

Referat Helsedirektoratets Brukerråd #3 - 16.09.2026

Tidspunkt: 16. September kl. 10.00-15.30

Sted: Helsedirektoratets lokaler, Ytringsrommet, Vitaminveien 4, Oslo.

Dagsorden

10.00 Velkommen v/Brukerrådets leder Tone P. Torgersen

10.10 Aktuelt fra Helsedirektoratet v/ helsedirektør Cathrine M Lofthus

10.30 Sak 17/26 – **Bank ID og tilgang til digitale helsetjenester**, fremmet av FFO

11.30 Pause

11.45 Sak 18/26 – **Digital førstelinje med vekt på veiviser på Helsenorge**, fremmet av divisjon digital transformasjon/Folkehelse og forebygging, avdeling digitale innbyggertjenester/avdeling psykisk helse og rus

12.40- 13.10 Lunsj

13.10 Sak 19/26 – **Utvikling av en påbygningsspesialitet i palliativ medisin og utredning av en modell for påbygningsspesialiteter for leger som en egen spesialitet nummer to (TB2026-44)**, fremmet av divisjon kommunale tjenester og beredskap, avd. kompetanse

14.00 Pause

14.15 Sak 20/26 – **Mer forutsigbare og langsiktige tilskuddsordninger for frivillige og ideelle organisasjoner i helsefeltet**, fremmet av divisjon: Helseøkonomi og personell, avdeling Tilskudd

15.10 Evaluering og tilbakemelding på dagens møte v/Ida Olsen

15.20 Takk for i dag ved Tone

15.30 Møteslutt

Velkommen ved Brukerrådets leder Tone P Torgersen

Tone ønsket velkommen til nytt medlemmer av Brukerrådet:

Ny hovedrepresentant fra LIN, Dulce M. Paulsen.

Det var innmeldt fire saker til Brukerrådet denne gang.

Aktuelt fra Helsedirektoratet ved helsedirektør Cathrine M Lofthus

Cathrine M Lofthus orienterte om aktuelle saker i direktoratet, herunder Pasientsikkerhetsdagen som markeres 17.9 og den årlige statusrapporten for pasient og brukersikkerhet som viser at det fortsatt er betydelig og uønsket variasjon.

Pårørendedagen markeres 22. september og Helsedirektøren takket Pårørendealliansen som står bak denne dagen. Pårørendedagen blir markert i Helsedirektoratet på fredagsseminaret 18.9 og på Pårørendedagen.

Helsedirektøren informerte om totalforsvarsøvelsen TDX 26 som ble gjennomført i 3 faser over de siste ukene, Helsepersonellplan 2040 og det første møtet i Nasjonalt råd for prioritering og bærekraft i helse- og omsorgstjenesten.

Andre temaer fra ledelsen var mammografiscreening, NOU- Den nye velferds kommunen og de åtte kompetansesentrene som skal inn til Helsedirektoratet i en egen organisatorisk enhet.

sak 17/26

Sak fremmet av	Funksjonshemmedes fellesorganisasjon (FFO)
Innledning	Tone P. Torgersen
Presentasjon	Norsk Helsenett ved Catrine Spro og Kjetill Vassmo Lund

Bank ID og tilgang til digitale tjenester

Bakgrunn for saken

Brukerrådet har mottatt en forespørsel fra FFO om å ta opp sak om utfordringer knyttet til manglende tilgang til BankID og andre elektroniske identifikasjonsløsninger (eID). Saken berører en stadig større del av helse- og omsorgstjenestene ettersom Helsenorge og andre digitale tjenester blir innbyggernes viktigste inngang til informasjon, kommunikasjon og oppfølging.

Helsedirektoratet ønsker å benytte Brukerrådet som arena for å få fram bruker- og pårørendeperspektiver på hvilke konsekvenser manglende tilgang til BankID og andre elektroniske identifikasjonsløsninger kan ha for tilgang til helsetjenester, medvirkning, pasientsikkerhet og

livskvalitet, og hvordan disse erfaringene bør tas med i det videre arbeidet med utvikling av digitale helse- og omsorgstjenester.

Den digitale utviklingen gir mange innbyggere enklere tilgang til helseinformasjon, prøvesvar, timeavtaler, resepter, meldinger og andre tjenester. Samtidig finnes det grupper som enten ikke har BankID, ikke får BankID eller ikke er i stand til å benytte digitale løsninger uten hjelp fra andre. Dette gjelder blant annet enkelte eldre, personer med kognitive utfordringer, personer med funksjonsnedsettelse, personer med psykiske helseutfordringer, personer med verge eller fremtidsfullmakt, samt andre som av ulike årsaker står uten nødvendig digital kompetanse eller tilgang til elektronisk ID.

Her er eksempler som kan illustrere utfordringen: https://www.aftenposten.no/norge/i/rr9Q7m/200000-nordmenn-uten-bankid-skaper-problemer?utm_source=iosapp&utm_medium=share

[En av ti mangler BankID i Norge – nå lover regjeringen felles digitale løsninger – NRK Rogaland – Lokale nyheter, TV og radio](#)

Temaet har fått økt oppmerksomhet den siste tiden. I Aftenposten publiserte artikkel høsten 2026 vises det til at personer som står uten BankID opplever betydelige utfordringer med å delta i det digitale samfunnet. I omtalen er det estimert at nærmere 200 000 nordmenn mangler elektronisk ID på høyt sikkerhetsnivå, og det påpekes at dette kan få konsekvenser for tilgang til både offentlige tjenester og helsetjenester.

Helsedirektoratets veikart for nasjonal e-helsestrategi peker også på digitalt utenforskap som en sentral utfordring, og understreker behovet for å redusere digitale barrierer og utvikle løsninger som gjør det mulig å få hjelp av andre ved behov. [Veikart for nasjonal e-helsestrategi - Helsedirektoratet](#)

Saken reiser derfor spørsmål om hvordan helse- og omsorgstjenestene kan fortsette digitaliseringen samtidig som prinsippene om likeverdig tilgang, brukermedvirkning, pasientsikkerhet og tilgjengelige tjenester for alle ivaretas.

Saken innledes av leder for Brukerrådet, som vil redegjøre kort for bakgrunnen for at saken er meldt inn og arbeidsutvalgets vurdering av saken.

Deretter vil Norsk helsenett, gi en orientering om arbeidet med å redusere digitale barrierer og styrke tilgangen til digitale helsetjenester. Orienteringen vil særlig omhandle arbeidet med fullmakter og representasjon, samt utvikling av alternative løsninger for innlogging og tilgang til digitale tjenester.

Problemstillinger til drøfting

1. Hvordan påvirker manglende tilgang til BankID og digitale helsetjenester brukere, pasienter og pårørendes muligheter til å få nødvendig informasjon, oversikt og kontakt med helse- og omsorgstjenestene?

2. Hvilke konsekvenser kan manglende tilgang til BankID og digitale tjenester få for pasientsikkerhet, behandling, oppfølging, egenmestring og livskvalitet?

3. Hvilke grupper opplever de største barrierene i møte med digitale helsetjenester, og hvilke hensyn bør Helsedirektoratet legge til grunn for å sikre likeverdig tilgang til helse- og omsorgstjenester i en stadig mer digitalisert helsesektor?

Innspill fra Brukerrådet

- Mangler ID → får ikke bank ID
- De som ikke har trygge pårørende
- **Alvorlig at tilgang til helsetjenester reguleres av privat aktør = Bank**
- **Manglende tilrettelagt for funksjonsnedsettelse (blind, fysisk/psykisk funksjonsnedsettelse) – bank nekter tilgang**
- Manglende Bank ID påvirker helse
- Fortsetter med løsninger som skaper sosial ulikhet, skaper ny underklasse
 - Problemer når man bytter/mister telefon ofte
- Lang ventetid for fullmakt (4mnd for stadfestelse i Oslo -Statsforvalter)
- **12–16 år særlig oppmerksom på**
- **Del-med – meg også for unge 12 →**
- **Overgang til voksen – over 16 – foreldre?**
 - Forskjell på helserettslig myndig og faktisk myndig
- Risiko for svindel når det er knyttet til Bank
- Sårbart – går glipp av info
 - Får regning for timeinnkallinger man ikke har sett
- Forventer at Hdir kjenner til konsekvenser
 - retten til helsehjelp og brudd på menneskerettigheter
- Økende kompleksitet og mer avhengig av å kunne logge inn for å ivareta egen helse
→ fjerne barrierer
- Digitale tjenester oppleves empowering
- **Pårørende – må ofte gjøre jobb selv om pasient er beslutningskompetent**
 - Pårørende gir opp og blir tvunget til å bli lovbrøytet
- **Fullmakt er komplisert**
- Attest fra Statsforvalter → gir ikke automatisk tilgang
 - Statsforvalter må jobbe raskere
- Dette må løses – for mange faller utenfor
- For innvandrere tar det tid å få tilgang
- Barrierer i forhold til språk – komplekst
- Digital kompetanse lav
- Sikkerhet og tillit – manglende forståelse for hvor galt det kan gå
- Pass og ID-kort – offentlige
→ ta BankID ut av det private
- Hvilke løsninger finnes i Europa?
- Pårørende fortvilet – tvunget til å bryte loven
→ skaper frykt for svindel og mistanke om svindel
- **Bruker- og pårørendemedvirkning i den videre utviklingen**
- **Fremtidsfullmakt – register**
- Fremtidsfullmakt må fungere mer sømløst
- Brukerstøtte manuelt – et sted man kan henvende seg

Tilbakemelding fra Norsk helsenett

Være bevisst på menneskerettighetene og risiko for at det fører til underklasse. Utfordring med at privat finansnæring er eier. Oppmerksomhet knyttet til sikkerhet og svindel. Risiko og uklare overganger ved 16-18 år/ 12-16.

Vi samarbeider gjerne videre om barrierer og digitalt utenforskap med Helsenorge, en del ting er utenfor vår kontroll som Helsedirektoratet og andre jobber med.

Tilbakemelding fra Helsedirektoratet ved Olav Valen Slåttebrekk:
God bredde i problemforståelsen, gode forslag og viktige påminnelser.

sak 18/26

Sak fremmet av:	Team digital førstelinje
Divisjon:	Digital transformasjon/Folkehelse og forebygging
Avdeling:	Digitale innbyggertjenester/avdeling psykisk helse og rus
Ansvarlig saksbehandler:	Michael Kumar og Øystein Tveite

Digital førstelinje med vekt på veiviser på Helsenorge

Bakgrunn for saken

Bakgrunnen er todelt:

- Digitalisering er en av de viktigste forutsetningene for at helsetjenesten skal være bærekraftig framover. Dette trekkes blant annet frem i Helsepersonellplan 2040 (Meld. St. 11 (2025–2026)), som peker på en digital førstelinje som ett av tiltakene for en mer selvhjulpent befolkning og en avlastet helsetjeneste.
- Samtidig hemmes digitaliseringen i dag av betydelige barrierer og manglende styring og samordning på tvers av tjenesten.

Visjonen for digital førstelinje er at innbyggere skal gjøre mer selv, med digital støtte. Dette skal bidra til bedre egenmestring, mer forebygging og hjelp på rett nivå. Prinsippet er: Digitalt når vi kan, fysisk når vi må.

I praksis betyr dette at digitale løsninger kan møte innbyggeren gjennom hele forløpet, dersom innbyggeren selv ønsker det. Fellesnevneren er at løsningene kan kartlegge og forstå behovet, og koble innbyggeren til riktig nivå av omsorg, i tråd med prinsippet over.

God digital støtte kan gis på flere måter, tilpasset den enkeltes situasjon, for eksempel ved å presentere kvalitetssikret helseinformasjon, henvise til selvhjelps- og behandlingsverktøy, gi målrettede helseråd, eller vise vei til riktig nivå av helsetjenesten. Digitalt skal ikke erstatte det fysiske, men styrke sammenhengen mellom dem, og bidra til at innbyggere kan få hjelp på beste effektive omsorgsnivå.

Et viktig premiss er at dette ikke bare handler om effektivisering. Gjort riktig kan digitale tiltak gjøre pasientrollen enklere, gjøre tjenester mer tilgjengelige, og redusere kompleksiteten og fragmenteringen innbyggere og pasienter opplever i møte med helsetjenesten. Det kan også frigjøre kapasitet, slik at knappe personellressurser prioriteres til dem som trenger dem mest.

Vi ønsker brukerrådets innspill på visjonen for digital førstelinje. I resten av saken bruker vi veiviseren, ett av tiltakene vi jobber med i utviklingen, som konkret eksempel.

En digital veiviser på Helsenorge er et av mange tiltak som er under utvikling. Det utvikles nå en første versjon av en veiviser på psykisk helse-området. Målet er å gjøre det betydelig lettere for innbyggere å finne fram til relevant informasjon, selvhjelp, tilbud og behandling på rett nivå. Løsningen skal også gjøre det lettere for helsepersonell å finne fram til egnede tjenester og være en god veileder for sine pasienter.

"Digitalt når vi kan- og fysisk når vi må"- hva betyr det?

Digital selvhjelp, eller digital støtte til læring og mestring kan være god støtte for mange med lette til moderate plager. Noen ganger kan det være tilstrekkelig i seg selv – noen ganger kan det være nyttig som tillegg til annen behandling og oppfølging. Digital støtte i app-format kan være gode pedagogiske verktøy i en motiverende og engasjerende innpakning. Hvis flere kan lære, trene og øve sånn at de mestrer vanskelige tanker og følelser, så kan vi trolig forebygge at plager blir noe mer alvorlig. Fordelen med apper er at de er tilgjengelige når som helst og hvor som helst.

Deler av helsehjelpen kan også leveres som digitale komponenter. Symptom- og behovskartlegginger kan gjøres digitalt hjemmefra og spare tid for både pasient og helsepersonell. Psykoedukasjon/kurselementer kan leveres digitalt per video eller i mer interaktive formater. Det kan utvikles løsninger og tjenester som gir betydelige større kapasitet og tilgjengelighet til støtte og oppfølging enn vi kan tilby i dag.

"Digitalt når vi kan – fysisk når vi må" betyr at alt som kan leveres bedre eller like bra digitalt og automatisert skal og bør leveres på denne måten – til de som kan nyttiggjøre seg av det. Det betyr at det må utvikles løsninger som er brukervennlige og fungerer for flest mulig. Vi må ha løsninger som likner mer på Vipps enn på Bank-ID.

Dilemmaer:

1. Utviklingen må balansere økt tilgjengelighet mot bærekraft/kapasitet – en veiviser må unngå å gi økt pågang og lengre ventetid
2. Variasjon i tilbudet i kommunene – en generisk veiviser kan avdekke til dels betydelige variasjoner mellom kommuner (oppside + nedside)
3. Digital selvhjelp er tilgjengelig 24/7 – når det passer. Samtidig kan det bli en utfordring at noen blir "avspist" med digital støtte til egenmestring når de har sett for seg helsehjelp. Hvordan sikrer vi den rette balansen – og at vi prioritere de rette brukerne?

Problemstillinger til drøfting

Hva ønsker dere konkret at Brukerrådet skal ta stilling til og gi innspill på:

1. Overordnet ambisjon og innretning
2. Hvordan sikrer vi løpende medvirkning og eierskap til digitaliseringen – fra innbygger, bruker og personell?
 - a. "Hele" helsetjenesten må ta eierskap til omstillingen
 - b. Befolkningen, pasienter og brukere må delta i utviklingen av nye løsninger og nye måter å jobbe på
 - c. Nye løsninger må fortløpende testes og justeres

Innspill fra Brukerrådet

- **Stor forskjell på kommune – hvordan sikre at kommune blir med**
- Hjelp til høreapparat tilpasning
- **Vise til bruker- og pårørendeorganisasjoner → få hjelp til enkle ting + hjelpefoner**
 - Bruke likepersoner
- Hvordan sikre koordinering spesialist – kommune?
- Unge 16–25 år, undersøkelse voksne for barn
- Hvordan finne kvalitetssikret informasjon
- Det relasjonelle viktig for å bygge tillitt
- **Bruker- og pårørendemedvirkning – også barn/unge**
- Forutsetter at alle får tilgang
- **Krever helsekompetanse + digital kompetanse**
- **Visjon – fysisk når må- Det må besluttes av pasienten → fysisk når pasienten vil**
- **Hvis man står i sårbar situasjon → bruk for et menneske**
- Når og hvor i løpet skal man bruke veiviser?
- **Flyttes ansvar til pasienten og kaller det egenmestring?**
- Hvem avgjør «like bra»? Selvhjelp når man trenger helsehjelp
- Pårørende- hvordan passer det i modellen?
- **Bak min nasjonal styring**
 - Mange desentrale grep- (diabetes etc..)
 - Mye fragmentert
- Hva er informasjonen som ligger i disse systemer (veiviser?)
 - Journalopplysninger → personvern
- Opplæring i å være forsiktig på hvor man taster personopplysninger
- Husk på de som trenger et menneske = «fysisk når det er behov»
- Kan effektivisere inngang - men mange spørsmål
- Kan være kartlegging mens du venter- må du være ett supplement
- Språk
- Psykisk helse – stor sprik → hvordan klare å være treffsikre
- Bra at det kan senke terskel på helsetjenester – Ta en helhetsvurdering
- Frustrasjon hvis ikke man kommer til hjelp man trenger – bruk posten som eksempel på noe som ikke fungerer
- Ikke digital portvakt
- IKKE gjøre selvhjelp til en forutsetning for å få hjelp

- Hvem får tilgang til disse – informasjon ut
- **Visjonen → virker negativ – «ikke kom»**
- **Digitalt når vi vil = digitalt skal være et frivillig valg**
- Hvordan unngå at kommunene viser til digital hjelp
- Personvern

Tilbakemelding fra Helsedirektoratet

Vi skal ikke kalle det "digitalt når vi kan, fysisk når vi må" - skal omformulere dette. - Digitalt for de som ønsker det. Kommunene er presset, men vi må sikre at det blir likt i Norge, passe på hva som synliggjøres og gjøres tilgjengelig. Det er viktig å ivareta tillit, at vi kan stole på at vi får helsehjelp når vi trenger det.

Vi vil bruke innspillene aktivt, skal baseres på behov og jobbe sammen med brukerne.

Ha fokus videre på helheten, der det er flere sykdommer samtidig, personvern, kommunal autonomi, og balansering.

Få frem mer om kvalitet, ikke bare som et effektiviseringstiltak. Vi er på tegnebrettet og det er viktig at Brukerrådet har kommet med innspill tidlig i prosessen.

sak 19/26

Sak fremmet av: Monica Sneve, seniorrådgiver
Divisjon: Kommunale tjenester og beredskap
Avdeling: Kompetanse
Ansvarlig saksbehandler: Monica Sneve

Utvikling av en påbygningsspesialitet i palliativ medisin og utredning av en modell for påbygningsspesialiteter for leger som en egen spesialitet nummer to (TB2026-44)

Bakgrunn for saken

Helsedirektoratet har fått i oppdrag å utrede og utvikle en modell for påbygningsspesialitet som en egen spesialitet nr. to, samt å utvikle og etablere en påbygningsspesialitet i palliativ medisin. Det ønskes en diskusjon med Brukerrådet rundt prinsippene for å etablere påbygningsspesialiteter for leger i Norge. I diskusjonen ønsker vi å få belyst hva som er viktig for pasienter, brukere og pårørende for å ivareta behovet for palliativ medisin spesielt, og innen andre fagfelt som går på tvers av flere av dagens spesialiteter.

Oppdraget ([TB2026-44 Utvikling av en påbygningsspesialitet i palliativ medisin](#)) er en oppfølging av [anmodningsvedtakene 704 og 705 \(2024-2025\)](#) «Stortinget ber regjeringen etablere palliativ medisin som påbygningsspesialitet, 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 påbygningsspesialitet etableres så raskt som mulig.» og «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.»

Helsedirektoratets oppdragsbesvarelse fra 2024 "Prosjektrapport etablering av palliativ medisin som legespesialitet", skal legges til grunn i oppfølgingen av oppdraget. Arbeidet med oppdrag [TTB2024-62](#), inkludert [presiseringen av oppdraget](#) skal innlemmes i arbeidet. Relevante aktører skal involveres i arbeidet. Økonomiske, administrative og personellmessige konsekvenser ved etablering av en påbygningsspesialitet skal utredes, og behov for endringer i [spesialistforskriften](#) skal utredes. Frist for leveranse er 01.12.2026.

Det eksisterer ikke påbygningsspesialiteter i Norge, men 46 legespesialiteter. Det tar 6,5 år å bli spesialist i Norge, inkludert LIS1 (tidligere "turnustjeneste"). Dersom en tar en spesialitet nummer to, så kan en maksimalt få med 3 år og 3 måneder fra den første spesialiteten. Det betyr at den korteste tiden det kan ta å få en spesialitet nummer to er 3 år og 3 måneder. I Norge finnes [palliativ medisin som et kompetanseområde](#), og det tar ca. to år å gjennomføre det. Kompetanseområdet i palliativ medisin er en forsøksordning som startet i 2011 og forvaltes av Helsedirektoratet. Legeforeningen har etablert fire kompetanseområder for leger: alders- og sykehjemsmedisin, allergologi, smertemedisin og traumekirurgi. De regionale helseforetakene (RHF-ene) har etablert et kompetanseområde i habilitering som koordineres av Helse Nord RHF.

Norge er bundet av [yrkeskvalifikasjonsdirektivet](#) (2005/36/EF, 2013/55/EU) gjennom EØS-avtalen. Det innebærer at legespesialister kan få automatisk godkjenning av spesialiteter listet opp i direktivets vedlegg V, samt et minimumskrav til varighet for medisinske spesialiteter listet i vedlegg V. Spesialistforskriftens § 31 må tolkes i samsvar med direktivet slik at godskrivning av utdanningstid ikke kan overstige halvparten av minimumsvarigheten for aktuell spesialitet. En av rammene i oppdraget er at en påbygningsspesialitet skal ta minst 3 år og 3 måneder. For nasjonale påbyggingskompetanser som ikke er oppført i vedlegg V, er handlingsrommet i EU-retten større. Palliativ medisin er ikke en spesialitet i vedlegg V. At departementet legger til grunn en minimumsvarighet på 3 år og 3 måneder for palliasjon kan være et ønske om å etablere palliativ medisin som en spesialitet innenfor den vanlige norske spesialitetsstrukturen, og ikke som et kompetanseområde eller kort tilleggstudanning. For en ny spesialitet som ikke finnes i vedlegg V, så må det vurderes om staten kan rettferdiggjøre reguleringen etter forholdsmessighetsreglene i [forskrift om godkjenning av yrkeskvalifikasjoner kapittel 10](#). Å innføre en ny offentlig spesialitet i palliativ medisin vil være en form for yrkesregulering som begrenser fri bevegelse, og tiltaket vil derfor falle inn under forholdsmessighetsreglene for regulerte yrker etter forskriften § 10-2. Det innebærer at man må vurdere om de nye reglene er nødvendige, saklige og forholdsmessige. Forskriftens formål er å gi rammer for forholdsmessighetsvurderinger før innføring av nye regler, eller endringer i eksisterende regler, som begrenser adgangen til eller utøvelsen av et lovregulert yrke.

Oppdraget innebærer å utrede og utarbeide forslag til en modell for påbygningsspesialitet som egen spesialitet nummer to, og utvikle og etablere en påbygningsspesialitet i palliativ medisin. Målet er å sikre nødvendig og spesialisert kompetanse innen lindrende behandling i tråd med tidligere stortingsvedtak. Modellen for påbygningsspesialitet i palliativ medisin skal innrettes slik at den ivaretar behovene for kompetanse i palliativ medisin både i de kommunale helse- og omsorgstjenestene og i spesialisthelsetjenesten. Spesialiteten skal ivareta behovene for både

medisinsk bredde- og spisskompetanse i palliativ medisin, og legge til grunn at spesialiseringen kan skje i de respektive tjenestene. Målet med påbygningsspesialitet generelt er nok å sikre standardisert og godkjent kompetanse på relativt store og viktige fagområder som går på tvers av flere spesialiteter. Det ønskes å legge til rette for å oppnå en viss breddekompetanse via en mindre byråkratisk ordning for å formalisere/få offentlig godkjenning av fagfelt som går på tvers av flere spesialiteter, som har et visst volum og som samtidig både har en bredde og er spisset, samt er et eget forskningsfelt og en kompetanse samfunnet har behov for. Forutsetningen er at en allerede har en spesialitet fra før der den aktuelle påbygningsspesialiteten er et fagområde som går på tvers av noen relevante spesialiteter.

Arbeidet retter seg mot aktørene i spesialistutdanningen ved å utrede modeller for en mindre byråkratisk spesialistutdanning for en spesialitet nummer to som går på tvers av flere spesialiteter; samt mot innbyggere som har behov for palliativ medisin i løpet av livsløpet, både grunnleggende palliasjon og spesialisert palliasjon.

Utredning, etablering og forvaltning av påbygningsspesialiteter vil ha økonomiske konsekvenser både for sektor, Legeforeningen og for Helsedirektoratet. Ansvar for søknadsprosess, opptak, utvikling og forvaltning av en ny ordning for spesialistutdanning må ivaretas. Det vil være investerings-/etableringskostnader og driftskostnader ved opprettelse og forvaltning av ordningen. Helsetjenesten vil få ansvar for utdanning i og innretning av fagfeltet i virksomhetene, de regionale utdanningssentra og/eller ALIS/SamLIS-kontorene vil bli involverte. Legeforeningen vil etablere spesialitetskomitéer ved opprettelse av påbygningsspesialiteter. Utredning, forvaltning, fastsetting og endring av faglig innhold, samt godkjenninger vil medføre økt ressursbehov og kostnad for Helsedirektoratet, forutsatt at det vil ligge hos Helsedirektoratet, på lik linje som for dagens spesialistutdanning. Det er en stor rigg rundt en til variant av spesialistutdanning for leger som trolig bare vil gjelde et fåtall leger, og som kommer i tillegg til den modellen vi allerede har.

Det er mulig at etablering av påbygningsspesialiteter kan være ressursbesparende innenfor felt der behovet er stort, eller der tilstandene i aktuelle fagfelt er slik at ressursbruk ved manglende spesialistkompetanse vil overstige kostnaden ved å etablere og drifte den aktuelle påbygningsspesialiteten. Formalisert utdanning vil kunne heve kvaliteten og standardisere et fagfelt. Det kan bidra til å redusere uønsket variasjon, samt både over- og underbehandling. Det kan også gi økt samhandling på tvers av fagfelt, bidra til at tjenesten jobber mer pasientsentrert og tverrfaglig, og mindre silobasert. Hvorvidt påbygningsspesialiteter er en kostnadseffektiv måte å bidra til å løse utfordringene beskrevet i [Helsepersonellplan 2040](#) på, må tas med i vurderingen. I tillegg må oppdraget ses i sammenheng med andre oppdrag som Helsedirektoratet har som omhandler spesialistutdanning for leger.

Problemstillinger til drøfting

1. Hva er viktig for pasienter, brukere og pårørende for å ivareta behovet for palliativ medisin spesielt, og for andre fagfelt som går på tvers av flere av dagens spesialiteter?
2. Er det behov for en til variant av spesialistutdanning, eller bør det være mer fleksibelt ute i helsetjenestene med tanke på å opprette og legge ned tilbud etter behov?
3. Når det gjelder palliativ medisin spesielt, bør det etableres en påbygningsspesialitet i palliativ medisin, eller er dagens kompetanseområde tilstrekkelig, eller burde det vært en annen løsning?
4. Hva trenger brukere og pårørende at helsemyndighetene gjør med tanke på styring av spesialist- og breddekompetanse?

Innspill fra Brukerrådet

- Når man er på vei ut av livet, er det ikke bare den "boksen" som er viktig.
- **For akademisk/faglig → må se situasjonen personen og familien står i → det hele menneske**
- **Kommunal → mer hjemme, dør hjemme. Løses ikke av en spesialitet**
- **Kompetanse på hvordan hjelpe pasienten og familien hjemme**
- Bør forankres i primærhelsetjenesten
- **Familien må ivaretas**
- Helsepersonell i PH-tjeneste må ha tilgang på kompetanse
- Livskvalitet
- **Kommunikasjonskompetanse** ↔ spesialisthelsetjenesten ↔ familie
- Språk- og kulturkompetanse
- Bra med spesialisering → gjør det mer attraktivt, **men må være tilgjengelig**
- Inn i andre spesialiseringer
- To perspektiver – rett hjelp til ulike personer
- Vil ikke vite om utdanning
- Ikke monopolisere et fagfelt som skal gå på tvers
- Er det profesjonsinteresser?
 - Er det andre hensyn som ikke tar utgangspunkt i pasientens situasjon?
- Samhandling kommune og spesialitet = det er behovet
- Lindrende og trygge behandling for pasienten
- Kompetanse på ulike grupper, f.eks. rusmiddel/LAR/demente
- Kan trenge annen kompetanse
- Kompetanse på samhandling med familien, å komme inn i hjemmene, pårørende i ulike aldre

Tilbakemelding fra Helsedirektoratet

Utdanningen må inneholde mer enn medisinske fag; blant annet pårørende.

Spesialiteter i primærhelsetjenesten kan ta dette påbygget.

Kan man se for seg en påbygging på tvers av profesjoner? - Ikke så stor forskjell på kompetansen mellom sykepleiere og leger på dette området – noe å reflektere over.

Har hatt de samme diskusjoner i arbeidsgruppen. Påbyggingen skal kunne gjennomføres "der du er". kanskje det vi trenger er at de ulike profesjoner jobber sammen; er en mulighet, men står ikke i oppdraget.

Dere er opptatt av trygghet, kommunikasjon, at vi skal leve hjemme, å få til samhandling og bygge bro i den gode helsetjenesten.

sak 20/26

Sak fremmet av: Ingrid Nergård Bratteberg, avdelingsdirektør
Divisjon: Helseøkonomi og personell
Avdeling: Tilskudd
Ansvarlig saksbehandler Ingrid Nergård Bratteberg

Mer forutsigbare og langsiktige tilskuddsordninger for frivillige og ideelle organisasjoner i helsefeltet

Bakgrunn for saken

På bakgrunn av fem anmodningsvedtak fra Stortinget har Helsedirektoratet fått i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å gjennomgå tilskuddsordningene til ideell og frivillig sektor som direktoratet forvalter. Oppdraget omfatter vurderinger av om dagens tilskuddsordninger er hensiktsmessig innrettet, hvordan de kan forenkles, og hvordan de i større grad kan bidra til kvalitet, relevans, innovasjon, forutsigbarhet og bærekraft. Se vedlegg 1 for oppdragstekst.

Tilskudd er et viktig virkemiddel for å nå politiske mål på helse- og omsorgsfeltet. Tilskuddene bør i størst mulig grad være forankret i gjeldende strategier, opptrappings- og handlingsplaner på feltet. Hensikten med tilskuddene er å skape effekt, det vil si positiv endring, for brukere og pårørende og om mulig for det videre samfunnet. De ideelle og frivillige organisasjonene er sentrale støttespillere i helse- og velferdssystemet vårt, og verdifulle medspillere i arbeidet med å løfte bruker- og pårørendestemmen, også i arbeidet med å utvikle og videreutvikle de offentlige tjenestene. Tilskudd er ofte utslagsgivende for at ideell og frivillig sektor kan spille denne rollen.

Gjennomføring av oppdraget vil berøre mange organisasjoner som søker og mottar tilskudd fra Helsedirektoratet. I 2025 forvaltet direktoratet rundt 30 åpne, konkurransebaserte tilskuddsordninger for frivillig og ideell sektor. Innenfor disse ordningene mottok vi 886 søknader fra 401 søkerorganisasjoner, med et samlet søknadsbeløp på nær 2,1 mrd. kroner. Av dette ble om lag 1,22 mrd. kroner innvilget. I tillegg ble det utbetalt ca. 350 mill. kroner gjennom 39 øremerkede tilskudd.

Det er flere forhold og hensyn som er bestemmende for gjennomføringen av oppdraget. Helsedirektoratets anbefalinger til endringer vil være innenfor rammene av økonomiregelverket, bevilgningsreglementet, forvaltningsloven og øvrige lover, forskrifter og instruksjoner som gjelder for tilskuddsområdet. I tillegg kommer føringer fra Stortinget og Helse- og omsorgsdepartementet gjennom budsjettproposisjonene og tildelingsbrev.

Tema til vurdering i oppdraget

Det er flere tiltak/justeringer vi kan foreslå som også står i motsetning til hverandre. Overordnet vil vi si at hovedutfordringen er hvordan skape mer langsiktige og forutsigbare rammer for frivillig og ideell sektor, samtidig som staten beholder nødvendig fleksibilitet til å prioritere, omstille og kontrollere bruken av offentlige midler?

Spørsmålet er stort, så vi forsøker å dele opp i undertema relevant for en diskusjon:

1. Forutsigbarhet versus relevans

Organisasjonene ønsker flerårige og stabile tilskudd for å kunne planlegge drift, beholde kompetanse og investere i utvikling. Samtidig:

- Stortinget vedtar bevilgninger årlig.
- Er det behov for å kunne endre prioriteringer ved nye helseutfordringer eller strammere budsjetter.
- Flerårige tilskudd kan redusere framtidig omstillingsmulighet

Dilemma: Hvordan sikre at tilskudd kan brukes som virkemiddel for å møte nye behov og brukergrupper når det samtidig er ønske om å binde opp tilskuddsmidler over tid?

2. Færre og større ordninger versus målrettet innsats

Sammenslåing av tilskuddsordninger kan:

- redusere administrasjon,
- gi større fleksibilitet.

Men:

- det krever mer prioriteringer i søknadsbehandlingen (mer komplekse regelverk),
- særskilte fagområder kan miste synlighet,
- mindre organisasjoner kan få vanskeligere konkurransevilkår,
- spesialiserte målgrupper kan bli nedprioritert.

Dilemma: Hvor langt bør man gå i å samordne ordninger uten at viktige fag- og brukerperspektiver svekkes?

3. Likebehandling versus tilpasninger

Helsedirektoratet mottar søknader fra nasjonale og lokale organisasjoner med ulik administrative kompetanse og kapasitet. Søkere har ulikhet i lokalitet, omfang på målgrupper, tematikk og fagkretser. Noen søkere er også paraplyorganisasjoner. Standardiserte tilskuddsordninger kan gi:

- rettferdighet,
- forutsigbarhet,
- administrativ effektivitet.

Men:

- organisasjonene er svært ulike i størrelse, modenhet og samfunnsoppdrag.

Dilemma: Skal tilskuddsordningenes krav være mest mulig like, eller tilpasses ulike typer organisasjoner og aktiviteter?

4. Sikre representativt samråd med et mangfold av organisasjoner

Det er spesielt behov for samråd ved deloppdrag 1 og 4. Med et bredt oppdrag og korte frister skal vi sikre riktig involvering organisasjoner.

Dilemma: Hvordan tilrettelegge for god involvering i den bredden av organisasjoner som kan gi innspill til oppdraget?

Problemstillinger til drøfting

Hva ønsker dere konkret at Brukerrådet skal ta stilling til og gi innspill på i de ulike dilemmaene?

1. Hva er innspill og tidligere erfaringer vi kan ta med i vurderinger av de utvalgte dilemmaene?

Innspill fra Brukerrådet

- Det frivillige Norge ⇒ bærebjelke
- **Politisk mål = politiske virkemiddel ⇒ må følges**
- Utvikling og effektivisering av organisasjonene – hvordan?
- **Utdanne likeperson/representanter ⇒ flerårig er viktig for å rekruttere (må være gode arbeidsgivere)**
- **Både driftsmidler og prosjekt**
- Beredskap – må være fleksible
- Øremerket uheldig – bør begrenses
- Involvering/medvirkning må være reell – ikke menti
- Tilskudd må understøtte det som skal gjennomføres av politikk – og da må org. følge
- Føringer – må avspeiles i tilskuddsordning
→ Hdir må bli bedre på det
- Samfunns mål
- Mer fleksibel hvordan organisasjonene skal nå målene
- Slå sammen – risiko å miste stemmene til små grupper + risiko for små organisasjoner
- Ønsker å medvirke – viktig prosess
- Mer forutsigbarhet
→ se på andre etater, f.eks. Bufdir
- **Innovasjon er ikke i motsetning til flerårige**
- **Frivilligheten representerer en egenart**
 - Ikke bare for å nå politiske mål
 - Jobber for å innovere
- **Paraply – trenger bedre forståelse**
- **Viktig at org. har en rolle for å se fremover og løfte utfordringer for brukergrupper**
- Store og små organisasjoner
 - Ulike perspektiv
- Anerkjenne at det er store forskjeller
- Vise analyser av hvordan tilskuddsmidler slår ut, store og små org.
- Bærekraftig frivillighet

Tilbakemelding fra Helsedirektoratet

Innspill om forutsigbarhet, ulike behov, behov for flerårige tilskudd. Store endringer rokker med forutsigbarhet. Begrense bruk av øremerkede midler. Flinke til å løfte blikket – dere er forskjellige –ta med oss at det er ønskelig å ivareta ulikhetene.

1500-1700 vedtak i året – samme antall rapportering, jobbe med forenkling.

Skal begynne planleggingen, og medvirkningen skal være med. Det er viktig å være tydelige i kommunikasjonen; når brukerrådet syntes at det er utydelig- da har vi noe å gå på.

Evaluerings og tilbakemelding på dagens møte ved Ida Olsen

Menti fra dette møtet ligger som vedlegg til referatet

Deltakere 16.09.2026

Brukerorganisasjon/ sammenslutning	Medlem	Vara
FFO /Diabetesforbundet	Britt Inger Skaanes (til kl. 13.00)	Tommy Skar FFO/LHL (fra kl. 13.00)
FFO/Hørselshemmedes landsforbund	Bernt-Aksel Jensen	
FFO/Hiv Norge	Halvor Frihagen	
FFO/ADHD Norge	Gry Lunde	
FFO/FFO- sjeldne sykdommer	Anette Remme	
Pensjonistforbundet	Rolf M. Tande	
Nasjonalforeningen for folkehelsen	Tone Poulsson Torgersen	
Unge funksjonshemmede	Asgeir Fagerli Langberg	
Voksne for barn		Karin Källsmyr
SAFO	Janne Skei	
Pårørendealliansen	Anne-Grethe Terjesen	
Utvalget for flerkulturelle minoriteter		Afshan Rafiq
LIN Likestilling, Inkludering, Nettverk	Dulce M. Paulsen	
BrukerRop/ Foreningen human ruspolitikk	Tonje Jevari	
BrukerRop/ Spiseforstyrrelseforeningen	Elin Olsen	
Oppnevnt fra Sametinget	Aili Kirste Strømeng Arntzen	
FRI	Avbud	
Kreftforeningen	Gina Barstad (til kl. 12.30)	Mario Gaarder (fra kl. 12.30)
Pasient- og brukerombudet	Avbud	
NAV Brukerutvalg	Avbud	
Ledelsen i Helsedirektoratet	Cathrine M Lofthus Olav Valen Slåttebrekk Helen Brandstorp Marius Kurås Skram Elin Høvik Kindingstad	
Sekretariatet i Helsedirektoratet	Karin Yan Kallevik Ida Olsen Anne Hartvedt Haakon Steen	