemlestelse.

Kompetanseteamet mot negativ sosial kontroll og æresmotivert vold bistår tjenesteapparatet og utsatte i saker om negativ sosial kontroll og æresmotivert vold, herunder tvangsekteskap, ufrivillige utenlandsopphold og kjønnslemlestelse. Helsedirektoratet er representert i teamet. I 2025 ga kompetanseteamet råd og veiledning i 1 306 enkeltsaker. 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.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Det foreslås å flytte:
- 11,4 mill. kroner til kap. 700, post 21, knyttet til utgifter til drift, utredninger, evalueringer, utvalg og midlertidige prosjekter mv. under departementet.
- 8,2 mill. kroner til Digitaliserings- og forvaltningsdepartementets kap. 1520, post 01, knyttet til faste stillinger hos statsforvalterne.
- 2,2 mill. kroner til kap. 765, post 79, knyttet til tilskudd til TryggEst.
- 4 mill. kroner til kap. 764, post 74, knyttet til NAPHA sin innsats med implementering av Rask psykisk helsehjelp og øke bruken av digitale verktøy innenfor samme område.
- 5 mill. kroner til kap. 765, post 79, knyttet til tilskudd til nye samarbeidsmodeller mellom arbeids- og velferdsetaten og helse.
- 1,5 mill. kroner til kap. 765, post 75 knyttet til NKVTS og RVTS sitt arbeid med menneskehandel.
- 0,6 mill. kroner til kap. 740, post 01, knyttet til faste oppgaver med overdosearbeid i Helsedirektoratet.

For å styrke andre prioriterte tiltak er ingen av tiltakene på posten prisjustert. For øvrig foreslås følgende endringer i bevilgningen på posten sammenlignet med saldert budsjett 2026:
- 10 mill. kroner til handlingsplan for å heve levealderen, som en del av opptrappingsplanen for psykisk helse.
- 13,3 mill. kroner til systematisk samhandling mellom Arbeids- og velferdsetaten og kommunehelsetjenesten, som en del av opptrappingsplan for psykisk helse.
- 12,7 mill. kroner i redusert bevilgning til tverrfaglig videreutdanning i psykososialt arbeid med barn og unge.
- 2 mill. kroner i økt bevilgning til undersøkelse om tidsbruk hos helsepersonell.
- 1 mill. kroner i redusert bevilgning til arbeidet med opptrappingsplanen for psykisk helse.
- 1 mill. kroner i redusert bevilgning til arbeid mot overdoser.
- 1 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til avvikling av midler til rådgivende enheter for russaker.
- 3 mill. kroner i redusert bevilgning til Det finnes hjelp.
- 2 mill. kroner i redusert bevilgning til arbeidet med å forebygge at barn og unge utøver vold eller overgrep.
- 1 mill. kroner i redusert bevilgning til Rask psykisk helsehjelp.
- 1,4 mill. kroner i redusert bevilgning til digitale verktøy innen psykisk helse.
- 2 mill. kroner i redusert bevilgning til implementering av nasjonal veileder for psykisk helsearbeid for voksne.
- 0,9 mill. kroner i redusert bevilgning til tiltak for å styrke samarbeidet mellom helse- og omsorgstjenester og barnevern om helsetilbudet til barn i barnevernet.
- 1,5 mill. kroner i redusert bevilgning til arbeid med forebygging, tidlig oppdagelse, tidlig intervensjon og behandling av spiseforstyrrelser.

Bevilgningen kan nyttes under post 79. Bevilgningen på posten dekker spesielle driftsutgifter til ulike tiltak og politiske prioriteringer innen psykisk helse-, rus- og voldsfeltet. Særskilte tiltak det foreslås å bevilge midler til i 2027 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 for rusfeltet, opptrappingsplan mot vold og overgrep mot barn og vold i nære relasjoner, Handlingsplan mot overdoser, handlingsplan for forebygging av selvmord, implementering av nasjonal veileder for lokalt psykisk helse- og rusarbeid for voksne og nasjonal veileder for psykisk helsearbeid barn og unge.

Utover videreføring av bevilgning fra saldert budsjett 2026 foreslås det å flytte 8,2 mill. kroner til driftsbevilgningen til statsforvalterne, knyttet til faste stillinger i embetene. Bevilgningen foreslås videreført med 12,1 mill. kroner i 2027.

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.

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 tverrdirektoral samordning av oppfølgingen av opptrappingsplanen, samt samarbeid med andre relevante aktører, som Folkehelseinstituttet, regionale helseforetak og statsforvaltere mv. I februar 2026 kom den første årlige statusrapporten fra følgeevalueringen som SINTEF utfører for Helsedirektoratet. Det videre arbeidet i 2027 vil bygge på evalueringen, tiltaksrapportering, resultatmålrapportering mv.

Utover videreføring av bevilgning fra saldert budsjett 2026 foreslås det å redusere bevilgningen med 1 mill. kroner for å ivareta andre prioriterte formål. Det foreslås 6,1 mill. kroner til formålet i 2027.

Handlingsplan for å heve levealderen for mennesker med alvorlige psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer – treningstilbud i kommunen

Mennesker med alvorlige psykiske lidelser og/eller alvorlige rusmiddelproblemer har dårligere fysisk helse og lever som gruppe mange år kortere enn befolkningen ellers.

Som del av oppfølging av opptrappingsplan for psykisk helse og forebyggings- og behandlingsreformen for rusfeltet har regjeringen utarbeidet en egen handlingsplan for å heve levealderen for mennesker med alvorlige psykiske lidelser og/eller alvorlige rusmiddelproblemer. Handlingsplanen løfter frem betydningen av trening og fysisk aktivitet ved behandling av psykiske lidelser og rusmiddelproblemer. Det er behov for å utvikle og spre tilbud både i spesialisthelsetjenesten og i kommunen for å bidra til at flere mennesker med alvorlige psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer får tilbud om trening som del av sin behandling.

Et tettere samarbeid mellom sykehus, kommuner, frisklivssentraler og frivillig sektor kan bidra til mer sammenhengende forløp og øke sannsynligheten for varige helsegevinster. Kommunale frisklivssentraler vil i mange tilfeller være et naturlig henvisningssted for videre oppfølging. Der slike tilbud ikke finnes eller kommunen ikke har kapasitet, kan interkommunalt samarbeid, bruk av eksisterende lokale ressurser eller nye digitale løsninger bidra til å sikre et tilbud. Slik oppfølging kan bidra til å skape nye vaner og opprettholde etablerte aktivitetsvaner. Ved gruppebaserte tilbud kan den også styrke sosial tilhørighet og motvirke ensomhet.

Som en del av opptrappingsplanen foreslås det å bevilge 10 mill. kroner for at Helsedirektoratet kan igangsette og understøtte tiltak som retter seg mot systematisk bruk av trening i tilknytning til behandling og oppfølging av personer med alvorlige psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer i kommunen.

Det vises også til kap. 732, post 70, der det foreslås bevilget 10 mill. kroner for utprøving i helseforetak innenfor området intensiv trening/trening som medisin.

Undersøkelse om tidsbruk hos helsepersonell

I opptrappingsplan for psykisk helse er det et resultatmål at helsepersonell har mer tid til pasienter, brukere og fagutvikling. Det er behov for å utarbeide en egen undersøkelse for å måle dette, ettersom eksisterende datakilder ikke er tilstrekkelige. Undersøkelsen vil gjennomføres i 2027 og ved slutten av opptrappingsplanperioden. Det skal også vurderes å gjennomføre en undersøkelse i 2030. Det foreslås å bevilge 2 mill. kroner til formålet i 2027.

Arbeidet mot overdoser

Foreløpige tall fra Folkehelseinstituttet viser både i 2024 og 2025 en nedgang i rusmiddelutløste dødsfall fra tidligere år. Det er så langt registrert 283 narkotikarelaterte og 407 alkoholutløste dødsfall i 2025. Det kan synes som en positiv utvikling, men det må tas høyde for tilfeldige variasjoner og at tallene kan stige på grunn av etterrapportering. Det er derfor for tidlig å konkludere om dette er en trend.

Opioider som morfin, kodein og oksykodon er hyppigst registrert som dødsårsak for narkotikautløste dødsfall.

Det har de siste ti årene vært et stabilt høyt antall narkotikautløste dødsfall, med et snitt på mellom 291 og 292 dødsfall årlig. Tidligere nasjonale strategier synes ikke å ha bidratt til å redusere antall overdosedødsfall. På den bakgrunn tok regjeringen initiativ til en ny tilnærming til arbeidet, 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.

I 2025 lanserte Helsedirektoratet også de nye nasjonale faglige rådene for overdoseforebygging

i kommunene som nå er under implementering. Som en del av beredskapstenkningen innen rusmiddelfeltet, ble nettstedet overdosefare.no utviklet i 2025 og operativt fra 2026. Privatpersoner og tjenester kan melde inn bekymringer for særlig farlige rusmidler i omløp, og deretter vurderes det behov for varsling mv.

Helsedirektoratet har i 2025 også økt utleveringen av nalokson nesespray og har vurdert tiltak for å bedre tilgangen til nalokson for pasienter som bruker avhengighetsskapende legemidler (opioider) med risiko for overdose. Regjeringen har særlig oppmerksomhet rettet mot nye overdoseutsatte grupper, og Helsedirektoratet har i 2025 oppdatert nasjonal veileder for avhengighetsskapende legemidler og tilhørende pasientinformasjon. Leger oppfordres til å vurdere rekvirering av nalokson på blå resept til pasienter med høy overdoserisiko.

Arbeidet mot overdoser skal være kunnskapsbasert og det er pågående forskningsoppdrag om overdoseproblematikk og overdosedødsfall blant annet ved Senter for rus- og avhengighetsforskning (SERAF), Oslo Universitetssykehus HF og Folkehelseinstituttet.

Helse Vest RHF koordinerer regjeringens satsing på nasjonale kliniske studier for avhengighet til benzodiazepiner og sentralstimulerende rusmidler. Sentralt i dette er gjennomføring av to randomiserte kontrollerte multisenterstudier for substitusjonsbehandling ved henholdsvis avhengighet til benzodiazepiner og sentralstimulerende rusmidler, kalt BMX-studien og ATLAS4Dependence-studien. Nasjonalt forskningssenter for substitusjonsbehandling ved rusmiddelavhengighet (NORCATS) er etablert for å gjennomføre studiene. En slik organisering legger et godt grunnlag for gjennomføring av flere studier fremover som kan bidra til en forskningsdrevet utvikling av behandlingstilbudene for overdoseutsatte grupper.

Helsedirektoratet følger opp handlingsplanen som en av sine faste oppgaver og skal i 2027 prioritere bevilgningen til arbeidet mot overdoser på en slik måte at tiltak i handlingsplanen kan gjennomføres, følgeevalueres og endres ved behov.

Utover videreføring av bevilgning fra saldert budsjett 2026 foreslås det å redusere bevilgningen med 1 mill. kroner. Det foreslås å bevilge 13,3 mill. kroner til formålet i 2027.

Analyse av rusmidler i avløpsvann

Analyser av avløpsvann innebærer systematisk prøvetaking og laboratorieundersøkelser for å identifisere og kvantifisere forskjellige typer rusmidler. Disse analysene gir et øyeblikksbilde av rusmiddelbruken i et gitt område og kan gi verdifull innsikt i forbruksmønstre og trender, noe som kan være nyttig for å iverksette målrettede forebyggende tiltak.

Avdeling for klinisk farmakologi ved St. Olavs Hospital i Trondheim har samlet inn og analysert avløpsvann for spor av rusmidler i Oslo, Bergen og Trondheim i 2024 og 2025. Avløpsvannanalysene sendes til SCORE-nettverket (Sewage Analysis CORe group Europe), som er en del av European Union Drugs Agency (EUDA). SCORE-nettverket er et samarbeid mellom europeiske forskningsinstitusjoner om analyser av avløpsvann for å overvåke bruk av ulovlige rusmidler i den europeiske befolkningen. Stoffene som inngår i rapporteringen er kokain, cannabis, nikotin, alkohol, amfetamin, metamfetamin, ecstasy og ketamin. Analyser av avløpsvann i Norge viser at det har vært en kraftig økning i kokainbruk de siste årene og at Norge er blant landene i Europa som har den høyeste forekomsten av kokainrester i kloakken. Forekomsten av kokain er markant høyest på fredager og lørdager, og nivåene er vesentlig høyere i sentrumskjerner og storbyer som Oslo, Bergen og Trondheim.

Analyser for rusmidler i avløpsvann supplerer spørreundersøkelser om bruk av ulovlige rusmidler. Resultatene inngår som en del av Helsedirektoratets statistikk- og rapporteringsarbeid om ulovlige rusmidler, samt i europeisk samarbeid om avløpsvannanalyser (SCORE-nettverket). I 2026 er det inngått en avtale med St. Olavs hospital om å utvide antall avløpsanlegg, og flere avløpsvannanlegg vil inngå i rapporteringen fra og med 2027.

Analyse av avløpsvann vil derfor naturlig inngå i det helhetlige monitoreringssystemet på rusmiddelfeltet som er under etablering. Se omtale under kapittelinnledningen om forebyggings- og behandlingsreformen for rusfeltet.

Bevilgningen foreslås videreført med 0,6 mill. kroner.

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 i større grad å forebygge og avdekke vold og overgrep, gi bedre oppfølging til voldsutsatte, øke kompetansen, styrke samarbeidet mellom tjenes-

ter 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.

Kunnskap om vold og overgrep i folkehelsearbeidet

Kunnskap om forekomst, konsekvenser og forebygging av vold og overgrep er viktig for folkehelsearbeidet. Folkehelseinstituttet har over flere år arbeidet med å styrke kunnskapsgrunnlaget på området, blant annet gjennom indikatorarbeid, Folkehelserapporten, helseundersøkelser, registerbaserte studier og forskningsprosjekter.

I 2025 har FHI blant annet jobbet med å oppdatere kapittelet om vold og overgrep i Folkehelserapporten. I samarbeid med NKVTS har FHI også utviklet mål på vold og overgrep som kan inkluderes i både Folkehelseundersøkelsene i fylkene (FHUS) og den nasjonale folkehelseundersøkelsen (NHUS). Målet inngår i den kommende NHUS-undersøkelsen og vil inngå hvert tredje år fremover. Dette gir mulighet for å følge forekomst og utvikling over tid og studere sammenhenger med andre helse- og levekårsforhold.

Det foreslås å videreføre bevilgningen med 1,1 mill. kroner til formålet i 2027.

TryggEst

TryggEst er en modell for å forebygge, avdekke og håndtere vold og overgrep mot voksne som i liten grad er i stand til å beskytte seg selv. Dette omfatter bl.a. personer med funksjonsnedsettelse, høy alder eller demens, somatisk sykdom, psykiske helseutfordringer, rusmiddelproblemer eller langvarig sykdom.

TryggEst-modellen skal bidra til at saker avdekkes tidlig og følges opp raskt, og at den utsatte ivaretas gjennom koordinert innsats fra relevante tjenester. Opplærings- og kompetansetiltakene retter seg særlig mot ansatte i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Regjeringen vil styrke og videreutvikle TryggEst, jf. opptrappingsplan mot vold og overgrep. Modellen er også relevant for andre av regjeringens satsninger, som bo trygt hjemme-reformen, opptrappingsplan for psykisk helse, forebyggings- og behandlingsreformen for rusfeltet og handlingsplan mot negativ sosial kontroll og æresmotivert vold. TryggEst utvikles og videreføres gjennom et forpliktende samarbeid mellom Bufdir og Helsedirektoratet, der direktoratene har et felles ansvar for faglig utvikling, implementeringsstøtte og nasjonal utbredelse av modellen. Forvaltningsansvaret for TryggEst overføres fra Kultur- og likestillingsdepartementet til Helse- og omsorgsdepartementet i forbindelse med Prop. 1 S for 2028.

TryggEst er nå tatt i bruk i 126 kommuner og bydeler, som dekker om lag 61–63 pst. av befolkningen. I 2025 søkte 19 nye kommuner/bydeler om tilskudd. Det forventes fortsatt økning i utbredelse og behov for oppfølging i årene fremover.

Deler av bevilgningen til TryggEst utbetales som tilskudd. Det foreslås å flytte 2,2 mill. kroner til kap. 765, post 79. For øvrig foreslås bevilgningen på posten videreført med 4,2 mill. kroner.

Det vises også omtale av TryggEst under Kultur- og likestillingsdepartementets kap. 351, post 70.

Det finnes hjelp

Det finnes hjelp er et behandlingstilbud for personer over 18 år med seksuell interesse for barn. Et lavterskeltilbud med en nettside (detfinneshjelp.no) og en nasjonal chat for målgruppen er etablert for å senke barrierer for hjelpesøking. Det er etablert et medisinsk kvalitetsregister med nasjonalt omfang for kunnskapsutvikling (KVASO). Helsedirektoratet har ansvar for utvikling av nasjonale kampanjer for å nå målgruppen med oppfordring om å søke hjelp.

I 2025 ble det bevilget 9,6 mill. kroner til Helsedirektoratets arbeid med videreutvikling og markedsføring av tilbudet. Nye kampanjer ble utviklet og rullet ut i 2025, inkludert annonsering på nettsted med pornografisk innhold. Det er utviklet en advarselsfunksjon på pornografiske nettsteder knyttet til mulig søk etter overgrepsmateriale, med lenke til Det finnes hjelp. Aktivitet planlegges videreført i 2027.

Utover videreføring av bevilgning fra saldert budsjett 2026 foreslås det å redusere bevilgningen med 3 mill. kroner for å styrke andre prioriterte tiltak. Det foreslås å bevilge 6,8 mill. kroner til formålet i 2027.

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 har Helsedirektoratet etablert et helhetlig digitalt lavterskeltilbud på fire nivåer: 1. universelle forebyggende tiltak, 2. digital helsefremmende informasjon, 3. digital anonym veiledning og 4. lavterskel helsehjelp.

Lavterskeltilbudet inkluderer digitale verktøy som Hva er innafor? og SKAMLØS, som gir informasjon og veiledning om seksuell helse til ungdom 13–18 år, herunder om sunn, problematisk og skadelig seksuell atferd. En kompetansepakke med e-læringsprogram om problematisk og skadelig seksuell atferd er utviklet til helsesykepleiere. Helse Vest RHF har etablert et nasjonalt kontaktpunkt, Tryggprat.no, hvor ungdom fra 16 år selv kan ta direkte kontakt med spesialisthelsetjenesten ved bekymring for egne seksuelle tanker eller atferd, for råd og veiledning. Helsedirektoratet 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. 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.

Helsedirektoratet har siden 2023 hatt i oppdrag å foreslå konkrete tiltak for å nå målene i Nasjonal strategi for helsesektorens arbeid med personer som utøver vold eller overgrep (2022), og arbeidet har siden da vært avgrenset til barn og unge. Fra 2025 ble det opprettet et tverrsektorielt konseptutredningsprosjekt, med deltagelse fra flere relevante direktorater. Målet med prosjektet er å styrke de eksisterende tjenestene på tvers av sektorene i møte med skadelig atferd i form av vold og skadelig seksuell atferd hos barn og unge.

Utover videreføring av bevilgning fra saldert budsjett 2026 foreslås det å redusere bevilgningen med 2 mill. kroner i 2027 for å styrke andre prioriterte tiltak. Det foreslås 7,1 mill. kroner til formålet i 2027.

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 2025 ble NKVTS gitt syv rådgivningsoppdrag over rammeavtalen. Nåværende kontrakt trådte i kraft 1. januar 2024. Avtalen kan løpe ut 2027.

Bevilgningen foreslås videreført med 6 mill. kroner i 2027, og skal dekke oppdrag samt Helsedirektoratets samarbeid med NHN i forbindelse med utvikling av ny kravspesifikasjon og anbudsprosess.

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 strekker seg over to år på deltid og 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.

Utdanningsinstitusjonene rapporterer om gode eller svært gode søkertall. Totalt har 1046 studenter søkt studiet for opptak i 2024. For årskull 2024–2026 fikk 220 kvalifiserte søkere plass. 173 studenter fullførte studiet på normert tid, og 8 studenter har fått innvilget utsatt eksamen. Tallet for studenter tatt opp på studiet reflekterer at en del studenter ikke fyller kravet om praksis eller relevant jobbetilknytning under studiet, og at mange søkere takker nei til plass. Studentundersøkelsene er gjennomgående svært positive på tvers av undervisningsinstitusjonene. Studentene opplever studiet som svært relevant for eget arbeid med barn, unge og familier. Mange rapporterer at de får økt faglig trygghet, nye perspektiver og større forståelse for komplekse utfordringer i praksis. Studentene rapporterer både faglig og personlig utvikling, de opplever å få nye handlingsmuligheter i eget arbeid og bedre grunnlag for å møte utfordringer i praksisfeltet.

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. Prosessen har tatt lengre tid enn forespeilet. For å sikre videre drift av studietilbudet i overgangsfasen til innlemming i RETHOS er utdanningen videreført i regi av Helsedirektoratet gjennom en ny anskaffelse av utdanningstilbudet for inntak av studenter høsten 2025. Syv av de åtte nåværende tilbydere meldte interesse og viderefører studietilbudet Tverrfaglig videreutdanning i psykososialt arbeid med barn og unge med inntak av studenter høsten 2025. Videre drift av studietilbudet etter 2025 gjøres i henhold til RETHOS innenfor utdanningsinstitusjonenes egne rammer.

Utover videreføring av bevilgning fra saldert budsjett 2026 foreslås det at bevilgningen reduseres med 12,7 mill. kroner i 2027. Bevilgningen foreslås videreført med 11,3 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. Per mai 2026 er det planlagt og etablert Rask psykisk helsehjelp-team i 86 norske kommuner samt i alle 15 bydeler i Oslo

Det bevilges midler til 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 har det eksistert et heldigitalt opplæringsprogram, slik at flere kommuner kan delta.

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 Arbeids- og velferdsetaten og helse.

Det foreslås å flytte 4 mill. kroner som utbetales som tilskudd til kap. 765, post 79. Bevilgningen er knyttet til NAPHA sin innsats med implementering av Rask psykisk helsehjelp og øke bruken av digitale verktøy innenfor samme område. Utover videreføring av bevilgning fra saldert budsjett 2026 foreslås det i tillegg å reduseres bevilgningen med 1 mill. kroner for å styrke andre prioriterte tiltak. Det foreslås å bevilge 15,6 mill. kroner mill. kroner på posten til videre utvikling av RPH og utdannings- og implementeringsstøtteordning for teamene i 2027.

Digitale verktøy innen psykisk helse- og rusmiddelfeltet

Digitale selvhjelps- og behandlingstilbud innen psykisk helse- og rusmiddelfeltet er vist å kunne gi like effektiv hjelp som ordinær oppfølging og behandling. 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, som omtalt i Helsepersonellplan 2040. Det er stort potensial i å synliggjøre, systematisere og få opp bruken av digitale selvhjelps- og behandlingstilbud innen psykisk helse- og rusmiddelfeltet, samt utvikle mer kostnadseffektive måter å organisere tilbudet på, enten regionalt eller nasjonalt.

Helsedirektoratet leverte i 2025 en rapport om hvordan bruken av kvalitetssikrede digitale verktøy innen psykisk helse- og rusmiddelfeltet kan økes. Direktoratet har i 2026 arbeidet videre med tiltak som kommunikasjon for å øke bruk og implementering i tjenesten, anskaffelsesstrategi for digitale verktøy, og utvikling av en veiviser på Helsenorge. Løsninger som blir synlige og tilgjengelige for innbyggere er prioritert. Digitale verktøy skal være tilgjengelig for befolkningen direkte og skal kunne benyttes som en del av behandlingen i helsetjenestene. Arbeidet inngår som en del av direktoratets arbeid med *digital førstelinje* som skal tilrettelegge for digitale helsetjenester som gir innbyggerne mulighet til å ta en aktiv rolle i egen og næres helse (se omtale under profilen i budsjettforslaget, *digital førstelinje*)).

Utover videreføring av bevilgning fra saldert budsjett 2026 foreslås det å reduseres bevilgningen med 1,4 mill. kroner for å styrke andre prioriterte tiltak. Det foreslås 15,3 mill. kroner til tiltaket over posten i 2027.

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.

Implementeringen har i 2025 bidratt til utviklingen av mer tilgjengelige og helhetlige tjenester, ved at flere kommuner har etablert eller videreutviklet tverrfaglige psykiske helsetjenester for barn og unge. Rapporteringen i Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid (IS-24/8) viser en økning i andelen kommuner som oppgir å ha en slik tjeneste, fra 55 pst. i 2024 til 72 pst. i 2025.

I 2025 ble revidert nasjonal veileder for lokalt psykisk helse- og rusarbeid for voksne publisert. Formålet med anbefalingene i veilederen er å bidra til at kommunene yter nødvendige, forsvarlige og likeverdige helse- og omsorgstjenester for voksne som har psykisk helse- eller rusmiddelproblemer. Helsedirektoratet utviklet i 2025 en plan for implementering av veilederen.

Utover videreføring av bevilgning fra saldert budsjett 2026 foreslås det å redusere bevilgningen med 2 mill. kroner, for å styrke andre prioriterte tiltak. Det foreslås å bevilge 3,9 mill. kroner til implementering av begge veiledere i 2027. Det vises til omtale under kap. 765, post 60 av 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. I 2025 ble det bevilget 3,1 mill. kroner på posten til utvikling, implementering og evaluering av ACT, FACT og FACT ung.

Gjennom opptrappingsplan for psykisk helse tydeliggjør regjeringen viktigheten av å videreføre og videreutvikle ACT, FACT og FACT ung. I 2027 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. Denne vil foreligge mot slutten av 2026. Evaluering inngår som en del av evalueringen av opptrappingsplanen for psykisk helse og ble utløst i 2025.

Det foreslås å videreføre bevilgningen med 3,2 mill. kroner i 2027.

Det vises også til omtale under kap. 765, post 60, og kap. 765, post 74 om De regionale kompetansesentrene på rusfeltet, 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 samhandlingsmodeller Arbeids- og velferdsetaten og kommunehelsetjenestene

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 samhandlingsmodeller som involverer arbeids- og velferdsetaten og kommunehelsetjenestene. Målgruppen for modellene er personer med milde til moderate psykiske lidelser, og ev. også muskel- og skjelettplager som har behov for både arbeidsrettede tjenester og behandling for å stå i arbeid. 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 har bestått av ni piloter fordelt på to delmodeller: Delmodell 1: Samarbeid mellom arbeids- og velferdsetaten og Rask psykisk helsehjelp (RPH) og delmodell 2: Samarbeid mellom arbeids- og velferdsetaten, kognitiv terapeut og fastlege. I 2025 har midlene gått til å utvikle og prøve ut systematisk samhandling mellom Nav og kommunale helsetjenester. Resultater fra følgeforskning og erfaringsinnhenting fra direktoratene viser at deltakerne i pilotene opplever tjenestesamhandlingen som virksom når tjenestene

angriper det samme problemet med samme mål til samme tid. Det er innført seks grep for systematisk samhandling som pilotene implementerer fra 1. april 2026.

Regjeringen vil legge til rette for å etablere flere piloter fra 2027, slik at tilbudet kan nå ut til flere brukere. En oppskalering vil også gi et bedre grunnlag for videre evaluering. Det foreslås å øke bevilgningen til prosjektet med til sammen 20 mill. kroner, hvorav 6,7 mill. kroner over Arbeids- og inkluderingsdepartementets kap. 605, post 01, jf. nærmere omtale der. Styrkingen er en del av opptrappingsplan for psykisk helse.

Utover videreføring av saldert budsjett 2026, foreslås bevilgningen på posten styrket 13,3 med mill. kroner i 2027. Videre foreslås det å flytte 5 mill. kroner til kap. 765, post 79 knyttet til at deler av bevilgningen utbetales som tilskudd Det foreslås å bevilge 15,6 mill. kroner til formålet på posten i 2027.

Samarbeid mellom helse- og omsorgstjenester og barnevern

Det er de siste årene iverksatt flere tiltak for å styrke samarbeidet mellom helse- og omsorgstjenester og barnevern om helsetilbudet til barn i barnevernet, bl.a. tverrfaglig helsekartlegging, helseteam og rusbehandling for barn og unge. Det vises til nærmere omtale i kap. 732 og Prop. 1 S (2025–2026) for Barne- og familiedepartementet.

Nasjonalt forløp for barnevern er en sentral del av helsesatsingen i barnevernet, og Helsedirektoratet og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet har videreført et omfattende implementeringsarbeid av forløpet. Forløpet retter seg mot alle barn i barnevernet. Implementeringen videreføres i 2027. Sintef er i gang med en evaluering som etter planen vil foreligge ved utgangen av 2028.

Det er fortsatt behov for å understøtte helse- og omsorgstjenestenes arbeid med implementering, slik at nasjonalt forløp for barnevern innarbeides som en del av ordinær praksis. Det vil i 2027 være behov for betydelig faglig og organisatorisk støtte til kommunale barnevernstjenester, kommunale helse- og omsorgstjenester, inkludert fastleger, fylkeskommunal tannhelsetjeneste, statlig barnevern og spesialisthelsetjenesten.

Utover videreføring av bevilgning fra saldert budsjett 2026 foreslås det å redusere bevilgningen med 0,9 mill. kroner for å styrke andre prioriterte tiltak. Det foreslås 2,5 mill. kroner til tiltaket i 2027.

Styrket arbeid med forebygging, tidlig oppdagelse, tidlig intervensjon og behandling av spiseforstyrrelser

Mange barn og unge strever med kropp, mat og selvbilde, og kroppsmisnøye ser ut til å starte tidlig. Spiseforstyrrelser og spiseproblematikk kan ha alvorlige konsekvenser for fysisk og psykisk helse, og påvirker også familier og pårørende.

Det er behov for økt kunnskap om spiseforstyrrelser og strev med mat og kropp i kommunale helse- og omsorgstjenester, inkludert hvordan forebygge spiseforstyrrelser. Det behøves også økt kompetanse om tidlig oppdagelse og behandling på kommunalt nivå og i spesialisthelsetjenesten. Helsedirektoratet har utviklet en digital kompetansepakke om strev med mat og kropp rettet mot kommunale helse- og omsorgstjenester. Formålet er å bidra til mer kunnskapsbasert praksis og støtte tjenestene i arbeid med forebygging, tidlig identifisering og oppfølging av barn og unge som strever med kropp og mat. Kompetansepakken er forankret med kommunale helsetjenester og relevante fagmiljøer. Det ble bevilget 5,5 mill. kroner til arbeidet i 2026.

Utover videreføring av bevilgning fra saldert budsjett 2026 foreslås det å redusere bevilgningen med 1,5 mill. kroner for å styrke andre prioriterte tiltak. Det foreslås 4,1 mill. kroner til tiltaket i 2027.

Midlene kan benyttes til videreutvikling og 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. Det vises også til styrking av døgnkapasitet i psykisk helsevern og psykisk helsevern for barn og unge på kap. 732, post 72–75.

Handlingsplan for forebygging av selvmord

Handlingsplan for forebygging av selvmord 2020–2025 – Ingen å miste ble lagt frem i 2020. Planen er tverrsektoriell og innførte en nullvisjon for selvmord i Norge. Det er etablert et nasjonalt forum for forebygging av selvmord og et tilhørende direktoratsamarbeid som skal bidra til bedre samordning av det selvmordsforebyggende arbeidet og til å følge gjennomføringen av handlingsplanen. Regjeringen har startet arbeidet med en ny handlingsplan for forebygging av selvmord.

Det er i perioden 2022–2025 gjennomført regionale folkeopplysningskampanjer om forebygging av selvmord. Kampanjene gjennomføres trinnvis og har en felles nasjonal ramme. Høsten 2025 ble det

gjennomført en regional kampanje i region øst. Kampanjen nådde bredt ut, og evalueringen viste gode resultater. Det er i 2025 også gjennomført en kampanje som retter seg mot ungdom med tema selvskading og selvmord på nett. Det er iverksatt kompetansetiltak rettet mot tjenestene.

Det ble i 2025 utviklet kunnskapsressurser i samarbeid mellom Helsedirektoratet, Barne-, ungdoms og familiedirektoratet (ung.no), sentrale organisasjoner og kompetansemiljø for å bidra med råd og veiledning til tjenestene og til foreldre. Det er i 2025 videreført implementeringstiltak for å bidra til at nasjonal faglig retningslinje for forebygging av selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) tas i bruk i tjenestene.

Bevilgningen foreslås videreført med 18,4 mill. kroner i 2027 til oppfølging av ny handlingsplan, herunder videreføring av folkeopplysningskampanjer.

Det vises også til kap. 765, post 75 for omtale av oppfølging av tiltak i handlingsplan for forebygging av selvmord.

Post 60 Kommunale tjenester

Utover budsjettiltak omtalt i del I og generell pris- og lønnsjustering foreslås det følgende endringer sammenlignet med saldert budsjett 2026:

- 60 mill. kroner i økt bevilgning til utvikling, tilpasning og etablering av kunnskapsbaserte lavterskeltilbud innen psykisk helse- og rusmiddelfeltet, som en del av opptrappingsplan for psykisk helse.
- 10 mill. kroner i økt bevilgning til nytt tilskudd til nærklinikk, mot at bevilgingen til institusjonsbaserte tjenester (grunntilskuddet), aktivitetstilbud (aktivitetstilskuddet) og oppfølgingstilbud for personer med psykisk helse- og rusmiddelproblemer eller med erfaring fra salg og bytte av seksuelle handlinger (oppfølgingstilskuddet) over kap. 765, post 72 reduseres tilsvarende.

Kunnskapsbaserte lavterskeltilbud innen psykisk helse- og rusmiddelfeltet og ACT-, FACT-, og FACT ung-team

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. 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 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, ble det i 2026 etablert en egen ordning for kunnskapsbaserte lavterskeltilbud og en egen ordning for ACT, FACT og FACT ung. Fordi antall søknader og søknadsbeløp kan variere på de ulike ordningene, ses bevilgningene til disse formålene i sammenheng. I 2026 ble det bevilget 429,8 mill. kroner til tilskuddsordningene. I 2027 foreslår regjeringen å styrke tilskuddsordningen for lavterskeltilbud med 60 mill. kroner. Det foreslås totalt 496,9 mill. kroner til ordningene i 2027.

Ordningene erstatter fra 2026 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. I 2025 fikk 148 kommuner tilskudd gjennom den gamle tilskuddsordningen for voksne. Om lag 61 pst. av tildeling gikk til ACT- og FACT-team, mens 39 pst. gikk til andre modeller, herunder ulike tilbud rettet inn mot personer med ROP-lidelser, tilrettelegging for deltagelse i arbeidsrettet og sosial aktivitet og nettverk, alkohol- og/eller legemiddelrelaterte problemer. Flere

av tiltakene hadde interkommunalt samarbeid. På den gamle barn og unge-ordningen fikk 164 kommuner tilskudd. Om lag 33 pst. av tildeling gikk til FACT ung-team, mens 67 pst. gikk til utvikling, tilpasning og etablering av psykiske helsetjenester for barn og unge.

Utvikling, tilpasning og etablering av kunnskapsbaserte lavterskeltilbud innen psykisk helse- og rusmiddelfeltet

Tilskuddsordningen for utvikling, tilpasning og etablering av kunnskapsbaserte lavterskeltilbud innen psykisk helse- og rusmiddelfeltet for barn, unge, voksne og familier ble etablert i 2026. Målet er å styrke det kommunale tjenestetilbudet til målgruppen ved å legge til rette for tidlig hjelp med lav terskel. 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.

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 ble derfor etablert en egen tilskuddsordning for etablering av ACT-, FACT- og FACT ung-team i 2026.

Nærklinikk

Etablering av forsøk med Nærklinikk er et tiltak i Meld. St. 5 (2024–2025) *Trygghet, fellesskap og verdighet, Forebyggings- og behandlingsreformen for rusfeltet del I*, rettet mot de mest utsatte brukerne av rusmidler som befinner seg i større byer og kommuner.

Målgruppen kjennetegnes av omfattende bruk av flere ulike typer rusmidler og høy grad av komorbiditet, med alvorlige rusmiddellidelser og samtidige psykiske og somatiske lidelser. Mange har ikke fått stilt diagnoser som gjør at de telles som ROP-pasienter og mottar ofte heller ikke spesialisert behandling for rusmiddel- eller psykiske lidelser. De har ukjent, liten eller ingen kontakt med fastlege, men høyt forbruk av ulike lavterskeltilbud. Det er særlig Oslo kommune, som har den høyeste andelen brukere i denne gruppen.

Formålet med Nærklinikk er å adressere problematikken med mangler i tjenestetilbudene, herunder i samhandling, kontinuitet og tilgjengelighet, jf. Riksrevisjonens rapport om tjenester til ROP-gruppen (Dokument 3:5 (2024–2025) *Helse- og velferdstjenester til personer med samtidige rusmiddellidelser og psykiske lidelser*) og slik det beskrives Meld. St. 5 (2024–2025). En tilgjengelig nærklinikk som yter integrerte helsetjenester i et samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten, kan legge til rette for at personer med alvorlige rusmiddellidelser i større grad kan motta nødvendig helsehjelp. Nærklinikk kan også fungere som et knutepunkt for ideelle aktører som kan møte kommune og spesialisthelsetjeneste samlet, og redusere fragmentering av tjenestetilbudet.

I første omgang vil regjeringen prøve ut en slik modell i Oslo. Oslo kommune og Oslo universitetssykehus HF har utarbeidet et mandat for videre arbeid med Nærklinikk i Oslo, sett i sammenheng med etablering av et nytt brukerrom. Det forutsettes at brukerorganisasjoner deltar i arbeidet med prosjekteringen. Forsøket skal evalueres.

Det foreslås å bevilge 10 mill. kroner i 2027 til forsøk med Nærklinikk, mot at bevilgingen til institusjonsbaserte tjenester (grunntilskuddet), aktivitetstilbud (aktivitetstilskuddet) og oppfølgingstilbud for personer med psykisk helse- og

rusmiddelproblemer eller med erfaring fra salg og bytte av seksuelle handlinger (oppfølgingstilskuddet) over kap. 765, post 72 reduseres tilsvarende.

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.

I 2025 mottok 20 kommuner og bydeler tilskudd. Midlene har blant annet gått til skolebaserte opplegg, foreldrekurs, kompetanseheving i tjenestene, individuelle oppfølgingsforløp og lavterskeltilbud. Det er også utarbeidet digitalt innhold. Rapportering viser at tilskuddsmidlene også utløser betydelig lokal innsats og egenfinansiering fra kommunene. Kommunene rapporterer videre om samarbeid både innad i kommunen og med spesialisthelsetjenesten, og mange er forankret i helsefellesskapene.

Det foreslås å videreføre bevilgningen med 11,3 mill. kroner i 2027.

Tilbud til personer med langvarige og sammensatte tjenestebehov og barn og unge med psykiske plager og problematisk rusmiddelbruk

Det ble bevilget 362,9 mill. kroner til tilskuddsordningene tilbud til personer med langvarige og sammensatte tjenestebehov og barn og unge med psykiske plager og problematisk rusmiddelbruk i 2025. Tilskuddsordningene ble avviklet i 2026 og erstattet av en egen tilskuddsordning for etablering av lavterskeltilbud og en egen ordning for etablering av ACT-, FACT- og FACT ung-team, jf. Innst. 11 S (2025–2026).

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). I 2025 ble det gitt tilskudd til både ACT-, FACT- og FACT ung-team og til tiltak innen prioritet 2 i alle statsforvalterembetene. Helsedirektoratet rapporterer om høy måloppnåelse for tilskuddsordningene i 2025.

Post 62 Rusarbeid

Bevilgningen på posten ble avviklet og innlemmet i rammetilskuddet til kommunene i 2026, jf. Innst. 2 S (2025–2026).

Over posten ble det i 2025 gitt tilskudd til kommunene for å stimulere til tjenesteutvikling på rusmiddelfeltet og for å understøtte nasjonale og overordnede mål på området. Helsedirektoratet rapporterer om høy måloppnåelse for tilskuddsordningen i 2025.

I 2025 var det 233 kommuner og bydeler som mottok tilskudd fordelt på 374 ulike tiltak. Av disse oppgis det at 230 tiltak skal videreføres i ordinær drift, mens 43 tiltak avvikles.

Post 71 Brukere og pårørende mv.

For å styrke andre prioriterte tiltak er bevilgningen på posten ikke prisjustert, jf. omtale i del 1. For øvrig foreslås det ingen endringer i bevilgningen på posten sammenlignet med saldert budsjett 2026.

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 bidra til bruker- og pårørendemedvirkning i 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.

Fra 2025 var det mulig å søke om flerårig tilskudd. I 2025 var det 44 søknader på ordningen, med et samlet søknadsbeløp på om lag 224 mill. kroner. Av disse fikk 33 organisasjoner tildelt tilskudd på til sammen om lag 127,3 mill. kroner.

Det er stor variasjon blant organisasjonene som ble innvilget tilskudd, bl.a. størrelse på organisasjonene, omfanget av aktivitet, geografisk nedslagsfelt og målgrupper. Helsedirektoratet vurderer måloppnåelsen for tilskuddsordningen som helhet som middels.

Bevilgningen foreslås videreført med 110,3 mill. kroner.

Tilskudd til brukerstyrte tiltak og aktiviteter

I 2026 ble det flyttet 15,8 mill. kroner fra bevilgningen til driftstilskudd til bruker- og pårørendeorganisasjoner innen psykisk helse-, rus- og voldsfeltet for å opprette en ny, åpen og konkurransebasert tilskuddsordning for drift av brukerstyrte tiltak og aktiviteter. Formålet med bevilgningen er å bidra til økt livskvalitet og mestring for mennesker med psykiske helse-, rusmiddel- eller voldsproblemer og deres pårørende, gjennom deltakelse i brukerstyrte tiltak og aktiviteter. Ordningen støtter utvikling og gjennomføring av tiltak som treffer målgruppens behov, og skal samtidig styrke samarbeidet mellom aktører på feltet med vekt på bruker- og pårørendemedvirkning og brukerstyring.

Bevilgningen foreslås videreført med 15,8 mill. kroner.

Driftstilskudd til paraplyorganisasjoner innen psykisk helse, rusmiddel- og voldsfeltet

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. I 2025 ble det innvilget tilskudd til tre søkere. Helsedirektoratet vurderer den samlede måloppnåelsen til middels.

Bevilgningen foreslås videreført med 12,4 mill. kroner.

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. I 2025 ble det innvilget tilskudd til to aktører. Helsedirektoratet rapporterer om lav måloppnåelse for tilskuddsordningen i 2025.

Det ble bevilget 4,1 mill. kroner til tilskuddsordningen i 2026. Bevilgningen foreslås videreført med 4,1 mill. kroner i 2027.

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. Videre skal den 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 2025 har tilskuddsmidler bl.a. bidratt til mer kunnskap om lhbt+-befolkningens helse, hjelpesøkende atferd og bruk av helsetjenester. Videre har flere tiltak bidratt til måloppnåelse for ordningen gjennom ulike kompetansehevingstiltak, informasjonsformidling, konferanser, møteplasser og samtale/veiledningstilbud for målgruppen

Måloppnåelsen er vurdert som middels, bl.a. basert på at enkelte søkere ikke har ferdigstilt sine tiltak/prosjekter i løpet av 2025 og at organisasjonene har begrenset størrelse og nedslagsfelt.

Bevilgningen foreslås videreført med 9,1 mill. kroner i 2027.

Rådet for psykisk helse

Rådet for psykisk helse er en paraplyorganisasjon med 35 medlemsorganisasjoner. Medlemsmassen omfatter bruker- og pårørendeorganisasjoner, humanitære organisasjoner, utdanningsinstitusjoner, profesjonsorganisasjoner og fagforbund.

Rådet har i 2025 gjennomført aktivitet i tråd med tilskuddets regelverk. Måloppnåelse er vurdert som høy.

I 2026 ble det enkeltstående tilskuddet til Rådet for psykisk helse innlemmet i den søknadsbaserte ordningen til drift av paraplyorganisasjoner innen psykisk helse-, rusmiddel- og voldsfeltet på samme kapittel og post.

Pårørendesenteret

Stiftelsen Pårørendesenteret tilbyr pårørendeveiledning, kurs og undervisning både til pårørende og fagpersoner. De driver pårørendesenteret.no med digitale ressurser, pårørendelinjen og nettstedet ungepårørende.no. Helsedirektoratet rapporterer om middels måloppnåelse for tilskuddsordningen i 2025.

Det foreslås å videreføre tilskudd til Pårørendesentret over kap. 760, post 70, jf. omtale der.

Post 72 Frivillig arbeid, hjelpetelefoner mv.

For å styrke andre prioriterte tiltak er bevilgningen på posten ikke prisjustert, jf. omtale i del 1. For øvrig foreslås det å redusere bevilgningen på posten med 10 mill. kroner sammenlignet med saldert budsjett 2026. Endringen er knyttet til forslag om å redusere bevilgningen til institusjonsbaserte tjenester (grunntilskuddet), aktivitetstilbud (aktivitetstilskuddet) og oppfølgingstilbud for personer med psykisk helse- og rusmiddelproblemer eller med erfaring fra salg og bytte av seksuelle handlinger (oppfølgingstilskuddet), mot at bevilgning til nytt tilskudd til nærklinikk på kap. 765, post 60 øker med tilsvarende.

Formålet med bevilgningen på posten 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 også kunne bidra til å avlaste pårørende som står tett på personer som ordningen retter seg mot.

Bevilgningen omfatter institusjonsbaserte tilbud, aktivitets- og oppfølgingstilbud samt 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 bevilgningen til disse tre ordningene. Dette gir Helsedirektoratet nødvendig fleksibilitet under tilskuddsforvaltningen.

Utover videreføring foreslås bevilgningen redusert med 11 mill. kroner mot at tilskudd til brukerstyrte hus på denne posten øker med 1 mill. kroner og tilskudd til nærklinikk over post 60 øker med 10 mill. kroner. Det foreslås til sammen 488,1 mill. kroner til de tre tilskuddsordningene i 2027.

Grunntilskudd til institusjonsbaserte tilbud for personer med rusmiddelproblemer og/eller erfaring fra salg og bytte av seksuelle handlinger

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 åtte søknader i 2025 med et samlet søknadsbeløp på om lag 191 mill. kroner. Alle søknader ble innvilget, med en samlet tildeling på om lag 172,8 mill. kroner. Helsedirektoratet vurderer den samlede måloppnåelsen for ordningen i 2025 som middels.

Tilskudd til aktivitetstilbud for personer med rusmiddelproblemer, psykiske helseproblemer og/eller erfaring fra salg og bytte av seksuelle handlinger

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 i 2025 totalt 223 søknader til tilskuddsordningen, med et samlet søknadsbeløp på om lag 510 mill. kroner. Dette representerer en svak nedgang i både antall søknader og omsøkt beløp sammenlignet med 2024. Det ble innvilget totalt om lag 265 mill. kroner fordelt på 147 tiltak. Helsedirektoratet vurderer den samlede måloppnåelsen for ordningen i 2025 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 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 37 søknader, hvorav 13 ble innvilget.

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.

I henhold til tilskuddsregelverket kan det innvilges flerårige tilskudd i inntil tre år med forbehold om Stortingets årlige bevilgninger.

Tilskuddsordningen er vurdert til å ha høy måloppnåelse. Brukerne oppgir i stor grad at de får den bistanden de har behov for, at hjelpetelefonene og chattene er trygge og at de er raskt og lett tilgjengelige. Hjelpetelefonene- og chattetjenestene oppgir at brukerne tar opp et stort mangfold av temaer i samtalene: mobbing, vold/overgrep/trusler, ensomhet/utenforskap, angst/bekymringer, spiseforstyrrelser, rus, spillavhengighet, seksuell identitet, økonomi, boforhold, relasjoner mv. En del av de som tar kontakt er også pårørende eller nærstående til mennesker som ikke vil anerkjenne eget problem eller ikke vil ha behandling.

Det foreslås å videreføre bevilgningen med 111,8 mill. kroner i 2027.

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 fremkommer av tilskuddsregelverket at det kan innvilges flerårige tilskudd i inntil tre år med forbehold om Stortingets årlige bevilgninger.

Tilskuddsordningen er vurdert til å ha høy måloppnåelse. Brukerne oppgir i svært stor grad at de får det tilbudet de har behov for, at tilbudene er trygge og at de er lett tilgjengelige. Det gis blant annet tilskudd til tilbud for pårørende og etterlatte, mennesker med angst og bipolare lidelser, spiseforstyrrelser, rusmiddelproblemer og selvmordsatferd.

Det foreslås å videreføre bevilgningen med 51,2 mill. kroner i 2027.

Brukerstyrte hus

Over ordningen gis det tilskudd til brukerstyrte hus. Målgruppen er personer med pågående problematisk rusmiddelbruk, personer under rehabilitering og tidligere rusmiddelbrukere. Målgruppen kan også inkludere pårørende til, eller etterlatte etter personer med rusmiddelproblemer. Formålet er at målgruppen, basert på brukerstyrt aktivitet, skal oppleve medborgerskap og bedret sosial tilhørighet m.m.

Brukerstyrte hus er lavterskeltilbud der det tilbys aktiviteter, bistand til praktiske gjøremål og veiledning og/eller rådgiving, som for eksempel bistand til å komme i kontakt med offentlige tjenester. De brukerstyrte husene anses å ha en særlig merverdi gjennom måten de involverer brukerne av tilbudet i driften, noe som bidrar til mening og mestring for den enkelte bruker.

De tre husene som mottok tilskudd i 2025, har gjennomført ulike aktiviteter som faller inn under formålet med ordningen. Helsedirektoratet vurderer den samlede måloppnåelsen for ordningen i 2025 som middels.

Utover videreføring av bevilgning for 2026 foreslås bevilgningen økt med 1 mill. kroner, mot at bevilgingen til institusjonsbaserte tjenester (grunntilskuddet), aktivitetstilbud (aktivitetstilskuddet) og oppfølgingstilbud for personer med psykisk helse- og rusmiddelproblemer eller med erfaring fra salg og bytte av seksuelle handlinger (oppfølgingstilskuddet) reduseres tilsvarende. Det foreslås 3 mill. kroner til brukerstyrte hus i 2027.

Post 73 Utviklingstiltak mv.

For å styrke andre prioriterte tiltak er bevilgningen til tiltakene på posten ikke prisjustert, jf. omtale i del 1. For øvrig foreslås det å redusere bevilgningen til kunnskapsbaserte mestringskurs med 1 mill. kroner.

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 og retter seg mot institutter og foreninger som driver etter-, videre- og spesialistutdanning innen psykisk helse. Ordningen 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.

Utdanningstilbudene til instituttene og foreningene er generelt av god kvalitet og omfatter mange deltakere, og for mange av utdanningstilbudene er det også god geografisk spredning. De ulike instituttene og foreningene tilbyr differensierte utdanningstilbud som sikrer bredde og mangfold som kommer pasientene til gode. Målet om økt kunnskap til personell som jobber med psykisk helse ivaretas. Enkelte av mottakerne har i mindre grad kommet i gang med sine tiltak eller fått mindre oppslutning enn de hadde planlagt for. På denne bakgrunnen vurderes den samlede måloppnåelsen for 2025 som middels.

Bevilgningen foreslås videreført med 34,8 mill. kroner i 2027.

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 eller meningsfull aktivitet inkluderes som et ledd i utredning og behandling av personer med moderate til alvorlige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer.

Midlene går til tilskuddsordningen Behandling og rehabilitering rettet mot arbeid, utdanning og meningsfull aktivitet. Tilskuddsordningen skal bidra til å videreutvikle Individuell jobbstøtte (IPS) i helse- og omsorgstjenesten. IPS er et til-

bud 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. Målet er å øke utbredelse av IPS slik at flere får mulighet til å delta i det ordinære arbeidslivet. Midler fra tilskuddsordningen kan benyttes til å utvikle ressursmiljøer innen IPS. Disse miljøene skal integrere arbeid og utdanning i behandling og oppfølging. Midler kan også benyttes til delfinansiering av arbeids-/utdanningsspesialist (AUS) i etablerte ACT-, FACT- og FACT ung-team. Fra 2025 gjelder også nytt regelverk som inkluderer meningsfull aktivitet, samt at kommunale psykisk helse- og rustjenester kan søke om delfinansiering av arbeids-/og utdanningsspesialist.

38 virksomheter fikk innvilget tilskuddsmidler i 2025. Åtte ressursmiljøer fikk innvilget midler til blant annet undervisning og kompetanseheving av ansatte i kommune- og spesialisthelsetjeneste, Nav og studenter. 30 tilskuddssøkere mottok midler til delfinansiering av arbeids-/utdanningsspesialist. Alle tjenestene har som mål å etablere arbeids-/utdanningsspesialist som en varig rolle i teamet etter endt tilskuddsperiode. Arbeids-/utdanningsspesialistene har i 2025 bidratt til at 158 er i arbeid, 155 i utdanning eller tiltak og 178 i meningsfull aktivitet. De har i tillegg samarbeidet med Nav om 69 pasienter i IPS-forløp. Resultatene vurderes som svært gode.

Bevilgningen foreslås videreført med 24,6 mill. kroner i 2027.

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 2025 var det 23 etablerte fontenehus i drift i Norge. I tillegg var tre fontenehus i etableringsfase: Sarpsborg, Sunnhordland og Larvik. 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 drift i 2025. Fontenehusene rapporterer om et tilbud med hovedvekt på arbeidsrettede aktiviteter som en integrert del av den daglige driften. Det var 3 791 aktive medlemmer registrert i 2025. Medlemmene deltar i arbeidsfellesskap og mottar støtte til struktur, mestring og sosial deltakelse. Det rapporteres om aktivitet knyttet til overgangsarbeid, samt støtte til overgang til ordinært arbeid og utdanning i samarbeid med andre aktører. I 2025 var det 49 arbeidsgivere med avtale om overgangsarbeid og totalt 61 stillinger knyttet til slike avtaler. 101 medlemmer deltok i overgangsarbeid i løpet av året. 334 medlemmer gikk videre til ordinært lønnet arbeid, mens 173 medlemmer startet i utdanning.

Det er etablert landsdekkende samarbeid og læring mellom fontenehusene. Dette arbeidet koordineres av Fontenehus Norge gjennom jevnlige digitale møter, fysiske samlinger, hospitering og en felles kommunikasjonsplattform. Fontenehusene rapporterer i stor grad at de er integrert som en del av kommunenes tilbud til målgruppen og mottar kommunal delfinansiering. Flere rapporterer også om delfinansiering fra Nav, samt støtte fra andre offentlige og private aktører. Kvalitet i tilbudet følges opp gjennom internasjonal akkreditering, systematisk kvalitetsarbeid og bruker og trivselsundersøkelser, som samlet sett viser høy tilfredshet blant medlemmene. Måloppnåelsen i 2025 vurderes samlet som høy basert på innrapporterte resultater.

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. Til sammen har det

blitt utdannet 380 kursledere i de fem ulike kurslederutdanningene som har fått støtte i 2025. Helsedirektoratet vurderer måloppnåelsen til middels for tilskuddsordningen i 2025.

Bevilgningen foreslås redusert med 1 mill. kroner. Det foreslås 3 mill. kroner til kunnskapsbaserte mestringskurs i 2027.

Post 74 Kompetansesentre

Det foreslås å flytte:

- 4 mill. kroner fra kap. 765, post 21, til NAPHA sin innsats med implementering av Rask psykisk helsehjelp og øke bruken av digitale verktøy innenfor samme område.
- 98,4 mill. til kap. 740, post 01 knyttet til innlemmelse av KORUS midt, KORUS Øst, KORUS nord, KORUS Bergen og KORUS Stavanger i Helsedirektoratet, for en mer samlet organisering av forsknings- og kompetansesentrene utenfor spesialisthelsetjenesten.

For å styrke andre prioriterte tiltak er bevilgningen til tiltak på posten ikke prisjustert, jf. omtale i del 1. For øvrig foreslås det å redusere bevilgningen til Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse med 5 mill. kroner.

Formålet med bevilgningen på posten er drift av nasjonale og regionale kunnskaps- og kompetansesentre innen psykisk helse- og rusområdet. Kunnskaps- og kompetansesentrene som mottar midler over denne posten driver viktig kunnskapsformidling til, og kompetanseheving i, ulike tjenester, og bidrar til å sikre god og lik tilgang på oppdatert kunnskap i tjenestene.

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, heretter kalt kommunale kompetansesenter. Målet er et mer helhetlig system for å gi en mer samlet, helhetlig og koordinert støtte til det strategiske og systematiske arbeidet med kvalitetsforbedring, tjenesteutvikling og likeverdige tjenester i kommunal sektor samt formidling og veiledning til kommunene om kunnskapsbasert praksis. Det skal fra 1. januar 2027 opprettes en ny enhet under Helsedirektoratet. Enheten skal ha ansvar for å koordinere og samordne kompetansesentrene, inkludert overordnet faglig og administrativ ledelse og styring av den samlede virksomheten. Hovedkontoret til den nye virksomheten lokaliseres til Haugesund. Ved behandling av statsbudsjettet for 2026 ble det besluttet at fra 1. januar 2027, skal følgende sentre innlemmes i den nye virksomheten: RVTS nord, midt og vest, KORUS midt, øst, nord, Bergen og Stavanger. Det legges opp til en fortsatt desentralisert struktur for de aktuelle sentrene.

I det videre arbeidet med å samle de kommunale kompetansesentrene, tas det sikte på at følgende sentre, med virkning fra 1. januar 2028, innlemmes i den nye virksomheten i Helsedirektoratet: KORUS Oslo, KORUS sør, RVTS sentrene i øst og sør, Nasjonalt kompetansesenter for kultur, helse og omsorg, Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse, stiftelsen PILAR og Vivat.

Forslaget knyttet til innlemming av flere sentre innebærer bl.a. en helhetlig samling av samtlige kompetansentre innenfor fagområdene KORUS og RVTS. I tillegg innfases to kompetansesentre om barn og unges psykiske helse, RBUP øst og RBUP Sør, i den nye virksomheten. Til sammen bidrar dette til at man får samlet ressurser og kompetanse innen sentrale fagområder som kommunal sektor har ansvaret for.

Helse- og omsorgsdepartementet har vært i dialog med alle sentrene og berørte eiere. De budsjettmessige konsekvenser av forslagene vil bli fulgt opp i statsbudsjettet for 2028.

De regionale kompetansesentrene på rusfeltet

Ved behandling av statsbudsjettet for 2026, jf. Innst. 11 S (2025–2026) ble det besluttet at fra 1. januar 2027, skal KORUS midt, KORUS øst, KORUS nord, KORUS Bergen og KORUS Stavanger innlemmes i ny enhet etablert under Helsedirektoratet.

Bevilgningen på posten i 2027 dekker tilskudd til de gjenværende sentrene, KORUS Oslo og KORUS sør.

Målgruppene for de regionale kompetansesentrene på rusfeltet (KORUS) 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 for 2025 viser at KORUS ivaretar oppgaven

på en god måte. Samlet vurderes ordningen å ha en høy grad av måloppnåelse

Sentrene har i 2025 bidratt aktivt i oppfølgingen av mål og tiltak i opptrappingsplan for psykisk helse, forebyggings- og behandlingsreformen på rusfeltet og øvrige nasjonale satsinger mv., med særlig vekt på lavterskeltiltak, tidlig innsats, skadereduksjon og bedre samhandling mellom tjenester og forvaltningsnivåer. KORUS har et utstrakt og systematisk samarbeid med statsforvaltere, andre kompetansesentre og relevante fagmiljøer for en mest mulig samordnet og koordinert innsats i kompetanse- og tjenesteutvikling regionalt, herunder om ACT- (Assertive Community Treatment), og FACT-team (Flexible Assertive Community Treatment) og FACT ung team.

Den nasjonale satsingen på utvikling og implementering av oppsøkende metodikk rettet mot barn og unge har i 2025 kommet inn i en tydelig gjennomførings- og forankringsfase. Det nasjonale arbeidet ledes av KORUS Oslo parallelt med regionale satsinger i alle regioner. Kunnskapsoppsummering, fagbokprosjekt og omfangsundersøkelse har i 2025 styrket det nasjonale kunnskapsgrunnlaget for oppsøkende metodikk.

Overdosekoordinatorfunksjon er videreført i alle KORUS og sentrene rapporterer om høy aktivitet både regionalt og nasjonalt. KORUS Bergen og KORUS Oslo har hatt et nasjonalt koordineringsansvar. KORUS er også sentrale aktører ifm. beredskapssystem for 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.

KORUS har i 2025 samarbeidet med Helsedirektoratet i utviklingen av nasjonalt program for rusmiddelforebyggende arbeid, særlig i gjennomføring av kurs i European Prevention Curriculum (EUPC), en håndbok i rusmiddelforebygging utviklet av EUs narkotikabyrå (EUDA). KORUS vil i 2027 fortsette samarbeidet med utvikling og implementering av det nasjonale forebyggingsprogrammet.

I 2027 skal KORUS bistå Helsedirektoratet i å legge til rette for at rådgivende enheter for russaker kan ha funksjoner i det rusmiddelforebyggende arbeidet, samt være kontaktpunkt og samhandlingsaktør for andre sektorer og aktører. Se nærmere om enhetene i omtalen av forebyggings- og behandlingsreformen for rusfeltet under kapittelinnledningen.

Regjeringen foreslår at KORUS Oslo og KORUS Sør med virkning fra 1. januar 2028, innlemmes i den nye virksomheten under Helsedirektoratet, se omtale under Kap. 740.

Det foreslås å flytte 98,4 mill. kroner til kap. 740, post 01, knyttet til etableringen av en ny virksomhet under Helsedirektoratet, for en mer samlet organisering av forsknings- og kompetansesentrene utenfor spesialisthelsetjenesten. Det foreslås å videreføre 35,8 mill. kroner i tilskudd til de gjenværende regionale kompetansesentrene på rusområdet på posten.

Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse

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, gjennom innsamling, systematisering og formidling av erfaringsbasert kunnskap. 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.

I 2025 har senteret blant annet styrket sin digitale formidling. De har også hatt en særlig tydelig rolle i implementeringen av nasjonale faglige råd for bruker- og pårørendemedvirkning. Senteret har videre bidratt til kompetanseheving og tjenesteutvikling gjennom nettforedrag, tematiske publiseringer og deltakelse i utdannings- og faglige nettverk. Helsedirektoratet vurderer måloppnåelsen som middels.

Regjeringen foreslår at Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse innlemmes i en ny enhet under Helsedirektoratet med virkning fra 1. januar 2028, se omtale under kap.765, post 74 og kap. 740.

Det foreslås å redusere bevilgningen med 5 mill. kroner for å styrke andre prioriterte tiltak. Det foreslås 8,9 mill. kroner til Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse i 2027.

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.

Opptrappingsplan for psykisk helse (2023–2033) har vært førende for sentrenes arbeid i 2025. RKBU/RBUP jobbet aktivt og bredt for en brukerorientert utvikling av tjenester, tverrfaglig samhandling og kommunalt folkehelsearbeid. Gjennom målrettet formidling, kompetanse- og tjenestestøtte, implementeringsarbeid og praksisnær forskning bidro sentrene til systematisk kvalitetsforbedring, tjenesteutvikling og pasientsikkerhet. Oppfølging av barnevernsreformen og arbeid for mer sammenhengende og koordinerte tjenester for barn, unge og deres omsorgspersoner preget også innsatsen i 2025. Kommunale helse- og omsorgstjenester og kommunalt barnevern var prioriterte målgrupper og deltok i kompetansehevingstilbud i størst grad. Sentrenes prioriteringer var forankret i dialog med tjenestene, kartlegging av regionale behov og tett samarbeid med statsforvaltere og andre relevante aktører.

Implementering av nasjonal veileder psykisk helsearbeid barn og unge har vært en viktig oppgave i 2025. Sentrene hadde et særlig regionalt ansvar for implementeringen og det jobbes gjennom nettverk nasjonalt og regionalt, utvikling av digital støtte til kommuner på kunnskapombarn.no, webinarer og workshops. De har også hatt en viktig rolle i implementeringen av FACT ung. RKBU/RBUP rapporterer om målrettet innsats for regionale nettverkssamlinger, temaledermøter og fidelitymålinger. Det ble jobbet systematisk med både FACT ung-team og samarbeidende sentre regionalt og nasjonalt.

Sentrene har styrket praksisnær forskning og kunnskapsoppsummeringer med utgangspunkt i tjenestenes behov, samt videreutviklet digitale løsninger i tett dialog og samarbeid på tvers av de fire sentrene. Bruken av digitale plattformer har bidratt til økt kompetanse og støtte til implementering av nasjonale planer og normerende produkter i praksis. Gjennom økt bruk av digitale ressurser har de nådd deler av tjenesteapparatet som tidligere ikke har benyttet seg av tilbud i like stor grad. Helsedirektoratet rapporterer om høy måloppnåelse for 2025.

Regjeringen foreslår at RBUP Øst og Sør innlemmes i en ny enhet under Helsedirektoratet med virkning fra 1. januar 2028, se omtale under kap. 765, post 74 og kap. 740.

Det foreslås å videreføre bevilgningen med 213,4 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 i 2027.

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.

Senteret har hatt høy aktivitet i 2025. De har arbeidet systematisk for å bidra til kunnskapsbaserte, likeverdige og godt koordinerte tjenester ved å gi praktisk, relevant og anvendbar kunnskap, som direkte støtter opp om kommunenes tjenesteutvikling. Viktige virkemidler og aktiviteter i 2025 var en kombinasjon av nasjonale, regionale og tematiske nettverk, oppfølging av ledere i nettverk, direkte kontakt og veiledning til enkeltkommuner, samt omfattende digital kommunikasjon og formidling. Samarbeidet med statsforvalterne var av stor betydning i oppfølgingen av nasjonale satsinger som ACT, FACT, FACT ung og Rask psykisk helsehjelp, i arbeidet med brukermedvirkning, recovery, boligsosialt arbeid og samhandling mellom nivåene i tjenestene.

Implementering og videreutvikling av ACT-, FACT- og FACT ung-modellene var i 2025 NAP-

HAs største og mest ressurskrevende oppdrag, med nasjonal koordinering, opplæring, nettverk, veiledning, fidelitymålinger og utvikling av felles faglige ressurser. Gjennom ny digital grunnopplæring har kunnskap blitt gjort lett tilgjengelig og har bidratt til økt kvalitet, bedre koordinering, likere praksis i teamene og bedre samhandling mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten. NAPHA har også ansvar for implementeringsstøtte til Rask psykisk helsehjelp (RPH) gjennom veiledning til etablerte og nye team, nettverkssamlinger, digitale møteplasser, faglig oppdatering av håndbok/nettsider, og tett samarbeid med Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet og Norsk forening for kognitiv terapi.

I 2025 har NAPHA styrket arbeidet med helsefremming og forebygging, blant annet gjennom bidrag til ABC for god psykisk helse, utvikling og formidling av kunnskap om lavterskeltilbud og dokumentasjon av kommunale praksiseksempler innen helsefremmende arbeid. Helsedirektoratet rapporterer om høy måloppnåelse for tilskuddsordningen i 2025.

Det foreslås å flytte 4 mill. kroner fra kap. 765, post 21 knyttet til NAPHA sin innsats med implementering av Rask psykisk helsehjelp og øke bruken av digitale verktøy innenfor samme område. Det foreslås 49,5 mill. kroner til NAPHA i 2027.

Pro Senteret

Pro Senteret er Oslo kommunes tjenestetilbud for personer som har erfaring med å bytte eller selge ulike former for seksuelle tjenester. Tilbudet er et gratis lavterskeltilbud for brukergruppen uavhengig av alder, kjønnsuttrykk og oppholdsstatus. Brukergruppen kan velge å være anonyme i møte med tilbudet. Innholdet i tilbudet er sosialfaglig arbeid, juridisk hjelp og helsetjenester. Senteret driver også undervisning, opplæring og informasjonsspredning. Antall brukere og tjenester økte i 2025. Brukerne av Pro Senteret er i svært stor grad fornøyde med tilbudet. Helsedirektoratet vurderer måloppnåelsen som høy.

Det foreslås å videreføre bevilgningen med 5,4 mill. kroner i 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 4.9 Forskningspoeng (2025) og prosentandel av forskningspoeng (2023–2025)

Kap. 765 Psykisk helse, rus og vold	Forskningspoeng 2025	Prosent 2023–2025
Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress	80,3	28,9 %
Regionsenter for barn og unges psykiske helse Helseregion Øst og Sør	33,9	13,8 %
Regionalt kunnskapssenter for barn og unge i vest	35,7	13,8 %
Regionalt kunnskapssenter for barn og unge i Midt-Norge	41,0	20,7 %
Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging	24,2	8,3 %
Regionalt kunnskapssenter for barn og unge i nord	39,7	14,4 %
Totalt	291,3	100 %

Nærmere beskrivelse av resultater fra måling av forskningsaktivitet for forsknings- og kompetansesentrene omfattet av omleggingen er tilgjengelig på regjeringens nettsider.

Post 75 Vold og traumatisk stress

Det foreslås å flytte

– 114,5 mill. kroner til kap. 740, post 01 knyttet til innlemmelse av RVTS Vest, RVTS Midt og

RVTS Nord i en ny virksomhet under Helsedirektoratet, for en mer samlet organisering av forsknings- og kompetansesentrene utenfor spesialisthelsetjenesten.
- 2,2 mill. kroner til Justis- og beredskapsdepartementets kap. 433, post 70 knyttet til etableringen av et nasjonalt senter for innsats mot radikalisering og voldelig ekstremisme.
- 1,5 mill. kroner fra kap. 765, post 21 knyttet til NKVTS og RVTS sitt arbeid med menneskehandel.

For å styrke andre prioriterte tiltak er bevilgningen til tiltak på posten ikke prisjustert, jf. omtale i del 1. For øvrig foreslås bevilgningen:
- redusert med 5,5 mill. kroner knyttet til engangsbevilgning til datainnsamling blant overlevende og etterlatte etter 22. juli
- redusert med 3,9 mill. kroner, knyttet til at tilskudd til Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin avvikles, mot at bevilgningen til nytt omstillingstilskudd til kommuner over kap. 760, post 60 øker tilsvarende.

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, menneskehandel 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.

Grunntilskuddet til NKVTS la i 2025 grunnlag for arbeid som omfattet hele volds-, traume-, krise- og katastrofefeltet. Senteret hadde en bred prosjektportefølje med 40 aktive prosjekter ved utgangen av året, finansiert av ulike kilder. NKVTS igangsatte i 2025 prosjekter innen kunnskapssvake områder, som forskning på utøvere av vold og overgrep, vold mot eldre og forskning på kommunenes forebyggende arbeid.

Senteret hadde i 2025 høy synlighet og omfattende formidlingsaktivitet. Gjennom publikasjoner, foredrag, undervisning, medieopptredener og panelsamtaler ble det skapt økt oppmerksomhet om voldsfeltet og behov for målrettede tiltak. NKVTS bidro til relevant og anvendbar kunnskapsutvikling som ga støtte til både praksisfeltet og nasjonal politikk.

NKVTS har videreført sitt arbeid innen området kjønnslemlestelse, med foredrag og nettverkssamarbeid rettet mot helsetjenester, barnevern, politi, barnehus og frivillige organisasjoner.

Senteret har i 2025 også jobbet med temaet menneskehandel. De har blant annet identifisert kunnskapsmangler og igangsatt arbeid med forskningsplaner. Samlet sett vurderes måloppnåelsen som høy for 2025.

Det foreslås å flytte 0,5 mill. kroner fra kap. 760, post 21, knyttet til arbeide med menneskehandel. Flyttingen er en videreføring av tilsvarende flytting til NKVTS i Revidert nasjonalbudsjett 2026, jf. Prop. 96 S (2025–2026) og Innst. 450 S (2025–2026). Det foreslås en bevilgning på 54,3 mill. kroner til NKVTS i 2027.

Regional ressurssentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging

I revidert nasjonalbudsjett for 2023 ble det besluttet å utrede en mer samlet organisering av forsknings- og kompetansesentrene utenfor spesialisthelsetjenesten der de primære brukerne er kommunene og de kommunale tjenestene. Formålet er å etablere et mer helhetlig system for bedre og mer koordinert faglig støtte til kommunesektoren. Ved behandling av statsbudsjettet for 2026 ble det besluttet at tre av de regionale ressurssentrene om vold, traumatisk stress (RVTSene), Nord, Midt og Vest skal innlemmes i ny virksomhet under Helsedirektoratet (Hdir), som skal omfatte de kompetansesentrene som primært driver med implementering og tjenesteutvikling.

Målet med bevilgningen er styrket forebygging, avdekking, avverging og oppfølging av vold, seksuelle overgrep, traumer, traumatisk stress, selvmord og selvskading. Sentrene 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. RVTSene skal bidra til strategisk samarbeid og samordning med andre sentre og miljøer der det er relevant og hensiktsmessig.

Deler av bevilgningen er knyttet til at RVTS Sør og RVTS Øst 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 ble bevilget til sammen 180,7 mill. kroner til de fem RVTSene i 2025. Sentrene gjennomførte et høyt antall nasjonale, regionale og lokale aktiviteter og tiltak. Sentrene leverte fysisk og digital veiledning, kompetanseheving, tjenestestøtte, konferanser og utvikling av digitale læringsressurser. Digitale virkemidler som webinarer, podkaster og nettkurs var sentrale for å nå bredt ut, og bidro til å gjøre kunnskap mer tilgjengelig. Gjennom drift av og deltakelse i nasjonale og regionale nettverk, samt annet systematisk samarbeid med relevante aktører, la RVTS til rette for erfaringsutveksling, tverrfaglig kunnskapsdeling, samhandling, samt behovstilpasset og koordinert innsats. Sentrene bidro gjennom sin aktivitet til en mer likeverdig og samordnet innsats og utvikling av tjenester på tvers av landet. Kombinasjonen av åpne kurs, fordypningsløp og virksomhetsintegrert implementeringsarbeid ga gode forutsetninger for varige praksisendringer i tjenestene. Tjenesteutviklingen ble gjennomført i tett dialog med ledelse og fagmiljøer i tjenestene, med utgangspunkt i lokale behov, rammevilkår og handlingsrom.

RVTSenes arbeid hadde en klar forankring i opptrappingsplan for psykisk helse, opptrappingsplan mot vold og overgrep mot barn og vold i nære relasjoner, handlingsplan for forebygging av selvmord og andre relevante nasjonale planer på fagområdene i 2025. Arbeid innen psykososial beredskap og styrking av traumekompetanse på ulike nivåer ble også prioritert, og tilbud om støtte til utvikling og oppfølging av kommunale handlingsplaner mot vold i nære relasjoner fortsatte.

Sentrene rapporterer om høy deltakelse og høy tilfredshet med arrangementer i 2025.

RVTSene bidro også til folkeopplysningskampanje om selvmord, med menn midt i livet som hovedmålgruppe. Høsten 2025 ble det gjennomført kampanjer i region øst. RVTS Øst bidro med webinarer, digitale grunnkurs, kurs for fastleger via Skilnet, VIVAT-kurs, grunnkurs i selvskading og selvmordsatferd og kurs om barn som pårørende. Samarbeidet med kommuner, fastleger, frivilligheten, statsforvalterne og nasjonale fagmiljøer var omfattende, etterspørselen etter opplæringstilbudene var stort, og evalueringene var gode. RVTSenes arbeid med folkeopplyningskampanjer om selvmord videreføres i 2027.

Arbeidet med kompetanseheving for ansatte og frivillige som betjener hjelpetelefoner, chat- og meldingstjenester ble videreført, herunder utvikling av opplæringsressurs i samarbeid med 32 organisasjoner. I desember 2025 var seks temamoduler ferdigstilt og samlet på nettstedet tryggesamtaler.rvts.no: samtalen på chat/telefon, den selvmordsforebyggende samtalen, den traumebevisste samtalen, samtalen med pårørende/etterlatte, samtalen om vold/overgrep, og hjelp til hjelperen. Arbeidet videreføres i 2027.

RVTSene bidro også til implementering av ACT, FACT og FACT ung, blant annet gjennom veiledning, kompetansehevende tiltak og arbeid med teamnettverk. Arbeidet videreføres i 2027.

Det har vært omfattende aktivitet innen området veteraner og deres familiers helse i form av kurs, rådgivning, nettverk og digitale læringsressurser. Arbeidet videreføres i 2027.

I 2027 skal det jobbes videre med pågående og nye tiltak i strategi for seksuell helse. RVTSene skal bidra til å spre og bredde tiltak, særlig knyttet til opplæring innen seksuell helse og forebygging av seksuelle overgrep og fremme en trygg og god seksualitet.

Regjeringen foreslår at RVTS Øst og Sør innlemmes i den nye virksomheten under Helsedirektoratet med virkning fra 1. januar 2028, se omtale under kap.765. post 74 og kap. 740.

Det foreslås å flytte 114,5 mill. kroner til kap. 740, post 01, jf. nærmere omtale der. Det foreslås å videreføre 68,9 mill. kroner i tilskudd til RVTS Sør og RVTS Øst, hvorav 1 mill. kroner foreslås flyttet fra kap. 765, post 21 knyttet til arbeidet med menneskehandel. Flyttingen er en videreføring av tilsvarende flytting i Revidert nasjonalbudsjett 2026, jf. Prop. 96 S (2025–2026) og Innst. 450 S (2025–2026).

Sinnemestring

Målet med bevilgningen er å sikre videre spredning av sinnemestringstilbudet utviklet ved St. Olavs hospital, avdeling Brøset. Bevilgningen dekker deres bidrag til RVTSenes 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.

Aktivitetene har gitt 66 utdannede sinnemestringsterapeuter i familievern, kommunale tjenester, DPS/sykehus, og 39 programbetjenter i kriminalomsorgen. Det er også gjennomført flere nettverkssamlinger og veiledninger, samt en stor konferanse i samarbeid med RVTS Midt. Helsedirektoratet rapporterer om høy måloppnåelse for 2025.

Det foreslås å videreføre bevilgningen til St. Olavs hospital, avdeling Brøset, Sinnemestring med 1,8 mill. kroner i 2027.

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).

I 2025 hadde 85 pst. av landets BUPer implementert Traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT). Tre nye BUPer ble rekruttert i 2025, og alle er i gang med å tilby TF-CBT. 844 terapeuter har gjennomført grunnkurs, hvorav 59 i 2026. 358 er sertifiserte TF-CBT-terapeuter. Arbeidet vedlikeholdes i stor grad over tid. Forskning fra NKVTS viser at TF-CBT-terapeuter har lavere grad av utbrenthet og lavere intensjon om å slutte, noe som styrker kontinuitet og stabilitet i tjenestene. Bevilgningen foreslås videreført med 8,8 mill. kroner i 2027.

Siden prosjektet startet har om lag 620 terapeuter i 72 klinikker ved 19 helseforetak fått opplæring i EMDR eller CT-PTSD, som er kunnskapsbaserte behandlingsintervensjoner for traumer i psykisk helsevern for voksne og i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Alle terapeuter ved deltakende klinikker har fått opplæring i kartlegging og diagnostisering av PTSD. I 2025 startet åtte nye klinikker opp, inkludert fem ruspoliklinikker og to DPS-poliklinikker. Det rapporteres at det er økende etterspørsel etter å delta i prosjektet, spesielt fra TSB- og LAR-enheter, i tråd med nye retningslinjer som anbefaler samtidig behandling av PTSD og ruslidelser. Det foreslås å videreføre bevilgningen med 6,6 mill. kroner i 2027.

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. Per 2025 har om lag 600 ansatte i kommunale tjenester for barn og unge fått opplæring i grunnleggende traumeforståelse og avdekking av traumeutsatte barn. 57 terapeuter har fått opplæring i Trinnvis sammen, og 45 barn har fått denne behandlingen. I 2025 har hovedaktiviteten vært rekruttering og kartlegging av nye deltakere, og oppfølging av de 21 kommunene som deltar i prosjektet, gjennom veiledning, jevnlige ledermøter og opplæring av samarbeidspartnere. Det foreslås å videreføre bevilgningen med 10,1 mill. kroner i 2027.

Samlet foreslås det å å videreføre bevilgningen til utvikling og implementering av traumebehandling med 25,5 mill. kroner i 2027.

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 har i 2025 hatt høy aktivitet i de ulike fylkeslagene og i det landsdekkende arbeidet. De har også samarbeidet med RVTSene i deler av arbeidet. Helsedirektoratet rapporterer om lav måloppnåelse for 2025.

Bevilgningen foreslås videreført med 6,2 mill. kroner i 2027.

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.

12 prosjekter fikk midler i 2025. Prosjektene som mottok tilskudd, hadde en god bredde av målgrupper og innsatser, herunder forebygging av selvmord i fengsel, oppfølging av etterlatte, økt kompetanse om gjeld og selvmordsrisiko, utvikling av en digital løsning for sikkerhetsplan og utvikling av nye og tilgjengelige tjenestetilbud for personer som selvskader og/eller har selvmordsatferd. Samlet sett rapporterer Helsedirektoratet om høy måloppnåelse for 2025.

Bevilgningen foreslås videreført med 4,7 mill. kroner i 2027.

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 i 2025 hatt stor aktivitet, både i gjennomføring av kurs og i samarbeid med øvrige aktører innen det selvmordsforebyggende arbeidet. De har en bred kurskatalog som gir anledning til å delta både på stedlige og digitale Vivat-kurs utfra mulighet og behov. Tilbakemeldingene fra kursdeltakerne viser høy tilfredshet. Vivat har fra 2022 til og med 2025 samarbeidet med regioner som har gjennomført regionale folkeopplysningskampanjer om forebygging av selvmord og har understøttet tjenestene i de enkelte regionene med Vivat-kurs. I 2025 bidro de særlig med Vivat-kurs i region øst. Helsedirektoratet rapporterer om høy måloppnåelse for tilskuddsordningen i 2025.

Regjeringen foreslår at Vivat innlemmes i en ny enhet under Helsedirektoratet, med virkning fra 1.januar 2028, se omtale under kap 765, post 74 og kap 740.

Bevilgningen foreslås videreført med 8,9 mill. kroner i 2027.

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.

NSSF har hatt høy forskningsaktivitet i 2025. Ved utgangen av året hadde de om lag 35 pågående forsknings- og utviklingsprosjekter. Forskningsaktiviteten omfattet praksisnær forskning, med vekt på å styrke forståelsen av risikofaktorer, sårbarhetsforløp, beskyttende faktorer og effektive forebyggende tilnærminger. Det ble gjennomført analyser av register- og kliniske data, samt studier knyttet til erfaringer fra tjenestene og oppfølging av personer i selvmordsfare. Senteret utarbeidet en rekke vitenskapelige publikasjoner, fagartikler og kunnskapsoppsummeringer som har bidratt til å systematisere og tilgjengeliggjøre forskningsbasert kunnskap for både myndigheter, forskningsmiljøer, RVTS og praksisfeltet. Resultatene ble også formidlet gjennom konferansepresentasjoner, nettpublisering, undervisning, faglige ressurser og i direkte dialog med samarbeidende aktører og praksisfeltet. Etterlatte, pårørende og representanter fra praksisfeltet ga innspill til utvikling av forskningsprosjekter, undervisningsopplegg og faglige ressurser. Det har styrket relevansen og anvendbarheten av kunnskap og tiltak, og tydeliggjort behov og utfordringer i tjenestene. Helsedirektoratet rapporterer om høy måloppnåelse for tilskuddsordningen i 2025.

Bevilgningen foreslås videreført med 23,8 mill. kroner i 2027.

Datainnsamling blant overlevende og etterlatte etter 22. juli

I statsbudsjettet for 2026 ble det bevilget 5,5 mill. kroner til Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) for å gjennomføre en ny datainnsamling blant overlevende og etterlatte fra Utøya og regjeringskvartalet. Formålet er å få mer kunnskap om hvordan det går med de overlevende og etterlatte. Bevilgningen var en engangsbevilgning og foreslås ikke videreført til tiltaket i 2027.

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM) – Helsetjenestetilbud ved overgrepsmottak

Tilskuddsordningen foreslås avviklet mot at bevilgningen til nytt omstillingstilskudd til kommunene økes tilsvarende. Omstillingstilskuddet er et sentralt virkemiddel i Helsepersonellplan 2040 for å understøtte kommunene i å gjennomføre nødvendige omstillinger for å oppnå bedre ressursutnyttelse, og for å rekruttere og beholde kompetent personell i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Det vises til kap. 760, post 60 for nærmere omtale.

Målet med bevilgningen er å styrke helsetjenestetilbudet ved overgrepsmottakene. Dette skal skje gjennom kompetansehevende tiltak for personell som yter helsetjenester til overgrepsutsatte i overgrepsmottak og legevakt. Midlene går til Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM). Helsedirektoratet rapporterer om høy måloppnåelse for 2025.

I 2025 ble det bevilget 3,7 mill. kroner til NKLM for arbeid med vold og overgrep. Det ble gjennomført flere kompetansehevingstiltak, gitt løpende faglig støtte til overgrepsmottakene og deltatt i relevante kartleggings-, forsknings- og utviklingsprosjekter.

Bevilgningen foreslås redusert med 3,9 mill. kroner mot at bevilgningen til nytt omstillingstilskudd over kap. 760, post 60 økes tilsvarende.

Arbeid mot radikalisering og voldelig ekstremisme

De regionale ressurssentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) har siden 2020 hatt en tverrfaglig ressurs- og veiledningsfunksjon på fagfeltet radikalisering og voldelig ekstremisme. Formålet er å styrke tjenesteapparatets arbeid på feltet og bidra til forebyggende arbeid i kommunal sektor gjennom arbeidsmetoder, interkommunale nettverk og lokalt samarbeid.

I 2025 ble RVTSenes tverrfaglige ressurs- og veiledningsfunksjon på fagfeltet videreført gjennom koordinering, kompetanseheving, veiledning og samordning mellom tjenester. Nettressursen utveier.no tilgjengeliggjorde fenomenkunnskap og ressurser for tjenestene, og sentrenes arbeid med mentoropplæring ble videreført.

I 2026 ble det etablert et Nasjonalt senter for innsats mot radikalisering og voldelig ekstremisme. Senteret har overtatt en del av de oppgaver RVTS til nå har ivaretatt, og halvparten av bevilgningen ble flyttet fra Helse- og omsorgsdepartementets budsjett til Justis- og beredskapsdepartementets budsjett, jf. Innst. 11 S (2025–2026).

Det foreslås å flytte de resterende 2,1 mill. kronene til Justis- og beredskapsdepartementets budsjett. Bevilgningen på posten foreslås dermed avviklet.

Post 79 Andre tilskudd

Det foreslås at det opprettes en ny post 79 under kap. 765. Bevilgingen på posten er til tilskudd til ulike tiltak og innen psykisk helse-, rus- og voldsfeltet.

Fra kap. 760, post 21 foreslås det å flytte:

- 2,2 mill. kroner knyttet til TryggEst.
- 5 mill. kroner knyttet til nye samhandlingsmodeller mellom Arbeids- og velferdsetaten og kommunehelsetjenestene.

Det vises til nærmere omtale av tiltakene på kap. 765, post 21.

Programkategori 10.70 Tannhelse

Utgifter under programkategori 10.70 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)

Kap.	Betegnelse	Regnskap 2025	Saldert budsjett 2026	Forslag 2027	Endring i pst.
770	Tannhelsetjenester	446 343	524 817	502 418	-4,3
	Sum kategori 10.70	446 343	524 817	502 418	-4,3

Utgifter under programkategori 10.70 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)

Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2025	Saldert budsjett 2026	Forslag 2027	Endring i pst.
01–29	Statens egne driftsutgifter	3 041	26 370	3 506	-86,7
50–89	Overføringer til andre	443 302	498 447	498 912	0,1
	Sum kategori 10.70	446 343	524 817	502 418	-4,3

Utover gjennomgående budsjettiltak omtalt i del I foreslås bevilgningen på programkategori 10.70 redusert med 22,6 mill. kroner:

- 20 mill. kroner knyttet til engangsbevilgning i 2026 til arbeidet med tannhelsereform.
- 2,6 mill. kroner i redusert bevilgning for å styrke andre prioriterte tiltak.

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 20,1 mrd. kroner i 2023, ifølge Statistisk sentralbyrås helseregnskap fra april 2026. Av dette utgjorde egenbetaling fra privatpersoner om lag 14 mrd. kroner eller 69 pst. av samlet ressursbruk.

Befolkningens rettigheter til offentlig finansierte tannhelsetjenester følger 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 SSB og Kostra er kilde til omtalen av tannhelsetjenesten.

Personell

I årsverk har Norge om lag 4 550 allmenntannleger og 610 tannlegespesialister, til sammen om lag 5 160 tannleger. I tillegg kommer om lag 1 170 tannpleiere, 270 tannteknikere og annet personell.

De geografiske forskjellene i tannlegedekning er store. Forskjellene er større for spesialister enn for allmenntannleger.

Om lag en fjerdedel av landets tannleger arbeider i offentlig sektor.

Befolkningens rettigheter

Etter 1. juli 2025 hadde i alt 34 pst. av befolkningen eller om lag 1,9 millioner 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.

Befolkningens bruk av fylkeskommunal tannhelsetjeneste

I 2025 var 25 pst. av befolkningen eller om lag 1,4 millioner 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 978 000 personer i løpet av 2025. Av disse var om lag 90 000 betalende voksne 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.

Tannhelsereform

Helse- og omsorgsdepartementet følger opp Stortingets anmodning om å utrede ulike modeller for en tannhelsereform. Høsten 2026 vil departementet sende ut et høringsnotat som bereder grunnen for en lovproposisjon som planlegges fremmet i 2027. Høringsnotatet vil presentere ulike tilnærminger for organisering, rettighetsfesting og finansiering av offentlig finansierte tannhelsetjenester, bl.a. med utgangspunkt i anbefalingene fra Tannhelseutvalgets NOU.

Helsedirektoratet har hatt i oppdrag å definere begrepene «nødvendige tannhelsetjenester / nødvendig tannhelsehjelp» og «nødvendig tannregulering», og leverte våren 2026 sin utredning. Helsedirektoratets utredning utgjør et faglig kunnskapsgrunnlag som inngår i departementets arbeid med høringsnotatet om tannhelsereform.

Kap. 770 Tannhelsetjenester

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2025	Saldert budsjett 2026	Forslag 2027
21	Spesielle driftsutgifter, *kan overføres, kan nyttes under post 70*	3 041	26 370	3 506
70	Tilskudd, *kan overføres, kan nyttes under post 21*	443 302	498 447	498 912
	Sum kap. 770	446 343	524 817	502 418

Utover gjennomgående budsjettiltak omtalt i del I foreslås følgende endringer sammenlignet med saldert budsjett 2026:

- 20 mill. kroner knyttet til engangsbevilgning i 2026 til arbeidet med tannhelsereform.
- 2,6 mill. kroner i redusert bevilgning for å styrke andre prioriterte tiltak.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Utover gjennomgående budsjettiltak omtalt i del I foreslås bevilgningen redusert med 23,1 mill. kroner:

- 20 mill. kroner knyttet til engangsbevilgning i 2026 til arbeidet med tannhelsereform.

- 2,6 mill. kroner i redusert bevilgning for å styrke andre prioriterte tiltak.
- 0,5 mill. kroner flyttes til post 70 for å sikre mer korrekt budsjettering mellom postene.

Bevilgningen på posten dekker spesielle driftsutgifter til ulike tiltak og politiske prioriteringer innen tannhelsetjenestene. Bevilgningen kan nyttes under post 70.

Digitalisering i tannhelsetjenesten

Helsedirektoratet har i samarbeid med Tannlegeforeningen og andre aktører tilknyttet tannhelsetjenesten vurdert hvordan nasjonale e-helseløsninger og digitale samhandlingstjenester skal tilrettelegges for bruk i tannhelsetjenesten. Dette oppdraget ble levert Helse- og omsorgsdepartementet 1. juni 2026. I leveransen foreslås det ikke egne løsninger, men en sterkere inkludering av tannhelsetjenestens behov i videreutviklingen av de eksisterende nasjonale e-helseløsningene og prosjektene i den nasjonale e-helseporteføljen. Helsedirektoratet samarbeider med Tannlegeforeningen for å avklare behov og tiltak for å støtte tannhelsetjenestene i innføring og bruk av de nasjonale e-helseløsningene.

Fylkeskommunene har etablert et digitaliseringsprosjekt for den offentlige tannhelsetjenesten, DigiDOT. Prosjektet innebærer at fylkeskommunene går sammen om å modernisere den offentlige tannhelsetjenesten gjennom felles digitale løsninger. DigiDOT skal etablere en felles elektronisk pasientjournal (EPJ) for hele den offentlige tannhelsetjenesten. Prosjektet skal også gjøre den offentlige tannhelsetjenesten bedre i stand til å ta i bruk de nasjonale e-helseløsningene og samhandlingstjenestene.

Post 70 Tilskudd

Utover gjennomgående budsjettiltak omtalt i del I foreslås det å flytte 0,5 mill. kroner fra post 21 for å sikre mer korrekt budsjettering mellom postene.

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. 12 av 18 tilskuddsmottakere rapporterer å ha inngått avtale med tannleger i privat tannhelsetjeneste. Det overordnede målet for tilbudet er god tannhelse gjennom et tilrettelagt, gratis og godt tilgjengelig tannhelsetilbud med tverrfaglig behandlerteam og tannbehandlerteam til målgruppen for tilskuddsordningen som er voksne personer som har vært utsatt for tortur eller overgrep (seksuelle overgrep eller vold i nære relasjoner) eller som har odontofobi. 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. Det er spesielt ventetid på oppstart til tilbudet. Ingen når målene om maksimale ventetider. I 2025 er det rapportert 2 361 personer på venteliste til tilbudet, mot 2 265 i 2024. Løpet i tverrfaglig behandling har for mange tilskuddsmottakere blitt effektivisert. Aktiviteten målt som antall pasienter i behandling i tverrfaglig behandlerteam i 2025 er 720 (fra 839 i 2024) og antallet pasienter i behandling i tannbehandlerteam i 2025 er 1423 (fra 1405 i 2024). Regelverket ble oppdatert på nytt 10. september 2025 med virkning fra tilskuddsåret 2026.

Bevilgningen foreslås videreført med 210,9 mill. kroner i 2027.

Kompetansetiltak i tannhelsetjenesten

Universitetet i Bergen har i mange år organisert et kvalifiseringsprogram for utenlandske tannleger som har utdanning fra land utenfor EU/EØS-området og søker autorisasjon i Norge. I løpet av 2025 fullførte syv studenter programmet.

Bevilgningen foreslås videreført med 7,2 mill. kroner i 2027.

Innlandet fylkeskommune fortsetter arbeidet med å administrere praksisplasser for tannpleierstudenter ved Høgskolen i Innlandet, studiested Elverum. Praksisen foregår i Innlandet, Akershus, Møre og Romsdal, Nordland, Telemark, Rogaland, Vestfold og Trøndelag. Totalt har det blitt gjennomført 124 praksisopphold i 24 uker i fylkene, med to praksisperioder vår og to høst for studenter på tre kull.

Bevilgningen foreslås videreført med 6,5 mill. kroner i 2027.

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.

Bevilgningen foreslås videreført med 4 mill. kroner i 2027.

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.

Bevilgningen foreslås videreført med 149,8 mill. kroner i 2027.

Det gis tilskudd til universitetene i hhv. 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 98 tannleger i spesialisering, fordelt på 78,25 årsverk i 2025 (mot 99 tannleger i spesialisering, fordelt på 70,5 årsverk i 2024).

Bevilgningen foreslås videreført med 59,4 mill. kroner i 2027.

Det gis tilskudd til lønn til kandidater med avtale med offentlig arbeidsgiver under spesialistutdanning. Det ble gitt tilskudd for 35 tannleger i 2025.

Bevilgningen foreslås videreført med 13,8 mill. kroner i 2027.

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.

Bevilgningen foreslås videreført med 8,1 mill. kroner i 2027.

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 oppgaver innen forskning, standardisering, nettverksbygging, formidling og materialprøving samt standardisering. 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.

Bevilgningen foreslås videreført med 31,8 mill. kroner i 2027.

Bivirkningsgruppen for odontologiske materialer (BVG) er per 1. juli 2025 organisert som en enhet i NIOM.

Bevilgningen foreslås videreført med 7,4 mill. kroner i 2027.

Tannpleier i kommunen

Kommunal tannpleier ble pilotert i Nordland i perioden 2023–2025, som et samarbeid mellom tre kommuner og fylkeskommunal tannhelsetjeneste, med fokus på oppfølging av munnhelse hos eldre, langtidssyke og uføre i institusjon og i hjemmesykepleie, jf. Tannhelsetjenesteloven § 1-3, ledd c. De tre kommunene har hatt tannpleier tilsatt i deltidsstillinger i perioden 2023–2025 og det er iverksatt en rekke aktiviteter for å gi god og riktig oppfølging av munnhelse hos de aktuelle tjenestemottakerne. Det ble bevilget 2,8 mill. kroner i 2025. Senter for omsorgsforskning (SOF) har fulgt piloteringen og leverte en evalueringsrapport juni 2026. Rapporten blir overlevert Helse- og omsorgsdepartementet høsten 2026 med Helsedirektoratet sin tilrådning om videre oppfølging. Det ble ikke bevilget midler til tiltaket i 2026.

Forskningsfinansiering for forsknings- og kompetansesentre innenfor tannhelse

I 2022 ble det innført resultatbasert finansering 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 4.10 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.

Forskningspoeng (beregnet av Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning på oppdrag fra HOD) viser stor variasjon mellom de regionale odontologiske kompetansesentrene.

Tabell 4.10 Forskningspoeng (2025) og prosentandel av forskningspoeng (2023–2025)

Kap. 770 Tannhelsetjenester	Forsknings-poeng 2025	Prosent 2023–2025
Nordisk Institutt for Odontologiske Materialer	20,0	20,6 %
Tannhelsetjenestens kompetansesenter Vest/Hordaland	34,4	19,9 %
Tannhelsetjenestens kompetansesenter for Nord-Norge	22,9	13,3 %
Tannhelsetjenestens kompetansesenter Øst	15,7	14,5 %
Tannhelsetjenestens kompetansesenter Midt-Norge	21,0	21,1 %
Tannhelsetjenestens kompetansesenter Rogaland	15,9	10,5 %
Totalt	129,9	99,9 %

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 2025	Saldert budsjett 2026	Forslag 2027	Endring i pst.
780	Forskning	393 124	446 722	421 322	-5,7
781	Forsøk og utvikling mv.	79 887	83 955	105 194	25,3
783	Personell	356 348	388 440	382 177	-1,6
	Sum kategori 10.80	829 359	919 117	908 693	-1,1

Utgifter under programkategori 10.80 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)

Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2025	Saldert budsjett 2026	Forslag 2027	Endring i pst.
01–29	Statens egne driftsutgifter	66 850	62 588	80 619	28,8
50–89	Overføringer til andre	762 509	856 529	828 074	-3,3
	Sum kategori 10.80	829 359	919 117	908 693	-1,1

Helse er prioritert i gjeldende langtidsplan for forskning og høyere utdanning.

Helsepersonellet er vår viktigste ressurs og skal ligge i front faglig slik at sykehusene og kommunene kan tilby gode og trygge tjenester. Regjeringen la i Meld. St. 11 (2025–2026) *Helsepersonellplan 2040* fram tiltak for å møte utfordringen med den økende mangelen på arbeidskraft i helse- og omsorgstjenestene fram mot 2040. Planen bygger på to parallelle hovedspor: for det første skal tilbudet av arbeidskraft økes gjennom tiltak på arbeidsvilkår og utdanning. Og for det andre skal etterspørselen etter arbeidskraft reduseres, med vekt på ansvars- og oppgavedeling, digitalisering og kunstig intelligens, effektiv ressursbruk og prioritering og bygg. Målet er mer bærekraftige og personelleffektive tjenester, samtidig som kvalitet og pasientsikkerhet ivaretas. Videre er det viktig med en kunnskapsbasert oppfølging, slik at man får kunnskap om tiltakene bidrar til ønsket utvikling og som grunnlag for justeringer av tiltakene i planen, dersom utviklingen tilsier det. Det vises ellers til omtale av Helsepersonellplan 2040 under følgende kapitler: 732, 740, 745, 760, 781 og 783.

I folkehelsearbeidet og i helse- og omsorgstjenesten er vi er avhengig av samarbeid med næringsliv, frivillig sektor, universitets- og høyskolesektoren, nasjonalt og internasjonalt. Dette for at tjenestene og folkehelsearbeidet skal videreutvikles og for å bidra og møte de utfordringene vi står overfor. Innovasjon Norge og Forskningsrådet skal aktivt bidra til dette gjennom sine virkemidler, og skal blant annet bidra i utviklingen av arbeidsbesparende innovasjoner i tjenesten. Vi har fortsatt stort behov for effekt- og implementeringsforskning, skalering og bredding av effektive og personellbesparende forsknings- og innovasjonsprosjekter i hele helse- og omsorgstjenesten.

Regjeringen har i 2026 lagt frem flere strategier og planer. Nasjonal handlingsplan for kliniske studier og klinisk forskning har som visjon at klinisk forskning skal være en integrert del av all kli-

nisk praksis og pasientbehandling og at Norge skal være blant de mest attraktive land i Europa for gjennomføring av industrifinansierte studier. Forskningsrådet skal følge opp handlingsplanen for kliniske studier og klinisk forskning innenfor sine ansvarsområder.

Hjernehelsestrategien har som et av sine mål at norsk forskning innenfor hjernehelse skal være verdensledende. Forskningsrådet og Hjernerådet har sammen påtatt seg oppgaven med å etablere en nasjonal hub for hjerneforskning, etter mønster fra Cancer Mission Huben. Formålet vil være å bidra til nasjonalt samarbeid for å styrke norsk hjernehelseforskning nasjonalt og internasjonalt.

Kap. 780 Forskning

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2025	Saldert budsjett 2026	Forslag 2027
70	Norges forskningsråd, *kan overføres*	393 124	446 722	421 322
	Sum kap. 780	393 124	446 722	421 322

Forskning og driftstilskudd

Departementet finansierer i hovedsak forskning, oppbygging og drift av forskningsmiljøer gjennom tilskudd til Norges forskningsråd, til regionale helseforetak og nasjonale og regionale forskningsog kompetansesentre utenfor spesialisthelsetjenesten. Det direktefinansieres i liten grad forskning til underliggende virksomheter, med unntak av Folkehelseinstituttet.

Øremerkede midler til forskning i helseforetakene er omtalt under kap. 732 post 78. For forskning og innovasjon i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den fylkeskommunale 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 samarbeidsarena for forskning (KSF) foreslås videreført i 2027 med 5,5 mill. kroner, se også omtalen om dette Kunnskapsdepartementets budsjettforslag kap. 275 post 21. Formålet med KSF 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 og bidra til at forskningsbasert kunnskap blir spredd og tatt i bruk i små og store kommuner. Bevilgningen tildeles KS. Det vises til nærmere omtale under kap. 760, post 71.

Post 70 Norges forskningsråd mv.

Norges forskningsråd er et forvaltningsorgan underlagt Kunnskapsdepartementet. Bevilgningen til drift av Forskningsrådet er samlet på Kunnskapsdepartementets budsjett jf. kap. 285, post 55. Her omtales også Forskningsrådets fem hovedmål, samt samlet måloppnåelse.

Bevilgningen til Forskningsrådet over Helse- og omsorgsdepartementets budsjett skal gi forskningsbasert kunnskap og innovasjoner og av høy kvalitet og relevans for forebyggende helsearbeid, diagnostikk, mer persontilpasset behandling, omsorg og bedre helse- og omsorgstjenester. Forskningsrådet skal innenfor Porteføljestyre for helse prioritere implementerings- og effektforskning, herunder evalueringer. Brukermedvirkning i hele forsknings- og innovasjonsprosessen, herunder formidling, skal ivaretas. Det betyr at alle forsknings- og innovasjonsprosjekter skal vurderes ut fra både vitenskapelig kvalitet og nytte for sluttbruker.

Budsjettforslag 2027

I 2027 går Forskningsrådet inn i sitt tredje år med ny budsjettmodell basert på bruttobudsjettering. Det foreslås å bevilge 421,3 mill. kroner på posten i 2027, og en tilsagnsramme på 430,6 mill. kroner.

Aktiviteter og resultater innenfor helse generelt

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 samlede helseinnsats. Denne sektorpolitiske porteføljen har i 2025 styrket kunnskapsgrunnlaget for folkehelse og utvikling av bærekraftige helse- og omsorgstjenester.

I 2025 utgjorde bevilgningen fra departementet 446,7 mill. kroner. De øvrige midlene finansieres i hovedsak av Kunnskapsdepartementet, Nærings- og fiskeridepartementet, Kommunal- og distriktsdepartementet og Arbeids- og inkluderingsdepartementet. Den tverrdepartementale finansieringen legger til rette for en helhetlig, langsiktig og målrettet satsing på helseforskning og -innovasjon. I Forskningsrådets porteføljestyring ble det i 2025 gitt tilsagn om 510 mill. kroner innenfor helseporteføljen. Den totale helseporteføljen var på om lag 1,7 mrd. kroner i 2024 og ligger på om lag 1,6 mrd. kroner i 2025.

Helseprosjekter utgjør også en betydelig del av innsatsen i Horisont Europa og SkatteFUNN.

Forskningsrådet publiserte våren 2025 evalueringen av norsk medisinsk og helsefaglig forskning (EVALMEDHELSE). Den konkluderer med at norsk helseforskning holder høy internasjonal kvalitet og har flere sterke fagmiljøer og unike fortrinn som helsedata og -registre. Samtidig er forskningssystemet preget av mange små miljøer med varierende kvalitet og lite koordinering på tvers av institusjoner og sektorer. Evalueringen peker på behov for bedre samordning, sterkere internasjonal konkurransekraft, mer attraktive forskerkarrierer, mer industrisamarbeid samt økt fokus på implementering og samfunnseffekter. Forskningsrådet har gjennom sin oppfølging av evalueringen etablert interne arbeidsgrupper som skal vurdere de ulike anbefalingene og videre oppfølging.

EUs rammeprogram for forskning og innovasjon mv.

Forskningsrådet har det operative ansvaret for realiseringen av samarbeidet om EUs rammeprogram for forskning og innovasjon, Horisont Europa, og det europeiske forskningsområdet European Research Area (ERA). I Horisont Europa er helse et prioritert område, der også samfunnsoppdraget på kreft og helsepartnerskapene inngår.

Resultatene fra Horisont Europa per oktober 2025 viser at norske aktører har mottatt 258 mill. euro (4,8 prosent) innenfor helse. Uten Coalition for Epidemic Preparedness Innovations (CEPI) er norsk returandel 2,2 prosent, 0,2 prosentpoeng lavere enn året før, men fortsatt høyere enn i Horisont 2020 da returandelen lå på 1,7 prosent. Lavere retur i 2025 enn i 2024 kan blant annet skyldes Storbritannias deltakelse i rammeprogrammet. Norske aktører har fortsatt gode resultater i helseklyngen og på kreftoppdraget med en suksessrate på 35 prosent, mot 25 prosent for alle land. I 2025 ble 21 prosjekter med norsk deltakelse igangsatt, hvorav fire ledes fra Norge. Oslo universitetssykehus deltar i flest innvilgede prosjekter, etterfulgt av Universitetet i Oslo og Folkehelseinstituttet.

Helsepartnerskapene i Horisont Europa dekker samlet sentrale områder innenfor helse, Med deltakelse i Brain Health fra 2026 deltar Norge nå i alle de ni helsepartnerskapene som er etablert. Deltakelse er viktig fordi det gir Norge tilgang til internasjonalt samarbeid, finansiering og kunnskapsutvikling, styrker kvaliteten i forskning i våre helsetjenester, og gjør det mulig å bidra til å påvirke løsninger på store nasjonale og globale helseutfordringer. Flere av de tidligere felleseuropeiske forskningsprogrammene vil bli, og er en del av partnerskapene, eller eksistere som egne forskningssamarbeid.

Euratoms forsknings- og kompetanseprogram komplementerer Horisont Europa. Norges deltakelse omfatter prosjekter rettet mot sikkerhet, miljø og dekommisjonering. I perioden 2022–2025 har Helse- og omsorgsdepartementet, Klima- og miljødepartementet, Landbruks- og matdepartementet, Nærings- og fiskeridepartementet og Utenriksdepartementet bidratt med den norske finansieringen. Norsk deltakelse er viktig for å opprettholde viktig kompetanse innenfor strålevern. Ordningen ble i 2025 evaluert av Forskningsrådet. Norge fortsetter sin deltakelse i Euratom og regjeringen foreslår en videreføring av tildelingen på 10 mill. kroner årlig i perioden 2026 til 2029 til dette gjennom de samme departementene som nevnes over.

Forskningsrådet har det operative ansvaret for å følge opp bi- og multilaterale forsknings- og teknologiavtaler, som eksempelvis med Japan der helse-, omsorgs- og velferdsteknologi er prioritert.

Resultater og aktiviteter fra den sektorpolitiske helseporteføljen

Innsatsen i den sektorpolitiske helseporteføljen spenner fra forebygging og folkehelse til helse- og omsorgstjenesteforskning, klinisk forskning, global helse til helseinnovasjon.

Med utgangspunkt i Health Reaserach Classification System (HRCS) går det frem at 29 prosent av forskningsaktiviteten i 2025 er innenfor helse- og omsorgstjenesteforskning, etterfulgt av håndtering av sykdom som ligger på 18 prosent, årsaksforskning som ligger på 14 prosent, evaluering av behandlinger ligger på 12 prosent og forebygging ligger på 11 prosent. Underbyggende

forskning og andre grunnleggende aktiviteter utgjorde én prosent, mens sistnevnte ligger på 19 prosent av den totale helseporteføljen.

Innenfor helsekategori, i HRCS, viser den sektorpolitiske porteføljen at 33 prosent av prosjektene er innenfor generell helserelevans som omfatter investeringer i blant annet datamiljøer og samtidig har en bred fordeling på sykdomsområder. Forskning på psykisk helse utgjør 16 prosent av porteføljen, etterfulgt av forskning på hjernen og nervesystemet som ligger på 14 prosent. Forskning på kreft og infeksjon utgjør åtte prosent hver, etterfulgt av muskel og skjelett på fire prosent deretter følger forskningsprosjekt om hjerte og kar, forplantning og fødsel, det er minst forskning på områder som øye, blod, hud og øre. Den sektorpolitiske porteføljen har en mer tematisk innretning, mens totale helseporteføljen bidrar med bredde på tvers av sykdomsområder og fagfelt.

Utvalgte sektorpolitiske områder

Forskningsinnsatsen innenfor god helse og mestring i befolkningen skal bidra til å fremme kunnskap om dette, uavhengig av sosial bakgrunn. Virkemidlene omfatter tjenestenær forskning, brukerinvolvering og praksisnære kommunale prosjekter som skal bidra til mer kunnskap for å redusere sosial ulikhet og styrke kunnskapsbaserte tjenester.

Forskningen innenfor gode pasientforløp og rask tilgang til tjenester skal støtte utviklingen av helhetlige pasientforløp og sikre rask og likeverdig tilgang til tjenester i hele landet. Virkemidlene omfatter tjenestenær forskning, kliniske studier og innovasjonsprosjekter for mer helhetlige pasientforløp. Utviklingen i den sektorpolitiske helseporteføljen på demensområdet viser en ønsket styrking fra 2024 til 2025 og en økning fra 30,6 mill. kroner i 2024 til 51,6 mill. kroner i 2025.

Forskningssentrene for klinisk behandling (FKB) Neuro-SysMed, REMEDY, MATRIX og NorHead fortsatte i 2025 å styrke sin nasjonale kapasitet for kliniske studier. Ordningen Sentre for forskningsdrevet innovasjon (SFI) kompletterer FKB-satsingen. Eksempelvis bygger SFI-tildeling fra 2025 til ICoN-Innovation Center for Neuroresilience videre på forskningsmiljøer og kompetanse utviklet gjennom FKB-senteret Neuro-SysMed, og legger til rette for samarbeid mellom akademia, helsetjenesten og industrien.

Pilot Helse er et virkemiddel som både skal bidra til bærekraft i helse- og omsorgstjenestene og til verdiskaping i norsk helsenæring. Offentlig sektor og bedrifter skal sammen etablere et behovsdrevet innovasjonsløp som skal sikre at nye løsninger raskere tas i bruk av pasienter og innbyggere. I 2025 fikk fem nye prosjekter tildeling, med særlig vekt på KI for tale-til-tekst, journalføring m.m. De regionale helseforetakene, KS, Innovasjon Norge og SIVA samarbeider godt om virkemiddelet. Hovedutfordringen er å sikre skalering og innføring av løsningene i en sektor med store kapasitets- og infrastrukturbehov.

Forskningsmidlene som skal bidra til å gjøre helse- og omsorgstjenesten til et attraktivt arbeidssted med gode muligheter for faglig utvikling og karriere omfatter virkemidler innenfor praksisnær forskning, kompetansetiltak og partnerskap for å styrke arbeidsmiljø og rekruttering. Prosjektene støtter nasjonale anbefalinger om tverrfaglige team, teknologiassistert oppfølging og mer bærekraftig ressursbruk.

Forskningsinnsatsen som skal styrke kunnskapsgrunnlaget for bærekraftig, effektiv og rettferdig ressursbruk i helse- og omsorgstjenesten omfatter virkemidler som styrker styringsinformasjon, beslutningsgrunnlag og effektive arbeidsformer i kommuner og spesialisthelsetjenesten. Porteføljen har levert resultater som støtter nasjonale veiledere og kvalitetsindikatorer. Slike prosjekter bidrar til bedre ressursutnyttelse og redusert variasjon. I 2025 ble innsatsen for bærekraftige kommunale helse- og omsorgstjenester samlet gjennom Kommunenes samarbeidsarena for forskning (KSF). I dialog mellom Forskningsrådet og KS er det gjennom en nasjonal utlysing planlagt etablering av tre nasjonale forsknings- og innovasjonssentre i 2027, med utlysning av forprosjektmidler i 2026. Disse er tenkt som tverrgående virkemidler for å styrke gjennomføringsevne, kunnskapsutvikling og raskere implementering.

Forskning på en helse- og omsorgssektoren som er forberedt i møte med kriser og katastrofer skal bidra til bedre beredskap og økt robusthet i sektoren. Virkemidlene omfatter Pilot Helse, innovasjonsutlysninger og partnerskap mellom tjenester og næringsliv for å styrke robusthet, beredskap og nasjonal kapasitet. Covid-19-pandemien synliggjorde behovet for teknologiske løsninger, økt produksjonskapasitet og bedre logistikk.

Strategiske satsinger

Forskningsprogram for utsatte barn og unge

Satsingen videreføres og er et samarbeid mellom flere departementer, jf. Prop. 1 S (2025–2026) for Barne- og familiedepartementet, del II og del III

Forskning og utvikling og Prop. 1 S (2025–2026) for Kunnskapsdepartementet del II, Programkategori 07.10

Kvinners helse og kjønnsperspektivet

I 2025 fikk Forskningsrådet i oppdrag som del av oppfølgingen av Kvinnehelsestrategien i oppdrag å vurdere hvordan kunnskapen om lidelser og sykdommer som særlig rammer kvinner, inkludert muskel- og skjelettlidelser, kan styrkes gjennom støtte til og utvikling av relevante forskningsmiljøer. I sin vurdering anbefalte Forskningsrådet en større utlysning rettet mot overgangsalder og kvinners livsfaser, samt en utlysning om etablering av et nasjonalt nettverk. Utlysningen sees i sammenheng med Anmodningsvedtak nr. 660 om Styrket forskning på kvinnehelse og overgangsalder inkl. sammenheng mellom arbeid og helse m.m. Utlysningen skal, sammen med en systematisk integrering av kjønnsperspektiver i all medisinsk og helsefaglig forskning, bidra til å løfte kvinnehelse som et strategisk område og styrke kunnskapsgrunnlaget for helsetjenesten. Ved søknadsfristen 10. juni 2026 hadde Forskningsrådet mottatt 42 søknader. Søknadene representerer alle regioner og kommer fra universitets- og høyskolesektoren, instituttsektoren og helseforetakene. Det foreslås en økning på 20 mill. kroner til forskning på kvinnehelse som går til Forskningsrådet, som en del av oppfølgingen av Kvinnehelsestrategien, viser til omtale under kap. 781, post. 21.

HelseOmsorg21-rådet og HelseOmsorg21-monitor

HelseOmsorg21-rådet består av 16 medlemmer, inkludert leder som fra 1. juli i år kommer fra helsetjenesten. Rådet er en nasjonal arena, for dialog og møteplass om forskning, innovasjon og helsenæring på tvers av offentlig, privat og frivillig sektor. Finansieringen av HelseOmsorg21-rådet på 7,5 mill. kroner er overført til Kunnskapsdepartementets budsjettkapittel 285.

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. I 2026 ble 2,6 mill. kroner til drift av HelseOmsorg21-monitoren flyttet fra budsjettkapittel 780, post 70 til Kunnskapsdepartementets budsjettkapittel 285, post 01 og 21. HelseOmsorg21 monitoren skal videreføres og videreutvikles.

Kap. 781 Forsøk og utvikling mv.

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2025	Saldert budsjett 2026	Forslag 2027
21	Spesielle driftsutgifter, *kan nyttes under post 79*	17 871	18 720	37 913
79	Tilskudd, *kan nyttes under post 21*	62 016	65 235	67 281
	Sum kap. 781	79 887	83 955	105 194

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

- 2 mill. kroner i økt bevilgning knyttet til oppdatering av Helsemod
- 20 mill. kroner i økt bevilgning til kvinnehelseforskning, men midlene skal til Forskningsrådet

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Nasjonalt fagråd for arbeid og helse

Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet samarbeider om å utvikle arbeid og helseområdet som et fagfelt. Direktoratenes felles strategi og videreføring av nasjonalt fagråd er fortsatt viktige virkemidler. Fagrådet bidrar med et årlig «Utfordringsbilde» som trekker frem viktige innsatsområder på fagfeltet, oppsummerer status og peker på kunnskapsbehov for tettere og bedre samhandling mellom sektorene.

Fagrådet blir et viktig rådgivende organ i arbeidet med de ulike oppdragene knyttet til satsningen «En friskere befolkning». Det vises for øvrig til omtale under Del 1, kap. 760 765 og 740.

Nasjonal kreftstrategi

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 langsiktige kvinnehelsestrategi.

Helsedirektoratet disponerer midler på posten til å innarbeide kjønnsperspektiv i revisjon og utvikling av nye nasjonale anbefalinger, råd, pakkeforløp og pasientforløp. Helsedirektoratet arbeider med en rekke retningslinjer og anbefalinger til helse- og omsorgstjenestene som vil komme kvinner til gode. Helsedirektoratet jobber for tiden med retningslinjer for angst og depresjon og retningslinjer for forebygging og behandling av osteoporose og osteoporotiske brudd. Retningslinjene for utredning, oppfølging og behandling av kvinner med endometriose og adenomyose og retningslinjer for barselomsorgen har begge vært på ekstern høring og vil etter planen publiseres i 2026. Nasjonal faglig retningslinje for langvarig utmattelse, inkl. ME/CFS er nå til behandling i Hdir og planlegges også ferdig i 2026.

Helsedirektoratet har i 2026 publisert revidert nasjonal faglig retningslinje for fødselsomsorgen.

For oppfølging på forskningsområdet se kap. 780, post 70. Det foreslås en økning på 20 mill. kroner til forskning på kvinnehelse, som en del av oppfølgingen av Kvinnehelsestrategien. Midlene skal til Forskningsrådet.

Post 79 Tilskudd

Bevilgningen dekker bl.a. tilskudd til utviklings og kompetansehevende tiltak innenfor enkeltområder av helsetjenesten.

Følgende tiltak fra saldert budsjett for 2026 foreslås videreført i budsjettforslaget for 2027:

- Standard Norge. Målet er å styrke kompetanse om internasjonale standarder, og legge til rette for at aktørene i helse- og omsorgssektoren er forberedt på kravene i helsedataforordningen.
- Norsk ressursgruppe for organdonasjon. Målet er å utvikle kompetansen på donorsykehusene og bidra til rutiner for identifisering og oppfølging av potensielle organgivere for å øke tilgangen på organer til transplantasjon.
- Stiftelsen organdonasjon. Målet for ordningen er å øke tilgang på organer til transplantasjon gjennom informasjonstiltak til befolkningen.
- Nasjonalt medisinsk museum. Nasjonalt medisinsk museum samler inn og forvalter kulturarv innenfor det helse- og medisinhistoriske området på nasjonalt og lokalt nivå.
- Rekruttering av blodgivere – Røde kors. Målet er å rekruttere nye og beholde eksisterende blodgivere.
- Blå kors – Kompasset. Målet er å styrke og videreutvikle tilbudet til barn som pårørende av personer med rusmiddellidelser.
- Onkologiske faggrupper
- 4,7 mill. kroner i tilskudd til Norske kvinners sanitetsforening til arbeidet med flerkulturell doula. Tilskuddet utbetales gjennom Helsedirektoratet. Flerkulturelle doulaer gir ikke-medisinsk støtte gjennom språk- og kulturtilpasning, emosjonell støtte og brobygging mellom kvinner og helsetjenesten. I 2025 mottok 298 kvinner fødselsstøtte fra flerkulturell doula, hvorav 219 av disse ble finansiert av Helsedirektoratet. Tiltaket var aktivt ved 8 sykehus nasjonalt.
- 4 mill. kroner i tilskudd til akseleratorprogram for helsenæringen gjennom Innovasjon Norge. Programmet skal bidra til å utløse potensialet som ligger i næringslivets utvikling av løsninger for å møte helsesektorens utfordringer og behov. Løsninger rettet inn mot personellbesparende innovasjoner i helse- og omsorgstjenesten er særlig et prioritert område.
- 3,1 mill. kroner i tilskudd for å redusere overdiagnostikk og overbehandling. Tilskuddsordningen skal bidra til en koordinert innsats på tvers av profesjoner og fagmiljøer, og støtte tiltak som fremmer kloke valg i møte mellom pasient og helsepersonell. Helsedirektoratet forvalter tilskuddet.

Helsemod

Det bevilges 2 mill. kroner til videreutvikling av Helsemod i SSB. Midlene skal bidra til å holde Helsemod oppdatert, drift av modellen og rapporter med fremskrivninger, samt kunnskapsinnhenting/forskning på temaer direkte knyttet til modellen, og som er nødvendig for å sikre kvaliteten på modellen.

God planlegging av framtidig personellbehov krever oppdatert og helhetlig kunnskapsgrunnlag.

Helsemod er den nasjonale modellen for framskrivinger av personellbehov i helse- og omsorgstjenestene. En kontinuerlig oppdatert modell kan sikre sanntidsoppdaterte og treffsikre prognoser ved å fange opp endringer i demografi, tjenestebruk, sykdomsutvikling og arbeidsmarked. Helsemod kan dermed gi et mer helhetlig bilde av faktisk personelltilgang og bli et styringsverktøy.

Det er ønskelig å innarbeide flere faktorer som påvirker personellbehov og videreutvikle modellen til å inkludere nye grupper, som de sosialfaglige yrkesgruppene, samt oppdaterte beregninger for uformell omsorg som også inkluderer pårørendes innsats i egen husholdning.

Fra 2025 vil også data fra privatfinansierte tjenester via NPR og KPR kunne inngå, slik at analysene av både tilbud og etterspørsel blir mer komplette. Samlet gir dette grunnlag for bedre dimensjonering av utdanninger og vil redusere risikoen for over- eller underkapasitet.

Kap. 783 Personell

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2025	Saldert budsjett 2026	Forslag 2027
21	Spesielle driftsutgifter, *kan nyttes under post 79*	48 979	43 868	42 706
61	Tilskudd til kommuner	288 853	315 221	321 487
79	Andre tilskudd, *kan nyttes under post 21*	18 516	29 351	17 984
	Sum kap. 783	356 348	388 440	382 177

Post 21 Spesielle driftsutgifter

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

- 9,4 mill. kroner flyttes fra kap. 783, post 21 til kap. 700, post 21, og kap. 740, post 01. I summen inngår midler knyttet til bl.a. IKT forvaltningssystemer innenfor autorisasjon- og spesialistgodkjenning UVreg og HEGO, spesialistgodkjenning allmennsykepleiere og tannleger, legenes spesialistutdanning inkludert godkjenning og registrering av utdanningsvirksomheter, forvaltning av autorisasjon og godkjenningsordninger inkludert Legestillingsregisteret. Dette er faste, løpende oppgaver for direktoratet, som bør finansieres over driftsbudsjettet.
- 8,6 mill. kroner i økt bevilgning knyttet til forbedring av godkjenningsprosessene for helsepersonell med yrkeskvalifikasjoner fra andre land.
- 7,9 mill. kroner flyttes fra kap. 783, post 21 og til kap. 1520, post 01 til Statsforvalternes driftsbevilgninger.
- 7,5 mill. kroner foreslås flyttet til kap. 783, post 21, fra post 79, knyttet til forventet ressursbruk på postene i 2027.

Helsepersonell med yrkeskvalifikasjoner fra andre land

Den norske helse- og omsorgstjenesten har et stort behov for helsepersonell, og helsepersonell med yrkeskvalifikasjoner fra andre land er sentrale bidragsytere.

For søkere med utdanning gjennomført utenfor EØS-land, Sveits og Storbritannia, kan saksbehandlingstiden for autorisasjon være inntil 23 måneder. Det er et mål å korte ned saksbehandlingstiden til i første omgang tolv måneder for denne gruppen. Helsedirektoratet har i 2025 arbeidet med å forbedre autorisasjons- og godkjenningsprosessene for helsepersonell utdannet i utlandet, blant annet gjennom regelverksforenkling, forberedelse av fag- og egnethetsprøver og introduksjonskurs før fagprøver. Målet er å få søkerne raskere igjennom godkjenningsprosessen uten at dette går på bekostning av kvalitet og pasientsikkerhet, samt å oppfylle krav til godkjenningsprosessene satt av EUs Yrkeskvalifikasjonsdirektiv.

I noen godkjenningssaker er Helsedirektoratet avhengig av rådgivende faglig bistand fra universitets- og høyskolesektoren. I Helsepersonellplan 2040 foreslår regjeringen å følge opp forslagene fra en hurtigarbeidende, tverrsektoriell arbeidsgruppe om å etablere en mer hensiktsmessig organisering av UH-sektorens faglige bidrag

til Helsedirektoratet i godkjenningsprosessene. Helsedirektoratet skal inngå langsiktige standardiserte samarbeidsavtaler på institusjonsnivå med færre universiteter og høyskoler. Det skal også etableres faglige fora med aktørene i godkjenningsprosessene og en felles digital samhandlingsplattform. Formålet er å øke effektivitet og kvalitet, redusere tid og ressurser til administrasjon og øke gjennomføringsgraden for søkerne i godkjenningsprosessene.

Det foreslås å øke bevilgningen med 8,6 mill. kroner til utgifter knyttet til implementering av fagprøve for farmasøyter og introduksjonskurs som forberedende tilbud før fagprøvene for leger, tannleger og sykepleiere med utdanning gjennomført utenfor EØS-land, Sveits og Storbritannia, egnethetsprøver for EØS-utdannet helsepersonell, samt ny organisering av samarbeidet mellom Helsedirektoratet og UH-sektoren i godkjenningsprosessene for helsepersonell med yrkeskvalifikasjoner fra andre land.

Kurs og veiledningstiltak for LIS1 samt fysioterapeuter og kiropraktorer i turnustjeneste

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 gis for å sikre kvalitet i LIS1- og turnustjenesten. Ordningen skal bidra til rekruttering og god geografisk fordeling av helsepersonell i hele landet.

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 2024 ble det gitt autorisasjon til 36 kiropraktorer, mens det i 2025 ble autorisert 25 kiropraktorer i Norge.

Turnusordningene

I 2025 foretok Helsedirektoratet en evaluering av turnustjenestene for fysioterapeuter, ortopediingeniører og kiropraktorer. Turnusordningenes utfordringer er blant annet knyttet til varierende kvalitet, og kapasitet for turnusplasser. Regjeringen vil på bakgrunn av Helsedirektoratets anbefalinger, vurdere hvordan utdanningene for fysioterapeuter og ortopediingeniører kan innrettes for å tydeligere møte behovene i helse- og omsorgstjenestene, dersom turnustjeneste ikke lenger skal være del av kravet for autorisasjon for fysioterapeuter og ortopediingeniører. En eventuell endring i utdanningenes innretning kan åpne for utredning av offentlig spesialistgodkjenning og flere rettigheter for fysioterapeuter, herunder henvisnings- og rekvireringsrett. Turnustjenesten for kiropraktorer skal videreføres, og Helsedirektoratet har fått i oppdrag å utrede etablering av en nasjonalt regulert, offentlig forvaltet modell for kiropraktorenes turnustjeneste.

Post 61 Tilskudd til kommuner

Leger i spesialisering del 1 (LIS1)

LIS1 er første del av legenes spesialistutdanning. Det ble opprettet 34 nye LIS1-stillinger i 2025. Ferdig utrulling av disse stillingene innebærer merkostnader på 2,4 mill. kroner i 2027, knyttet til siste del av LIS1-tjenesten, som finner sted i kommunene. Det foreslås derfor å øke bevilgningen med 2,4 mill. kroner til tilskudd til kommunene for disse stillingene.

LIS1-ordningen har utfordringer blant annet knyttet til å rekruttere og beholde LIS1-leger i enkelte distriktsområder. Det er et stort søknadsvolum til LIS1-stillingene som gir stor administrativ byrde for arbeidsgivere i ansettelsesprosessen. I Helsepersonellplan 2040 foreslår regjeringen å utrede og iverksette tiltak for å forbedre LIS1-ordningen. Utredningen skal blant annet vurdere det framtidige behovet for LIS1-stillinger og spesialister i både spesialisthelsetjenesten og de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Den vil også omfatte ulike virkemidler for å redusere administrasjonsbyrden ved ansettelse i LIS1-stillinger. Gjennomgang og forbedring av LIS1-ordningen kan bidra til å utdanne tilstrekkelig antall legespesialister, sikre kompetanse i tråd med tjenestens behov og tilfredsstillende geografisk fordeling av leger.

Post 79 Andre tilskudd

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

- 7,5 mill. kroner foreslås flyttet fra kap. 783 post 79, til post 21, knyttet til forventet ressursbruk på postene i 2027.
- 3,9 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til reise- og flytteutgifter for leger i del 1 av spesialistutdanning og fysioterapeuter i turnus.

Helsedirektoratet har også oppgaver knyttet til personell og kompetanse som ikke finansieres over kap. 783. Se omtale i kap. 740.

Spesialistgodkjenning

Midlene skal bidra til å dekke Helsedirektoratets arbeid med offentlig spesialistgodkjenning av leger (46 spesialiteter). Saksbehandlingstiden for spesialistgodkjenning varierer og påvirkes bl.a. av antall søknader som kommer inn. Fra og med 1. januar 2026 ble det innført en praksisendring der dansk Klinisk basisuddannelse for læger (KBU) og tilsvarende formaliserte utenlandske opplæringsprogrammer kan godkjennes mot læringsmål og tid i LIS1. Antall søknader om godkjenning av LIS1-læringsmål fra søkere med utdanning fra utlandet øker. Helsedirektoratets 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.

I 2025 fikk 1488 leger innvilget spesialistgodkjenning. Det er flest spesialistgodkjenninger i allmennmedisin. Deretter følger psykiatri, anestesiologi og radiologi.

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 årlige driftsutgifter til registerordningen i Brønnøysundregistrene og tilskudd til Nasjonalt forskningssenter for komplementær og alternativ behandling (Nafkam). I 2025 utgjorde tildelingen til registerordningen kr 460 000 og tildelingen til Nafkam 16,3 mill. kroner. 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. Nafkam har bidratt i WHOs arbeid med global strategi om alternativ behandling, som er 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. Helse- og omsorgsdepartementet følger opp Stortingets anmodning om å utrede ulike modeller for en tannhelsereform. Høsten 2026 vil departementet sende ut et høringsnotat som bereder grunnen for en lovproposisjon som planlegges fremmet i 2027.

Folketrygden yter stønad til legemidler, medisinske næringsmidler og medisinsk forbruksmateriell gjennom blåreseptordningen.

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 2025	Saldert budsjett 2026	Forslag 2027	Endring i pst.
2711	Spesialisthelsetjeneste mv.	8 130 191	8 858 140	8 946 800	1,0
	Sum kategori 30.10	8 130 191	8 858 140	8 946 800	1,0

Utgifter under programkategori 30.10 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)

Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2025	Saldert budsjett 2026	Forslag 2027	Endring i pst.
50–89	Overføringer til andre	8 130 191	8 858 140	8 946 800	1,0
	Sum kategori 30.10	8 130 191	8 858 140	8 946 800	1,0

Kap. 2711 Spesialisthelsetjeneste mv.

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2025	Saldert budsjett 2026	Forslag 2027
70	Spesialisthjelp	3 151 477	3 271 000	3 470 000
71	Psykologhjelp	438 915	451 000	470 000
72	Tannbehandling	3 026 333	3 508 140	3 650 000
76	Private laboratorier og røntgeninstitutt	1 513 466	1 628 000	1 356 800
	Sum kap. 2711	8 130 191	8 858 140	8 946 800

Post 70 Spesialisthjelp

Folketrygden dekker utgifter til legehjelp hos privatpraktiserende legespesialister som har avtale om driftstilskudd med et 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 betaler som hovedregel egenandel. Det ytes fritak for egenandel blant annet 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, med de unntak som følger av forskrift til folketrygdloven § 5-4.

Pasienter som oppsøker legespesialist uten henvisning, kan ilegges høyere egenandel og omfattes av begrensninger i hvilke takster som kan benyttes.

De regnskapsførte utgiftene økte med 218 mill. kroner fra 2024 til 2025, tilsvarende 7,4 pst. Ut over volumvekst skyldes utbetalingsveksten effekter fra takstoppgjørene i 2024 og 2025. Volumveksten i 2025 anslås samlet til 3,2 pst. Volumveksten i 2026 anslås til 3 pst. Honorartakstene ble økt 1. juli 2026 med 2,94 pst. Helårsvirkningen er innarbeidet i budsjettforslaget for 2027.

Tabell 4.11 Utgifter og aktivitetsvekst privatpraktiserende spesialister 2024–2027 (mill. kroner)

	Regnskap 2024	Regnskap 2025	Saldert budsjett 2026	Forslag 2027
Kap. 2711, post 70	2 933	3 151	3 271	3 470
Volumvekst (anslag) [1]	2,6 %	3,2 %	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 tilhørende 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 leder for barnevernadministrasjonen, med unntak 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 økte med 11 mill. kroner til 439 mill. kroner i 2025, eller med vel 3 pst. Volumveksten i 2025 anslås til å være -2,2 pst. Honorartakstene ble økt 1. juli 2026 med 4,7 pst. Helårsvirkningen er innarbeidet i budsjettforslaget for 2027.

Tabell 4.12 Regnskapsførte utgifter til privatpraktiserende psykologer 2024–2025 (mill. kroner)

	Regnskap 2024	Regnskap 2025	Endring
Psykolog	346,1	366,6	5,9 %
Nevropsykolog	63,7	55,4	-13,0 %
Utdanningskandidat psykoterapi	13,8	14,5	5,3 %
Avsetning til fond	1,7	2,4	39,7 %
Sum	425,3	438,9	3,2 %

Tabell 4.13 Utgifter og aktivitetsvekst psykologhjelp 2024–2027 (mill. kroner)

	Regnskap 2024	Regnskap 2025	Saldert budsjett 2026	Forslag 2027
Kap. 2711, post 71	425	439	451	470
Volumvekst (anslag) [1]	-7,5 %	-2,2 %	1 %	1 %

[1] Begrepet volumvekst brukes for å forklare utgiftsendringer som ikke følger av endring i refusjonssatser og egenandeler.

Post 72 Tannbehandling

Utgifter til tannbehandling dekkes etter forskrift gitt i medhold av folketrygdloven §§ 5-6, 5-6 a og 5-25. Formålet med stønaden er å gi kompensasjon for utgifter til undersøkelse og behandling utført av tannlege eller tannpleier ved angitte diagnoser og/eller tilstander. De diagnosene og tilstandene som i dag gir rett til 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 4.14 Regnskapsførte utgifter og aktivitetsvekst tannbehandling 2024–2027 (mill. kroner)

	Regnskap 2024	Regnskap 2025	Saldert budsjett 2026	Forslag 2027
Kap. 2711, post 72	2 890	3 026	3 508	3 650
Volumvekst (anslag) [1]	2 %	2 %	0,8 %	2 %

[1] Begrepet volumvekst brukes for å forklare utgiftsendringer som ikke følger av endring i refusjonssatser og egenandeler.

Volumvekst i 2027 anslås til 2 pst. Det foreslås en ordinær prisjustering av takstene til tannbehandling fra 1. januar 2027 på 3,0 pst.

Volumveksten i 2026 er anslått til 0,8 pst. Samlet ble takstene prisjustert med 13,6 pst. fra 1. januar 2026. Prisjusteringen besto av regjeringens forslag til ordinær prisjustering på 3,6 pst. med tillegg av en særskilt takstøkning på 10 pst., som ble vedtatt i Stortingets budsjettbehandling i desember 2026 med virkning fra 1. januar 2026.

Stønad til tannbehandling gis ut fra vilkår om særskilte sykdommer og tilstander. Om lag 15,6 pst. av alle voksne over 21 år mottok stønad til tannbehandling i 2025, ifølge SSB. Andelen som årlig mottar stønad til tannbehandling, har økt jevnt gjennom mange år, og var til sammenlikning 12,1 pst. i 2016. I gjennomsnitt ble det utbetalt 3241 kroner til hver mottaker i 2022, mens median utbetalt stønad var 1575 kroner i 2022.

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 effektivutnyttelse 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.

Det foreslås følgende endringer på posten:

- Øke bevilgningen med 2 mill. kroner som følge av økt aldersgrense for fritak fra betaling av egenandeler fra 16 til 18 år.
- Videreføring av 7 prosent nedjustering av laboratorierefusjonene som ble vedtatt gjennom Stortingets behandling av Prop. 96 S (2025–2026).

Som for de regionale helseforetakene, underreguleres refusjonstakstene for laboratorie- og radiologitjenester med 8,2 mill. kroner utover øvrige budsjettiltak. Underreguleringen fordeles med 5 mill. kroner for laboratorierefusjoner og 3,2 mill. kroner for radiologirefusjoner. I tillegg til dette videreføres tiltak om nedjustering på 7 prosent av laboratorierefusjoner vedtatt i forbindelse med behandlingen av Prop. 96 S (2025–2026) svarende til helårsvirkning 80 mill. kroner.

Det foreslås å øke posten med 2 mill. kroner som følge av helårsvirkningen av at aldersgrensen for betaling av egenandeler er økt fra 16 til 18 år.

Status 2026

Refusjonstakstene for private laboratorie- og radiologitjenester ble i 2026 underregulert med 17 mill. kroner tilsvarende 1 pst. sammenlignet med forventet lønns- og prisvekst. Det ble videre flyttet 36 mill. kroner fra laboratorierefusjonene til de regionale helseforetakenes basisbevilgninger.

Gjennom behandlingen av Prop. 1 S (2025–2026) ble bevilgningen på posten redusert i forbindelse med forslag om å avvikle laboratorierefusjon fra 1. mai 2026 når rekvirenten var fullt ut privat finansiert. I Prop. 50 L (2025–2026) orienterte Helse og omsorgsdepartementet om at endringen ikke skulle gjennomføres fra 1. mai 2026. I denne forbindelse ble laboratorierefusjonene nedjustert med 7 pst. fra 1. juli 2026, jf. Prop. 96 S (2025–2026).

Den sterke veksten som ble observert på laboratorieområdet i 2024 og 2025 har avtatt. Det er anslått en volumvekst tilsvarende -9 pst. for laboratorievirksomhet og -2 pst. for radiologisk virksomhet i 2026. Anslaget bygger på regnskapstall til og med mai 2026.

Tabell 4.15 Regnskapsførte utgifter til private laboratorier og røntgeninstitutt 2024–2025

	Regnskap 2024	Regnskap 2025	Endring
Laboratorium	1 129	1155	2,3 %
Røntgen	352	358	1,7 %
Sum kap. 2711, post 76	1 481	1513	2,2 %

Programkategori 30.50 Legehjelp, legemidler mv.

Utgifter under programkategori 30.50 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)

Kap.	Betegnelse	Regnskap 2025	Saldert budsjett 2026	Forslag 2027	Endring i pst.
2751	Legemidler mv.	16 376 984	18 231 600	18 343 000	0,6
2752	Refusjon av egenbetaling	8 623 852	9 036 000	8 775 000	-2,9
2755	Helsetjenester i kommunene mv.	10 430 481	11 067 000	11 226 600	1,4
2756	Andre helsetjenester	1 274 330	1 099 200	1 229 000	11,8
	Sum kategori 30.50	36 705 647	39 433 800	39 573 600	0,4

Utgifter under programkategori 30.50 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)

Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2025	Saldert budsjett 2026	Forslag 2027	Endring i pst.
50–89	Overføringer til andre	36 705 647	39 433 800	39 573 600	0,4
	Sum kategori 30.50	36 705 647	39 433 800	39 573 600	0,4

Kap. 2751 Legemidler mv.

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2025	Saldert budsjett 2026	Forslag 2027
70	Legemidler	13 921 854	15 569 000	15 650 000
71	Legeerklæringer	24 056	36 000	33 000
72	Medisinsk forbruksmateriell	2 431 074	2 626 600	2 660 000
	Sum kap. 2751	16 376 984	18 231 600	18 343 000

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.

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

– 44 mill. kroner i økt bevilgning for fritak for egenandeler fra 16 til 18 år

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 2026 på 60 pst., men maksimalt 400 kroner per utlevering, for legemidler på blå resept.

Fra 1. august 2026 økte fritaket for egenandeler i helsetjenesten fra 16 til 18 år. Dette omfatter også legemidler. Det foreslås å øke posten med 44 mill. kroner som følge av helårsvirkningen av dette tiltaket.

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.

Utgiftsutvikling til legemidler over blåreseptordningen

Statens utgifter til legemidler og næringsmidler på blå resept i 2025 over kap. 2751, post 70, var 13,9 mrd. kroner, en reduksjon på 3,3 pst. fra 2024. Hvis egenandeler dekket av frikort tas med, var utgiftene 16,5 mrd. kroner i 2025.

Inkludert egenandeler dekket av frikortordningen, ble det i 2025 refundert legemidler på forhåndsgodkjent refusjon (blåreseptforskriften § 2) for 12,3 mrd. kroner til om lag 3,0 mill. unike brukere. Det ble refundert 3,4 mrd. kroner til om lag 395 000 unike brukere etter individuell søknad (§ 3), og 14,1 mill. kroner til behandling av smittsomme sykdommer (§ 4) til rundt 30 000 brukere. Videre ble det gitt refusjon til næringsmidler (§ 6) på 757,1 mill. kroner til rundt 71 000 brukere.

Tabell 4.16 Folketrygdens utgifter til legemidler og næringsmidler de siste fem årene (mill. kroner)

År	Utgifter	Endring	Endring i pst.
2021	11 270	832	8,0 %
2022	12 280	1010	9,0 %
2023	13 184	904	7,4 %
2024	14 399	1215	9,2 %
2025	13 922	-477	-3,3 %

Nye legemidler i blåreseptordningen

I 2025 fattet Direktoratet for medisinske produkter totalt 103 vedtak om finansiering av legemidler over folketrygden. Det ble gjennomført 18 metodevurderinger basert på innsendt dokumentasjon fra legemiddelfirma, 10 saker var initiert av Direktoratet for medisinske produkter og 75 saker var kombinerte pris- og refusjonsvedtak. For sakene med innsendt dokumentasjon ble det gitt avslag i åtte saker som gjaldt forhåndsgodkjent refusjon etter § 2, der det for tre av legemidlene kan ytes individuell stønad etter § 3. En sak ble avslått grunnet oversteget fullmaktsgrense. For sakene initiert av Direktoratet for medisinske produkter ble det gitt avslag i to saker, for en av disse fordi finansieringsansvaret ble overflyttet til de regionale helseforetakene og den andre fordi legemidlene som var omfattet skulle inngå i lukket legemiddelsløyfe. Gjennomsnittlig tidsbruk for metodevurderinger basert på innsendt dokumentasjon var 102 dager i 2025 sammenlignet med 111 dager i 2024.

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 lege-

midler på blå resept på vegne av pasienter. Legeerklæringstakstene fastsettes av staten.

Utgiftene til legeerklæringer var 24,1 mill. kroner i 2025, mot 22,4 mill. kroner i 2024.

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 2 431 mill. kroner i 2025, mot 2 339 mill. kroner i 2024. Inkludert egenandeler dekket av frikortordningen ble det gitt refusjon for 2 776 mill. kroner til om lag 430 000 unike pasienter.

Kap. 2752 Refusjon av egenbetaling

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2025	Saldert budsjett 2026	Forslag 2027
72	Egenandelstak	8 623 852	9 036 000	8 775 000
	Sum kap. 2752	8 623 852	9 036 000	8 775 000

Post 72 Egenandelstak

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 2026 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 2025 utstedt om lag 1 500 000 frikort, som er det samme som i 2024.

Tabell 4.17 Utgifter dekket over egenandelstak 2024–2025 (mill. kroner)

	Regnskap 2024	Regnskap 2025	Endring
Legehjelp inkl. poliklinikk	3 653	3 683	0,8 %
Psykologhjelp	125	116	-7,2 %
Legemidler og forbruksmateriell	2 543	2 591	1,9 %
Pasientreiser	723	677	-6,4 %
Enkelte tannhelsetjenester	317	340	7,3 %
Fysioterapi	1 156	1 152	-0,4 %
Rehabiliteringsinstitusjon	62	62	0 %
Behandlingsreiser utland	4	4	0 %
Sum kap. 2752, post 72	8 584	8 624	0,5 %

Fra 1. august 2026 ble aldersgrensen for betaling av alle egenandeler under takordningen økt fra 16 til 18 år. Det foreslås å videreføre dette tiltaket, og posten foreslås derfor redusert med 22 mill. kroner som følge av helårsvirkning av tiltaket. Endringene får budsjettkonsekvenser på flere poster, og det vises til omtale under kap. 732, postene 72–75 og 77, kap. 2711, post 76, kap. 2751, post 70, kap. 2755, post 70 og 71.

Egenandelene ble ikke prisjustert for 2026 og egenandelstaket ble holdt uendret. Regjeringen foreslår å prisjustere egenandelene ved å øke taket i 2027 med om lag 3,9 prosent, til 3 406 kroner.

Kap. 2755 Helsetjenester i kommunene mv.

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2025	Saldert budsjett 2026	Forslag 2027
62	Fastlønnsordning fysioterapeuter, *kan nyttes under post 71*	585 800	630 000	660 000
70	Allmennlegehjelp	7 549 817	7 939 000	7 817 600
71	Fysioterapi, *kan nyttes under post 62*	1 784 864	1 919 000	2 125 000
72	Jordmorhjelp	101 940	111 000	120 000
73	Kiropraktorbehandling	14 313	18 000	6 000
75	Logopedisk og ortoptisk behandling	393 747	450 000	498 000
	Sum kap. 2755	10 430 481	11 067 000	11 226 600

Bevilgningen dekker folketrygdens utgifter til fastlønnsordning for fysioterapeuter, allmennlegehjelp, fysioterapi, jordmorhjelp, kiropraktorbehandling og logopedisk og ortoptisk behandling etter folketrygdloven kapittel 5.

Post 62 Fastlønnsordning fysioterapeuter

Det ytes særskilt tilskudd til kommuner som ansetter fastlønte fysioterapeuter. Bevilgningen kan nyttes under post 71, og må ses i sammenheng med denne, jf. omtale under post 71. Fastlønnstilskudd gis i stedet for trygderefusjoner.

Kommunene mottar derfor ikke trygderefusjon fra staten for disse fysioterapeutenes virksomhet. Tilskuddet ytes etter forskrift fastsatt med hjemmel i folketrygdloven § 5-21. For å gjøre 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 2026 til 31. desember 2026 er 274 610 kroner. Utgiftene til fastlønnstilskudd for fysioterapeuter var på 586 mill. kroner i 2025, mot 558 mill. kroner i 2024, som tilsvarer en økning på 5 pst.

Post 70 Allmennlegehjelp

Bevilgningen dekker utgifter til undersøkelse og behandling hos lege etter forskrift fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet med hjemmel i folketrygdloven § 5-4. Allmennlegen må ha fastlegeavtale med kommunen eller delta i kommunalt organisert legevakt for å få refusjon fra folketrygden. For fastleger i ansettelsesforhold (kommunal arbeidstaker) mottar kommunen refusjonene. 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 18 år.
- Undersøkelse, behandling og kontroll for allmennfarlige smittsomme sykdommer.
- Første legeundersøkelse hos allmennlege, herunder fastlege og legevakt, ifb. seksuelle overgrep.
- Ved to oppfølgingssamtaler etter abort.

Tabell 4.18 Utgifter til allmennlegehjelp 2024–2025 (mill. kroner)

	Regnskap 2024	Regnskap 2025	Endring
Fastlegekontor	6 333	6 430	1,5 %
Legevakt	760	806	6,1 %
Avsetning til fond	279	314	12,5 %
Sum kap. 2755, post 70	7 372	7 550	2,4 %

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 4.19 Utgifter og aktivitetsvekst allmennlegehjelp 2024–2027 (mill. kroner)

Sum kap. 2755, post 70	7 372	7 550	7 939	7 740
Volumvekst (anslag)[1]	2%	-3,1%	2 %	2%

[1] Begrepet volumvekst er brukt for utgifts endringer som ikke følger av endring i refusjonstakster og egenandeler.

Budsjettert utgiftsvekst i 2027 skyldes en antatt volumvekst på 2 pst.

Aldersgrensen for betaling av egenandeler ble økt fra 16 til 18 år fra 1. august 2026. Helårsvirkningen for dette må korrigeres i forhold til tidligere anslag, og posten reduseres derfor med 3 mill. kroner.

Som følge av resultatet av årets takstforhandlinger med Legeforeningen overføres 28,1 mill. kroner fra kap. 2651, post 72 under Arbeids- og inkluderingsdepartementet til denne posten. Flytting av midlene er en følge av endring av takster for sykmeldingsarbeid.

I takstforhandlingene i 2026 ble det avtalt at basistilskuddets andel av fastlegenes finansiering økes med 2,24 prosentpoeng. Det medfører at kommunenes rammetilskudd tilføres 309,3 mill. kroner i stedet for at midlene tilføres refusjonsposten for legene.

I forbindelse med regjeringens høreapparatgaranti økes posten med 16,5 mill. kroner fra 1. januar 2027 for å legge til rette for flere undersøkelser og bedre henvisninger fra allmennlegetjenesten.

Post 71 Fysioterapi

Bevilgningen dekker utgifter til fysioterapi etter folketrygdloven § 5-8 og forskrift om stønad til dekning av utgifter til fysioterapi. Det er et vilkår for å utløse refusjon at fysioterapeuten har avtale om driftstilskudd med kommunen.

Bevilgningen omfatter også tilskudd til fysioterapeuters fellesformål (fondsavsetninger).

Honorartariffen fastsettes gjennom årlige forhandlinger mellom staten, KS og organisasjonene for fysioterapeuter: Norsk Fysioterapeutforbund, Norsk Manuellterapeutforening og Privatpraktiserende Fysioterapeuters Forbund. I 2026 var det kun Norsk Manuellterapeutforening som etter forhandlingene inngikk avtale med staten/KS.

Tilskudd til kommuner med fastlønnsstillinger for fysioterapeuter føres under post 62.

Tabell 4.20 Utgifter til fysioterapeuter med driftsavtale med kommunen 2024–2025 (mill. kroner)

	Regnskap 2024	Regnskap 2025	Endring
Allmenn fysioterapeut	1 035	1 083	4,6 %
Manuellterapeut	418	453	8,4 %
Psykomotoriker	163	177	8,6 %
Utdanningskandidater	28	28	0 %
Avsetning til fond[1]	41	43	4,9 %
Sum kap. 2755, post 71	1 686	1 785	5,9 %

Folketrygdens utgifter til fysioterapi var 1 686 mill. kroner i 2024 og 1 785 mill. kroner i 2025. Dette tilsvarer en økning på 5,9 pst.

Refusjoner til fysioterapeuter uten avtale kan variere fra år til år. Dette har sammenheng med antall utdanningskandidater og dette kan gi svingninger i refusjonsutbetalingene. Utgiftsendringer kan skyldes flere forhold. For det første påvirkes utgiftene av endringer i refusjonstakster og egenandeler. For det andre påvirkes utgiftene av at aktiviteten endres, blant annet gjennom antall konsultasjoner og antall utøvere i tjenesten. For det tredje endres utgiftene dersom takstbruken endres, som ved endring av lengden eller type konsultasjon.

Den kommunale fysioterapitjenesten utgjorde i 2025 totalt 5 354 fysioterapiårsverk. Dette er om lag på samme nivå som i 2024. Dekningsgraden for fysioterapeuter per 10 000 innbyggere var 9,5 årsverk i 2025, mot 9,6 i 2024.

Tabell 4.21 Utgifter og aktivitetsvekst fysioterapi 2024–2025 (mill. kroner)

	Regnskap 2024	Regnskap 2025	Saldert budsjett 2026	Forslag 2027
Sum kap. 2755, post 71	1 686	1 785	1 919	2 125
Volumvekst (anslag)[1]	1 %	0%	1 %	1 %

[1] Begrepet volumvekst er brukt for utgiftsendringer som ikke følger av endring i refusjonstakster og egenandeler.

Honorartakstene ble økt 1. juli 2026. Helårsvirkningen er innarbeidet i budsjettforslaget for 2027.

Tall fra Statistisk sentralbyrå viser at for selvstendig næringsdrivende fysioterapeuter var 65 pst. fulltidshjemler av i alt 3 160 avtalehjemler. De øvrige hjemlene var deltidshjemler, hvor av 32 pst. av avtalehjemlene var i størrelsesorden 50–100 pst. hjemmel og 3 pst. i størrelsesorden 20–50 pst. hjemmel.

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 posten med 12 mill. kroner som følge av helårsvirkningen av at aldersgrensen for betaling av egenandeler er økt fra 16 til 18 år.

Post 72 Jordmorhjelp

Bevilgningen dekker utgifter til svangerskapskonsultasjoner 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 jordmoren har kommunal driftsavtale eller er ansatt i kommunen. Leger og jordmødre som utfører svangerskapskonsultasjoner 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 3 574 kroner i 2026 og foreslås økt til 3 681 kroner i 2027, en økning på 3 pst.

Utgiftene i 2024 var 94,6 mill. kroner, mot 101,9 mill. kroner i 2025. Dette er en økning på 7,7 pst.

Post 73 Kiropraktorbehandling

Utgiftene til kiropraktorbehandling var 14 mill. kroner i 2025, ekskludert avsetning til fond, mot 143 mill. kroner i 2024, inkludert avsetning til fond. Det var en nedgang på 90 pst. Se kap. 760, post 71 for omtale om avsetning til fond for etter- og videreutdanning for kiropraktorer. I 2025 var det 825 kiropraktorer som hadde oppgjør med Helfo, mot 988 i 2024, en nedgang på 16 pst. Antallet pasienter som mottok behandling var 275 000, mot 397 000 i 2024, en nedgang på 31 pst. Det var i 2025 i gjennomsnitt 4,7 behandlinger per pasient, mot 5,5 behandlinger per pasient i 2024. Det må tas forbehold om tallene for antall pasienter som mottar behandling i 2025 er korrekt siden det er lite insitament til å kreve refusjonstaksten som fra 1. juli 2025 er 4 kroner.

Høringsnotat som følger opp Stortingets vedtak om avvikling av tilskudd til fond for etter- og videreutdanning for kiropraktorer ble sendt på høring med høringsfrist 25. mai 2026. 1. juli 2026 ble § 8 Tilskott til fellesformål for kiropraktorer i forskrift av 21. desember 2005 nr. 1656 om stønad til dekning av utgifter til behandling hos kiropraktor opphevet. Som følge av forskriftsendringen vil det ikke lenger være avsetning av statlige midler til fond for etter- og videreutdanning av kiropraktorer.

Post 75 Logopedisk og ortoptisk behandling

Bevilgningen dekker utgifter til behandling hos privatpraktiserende logoped og audiopedagog med hjemmel i folketrygdloven § 5-10 og tilhørende forskrift. Videre dekkes utgifter til behand-

ling 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 i henhold til opplæringsloven kapittel 4A og kapittel 5 ansvar for å gi spesialundervisning, herunder logopediske og audiopedagogiske tjenester.

I 2025 betalte folketrygden 342,4 mill. kroner til privatpraktiserende logopeder, 44,2 mill. kroner til privatpraktiserende audiopedagoger og 7,1 mill. kroner til ortoptisk behandling. De samlede utgiftene økte fra 350,9 mill. kroner i 2024 til 393,7 mill. kroner i 2025, en økning på 12,2 pst.

Kap. 2756 Andre helsetjenester

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2025	Saldert budsjett 2026	Forslag 2027
70	Helsetjenester i annet EØS-land	8 149	12 000	9 000
71	Helsetjenester i utlandet mv.	788 149	652 200	650 000
72	Helsetjenester til utenlandsboende mv.	478 032	435 000	570 000
	Sum kap. 2756	1 274 330	1 099 200	1 229 000

Bevilgningen dekker folketrygdens utgifter til helsetjenester i annet EØS-land, i utlandet mv. og til utenlandsboende mv. etter folketrygdlovens kapittel 5.

Post 70 Helsetjenester i annet EØS-land

Posten dekker folketrygdens utgifter til planlagt helsehjelp i andre EØS-land (behandling hos kiropraktor, ortoptist, logoped og audiopedagog, tannbehandling ved sykdom, undersøkelse ved bestemte diagnoser og behandlingsformer samt blåreseptordningen) etter folketrygdloven § 5-24a.

Utgiftene var 8,1 mill. kroner i 2025 mot 7,2 mill. kroner i 2024, en økning på 12,5 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 2027 foreslås det maksimale stønadsbeløpet økt fra 5 071 kroner i 2025 til 5 223 kroner per døgn. Dette tilsvarer en økning på 3 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 788 mill. kroner i 2025, en økning på 34,7 pst.

Helsedirektoratet arbeider med å få på plass en ny agentavtale i USA, etter at den gamle ble sagt opp som følge av at Schrems II-dommen gjorde det vanskelig å sende personopplysninger til USA. EU-kommisjonen 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 om dekning av utgifter med.

Utgiftene var 373 mill. kroner i 2024 mot 478 mill. kroner i 2025, en økning på 28,2 pst.

Programkategori 30.90 Andre helsetiltak

Utgifter under programkategori 30.90 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)

Kap.	Betegnelse	Regnskap 2025	Saldert budsjett 2026	Forslag 2027	Endring i pst.
2790	Andre helsetiltak	252 597	278 000	274 000	-1,4
	Sum kategori 30.90	252 597	278 000	274 000	-1,4

Utgifter under programkategori 30.90 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)

Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2025	Saldert budsjett 2026	Forslag 2027	Endring i pst.
50–89	Overføringer til andre	252 597	278 000	274 000	-1,4
	Sum kategori 30.90	252 597	278 000	274 000	-1,4

Kap. 2790 Andre helsetiltak

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2025	Saldert budsjett 2026	Forslag 2027
70	Bidrag	252 597	278 000	274 000
	Sum kap. 2790	252 597	278 000	274 000

Bevilgningen dekker folketrygdens utgifter til bidragsordningen, jf. forskrift om bidrag til visse helsetjenester.

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

– Posten reduseres med 1,0 mill. kroner knyttet til avvikling av bidrag til legemidler

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 2 293 kroner i 2026. Egenandeler, døgnsatser mv. i bidragsordningen prisjusteres årlig. Beløpet for 2027 er 2 353 kroner. Mange formål dekkes etter andre regler og satser.

Utgiftene på bidragsordningen var 252,6 mill. kroner i 2025 mot 257,7 mill. kroner i 2024.

Bidrag til legemidler

Det foreslås å redusere posten med 1,0 mill. kroner knyttet til at bidragsordningen for legemidler avvikles for alle brukere fra 2027. Avvikling av ordningen startet i 2018 ved at nye pasienter ikke ble gitt støtte, mens brukere som har fått kontinuerlig bidrag til samme legemiddel fra og med 2017 har kunnet få bidrag til og med 2026. Den gradvise avviklingen ble gjort for å unngå at bidragsordningen for legemidler undergraver intensjonen med blåreseptordningen, samtidig som brukere i ordningen i samråd med lege skulle få tid til å vurdere behovet for videre behandling. Det er nå svært få brukere igjen i ordningen, og den foreslås avviklet også for disse. Avviklingen av bidragsordningen for legemidler gjelder ikke bidrag til prevensjonsmidler eller 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 2027.

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 2025 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 19. juni 2026.

Omtalen er delt inn under følgende overskrifter:

5.1 Rask tilgang til trygge helsetjenester av høy kvalitet og sammenhengende pasientforløp

Det er mål om at kvinner skal oppleve et sammenhengende, trygt og helhetlig tilbud gjennom svangerskap, fødsel og barseltiden. De regionale helseforetakene har under ledelse av Helse Midt-Norge RHF evaluert følgetjenesten for gravide. Helseregionenes vurdering er at følgetjenesten samlet sett fremstår som et viktig tiltak for å sikre et likeverdig og forsvarlig fødetilbud. Helseregionene opplyser at rapporten vil bli lagt til grunn for oppfølging av helseforetakene. Helsedirektoratets brukerundersøkelse om svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen viser at helseforetakene skårer godt når det gjelder fødselsomsorgen, men at det fortsatt er forbedringspotensial når det gjelder barselomsorgen. Helseregionenes rapportering i årlig melding om ulike tiltak for å styrke samhandlingen med kommunene, deriblant etablering av egne faglige samarbeidsutvalg innen fødselsomsorgen, reforhandling av samarbeidsavtalene med kommunene, ulike kompetansehevende tiltak. Oslo universitetssykehus HF, Akershus universitetssykehus HF og Oslo kommune går sammen i et prosjekt for å gi mer sammenheng i oppfølgingen gjennom svangerskap, fødsel og barselperioden. Målet er å utrede, utvikle og prøve ut en helhetlig modell for svangerskaps-, fødsel- og barselomsorgen.

De fleste føde- og barselavdelinger (39 av 42) er godkjent som mor-barn vennlig sykehus. Siste helhetlige re-evaluering ble gjort i 2016, men dette arbeidet er nå gjenopptatt for nyfødtintensivavdelingene, med oppstart i flere avdelinger.

Status for arbeidet med ventetider

I oppdragsdokumentet for 2025 var målet at gjennomsnittlig ventetid skulle være lik eller under 61 dager i somatikk, 44 i psykisk helsevern voksne, 45 i psykisk helsevern barn og unge og 33 i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Ventetidene nasjonalt var 68 dager i somatikk, 46 i psykisk helsevern voksne, 41 i psykisk helsevern barn og unge og 26 i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Helse Sør-Øst RHF og Helse Vest RHF oppnådde målet i tre av fire fagområder. Helse Midt-Norge RHF klarte målet i et fagområde og Helse Nord RHF i ingen fagområder. Det var imidlertid en betydelig reduksjon i ventetidene i alle fagområder i alle regionale helseforetak.

Pasientsikkerhet

Oppdragsdokumentet har som mål at det skal være trygt for ansatte i spesialisthelsetjenesten å melde om uønskede hendelser og forbedringspunkter, og helseforetakenes system og kultur for tilbakemelding, oppfølging og læring skal bidra til færre pasientskader. Målet følger av visjon og mål i rammeverk for bedre pasientsikkerhet.

Helse Vest RHF har vedtatt et regionalt rammeverk for pasientsikkerhet (2025–2029). Rammeverket gir retning for arbeidet med pasientskader, overganger, læring av uønskede hendelser og arbeidsmiljøet sin påvirkning på pasientsikkerhet. Helse Vest RHF har ledet et interregionalt oppdrag om å foreslå pasientsikkerhetsindikatorer som skal brukes til å følge med på målene i rammeverket. Rapporten fra regionene til departementet anbefaler fjorten indikatorer som samlet sett vil kunne gi en «pasientsikkerhetsstatus» på norske sykehus. Noen av disse indikatorene eksisterer allerede nasjonalt, mens andre må videreutvikles.

I Helse Midt-Norge RHF har helseforetakene gjennomført opplæring i meldekultur, psykologisk

trygghet og saksbehandling, og etablert eller videreutviklet arenaer som kvalitetsnettverk for å sikre systematisk læring.

Helse Nord RHF viser til at Regionalt kvalitetssystem er det tekniske fundamentet for standardisering av hendelseshåndtering og forvaltning av styrende dokumenter. For å sikre at rapportering faktisk fører til læring og færre pasientskader, har flere av foretakene etablert støttestrukturer, som forsterking i fagstaber og bruk av tverrfaglige pasientsikkerhetsutvalg.

Helse Sør-Øst RHF melder at det arbeides kontinuerlig med kvalitet og pasientsikkerhet, blant annet i regionalt nettverk for kvalitet og pasientsikkerhet der samtlige helseforetak og sykehus deltar. I nettverket løftes felles problemstillinger for drøfting og erfaringsdeling.

Alle de regionale helseforetakene redegjør for tiltak de har gjennomført som oppfølging av Riksrevisjonens *Dokument 3:13 (2023–2024), Risikostyring i de regionale helseforetakene og helseforetakene,* og samarbeider med Folkehelseinstituttet om et kvalitetsforbedringsprosjekt knyttet til vurdering av datakvalitet og analyse av avviksmeldinger som grunnlag for et eventuelt nasjonalt register.

Kreftforløp, inkl. pakkeforløp hjem

Pakkeforløp for kreft

Målet for kreftbehandling 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 65 pst. i 2024 til 64 pst. i 2025. Ett regionalt helseforetak nådde målet om 70 pst. i 2025. Helse Sør-Øst hadde en måloppnåelse på 63 pst. innenfor maksimal forløpstid, en nedgang fra 65 pst. i 2024. Helse Vest hadde en måloppnåelse på 70 pst. innenfor maksimal forløpstid i 2025, en økning i måloppnåelsen fra 67 pst. i 2024. Helse Midt-Norge hadde en måloppnåelse på 59 pst. innenfor maksimal forløpstid, en økning i måloppnåelse fra 58 pst. i 2024. Helse Nord hadde en måloppnåelse på 60 pst. i 2025 som var en nedgang i måloppnåelse fra 63 pst. i 2024.

Tabell 5.1 Pakkeforløp kreft samlet for 2025 (prosent)

	Helse Sør-Øst	Helse Vest	Helse Midt-Norge	Helse Nord	Totalt
Andel pakkeforløp gjennomført innen maksimal anbefalt forløpstid[1]	63	70	59	60	64

[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 2025 fra Norsk pasientregister.

Kilde: Norsk pasientregister

Pakkeforløp hjem

Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft skal bidra til å sikre god struktur og logistikk i helsetjenesten, samt sikre trygghet og forutsigbarhet for personer som lever med kreft eller etter endt kreftbehandling. Pakkeforløpet består av tre samhandlingspunkter mellom pasient (og eventuelt pårørende) og helsetjenesten som skal skje i anbefalte tidsrom: det første i spesialisthelsetjenesten og de to siste i kommunen, 3-4 måneder og 12-18 måneder etter kreftdiagnosen. Det er bare ett samhandlingspunkt som skal kodes og rapporteres til NPR – behovskartlegging i spesialisthelsetjenesten etter en kreftdiagnose.

Tabell 5.2 Måltall: Antall behovskartlegginger

	3. tertial 2023	3. tertial 2024	3. tertial 2025
Helse Sør-Øst	192	242	305
Helse Vest	56	61	47
Helse Midt-Norge	0	33	40
Helse Nord	28	36	33

Kilde: Norsk pasientregister

Prosjekt X

«Prosjekt X» ble i juni 2025 etablert som et felles initiativ mellom regjeringen og KS for å prøve ut nye samarbeidsformer og modeller for helhetlige og sammenhengende pasientforløp på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten. Satsingen omfattet opprinnelig 12 utvalgte pilotprosjekter fra alle fire helseregioner. I november 2025 inngikk Universitetssykehuset i Nord Norge HF og Tromsø kommune en forpliktende samarbeidsavtale om prosjektet «Eldreløftet: tjenester fra samme hus», og prosjektet ble innlemmet i Prosjekt X. Basert på et initiativ mellom regjeringen og Oslo kommune om en helhetlig svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg, ble samarbeidsprosjektet mellom Oslo kommune, Oslo universitetssykehus HF og Akershus universitetssykehus HF innlemmet i desember 2025. Totalt er det 14 prosjekter i Prosjekt X i 2026.

I 2026 er det per september gjennomført fem dialogmøter mellom KS, Helse- og omsorgsdepartementet, de regionale helseforetakene, Helsedirektoratet og de deltakende prosjektene for gjensidig informasjons- og erfaringsutveksling og oppfølging av framdriften.

Helsedirektoratet har hatt i oppdrag å følge med på utprøvingene, oppsummere erfaringer og identifisere læringspunkter, samt bistå utprøvingene med avklaring/veiledning innenfor sine virkemidler, herunder forholdet til forsøksloven og identifisering av ev. behov for fritak eller regelverksendringer. Helsedirektoratet leverte en rapport 1. oktober 2026 med vurderinger av foreløpige resultater, måloppnåelse og mulighetsrommet for nasjonal skalering av de utprøvde modellene. Erfaringene, metodene og resultatene fra Prosjekt X vil utgjøre et sentralt kunnskapsgrunnlag i det videre arbeidet med helsereformen.

Rekrutterings- og samhandlingstilskuddet

Rekrutterings- og samhandlingstilskuddet ble etablert som en del av oppfølgingen av Nasjonal helse- og samhandlingsplan. Formålet med tilskuddet å stimulere til et mer forpliktende samarbeid mellom kommunene og spesialisthelsetjeneste, og fremme tjenesteutvikling og gode pasientforløp. Tilskuddet skal også understøtte tiltak som fremmer rekruttering og god bruk av personell slik at sektoren er bedre rustet til å møte fremtidige demografiske behov og flere kronisk syke, for eksempel ved utprøving og etablering av kombinerte stillinger.

I 2024 ble det bevilget 130 mill. kroner i rekrutterings- og samhandlingstilskudd til Helse Nord RHF. I tillegg ble det bevilget 150 mill. kroner i tilskuddsmidler til de øvrige helseregionene. I 2025 ble tilskuddet videreført med til sammen 286 mill. kroner. Ut av dette har 204 unike tiltak over hele landet blitt opprettet til sammen i 2024 og 2025.

Per 2025 var over 80 pst. av de samlede prosjektmidlene rettet mot tiltak som skal forbedre organiseringen av tjenester på tvers av nivåer. Dette omfatter blant annet utvikling av integrerte team, koordinatorfunksjoner og samhandlingsmodeller slik som felles vurdering av pasienter ved innleggelse og utskrivning mellom sykehus og kommune.

De resterende om lag 20 pst. av den totale bevilgningen er rettet mot kompetanse- og personaltiltak. Disse prosjektene har som hovedformål å styrke oppgavedelingen, bidra til rekruttering av helsepersonell samt bygge kompetanse innen opplæring, forskning, ledelse og fagutvikling. De representerte pasientgruppene omfatter særlig de fire prioriterte pasientgruppene for helsefellesskapene. Fordelingen av midlene viser at særlig prioritert er skrøpelige eldre, barn og unge med sammensatte behov samt pasienter med flere kroniske

lidelser. Prosjektene rapporterer i liten grad om dokumenterte effekter, ettersom det ansees som for tidlig å måle realiserte gevinster. De regionale helseforetakene melder midlertidig om kvalitative indikatorer slik som økt engasjement og styrket samarbeidsformer mellom involverte parter. Flere prosjekter forventes å kunne spres til flere kommuner og helsefellesskap, forutsatt videre utprøving og opparbeiding av erfaring som legger til rette for overgang fra prosjektfase til ordinær drift.

Nasjonale digitale samhandlingstjenester

Gjennom satsingen på digital samhandling etableres nasjonale tjenester for digital samhandling på tvers av virksomheter og nivåer.

I 2025 har de regionale helseforetakene arbeidet med utprøving og innføring av pasientens legemiddelliste, pasientens journaldokumenter, pasientens prøvesvar, pasientens kritiske informasjon og pasientens måledata (datadeling for digital oppfølging). Utprøvingen av pasientens legemiddelliste har pågått i Helse Vest og ble utvidet til Helse Nord. Over 150 000 pasienter hadde fått opprettet en legemiddelliste i 2025. Erfaring viser at én samlet oversikt over legemidler gir både tidsbesparelser og bedre pasientbehandling. Utprøvingen av pasientens prøvesvar til helsehjelp startet i 2025. 550 000 innbyggere fikk tilgang til egne prøvesvar på Helsenorge, og over 290 000 svar ble delt mellom helsepersonell. Det var også en jevn økning i bruk av pasientens journaldokumenter. I Helse Vest RHF ble pasientens kritiske informasjon innført. Helse Sør-Øst RHF har på vegne av helseregionene hatt lederrolle i utprøving av deling av pasientens måledata mellom sykehus og kommuner i forbindelse med digital oppfølging av pasienter.

Det er lagt vekt på at videreutviklingen av digital samhandling skal ta hensyn til kravene i den europeiske helsedataforordningen. Se nærmere omtale av helsedataforordningen i forslaget til ny lov om det europeiske helsedataområdet som nylig har vært på høring.

5.2 Styrke psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Ventetider, reinnleggelser og realkostnader i psykisk helsevern og TSB

Mennesker med psykiske lidelser og rusmiddelproblemer skal ha tilgjengelig hjelp av god kvalitet. Regjeringens mål og tiltak for å styrke tilbudet innen psykisk helsevern er beskrevet i *Opptrappingsplan for psykisk helse (2023–2033)*. Barn, unge og de med alvorlige og sammensatte lidelser er prioriterte grupper. Gjennom *Forebyggings- og behandlingsreformen* for rusfeltet setter regjeringen som mål at tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i større grad utvikles som en del av den offentlige helseforetaksstrukturen for å sikre tjenestetilbud som er bedre integrert med øvrige fagområder i spesialisthelsetjenesten. Det gode samarbeidet med ideelle aktører innen TSB skal videreutvikles, og handlingsrommet i anskaffelsesregelverket skal utnyttes for å prioritere ideelle tjenesteytere og langsiktige avtaler basert på kvalitet. Det er viktig med en god blanding av sentrale og desentrale tilbud.

De regionale helseforetakene hadde som et hovedmål i 2025 å styrke psykisk helsevern og TSB. I årlig melding har de regionale helseforetakene blant annet rapportert på indikatorer knyttet til ventetider, reinnleggelser og realvekst i kostnader, samt 11 konkrete oppdrag.

Gjennomsnittlig ventetid skulle være lik eller under 61 dager i somatikken, 44 dager i psykisk helsevern voksne, 45 dager i psykisk helsevern barn og unge og 33 dager i TSB.

I årlig melding fra Helse Midt-Norge RHF for 2025 fremgår det at regionen ikke nådde ventetidsmålet innen somatikk samlet sett. For regionen som helhet inklusive private leverandører, var gjennomsnittlig ventetid 73 dager i 2025. Kravet var heller ikke innfridd innen psykisk helsevern for voksne. Gjennomsnittlig ventetid for regionen samlet i 2025 var på 48 dager. Dette er en reduksjon på 11 dager sammenliknet med 2024. Gjennomsnittlig ventetid for psykisk helsevern for barn og unge var også over målkravet i regionen samlet sett, med 49 dager. Dette er en reduksjon på 23 dager sammenliknet med forrige år. TSB hadde i 2025 21 dager ventetid samlet sett i regionen. Helse Midt-Norge RHF innfrir kravet på området.

I årlig melding fra Helse Nord RHF for 2025 fremgår det at ventetidsmålene ikke ble nådd for noen av fagområdene samlet sett for 2025, men innenfor alle fagområdene har det vært god utvikling gjennom året likevel. Innenfor somatikk er ventetid for påbegynt helsehjelp redusert med 11 dager fra januar til desember, innenfor psykisk helsevern for voksne med 20 dager, innenfor psykisk helsevern for barn og unge med 19 dager og med 24 dager innenfor TSB.

I årlig melding fra Helse Sør-Øst RHF for 2025 fremgår det at gjennomsnittlig ventetid for pasienter som fikk helsehjelpen påstartet innen

somatikk var 65,5 dager i 2025. Det er høyere enn målet på 61 dager, men en reduksjon på 13 dager fra 2024. Innen psykisk helsevern for voksne er ventetiden 42 dager. Det er lavere enn målet på 44 dager og en reduksjon på 12 dager fra 2024. Innen psykisk helsevern for barn og unge er ventetiden 38 dager. Det er lavere enn målet på 45 dager, og en reduksjon på 8 dager fra 2024. Innen TSB er ventetiden 26,5 dager. Det er lavere enn målet på 33 dager, og en reduksjon på 4 dager fra 2024.

I årlig melding fra Helse Vest RHF for 2025 fremgår det at ventetidsmålene er nådd for psykisk helsevern voksne, psykisk helsevern barn og unge og TSB. Gjennomsnittlige ventetider for hele 2025 viser at målet ikke er nådd for somatikk, selv om det har vært en positiv utvikling gjennom høsten med måloppnåelse også for somatikk i desember 2025.

Det skulle være en reduksjon i reinnleggelser som kan forebygges gjennom god samhandling innenfor somatikk, psykisk helsevern og TSB.

I årlig melding for 2025 fra Helse Midt-Norge RHF fremgår det at målet er ikke nådd for noen av regionens helseforetak eller fagområder.

I årlig melding for 2025 fra Helse Nord RHF fremgår det at reinnleggelser var uendret innen somatikk og at målet ble nådd for psykisk helsevern for voksne. Det var samtidig en økning i antall reinnleggelser fra 10 pst. til 14 pst. både innen psykisk helsevern for barn og unge og innen TSB.

I Helse Sør-Øst RHF var andelen reinnleggelser i 2025 på samme nivå som i 2024 innen somatikk, mens det var en økning på 0,1 prosent innen psykisk helsevern for voksne, 1,2 prosent for psykisk helsevern barn og unge og 1,0 prosent for TSB. Totalt ble tolv prosent av alle pasientene reinnlagt i 2025.

I årlig melding fra Helse Vest RHF for 2025 fremgår det at det har vært en reduksjon i reinnleggelser innenfor somatikk i regionen samlet de siste årene. Innen psykisk helsevern for voksne har trenden siden 2019 vært færre reinnleggelser, men i 2025 er det en økning sammenlignet med 2024. Innenfor TSB var andelen reinnleggelser relativt stabil fra 2024 til 2025.

Realveksten i kostnader innen psykisk helsevern og TSB skulle være høyere enn den demografiske veksten lagt til grunn i Prop. 1 S (2024–2025).

I årlig melding for 2025 fra Helse Vest RHF fremgår det at målkravet ikke er innfridd for foretaksgruppen.

- Psykisk helsevern voksne har en nominell økning på 2,2 prosent i 2025 målt mot 2024.
- Psykisk helsevern barn og unge har en nominell reduksjon på 1,7 prosent i 2025 målt mot 2024.
- TSB har en nominell økning på 4,1 prosent i 2025 målt mot 2024.

Hovedårsak til at kravet ikke er innfridd er at Helse Midt-Norges samlede kostnader økte med kun 0,37 prosent i 2025. Helseregionen hadde i 2024 et kostnadsnivå som ikke var bærekraftig. I 2025 er det arbeidet med å redusere de samlede kostnadene. Utviklingen i kostnader knyttet til TSB og psykisk helsevern må sees i sammenheng med den samlede kostnadsutviklingen.

I årlig melding for 2025 fra Helse Nord RHF fremgår det at målet anses nådd for psykisk helsevern barn og unge og psykisk helsevern voksne, men ikke for TSB som har en nedgang i kostnadene. Basert på foreløpige tall er kravet innfridd for psykisk helsevern voksne (+8,8 pst.) og psykisk helsevern barn og unge (+10,1 pst.), men ikke for TSB (-2,6 pst.) samlet for Helse Nord. Med unntak av Finnmarkssykehuset (+1,9 pst.) når alle helseforetak kravet innen psykiske helsevern voksne. Alle foretakene når kravet innen psykisk helsevern barn og unge. Finnmarkssykehuset (+6,0 pst.) er eneste helseforetak som når kravet innen TSB.

Helse Sør-Øst RHF nådde kravet for psykisk helsevern, men ikke for TSB. Det har innen psykisk helsevern vært en vekst på 5,4 pst. for psykisk helsevern voksne (krav 5 pst.) og 9,3 prosent vekst for psykisk helsevern barn og unge (krav 4,9 pst.). Samlet for psykisk helsevern er veksten 6,2 pst.. Kravet til TSB var en vekst i kostnader på minst 4,9 pst. målt mot 2024. Helse Sør-Øst oppnådde en kostnadsvekst på 4,4 pst.. Målet ble derfor ikke nådd for TSB. Totalt er kostnadene innen psykisk helsevern 16,4 mrd. kroner, og 3,7 mrd. kroner innen TSB.

I årlig melding for 2025 fra Helse Vest RHF fremgår det at målkravet om nominell kostnadsvekst i 2025 versus 2024 kun ble nådd for psykisk helsevern barn og unge. For psykisk helsevern voksne samt TSB ligger kostnadsveksten under målkravet. Innen psykisk helsevern voksne er det bare Helse Stavanger som har nådd målkravet. De andre helseforetakene ligger under målkravet, og i særlig grad gjelder dette Helse Fonna og Helse Bergen. Innen TSB har Helse Stavanger nådd målkravet i 2025, mens de andre helseforetakene ligger under målkravet.

Særskilte tema (oppdrag)

Tidlig avklaring eller vurderingssamtale

De regionale helseforetakene fikk i 2025 i oppdrag, i samarbeid med kommunene, å etablere ordninger for tidlig avklaringsteam (ulike typer vurderingssamtaler) i psykisk helsevern voksne. Formålet er å sikre rask avklaring for pasienter med uavklarte behov, riktig nivå for utredning og behandling, samt god oppfølging uavhengig av om pasienter får rett til spesialisthelsetjeneste eller ikke. Det vises blant annet til anbefalinger om inntaks- og utredningsprosessen i rapport om tematisk organisering av psykisk helsevern.

Helse Midt-Norge RHF rapporterer at ved St. Olavs hospital er det etablert tidlig avklaringsteam ved både Nidaros og Nidelv DPS, der samhandling med kommune og andre hjelpeinstanser er en viktig del av avklaringsarbeidet. Det er også etablert samarbeid om avklaring av henvisning i felles prosjekt med Trondheim kommune, med tanke på digital oppfølging. Helse Møre og Romsdal samarbeider med kommunene for å videreutvikle ordninger for tidlig avklaring. Helseforetaket har sammen med Averøy og Kristiansund kommune opprettet et samarbeid for å innføre dialogbasert inntak, med sikte på en pilot mellom psykiatrisk poliklinikk i Kristiansund, Averøy kommune og Kristiansund kommune. Tidlig avklaringsteam har vært i drift i Helse Nord-Trøndelag ved Sykehuset Levanger, allmenn poliklinikk siden 2024, med videre innføring ved allmennpoliklinikker i Stjørdal, Levanger og Namsos våren og høsten 2025.

Helse Nord RHF rapporterer at det gjennomføres vurderingssamtaler ved poliklinikker i psykisk helsevern (barn, unge og voksne) som et tiltak for tidlig avklaring, og samarbeid med kommunene for å sikre riktig nivå for videre oppfølging. Det pågår felles utviklingsarbeid med flere kommuner, og det er søkt om regionale rekrutterings- og samhandlingsmidler for å realisere flere samhandlingsprosjekter. Helse Sør-Øst RHF rapporterer at helseforetakene og sykehusene med eget opptaksområde har alle innført løsninger for tidlig avklaring, økt bruk av vurderingssamtaler og økt samarbeid med henviser. I oktober 2025 arrangerte Helse Sør-Øst RHF et regionalt erfaringsseminar om vurderingssamtaler/tidlig avklaring, der helseforetak og sykehus presenterte hvordan de har arbeidet med oppdraget, og delte erfaringer med hverandre. Noen eksempler inkluderer:

- Lovisenberg Diakonale Sykehus har innført «PrePROM» – et digitalt kartleggingsskjema som gir utfyllende informasjon før vurdering av henvisning, en enkel «digital avklaringssamtale». I tillegg gjennomfører felles inntaksteam vurderingssamtale med pasienter der det er usikkerhet om riktig tiltak.
- Sykehuset i Vestfold HF har innført modellen Én vei inn, med felles integrert psykisk helsemottak sammen med kommunen. Modellen er pilotert i Sandefjord kommune og skal videre breddes til Tønsberg kommune. Helse Sør-Øst RHF støtter aktivt opp under videre bredding av denne modellen. Akershus universitetssykehus HF har også startet et «en vei inn»- prosjekt i helsefellesskapet med kommunene. Vestre Viken HF har også blitt tildelt samhandlingsmidler i 2026 for å prøve ut en lignende modell ved Bærum DPS/Bærum kommune.

Helse Vest RHF rapporterer at alle helseforetak og private ideelle institusjoner i regionen har etablert ordninger for tidlig avklaring i psykisk helsevern voksne. Helseforetakene har ulik innretning på ordningene som prøves ut, og en har gjennom 2025 høstet verdifulle erfaringer med tiltak og bærekraft i de ulike variantene. Felles for ordningene er fokuset på pasienter med uavklarte behov.

Helse Vest RHF har arrangert en regional konferanse for alle DPS tidlig i 2025, der både målsetning for ordningene og handlingsrommet for lokale tilpasninger samt erfaringer fra tilsvarende ordninger i BUP, ble tematisert. I tillegg har Helse Vest RHF vært en aktiv pådriver for å få avklart forholdet mellom rettighetsvurdering og henvisningsdialog, vurderingssamtaler og tidlig avklaring, slik at pasientenes prosessuelle rettigheter blir ivaretatt i ordningene.

Spesialisert rusbehandling for barn og unge

De regionale helseforetakene fikk i 2025 i oppdrag, under ledelse av Helse Sør-Øst RHF, å utarbeide og iverksette en nasjonal plan for utbygging av tjenestetilbudet for barn og unge med rusmiddelproblemer. Behov for fremtidige polikliniske og ambulante behandlingstilbud, døgnbehandlingstilbud, inkludert tilbud om avrusning, skal utredes. Det skal også vurderes behovet for flerregionale og/eller regionale løsninger for behandlingstilbud. Tilbudet til samiske barn og unge med rusmiddelproblemer skal ivaretas. Økonomisk, administrative og personellmessige konsekvenser skal synliggjøres.

I årlig melding for 2025 fremgår det at Helse Vest RHF har opprettet en regional arbeidsgruppe

med representanter fra helseforetakene som har gitt innspill til det nasjonale prosjektet.

Tvangsmidler og tvangsinnleggelser i psykisk helsevern

De regionale helseforetakene fikk i 2025 i oppdrag, under ledelse av Helse Sør-Øst RHF, å 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.

I årlig melding for 2025 viser de regionale helseforetakene at arbeidet med oppdraget er i rute og følges opp via to spor:

Det er etablert en interregional samarbeidsgruppe, og det har vært avholdt regelmessige arbeidsmøter med alle RHF, Norsk pasientregister (NPR), DIPS, Helseplattformen og kodeansvarlige i helseforetak/sykehus for å avklare aktuelle problemstillinger. NPR har jobber med validering av vedtaksmeldingen, i samarbeid med helseforetakene. Parallelt med dette har DIPS utviklet en ny vedtaksmodul som ble satt i produksjon ved Lovisenberg diakonale sykehus i september 2025, og har siden starten av 2026 vært tilgjengelig for alle helseforetak og sykehus. Viktige temaer i arbeidet med oppdraget har bl.a. vært kompetanse om tvang og samarbeid mellom kommune- og spesialisthelsetjeneste og tvang i psykisk helsevern for barn og unge.

Legge til rette for forenklet registrering i reviderte pasientforløp

De regionale helseforetakene fikk i 2025 i oppdrag å forenkle og automatisere løsningene for koding av reviderte pasientforløp psykisk helse og rus, med sikte på oppstart av rapportering fra 2026. Det vises til Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet for ny kodeveileder og rutiner og frister for innsending av opplysninger. Dette oppdraget ble levert til Departementet i mai 2026.

Stedlige tjenester i fengsel

De regionale helseforetakene fikk i 2025 i oppdrag, under ledelse av Helse Vest RHF, å evaluere stedlige tjenester innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling i fengslene. De regionale helseforetakene hadde frist 16. mai 2026 for oppdraget.

I årlig melding for 2025 fra de regionale helseforetakene fremgår det at Helse Vest RHF har opprettet en interregional arbeidsgruppe med deltakere fra RHF-ene, tillitsvalgte og brukerrepresentanter fra både regionalt brukerutvalg (RBU) og Kriminalomsorgens brukerråd. Aktuelle kompetansesentre, Helsedirektoratet og Kriminalomsorgen (direktoratet og regionene) har vært invitert til enkelte møter, for å gi innspill.

Arbeidsgruppen utarbeidet et GAP-skjema med anbefalingene om spesialisthelsetjenesten sin rapport fra 2021: Plan for styrking av helsetjenester i fengsel innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. GAP skjema ble fylt ut av hvert helseforetak i samarbeid med Kriminalomsorgen.

Spesialisthelsetjenester ble kartlagt i 44 fengsler. Det var stedlige tjenester i 38 av disse. Volum på tjenestene varierer fra 0,2 til 13 årsverk. Hvor stedlige tjenester mangler, er rekrutteringsutfordringer hovedårsaken. Alle helseforetak har trepartsavtaler med Kriminalomsorgen og den kommunale fengselshelsetjenesten.

Gjennom evalueringen av helsetjenester i fengsel, har de regionale helseforetakene kartlagt hvor tjenestene fungerer godt og hvor det er rom for forbedring. Det å ha tjenester til faste tider er suksesskriterier for at tjenestene skal fungere godt. Å tilby gode og tilgjengelige tjenester i fengsel handler også i stor grad om et samarbeid med andre aktører i fengsel, som Kriminalomsorgen og den kommunale helsetjenesten.

GAP-skjema vil bli benyttet i oppfølgingen av helseforetak der behandlingstjenestene, eller samhandlingen med andre aktører, har forbedringspotensial.

Oppdraget ble levert til Departementet i mai 2026.

Redusere overdosedødsfall som skyldes reseptbelagte legemidler

I tillegg til oppdragsdokument for 2025 fikk de regionale helseforetakene, under ledelse av Helse Midt-Norge RHF, i oppdrag å utrede en løsning for å sikre tilstrekkelig kapasitet og likeverdige spesialiserte tjenester for pasienter med langvarige smerter og iatrogent avhengighetssyndrom. Det skal og utredes en løsning for organisering av tverrfaglig veiledningstjeneste for allmennlegetjenesten om pasienter med langvarige smerter og iatrogent avhengighetssyndrom. Erfaringene fra OpioGuide ved St. Olavs hospital HF legges til grunn for utredningen.

I årlig melding for 2025 fra de regionale helseforetakene fremgår det at Helse Midt-Norge RHF leder det interregionale arbeidet. Mandat for prosjektet ble godkjent ultimo 2025. Prosjektet skal resultere i en kort rapport som ferdigstilles juni 2026. Prosjektgruppen er i gang med å kartlegge dagens praksis, og arbeidet følger estimert tidsplan.

De regionale helseforetakene fikk videre i oppdrag å sørge for implementering av nasjonale faglige anbefalinger med støtte fra nasjonale og regionale aktiviteter, og utrede muligheten for felles prinsipper for ordinering, rekvirering og nedtrapping av opioider ved postoperative smerter i sykehus. Det skal rapporteres for dette oppdraget.

Det bes om rapportering i årlig melding for 2026.

De regionale helseforetakene fikk også i oppdrag å vurdere resultatene fra Pain Path i 2027 og hvordan innføring av Nasjonalt pasientforløp for langvarige smerter bidrar til spesialiserte helsetjenester for pasienter med langvarige smerter og iatrogent avhengighetssyndrom. Det skal rapporteres for dette oppdraget i årlig melding for 2027.

Styrke det psykiske helsetilbudet i Longyearbyen

I tillegg til oppdragsdokument for 2025 fikk Helse Nord RHF i oppdrag 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.

UNN har på oppdrag fra Helse Nord RHF kartlagt og vurdert dagens tilbud. Utredningen er gjennomført med bidrag fra relevante miljøer, og viser at det psykiske helsetilbudet i Longyearbyen i hovedsak er godt utbygd og tilpasset befolkningens størrelse og behov. Samtidig identifiserer utredningen flere tiltak som kan bidra til videre utvikling av tilbudet. Helse Nord RHF stiller seg bak utredningens beskrivelser og anbefalinger.

Styrke innsatsen overfor mennesker med samtidige ruslidelser og psykiske lidelser

I tillegg til oppdragsdokument for 2025 fikk de regionale helseforetakene i oppdrag å styrke innsatsen overfor mennesker med samtidige ruslidelser og psykiske lidelser (ROP-lidelser). Det er et mål å etablere tverrfaglige behandlingsplasser for denne gruppen i alle helseregioner. Det vises til anmodningsvedtak nr. 504 i behandling av Meld. St. 5 (2024–2025) *Trygghet, fellesskap og verdighet, Forebyggings- og behandlingsreformen for rusfeltet Del I* – en ny politikk for forebygging, skadereduksjon og behandling: «Stortinget ber regjeringen styrke innsatsen overfor mennesker med ROP-lidelser ved å etablere tverrfaglige behandlings-plasser for denne gruppen i alle helseregioner».

I årlig melding for 2025 fra Helse Midt-Norge RHF fremgår det at kravet er innfridd. Alle TSB-klinikker tilbyr behandling til ROP-pasienter med moderate psykiske symptomer/ lidelser som kan dra nytte av TSB-behandling. Helse Midt-Norge har i tillegg sju regionale døgnplasser særlig tilrettelagt for ROP-pasienter i adskilt enhet hos privat leverandør. Ytterligere styrking vil sees i sammenheng med arbeid i regionen for styrking av psykisk helsevern og TSB sett under ett.

I årlig melding for 2025 fra Helse Nord RHF fremgår det at det er etablert egen døgninstitusjon for denne målgruppen i Nordlandssykehuset. UNN planlegger ny ROP-post i Nye Åsgård (nytt bygg). Målgruppen får tilbud gjennom oppsøkende team, og økt samarbeid mellom psykisk helsevern og TSB i flere helseforetak, herunder også i døgninstitusjoner innen psykisk helsevern.

I årlig melding for 2025 fra Helse Sør-Øst RHF fremgår det at oppdraget ble videreformidlet til helseforetakene, som rapporterer om en rekke tiltak og utviklingsarbeid for å styrke innsatsen til pasienter med ROP-lidelser. Pasienter med ROP-lidelser utgjør i dag en stor andel av pasientene innlagt i psykisk helsevern, både på akuttavdelinger og avdelinger for lengre døgnopphold både på sykehus og DPS, og behandlingen er i stor grad tverrfaglig. Tiltak for å styrke tilbudet til denne gruppen handler derfor særlig om å kartlegge kompetanse og heve kompetanse på rusbehandling i psykisk helsevern/dele kompetanse mellom psykisk helsevern og TSB. Andre tiltak er blant annet opprettelse av rusakuttmottak i Vestre Viken HF, egne ROP-team og/eller styrking av FACT-team, samordning av inntaksvurderinger mellom psykisk helsevern og TSB der det er tvil om tilhørighet (Oslo universitetssykehus HF), og egne pasientforløp for ROP-lidelser (Sørlandet sykehus HF).

Nasjonalt kompetansesenter for rus og avhengighetslidelser, alvorlige samtidige psykiske lidelser og personlighetsforstyrrelser (NRAPP), ble etablert 1. januar 2025. I strategiperioden 2025–2030 vil NRAPP utvikle og spre opplæring innen rus og avhengighet samt integrert behandling. Arbeidet omfatter etablering av møteplasser for fagpersoner og ledere på tvers av TSB, psykisk

helsevern for voksne og barn og unge for deling av kunnskap og erfaring, samt påvirkning av studie- og opplæringsplaner slik at grunn-, etter- og videreutdanning får økt fokus på integrert behandling.

Helse Sør-Øst RHF ha økt sitt kjøp av døgnplasser for ROP-pasienter hos private avtaleparter med 11,5 plasser, gjeldende fra årsskiftet 2025/2026. Lovisenberg Diakonale Sykehus har i 2025 også kjøpt to sengeplasser for ROP-pasienter ved Manifestsenteret, og vil utvide anskaffelsen i 2026.

I årlig melding for 2025 fra Helse Vest RHF fremgår det at det totale behandlingstilbudet til ROP pasienter omfatter ambulant oppfølging, polikliniske tjenester og døgnplasser. I alle helseforetak er det tett samhandling og dialog mellom enheter innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling mot målgruppa. Det er stor vekt på trygge overganger og samhandling internt og også mot kommunene.

Helse Førde melder om at de er i prosess med å etablere FACT-team i alle DPS og med å bedre døgnkapasiteten i DPS.

Helse Fonna har i 2025 etablert egen avdeling for Rus og avhengighet i klinikk for psykisk helsevern og rus, for å sikre rekruttering av nødvendig kompetanse og styrke spesialistkompetanse og kapasitet.

Rusproblemer og inntaksvurderinger i psykisk helsevern

I tillegg til oppdragsdokument for 2025 fikk de regionale helseforetakene i oppdrag å sikre at inntaksvurderinger i psykisk helsevern gjøres i tråd med gjeldende prioriteringsveiledere fra Helsedirektoratet og at rusproblemer alene ikke kan være grunn for avslag til behandling i psykisk helsevern. Dette gjelder også for barn og unge. Det vises til anmodningsvedtak nr. 505 i behandling av Meld. St. 5 (2024–2025) Trygghet, fellesskap og verdighet, Forebyggings- og behandlingsreformen for rusfeltet Del I – en ny politikk for forebygging, skadereduksjon og behandling: «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.»

I årlig melding for 2025 fra Helse Midt-Norge RHF fremgår det at oppdraget er innfridd. St. Olavs hospital angir at kravet er videreformidlet til inntaksansvarlige i PHV og PHBU. Føringer er også gjennomgått i lederteam for klinikkene. Helse Møre og Romsdal angir at oppdraget er fulgt opp i relevante fagledernettverk for å sikre felles forståelse og likeverdig praksis i regionen. Helse Nord-Trøndelag angir at helseforetaket følger gjeldende prioriteringsveiledere både innen PH og TSB.

I årlig melding for 2025 fra Helse Nord RHF fremgår det at Helse Nord RHF har fulgt opp ut mot helseforetakene at prioriteringsveilederne følges, og det er økt oppmerksomhet for å sikre at denne gruppen vurderes i henhold til disse.

I årlig melding for 2025 fra Helse Sør-Øst RHF fremgår det at oppdraget ble videreført til helseforetak og sykehus, som rapporterer at det er tydelig formidlet til alle inntaksteam at ikke rusproblemer alene kan være grunnlag for avslag til behandling i psykisk helsevern, heller ikke barn, og at dette etterfølges. Konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst gjennomførte i 2024 revisjon av avslag ved tre helseforetak i regionen, og fant at inntaksteamenes vurderinger var i tråd med prioriteringsveilederne. Flere helseforetak og sykehus har felles inntak for psykisk helsevern og TSB, for å sikre at pasienter med rett til behandling blir kanalisert til rett enhet. Flere helseforetak rapporterer også at de vil videreutvikle inntakssamarbeid mellom psykisk helsevern og TSB i 2026.

I årlig melding for 2025 fra Helse Vest RHF fremgår det at Helse Vest RHF har sikret at inntaksvurderinger i psykisk helsevern gjøres i tråd med gjeldende prioriteringsveiledere, og at rusproblem alene ikke er grunn for avslag til behandling i psykisk helsevern for barn, ungdom og voksne. Helseforetakene rapporterer at en i liten grad er kjent med at dette er et problem. Helse Vest RHF har presisert ovenfor helseforetakene hva som er god inntakspraksis. Dette følges opp i ulike egnede fora i helseforetakene.

Lavterskel, oppsøkende og fleksibel tilnærming i legemiddelassistert rehabilitering

I tillegg til oppdragsdokument for 2025 fikk de regionale helseforetakene i oppdrag å utvide tilbudet om legemiddelassistert rehabilitering (LAR) og gjøre det mer tilgjengelig for personer med problembruk av opioider som av ulike grunner ikke mottar LAR i dag. 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 årlig melding for 2025 fra Helse Midt-Norge RHF fremgår det at helseforetakene i Helse Midt-Norge har igangsatt et arbeid med å gjøre tilbudet mer tilgjengelig og likeverdig gjennom oppsø-

kende ambulant virksomhet og arenafleksible løsninger. Oppdraget følges opp i fagledernettverk TSB, hvor det skal utarbeides en felles retning for praksis i regionen. Arbeidet er i prosess.

I årlig melding for 2025 fra Helse Nord RHF fremgår det at det er etablert lavterskeltjenester LAR i de største byene i regionen ved Opinor i Bodø og Ruspoliklinikken sentrum i Tromsø.

I årlig melding for 2025 fra Helse Sør-Øst RHF fremgår det at målet er nådd ved alle helseforetak med unntak av Oslo universitetssykehus HF og Vestre Viken HF.

Tiltakene i helseforetakene omfatter lav terskel og kort ventetid inn i LAR, med behovsstyrt poliklinisk oppfølging, ambulerende kapasitet i psykisk helsevern og rusbehandling er styrket, blant annet gjennom FACT-team, og samarbeid med kommuner/bydeler. Sykehuset i Vestfold HF vurderer å erstatte enkelte fysiske LAR-kontroller med digital oppfølging. Akershus universitetssykehus HF øker tilgjengeligheten gjennom behovsstyrt poliklinikk og utvidet digital hjemmeoppfølging. Sykehuset Østfold har etablert tett samarbeid mellom TSB og smerteavdeling for rask tilgang. Sykehuset Innlandet HF har et aktivt LAR-nettverk og tilgjengelige akuttambulante team og FACT-team.

Oslo universitetssykehus HF manglet egnede lokaler for medisinutlevering, men forventet løsning våren 2026. De ansetter overlege, etablerer vaktsykepleier og har laget en lokal arbeidsgruppe. Oslo universitetssykehus HF har etablert LASSO (lavterskel substitusjonsbehandling), utvider LAR. Og har et fleksibelt, ambulant LAR-team (piLAR). Ambulante tjenester, brukerstyrte senger og integrert ettervern styrkes i samarbeid med Oslo kommune.

Vestre Viken HF har vurdert lavterskel-LAR, men det er per 2025 ikke etablert. Dagens LAR dekker hele opptaksområdet, men har begrenset restkapasitet til å utvikle tilbudet. Samarbeid med fastleger og kommuner vektlegges i arbeidet med LAR, og aktuelle tiltak vurderes i helsefellesskapet.

I årlig melding for 2025 fra Helse Vest RHF fremgår det at LAR tilbudet er i dag fleksibelt og lett tilgjengelig i alle helseforetak i Helse Vest. I Helse Bergen ble det allerede i 2014 etablert et tilbud om lavterskel-LAR. Erfaringen er at de i høy grad når fram til målgruppen. Også i Helse Stavanger er det tilbud om lavterskel-LAR og tilbudene er svært fleksible i møte med pasientene. I Helse Førde er det svært kort behandlingstid på LAR søknader, og lavterskel-LAR (ventemedisin) kan bli satt i gang allerede etter 1- 4 dager. Her er det tett dialog og samarbeid mellom fastlegen og LAR i helseforetaket. I Helse Fonna er det opprettet flere LAR poliklinikker der et av de prioriterte områdene er lavterskel henvising til LAR med rask oppstart.

Døgnplasser psykisk helsevern

I tillegg til oppdragsdokument for 2025 fikk de regionale helseforetakene i oppdrag å lage en konkret og tidfestet plan for hvordan døgnkapasiteten i psykisk helsevern i regionen skal økes fram mot 2030, i tråd med gjeldende framskrivningsmodell. Planen skal leveres innen 1. november 2025 og det forventes at den faktiske økningen starter i inneværende år.

De regionale helseforetakene leverte planer i tråd med oppdraget innen fristen 1.november 2025.

I årlig melding for 2025 fremgår det at Helse Midt-Norge RHF har, i tråd med oppdraget, utarbeidet og levert en plan for hvordan døgnkapasiteten innen psykisk helsevern skal økes frem mot 2030, basert på gjeldende framskrivningsmodell. I arbeidet er det innhentet innspill fra helseforetakene i regionen, og saken er lagt frem for Regionalt brukerutvalg, konserntillitsvalgte og konsernverneombud. Innspillene fra helseforetakene viser en felles forståelse av at enkelte pasientgrupper, særlig barn/unge og voksne med alvorlig psykisk lidelse, har behov for mer differensierte og robuste døgnbaserte tilbud, samtidig som det pågår en faglig dreining mot mer ambulante og polikliniske tjenester.

Planen beskriver både vedtatte og ikke vedtatte endringer i døgnkapasiteten i Helse Midt Norge. Det er vedtatt en økning på seks døgnplasser: fire plasser er etablert i Helse Møre og Romsdal i 2025, og to regionale sikkerhetsplasser er planlagt ved St. Olavs hospital i 2026. Videre utredes og vurderes en utvidet kapasitet på mellom 50-60 plasser, hvor etablering av overgangsboliger og realisering av Senter for psykisk helse ved St. Olavs hospital vil være viktig for å kunne etablere denne økte kapasiteten.

I årlig melding for 2025 fra Helse Nord RHF fremgår det at oppdraget er svart ut i eget brev til departementet innen fristen. Tabellen nedenfor viser planlagt og gjennomført endring i døgnplasser innen psykisk helsevern (barn og voksne) i Helse Nord og sammenligner dette med måltall for døgnplasser basert på nasjonal framskrivningmodell.

Tabell 5.3 Døgnplasser i psykisk helsevern i Helse Nord

	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	Mål for 2030	Diff
FIN[1]	38	38	38	41	41	41	41		
UNN	163	171	171	180	158[2]	158	161[3]		
NLSH	132	136	142	142	142	142	142		
HSYK	30	30	30	30	30	30	30		
Sum	363	375	381	393	371	371	374[4]	370	+4
Rate pr 1000	0,74	0,77	0,80	0,80	0,76	0,76	0,76		

[1] Helgelandssykehuset og Finnmarkssykehuset utreder etablering av akuttenhet, psykisk helsevern voksne. Eventuell etablering blir trolig i perioden 2030-35.

[2] Universitetssykehuset Nor-Norge skal realisere Nye Åsgård i perioden 2027-2031. DPS døgnplasser avvikles og omstilles mellom 2027 og 2028. Mye eksisterende bygningsmasse skal gjenbrukes i Nye Åsgård. Det vil derfor bli store svingninger i antall døgnplasser disse årene da tilbud må flyttes og midlertidig slås sammen i byggeperioden.

[3] Det er ennå noe uklarhet vedr. hvilke rom/plasser som skal inngå i telling av døgnplasser. UNN har 14 flere rom/senger planlagt i Nye Åsgård enn hva som rapporteres her. Det er heller ikke avklart hvor mange døgnplasser UNN evt. skal drive i Midt-Troms etter 2027. Det vurderes tre plasser, men det kan bli flere. Det pågår samtaler med aktuelle kommuner i Midt-Troms. Disse plassene er heller ikke inkludert i denne oversikten.

[4] Døgnkapasitet TSB er ikke inkludert i denne oversikten. Planlagte sikkerhetspsykiatriske plasser for barn og unge samt kommende rusbehandlingsplasser for barn og unge er ikke inkludert da kapasitet og lokalisering ikke er besluttet. Det foreligger videre en plan om å øke antall døgnplasser med 5 for BUP i UNN. Det er ennå uklart når disse vil bli realisert og de er derfor ikke inkludert i tabellen.

I årlig melding for 2025 fra Helse Sør-Øst RHF fremgår det at planen ble levert innen frist for oppdraget 1. november 2025. Helse Sør-Øst RHF har videreført oppdraget til regionens helseforetak og sykehus. Innen psykisk helsevern er det gjennomført/planlagt flere endringer frem mot 2032 som påvirker antall døgnplasser i de ulike helseforetakene/sykehusene.

For psykisk helsevern voksne er det et differensiert utfordringsbilde. I Oslo-området synes planlagt kapasitet å være tilstrekkelig, men det gjenstår et arbeid for optimal utnyttelse på tvers av helseforetak/sykehus. For øvrige helseforetak i regionen ser det for flere av helseforetakene ut til å kunne bli en krevende driftssituasjon frem mot 2030 med høy gjennomsnittlig beleggsprosent. I tilbakemeldingene fra helseforetakene/sykehusene fremheves det et mulighetsrom i eksisterende areal samt pågående arbeid med å styrke ambulante tjenester og arbeid med å redusere variasjon.

For psykisk helsevern barn og unge er det en overkapasitet, selv uten å inkludere døgnplasser hos private avtaleparter.

Dagens planer for å øke døgnplasser i psykisk helsevern for voksne i helseforetakene og sykehusene i regionen er ikke er tilstrekkelig for å møte framskrevet aktivitet fram mot 2030, og dette vil kunne føre til et høyere belegg og en mer presset driftssituasjon enn ønskelig. Helse Sør-Øst RHF vil gå i dialog med de ulike helseforetakene/sykehusene og adressere behovet for å styrke døgnkapasiteten i tråd med fremskrevet behov. Helse Sør-Øst RHF har økt kjøpet hos private avtaleparter med utvidelse fra 1. januar 2026.

I årlig melding for 2025 fra Helse Vest RHF fremgår det at Helse Vest RHF har, i samarbeid med helseforetakene, utarbeidet en konkret og tidfestet plan for å øke døgnkapasiteten i psykisk helsevern for voksne i regionen. Planen ble levert innen fastsatt frist og inneholder også en økning i tallet på døgnplasser i 2025. Planen er behandlet i styret i Helse Vest RHF.

5.3 Kunnskapsbaserte og bærekraftige tjenester gjennom forskning, innovasjon og næringslivssamarbeid.

Forskning i spesialisthelsetjenesten

De regionale helseforetakene har lansert en oppdatert oversikt på helsenorge.no over klinisk forskning som pågår i sykehusene akkurat nå. Oversikten bidrar til bedre kunnskap hos pasien-

ter og personell om hvilke studier som pågår og hvordan pasientene kan delta. Siden oppdateres fortløpende med innhold og funksjonalitet. Oversikten er et sentralt tiltak i regjeringens handlingsplan for kliniske studier og klinisk forskning.

Samlede forskningspoeng i helseforetakene 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 4 950 publikasjoner (vitenskapelige artikler, monografier og antologier) fra helseforetakene i 2025. I 2025 hadde i overkant av 60 pst. av artiklene internasjonalt medforfatterskap. Andelen artikler publisert i ledende tidsskrifter (nivå 2-tidsskrifter og -forlag) var 25,5 pst. i 2025, som er en økning fra 2024. Det ble rapportert inn 316 avlagte doktorgrader fra helseforetakene, som er på samme nivå som for 2024. Poeng for mottatt ekstern finansiering fra Norges forskningsråd og EU gikk ned med 3,1 pst.

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 2025 var det totalt 476 kliniske behandlingsstudier der helseforetakene inkluderte nye pasienter. Dette er en nedgang fra tidligere år. Helseforetakene var involvert i et større antall studier enn 476, men formålet med målingen er ikke å presentere statistikk for alle pågående kliniske behandlingsstudier, men for studier som har inkludert nye pasienter i 2025. 16 259 pasienter ble inkludert i kliniske behandlingsstudier i 2025, dette er en nedgang på 9,2 pst. fra målingen for 2024, og en nedgang på 22,4 pst. sammenliknet med 2023-tallene.

Det er mindre endringer mellom de regionale helseforetakene i fordelingen av forskningspoeng. Nærmere beskrivelse av resultater fra helsemålingen for 2025 er tilgjengelig på regjeringens nettsider.

De regionale helseforetakene har ikke nådd målet om en økning i antall kliniske behandlingsstudier som inkluderte pasienter i 2025. Beregning av andelen nye pasienter som deltok i kliniske behandlingsstudier i 2025 viser at andelen deltakelser var på 2,46 pst.

De regionale helseforetakene under ledelse av Helse Vest RHF har utarbeidet en rapport om nasjonal samordning av personvernvurderinger av forskningsprosjekter. Rapporten beskriver utfordringsbildet, vurderinger og anbefalinger for videre arbeid. I tråd med anbefalingene i denne rapporten, vil de regionale helseforetakene gjennomføre tiltak som skal bidra til nasjonal harmonisering av arbeidet med personvernvurderinger i forskning.

Måling av ressursbruk til forskning i helseforetakene gjennomføres hvert annet år. Samlet ble det rapportert om 3 832 forskningsårsverk og samlede driftskostnader til forskning på om lag 6,5 mrd. kroner i 2025. Beløpet inkluderer forskning finansiert over grunnbudsjettet og eksterne finansieringskilder. Det ble utført 321 flere forskningsårsverk i 2025 enn i 2023, som gir en økning på 9,1 pst. Driftkostnadene til forskning økte med nesten 1,1 mrd. kroner i samme periode, en økning på 20 pst. Målt i driftskostnader brukte helseforetakene i gjennomsnitt 2,9 pst. av sine samlede ressurser på forskning i 2025. Målingen er gjennomført av Statistisk sentralbyrå.

I alt 85 prosjekter inngår i porteføljen til program for klinisk behandlingsforskning. 27 pst. av midlene er lyst ut gjennom såkalt behovsidentifisert forskning, 70 pst. gjennom ordinære utlysninger og 3 pst. gjennom andre tildelinger. 97 327 pasienter er planlagt inkludert for alle studiene omfattet i porteføljen. Til og med 2025 er om lag 87 097 pasienter inkludert. Programmet brukes for rapportering av studiene innenfor rusforskning med særskilt tildeling over statsbudsjettet.

Innovasjon, teknologi og kunstig intelligens (KI)

I 2025 fikk de regionale helseforetakene i oppdrag å forsere arbeidet med å implementere effektive løsninger innenfor KI og IKT, særlig personellbesparende teknologier og tiltak som bedrer logistikk. De regionale helseforetakene fikk også i oppdrag å legge til rette for erfaringsutveksling innad i og mellom regionene slik at pågående tiltak spres raskere.

Alle regionale helseforetak beskriver i årlig melding 2025 at de er i gang og har prioritert raskere implementering av teknologi i tråd med arbeidet i Ventetidsløftet. Det er tatt i bruk KI-løsninger på flere områder, og de trekker særlig fram tale-til-oppsummering, radiologi/bildediagnostikk og kreftområdet.

I årlig melding 2025 fra Helse Sør-Øst RHF framgår det at foretaket inngikk rammeavtale på tre KI-plattformer innenfor bildediagnostikk som

alle var i gang med KI-løsninger samme år, for eksempel som hjelp til å påvise sannsynlighet for brudd på røntgenbilder. Foretaket startet en regional anskaffelse av KI-basert verktøy for tale-til-sammendrag. For å legge til rette for raskere spredning, har foretaket utviklet en regional modell for innføring av nye KI-løsninger på sykehusene.

I årlig melding 2025 fra Helse Vest RHF framgår det at det ble startet utprøving med fire leverandører som tilbyr verktøy for tale-til-sammendrag. Formålet er gi innsikt i hvordan dette kan brukes på en trygg måte og hvilke gevinster det gir.

I årlig melding 2025 fra Helse Midt-Norge RHF beskrives bruk av KI av innen radiologi, kreftbehandling og tale til sammendrag i klinisk virksomhet.

I årlig melding 2025 fra Helse Nord RHF framgår det at foretaket har etablert en sikker IKT-plattform for KI og helseforskning i Helse Nord. Plattformen legger blant annet til rette for utvikling og spredning av KI-løsninger. Regionen har tilrettelagt for bedre samarbeid.

I 2026 er alle regioner i gang med å ta i bruk KI-løsninger for tale-til-oppsummering. Regionene benytter opsjoner fra rammeavtalen som Helse Sør-Øst RHF har inngått med fire leverandører i 2026. Dette bidrar til at regionene kommer raskere i gang med å ta i bruk KI-løsninger. Ulike KI-systemer er i bruk i alle fire RHF i dag, og mange nye KI-systemer er i anskaffelse eller pilot/utprøving. Utviklingen av KI-systemer går raskt, og nye funksjoner legges også til eksisterende verktøy og løsninger. Alle regionen bruker KI-løsninger for å påvise brudd på røntgen.

De regionale helseforetakene har deltatt i prøverapportering av ny nasjonal indikator for innovasjonsaktivitet i helseforetakene. Rapporteringen er gjennomført i 2025 og 2026. NIFU har på oppdrag fra departementet, utarbeidet et notat i 2026 som oppsummerer resultat og erfaringer, samt gir anbefalinger for videre bruk av indikatoren.

Arbeid med helsedata og kvalitetsregistre

De regionale helseforetakene samarbeider om bedre bruk av helsedata og arbeidet er beskrevet i «Felles plan 2025 – Digital samhandling og tilrettelegging for bedre bruk av helsedata», som er helseregionenes felles årlige rapportering på IKT-utvikling og digitalisering.

Det er et mål at strukturert informasjon i journal- og fagsystemer, samt lovbestemte helseregistre, skal kunne gjenbrukes i medisinske kvalitetsregistre. Automatisert datafangst vil bidra til betydelige gevinster, blant annet redusert tidsbruk for helsepersonell, høyere dekningsgrad, bedre datakvalitet, mulighet for flere variabler og mer oppdaterte data i kvalitetsregistrene.

Alle de fire regionene har i 2025 arbeidet med tiltak og prosjekter knyttet til dette.

For å sikre ytterligere helhetlig nasjonal koordinering skal Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) i Helse Nord RHF etablere en nasjonal tjeneste for automatisert datafangst i 2026. Tjenesten vil få ansvar for å samordne initiativer på tvers av regioner, avklare juridiske rammer, forvalte avtaler med dataansvarlige, støtte harmonisering av variabler og sikre tilstrekkelig datakvalitet fra alle relevante datakilder.

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.

I 2025 har Ekspertpanelet gitt råd i 171 saker, som er en nedgang fra 201 saker i 2024. Median behandlingstid av sakene var elleve dager. Fem av sakene omhandlet ikke kreft, tre av disse var ALS. I de fleste sakene (84) var rådet fra Ekspertpanelet å gi ytterligere etablert behandling. Det ble gitt råd om å vurdere inklusjon i kliniske studier i Norge og utland i elleve saker. Det ble gitt ett råd om å søke tilgangsordningen.

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. I 2025 ble det etablert nytt mandat for piloteringen der Sykehuspartner ble tildelt rolle som «helseak-

tør» for piloteringen med ansvar for teknisk gjennomføring, dokumentasjon av resultater og nasjonal koordinering av IKT-tjenesteleverandørene. I løpet av 2026 er det startet opp arbeid i tre piloter. Pilot 1 – Føderert tilgang til genomdata og tilhørende kliniske data. Pilot 2 – Skytjenester for enklere kommunikasjon og deling av analyseverktøy/pipelines mellom helseregioner. Pilot 3 – Sikker kobling fra helseforetakene til TSD/NorTRE:

Nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten

Nasjonale kompetansetjenester og nasjonale og flerregionale behandlingstjenester skal bidra til likeverdig tilgang til spesialisert kompetanse og høyspesialisert pasientbehandling. De regionale helseforetakene har ansvar for å etablere, drifte og finansiere nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten, samt vurdere behov for å søke om etablering av nye eller avvikle tjenester. Veilederen for nasjonale tjenester legger opp til helhetlig gjennomgang av nasjonale tjenester. Departementet beslutter hvor ofte og i hvilken form denne gjennomgangen skal ha. Forrige gjennomgang ble gjennomført i 2017 (nasjonale behandlingstjenester) og 2018 (nasjonale kompetansetjenester). Departementet vil vurdere behov for ny helhetlig gjennomgang av nasjonale og flerregionale behandlingstjenester i 2027.

Europeisk samarbeid om sjeldne og komplekse tilstander (ERN og JARDIN)

Norge deltar gjennom universitetssykehus og nasjonale tjenester i Europeiske referansenettverk (ERN). Dette er virtuelle faglige nettverk som gir fagfolk og pasienter i Norge tilgang til europeisk ekspertise på komplekse og sjeldne diagnoser. Norge er med i 17 av de 24 faglige nettverkene. EU inviterte til i ny søknadsrunde våren 2026, og Oslo Universitetssykehus HF og Helse Bergen HF har søkt om å bli medlem i de gjenværende nettverkene.

Helse Sør-Øst RHF er oppnevnt av departementet til å lede den norske deltakelsen i det europeiske myndighetssamarbeidet JARDIN som har som hovedformål å styrke integrering av ERN i nasjonale helsesystemer. Flere av arbeidsgruppene i JARDIN er relevante for de regionale helseforetakenes oppfølging av den nasjonale sjeldenstrategien, herunder etableringen av nasjonalt register for sjeldne diagnoser.

Kompetansenettverk for arbeid og helse

De regionale helseforetakene fikk i 2025 i oppdrag, i samarbeid med Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet, og under ledelse av Helse Nord RHF, å etablere og drifte et interregionalt kompetansenettverk for arbeid og helse, forankret i relevante kompetanseenheter i spesialisthelsetjenesten og Arbeids- og velferdsetaten i hver region. Kompetansenettverket er tverrsektorielt og avgrenset til psykisk helsevern og fysikalsk medisin og rehabilitering. Mandat for nettverket er utarbeidet og godkjent. Formålet med kompetansenettverket er å bidra til bedre tverrsektorielt samarbeid og kunnskapsbaserte tjenestetilbud og til at pasienter og brukere får et likeverdig tilbud om arbeidsrettet behandling innen tjenesteområdene samarbeidet omfatter. Nettverket som ledes av Helse Nord RHF, har over statsbudsjettet fått øremerkede midler til formålet.

5.4 Vår felles helsetjeneste skal være fagfolkenes foretrukne arbeidsplass

Dette avsnittet redegjør for arbeidsgiverpolitikken, arbeidsmiljø og utdanningsoppdraget.

Hovedtrekk fra Helsepersonellplan 2040

Meld. St. 11 (2025–2026) *Helsepersonellplan 2040* er regjeringens plan som skal bidra til å sikre tilstrekkelig bemanning og bærekraftige helse- og omsorgstjenester. Planen skal behandles i Stortinget høsten 2026. Spesialisthelsetjenesten vil ha en sentral rolle i oppfølgingen av planen.

Norge står overfor en betydelig mangel på helsepersonell fram mot 2040. Framskrivninger viser et gap på om lag 42 000 årsverk, hvor størstedelen gjelder sykepleiere og helsefagarbeidere. Utfordringen er særlig stor i distriktskommunene. Dersom mangelen ikke håndteres, kan det føre til svekkede helse- og omsorgstjenester for befolkningen.

Tiltakene i planen er delt i to hovedområder: å øke tilgangen på helsepersonell og å redusere behovet for helsepersonell. På tilbudssiden er de viktigste forslagene til tiltak et nasjonalt heltidsløft, bedre arbeidstidsordninger, økt grunnbemanning, større utdanningskapasitet og kvalifisering av personer uten formell helseutdanning. Samlet kan disse tiltakene gi mellom 41 800 og 61 100 ekstra årsverk. For å dempe etterspørselen fore-

slås det økt bruk av digitalisering, kunstig intelligens og robotisering, bedre ansvars- og oppgavedeling mellom yrkesgrupper, sterkere prioritering av ressursbruk og utvikling av mer aldersvennlige boliger og desentraliserte helsetjenester. Disse tiltakene har et estimert potensial på om lag 17 300 årsverk.

Det tas sikte på at det skal rapporteres på måloppnåelsen av planen årlig i Prop 1 S. Tiltak kan justeres underveis dersom måloppnåelsen ikke er tilfredsstillende.

Medarbeiderløft

De regionale helseforetakene deltar i regjeringens Medarbeiderløft. Formålet med medarbeiderløftet er å bidra til godt samspill mellom medarbeidere og ledere på ulike nivå i helse- og omsorgstjenestene, og til at tjenestene skal være en attraktiv arbeidsplass. Medarbeiderløftet skal blant annet bygge på eksisterende kunnskap, arbeid og initiativer og fornye og forsterke innsatsen som gjøres på den enkelte arbeidsplass.

Utdanne, rekruttere og beholde helsepersonell

I 2025 fikk RHF-ene i oppdrag å legge til rette for gode karriereløp og tilgang til breddekompetanse innen indremedisin og kirurgi, herunder å styrke spesialistutdanningen samt vurdere organisering og faginndeling. Det er igangsatt utredninger om fremtidig funksjons- og oppgavefordeling. RHF-ene videreutvikler framskrivingsmodeller for legebehov og samarbeider med Helsedirektoratet om organisering og struktur for spesialistutdanningen for å sikre rekruttering til og ivaretakelse av breddekompetanse.

Videre ble det samme år gitt oppdrag om å forsere arbeidet for effektiv arbeids- og oppgavedeling. RHF-ene har trappet opp innsatsen for bedre oppgavedeling gjennom lokale prosjekter og regionale læringsnettverk. Arbeidet er koblet til Ventetidsløftet for å redusere flaskehalser, fjerne unødvendige rutinekontroller og frigjøre kapasitet hos personellgrupper det er knapphet på. Erfaringer og metoder spres systematisk på tvers av regionene gjennom nettverk og nasjonal erfaringsdeling.

Spesielt skal RHF-ene rekruttere, utvikle og beholde fagfolk i svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen. Arbeidet skal omfatte utarbeidelse av regionale planer bl.a. for å fremme et systematisk arbeid for hensiktsmessig oppgavedeling og organisering med utgangspunkt i fagarbeiderkompetanse. Det skal rapporteres på dette arbeidet i årlig melding for 2026. Helse Midt-Norge RHF skal dessuten også følge opp at dagens ultralydutdanning for jordmødre videreføres med fortsatt akademisk forankring og kvalitet på dagens nivå, innenfor en modell som sikrer større grad av sambruk av kompetanse og utstyr mellom universitets- og sykehusmiljøet. Utdanningskapasiteten skal ikke reduseres i overgangsperioden.

De regionale helseforetakene har fått i oppdrag å iverksette kompetansehevende tiltak som skal bidra til å øke kapasiteten og fremme hensiktsmessig oppgavedeling mellom personell i hørselsomsorgen, herunder vurdere etablering av fagskoleutdanning i audiologi i dialog med fagskolene. Oppdraget skal sees i sammenheng med regjeringens høreapparatgaranti, og med oppdrag gitt i 2024 om å etablere nasjonale videreutdanningsløp/spesialutdanninger for fagarbeidere. Helse Vest RHF har på vegne av de regionale helseforetakene ledet arbeidet med å utarbeide en plan med konkrete tiltak for gode pasientforløp i hørselsomsorgen, blant annet knyttet til styrket bruk av audiografer og annet personell gjennom bedre oppgavedeling og fagskoleutdanning. Planen følges opp i regionene. Helse Vest RHF har samarbeidet med Fagskolen Rogaland om fagskoleutdanning i audiologi, og fra høsten 2026 tilbyr Fagskolen Rogaland utdanningen «Hørselsteknikk og hørselsomsorg» for fagarbeidere.

I 2026 arbeider de regionale helseforetakene med å utvikle en årlig felles nasjonal rapport for personell, kompetanse og bemanningsplanlegging. Rapporten skal kartlegge utviklingen over tid for områdene i) utdanning og kompetanse, ii) bemanning og arbeidsforhold, iii) analyser og planlegging, og iv) tiltak og samhandling. Rapporten vil inngå i kunnskapsgrunnlaget for Helsepersonellmonitor som skal etableres.

Arbeidsmiljø

Norsk helsetjeneste skal være preget av åpenhet, samarbeid og tillit. Helseforetakene har i tråd med oppdraget arbeidet aktivt med god ivaretakelse av medarbeidere på alle nivåer. Arbeidet med faste hele stillinger er videreført, og økt bruk av teknologi og løsninger som gir fleksibilitet i arbeidstidsordninger er prøvd ut.

På sykefraværsområdet ble det stilt krav om at regionale helseforetak skulle forsterke arbeid og innsatsen med å redusere sykefraværet i helseforetaksgruppen sammenlignet med 2024-nivå, med sikte på å komme ned på 2019-nivå på sikt. Dette er et sentralt tiltak som kan bidra til å bedre tilgjengeligheten på arbeidskraft, redusere

innleie og også bidra til et bedre arbeidsmiljø. Det ble blant annet lagt til grunn at det skulle trekkes veksler på vellykkede tiltak i egen og andre regioner, og at det skulle rapporteres på utviklingen i tertialoppfølgingsmøtet i juni 2025. Utviklingen viser et fortsatt høyt sykefravær blant ansatte, men helseforetakene har som forutsatt fulgt opp med forsterket arbeid og innsats på området.

ForBedring er en stor felles medarbeiderundersøkelse som gjennomføres årlig blant alle ansatte i spesialisthelsetjenesten, både lokalt og regionalt.

De regionale helseforetakene fikk i 2025 i oppdrag å vurdere utvikling av felles indikatorer for HMS og arbeidsmiljø, og se det i sammenheng med oppdrag knyttet til pasientsikkerhetsindikatorer. Regionene melder at de har vurdert det som viktig at man først fikk etablert hva som skulle inngå i pasientsikkerhetsindikatorene fra ForBedring, for deretter å kunne utvikle indikatorer for HMS og arbeidsmiljø. Oppdraget er jobbet videre med i 2026.

De regionale helseforetakene har lagt til rette for at resultatene fra den årlige ForBedringsundersøkelsen følges opp lokalt. Tillitsvalgte skal involveres på ulike nivåer.

Undersøkelsen ForBedring skal også brukes til mer overordnede regionale analyser og utviklingsarbeid, og Helse Vest RHF utarbeider på vegne av alle regionene en nasjonal rapport.

5.5 Spesialisthelsetjenesten bidrar til samfunnssikkerhet og er forberedt på kriser og krig

Dette avsnittet redegjør for helseforetakenes rolle som kritisk samfunnsinfrastruktur.

Forsterke beredskapsplanleggingen i sykehus

I 2025 har de regionale helseforetakene forsterket beredskapsplanleggingen ved å revidere beredskapsplanene i tråd med ny nasjonal helseberedskapsplan, samt intensivert det sivilt-militære samarbeidet med Forsvaret og Helsedirektoratet for å etablere en helhetlig evakuerings- og behandlingskjede basert på NATO-krav og planer for spesialisthelsetjenesten i krig.

I foretaksmøtet 21. mai 2026 ble helseberedskap ytterligere løftet som et sentralt styringskrav overfor de regionale helseforetakene, med tydelige føringer om å styrke den samlede motstandskraften og operative beredskapen i spesialisthelsetjenesten. Møtet understreket nødvendigheten av å intensivere det sivilt-militære samarbeidet, følge opp kartlegginger av kritiske innsatsfaktorer og forsyningssikkerhet, samt sikre at beredskapsplaner og kapasiteter oppdateres i tråd med nasjonale totalforsvarskrav og et skjerpet sikkerhetspolitisk trusselbilde.

Det er satt i gang tverregionale kartlegginger av beredskapskapasiteter, logistikk, tilfluktsrom, tiltak for å øke kompetanse for behandling av krigsskadde og redusere sårbarheter knyttet til kritiske innsatsfaktorer som strøm, vann og ekom.

Informasjonssikkerhet

Arbeidet med informasjonssikkerhet tar utgangspunkt i en årlig trusselvurdering som danner grunnlaget for å identifisere helseforetakenes risikobilde og sårbarheter i en stadig mer krevende digital trusselsituasjon. De største truslene mot informasjonssikkerheten er organisert cybervirksomhet, cyberspionasje, og innsidevirksomhet. Basert på disse analysene defineres og iverksettes målrettede tiltak og handlingsplaner for å lukke identifiserte gap, styrke motstandskraften i den digitale infrastrukturen og sikre kontinuerlig oppfølging av IKT-beredskapen, samt tett overvåking av hendelser og sårbarheter.

Tilfluktsrom i sykehus

Når det gjelder tilfluktsrom, har de regionale helseforetakene og helseforetakene i landet gjennomført en kartlegging av eksisterende tilfluktsrom ved sykehusene for å etablere en helhetlig oversikt over rommenes tekniske tilstand og avklare behovet for oppgraderinger, et arbeid som samordnes nasjonalt i påvente av regjeringens nye forskrift og oppdaterte regelverk på området.

I tillegg utreder nå flere sykehusprosjekter som befinner seg i en fase der dette er mulig, muligheten for å inkludere tilfluktsrom i utbyggingene, for å ivareta beredskapsbehovene i tråd med det oppdaterte trusselbildet.

5.6 En bærekraftig drift og utvikling av spesialisthelsetjenesten og god personellbruk

Økonomi

Styrene i de regionale helseforetakene har ansvar for at virksomhetene drives innenfor de økonomiske rammene som er stilt til disposisjon av Stor-

tinget 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 2025. 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 2025 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 (2024–2025), foretaksmøtet og oppdragsdokumentet for 2025 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 nysalderingen av budsjettet for 2025 ble det gjort bevilgningsmessige endringer som følge av engangseffekter som følge av ny offentlig avtalefestet pensjon og nye pensjonsregler for ansatte med særaldersgrenser.

Årsregnskapene for 2025 ble godkjent i felles foretaksmøte 19. juni 2026. Tre av fire helseregioner hadde positive økonomiske resultater i 2025. Helse Midt-Norge hadde et negativt økonomisk resultat på 7 mill. kroner. Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge har bedre resultater enn budsjettert, mens Helse Vest og Helse Nord har noe svakere resultater enn budsjettert. Både årsresultatene og driftsmarginer (driftsresultat før avskrivninger) må ses opp mot investeringsbehovene og -planene i årene framover.

Tabell 5.4 Årsresultat 2024 og 2025 (mill. kroner)

	Helse Sør-Øst	Helse Vest	Helse Midt-Norge	Helse Nord	Sum
Årsresultat 2024	3 184	903	-887	66	3 276
Årsresultat 2025	3 144	487	-7	2	3 626

Kilde: Årsregnskapene for de regionale helseforetakene, 2024 og 2025.

I Teknisk beregningsutvalg for spesialisthelsetjenestenes økonomi sitt notat fra 26. juni 2026 vises det til at resultatgraden målt før avskrivninger og renter (EBITDA) er høyere i 2025 enn i 2024 og 2023, men fremdeles under nivået før pandemien.

Investeringer og lån

De regionale helseforetakene har et helhetlig ansvar for drift og investeringer i sykehusene, og gis en bevilgning til både drift og investeringer. Teknisk beregningsutvalg for spesialisthelsetjenestens økonomi viser til at investeringsnivået i sektoren har økt kraftig de senere år. Dette begrunnes både i demografiske endringer og behovet for fornying av eldre deler av bygnings- og utstyrsmassen. Det økte investeringsnivået er planlagt og vedtatt med bakgrunn i sektorens samlede økonomiske rammebetingelser. Investeringer i bygninger, teknologi og utstyr utgjorde til sammen 20,3 mrd. kroner i 2025. Andelen kapitalkostnader har begynt å øke i takt med at nybyggene tas i bruk. I 2025 utgjør kapitalkostnadene om lag 4,5 pst. av de samlede kostnadene i helseforetakene.

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 framover. Ved behandlingen av Meld. St. 9 (2023–2024) *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024-2027 Vår felles helsetjeneste* ble det vedtatt at de regionale helseforetakene kan søke om lån på inntil 90 pst. av P50 og at de mer gunstige rentebetingelsene fra før 2018 ble gjort gjeldende for alle lån.

Styringssystemet for investeringer bygger på en kombinasjon av at foretakene er gitt utstrakte fullmakter på investeringsområdet samtidig som det skjer en oppfølging og styring på overordnet

nivå. For prosjekter over 500 mill. kroner skal resultater og vurderinger etter endt konseptfase legges fram for departementet, sammen med ekstern kvalitetssikring. Dette danner også grunnlag for lånesøknad til prosjektet.

De årlige kostnadene knyttet til investeringer framkommer 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, standarder og nye teknologiske løsninger må investeringsnivået ligge over årlige avskrivninger.

Tabell 5.5 Investeringer i løpende priser og låneopptak i prosent av driftsinntekter

	Investeringer i løpende priser (mrd. kroner)		Låneopptak i prosent av driftsinntekter	
	2024	2025	2024	2025
Helse Sør-Øst	13,2	12,3	19	23
Helse Vest	5,0	4,7	40	39
Helse Midt-Norge	2,8	1,9	23	24
Helse Nord	1,7	1,4	27	26
Sum	22,7	20,3		

Kilde: De regionale helseforetakenes årsregnskaper 2024 og 2025 og Teknisk beregningsutvalg for spesialisthelsetjenestens økonomi, notat juni 2026.

Avskrivningene utgjorde i 2025 9,7 mrd. kroner. Verdien på helseforetakenes varige driftsmidler og immaterielle eiendeler økte med 10,5 mrd. kroner i 2025.

Tabell 5.6 Utvikling i helseforetakenes verdi på bygg, utstyr og immaterielle verdier 2024-2025 (mill. kroner)

	2024	2025	Endring i prosent 24–25
Helse Sør-Øst	77 924	85 843	10 pst.
Helse Vest	37 052	39 759	7 pst.
Helse Midt-Norge	22 651	23 411	3 pst.
Helse Nord	19 143	1 9253	1 pst.
Sum	156 770	168 266	7 pst.

Kilde: De regionale helseforetakenes regnskaper 2025

Ved innføringen av helseforetaksmodellen ble helseforetakenes bygningsmasse og utstyr verdsatt til 66,6 mrd. kroner. I 2025 ble bygningsmasse og utstyr verdsatt til 168,3 mill. kroner i regnskapene for året. Dette er en økning på 7 prosent fra året før. 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, men de store prosjektene vil variere mellom regioner og helseforetak. Helseforetakene må prioritere sine investeringsplaner innenfor tilgjengelige økonomiske og finansielle rammer. Samtidig må det settes av midler til ordinært vedlikehold.

Økonomiske langtidsplaner

De regionale helseforetakene 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 syke-

hustjenester. 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 5.7 Helseforetakenes investeringsplaner i perioden 2027–2030 (mill. kroner)

	2027	2028	2029	2030	Sum
Prosjekter og bygningsmessige investeringer over 500 mill. kroner	11 090	15 860	18 290	13 710	58 950
Øvrige bygningsmessige investeringer	4 590	3 790	3 970	3 660	16 010
Investeringer i medisinsk teknisk utstyr	2 340	2 320	1 860	1 640	8 160
Investeringer i IKT og annet	2 970	2 740	2 600	2 180	10 490
Sum	20 990	24 710	26 720	21 190	93 610

Det inngår betydelige midler til medisinsk teknisk utstyr og IKT i prosjekter over 500 mill. kroner.

Produktivitet og bruk av personell

Det er et mål å øke produktiviteten i helse- og omsorgstjenestene gjennom målrettet omstilling og bedre utnyttelse av personellressursene. Dette skal bidra til å møte befolkningens behov for tjenester og samtidig begrense veksten i framtidig personellbehov.

Departementet er opptatt av å følge med på utviklingen i spesialisthelsetjenesten på aktivitet, økonomi, bemanning, kvalitet og forholdet mellom aktivitet og ressursbruk dvs. produktivitet. De siste publiserte dataene for kostnad per DRG i somatikken (kilde: Hdir, Samdata 2025), for perioden 2017 fram til og med 2024 viser at produktiviteten i helseforetakene falt under pandemien og at selv om produktiviteten har forbedret seg etter pandemien, er man fortsatt ikke tilbake på nivået før pandemien.

En ekstern analyse har, på oppdrag fra departementet, sett nærmere på årsakene til dette. Den peker bl.a. på økt kostnadsandel til lønn, økte årsverk innen personellgrupper med relativ høy lønn (psykologer og legespesialister) noe som gjør at den gjennomsnittlige lønnskostnaden per avtalte årsverk har økt, og økte investeringskostnader (renter og avskrivninger), som forklaringsfaktorer. Det vises samtidig til at for tre av fire regioner er det veksten i pasientkostnader, snarere enn veksten i andre kostnader, som fører til økning i driftskostnader per DRG-poeng. Styrket beredskap, nye arbeidsformer og økt spesialisering blir pekt på som en årsak til økte lønnskostnader og lavere produktivitet.

Pågående og planlagte større byggeprosjekter

Helse Sør-Øst RHF

Pågående prosjekter over 500 mill. kroner med statlige lånerammer:

- Nye Oslo universitetssykehus HF
- Ny regional sikkerhetsavdeling ved Oslo universitetssykehus HF (siste låneutbetaling i 2026)
- Utbygging og stråleterapi ved Sykehuset Telemark HF, Skien
- Nytt bygg for psykisk helsevern ved Akershus universitetssykehus HF (ferdigstilles og siste låneutbetaling i 2026)
- Etappe 2 av sikkerhetspsykiatri på Ila ved Oslo universitetssykehus HF (siste låneutbetaling i 2026)
- Akuttbygg Kristiansand, Sørlandet sykehus HF
- Videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF, Mjøssykehuset
- Somatikkbygg ved Akershus universitetssykehus HF

- Nytt stråle- og somatikkbygg på Kalnes, Sykehuset Østfold HF
- Byggetrinn 3 ved Sunnaas sykehus HF

Helse Vest RHF

Pågående prosjekter over 500 mill. kroner med statlige lånerammer:
- Byggetrinn 2 ved Haugesund sjukehus i Helse Fonna HF (siste låneutbetaling i 2026)
- Fase 1 av byggetrinn 2 ved nye Stavanger universitetssjukehus, Helse Stavanger HF
- Ombygging av Årstadshuset ved Haukeland universitetssjukehus i Helse Bergen HF

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
- Senter for psykisk helse ved St. Olavs hospital HF (første låneutbetaling i 2027)

Prosjekter over 500 mill. kroner under planlegging:
- 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

Prosjekter over 500 mill. kroner under planlegging:
- Utvikling av Nye Helgelandssykehuset

Prioritering og system for nye metoder

System for Nye metoder hadde høy aktivitet i 2025 og fortsatte arbeidet med å videreutvikle systemet for å bidra til raskere, mer likeverdig og bærekraftig tilgang til nye behandlingsmetoder i spesialisthelsetjenesten. I 2025 ble totalt 126 saker meldt inn for vurdering i systemet, hvorav 116 var legemidler, ni medisinsk utstyr og en prosedyre. Nesten halvparten av metodene meldt inn gjaldt kreftsykdommer. Det ble gitt 47 oppdrag om metodevurdering av legemidler til Direktoratet for medisinske produkter og 56 oppdrag om prisnotat til Sykehusinnkjøp HF. Av totalt 141 unike metoder som ble behandlet i Beslutningsforum for nye metoder i 2025, ble 95 metoder (67,4 pst.) besluttet innført og 43 metoder (30,5 pst.) besluttet ikke innført.

Etter 2023 ble det gjennomført flere tiltak for å redusere saksbehandlingstiden, blant annet forenklede prosesser for enkelte legemidler. For metoder som ble vurdert med metodevurdering og tilhørende prisnotat, ble mediantid fra markedsføringstillatelse til beslutning 364 dager i 2025. For de forenklede prosessene med kun prisnotat var mediantid 51 dager i 2025.

I 2025 ble det etablert en tilgangsordning for individuell vurdering av tilgang til metoder som er besluttet ikke innført i spesialisthelsetjenesten. Videre ble Beslutningsforum styrket med observatører fra kliniske fagmiljøer og pasientorganisasjoner.

I 2026 har arbeidet med videreutvikling av systemet fortsatt. Det er innført en ny prosess for håndtering av medisinsk utstyr, og nasjonale prosesser tilpasses løpende det europeiske HTAR-samarbeidet. Arbeidet med å styrke åpenhet og kommunikasjon følges opp gjennom innføring av mer utfyllende begrunnelser for beslutningene i Beslutningsforum og forbedringer av informasjonen på systemets nettsider. Det arbeides også videre med økt brukermedvirkning, bedre involvering av kliniske fagmiljøer, videreutvikling av tilgangsordningen og tiltak for pasienter med sjeldne sykdommer og andre grupper hvor dokumentasjonsgrunnlaget er begrenset.

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 oppmerksomhet på likeverdige helse- og omsorgstjenester og folkehelsearbeidet 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 fram i 2024.

Helsedirektoratet skal 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 øremerker årlig midler til en strategisk satsing på forskning på kvinners helse og kjønnsperspektiver gjennom Forskningsrådet på 20 mill. kroner. I tillegg inngår tematikken som en del av den ordinære helseforskningsaktiviteten departementet finansierer gjennom Norges forskningsråd. Som en del av oppfølgingen av regjeringens kvinnehelsestrategi. I 2026 hadde Forskningsrådet en større utlysning på 90 millioner kroner knyttet til kvinnehelse.

Nasjonalt pasientforløp for langvarige og sammensatte smertetilstander, som er sykdommer som oftere rammer kvinner, er gradvis innført i 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 er det parallelt gjennomført et forskningsprosjekt (PainPath) som skal gi viktig informasjon om hvilke pasienter som kan ha nytte av forløpet og på hvilken måte. Prosjektet pågår 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 kvalitetsregister, NorPain, ble etablert 1.1.2026.

Mangfold i helse

Det er også viktig at personellet i helse- og omsorgstjenesten 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 fram 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 fram 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 rekrut-

terer menn mellom 19–55+ 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. KS er prosjekteier på oppdrag fra Helsedirektoratet.

Om lag 90 pst. har fått relevant jobb som helsefagarbeider og er ikke lenger avhengig av ytelser fra NAV.

Menn i helse har samarbeid med om lag 150 kommuner, 13 fylkeskommuner og tilsvarende regioner i Nav. Totalt har 1 700 deltagere tatt fagbrev som helsefagarbeider siden oppstarten i 2010, og 300 av disse besto fagprøven i 2025.

Prosjektet har ifølge Helsedirektoratet bidratt til å gi kjønnsperspektivet oppmerksomhet.

Bevilgningen til Menn i helse foreslås videreført. Se nærmere omtale under kap. 760, post 71.

Heltidskultur

Regjeringen ønsker å redusere bruken av deltidsstillinger i helse- og omsorgstjenesten, og at det videreføres arbeid med å utvikle 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 i flere omganger 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 2025 er en av fire styreledere kvinner. I sykehusene er flertallet av ansatte kvinner, mens mindretallet av toppledere er kvinner. To av fire administrerende direktører i de regionale helseforetakene er kvinner. Helse- og omsorgsdepartementet har tidligere stilt krav til de regionale helseforetakene om at de må bidra til å rekruttere og utvikle kvinnelige ledere, spesielt på toppledernivå. 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, spesialisthelsetjeneste-

loven og tannhelsetjenesteloven. Regjeringen har lagt fram en ny opptrappingsplan mot vold og overgrep mot barn og vold i nære relasjoner i 2023. Videre har regjeringen lagt fram en ny handlingsplan mot negativ sosial kontroll og æresrelatert vold våren 2025

Likestillingsrapport

Tabell 6.1 Stillinger, Helse- og omsorgsdepartementet 2025 (kvinner/menn)

Stilling	Kvinner/menn	Totalt	% K/M	Lønnsforskjell i kr
E-sjef/dep.råd	4/4	8	50/50	
Kom.sjef	1/0	1	100/0	0
Avd.dir	18/9	27	67/33	14 306 (K)
Underdirektør	7/2	9	78/22	64 284 (K)
Spesialrådgiver	7/12	19	37/63	182 718 (M)
Fagdirektør	14/10	24	58/42	37 693 (M)
Seniorrådgiver	68/27	95	72/28	32 522 (M)
Rådgiver	13/5	18	72/28	12 900 (K)
Førstekonsulent	4/2	6	67/33	13 750 (K)
Konsulent	0/0	0	0/0	0
Utredningsleder	13/5	18	72/28	41 232 (M)
Kontorleder	1/0	1	100/0	0
Totalt	*150/76*	*226*	*66/34*	*77 885 (M)*

[1] Ekspedisjonssjefene/departementsråden er ikke med i lønnsstatistikken da de er på lederlønnskontrakter.

Statistikken bygger på gjennomsnittslønnen fra personaladministrative data for 2025.

Statistikken bygger på personaladministrative data. I 2025 var 66 pst. av de ansatte kvinner og 34 pst. var menn. Av ekspedisjonssjefer/departementsråd var 50 pst. kvinner. Av avdelingsdirektører var 67 pst. kvinner.

Av totalt 17 ansatte i midlertidige stillinger var 10 kvinner og 7 menn. Ansatte i HOD har i all hovedsak fulltidsstillinger. I 2025 jobbet 4 ansatte i reduserte stillinger. Ingen ansatte i HOD jobber ufrivillig deltid. I 2025 tok totalt 17 ansatte ut foreldrepermisjon, og det var kvinner som utgjorde størstedelen av denne gruppen (12 kvinner og 5 menn). Menn hadde gjennomsnittlig foreldrepermisjon på 16 uker, og kvinner hadde gjennomsnittlig 18 ukers foreldrepermisjon.

Tabell 6.2 Fravær grunnet sykdom, Helse- og omsorgsdepartementet

Kvinner	4,48 %
Menn	3,04 %
Alle	3,94 %

Helse- og omsorgsdepartementet hadde i 2025 et gjennomsnittlig fravær som følge av sykdom på 3,94 pst.

Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet

Direktoratet hadde 171 faste og midlertidige ansatte ved utgangen av 2025. Kjønnsfordelingen var 103 (60 pst.) kvinner og 68 (40 pst.) menn. I direktoratet var det 10 midlertidige stillinger. Av disse var 90 pst. kvinner og 10 pst. menn. I direktoratet jobbet 7 ansatte deltid. Av disse var 60 pst. kvinner og 40 pst. menn. Ingen av disse jobbet ufrivillig deltid. Gjennomsnittlig antall uker for-

eldrepermisjon i 2025 var 36,4 uker for kvinner og 13,4 uker for menn. Gjennomsnittlig utgjorde kvinners lønn 94,8 pst. av menns lønn.

Tabell 6.3 Stillinger og lønnsforskjeller, DSA 2025 (kvinner/menn)

Stilling	Ansatte (kvinner/ menn)	Årslønn pst. (kvinner/ menn)
Seksjonssjef	3/9	90,9
Personalsjef	1/0	
Økonomisjef	1/0	
Avdelingsdirektør	5/1	Under 100
Assisterende direktør	1/0	
Overingeniør	3/3	100,2
Sjefsingeniør	0/1	
Forsker (1108)	1/0	
Forsker (1109)	0/3	
Prosjektleder	2/0	
Utredningsleder	4/2	Under 100
Senioringeniør	1/2	Under 100
Forsker (1183)	0/3	
Seniorrådgiver	47/32	95,1
Førstekonsulent	3/0	
Rådgiver	22/9	93,6
Fagdirektør	9/2	Under 100
Direktør	0/1	

Folkehelseinstituttet

Folkehelseinstituttet hadde 1 349 faste og midlertidige ansatte ved utgangen av 2025. Kjønnsfordelingen var 882 (65 pst.) kvinner og 467 (35 pst.) menn. Ved utgangen av 2025 var det 125 midlertidige stillinger. Av disse var 74 pst. kvinner og 26 pst. menn. Ved utgangen av 2025 jobbet 120 ansatte deltid. Av disse var 58 pst. kvinner og 42 pst. menn. Gjennomsnittlig antall uker foreldrepermisjon i 2025 var 29,5 uker for kvinner og 16 uker for menn. Gjennomsnittlig utgjorde kvinners lønn 96 pst. av menns lønn.

Stilling	Ansatte (kvinner/ menn)	Årslønn pst. (kvinner/ menn)
Overlege	37/15	92,6
Lege	8/7	98,3
Stipendiat 1017	18/3	95,6
Avdelingsdirektør	38/19	96,6
Assisterende direktør	1/0	
Direktør 1062	4/3	107,8
Konsulent	2/1	Over 100
Hovedbibliotekar	2/0	
Avdelings-ingeniør 1084	1/2	Under 100
Avdelings-ingeniør 1085	8/13	98,4
Overingeniør	48/27	98,8
Laborant	1/1	Under 100
Forsker 1108	1/4	Under 100
Forsker 1109	53/47	99,3
Forsker 1110	32/16	98,3
Prosjektleder	4/0	
Senioringeniør	42/57	86,3
Forsker 1183	74/63	98,1
Seksjonssjef	25/7	99,2
Spesialrådgiver	4/1	Under 100
Ingeniør	1/0	
Postdoktor	25/9	100,6
Seniorkonsulent	4/4	104,0
Seniorrådgiver	339/129	97,6
Stipendiat 1378	3/0	
Førstekonsulent	2/5	Over 100
Rådgiver	84/18	101,3
Spesialbibliotekar	6/0	
Fagdirektør	14/15	100,1
Direktør 9106	1/0	

Helsedirektoratet

Helsedirektoratet hadde 852 faste og midlertidige ansatte ved utgangen av 2025. Kjønnsfordelingen var 556 (69,7 pst.) kvinner og 242 (30,3 pst.) menn. I 2025 var det 54 midlertidige stillinger. Av disse var 77,8 pst. kvinner og 22,2 pst. menn. I 2025 jobbet 36 ansatte deltid. Av disse var 81 pst. kvinner og 19 pst. menn. Deltidsbruken er knyttet til ansatte som har behov for redusert stilling pga. helse- og/eller velferdsmessige behov. Noen få ansatte som har sin hovedstilling hos en annen arbeidsgiver og jobber deltid i direktoratet. Ufrivillig deltid, uavhengig av kjønn, anses å ikke være en utfordring i direktoratet. Gjennomsnittlig antall uker foreldrepermisjon i 2025 var 19 uker for kvinner og 14 uker for menn. Gjennomsnittlig utgjorde kvinners lønn 94 pst. av menns lønn.

Tabell 6.4 Stillinger og lønnsforskjeller, Helsedirektoratet 2025

Stilling	Ansatte (kvinner/ menn)	Årslønn pst. (kvinner/ menn)
Direktør	1/0	
Avdelingsdirektør	5/0	
Seksjonssjef	6/3	97
Seniorrådgiver	81/27	91
Rådgiver	25/5	95
Førstekonsulent	6/0	

Pasient- og brukerombudet (POBO)

POBO hadde 68 faste og midlertidige ansatte ved utgangen av 2025. Kjønnsfordelingen var 61 (89,7 pst.) kvinner og 7 (10,3pst.) menn. I 2025 var det 5 midlertidige stillinger. Av disse var 100 % pst. Kvinner. I 2025 jobbet 4 ansatte deltid. Av disse var 100 pst. kvinner. Vi vurderer at ufrivillig deltid, uavhengig av kjønn, ikke er å anse som en utfordring hos oss. Gjennomsnittlig antall uker foreldrepermisjon i 2025 var 22 uker for kvinner og 0 uker for menn. Gjennomsnittlig utgjorde kvinners lønn 98 pst. av menns lønn.

Tabell 6.5 Stillinger og lønnsforskjeller, Pasient og brukerombudet 2025

Stilling	Ansatte (kvinner/ menn)	Årslønn pst. (kvinner/ menn)
Avdelingsdirektør	0/1	
Pasient- og brukerombud	12/0	
Seniorrådgiver	36/6	95
Rådgiver	12/0	
Førstekonsulent	1/0	

Helfo

Helfo hadde 432 faste og midlertidige ansatte ved utgangen av 2025. Kjønnsfordelingen var 339 (78,3 pst.) kvinner og 93 (21,7 pst.) menn. I 2025 var det 11 personer ansatt i midlertidige arbeidsforhold. Av disse var 7 (63,6 pst.) kvinner og 4 (36,4 pst.) menn. I 2025 jobbet 52 ansatte deltid. Av disse var 93 pst. kvinner og 7 pst. menn. For enkelte stillinger som rådgivende overleger og rådgivende overtannleger er det ønskelig at disse også praktiserer som leger og tannleger. Ut over dette er deltidsbruk i hovedsak knyttet til helse- og/eller velferdsmessige behov. Ufrivillig deltid anses ikke å være en utfordring i Helfo. Gjennomsnittlig antall uker foreldrepermisjon i 2025 var 16,2 uker for kvinner og 4,3 uker for menn. Gjennomsnittlig utgjorde kvinners lønn 86,8 pst. av menns lønn.

Tabell 6.6 Stillinger og lønnsforskjeller, Helfo 2025

Stilling	Ansatte (kvinner/ menn)	Årslønn pst. (kvinner/ menn)
Avdelingsdirektør	8/2	Over 100
Rådgivende overlege	4/5	98,9
Rådgivende overtannlege	0/5	
Seksjonssjef	17/5	100,6
Seniorrådgiver	140/53	93,4
Rådgiver	132/19	96,4
Førstekonsulent	34/4	100

Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten

Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten hadde 167 faste og midlertidige ansatte ved utgangen av 2025. Kjønnsfordelingen var 126 (75,4 pst.) kvinner og 41 (24,6 pst.) menn. I 2025 var det 6 midlertidige stillinger. Alle disse var kvinner. I 2025 jobbet 13 ansatte deltid. Av disse var 47,1% pst. kvinner og 52,9 pst. menn. Ingen ansatte i 2025 jobbet ufrivillig deltid. Gjennomsnittlig antall uker foreldrepermisjon i 2025 var 23 uker for kvinner og 8,3 uker for menn. Gjennomsnittlig utgjorde kvinners lønn 90,3 pst. av menns lønn.

Tabell 6.7 Stillinger og lønnsforskjeller, Helseklage 2025

Stilling	Ansatte (kvinner/ menn)	Årslønn pst. (kvinner/ menn)
Konsulent	5/0	
Førstekonsulent	3/0	
Seniorrådgiver	84/34	90,2
Avdelingsdirektør	7/2	Under 100
Rådgiver	26/5	103,1
Direktør	1/0	

Norsk pasientskadeerstatning (NPE)

NPE hadde 159 faste og midlertidige ansatte ved utgangen av 2025. Kjønnsfordelingen var 124 (78 pst.) kvinner og 35 (22 pst.) menn. I NPE var det en midlertidig stilling (vikariat). Stillingen var besatt av en kvinne. I NPE jobbet fem ansatte deltid. Av disse var 80 pst. kvinner og 20 pst. menn. Ingen ansatte i NPE jobbet ufrivillig deltid. Gjennomsnittlig antall uker foreldrepermisjon i 2025 var 21,6 uker for kvinner og 8,8 uker for menn. Gjennomsnittlig utgjorde kvinners lønn 92 pst. av menns lønn.

Tabell 6.8 Stillinger og lønnsforskjeller, NPE 2025

Stilling	Ansatte (kvinner/ menn)	Årslønn pst. (kvinner/ menn)
Direktør	1/0	
Avdelingsdirektør	5/0	
Seksjonssjef	6/3	97
Seniorrådgiver	81/27	91
Rådgiver	25/5	95
Førstekonsulent	6/0	

Statens helsetilsyn

Helsetilsynet hadde 131 faste og midlertidige ansatte ved utgangen av 2025. Kjønnsfordelingen var 97 (74 pst.) kvinner og 34 (26 pst.) menn. Ved utgangen av 2025 var det 8 midlertidige stillinger. Av disse var 62,5 pst. kvinner og 37,5 pst. menn. Ved utgangen av 2025 jobbet 11 ansatte deltid. Av disse var 64 pst. kvinner og 36 pst. menn. Ingen arbeidet ufrivillig deltid. Gjennomsnittlig antall uker foreldrepermisjon i 2025 var 18,5 uker for kvinner og 0 uker for menn. Gjennomsnittlig utgjorde kvinners lønn 89 pst. av menns lønn.

Tabell 6.9 Stillinger og lønnsforskjeller, Helsetilsynet 2025

Stilling	Ansatte (kvinner/menn)	Årslønn pst. (kvinner/ menn)
Avdelingsdirektør	3/1	Under 100
Underdirektør	11/2	Over 100
Fagdirektør	0/2	
Seniorrådgiver	68/21	88
Rådgiver	3/2	Under 100
Førstekonsulent	6/3	102

Direktoratet for medisinske produkter (DMP)

Direktoratet hadde 392 faste og midlertidige ansatte ved utgangen av 2025. Kjønnsfordelingen var 312 (80 pst.) kvinner og 80 (20 pst.) menn. I 2025 var det 20 midlertidige stillinger. Av disse var 70 pst. kvinner og 30 pst. menn. I 2025 jobbet 19 ansatte deltid. Av disse var 74 pst. kvinner og

26 pst. menn. Ingen ansatte i 2025 jobbet ufrivillig deltid. Gjennomsnittlig antall uker foreldrepermisjon i 2025 var 18,1 uker for kvinner og 7 uker for menn. Gjennomsnittlig utgjorde kvinners lønn 97 pst. av menns lønn.

Tabell 6.10 Stillinger og lønnsforskjeller, NPE 2025

Stilling	Ansatte (kvinner/ menn)	Årslønn pst. (kvinner/ menn)
Direktør og avdelingsdirektør	3/3	85
Seksjonssjef og fagdirektør	22/3	96
Overlege, forsker, legemiddel-inspektør og spesialrådgiver	37/12	99
Seniorrådgiver	187/48	99
Førstekonsulent, rådgiver og seniorkonsulent	63/14	90

Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten

Ukom hadde 27 faste og midlertidige ansatte ved utgangen av 2025. Kjønnsfordelingen var 20 (74 pst.) kvinner og 7 (26 pst.) menn. I 2025 var det én midlertidig stilling. Denne var besatt av en kvinne. I 2025 jobbet 6 ansatte deltid. Av disse var 50 pst. kvinner og 50 pst. menn. Ingen ansatte i 2025 jobbet ufrivillig deltid. Ingen ansatte hadde foreldrepermisjon i 2025. Gjennomsnittlig utgjorde kvinners lønn 112 pst. av menns lønn.

Tabell 6.11 Stillinger og lønnsforskjeller, Ukom 2025 (kvinner/menn)

Stilling	Ansatte (kvinner/ menn)	Årslønn pst. (kvinner/ menn)
Direktørstillinger	4/1	Under 100
Kontorsjef	1/0	
Seniorrådgiver	14/5	117
Rådgiver	1/1	Under 100

Bioteknologirådets sekretariat

Bioteknologirådets sekretariat hadde 9 faste og midlertidige ansatte ved utgangen av 2025. Kjønnsfordelingen var 6 (67 pst.) kvinner og 3 (33 pst.) menn. I 2025 var det én midlertidig deltidsansatt. Noen stillinger var i en periode ubesatt i forbindelse med nyansettelser og én midlertidig 40 % stilling var derfor besatt ut 2025. Ingen ansatte jobbet ufrivillig deltid. Gjennomsnittlig antall uker foreldrepermisjon i 2025 var 0 uker for kvinner og 4 uker for menn.

Tabell 6.12 Stillinger og lønnsforskjeller, Bioteknologirådets sekretariat 2025 (kvinner/menn)

Stilling	Ansatte (kvinner/ menn)	Årslønn pst. (kvinner/ menn)
Direktør	0/1	
Seniorrådgiver	3/2	Over 100
Kommunikasjons-sjef	1/0	
Adm.ansvarlig	1/0	
Konsulent (40 % midlertidig)	1/0	

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 2025 lønn på 2 954 747 kroner, mens annen godtgjørelse beløp seg til 3 495 kroner. Pensjonsopptjening utgjorde 340 080 000 kroner. Administrerende direktør har ordinære pensjonsbetingelser i *Pensjonskassen for helseforetakene i hovedstadsområdet* og har ingen avtale om tilleggspensjon. Under gitte forutsetninger har administrerende direktør rett på etterlønn i 12 måneder fra fratredelsesdato. Etterlønn vil bli redusert med lønn fra eventuell ny arbeidsgiver.

Helse Vest RHF

Administrerende direktør i Helse Vest RHF mottok i 2025 lønn på 2 575 000 kroner, mens annen godtgjørelse beløp seg til 15 000 kroner. Pensjonsopptjening utgjorde 250 000 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.

Helse Midt-Norge RHF

Administrerende direktør i Helse Midt-Norge RHF mottok i 2025 lønn på 2 632 000 kroner, mens annen godtgjørelse beløp seg til 1 000. Pensjonsopptjening utgjorde 250 000 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.

Helse Nord RHF

Administrerende direktør i Helse Nord RHF mottok i 2025 lønn på 2 590 000 kroner, mens annen godtgjørelse beløp seg til 351 000 kroner. Pensjonsopptjening utgjorde 261 000 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.

Norsk helsenett SF

Administrerende direktør i Norsk helsenett SF mottok i 2025 lønn på 2 530 621 kroner, mens andre ytelser utgjorde 349 186 kroner. Pensjonskostnadene utgjorde 289 485 kroner. Virksomheten dekker leie av leilighet i Trondheim (inkl. strøm og renhold) for administrerende direktør. Per november 2025 er leien på 20 000 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 der som 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 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 2025 lønn på 3 219 000 kroner, mens andre ytelser beløp seg til 254 000 kroner. Pensjonsopptjeningen til administrerende direktør utgjorde 911 000 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 oppsigelses tiden på seks måneder.

7 Klima og miljørelevante saker

Regjeringens klima- og miljøpolitikk bygger på at alle samfunnssektorer har et selvstendig ansvar for å legge klima- og miljøhensyn til grunn for aktivitetene sine 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,* og for arbeidet med klimatilpasing til Meld. St. 26 (2022–2023) Klima i endring – sammen for et klimarobust samfunn.

Klima og miljø – utfordringer og mål innenfor helse- og matområdet

Verdens helseorganisasjon slår fast at klimaendringene er en av de største helsetruslene vi står overfor globalt. I Meld. St. 15 (2022–2023) *Folkehelsemeldinga – nasjonal strategi for utjamning av sosiale helseforskjellar* (folkehelsemeldingen) er klimaendringer trukket fram som ett av tre områder som vil ha stor betydning for folkehelsearbeidet framover, også i Norge.

Norges befolkning har generelt god helse, og helsemessig står vi relativt godt rustet mot virkninger av klimaendringene. Likevel vil klimaendringene kunne påvirke både den fysiske og psykiske helsen i befolkningen. Ekstreme hendelser, f.eks. grunnet ekstremværsituasjoner, vil også kunne påvirke yting av helsetjenester. De med lavest sosioøkonomisk status og barn er de mest sårbare for effektene av klima- og miljøendringer.

Matsystemet bidrar med klimagassutslipp og påvirker miljø og natur. Men klimaendringene vil også påvirke vår evne til å produsere mat, mattryggheten og tilgangen på rent drikkevann. Velfungerende matsystemer og god forvaltning av disse er derfor viktig for å sikre befolkningen tilgang til nok, trygg og sunn mat. Matsystemet må bli mer bærekraftig, samtidig som det må bygges motstandsdyktighet mot klimaendringer og andre trusler.

Å få befolkningen til å spise mer frukt, bær, grønnsaker, grove kornprodukter og fisk/sjømat, og mindre rødt og bearbeidet kjøtt vil ikke bare være bra for helsa, men også for klimaet. Kostrådene er utformet på bakgrunn av sammenhengen mellom kosthold og helse, men klima- og miljøpåvirkning innenfor hvert av kostrådene er utarbeide og omtalt på Helsedirektoratet sine 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.

Rapportering

Klima- og miljøendringer påvirker folkehelsen både direkte og indirekte. Effektene kan oppstå akutt gjennom ekstremvær og naturhendelser, men også gradvis gjennom endringer i sykdomsbyrde, levekår og miljøforhold. Klimaendringer kan bidra til økt utbredelse av smittebærere, lengre pollensesonger og endringer i vann- og mattilgang. Konsekvensene er sosialt skjevt fordelt, og klimaendringene kan dermed forsterke eksisterende sosiale helseforskjeller. Barn, eldre, personer med kronisk sykdom eller funksjonsnedsettelse, og grupper med færre ressurser er særlig utsatt. I tillegg påvirkes samisk kultur og næring gjennom endringer i naturgrunnlaget, noe som også kan gi økte psykiske belastninger. Intakte økosystemer og natur er avgjørende for helse og livskvalitet, og nedbygging av natur kan svekke både klimatilpasningen og folkehelsen.

Arbeidet med klima og helse tar utgangspunkt i et bredt sett av styringsdokumenter, inkludert folkehelseloven, Meld. St. 5 (2023-2024) *En motstandsdyktig helseberedskap*, Meld. St. 9 (2024–2025) *Totalberedskapsmeldingen* og nasjonal helseberedskapsplan. Kunnskapsgrunnlaget om sammensatte effekter er fortsatt begrenset, selv om dette er styrket de senere årene, bl.a. gjennom rapporter fra Folkehelseinstituttet. For å støtte det lokale folkehelsearbeidet, hadde de nasjonale folkehelseprofilene for kommuner og fylkeskommuner klimaendringer som tema i 2025. Videre leder Miljødirektoratet arbeidet med Norges første nasjonale klimasårbarhetsanalyse, hvor helse er et sentralt temaområde. Analysen skal etter planen publiseres i 2027 og vil belyse helsekonsekvenser, sosial ulikhet og forhold i Sápmi.

I januar 2025 lanserte Helsedirektoratet et veikart for en bærekraftig, lavutslipps- og klimatilpasset helse- og omsorgstjeneste. Veikartet skal inspirere og veilede sektoren i overgangen til mer klimavennlige tjenester. Samtidig viser risiko- og sårbarhetsanalysen for helse- og omsorgssektoren (2025) at klimaendringer virker sammen med andre trusler, og avdekker sårbarheter knyttet til bl.a. forsyningskjeder, digital infrastruktur og vannforsyning.

Norge deltar også i flere internasjonale initiativer på klima- og helseområdet. Dette inkluderer helseprogrammet under COP26, Budapesterklæringen om miljø og helse, klima- og helsedeklarasjonen fra COP28, og Belém Health Action Plan (COP30). I tillegg prioriteres klimaendringer i helsesamarbeidet i Arktis og i bilaterale avtaler med Tyskland og Frankrike.

Videre arbeid

Helsedirektoratet har foreslått flere tiltak til vurdering i Helse- og omsorgsdepartementets arbeid med oppdatering av regjeringens klimastatus og -plan. Tiltakene vil kunne bidra til å videreføre og styrke arbeidet med klimatilpasning i helse- og omsorgssektoren, med sikte på en mer robust, kunnskapsbasert og samordnet innsats. Arbeidet bygger på sektorvise risiko- og sårbarhetsanalyser, nasjonale beredskapsplaner, den nasjonale klimasårbarhetsanalysen og erfaringer fra hendelser og øvelser i sektoren.

Et sentralt innsatsområde fremover er å videreutvikle kunnskapsgrunnlaget om sammenhengen mellom klima og helse. Den nasjonale klimasårbarhetsanalysen skal tas i bruk som et aktivt grunnlag for prioriteringer og videre politikkutvikling. Det tas sikte på å integrere klimarisiko i ordinær styring, planlegging og beslutningsgrunnlag i hele sektoren. Videre skal beredskapen for klimarelaterte hendelser videreutvikles, med særlig vekt på å sikre robusthet i kritisk infrastruktur og forsyningskjeder.

Helsedirektoratet vil følge opp veikartet for en bærekraftig, lavutslipps- og klimatilpasset helse- og omsorgstjeneste. I det videre arbeidet vil det legges vekt på å målrette tiltak mot sårbare grupper, for å tydeligere integrere hensynet til sosial ulikhet og sikre en rettferdig klimatilpasning. Samspillet mellom klima- og folkehelsearbeid skal styrkes, og kommunenes kapasitet til å håndtere klimarisiko og gjennomføre tiltak skal støttes. For å sikre at innsatsen gir ønskede resultater, vil det bli utviklet indikatorer og systemer for å følge framdriften og effektene av tiltakene. I tillegg vil det tverrsektorielle samarbeidet videreutvikles, og Norges internasjonale forpliktelser på klima- og helseområdet vil følges opp fortløpende.

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. Helse- og omsorgsdepartementet 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.

Styrene i de fire regionale helseforetakene har vedtatt 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 lavutslippssykehus innen 2050. Målene er forankret i FNs bærekraftsmål. Oslo universitetssykehus HF oppnådde i 2025 som første helseforetak i landet målet om reduksjon av 40 pst. direkte utslipp.

De regionale helseforetakene har vedtatt et felles rammeverk for samfunnsansvar som skal bidra til at spesialisthelsetjenesten ivaretar sitt samfunnsoppdrag på en bærekraftig og ansvarlig måte. Rammeverket omfatter sosiale, miljømessige og økonomiske forhold, og bygger på krav og forventninger bl.a. i åpenhetsloven, klimaloven, likestillings- og diskrimineringsloven, OECDs retningslinjer for ansvarlig næringsliv og FNs bærekraftsmål. Med utgangspunkt i rammeverket arbeider helseforetakene systematisk med å forebygge brudd på menneskerettigheter og arbeidstakerrettigheter, fremme likestilling og mangfold, redusere klima- og miljøbelastning, samt forebygge korrupsjon og økonomisk kriminalitet. Arbeidet omfatter også aktsomhetsvurde-

ringer av egen virksomhet og leverandørkjeder for å identifisere, håndtere og følge opp risiko knyttet til samfunnsansvar. Helseforetakene rapporterer årlig om hvordan arbeidet med samfunnsansvar følges opp, inkludert resultater innen klima, miljø, menneskerettigheter og anstendige arbeidsforhold. Samfunnsansvar er integrert i virksomhetsstyringen og skal bidra til effektiv ressursforvaltning, økt åpenhet og bærekraftig utvikling i spesialisthelsetjenesten.

Spesialisthelsetjenesten har siden 2018 hatt et felles nasjonalt klimaregnskap. Klimaregnskapet er en sammenstilling av spesialisthelsetjenestens totale klimafotavtrykk i C02-ekvivalenter og dekker både direkte og indirekte utslipp. For å beregne klimafotavtrykket brukes GHG-protokollens inndeling i scope 1, 2 og 3 og er en kombinasjon av fysiske data og regnskapsdata. Scope 3 utgjør 75 pst. av det samlede klimafotavtrykket.

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 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. I 2026 leverte Norge sin tredje frivillige rapport til FN med vurdering av status for bærekraftsmålene. Regjeringen rapporterer årlig til Stortinget på oppnåelsen av bærekraftsmålene. En samlet rapport følger som et digitalt vedlegg til Digitaliserings- og forvaltningsdepartementets Prop. 1 S. 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 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 med noen unntak. Andelen voksne med overvekt og fedme har økt jevnt de siste 50 årene. Tall fra Tromsøundersøkelsen og Helseundersøkelsen i Trøndelag (HUNT) fra 2015–2019 viser at om lag 78 pst. av mennene og 62 pst. av kvinnene i aldersgruppen 40–69 år har overvekt eller fedme.[1] Selv om nyere nasjonale tall basert på fysiske målinger mangler, viser selvrapporterte data fra Statistisk sentralbyrå og Den nasjonale folkehelseundersøkelsen (NHUS 2025) at andelen voksne med fedme fortsetter å øke, spesielt blant menn. Om lag 1 av 4 voksne nordmenn lever nå med fedme.

Blant barn (sju–åtteåringer) viser barnevekststudiens siste tall fra 2019 at andelen med overvekt og fedme har stabilisert seg mellom 15 og 20 pst. UngKan-studien (2018) viser lignende tall for 9-åringer (21 pst.) og 15-åringer (17 pst.). Blant 17-åringer viser selvrapporterte tall at andelen med overvekt og fedme er størst i Innlandet, Nordland, Troms og Finnmark, og lavest i Oslo.

Underernæring er en utfordring for flere eldre, og risikoen for underernæring og ufrivillig vekttap øker med alderen, særlig blant pasienter på sykehus, beboere i sykehjem og hjemmeboende eldre som mottar hjemmetjenester. Noen grupper i befolkningen har for lavt inntak av vitamin D, jern, folat og jod.

Et usunt kosthold er blant de viktigste risikofaktorene for utvikling av ikke-smittsomme sykdommer, jf. delmål 3.4, og for overvekt og fedme. De fleste barn og voksne i Norge har et variert kosthold med frukt og grønnsaker, grove kornprodukter og fisk, men inntaket av disse matvarene er ofte lavere enn anbefalt i henhold til kostrådene. Mange har også for høyt inntak av mettet fett og salt, og av rødt og bearbeidet kjøtt.[2] Inntaket av sukker har gått ned de senere årene, men er fortsatt for høyt i enkelte grupper. I tillegg er det tydelig sosial ulikhet i kosthold, hvor de med lengre utdanning generelt har et sunnere kosthold enn de med kort utdanning. Det er også forskjeller etter kjønn og alder.

Når det gjelder spedbarn, anbefaler Helsedirektoratet morsmelk de første seks månedene. En stor andel spedbarn får morsmelk, men for en kortere periode enn anbefalt. Nyere nasjonale

---

1 Folkehelseinstituttet (2026). *Overvekt og fedme i Noreg.* Folkehelserapporten.

2 Folkehelseinstituttet (2024). *Kosthold i Norge.* Folkehelserapporten.

data for ammeforekomst mangler, men i 2018–19 var andel spedbarn som ble fullammet 81 pst. ved 4 ukers alder, 39 pst. ved 4 måneder og 5 pst. ved 5,5 måneder.[3] Andelen som ble fullammet ved 4 måneders alder var vesentlig lavere i 2018–19 enn i 2006–07.

Regjeringen følger opp kostholdsarbeidet gjennom Meld. St. 15 (2022–2023) *Folkehelsemeldinga – Nasjonal strategi for utjamning av sosiale helseforskjellar*.

Blant annet arbeider Helsedirektoratet for at føde- og barselavdelinger skal være mor-barn-vennlige og at helsestasjoner skal godkjennes som ammekyndige i tråd med den norske tilpasningen av WHO og UNICEFs retningslinjer.

For å fremme sunnere matvalg hos barn, trådte forskrift om forbud mot markedsføring av visse næringsmidler særlig rettet mot barn i kraft 25. oktober 2025. Videre trådte forskrift om forbud mot salg av energidrikk til barn under 16 år i kraft 1. januar 2026, for å beskytte barn mot uheldige helseeffekter fra koffein. Andre tiltak rettet mot barn som støttes av regjeringen, er Matjungelen og Fiskesprell (se nærmere omtale under kap. 714, post 21).

Helsedirektoratet er i gang med å revidere både nasjonal faglig retningslinje for forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge og nasjonal faglig retningslinje for forebygging og behandling av overvekt og fedme hos voksne.

Helsedirektoratet fremmer kostrådene gjennom blant annet kommunikasjons- og informasjonstiltak rettet mot befolkningen. De utvikler og fremmer også retningslinjer og veiledere for kommuner og offentlige etater. Myndighetene samarbeider også med matvarebransjen om å tilrettelegge for et sunnere kosthold for å gjøre det enklere for befolkningen å velge sunt.

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. Gravide anbefales å ta tilskudd av folat i første trimester og vitamin D, jod og jern ved behov.

For de eldste er *Nasjonal strategi for godt kosthold og ernæring hos eldre i sykehjem og som mottar hjemmetjenester* utviklet og implementert.

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 81,6 år for menn og 84,9 år for kvinner i 2025, ifølge SSB. Forventet levealder varierer med utdanning og andre sosio-økonomiske indikatorer, og er generelt høyest for menn og kvinner med lang utdanning og lavest for de 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. Forventede friske leveår for aldersgruppen 60-64 år har i perioden 1990-2023 økt fra 14,0 til 17,9 for menn og fra 17,1 til 19,1 for kvinner.[4] I samme periode økte forventede år med sykdom i samme aldersgruppe, fra 4,4 år til 6,1 år for menn og fra 5,8 til 7,3 år for kvinner. Menn har dermed hatt en mer gunstig utvikling med større økning i både forventet levealder og forventede friske leveår sammenliknet med kvinner. Selv om kvinner lever lenger enn menn i gjennomsnitt, er det liten forskjell mellom kjønnene i antall forventede friske leveår, og kjønnsforskjellene i forventet levealder har blitt mindre.

Regjeringens Plan for Norge (2025) legger det overordnede grunnlaget for politikken i denne stortingsperioden. Planen angir sentrale ambisjoner for velferdssamfunnet, herunder en helsetjeneste som er tilgjengelig og likeverdig for alle. Helse- og omsorgsdepartementets langtidsplan Trygghet for helsa konkretiserer disse ambisjonene gjennom fem prosjekter:

- *En friskere befolkning* som skal bidra til å utjevne sosiale helseforskjeller, redusere sykefraværet og sørge for at færre faller ut av arbeidslivet.

[3] Helsedirektoratet. *Utviklingen i norsk kosthold*, tall basert på Spedkost 3, 2018-2019.

[4] Folkehelseinstituttet (2026). *Helse hos eldre i Norge.* Folkehelserapporten.

- *Raskere helsehjelp*, hvor ventetidene skal reduseres og fastlegeordningen moderniseres.
- *Eldreløftet* som skal gjøre det lettere for eldre å bo hjemme lenger, men samtidig gi eldre trygghet for å få sykehjemsplass når de trenger det.
- *Helsereform for fremtidens helsetjeneste,* hvor regjeringen vil gjennomføre en helsereform som sikrer helsetjenester i verdensklasse også i framtiden.

Det vises til nærmere omtale i Del 1 i denne stortingsproposisjonen.

Folkehelsemeldingen, stortingsmelding om framtidens allmennlegetjenester og akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus, Helsepersonellplan 2040, Nasjonal helse- og samhandlingsplan, helseberedskapsmeldingen, Ventetidsløftet og prioriteringsmeldingen utgjør rammene for regjeringens helse- og omsorgspolitikk. Innenfor disse rammene har regjeringen lagt fram noen viktige arbeider, herunder opptrappingsplan for psykisk helse, ny nasjonal tobakksstrategi, bo trygt hjemmereformen og forebyggings- og behandlingsreformen for rusfeltet. Det er også varslet en ny helsereform, der et offentlig utvalg utreder fremtidig organisering, finansiering og styring av helsetjenestene. Utvalget skal levere sin rapport innen 1. november 2026.

Det vises også til Meld. St. 28 (2024–2025) *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 (2022–2023) *Opptrappingsplan for psykisk helse (2023–2033)* er det helsefremmende og forebyggende psykiske helsearbeidet, gode 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 fram 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. Gjennom arbeidet med livskvalitet og den videre utviklingen av indikatorrammeverket operasjonaliseres delen om livskvalitet i mål 3. Dette er derfor et viktig supplement til de globale og nasjonale indikatorene.

Regjeringen arbeider for å forebygge selvmord og har startet utarbeidelsen av en ny og spisset handlingsplan for forebygging av selvmord. Nåværende Handlingsplan for forebygging av selvmord 2020–2025 – Ingen å miste følges opp fram til ny plan foreligger.

I forebyggings- og behandlingsreformen for rusfeltet, *Trygghet, fellesskap og verdighet* peker regjeringen retning for den framtidige rusmiddelpolitikken gjennom en reform som legger vekt på at Norges menneskerettslige forpliktelse til å sikre den høyest oppnåelige helsestandard, også gjelder for mennesker med rusmiddelproblemer og avhengighet. Det er et mål for regjeringen at ingen barn og unge begynner å bruke narkotika, og en kunnskapsbasert forebyggende innsats overfor barn og unge skal vektlegges.

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 fram 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, for en motstandsdyktig helseberedskap, og for 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 disa-

bilities» (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 SSBs nasjonale indikatorer for bærekraftsmålene fremgår det at det i perioden 2022 til 2024 var 1,9 mødre som døde per 100 000 levefødte 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 stabil dekning på over 90 pst. Voksenvaksinasjonsprogrammet ble lansert høsten 2026, og gir kommunene økt ansvar for å sørge for vaksiner til eldre og risikogrupper. 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 de årlige luftveisinfeksjonene, 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. I 2025 ble det rapportert om 208, 269 og 115 nye tilfeller av hhv. hiv, kronisk hepatitt B og tuberkulosesykdom, men hovedparten var smittet før innvandring til Norge. Nysmitte med disse sykdommene i Norge er sjeldent. De siste to årene har det vært en nedgang i antall meldte tilfeller av seksuelt overførbare infeksjoner i Norge. Norge har samlet sett en lav forekomst av infeksjoner forårsaket av mikrober som er resistente mot vanlige antimikrobielle legemidler, men forekomsten er økende. Det er derfor behov for en koordinert og tversektoriell tilnærming for å imøtegå dette. Antimikrobiell resistens kan være særlig utfordrende når det gjelder helsetjenesteassosierte infeksjoner.

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 tidlig død (før 70 års alder) 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, men det er ikke utviklet egne måleindikatorer for demens innenfor rammen av bærekraftsmål 3.4.

Utviklingen når det gjelder for tidlig død som følge av ikke-smittsomme sykdommer, har vært positiv. Tall fra Folkehelseinstituttet viser en nedgang på 21 pst. i perioden 2015–2024.[5] Det har særlig vært en nedgang i for tidlig død forårsaket av hjerte- og karsykdom og kreft for begge kjønn. Nedgangen har vært mindre bratt siden 2019, og Folkehelseinstituttet mener det kan bli utfordrende å nå målet om 33 pst. nedgang innen 2030 dersom trenden fortsetter.

Ikke-smittsomme sykdommer er den største bidragsyteren til sykdomsbyrden i Norge, og det er forbedringspotensial når det gjelder diabetes for begge kjønn og for kols for kvinner. I tillegg har selvmordsraten økt, særlig blant menn.

Utfordringer for videre nedgang i dødelighet inkluderer 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 øker. I tillegg er aktivitetsnivået i befolkningen lavt og varierer gjennom livsløpet. Norge nærmer seg

[5] Folkehelseinstituttet. For tidlig død av ikke-smittsomme sykdommer (indikator 1), 2025

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 fram 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 (i 2020 og 2021) var det registrerte alkoholforbruket høyere enn foregående år, hovedsakelig som følge av tiltak for å begrense spredningen av Covid-19, spesielt reiserestriksjoner som innebar at en del av alkoholsalget forflyttet seg fra utland til innland. Fra og med 2022 har det imidlertid vært en positiv utvikling med nedgang i registrert salg av alkohol, og i 2025 endte det på 5,98 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, og bruk av tobakks- og nikotinprodukter kan medføre en rekke skadelige helseeffekter. Tall for 2025 viser at 15 pst. av innbyggerne (16–74 år) røyker, 7 pst. daglig, og at 20 pst. bruker snus, 16 pst. daglig. Videre bruker 4 pst. av innbyggerne e-sigaretter, hvorav 1 pst. daglig, men det er store forskjeller i alder og kjønn blant brukerne. Blant kvinner i alderen 16–24 år er det 14 pst. som bruker e-sigaretter regelmessig. 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. For å sikre et langsiktig og systematisk arbeid med å utvikle tiltak som forebygger psykiske plager og lidelser, fremme lokalt rusforebyggende arbeid og fremme god psykisk helse og livskvalitet, ble fylkeskommunenes oppgaver fra det tidligere Program for folkehelsearbeid i kommunene gjort til et permanent, lovpålagt ansvar i folkehelseloven i 2026. Samtidig ble de øremerkede midlene innlemmet i fylkeskommunenes rammetilskudd.

Selvmord er blant de viktigste årsakene til for tidlig død, særlig blant menn. I 2025 er det foreløpig registrert 656 selvmord, som er et noe lavere tall enn på tilsvarende tidspunkt i foregående år.

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. Nye analyser fra Folkehelseinstituttet demonstrerer tydelige sosiale gradienter i forekomst av ikke-smittsom sykdom.[6] De undersøkte befolkningen i alderen 50–64 år som var bosatt i Norge i 2023, og andelen med minst én ikke-smittsom sykdom var dobbelt så høy blant personer med av utdanning eller lav inntekt sammenlignet med de med høy utdanning eller inntekt. De fant tydelige sosiale gradienter for både hjerte- og karsykdom, diabetes og kols, mens for kreft var mønstrene mer sammensatte. For både hjerte- og karsykdom og diabetes var forekomsten markant høyere blant personer med kort utdanning, lav inntekt og blant personer født i Pakistan, sammenlignet med norskfødte

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 regje-

[6] Folkehelseinstituttet (2026). Ulikhet i forekomst av ikke-smittsomme sykdommer, Notat.

ringen lagt fram 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. Formålet 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. Prøveprosjektet er nå evaluert og regjeringen skal ta stilling til hvordan erfaringene skal følges opp. 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 345 narkotikautløste dødsfall i 2024 (Dødsårsaksregisteret 2026), 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 fram 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.

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 lenge hatt en positiv utvikling, men trenden har i senere år flatet ut. I 2025 ble 645 hardt skadde i veitrafikkulykker, og 106 mennesker ble drept. Det var 19 flere drepte og 67 flere hardt skadde enn i 2024.

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 million innbyggere (19 per mill. innbyggere i 2025). I Nasjonal transportplan 2025–2036 (NTP) har regjeringen satt som etappemål at det innen 2030 skal være maksimalt 350 drepte og hardt skadde i veitrafikken, hvorav maksimalt 50 drepte. Ingen skal omkomme i veitrafikken i 2050. Ulykkesutviklingen går nå i feil retning, og Norge 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. Sammenlignet med 2024 var økningen i antall drepte i 2025 størst blant motorsyklister, syklister og fotgjengere. For hardt skadde, var den største økningen blant bilførere. SSB har i 2025 for første gang presentert statistikk som skiller ut elsparkesyklister. I 2025 omkom 2 elsparkesyklister, ca 2 pst. av alle drepte, mens de 34 hardt skadde utgjorde om lag 5 pst. av alle hardt skadde i trafikken.

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 særlig rettet innsats mot forebyggende tiltak. Dette handler om god og enkel tilgang til prevensjon, veiledning og undervisning om seksuell og reproduktiv helse. Regjeringen la i 2025 frem 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 strategiens prioriterte innsatsområder.

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 arbeider med et høringsnotat om en tannhelsereform, som skal ha som mål å bidra til å utjevne sosiale helseforskjeller i tannhelse. Høringsnotatet skal sendes ut høsten 2026, og bereder grunnen for en lovproposisjon som fremmes i 2027. Høringsnotatet vil presentere ulike tilnærminger til organisering, rettighetsfesting og finansiering av offentlig finansierte tannhelsetjenester. 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. Den 1. januar 2026 ble det innført 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. Sammen med Danmark og Island, utarbeidet Norge i 2025 felles nordiske retningslinjer for å hindre at tobakkspolitikken påvirkes av tobakksindustrien, jf. tobakkskonvensjonen art. 5.3. Regjeringen har i 2026 også besluttet å videreføre forbudet mot e-sigaretter med nikotin, og har hatt flere andre forslag på høring i 2025, deriblant høyere strafferamme i tobakksskadeloven.

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 støtter forskning på og utvikling av vaksiner, legemidler og andre medisinske mottiltak mot sykdommer som særlig rammer utviklingsland, og arbeider for rettferdig og rimelig tilgang til slike produkter. Norge støtter internasjonale rammeverk som legger til rette for tilgang til medisiner og vaksiner i samsvar med utviklingslandenes rettigheter under TRIPS-avtalen. Gjennom samarbeid med blant annet CEPI bidrar Norge til utvikling av vaksiner og beredskapsløsninger mot framtidige epidemier og pandemier. Pandemiavtalen, vedtatt av Verdens helseforsamling i 2025, skal styrke global tilgang til medisinske mottiltak og bidra til mer rettferdig fordeling ved framtidige helsekriser. Arbeidet med tilgang til vaksiner og medisiner ses i sammenheng med

Norges bredere innsats for robuste helsesystemer, universell helsedekning og global helseberedskap.

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 er også opptatt av å bedre arbeidsvilkår for helsepersonell for å beholde disse i helsetjenesten.

Norge fremmer universell helsedekning, særlig gjennom støtte til WHO. Utvikling av helsepersonell er en integrert del av dette arbeidet.

Norge støtter landenes egne helseplaner og bidrar til styrking av primærhelsetjenester og helsesystemer, inkludert gjennom oppfølging av Lusaka-agendaen. Norge arbeider også for bedre arbeidsvilkår for helsepersonell for å styrke rekruttering og bidra til at personell blir værende i helsetjenesten.

Delmål 3.d: Styrke kapasiteten i alle land, særlig i utviklingsland, for tidligvarsling, risikoredusering og håndtering av nasjonale og globale helserisikoer

Norge arbeider for å styrke landenes evne til forebygging, overvåking og håndtering av helsetrusler gjennom støtte til implementeringen av Det internasjonale helsereglementet (IHR 2005), pandemiavtalen og andre globale helseinstrumenter.

Norge bidrar finansielt og faglig til å styrke folkehelseinstitusjoner, laboratoriekapasitet og beredskapssystemer, blant annet gjennom Africa CDC og samarbeid med utvalgte land. Denne innsatsen bidrar både til bedre helseberedskap og til sterkere, mer bærekraftige helsesystemer.

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 framgang for arbeidet med seksuell og reproduktiv helse og rettigheter (SRHR) nasjonalt og internasjonalt.

Regjeringen prioriterer kvinnehelse for å sikre likeverdige helsetjenester og følger nå opp den langsiktige kvinnehelsestrategien. Ventetidene til behandling for kvinnesykdommer skal videre ned, kvinner med plager i forbindelse med overgangsalderen skal få bedre hjelp og regjeringen skal sørge for et likeverdig behandlingstilbud for kvinner med endometriose, adenomyose og lipødem. Forskningsrådet har lyst ut 90 mill. kroner og midlene skal gå til å etablere et nasjonalt nettverk for kvinnehelseforskning og 87 mill. skal finansiere forskningsprosjekter med særlig vekt på overgangsalder og kvinners livsfaser.

Helsedirektoratet skal også legge et kjønnsperspektiv til grunn der dette er relevant når direktoratet leverer beslutningsgrunnlag til Helse- og omsorgsdepartementet. Videre skal kjønnsperspektivet innarbeides ved revisjon og utvikling av nye nasjonale anbefalinger, råd, pakkeforløp og pasientforløp.

Helsenorge.no har etablert en egen side for kvinnehelse som gir kunnskapsbaserte råd for alle kvinners livsfaser. Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning jobber nå, sammen med blant andre Kilden kjønnsforskning, med å etablere en portal for formidling av kunnskap om kvinners helse. Målet er å stimulere til bedre bruk av eksisterende kunnskap og ny forskning.

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 framtidige 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, leve-

ringssikkerhet 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 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 fram en nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller. Gjennom Meld. St. 28 (2024–2025) *Tro på framtida – uansett bakgrunn* har regjeringen lagt fram 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 fram 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 bærefraft. 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 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 i bl.a. kommunenes rolle og ansvar som samfunnsutviklere. Loven regulerer statlige, fylkeskommunale og kommunale oppgaver for å forebygge sykdom, fremme helse og 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 høst 2024 fram rapport om indikatorer for gå- og aktivitetsvennlige nærmiljø, aktiv aldring og aldersvennlige samfunn, og våren 2024 la NIBR/OsloMet fram 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 (2026–2027) om statsbudsjettet for år 2027 føres opp de forslag til vedtak som er nevnt i et fremlagt forslag.

Forslag

Under Helse- og omsorgsdepartementet føres det i Prop. 1 S (2026–2027) statsbudsjettet for budsjettåret 2027 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	342 776 000	
	21	Spesielle driftsutgifter	45 776 000	388 552 000
701		Digitalisering i helse- og omsorgs-tjenesten		
	21	Spesielle driftsutgifter, *kan overføres, kan nyttes under post 60 og 70*	417 993 000	
	70	Norsk Helsenett SF	80 474 000	
	73	Tilskudd til digitalisering i kommunal helse- og omsorgs-tjeneste, *kan overføres*	45 342 000	
	74	Rammefinansiering av fellestjenester levert av Norsk helsenett	142 384 000	686 193 000
702		Beredskap		
	21	Spesielle driftsutgifter, *kan overføres, kan nyttes under post 70*	30 562 000	
	70	Tilskudd, *kan nyttes under post 21*	4 883 000	35 445 000
703		Internasjonalt samarbeid		
	21	Spesielle driftsutgifter, *kan overføres*	17 031 000	
	71	Internasjonale organisasjoner	269 793 000	
	72	Tilskudd til Verdens helse-organisasjon (WHO)	24 438 000	311 262 000
704		Norsk helsearkiv		
	01	Driftsutgifter	79 454 000	
	21	Spesielle driftsutgifter, *kan overføres*	10 939 000	90 393 000

Kap.	Post		Kroner	Kroner
709		Pasient- og brukerombud		
	01	Driftsutgifter	90 502 000	90 502 000
		Sum Helse- og omsorgs-departementet mv.		1 602 347 000
		Folkehelse mv.		
710		Vaksiner mv.		
	21	Spesielle driftsutgifter, *kan overføres*	397 803 000	
	22	Salgs- og beredskapsprodukter m.m., *kan overføres*	6 816 000	
	23	Vaksinasjonsprogram for voksne og risikogrupper, *kan overføres*	353 700 000	758 319 000
712		Bioteknologirådet		
	01	Driftsutgifter	14 457 000	14 457 000
714		Folkehelse		
	21	Spesielle driftsutgifter, *kan overføres*	96 996 000	
	22	Gebyrfinansierte ordninger	59 117 000	
	60	Kommunale tiltak, *kan overføres*	15 803 000	
	70	Rusmiddeltiltak mv., *kan overføres*	161 579 000	
	74	Skolefrukt mv., *kan overføres*	21 004 000	
	79	Andre tilskudd, *kan overføres, kan nyttes under post 21*	197 184 000	551 683 000
717		Legemiddeltiltak		
	21	Spesielle driftsutgifter, *kan overføres*	101 000	
	70	Legemiddelinformasjon	74 335 000	
	71	Legemiddeldistribusjon	108 801 000	183 237 000
		Sum Folkehelse mv.		1 507 696 000
		Spesialisthelsetjenester		
732		Regionale helseforetak		
	21	Spesielle driftsutgifter, *kan overføres*	3 237 000	
	70	Særskilte tilskudd, *kan overføres, kan nyttes under postene 72, 73, 74 og 75*	10 161 791 000	
	71	Resultatbasert finansiering	717 382 000	
	72	Basisbevilgning Helse Sør-Øst RHF	90 289 959 000	
	73	Basisbevilgning Helse Vest RHF	31 602 754 000	
	74	Basisbevilgning Helse Midt-Norge RHF	23 439 565 000	
	75	Basisbevilgning Helse Nord RHF	20 003 064 000	

Kap.	Post		Kroner	Kroner
	76	Innsatsstyrt finansiering, *overslagsbevilgning*	46 550 832 000	
	77	Laboratorie- og radiologiske undersøkelser, *overslagsbevilgning*	4 876 019 000	
	78	Forskning mv.	1 043 614 000	
	80	Kompensasjon for merverdiavgift, *overslagsbevilgning*	12 055 518 000	
	82	Investeringslån, *kan overføres*	8 748 600 000	
	83	Byggelånsrenter, *overslagsbevilgning*	901 000 000	250 393 335 000
733		Habilitering og rehabilitering		
	21	Spesielle driftsutgifter, *kan nyttes under post 79*	6 688 000	
	70	Behandlingsreiser til utlandet	125 794 000	
	79	Andre tilskudd, *kan nyttes under post 21*	3 502 000	135 984 000
734		Særskilte tilskudd til psykisk helse og rustiltak		
	01	Driftsutgifter	135 764 000	
	21	Spesielle driftsutgifter	17 432 000	
	70	Hjemhenting ved alvorlig psykisk lidelse mv.	3 577 000	
	71	Tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede	640 031 000	
	72	Utviklingsområder innen psykisk helsevern og rus	15 373 000	812 177 000
737		Historiske pensjonskostnader		
	70	Tilskudd, *overslagsbevilgning*	111 908 000	111 908 000
		Sum Spesialisthelsetjenester		251 453 404 000
		Sentral helseforvaltning		
740		Helsedirektoratet		
	01	Driftsutgifter	1 971 011 000	
	21	Spesielle driftsutgifter, *kan overføres*	86 506 000	2 057 517 000
741		Norsk pasientskadeerstatning		
	01	Driftsutgifter	246 922 000	
	21	Spesielle driftsutgifter	8 000 000	
	70	Advokatutgifter	53 241 000	
	71	Særskilte tilskudd	38 578 000	346 741 000

Kap.	Post		Kroner	Kroner
742		Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten		
	01	Driftsutgifter	202 352 000	
	21	Spesielle driftsutgifter, *kan overføres*	7 559 000	209 911 000
745		Folkehelseinstituttet		
	01	Driftsutgifter	1 556 297 000	
	21	Spesielle driftsutgifter, *kan overføres*	258 688 000	
	45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, *kan overføres*	16 630 000	1 831 615 000
746		Direktoratet for medisinske produkter		
	01	Driftsutgifter	516 408 000	
	21	Spesielle driftsutgifter, *kan overføres*	92 504 000	608 912 000
747		Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet		
	01	Driftsutgifter	242 419 000	
	21	Spesielle driftsutgifter, *kan overføres*	20 362 000	
	45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, *kan overføres*	5 990 000	268 771 000
748		Statens helsetilsyn		
	01	Driftsutgifter	194 565 000	
	21	Spesielle driftsutgifter, *kan overføres*	11 818 000	206 383 000
749		Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten		
	01	Driftsutgifter	40 116 000	40 116 000
		Sum Sentral helseforvaltning		5 569 966 000
		Helse- og omsorgstjenester i kommunene		
760		Kommunale helse- og omsorgs-tjenester		
	21	Spesielle driftsutgifter, *kan nyttes under postene 70 og 71*	306 165 000	
	60	Kompetanse, rekruttering og innovasjon	1 617 006 000	
	62	Tilskudd til vertskommuner	611 541 000	
	63	Investeringstilskudd til heldøgns omsorgsplasser, *kan overføres*	2 925 460 000	
	64	Kompensasjon for renter og avdrag	892 000 000	
	70	Tilskudd, *kan nyttes under post 21*	355 803 000	

Kap.	Post		Kroner	Kroner
	71	Kompetanse-, forsknings- og rekrutteringstiltak, *kan nyttes under post 21*	273 493 000	
	72	Aldersvennlige boliger, *kan overføres*	90 593 000	7 072 061 000
765		Psykisk helse, rus og vold		
	21	Spesielle driftsutgifter, *kan overføres, kan nyttes under post 79*	164 967 000	
	60	Kommunale tjenester, *kan overføres*	518 163 000	
	71	Brukere og pårørende, *kan overføres*	151 694 000	
	72	Frivillig arbeid mv., *kan overføres*	654 072 000	
	73	Utviklingstiltak mv.	147 576 000	
	74	Kompetansesentre, *kan overføres*	313 046 000	
	75	Vold og traumatisk stress, *kan overføres*	193 997 000	
	79	Andre tilskudd, *kan nyttes under post 21*	7 200 000	2 150 715 000
		Sum Helse- og omsorgstjenester i kommunene		9 222 776 000
		Tannhelse		
770		Tannhelsetjenester		
	21	Spesielle driftsutgifter, *kan overføres, kan nyttes under post 70*	3 506 000	
	70	Tilskudd, *kan overføres, kan nyttes under post 21*	498 912 000	502 418 000
		Sum Tannhelse		502 418 000
		Kunnskap og kompetanse		
780		Forskning		
	70	Norges forskningsråd, *kan overføres*	421 322 000	421 322 000
781		Forsøk og utvikling mv.		
	21	Spesielle driftsutgifter, *kan nyttes under post 79*	37 913 000	
	79	Tilskudd, *kan nyttes under post 21*	67 281 000	105 194 000
783		Personell		
	21	Spesielle driftsutgifter, *kan nyttes under post 79*	42 706 000	
	61	Tilskudd til kommuner	321 487 000	
	79	Andre tilskudd, *kan nyttes under post 21*	17 984 000	382 177 000
		Sum Kunnskap og kompetanse		908 693 000

Kap.	Post		Kroner	Kroner
		Spesialisthelsetjenester mv.		
2711		Spesialisthelsetjeneste mv.		
	70	Spesialisthjelp	3 470 000 000	
	71	Psykologhjelp	470 000 000	
	72	Tannbehandling	3 650 000 000	
	76	Private laboratorier og røntgeninstitutt	1 356 800 000	8 946 800 000
		Sum Spesialisthelsetjenester mv.		8 946 800 000
		Legehjelp, legemidler mv.		
2751		Legemidler mv.		
	70	Legemidler	15 650 000 000	
	71	Legeerklæringer	33 000 000	
	72	Medisinsk forbruksmateriell	2 660 000 000	18 343 000 000
2752		Refusjon av egenbetaling		
	72	Egenandelstak	8 775 000 000	8 775 000 000
2755		Helsetjenester i kommunene mv.		
	62	Fastlønnsordning fysioterapeuter, *kan nyttes under post 71*	660 000 000	
	70	Allmennlegehjelp	7 817 600 000	
	71	Fysioterapi, *kan nyttes under post 62*	2 125 000 000	
	72	Jordmorhjelp	120 000 000	
	73	Kiropraktorbehandling	6 000 000	
	75	Logopedisk og ortoptisk behandling	498 000 000	11 226 600 000
2756		Andre helsetjenester		
	70	Helsetjenester i annet EØS-land	9 000 000	
	71	Helsetjenester i utlandet mv.	650 000 000	
	72	Helsetjenester til utenlandsboende mv.	570 000 000	1 229 000 000
		Sum Legehjelp, legemidler mv.		39 573 600 000
		Andre helsetiltak		
2790		Andre helsetiltak		
	70	Bidrag	274 000 000	274 000 000
		Sum Andre helsetiltak		274 000 000
		Sum departementets utgifter		319 561 700 000

Inntekter:

Kap.	Post		Kroner	Kroner
		Diverse inntekter		
3700		Helse- og omsorgsdepartementet		
	03	Refusjon av ODA-godkjente utgifter fra Utenriksdepartementet	222 000 000	222 000 000
3704		Norsk helsearkiv		
	02	Diverse inntekter	2 615 000	2 615 000
3710		Vaksiner mv.		
	03	Vaksinesalg	164 029 000	164 029 000
3714		Folkehelse		
	04	Gebyrinntekter	26 209 000	26 209 000
3732		Regionale helseforetak		
	80	Renter på investeringslån	2 140 000 000	
	85	Avdrag på investeringslån f.o.m. 2008	2 119 000 000	
	86	Driftskreditter	9 358 000 000	
	87	Avdrag på tilskudd til Helseplattformen	3 000 000	
	90	Avdrag på investeringslån t.o.m. 2007	308 500 000	13 928 500 000
3740		Helsedirektoratet		
	02	Diverse inntekter	42 214 000	
	04	Gebyrinntekter	33 289 000	
	05	Helsetjenester til utenlandsboende mv.	175 000 000	250 503 000
3741		Norsk pasientskadeerstatning		
	02	Diverse inntekter	8 512 000	
	50	Premie fra private	26 018 000	34 530 000
3742		Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten		
	50	Premie fra private	5 880 000	5 880 000
3745		Folkehelseinstituttet		
	02	Diverse inntekter	327 075 000	327 075 000
3746		Direktoratet for medisinske produkter		
	02	Diverse inntekter	92 729 000	
	04	Registreringsgebyr	93 432 000	
	85	Overtredelsesgebyr og tvangsmulkt	2 750 000	188 911 000

Kap.	Post		Kroner	Kroner
3747		Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet		
	02	Diverse inntekter	16 143 000	
	04	Gebyrinntekter	50 669 000	66 812 000
3748		Statens helsetilsyn		
	02	Diverse inntekter	1 037 000	1 037 000
		Sum Diverse inntekter		15 218 101 000
		Skatter og avgifter		
5572		Sektoravgifter under Helse- og omsorgsdepartementet		
	70	Legemiddeldetaljistavgift	96 785 000	
	72	Avgift utsalgssteder utenom apotek	3 000 000	
	73	Legemiddelleverandøravgift	301 700 000	
	74	Tilsynsavgift	3 770 000	
	75	Sektoravgift tobakk	29 152 000	434 407 000
		Sum Skatter og avgifter		434 407 000
		Renter og utbytte mv.		
5631		Aksjer i AS Vinmonopolet		
	85	Statens overskuddsandel	89 700 000	
	86	Utbytte	2 000	89 702 000
		Sum Renter og utbytte mv.		89 702 000
		Sum departementets inntekter		15 742 210 000

Fullmakter til å overskride gitte bevilgninger

II

Merinntektsfullmakter

Stortinget samtykker i at Helse- og omsorgsdepartementet i 2027 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 post 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 2027 kan gi Folkehelseinstituttet fullmakt til å:

1. sette i gang og eventuelt overskride bevilgningen under kap. 745 Folkehelseinstituttet, post 21 Spesielle driftsutgifter i forbindelse med gjennomføringen av eksternfinansierte prosjekter, forutsatt at det er inngått bindende avtale mellom partene med betryggende sikkerhet for innbetaling.
2. føre mottatte innbetalinger i slike prosjekter til inntekt mot kap. 3745 Folkehelseinstituttet, post 02 Diverse inntekter, uten avsetning mot mellomværendet med statskassen.

Ved beregning av beløp som kan overføres til påfølgende år, skal det tas hensyn til merinntektsfullmakt på posten, slik at 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 2027 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	407 mill. kroner
	22	Salgs- og beredskapsprodukter m.m.	11 mill. kroner
	23	Vaksiner og vaksinasjon mot covid-19	360 mill. kroner

V

Tilsagnsfullmakt

Stortinget samtykker i at Helse- og omsorgsdepartementet i 2027 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		Kommunale helse- og omsorgstjenester	
	63	Investeringstilskudd til heldøgns omsorgsplasser	7 111 mill. kroner
	70	Tilskudd	1,0 mill. kroner
780		Forskning	
	70	Norges forskningsråd mv.	1 160 mill. kroner

Andre fullmakter

VI

Investeringslån og driftskredittramme til regionale helseforetak

Stortinget samtykker i at Helse- og omsorgsdepartementet i 2027 aktiverer investeringslån og driftskredittrammen til regionale helseforetak i statens kapitalregnskap.

VII

Oppgjørsordninger under Helfo (nettoføring)

Stortinget samtykker i at Helse- og omsorgsdepartementet i 2027 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 2027 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. 1036, 16. juni 2026 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 – 10/2026

