

Helsedirektoratets brukerråd #1/2024 – Referat

Møteleder: Jon Kirknes

Dato: 20.03.2024 kl. 10:00 – 14:45

Referent: Lasse Frantzen, Anne Hartvedt, Karin Yan Kallevik

Til stede: Se siste side

DAGSORDEN

10:00 Velkommen v/ Jon Kirknes

10:05 Helsedirektøren informerer

10:20 Sak 01/24 – Drøftingssak: Videreutvikling av pasienttilpasset basistilskudd til fastleger

11:15 Pause

11.30 Sak 02/23 – Drøftingssak: Veikart for en bærekraftig, lavutslipps helse- og omsorgstjeneste

12:15 Lunsj

12:15 Sak 03/24 – Drøftingssak: Utvikling av et nytt felles analysesystem (FASY)

13:30 Pause

13:10 Sak 04/24 – Drøftingssak: Videreutvikling av tilskudd

14.25 Avslutning v/ Jon Kirknes. Evaluering

14:30 Møteslutt

Velkommen v/Jon Kirknes

Informasjon fra Helsedirektoratet v/ Bjørn Guldvog

- Skiller i ny organisasjonsmodell mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenester. Viktig med spesiell oppmerksomhet rundt samhandling mellom tjenestenivåene, helsefelleskap, rehabilitering mv.
- Tusen takk til Linda Granlund som har vært divisjonsdirektør for sekretariatet. Sekretariatet for brukerrådet går fra 1. april over i ny divisjon (kommunale tjenester og beredskap).

Sak 01/24 Drøftingssak: Videreutvikling av pasienttilpasset basistilskudd til fastleger

Fremmet av Helsedirektoratet, avdeling helserefusjoner.

Bakgrunn

Helsedirektoratet har fått i oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet å videreutvikle det pasienttilpassede basistilskuddet som ble innført 1. mai 2023. Konkret har direktoratet fått i oppdrag å videre utrede innretningen på basistilskuddet, herunder:

- Bruk av diagnosedata som grunnlag for variabel for helsetilstand
- Sikre at modellen i tilstrekkelig grad fanger opp psykisk sykdom og behovene til flyktninger/asylsøkere/utlendinger med tolkebehov
- Mulig bruk av sosioøkonomiske variabler på enkeltlistenivå/på lavere nivå enn kommune/bydel
- Kvalitetslementer

Oppdraget har frist 3. mai.

Om pasienttilpasset basistilskudd og oppdraget

Helsedirektoratet fikk i 2022 i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å utrede endringer i hvordan fastlegenes basistilskudd beregnes. Basistilskuddet hadde tidligere utgjort en fast sum per innbygger på en fastlegeliste, mens formålet med omleggingen var å endre beregningen slik at den tar utgangspunkt i et forventet behov for fastlegetjenester for ulike grupper av innbyggere på fastlegenes lister. En liste med mange personer som har stort behov for oppfølging, vil dermed gi større basistilskudd til legen. Brukerrådet ble orientert om dette arbeidet i møtet 15.03.2023 av Bjørn Guldvog, i forkant av implementeringen av det nye pasienttilpassede basistilskuddet fra 1. mai 2023.

Det pasienttilpassede basistilskuddet som ble innført tar utgangspunkt i et utvalg indikatorer som skal forutse det antatte behovet for fastlegetjenester for innbyggerne på fastlegenes liste. Disse indikatorene er:

- kjønn
- alder
- bruk av fastlegetjenester
- sentralitet
- sosioøkonomi

Til sammen er indikatorene ment å reflektere et bilde av behovet for fastlegetjenester på en fastleges liste. Hensikten er å styrke oppfølgingen av pasienter med omfattende behov, og legge til rette for at fastleger med arbeidskrevende lister kan ha kortere lister uten å tape inntekt.

Som det kommer frem av punktlisten over, skal Helsedirektoratet nå se nærmere på hvordan basistilskuddet kan utvikles for å ytterligere reflektere den enkelte innbyggers behov for fastlegetjenester. I dette ligger det også å gjøre analyser av diagnosedata for å undersøke hvor godt dagens modell treffer kronikere og andre pasientgrupper med antatt stort oppfølgingsbehov, da modellen fra 1. mai 2023 benytter en indikator for antatt fremtidig behov for fastlegetjenester, målt ut ifra historisk bruk av fastlegetjenester gjennom utløste egenandeler – som dermed blir et uttrykk for helsetilstand – uten å bruke helsedata.

Videre er departementet også opptatt av at det må vurderes hvordan basistilskuddet kan ta særlig høyde for sårbare grupper som flyktninger/asylsøkere/utlendinger med tolkebehov samt psykisk sykdom.

Sosioøkonomi og sosial ulikhet er også en viktig faktor knyttet til mental og fysisk helse. Indikatoren for sosioøkonomi i basistilskuddet tar per i dag utgangspunkt i det gjennomsnittlige utdanningsnivået til kommunen en innbygger er bosatt i. Helsedirektoratet kommer til å se nærmere på om det er ytterligere data sosioøkonomi og levekår som det kan være aktuelt å se nærmere på. Vi kommer også til å se nærmere på om det er mulig å få benyttet data på et lavere nivå enn kommune, slik at det er mulig å ta større høyde for geografisk og sosial ulikhet innad i en kommune. SSB har eksempelvis laget en inndeling av landet i ca. 14 000 grunnkretser, som igjen er gruppert sammen til ca. 1 550 delområder. Disse vil gi en bedre treffsikkerhet enn dagens 357 kommuner, men samtidig ivareta personvernet og anonymiteten til den enkelte innbygger.

Hensikten med disse analysene er å undersøke om bruk av ytterligere opplysninger i modellen for beregning av et pasienttilpasset basistilskudd for fastleger er hensiktsmessig og om det er mulig å sikre en bedre og mer rettferdig beregning av basistilskudd til den enkelte fastlegeliste basert på arbeidsinnsatsen innbyggerne på listen antas å medføre.

Problemstilling til drøfting

- Hvilke indikatorer/elementer mener Brukerrådet bør være med i beregningene for basistilskudd?
- Hvilke fordeler og ulemper ser Brukerrådet ved bruk av diagnosedata i beregning av pasienttilpasset basistilskudd?

Innspill fra Brukerrådet:

- Rammen for fastlegers tid er gitt. Brukes det mer tid på enkelte pasienter, får dette konsekvenser for andre.
- Hvis man har tolkebehov, tar det lenger tid hos legen. Når man ser på utdanningsnivå som faktor- ikke sikkert at pasienten vet at man har ekstra tid, det er en bekymring.
- Hvordan blir pasienter møtt? Vet pasienter at de har rett på mer tid?
- Sosioøkonomisk risiko for skjevfordeling når en ser på fordelingsfaktorene individbasert og områdebasert (f.eks. Oslo: mange med lav utdanning i enkelte bydeler og andre bydeler med høy utdanning/inntekt).
- Sosioøkonomiske elementer må sorteres ned på et lavere nivå enn kommunenivå. Landets 14.000 grunnkretser ser ut til å fungere ok
- De sosioøkonomiske faktorer betyr mye – uansett hvilken helse man har. Viktig for likeverdige tjenester.
- Uheldig å bruke diagnose. Særlig diagnose etter spesialisthelsetjenestens rammeverk.
- Spørsmål: Er overføringen fra stat til kommune for å dekke tilskudd til fastleger et øremerket tilskudd? Svar: Nei, det er en del av rammefinansieringen av kommunene. Dialog om endringer og utvikling av rammefinansieringen håndteres på regjeringnivå (bl.a. konsultasjonsordningen med KS) og ligger utenfor Helsedirektoratets ansvarsområde.
- Viktig arbeid. Men hva er hensikten: A) gi en mer riktig finansiering av fastlegene, eller B) tilpasse finansieringen etter pasientgruppers behov/bruk av fastlegetjenesten? SVAR: Opprinnelig het oppdraget risikovurdering fastleger. Omfatter både A og B.
- Viktig å ta hensyn til pårørende og særlig barn som pårørende.
- Må fange opp alle grupper – f.eks. barn/unge uten diagnose som trenger fastlege.
- Ta vare på de som trenger fastlege og ikke gjøre enkelte grupper "mindre attraktive".
- Andre indikatorer enn diagnose: botid i landet for innvandrere vs førstankomme, tilknytning til arbeidslivet, type arbeid
- Ros for arbeidet. God presentasjon om komplekse problemstillinger. Viktig for likeverdige tjenester.
- Viktig med følgeforskning. SVAR: Når tiltak settes ut i drift skal de følgeevalueres.
- Hvorfor blir yngre fastleger slitne hele tiden? (jf. presseoppslag)
- Fastleger må forholde seg til mange digitale systemer, som ikke henger sammen i fastlegers arbeidshverdag. Dette må gis større fokus.

Helsedirektøren: Sekretariatet bes vurdere hvordan direktoratet komme tilbake til brukerrådet med saker rundt allmennlegetjenesten og de endringer som vurderes/kommer.

Sak 02/24 Drøftings sak: Veikart for en bærekraftig, lavutslipps helse- og omsorgstjeneste

Fremmet av Helsedirektoratet, avdeling global helse og dokumentasjon

Bakgrunn

Under FNs klimakonferanse i Glasgow i 2021, COP26, sluttet Norge seg til [klimakonferansens helseprogram](#). Som ledd i deltakelsen i helseprogrammet leverte Helsedirektoratet [i 2023 en gjennomgang av klimagassutslipp](#) i den norske helse- og omsorgssektoren. Det ble da anslått at utslippene i de kommunale helse- og omsorgstjenestene og spesialisthelsetjenesten utgjør ca. 2,6 millioner tonn CO₂ årlig. Globalt utgjør helsesektoren ca. 5% av klimautslippene.

Utkast til veikart

Veikartet mot en bærekraftig lavutslipps helse- og omsorgssektor bygger på Helsedirektoratets rapport om klimautslipp i sektoren, som dannet et kunnskapsgrunnlag og ga anbefalinger for det videre arbeidet med utslippsreduksjon. Veikartet bygger videre på dialog med spesialisthelsetjenesten og et utvalg kommuner, og tilsvarende veikart i utlandet.

Det er spesialisthelsetjenesten og kommunale helse- og omsorgstjenester som er den primære målgruppen for veikartet. Vi har funnet rikholdige eksempler på godt klimaarbeid i sykehus og kommuner. Ved å løfte fram kjente tiltak håper vi at flere vil ta disse i bruk raskere. Veikartet inneholder over 100 tiltak for å redusere klimagassutslipp i helse- og omsorgstjenesten, og for å gjøre befolkningen og helsetjenestene bedre rustet til å møte klimaendringene som uansett kommer.

Noen av målene og tiltakene i veikartet kan påvirke pasientenes møte med helsetjenestene. Dette kan for eksempel være knyttet til reise, digitale tjenester eller valg av ulike behandlingsalternativer. Det er derfor viktig å løfte pasientperspektivet inn i dette arbeidet. Veikartet skal på en bred høringsrunde.

Problemstillinger til drøfting

Vi ønsker innspill på:

- Mål og tiltak i høringsutkastet
- Ordlyd og eksempler i høringsutkastet
- Gode eksempler fra tjenestene som ikke står i veikartet
- Er det mål og tiltak som mangler i veikartet? Kom gjerne med eksempler.

Vi ønsker også brukerrådets innspill til hvordan pasienter, brukere og pårørende kan bidra i implementeringen av veikartet, og generelt i omstillingen til en klimavennlig, klimatilpasset helse- og omsorgstjeneste

Vi ønsker brukerrådets innspill til hvordan klimautfordringer og tiltak til utslippsreduksjon best kan kommuniseres til pasienter, brukere og pårørende

Vedlegg

I et eget vedlegg til saksfremstillingen følger utkast til høringsnotat til intern høringsrunde i Helsedirektoratet.

Innspill fra Brukerrådet:

- Ved digital konsultasjon må en være oppmerksom på språk og kulturforståelse. Ofte lavere hos flere grupper enn ved fysisk konsultasjon.
- Forebygging og folkehelse bør gis økt fokus i veikartet.
- Innlevering av medisiner til apotek bør bli enklere og ikke kun innenfor apotekenes åpningstider. Her vil det ligge klimagevinster!
- Utfasing av tungmetaller
- Kommunikasjon av veikartet, tiltak mv. bør skje digitalt og ikke på papir
- Miljø og veikartets målsetninger må ikke trumfe hensynet om at tjenester og kontakt gjøres til beste for pasienten. Må ikke bidra til økt sykdom/ubehag/dårligere helse hos pasienter.
- Pårørendeperspektiver mangler.
- Sterkere fokus av opplæring (helsekompetanse) vil gi gevinster i forhold til den enkelte og miljøet.
- Økonomi og miljø må gå hånd i hånd og sikre at disse hensynene ikke medfører at grupper mottar feil tilbud.
- For mye fokus på økonomi og overbehandling – hva med de som opplever underbehandling?
- Må fokusere på ulikheter i tjenestetilbudet (f.eks. pga. ulik kommuneøkonomi).
- Veikartet må ikke bli en økonomisparingsplan, men miljøsparing.
- "like gode tilbud" – hvordan kvalitetssikre og hvordan sikre brukervedvirkning?
- Tankekors: Helse og omsorg står for 7% av Norges ressursbruk. Hvor mye ressurser skal brukes for å få ned tjenestenes utlipp?
- Innkjøp – må sikre kompetanse, kvalitet og effektive prosesser.
- Bør se på tiltak med ambulerende helsepersonell, fremfor at pasienter må reise. Her må det ligge miljøbesparelser! Eks: mangel på audiografer som gir lang reisevei for pasienter.
- Pasientreiser: billigste flybilletter, som kan medføre at pasienter ikke kommer med flyet ved overbooking o.l. – får da ikke møtt til avtalt konsultasjon.
- Forbruk av plast er stort.
- Digitale konsultasjoner har både fordeler og ulemper.
- Veikartet med tiltak må ikke bli "enda en ting å huske på" i en travel hverdag.
- Må tenke på konsekvensene av tiltakene i veikartet.
- Må se på ulike tiltak i ulike deler i landet – hvor har tiltakene størst/god nok effekt?
- Se på "kloke valg" (Legeföreningen)
- Viktig med kommunikasjon av veikart og tiltak. Må teste ut hvordan veikartet kommuniseres – gå i dialog og samarbeid med frivillige organisasjoner!
- Viktig å ha fokus på personer med funksjonsnedsettelse og personer med kroniske lidelser.

- Tidlig planlegging kan gi miljøgevinst – f.eks. botilbud.
- Individuelle løsninger fremfor lite fleksible fellesløsninger i botilbud – eks: matlevering vs lage mat selv.
- Attester og erklæringer fra fastlege – må bort fra papir og over til kun digitale løsninger.

NB! Det er mulig å sende inn innspill i etterkant av møtet.

Sak 03/24 Drøftingssak: Utvikling av et nytt felles analysesystem (FASY)

Fremmet av Helsedirektoratet, divisjon analyse og samfunn

Bakgrunn

Pandemien har lært oss betydningen av en felles situasjonsforståelse – som grunnlag for diskusjon om tiltak og forbedringsarbeid. En felles forståelse av status og utviklingstrender i egen region og i helse-Norge er også et viktig grunnlag for samarbeid i helsefelleskapene. I dag har Norge et komplekst og fragmentert system for publisering av statistikk og analyser om folkehelse, forebygging og helse- og omsorgstjenester. Ansvar for statistikk og indikatorer er fordelt mellom Helsedirektoratet, FHI, RHFene med SKDE og Samhandlingsbarometeret, KS samt SSB som nasjonal statistikkleverandør. Selv om en slik distribuert modell kan spille på ulike aktørers styrker, kan det være krevende å få oversikt over tilgjengelig statistikk og se status og utviklingstrekk for sentrale helsepolitiske mål i sammenheng.

Andre land, som Belgia og Danmark, har utviklet mer helhetlige analysesystemer knyttet til helsesystemet og/eller helsepolitiske mål med et fast sett av indikatorer. Eksempler på dette er Belgia <https://www.healthybelgium.be/en/> og Danmark [8 nationale mål for sundhedsvæsenet](#). Helsedirektoratet deltar i en EU-ekspertgruppe for Health System Performance Assessments (HPSA) som arbeider med utvikling av helsepolitiske følge-med-systemer.

Helsedirektoratet har fått ny rollefordeling i RNB

Endringene i RNB (revidert nasjonalbudsjett) har gitt Helsedirektoratet et tydeligere og mer samlet ansvar for å analysere utviklingstrekk og gjøre samlede vurderinger på tvers av nivå og tjenestansvar, om hvordan tjenestene og forvaltningen møter målene som er satt i helsepolitikken. Statistikk på Folkehelseområdet og Folkehelseprofilene flyttes til Helsedirektoratet. Det nye Helsedirektoratet har derfor satt i gang et arbeid for å utvikle et helhetlig styringsinformasjonssystem. Formålet med systemet er å se status og utvikling for ulike helsepolitiske mål i sammenheng og skape et felles kunnskapsgrunnlag om status og utviklingstrender for både folkehelse, forebygging og helse- og omsorgstjenestene.

Vi tenker at et slikt system skal bygge på og hente ut informasjon fra eksisterende statistikkssystemer slik at det nye systemet blir en ekstra inngangsportale til eksisterende statistikk. På noen områder må det kanskje utvikles nye indikatorer.

Helsedirektoratet har startet et forprosjekt for å se nærmere på nytten av et slikt felles analysesystem. I forprosjektet ønsker vi å informere om ideen og diskutere konseptet både internt og eksternt med ulike leverandører og brukere av statistikk og styringsinformasjon.

Primære brukere av systemet vil være sentral helseforvaltning, men systemet skal være åpent for alle og gi en felles inngang til data og indikatorer på sentrale helsepolitiske målområder. Det er tenkt at systemet skal ta utgangspunkt i sentrale helsepolitiske mål, for eksempel de målene som er oppgitt i Helsedirektoratets tildelingsbrev.

Problemstillinger til drøfting

- Hvilke innspill har Brukerrådet til konseptskissen rundt FASY?
- Hvilken nytte ser du fra ditt ståsted ved at FASY innføres, og hvilke utfordringer ser du ved innføring av FASY?

Innspill fra Brukerrådet:

- Hvordan skal informasjon tilgjengeliggjøres?
- Viktig at språk og informasjon ikke bare rettes mot helsepersonell, men har en bredere målgruppe.
- Hvem skal ha tilgang? – tilgjengelig for alle?
- Nyttig å kunne sammenligne ulike landsdeler.
- Veldig bra initiativ og at Helsedirektoratet samordner.
- Vil avdekke områder der det mangler statistikk – f.eks. hvor mange er med autisme i Norge? – viktig å videreutvikle systemet når kunnskapshull oppdages.
- Vil avdekke behov for å rydde i data som måles (f.eks. for barn, voksne mv.)
- Monitorere sårbare grupper.
- Viktig å ha fokus på hvordan dette skal bli brukervennlig også for de som ikke sitter å registrere data – dvs. også for helsepersonell, allmennheten.
- Må tenke brukerperspektiv – hvordan hente ut og forstå informasjon på en enkel måte. Nytteverdi er viktig. Må gjøres tilgjengelig på en enklere måte enn i dag.
- Kan komme frem forhold som krever oppfølging/tiltak – ivaretas dette?
- Skal det være "en-port-inn" istedenfor alle som i dag publiserer statistikk/registerdata, eller enda en kilde? Svar: Både dette systemet og eksisterende publiseringer vil videreføres, da de vil utfylle hverandre.
- Inndelingen blir viktig hvis det skal være et "preformance" system.
- Ulikhet-dimensjonen bør gå mer på tvers – ikke bare folkehelse. Sosial ulikhet omfatter mer, f.eks. digital ulikhet.
- Er dette et system basert på norske behov, eller må det følge en Europeisk ramme? Svar: Dette er et norsk system, men vi henter inspirasjon om hvordan slike systemer er bygges opp fra andre land.
- Kommunikasjon blir viktig.
- Bekymringsverdig – hvem skal ha innsyn? Hva om data kommer på avveie? Hva med personsensitive data! Samtykke for å innhente data.

Sak 04/24 Drøftingssak: Videreutvikling av tilskudd

Fremmet av Helsedirektoratet, avdeling tilskudd

Bakgrunn

I 2023 forvaltet Helsedirektoratet 157 tilskuddsordninger med et budsjett på ca. 19 milliarder kroner. Betydelige tilskuddsmidler blir hvert år tildelt til et stort antall frivillige organisasjoner. Nærmere 1,5 mrd. kroner ble tildelt 361 organisasjoner. Midlene til frivilligheten går dels til å styrke organisasjonenes drift og dels til konkrete aktiviteter og tilbud.

Regjeringen startet i 2022 et arbeid med å redusere antall navngitte tilskuddsmottagere i statsbudsjettet, jf. Prop. 1S (2022-2023). Hensikten er at man gjennom konkurranse om tilskuddsmidlene skal identifisere de beste tiltakene, og på den måten sørge for bedre måloppnåelse. I forslag til statsbudsjett for 2023 ble om lag 50 øremerkinger til navngitte tilskuddsmottakere foreslått avvirket. Midlene som hadde fulgt med øremerkingene, ble i mange tilfeller omdisponert til nye eller eksisterende konkurransebaserte tilskuddsordninger.

Tilskuddsordningen "Driftstilskudd til bruker- og pårørendeorganisasjoner innen psykisk helse-, rus- og voldsfeltet" ble i 2023 lyst ut med et revidert regelverk. Revisjonen ble gjennomført etter oppdrag fra HOD, og med representanter for bruker- og pårørendeorganisasjonene i arbeidsgruppen. Utformingen av regelverket ble spisset slik at tiltakene bruker- og pårørendeorganisasjonene får tilskudd til, bidrar til å oppfylle tilskuddsordningens mål om økt integrering av "bruker- og/eller pårørendemedvirkning i helse- og omsorgstjenestens utvikling og kvalitetsforbedring av tjenestetilbud innen psykisk helse-, rusmiddel-, og voldsfeltet".

I tillegg til "Driftstilskudd til bruker- og pårørendeorganisasjoner innen psykisk helse-, rus- og vold", er det to ordninger som blir særlig påvirket: "Rådgivnings-, støtte- og veiledningstjenester innen psykisk helse, rus og vold" og "Frivillig informasjons- og kontaktskapende arbeid". Andre ordninger har også blitt påvirket, og kan videre bli påvirket. Det gjelder særlig avgrensning mot ordningen "Aktivitetstilbud for personer med rusmiddelproblemer, psykiske helseproblemer og/eller erfaring fra salg og bytte av seksuelle tjenester".

Endringene har hatt en del konsekvenser for frivillig og ideell sektor. Flere organisasjoner har fått redusert eller mistet sine tilskudd fordi betingelsene i enkelte regelverk har blitt gjort tydeligere. Dette gjelder særlig hvilke tiltak eller aktiviteter som støttes av ordningene, eller betingelsene som er satt for å være kvalifisert som søker. En del av søkere som tidligere hadde øremerkede driftstilskudd, må nå søke over flere tilskuddsordninger.

Endringene over har ikke i tilstrekkelig grad tatt hensyn til behov for økning i bevilgningene til noen av ordningene, eller reallokering av tilskuddsmidler. Dette har gjort det nødvendig med krevende prioriteringer for tildelingene av tilskudd. Det er heller ikke ventet at det vil komme vesentlige økninger generelt i bevilgningene til tilskuddsordningene.

Oppdrag "Videreutvikling av tilskudd" (TB2024-83)

På bakgrunn av konsekvensene av endringene har Helsedirektoratet fått et oppdrag fra HOD om videreutvikling av tilskuddsporteføljen. Oppdraget fra HOD sier:

Helsedirektoratet bes gjennomgå tilskuddene som ble gjenstand for større endringer i forbindelse med statsbudsjettet for 2023, og vurdere behov for tilpasninger og endringer i regelverk slik at tilskuddene i større grad støtter opp under formålet med bevilgningene. Dette innebærer også å vurdere tilpasninger og justeringer slik at godt kvalifiserte søkere som i dag ikke passer inn i dagens ordninger kan ivaretas. Tilskuddsmottakere skal involveres i arbeidet på egnet vis.

Oppdraget peker særlig på de som ble direkte berørt av endringene, men endringene har hatt virkninger også for andre organisasjoner. Dette gjelder for eksempel organisasjoner som har opplevd større konkurranse når det kommer nye søkere til ordninger som har eksistert over tid.

Mulige endringer som blir gjort på bakgrunn av oppdraget, vil slik kunne ha innvirkning på en stor gruppe organisasjoner. Det er tre tilskuddsordninger det er spesielt relevant å se nærmere på: "Driftstilskudd til bruker- og pårørendeorganisasjoner innen psykisk helse-, rus og vold" (kap. 765), "Rådgivnings-, støtte- og veiledningstjenester innen psykisk helse, rus og vold" (kap. 765) og "Frivillig informasjons- og kontaktskapende arbeid"(kap. 761). Andre ordninger har også blitt påvirket, og kan videre bli påvirket. Det vil være viktig å gjøre avgrensninger mot disse ordningene, særlig "Aktivitetstilbud for personer med rusmiddelproblemer, psykiske helseproblemer og/eller erfaring fra salg og bytte av seksuelle tjenester".

Frist for svar til HOD på oppdraget er 01.05.2024

Aktørinvolvering

Helsedirektoratet legger opp til relativt bred aktørinvolvering i løsning av oppdraget:

- Et utvalg på i overkant av 60 av de mest relevante og representative organisasjonene er invitert til rådslag/innsjellsmøte om oppdraget. Rådslaget finner sted 15. mars.
- Alle organisasjoner og andre interesserte vil få mulighet til å komme med skriftlige innsjell. Invitasjon til å gi skriftlige innsjell vil følge praksis for høringer og legges ut på Helsedirektoratets nettsider.
- Hovedtrekkene fra rådslaget vil bli presentert for Helsedirektoratets BrukerRop 18. mars. BrukerRop vil også bli gitt anledning til å gi sin tilbakemelding og komme med innsjell.

- Hovedtrekkene vil bli presentert for Brukerrådet i møtet 20. mars. Brukerrådet vil bli invitert til å kommentere på hovedtrekkene, og til å gi innspill til arbeid med oppdraget (se under).

Dersom HOD beslutter å gjøre endringer i regelverk på bakgrunn av Helsedirektoratets anbefalinger, vil reviderte eller nye regelverk sendes legges ut til offentlig høring i løpet av sommeren/tidlig høst.

Balansering av hensyn

Tilskudd er et virkemiddel for å nå bestemte mål. Målet skal tydeliggjøre "hva staten ønsker å oppnå med tilskuddsordningen, og hvilken målgruppe ordningen tar sikte på" (Bestemmelsene om økonomistyring i staten, pkt. 6.2.1). Målformuleringen bør tydeliggjøre ønsket effekt for bruker og eller samfunn. Målgruppe viser til hvilke grupper i samfunnet vi ønsker å ha nytte for eller påvirke gjennom tilskuddsordningen.

Det er også et grunnleggende forvaltningsprinsipp at søkere skal likebehandles.

Sentrale utfordringer for Helsedirektoratet i løsning av oppdraget er å:

- utforme tilskuddsordninger der mål og øvrige elementer i regelverkene er basert på brukernes^[1] behov og ønskede effekter og resultater for brukerne og samfunnet
- balansere brukernes og/eller samfunnets behov opp mot hensynet til organisasjonene som jobber for og med brukerne i å dekke disse behovene
- finne en god balanse mellom likebehandlingsprinsippet og samtidig ta hensyn til at endringene nevnt over har vært til større ulempe for noen organisasjoner enn andre
- klargjøre at "godt kvalifisert" er basert på mål og øvrige elementer i de enkelte regelverkene, og ikke en generell kvalitet ved organisasjonene.

Problemstillinger til drøfting:

På bakgrunn av oppsummeringen gitt av Helsedirektoratet i møtet, herunder innspill fra organisasjonene gitt i rådslaget:

- Kjenner Brukerrådet seg igjen i innspillene fra organisasjonene?
- Hva mener Brukerrådet at Helsedirektoratet bør vektlegge i den videre løsningen av oppdraget?

Innspill fra Brukerrådet

- Kritisk til gjennomføringen av møtet. Fikk saksdokumentene for sent. Brukte halve tiden til å forstå hva som skal diskuteres. Litt meningsløst. Lite nyttig møte.
- Helsedirektoratet må jobbe med å ha en tydeligere definisjon på brukermedvirkning/likeperson. Vanskelig å vite hvilke begrep som skal brukes.
- Stor forskjell mellom små og store organisasjoner. Må ha forståelse for dette.
- Helsedirektoratet bør se hva BUFdir gjør. Helsedirektoratet/BUFdir/ utdanningsdirektoratet bør samordne seg vedr søknadsprosesser/krav til søknader mv.
- HOD skyver nedover i systemet med brukermedvirkning, som HOD selv skulle ha gjort.
- Møtet var total bom i forhold til oppdraget.

- Kriterier ikke kommunisert. Hele prosessen for tilskudd til frivillige/ideelle organisasjoner fungere ikke noe sted – hverken i Helsedirektoratet, Utdanningsdirektoratet mv - skal vi komme med innspill som ikke betyr noen ting?
- Kritikk for hele prosessen fra politikere til i dag.
- Noen søknader avslått fordi de kommer fra samme organisasjon – men en søker ikke to ganger til samme prosjekt - behov for avklaring.
- Likepersons-utdanning er ulik pga. ulike krav fra hhv. Helsedirektoratet, Bufdir, utdanningsdirektoratet. Men brukerne er de samme. Må kunne samordnes.
- Tar veldig lang tid å skrive søknader. Mye ressurser på rapportering. Mange spørsmål tar lang tid og lurer på hvorfor enkelte spørsmål er relevante.
- Er vi frivillige eller bare blitt villig!
- Oppgaveforskyvning fra helse- og omsorgstjenestene til bruker- og pårørendeorganisasjoner (f.eks. mestringskurs pga. mistet rettigheter i spesialisthelsetjenesten). Organisasjonene blir sittende med oppgaven, som tidligere ble løst i den offentlige helse- og omsorgstjenesten.
- Diskriminerende - må ha god nok språk- og kunnskapsnivå. Veldig små organisasjoner på innvandrersområdet.
- Savner: folkehelsearbeid og forebygging. Mer generell. Skjedd en endring med momskompensasjon. Lotteritilsynet strammer inn overfor organisasjoner som gjør oppgaver til fordel for det offentlige. Kommer det offentlige til det gode.
- Ubehagelig situasjon – mellom tilskudd og organisasjoners administrasjon.
- Ulikt utgangspunkt fra hva som var utgangspunktet og hva som ble agenda for møtet.
- Må være rom for organisasjoners egenart.
- Rom for ulik utvikling av tilbud (rammetilskudd).
- Må ha forutsigbarhet.
- Bra med spissing/tydelighet.
- Bra med rapportering, men det har bikket over.
- Manglende transparens i søknadsbehandlingen – Helsedirektoratet må innta en mer veiledende rolle.
- Vanskeligere å få tilbakemelding fra Helsedirektoratet enn fra Stiftelsen Dam.
- Tilskuddsordningen har blitt for spissede.
- Må prioritere samarbeid mellom organisasjoner – ikke ender opp med "39 chatter for barn/unge".
- Måles for å delta i møter, men ikke på innhold – ikke bidratt med noe. Smartere å delta på 60 og ikke si noe, enn 20 møter å bidra mye.
- Brukermedvirkning i forskning ute – ingen insentiver for å delta i forskningsprosjekter.
- Mange organisasjoner tærer på oppsparte midler.
- Vanskelig med samarbeid med kommuner. Vanskelig at en ikke kan ha samarbeid med regionale samarbeidspartnere.

Annens informasjon i møtet

Det blir invitert til et ekstra digitalt brukerrådsmøte den 2. mai kl. 09:00-11:00. Invitasjon kommer snart.

Det ble ikke gjennomført evaluering av møtet.

Deltakere 20.03.2024

Brukerorganisasjon/ sammenslutning	Medlem	Vara
FFO/Epilepsiforbundet	Avbud	Mona Larsen, NRF
FFO/Hørselshemmedes landsforbund	Bernt-Aksel Jensen	
FFO/LHL	Avbud	
FFO/Autismeforeningen	Annette Drangsholt	
FFO	Arnfinn Aarnes	
Pensjonistforbundet	Ola Johan Basmo	
Nasjonalforeningen for folkehelsen	Tone Poulsson Torgersen	
Kreftforeningen	Jon Kirknes	
Unge funksjonshemmede	Asgeir Fagerli Langberg	
Voksne for barn	Signe Horn	
SAFO	Janne Skei	
Pårørendealliansen	Avbud	
Rådet for flerkulturelle minoriteter	Sadia Jabeen Iqbal	
LIN (likestilling-inkludering-mangfold)	Ingvild Kallevik	
BrukerRoP/Mental helse	Haakon Steen	
FRI	Christine Marie Jentoft	
Oppnevnt fra Sametinget	Avbud	
BrukerRoP/BaR	Marius Sjømæling	
Pasient- og brukerombudene	Avbud	
Observatør fra NAV	Martine Antonsen og Mona Fosse	
Ledelsen i Helsedirektoratet	Bjørn Guldvog Olav Valen Slåttebrekk Linda Granlund Helen Brandstorp Helga Katharina Haug Sissel Husøy	
Sekretariatet fra Helsedirektoratet	Karin Yan Kallevik Lasse Frantzen Bjørnar Allgot Anne Hartvedt Cathrine H. Welle-Watne, deler av møtet	