

Innspill statsbudsjett 2027

Sammendrag

De regionale helseforetakene gir i fellesskap innspill til statsbudsjett 2027. I innspillet til statsbudsjett for 2027 vil de regionale helseforetakene spesielt trekke frem følgende forhold:

- Demografisk utvikling og finansiering
- Finansiering bygg
- Finansiering av pensjonspremie
- Kostnader knyttet til spesialisthelsetjenestens beredskapsarbeid for å sikre totalforsvar
- Styrke psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
- Dømt til behandling
- Dømt til tvungen omsorg

De regionale helseforetakene mener at de årlige bevilgningene må vurderes i lys av tre forhold; den underliggende veksten i fastlands-BNP, behov for fullfinansiert vekst i demografi-kostnader, og behovet for økt tilgang til og utvikling av tjenestene.

Fullfinansiering av kostnadene som følge av de demografiske endringene er et minimumsnivå. En vekst som er lavere enn demografi gir dårligere kvalitet og tilgjengelighet, og reduserer muligheten for å utvikle tjenestene, mens en vekst som er over demografi, legger til rette for å utvikle og forbedre spesialisthelsetjenesten samt øke tilgjengeligheten.

Teknisk beregningsutvalg for spesialisthelsetjenestens økonomi (TBUS) legger til grunn Helsedirektoratets anslag for demografisk betinget behovsvekst i spesialisthelsetjenesten. Utvalget gjenga Helsedirektoratets anslag for veksten i 2027 i vedlegg til utvalgets notat i juni 2025. Anslagene vil bli oppdatert. SSB vil publisere oppdaterte befolkningsframskrivninger i juni 2026 som vil kunne påvirke framskrivningene av behov. De regionale helseforetakene viser derfor til Teknisk beregningsutvalg for spesialisthelsetjenesten (TBUS) og Helsedirektoratets og anslaget for demografidrevet på behov som vil framkomme i notat fra utvalget i juni 2026.

Investeringer i bygg og utstyr er nødvendig for å utvikle tjenestene. I alle helseregionene har det blitt ferdigstilt mange store sykehusbyggprosjekter og flere prosjekter vil bli ferdigstilt de neste årene. Dette gir helseforetakene økte avskrivnings- og rentekostnader som utfordrer helseforetakenes økonomi. De økte kostnadene representerer et omstillingsbehov som departementet kan lette dersom de økte kostnadene i større grad reflekteres i de årlige bevilgningene.

Innledning

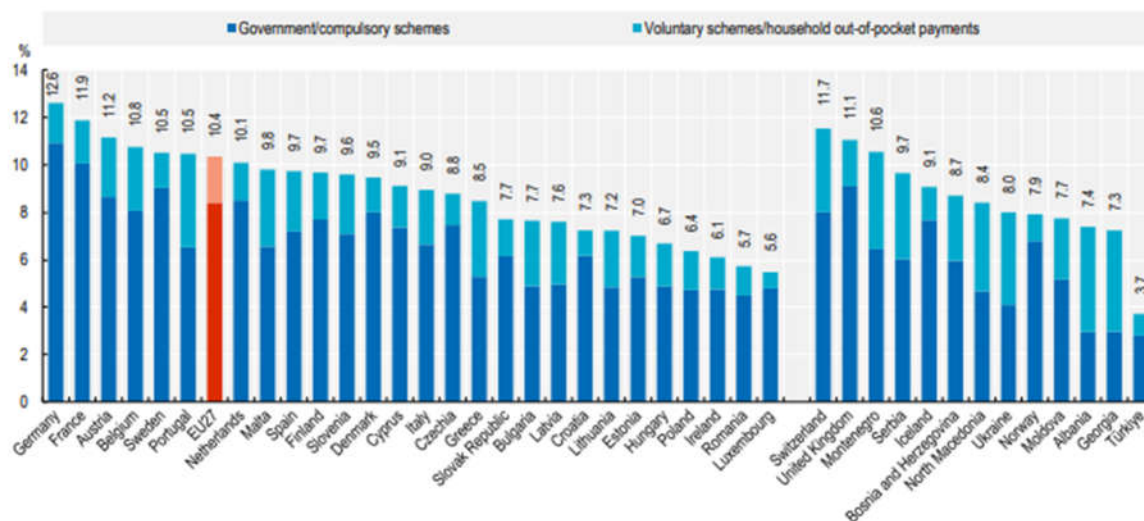
Norge har en god helsetjeneste hvor forventet levealder er to år lengre enn gjennomsnittet i EU, samt at Norge har lav dødelighet for en rekke sykdommer¹. Samtidig viser internasjonale sammenligninger til at Norge har et forbedringspotensial når det gjelder forebygging og koordinering av tjenester².

¹ State of Health in the EU. Eurostat database

² The commonwealth Fund – Mirror Mirror 2021. Reflecting Poorly: Health Care in the U.S Compared to Other High-Income Countries

Norge bruker 3. mest på helse per innbygger av alle OECD-land³. Når det gjelder helseutgifter målt som andel av BNP, viser figuren nedenfor at ressursbruken i Norge ikke er særskilt høy, sammenlignet med andre land.

Figure 5.3. Health expenditure as a share of GDP, 2022 (or nearest year)

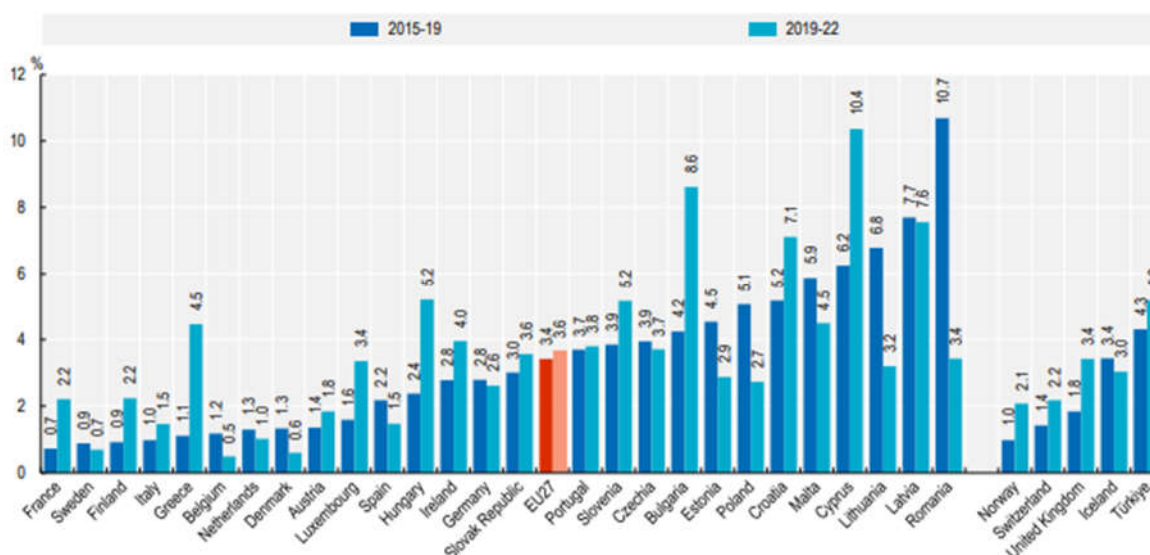


Note: The EU average is weighted.

Source: OECD Health Statistics 2024; Eurostat (hlth_sha11_hf); WHO Global Health Expenditure Database.

Videre viser OECD-registreringene også at veksten per innbygger i Norge de senere årene har vært vesentlig lavere enn i de fleste øvrige OECD-land i perioden 2015-2022, jamfør figuren nedenfor.

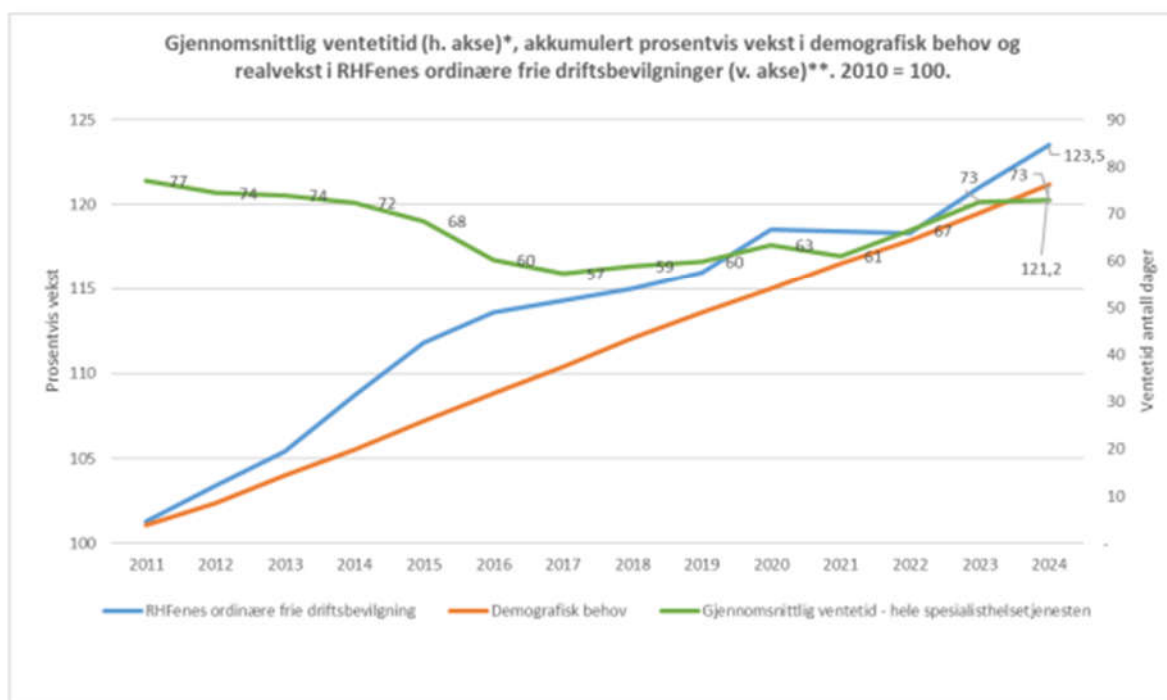
Figure 5.2. Average annual growth rate (real terms) in per capita health spending, 2015-22 (or nearest year)



Note: The EU average is unweighted. If necessary, growth rates and time periods have been adjusted by the OECD Secretariat to take account of breaks in series.
Source: OECD Health Statistics 2024; Eurostat (hlth_sha11_hf); WHO Global Health Expenditure Database.

³ OECD – Health at a Glance 2024

Figuren nedenfor viser utviklingen i ventetid (høyre akse), demografisk behov og realveksten i RHFenes frie driftsbevilgninger (begge venstre akse). Figuren viser at den gjennomsnittlige ventetiden ble betydelig redusert i perioden 2014-2017 samtidig som veksten i de regionale helseforetakenes ordinære frie driftsmidler var høyere enn det demografiske behovet.



Figur 1 Gjennomsnittlig ventetid, akkumulert prosentvis vekst i demografisk behov og realvekst i RHF-enes ordinære frie driftsbevilgning. Kilder: Gjennomsnittlig ventetid pr hele år for 2010-2023, samt 1. tertial 2024 (Helsedirektoratet). Utvikling i demografisk behov RHF-enes ordinære frie driftsbevilgning er hentet fra Prop 1 S (Helse- og omsorgsdepartementet).

Perspektivmeldingen (Meld. St. 31 (2023-2024)) og Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024-2027 (Meld. St. 9 (2023-2024)) adressere flere utfordringer som spesialisthelsetjenesten vil stå ovenfor i tiden fremover. Vekst i befolkning og endringer i alderssammensetningen vil kreve vekst i ressursinnsatsen i helse- og omsorgstjenestene. De regionale helseforetakene mener at finansiering av de økte kostnadene som følger av de demografiske endringene er et absolutt minimum for beregningsnivået. En vekst som er lavere enn demografi gir risiko for dårligere kvalitet og tilgjengelighet, og reduserer muligheten for å utvikle tjenestene, mens en vekst som er over demografi legger til rette for å videreutvikle og forbedre spesialisthelsetjenesten samt øke tilgjengeligheten.

I tillegg til behovet for å øke bevilgningene i takt med det demografiske behovet belyser notatet sentrale forutsetninger for å levere gode helsetjenester, samt andre øvrige forhold som må vurderes nærmere i forbindelse med statsbudsjett 2027.

Bakgrunn

SSB sine anslag for den demografiske utviklingen viser at det vil være befolkningsvekst, og at antall og andelen eldre vil øke. Andelen yrkesaktive blir lavere, og de yrkesaktive er i større grad bosatt i sentrale strøk. SSB vil komme med oppdaterte befolkningsframskrivninger i juni 2026, som må legges til grunn for å beregne det demografiske behovet i 2027. Samtidig

vil TBUS komme med oppdaterte anslag for det demografiske behovet. De regionale helseforetakene ber om at dette legges til grunn i vurderingen av bevilgningsnivået i 2027.

Marginalkostnad

De regionale helseforetakene viser til notat fra TBUS og anslaget for marginalkostnaden som er benyttet i beregningene. Videre viser de regionale helseforetakene til omtalen i Prop 1 S (2024-2025): «I 2025 legges til grunn en marginalkostnad på 100 pst, begrunnet i gjeninnhenting etter flere år med 80 pst. beregnet marginalkostnad, i tråd med begrunnelsen i Nasjonal helse- og samhandlingsplan».

De regionale helseforetakene mener at 100 pst marginalinntekt 2025 ikke kompenserer for 17 år hvor det er lagt til grunn en marginalkostnad for 80 prosent. TBUS har beregnet at den samlede forskjellen disse årene utgjøre 13,1 mrd. kroner. Det vil derfor ikke være riktig å bruke marginalkostnaden på 92,5 prosent som utvalget har lagt til grunn i notatet fra juni 2025 i beregningen av ressursbehovet i budsjettet for 2027. Det understrekes også at TBUS viser til at det er indikasjoner på at marginalkostnaden er stigende og at utvalget anbefaler at analysen av marginalkostnaden oppdateres.

Videre viser de regionale helseforetakene til omstillingsbehovet knyttet til den demografiske utviklingen, jf. omtale under. Det vil være omstillingskostnader knyttet til medisinsk utvikling og investeringer i kompetanse, organisasjon, bygg og teknologi. Det må derfor legges til grunn et bevilgningsnivå over 100 pst. av marginalinntekten for å kunne gjennomføre tilstrekkelig investeringer for de nødvendige omstillingene. Investeringene og omstillingene skal på lang sikt bidra til å begrense kostnadsveksten i sektoren.

Sentrale forutsetninger for å gi gode helsetjenester

De regionale helseforetakene ønsker å trekke frem noen sentrale forutsetninger for å gi gode helsetjenester.

Demografisk utvikling og finansiering

En effektiv ressursutnyttelse og god kostnadskontroll er avgjørende for at helseforetakene kan realisere de helsepolitiske målene innenfor den økonomiske rammen som årlig vedtas av Stortinget. Den demografiske utviklingen er likevel utfordrende å håndtere for spesialisthelsetjenesten. Dette gjelder både endringer i demografi og endringer i bosetningsstruktur. Det ligger innenfor de regionale helseforetakenes sørge-for ansvar å løse dette innenfor de rammene lovgivende og bevilgende myndigheter vedtar.

Inntektsmodellen er ment å reflektere det relative ressursbehovet mellom regionene gjennom objektive kriterier som fanger opp relative forskjeller i kostnader og behov mellom helse-regionene. Handlingsrommet for å gjøre nødvendige omstillinger i spesialisthelsetjenesten som følge av demografisk-, medisinsk- og teknologisk utvikling kan oppleves som krevende. Alle regionene har slike utfordringer.

Både Helsepersonellkommisjonen⁴ og Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024-2027 (Meld. St. 9 (2023-2024)) omtaler de demografiske utfordringene og behovet for endringer i

⁴ NOU 2023:4 Tid for handling.

helse- og omsorgstjenesten for å opprettholde et godt og likeverdig tilbud til befolkningen. Helsepersonellkommisjonen viser også til at flere sykehus i større grad opplevd vanskeligheter med å beholde og rekruttere personell. Blant annet er det utfordringer knyttet til å rekruttere sykepleiere, intensivsykepleiere, jordmødre, samt personell innen psykisk helsevern. I årene fremover vil det derfor være avgjørende at spesialisthelsetjenesten settes i stand til å opprettholde en investeringstakt som gjør det mulig å imøtekomme fremtidige behov i en tid hvor tilgangen på personell vil reduseres, gjennom å investere i teknologi, utstyr, bygg mm.

De regionale helseforetakene mener at demografiutviklingen, med sentralisering samtidig som spesialisthelsetjenesten må videreføre en desentralisert struktur, vil kreve høyere bevilgningsnivå enn den aggregerte demografiutviklingen. Dette vil kreve at veksten i bevilgningsnivået går utover det som er knyttet til demografisk betinget behovsvekst nasjonalt. Bevilgningene bør være over post 72-75 (økt grunnbevilgning) og følges av krav i foretaksmøtet.

De regionale helseforetakene mener dette vil legge til rette for bedre ressursbruk enn øremerkede midler, slik dette har vært bevilget til enkeltregioner de siste årene. Dersom det fortsatt er ønskelig å øremerke bevilgninger for å opprettholde spesifikke tjenestetilbud, bør dette skje gjennom objektive kriterier som omfatter alle regioner.

Finansiering av bygg

Realveksten i de økonomiske rammene har i enkelte år vært lavere enn den demografiske veksten. I årene før pandemien (2017-2019) og i 2021-2022 var realveksten lavere enn den demografiske veksten, og dette er i ettertid ikke fullt ut kompensert. De økonomiske rammene gir en økonomisk situasjon hvor de regionale helseforetakene opplever det som krevende å prioritere ytterligere nødvendige investeringer og å redusere vedlikeholdsetterslepet.

Det er nødvendig at de årlige tildelingene til spesialisthelsetjenesten gir handlingsrom til å gjennomføre investeringer i bygg og utstyr, samt til å øke satsning på teknologi, kompetanse og rekruttering. Finansieringssystemet bygger på at helseforetakene må spare til framtidige investeringer ved å levere positive økonomiske resultater. Dette krever strenge prioriteringer, kontinuerlig omstilling og forbedring av driften. Nye store byggeprosjekter er finansiert med lån på 90 prosent av styringsrammen (P50) fra konseptfasen. Dette medfører at det er enklere å finansiere oppføringen av byggeprosjektene, men i perioden for nedbetaling av lånene vil helseforetakene bli belastet med betydelige avdrag og høye rentekostnader som betales tilbake til Staten. Dette vil medføre en belastning på driftsøkonomien til helseforetakene.

Rentenivået har økt siden vedtakstidspunktet for mange av investeringsprosjektene som er under gjennomføring. De langsiktige investeringslånene er sikret med fastrenteavtaler, men rullering av rentesikringsavtalene gir høyere rentenivåer også på den eksisterende låneporteføljen. Under byggeperioden er investeringene finansiert med byggelån med flytende renter, noe som øker rentesensitiviteten i foretaksgruppene. Svekket norsk krone virker på kort sikt også negativt inn på likviditeten i regionene.

Sykehusutvalget (NOU 2023:8) foreslo at helseforetakene skulle kompenseres for 75 prosent av faktiske avskrivningskostnader. Innenfor en gitt budsjettamme vil forskjeller i investeringstakt gi omfordelingseffekter og mindre forutsigbare økonomiske rammebetingelser enn i dagens modell. Dette ble påpekt i flere høringssvar og regjeringen

varslet i Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024-2027 (Meld. St. 9 (2023-2024)) at den ikke gikk videre med dette forslaget. I Stortingets behandling av meldingen, ble følgende fattet i vedtak 692. «Stortinget ber regjeringen utrede ulike ordninger for å håndtere avskrivningskostnader i sykehus og alternative modeller for rentekompensasjon for sykehusbygg.»

De regionale helseforetakene vil påpeke at utfordringen med økte renter og avskrivningskostnader kan løses på ulike måter for prosjekter i ulike faser. For ferdigstilte prosjekter kan en løsning være gjeldsettergivelse, mens investeringstilskudd kan være en løsning for kommende prosjekter. Innenfor dagens modell for finansiering av spesialisthelsetjenesten, kan også økte kapitalkostnader dekkes gjennom økte basisbevilgninger til sektoren over tid.

Finansiering av pensjonspremie

Det vises til omtale i Prop. 146 (2024-2025) og Prop. 145 LS (2024-2025). Regjeringen har kommet til at det er hensiktsmessig å endre helseforetaksloven slik at Helse- og omsorgsdepartementet kan fastsette egne regler for regnskapsføring av pensjon for helseforetakene. Stortinget sluttet seg til dette i behandlingen av Prop. 145 LS (2024-2025). De regionale helseforetakene minner om at deler av sørge-for ansvaret ivaretas gjennom langsiktige driftsavtaler med private ideelle sykehus. Disse sykehusene er underlagt regnskapsloven og vil ikke kunne omfattes av et slikt unntak. De regionale helseforetakene ber om at pensjonskostnadene til de private ideelle sykehusene med langsiktig driftsavtale inngår i den bevilgningsmessige håndtering av pensjon. Regionale helseforetak og helseforetak eier også aksjeselskap som ikke vil kunne unntas regnskapsloven.

Det vises videre til at regjeringen legger til grunn at helseforetakene sine rammevilkår skal være nøytrale for pensjonsforhold. De regionale helseforetakene mener dette er bra. Selv om dette også har vært intensjonen med dagens modell for håndtering av pensjonsforhold, så har ikke denne håndteringen vært nøytral.

Spesialisthelsetjenesten er i dagens modell finansiert for pensjonskostnaden som del av årlig tildelt basisramme, mens likviditet for differansen mellom pensjonspremie og pensjonskostnad blir håndtert med endring i de regionale helseforetakenes driftskredittrammer i statskassen. Renten på driftskreditt følger de regionale helseforetakenes flytende rentebetingelser ved lån i statskassen, dvs. statsrente med et påslag på 0,4 prosentpoeng.

De siste årene har pensjonspremiene vært vesentlig høyere enn pensjonskostnaden. De regionale helseforetakenes driftskredittramme utgjør i 2025 om lag 25 mrd. kroner etter revidert nasjonalbudsjett. Dette gir anslagsvis om lag 1,2 mrd. kroner i rentekostnader for de regionale helseforetakene. Norsk Regnskapsstiftelse sin veiledning knyttet til pensjonsforutsetninger fra juni 2024, indikerer at pensjonspremiene vil bli vesentlig høyere enn pensjonskostnaden også for 2025. Redusert kontantbeholdning og/eller trekk på driftskredittrammen gir betydelige rentekostnader. Dette medfører at spesialisthelsetjenestens samlede midler til drift og investeringer i økende grad må reserveres til rentebelastningen fra forskjellen mellom pensjonspremie og pensjonskostnad. Det forventes at den varslede planendringen i 2025 vil endre bildet dersom denne håndteres innenfor dagens bevilgingsmodell for håndtering av premieavvik.

De regionale helseforetakene mener at dersom departementet etablerer et nytt regelverk som tar sikte på at store premieavvik ikke akkumulerer seg over tid, så må også de regionale helseforetakene få slettet den gjelden som over tid er opparbeidet knyttet til utbetalt

driftskreditt knyttet til premieavvik. For at pensjonsforhold skal være nøytrale må den bevilgningsmessige håndtering også håndtere at helseforetakene hvert år betaler inn egenkapitalinnskudd til KLP og PKH. Dette er ikke en del av dagens håndtering og «spiser» av investeringslikviditeten til helseforetakene. Helseforetakene betaler inn 569,7 millioner i egenkapitalinnskudd i 2025.

Øvrige forhold som må vurderes nærmere i forbindelse med statsbudsjett for 2027

- Kostnader knyttet til spesialisthelsetjenestens beredskapsarbeid for å sikre totalforsvar
- Dømt til behandling
- Dømt til tvungen omsorg
- Styrke psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Kostnader knyttet til spesialisthelsetjenestens beredskapsarbeid for å sikre totalforsvar

Helseforetak og sykehus er definert som virksomheter med kritiske samfunnsfunksjoner. Kravene til virksomhetenes oppgaver innen beredskap og sikkerhet er vesentlig skjerpet de senere årene, bl.a. som følge av covid-19 pandemien, usikkerhet i forsyning av viktige varer og legemidler, økte digitale trusler og utfordringer innen informasjonssikkerhet, samt den generelle internasjonale sikkerhetssituasjonen.

I foretaksmøtet 11. oktober 2021 ble de regionale helseforetakene bedt om å ta ansvar for et permanent nasjonalt beredskapslager for smittevernutstyr. Målgruppen for nasjonal beredskapslagring av smittevernutstyr er den offentlige helse- og omsorgstjenesten og andre offentlige og private instanser som etter lov eller avtale ivaretar helse- og omsorgstjenester til befolkningen, offentlig tannhelsetjeneste og militær sanitet.

Oppdraget til de regionale helseforetakene gjelder beredskapslager av smittevernutstyr til målgrupper utover spesialisthelsetjenesten. Dette forholdet samt kostnadenes størrelse, og at overordnet helsemyndighet vil disponere beholdningene i en beredskapssituasjon, gjør at spesialisthelsetjenesten bør kompenseres for disse kostnadene i den ordinære ramme-finansieringen.

Både NOU 2023: - 14 Forsvarskommisjonen av 2021 og Totalberedskapsmeldingen (*Meld. St. 9 (2024–2025)*) omtaler utfordringer ved dagens helseberedskap. Både utredningen og meldingen peker på at det må rettes særlig oppmerksomhet mot helseberedskapen og konsekvensene av økt fare for krise og krig.

Videre pekes det på at planverk og konsepter er dårlig koordinert, og har ikke tatt utgangspunkt i adekvate tapsestimer. De senere års endringer i utfordringsbildet gjør at behovet for langsiktig planlegging innen nasjonal beredskap øker, og at planleggingsforutsetninger må tydeliggjøres. Det er behov for en overordnet dimensjonering av nasjonal beredskap og det er en forutsetning at overordnede myndigheter fastsetter klare og veldefinerte mål for de aktiviteter som skal utføres av virksomhetene.

Teknologisk utvikling utfordrer sikkerhet og beredskap på måter vi ikke fullt ut overskuer. Cyberangrep kan forstyrre livsviktige tjenester i sektoren og være direkte livstruende.

Helsevesenet er ifølge Europakommisjonen⁵ en av de sektorene som utsettes mest for målrettede cyber- og løsepengeangrep.

I *nasjonal legemiddelberedskap*⁶ skriver Helsedirektoratet at «formålet med en nasjonal legemiddelberedskap er å sikre den norske befolkningens tilgang til legemidler slik at nødvendig medisinsk behandling kan opprettholdes ved forsyningssvikt eller ved etterspørselssjokk. Legemiddelberedskap inngår også som en del av totalforsvars-perspektivet». I NOU 2021:6 *Rapport fra Koronakommisjonen* blir det pekt på at «Det var store svakheter ved legemiddelberedskapen da covid-19-pandemien kom til Norge».

I oppdragsdokumentet for 2025 blir de regionale helseforetakene bedt om å følge opp Riksrevisjonens treårsoppfølgingsundersøkelse av helseforetakenes forebygging av angrep mot sine IKT-systemer⁷. Der ble det avdekket vesentlige svakheter i IT-sikkerheten på norske sykehus.

De regionale helseforetakene viser også til felles oversendelse til Helse- og omsorgsdepartementet 15. februar 2025 fra de regionale helseforetakene der anslag på kostnader til konkrete beredskapstiltak fremgikk.

Utviklingen vil for spesialisthelsetjenesten totalt sett medføre flere forebyggende tiltak, flere beredskaps- og sikkerhetstiltak, og mer øvingsaktivitet. Videre vil det kunne ha innvirkning på sykehusenes byggeplaner og investeringskostnader. Det vises her særlig til at det vil gir store kostnadsmessige konsekvenser dersom det ikke lenger vil kunne gis dispensasjon til krav om bygging av tilfluktsrom i nye bygg. Dette og alle andre tiltak vil gi en økonomisk merbelastning, som vanskelig kan nedprioriteres. De regionale helseforetakene mener disse kostnadene i større grad bør reflekteres i den økonomiske tildelingen. De regionale helseforetakene viser også til omtale av tiltak og kostnadsestimat oversendt Helse- og omsorgsdepartementet i etterkant innspill til statsbudsjett 2026.

Styrke psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Styrke psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er ett av fem hovedmål for de regionale helseforetakene, jf. bl.a. de siste årenes oppdragsdokument som gir føringer for utvikling av tjenestetilbudet. En ren demografisk framskrivning av aktiviteten vil ikke reflektere den aktivitetsveksten som styrkingen av tjenestekområdene vil legge til rette for. De regionale helseforetakenes framskrivningsmodell for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling integrerer en slik styrking.

Til grunn for framskrivningsmodellen ble det benyttet beregninger på forekomst av diagnostiserbare psykiske lidelser i Norge til å estimere behovet for helsetjenester («behandlingsgap»). For pasienter over 65 år, barn og unge, pasienter med alkoholproblemer, spiseforstyrrelser og traumelidelser ble det vurdert at det var behov for å øke behandlingskapasiteten. Framskrivningsmodellen legger altså til rette en vekst utover demografi for dette gjennom:

⁵ [European action plan on the cybersecurity of hospitals and healthcare providers | Shaping Europe's digital future](#)

⁶ [Nasjonal legemiddelberedskap - Helsedirektoratet](#)

⁷ [Dokument 3:2 \(2024–2025\)](#)

- Særsilt økning i liggedøgn for pasienter med alvorlige psykiske lidelser (psykose, rusutløst psykose, bipolar lidelse) og spiseforstyrrelser på 15 prosent i perioden frem mot 2040 på grunn av underkapasitet i tjenesten og økt prevalens.
- Generell økning i behov for poliklinikk/dagbehandling på 0,5 prosent årlig frem mot 2040
- Særsilt økning i behov for poliklinikk/dagbehandling for barn og unge, eldre, spiseforstyrrelser, alkoholrelaterte lidelser, tilpasningsforstyrrelser og andre nevrotiske lidelser (PTSD).

De regionale helseforetakene mener derfor at det i de årlige bevilgningene særlig innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er behov for en bevilgning utover det anslåtte demografiske behovet.

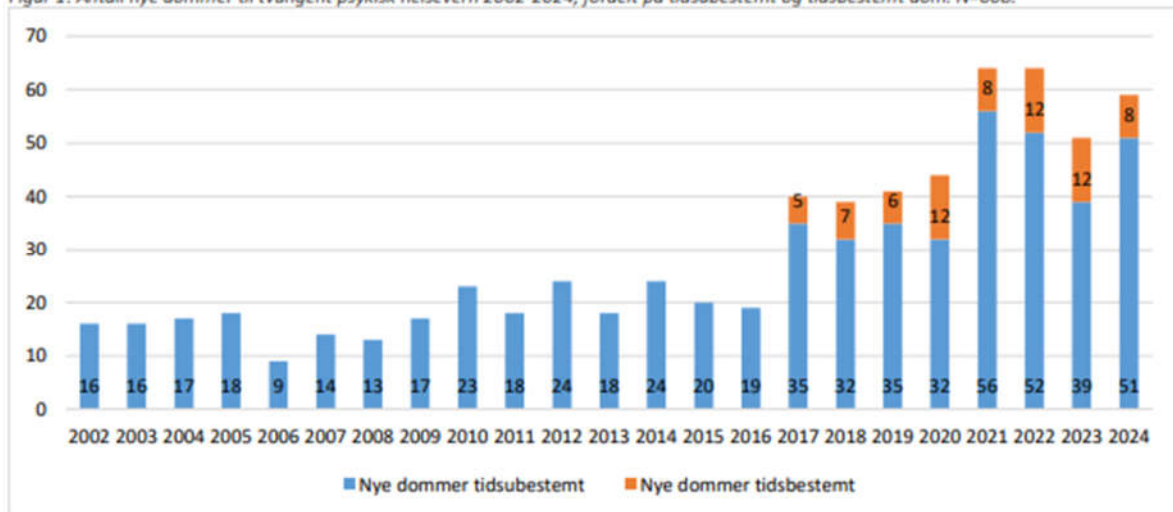
Dømte til behandling

Sikkerhetspsykiatri skiller seg fra annen behandling ved at inntak av pasienter ikke alene hviler på faglige vurderinger og prioriteringer, men også som følge av dom og kjennelse fra justissektoren. Spesialisthelsetjenesten har etablert egne sikkerhetspsykiatriske enheter som har ansvar for pasienter med særsilt høy voldsrisko, og pasienter som dømmes til tvungent psykisk helsevern.

Dømte til tvungent psykisk helsevern får enten en tidsubestemt eller tidsbestemt dom. Tidsubestemt dom innebærer at dommen kan opprettholdes så lenge samfunnsvernet krever det, mens tidsbestemt er varigheten begrenset til tre år.

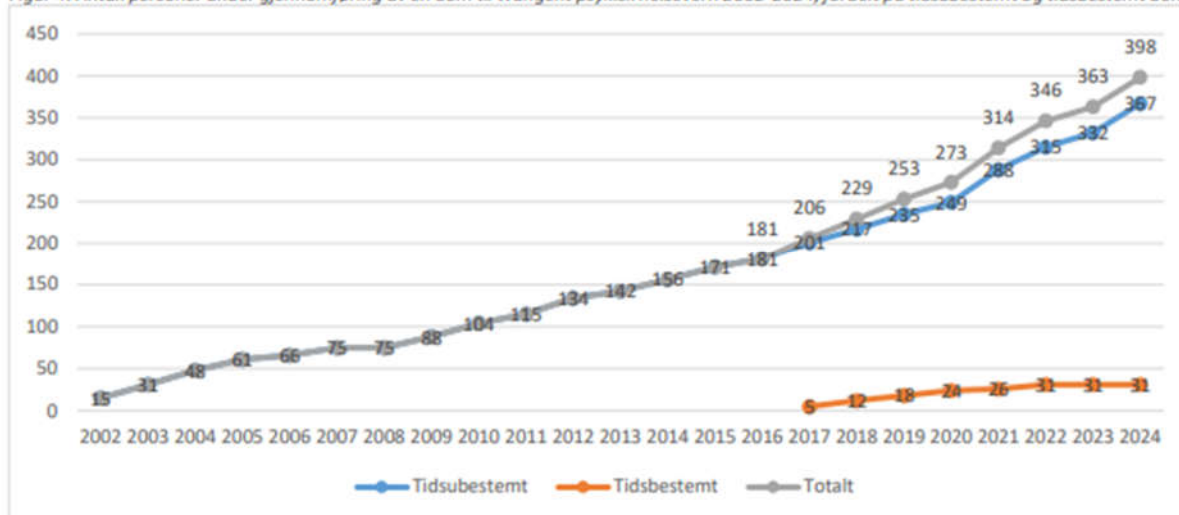
Antall dommer til tvungent psykisk helsevern har vært økende de siste 10 årene, jf. figur 1.

Figur 1: Antall nye dommer til tvungent psykisk helsevern 2002-2024, fordelt på tidsubestemt og tidsbestemt dom. N=668.



I 2012 var det 24 nye dommer, mens det i 2024 ble avsagt 59 dommer på overføring til tvungent psykisk helsevern. 51 av disse var tidsubestemt dom, mens 8 var tidsbestemt dom.

Figur 4: Antall personer under gjennomføring av en dom til tvungent psykisk helsevern 2002-2024, fordelt på tidsubestemt og tidsbestemt dom.



Figuren ovenfor viser at antall dømte i behandling har økt betydelig, og at det i 2024 var 398 dømte i behandling i spesialisthelsetjenesten.

Justissektorens anledning til å beslutte innleggelse av personer inn i det psykiske helsevernet, opptar sikkerhetspsykiatriske døgnplasser som er eneste aktuelle tilbud til pasienter med høyt sykdomstrykk og voldsproblematikk. Tabellen nedenfor viser at 63 % av de dømte pasientene var i behandling med døgnopphold. Av de dømte i døgnbehandling var 64 % ved en sikkerhetsavdeling.

Tabell 11: Behandlingsnivå ved årsskiftet 2024/2025, fordelt på tidsubestemt og tidsbestemt dom og med og uten døgnopphold.

Behandlingsnivå	Tidsubestemt		Tidsbestemt		Totalt
	Med døgnbehandling	Uten døgnbehandling	Med døgnbehandling	Uten døgnbehandling	
Regional sikkerhetsavdeling	13	0	1	0	14
Lokal sikkerhetsavdeling	134	27	11	0	172
Allmennpsykiatrisk avdeling	55	10	8	1	74
Akuttpsykiatrisk avdeling	5	0	1	0	6
DPS	12	100	1	8	121
Annet/privat tiltak	9	2	0	0	11
Totalt	228	139	22	9	398
Totalt	367		31		398

Som konsekvens reduseres behandlingskapasiteten for andre pasienter, som kan ha like stort behov for en døgnplass for behandling av sin psykiske lidelse. Fortsetter trenden i antall dømte til psykisk helsevern, må det etableres nye behandlingstilbud for å sikre pasienter med høy voldsrisiko adekvatoppfølging og behandling.

I tillegg til økningen av personer som er dømt til tvungent psykisk helsevern, er det også en økende bruk av varetektssurrogat⁸. Disse personene er oftest innlagt i sikkerhetspsykiatriske enheter, og bidrar til å øke presset på kapasiteten i slike enheter.

De regionale helseforetakene utarbeidet en overordnet plan for sikkerhetspsykiatri, som ble behandlet i de regionale styrene i 2023. Planen ble oversendt departementet 12.09.2023. Helse- og omsorgsdepartementet ba i etterkant om at de regionale helseforetakene skulle

⁸ Dersom en person på fengslings tidspunkt vurderes å ha en sterkt avvikende sinnstilstand og antas å være straffri etter straffeloven §20, kan personen plasseres i institusjon på et såkalt varetektssurrogat.

utarbeide et kostnadsoverslag for planen. Kostnadsoverslaget for overordnet plan for sikkerhetspsykiatri ble behandlet i de regionale helseforetakene i 2024, og oversendt til Helse- og omsorgsdepartementet 15. juli 2024.

De regionale helseforetakene viser til tidligere oversendt sak for «Kostnadsoverslag for overordnet plan for sikkerhetspsykiatri» og ber at bevilgningen hensyntar beregningene. I tillegg vises det til høringssvarene fra de regionale helseforetakene til NOU 2025: 2 *Samfunnsvern og omsorg*, som var på høring sommeren 2025.

Dømte til tvungen omsorg

Den sterke veksten i antall dømte de siste årene kan i stor grad knyttes til endringer i lovverket. Grensen for strafferettslig skylddevne ble i 2020 endret, slik at flere med psykisk utviklingshemming ansees som utilregnelig og dermed kan dømmes til tvungen omsorg.

Driften av Fagenhet for tvungen omsorg, som ble opprettet ved lov av 15. juni 2001 nr. 64 om endringer i straffeloven, var t.o.m. 2019 fullfinansiert over statsbudsjettet, mens det fra 2020 ble innført 20 prosent egenandel for de regionale helseforetakene. Dette for å stimulere til økt kostnadskontroll.

Utviklingen i antall dømte, og dermed utviklingen i kostnader til ordningen, er utenfor RHF-enes kontroll. Innføringen av egenandel er derfor ikke et egnet virkemiddel for å oppnå kostnadskontroll. Som tidligere innspilt bes det om at ordningen med 20 prosent egenandel for de regionale helseforetak reverseres.