





<b>INNLEDNING</b> .....	<b>3</b>
<b>1. LEDERS BERETNING</b> .....	<b>4</b>
<b>2. INTRODUKSJON TIL VIRKSOMHETEN</b> .....	<b>15</b>
2.1. OMTALE AV VIRKSOMHETEN OG SAMFUNNSOPPDRAG 2015 .....	15
2.2. OMTALE AV ORGANISASJONEN .....	16
2.3. PRESENTASJON AV UTVALGTE HOVEDTALL .....	19
<b>3. ÅRETS AKTIVITETER OG RESULTATER (RAPPORTERING AV TILDELINGSBREVET)</b> .....	<b>21</b>
3.2.1 FOLKEHELSE .....	21
3.2.2.1 OMSORGSTJENESTEN .....	27
3.2.2.2 PSYKISK HELSE OG RUS .....	34
3.2.2.3 PRIMÆRHELSETJENESTEN .....	43
3.2.2.4 TANNHELSETJENESTEN .....	50
3.2.3 SPESIALISTHELSETJENESTEN .....	53
3.3.1 BEREDSKAP .....	60
3.3.2 SAMHANDLING .....	63
3.3.3 ELEKTRONISK SAMHANDLING .....	64
3.3.4 FINANSIERING OG HELSEREFUSJONER .....	67
3.3.4.5 NORSK PASIENTREGISTER (NPR) .....	72
3.3.5 INTERNASJONALT ARBEID .....	74
3.3.6 KVALITET, PASIENTSIKKERHET OG BRUKERINVOLVERING .....	76
3.3.7 FORSKNING OG INNOVASJON .....	81
3.3.8 PERSONELL OG KOMPETANSE .....	84
3.5.1 TIDSTYVER .....	88
3.5.3 TILSKUDDSFORVALTNING .....	89
3.5.4 NYE STYRINGSPARAMETERE FOR FAGROLLEN OG FORVALTNINGSROLLEN .....	90
3.5.5 ETABLERING AV IKT-PLATTFORM .....	90
<b>4. STYRING OG KONTROLL I VIRKSOMHETEN</b> .....	<b>91</b>
<b>5. VURDERING AV FRAMTIDSUTSIKTER</b> .....	<b>92</b>
<b>6. ÅRSREGNSKAP</b> .....	<b>94</b>
6.1 KONSOLIDERT REGNSKAP (HDIR INKL. HELFO) .....	94
6.2 HELFO .....	116
6.3 HELSEDIREKTORATET EKSKL. HELFO .....	127
<b>7. ETATSTYRERS VURDERING AV YTRE OG UNDERLIGGENDE ETATER</b> .....	<b>143</b>
7.1. STATENS AUTORISASJONSKONTOR FOR HELSEPERSONELL (SAK) .....	143
7.2. PASIENT OG BRUKEROMBUDET (POBO) .....	145
7.3. HELSEØKONOMIFORVALTNINGEN (HELFO) .....	147
7.4. NASJONALT KUNNSKAPSSENTER (NAKS) .....	151

# INNLEDNING

Årsrapporten er ved siden av tildelingsbrev og instruks for økonomi- og virksomhetsstyring det viktigste styringsdokumentet i dialogen med Helse- og omsorgsdepartementet. Årsrapporten sendes Helse- og omsorgsdepartementet, men den er også en informasjonskilde for andre departementer, virksomheter, Riksrevisjonen, media og andre interessenter. Årsrapporten skal gi ansvarlig departement relevant og vesentlig informasjon som er dekkende for departementets ivaretagelse av rollen som etatsstyrer. Årsrapporten er et viktig underlag for departementets rapportering til Stortinget. Direktoratets årsrapport følger Finansdepartementets krav til inndeling av årsrapport. Helsedirektoratet viser til bestilling av årsrapport 2015 i Helse- og omsorgsdepartementets tildelingsbrev for 2015. Kapittel 3 i årsrapporten følger inndelingen i tildelingsbrevet.

Fra og med 2014 gjelder følgende krav til utforming av årsrapporten i statens økonomiregelverk:

- |      |  |              |
|------|--|--------------|
| I.   | Leders beretning                           | – kapittel 1 |
| II.  | Introduksjon til virksomheten og hovedtall | – kapittel 2 |
| III. | Årets aktiviteter og resultater            | – kapittel 3 |
| IV.  | Styring og kontroll i virksomheten         | – kapittel 4 |
| V.   | Vurdering av framtidssutsikter             | – kapittel 5 |
| VI.  | Årsregnskap                                | – kapittel 6 |

Kapittel VII – Helsedirektoratets vurdering av underliggende etater og ytre etaters årsrapporter

## **Vedlegg:**

- 1 Faste oppgaver
- 2 Nye oppgaver fra HOD
- 3 Tidstyver
- 4 Årsrapport Helseøkonomiforvaltningen (HELFO)
- 5 Årsrapport Statens autorisasjonskontor (SAK)
- 6 Årsrapport Pasient- og brukerombudene (POBO)
- 7 Årsrapport Nasjonalt kunnskapscenter (NAKS) (ikke endelig versjon, da siste avklaringer mangler)

I tildelingsbrevet for 2015 til Helsedirektoratet har departementet innarbeidet langsiktige mål, styringsparametere, spesielle oppdrag for 2015 samt faste oppdrag. Direktoratet svarer på alle disse oppgavene i denne årsrapporten.

# 1. LEDERS BERETNING



Helsedirektør Bjørn Guldvog. Foto: Rebecca Ravneberg, Helsedirektoratet.

Norge har en helse- og omsorgstjeneste og en folkehelse som kan måle seg med de beste i verden. I hele Europa ser vi felles utviklingstrekk med stigende levealder, økende andel eldre, og flere med kroniske lidelser. Veksten i etterspørselen etter helsetjenester vil i årene som kommer være høyere enn veksten i tilgangen på helsepersonell.

På europeisk nivå ser vi at helsetjenesten stadig forbedrer seg, til tross for finanskrisen, aldrende befolkning og sterk migrasjon. Overlevelsesheter for hjerte- og karsykdommer, hjerneslag og kreft øker stadig. Barnedødeligheten synker. I Norge scorer vi høyt på områder som pasientrettigheter og informasjon, resultater av behandling og forebygging (Kilde: Euro Health Consumer index analyserer 48 indikatorer). Blant våre utfordringer er tilstrekkelig kommunikasjon og involvering av pasienter og pårørende, kompetanse, systematisk kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid i alle deler av tjenesten, læring og ledelse (Kilde: Årlig melding om kvalitet og pasientsikkerhet til Helse- og omsorgsdepartementet). Hos hver 7. pasient som innlegges i sykehus inntreffer en uønsket hendelse som er til ugunst for pasienten (pasientskade), og hver 4. pasient tør ikke spørre om det som er viktig for dem.



Mange av henvendelsene til Pasient- og brukerombudene handler om feil som er begått, rettigheter som ikke er innfridd eller forventninger som ikke er oppfylt. Daglig får ombudene kjennskap til at pasient- og brukerrettighetene ikke følges som de skal og bør av tjenesteyterne. Ombudene erfarer også at kunnskapen om rettigheter er mangelfull hos pasienter, brukere og pårørende. I [årsmeldingen](#) for 2015 peker de bl.a. på utfordringer ved innføring av pakkeforløp for kreft og at brukere med store omfattende behov møter store variasjoner i kompetanse og tilbud uavhengig hvilken kommune de bor i. Det er også utfordringer ved sykehjemstilbudet som må samsvare med grunnleggende formål i loven, verdighetsgarantien og kvalitetsforskriften. De understreker betydningen av god informasjon når pasienter skrives ut fra spesialisthelsetjenesten og får nye tilbud fra kommunen og tilgjengelighet til fastlegen

Gjennom Pasientsikkerhetsprogrammet skal vi redusere pasientskader, bygge varige strukturer og forbedre pasientsikkerhetskulturen i helsetjenesten. Det vil redusere risikoen for pasientskader.

I 2015 fikk vi også en for oss økt utfordring knyttet til migrasjonen til Norge. Vi har samarbeidet tett med UDI, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) og DSB for å sikre tilgjengelighet til helsetjenester, samt forebygge psykososiale problemer for flyktninger og asylsøkere.

### Helseutgifter

Helseutgiftene i Norge er nominelt nesten dobbelt så høye som gjennomsnittet i OECD. En lav befolkningstetthet og store avstander bidrar til et høyt kostnadsnivå. I 2014 brukte Norge 9,2 prosent av BNP, i 2000 brukte vi 7,7 prosent. Samfunnskostnader ved sykdom og ulykker har økt fra 1 081 milliarder kroner i 2010 til 1 844 milliarder i 2013.

### NCD og sosial ulikhet

I underkant av 80 prosent av alle dødsfall i Norge i 2013 skyldtes de fire største sykdomsgruppene innen ikke-smittsomme sykdommer: Hjerter- og karsykdommer, kreft, nevrologiske lidelser og kroniske luftveissykdommer. Norge har forpliktet seg til å nå målene om 25 prosent reduksjon i ikke-smittsomme sykdommer innen 2025. Kreft påfører samfunnet større tap av leveår med 39 prosent, mens hjertekarsykdommer står for 30 prosent. Sammenliknet med Europa for øvrig har Norge en høyere andel tapte leveår grunnet kreft, nevrologiske lidelser (Alzheimers) og psykiske lidelser og atferdsvansker (skyldes mest narkotikamisbruk), mens det i Europa er hjerter- og karsykdommer, skrumplever og medfødte misdannelser som har høyere andel tapte leveår enn i Norge. Norge har et mindre alkoholmisbruk enn snittet av land i Europa. Befolkningens behov for helsetjenester endres når flere blir eldre og har flere kroniske sykdommer. Flere vil ha behov for indremedisinske tjenester nærmere der de bor (hjerter-karsykdommer, diabetes, kols, en del av oppfølging etter kreft).

I tråd med vårt samfunnsoppdrag utfører Helsedirektoratet både forebyggende og helsefremmende tiltak, i tillegg til å samarbeide med helsesektoren og andre aktører om å utvikle god kvalitet i tjenestene. De siste to årene har vi for første gang sett en tendens til at sosiale helseforskjeller i dødelighet og forventet levealder har flatet ut og i visse tilfeller minket litt blant menn. Mindre tobakksrøyking er en viktig årsak. Her har de sosiale forskjellene minket gjennom flere år. Forskjeller i en rekke helserelevante arbeidsmiljøfaktorer er også i ferd med å minke, men det er fortsatt store utfordringer knyttet til helseforskjeller og grunnleggende årsaksfaktorer: Frafall i videregående utdanning er stabilt høyt. Det er grunn til bekymring rundt økende arbeidsledighet og konsekvenser av det.

### Folkehelse

Helsedirektoratet samarbeider med andre samfunnssektorer for å bedre folkehelsen og utvikle helse- og omsorgstjenestene. I «0-24-samarbeidet» arbeider vi tett med Utdanningsdirektoratet, Bufdir, Arbeids- og velferdsdirektoratet og IMDi for å styrke og samordne innsatsen mot utsatte barn og

unge under 24 år, og det er utviklet strategier og samarbeidsavtaler. Det er også utviklet et tettere samarbeid med næringsmiddelbransjen, forskningsinstitusjoner og frivillige organisasjoner i et partnerskap for saltreduksjon. Tilsvarende samarbeider vi med matvarebransjen om utvikling av nøkkelhullsprodukter og reduksjon i mettet fett og sukker. Med politi, skjenkenæring og Arbeidstilsynet har vi samarbeidet om ansvarlig alkoholhåndtering og understøttet dette med ulike kampanjetiltak både mot befolkning og næring.

Den nye folkehelseloven som peker på ulike sektors ansvar for å fremme helsehensyn har foreløpig beskjedent gjennomslag i flere samfunnssektorer. Det er en positiv utvikling på miljøområdet. Områder som fortjener større oppmerksomhet i folkehelsearbeidet er barnehage, skole, arbeid, integrering, barnevern og plan og bygg. Kommunene bør i større grad vektlegge helsehensyn når de legger langtidsplaner. Det er flere frisklivstilbud i kommunene som kan gi konkret veiledning i livsstilsvalg som for eksempel motivasjon til røyke- og snuslutt. Direktoratet har [utviklet veiledere for kommunene](#) i dette. Psykisk helse må i sterkere grad vektlegges i folkehelsearbeidet. Folkehelsedivisjonen har et tett samarbeid med Vegdirektoratet og Miljødirektoratet om aktiv transport, trafiksikkerhet og mer helsefremmende nærmiljøer.

Helsedirektoratet har i 2015 samarbeidet med Utdanningsdirektoratet, Arbeidstilsynet og Direktoratet for byggekvallitet. Formålet har vært å styrke kommunenes kompetanse i arbeidet med å sikre bedre inneliv i skoler.

I tillegg til å iverksette og implementere nye lover og forskrifter som regulerer tilgjengelighet på tobakk og alkohol, gir Helsedirektoratet nasjonale normerende råd om sunne levevaner. Våre råd kommuniseres løpende med aktuelle målgrupper i befolkningen. Det er gledelig at folks tillit til kostrådene er økende, at det er færre ungdommer som røyker og at oppslutningen om skjenkereglene er høy.

Helserelaterte vaner etableres i barne- og ungdomsårene. Direktoratet hadde i 2015 kampanjevirkosomhet for å forbygge at ungdom begynner med snus, forstår poenget med strenge skjenkereglene og betydningen av skader pga alkohol. Det er en utfordring å utvikle relevante og tilgjengelige tjenester for ungdom. Direktoratet utarbeidet i 2015 et utkast til en ungdomshelsestrategi i tillegg til en utredning om digitale tjenester om helse rettet mot ungdom.

### **Kapasitet og kompetanse**

En stor utfordring fremover er å sikre tilstrekkelig tilgang til kvalifisert og kompetent personell i helse- og omsorgssektoren. De 253 000 årsverkene utgjorde 2/3 av den samlede ressursinnsatsen i helse- og omsorgssektoren i 2014. Både spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten hadde positiv årsverksutvikling fra 2013-2014. Vi må planlegge for lavere stillingsvekst i fremtiden.

Utnyttelsen av personellet er ikke optimalt. Det er en lav andel heltidsstillinger, spesielt i pleie og omsorgssektoren. Til tross for mange tiltak er det ikke blitt bedre de siste fem årene. Tilgangen på nytt, kvalifisert personell har gått noe ned: færre autorisasjoner fra andre nordiske land, noen flere norskutdannede. Det er fortsatt grunn til bekymring over tilgangen til personell med helsefagarbeiderutdanning – søknaden er god til helse- og oppvekstfag, men over halvparten faller fra i overgangen til læretid. Også i voksenopplæringen svikter rekruttering.

Direktoratet leverte i 2015 en detaljert utredning for ny spesialistutdanning for leger. Det skal utarbeides læringsmål for 45 spesialiteter som er bedre tilpasset fremtidens behov og pasientens helsetjeneste – utdanningen planlegges iverksatt fra 2017.



Innlemmingen av Statens autorisasjonskontor medfører stort volum av saksbehandling innen autorisasjon. Det er et betydelig potensiale for standardisering og digitalisering av søknadsprosessene.

Helsedirektoratet har styrket personellområdet med å etablere en ny divisjon der strategier for helseutdanningene, personellplanlegging, spesialistutdanninger, spesialistgodkjenning og autorisasjon sees mer i sammenheng.

### **Brukermedvirkning**

Helsedirektoratet etablerte i 2015 et overordnet Brukerråd i samarbeid med mange av brukerorganisasjonene i Norge. I tillegg finnes et eget brukermedvirkningsforum innenfor psykisk helse og rus-området, og gjennomgående rutiner for brukermedvirkning i utarbeidelsen av utredninger, rapporter, planer og strategier. I samarbeid med det nyetablerte Brukerrådet vil Helsedirektoratet i 2016 prøve ut hvordan pasient- og brukerorganisasjonene kan fremme brukerperspektivet i strategisk viktige saker og prosesser knyttet til Helsedirektoratets roller og samfunnsoppdrag. Brukerundersøkelser benyttes for å finne forbedringsområder på mange av virksomhetsområdene. Det er bl.a. gjennomført flere pasienterfaringsundersøkelser og en nullpunktsmåling ved implementering av pakkeforløp for kreft.

### **Likeverdige helse- og omsorgstjenester til innvandrerbefolkningen**

Høsten 2015 økte antallet asylsøkere til Norge kraftig. Helsedirektoratet fikk i oktober i oppdrag fra HOD å koordinere helsetjenesten innsats ifm økt asylsankomst. Arbeidet er gitt stor prioritet i direktoratet. De største mottakssentrene ble av UDI lagt til små kommuner (Råde og Sør-Varanger) som på kort varsel måtte sørge for å oppfylle lovpålagte plikter ift smittevern og helsetjenestetilbud. Tuberkuloseforekomsten var 40-50 ganger høyere blant asylsøkerne enn i den norske befolkningen. Igangsetting av vaksinasjon ble til dels forsinket. Dette innebar likevel ingen helsemessig trussel for befolkningen. Psykososiale problemer er den største helsemessige utfordringen blant asylsøkere, og det gjennomføres fylkesvis opplæring på feltet. For å forenkle og sikre god helseinformasjonsflyt om asylsøkerne fikk vi mot slutten av 2015 på plass tildeling av D-nummer ved ankomst. Dette er et godt utgangspunkt for videre arbeid med elektronisk informasjonsutveksling. Utfordringsbildet for 2016 er forbundet med usikre ankomsttall, men det offisielle anslaget på 33000 ligger krever av vi bruker erfaringene fra 2015 til å forberede oss på å møte utfordringene i 2016. Direktoratet bidrar aktivt i UDI sitt scenarioarbeid. Prioriteringsrådet anbefaler størst mulig likhet i tjenestetilbudet til innvandrere og øvrig befolkning. Det forutsetter god og tilpasset informasjon.

I takt med økt migrasjon blir både sentrale helsemyndigheter og helse- og omsorgstjenestene utfordret i enda større grad i å tilby likeverdige helsetjenester. I samarbeid med IMDi, er det bestilt en systematisk kunnskapsoppsummering som skal avdekke forhold som fremmer eller forhindrer likeverdige helse- og omsorgstjenester. Innvandrere bruker fastlege og legevakt mindre enn den øvrige befolkningen. Det er behov både for økt kompetanse, større kapasitet og tilstrekkelig informasjon tilpasset ulike målgrupper i innvandrerbefolkningen.

### **Omsorgstjenester og demens**

Stadig flere yngre mottar kommunale helse- og omsorgstjenester. Helsetjenester til brukere med store bistandsbehov prioriteres og tjenestene er mer spesialiserte. Det er en høyere terskel for langtids plass i sykehjem, og mer satsing på tjenester knyttet til bolig. Utviklingen i tjenestetilbudet går saktere for de eldre brukerne.

Samhandlingsstatistikken viser at andelen pasienter som meldes til kommunene som utskrivningsklare økte sterkt i årene 2012-2013, men med noe tilbakegang i 2014. Kommunene

melder at de får flere utskrivningsklare pasienter og at disse pasientene er sykere enn før. Det er en svak, men klar økning av reinnleggelser, tydeligst for pasienter over 80 år som er tatt i mot i kommunene etter 0-3 dager. Antall pasienter som mottar helsetjenester i hjemmet øker. Det er en ønsket utvikling at pasienter som ikke trenger behandling i sykehus skal få et tilbud i kommunen, enten i hjemmet eller i kommunal institusjon. Økningen i andel reinnleggelser blant pasienter over 80 år kan være uttrykk for redusert kvalitet i behandlingen, enten på sykehus (inkludert for tidlig utskrivning) eller i kommunen, men per i dag er det ikke grunnlag for å konkludere sikkert om det. Kommuner som har bygget opp god medisinsk kapasitet, blant annet med legetjeneste i sykehjem med korttidsplasser, har rapportert at de kan gi forsvarlig behandling til pasienter med tilstander som tidligere ble lagt inn i sykehus (jf. funn fra Trondheim, Garaasen), men det synes å være stor variasjon mellom kommunene i det medisinske tilbudet ved sykehjemmene. Kunnskapsspredning og kvalitetsarbeid i tjenestene er bedre på nærmest alle områder hvor det tidligere har vært meldt avvik. Måltall om 12 000 nye årsverk i den kommunale omsorgstjenesten er innfridd og det er høyere utdanning hos de ansatte. Velferdsteknologi prøves ut i kommunene. Det kan øke trygghet og mestring og gi større frihet og selvstendighet for brukere og pårørende. Det er gjennomført pårørendeprogram og satsing på ulike demenstilbud.

Flere har tilbud om demensutredning, i underkant av 80 prosent av kommunene har demensteam og demenskoordinator. Flere har dagaktivitetstilbud for demente. Strukturert legemiddelgjennomgang bedrer kvalitet i legemiddelbehandling og det er positiv utvikling i kunnskap om ernæring i tjenestene. Det er stor variasjon i tildeling av avlastningstjenester. Hovedinnsatsen settes for ofte sent inn i forløpet. Ved å planlegge flere ressurser tidligere inn kan det bedre situasjonen både for pasienten, pårørende og helsetjenesten selv.

### **Øyeblikkelig hjelp døgnopphold**

Kommunene har fra 1.1.2016 fått en lovpålagt plikt til å tilby øyeblikkelig hjelp døgnopphold. I perioden 2012-2015 har kommunene hatt anledning til å etablere tilbud. Kommunene mottar etter søknad øremerket tilskudd fra Helsedirektoratet og midler direkte fra samarbeidende helseforetak fra det året tilbudet har blitt etablert. Det er 365 kommuner som har mottatt tilskudd fra Helsedirektoratet innen 2015. Det kan virke som om mange kommuner er avventende i forhold til å redusere bruk av sykehus i akutte situasjoner, slik intensjonen har vært i samhandlingsreformen. Av de resterende 63 kommunene viste en kartlegging fylkesmennene gjorde i april 2015 at alle, med unntak av tre, hadde planer om å etablere et tilbud i løpet av 2016. En ny aktivitetsrapportering per 1. september 2015 viste at noen kommuner likevel ikke klarte å etablere et tilbud innen utgangen av året. Oppdaterte tall per september tyder på at det er totalt 351 kommuner som har kommet i gang innen utgangen av 2015. Ny rapportering gjennomføres i september 2016. Fra 2016 er alle midlene innlemmet i rammetilskuddet til kommunene.

### **Velferdsteknologi**

Velferdsteknologiprogrammet skal sette helse- og omsorgstjenestene i stand til å integrere velferdsteknologiske løsninger i sitt tjenestetilbud og legge til rette for at velferdsteknologi kan bli et viktig redskap for å møte endrede rammebetingelser for sektoren i fremtiden.

Velferdsteknologiprogrammet har i 2015 vært i en utviklingsfase og vil fra 2017 gå inn i en spredningsfase for trygghetsskapende teknologi og fra 2018 for avstandsoppfølging av personer med kroniske sykdommer. Velferdsteknologiprogrammet gjennomføres i samarbeid med KS og Direktoratet for e-helse.



## Barnevern og psykisk helsevern

Barn som mottar barnevernstjenester, er en utsatt gruppe med sammensatte behov for helsetjenester. Det er dokumentert høy forekomst av psykiske lidelser og studier antyder at mange ikke får hjelp. Dette ble behandlet i Nasjonalt råd for prioritering i desember 2015. Barn i barnevernsinstitusjoner trenger økt prioritet til mer psykiske helsetjenester. Direktoratet har samarbeidet med Bufdir for å skaffe mer kunnskap og følger opp tiltak angående barns erfaringer med fastlegeordningen, psykisk helsevern for barn og unge og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

## Tannhelsetjenesten

Tilgjengelighet til nødvendige tannhelsetjenester har blitt stadig bedre de siste årene. Det er fortsatt variasjon i landet, og behov for å satse på de sosiale gruppene som trenger det mest. Det er bygget ut tilbud til tortur – og overgrepsofsatte og personer med odontofobi og etablert utredningstilbud for pasienter med alvorlige TMD-plager ved Haukeland universitetssykehus.

## Beredskap

Helsedirektoratet vurderer at helsesektorens evne til krisehåndtering generelt sett er god og har laget en oversikt over risiko og sårbarhet i sektoren som kan utfordre sektorens kapasitet.

Det er:

- store ulykker langt fra sykehus med betydelig akuttkapasitet,
- uvarslede naturkatastrofer,
- smitteutbrudd på skip,
- pandemi,
- terrorangrep
- bortfall av kritisk infrastruktur.

Vi ser økende sårbarhet i samfunnet og i helsetjenesten, og dermed også økende risiko for at helsetjenesten i enkelte situasjoner kan komme på strekk. Det er fremdeles behov for å styrke beredskapskapasiteten i sektoren.

Direktoratet har hatt mange beredskapssituasjoner i 2015. Størst ressursinnsats var ved arbeidet mot ebola da Norge bidro til bekjempelse av ebola i Vest Afrika i 2014-2015. Håndtering og oppfølging av utsendt helsepersonell i Sierra Leone var en omfattende og krevende aktivitet også i 2015. Helsepersonellet var utstasjonert ut mars 2015 og DSB driftet leiren fram til 1. juni 2015. Etter avslutning i Sierra Leone og ut sommeren 2015 var det mye aktivitet knyttet til oppfølging, erfaringsoppsummering og avslutning av oppdraget.

Helsedirektoratet har levert rapport om erfaringsgjennomgang av norsk ebolahåndtering. Arbeidet ble utført i samarbeid med utøvende helsetjeneste og andre etater som var involvert i ebola-arbeidet.

Hovedbudskapet i rapporten er at Norge leverte et godt bidrag til bekjempelse av ebolaepidemien gjennom innsatsen i Sierra Leone. Det nasjonale beredskapsarbeidet mot ebola har styrket smittevernberedskapen i Norge.

Det er utarbeidet en sluttrapport om oppfølging av tiltakene etter 22.juli. Det jobbes med å implementere prosedyrer og veiledere for håndtering av pågående livstruende vold, opplæring av innsattpersonell etablering av taushetsbelagte opplysninger til politiet, massetriage i helsetjenesten, og organisering på skadested.

### **Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og i prioriteringsforskriften**

Første november 2015 trådte betydelige endringer i pasient- og brukerrettighetsloven i kraft. Utvidede pasientrettigheter omfattet endringer i fristbruddordningen, iverksettelse av den nye ordningen fritt behandlingsvalg og endringer i prioriteringsforskriften. Direktoratet hadde i forkant gjennomført full revisjon av alle 33 prioriteringsveilederne, utarbeidet e-læringskurs, revidert brevmaler, revidert alt nettinhold på helsenorge.no om rettigheter og utviklet nødvendige endringer i monitorering og rapportering samt utarbeidet ny henvisningsveileder.

Alt ble gjort digitalt tilgjengelig i god tid for å tilpasses sykehusenes digitale systemer. Det er utviklet og tatt i bruk en portal som gjør det mulig for sykehusene å rapportere fristbrudd til Helfo i henhold til lov- og forskriftsendringene. Det vil i 2016 jobbes videre med integrering av henvisningsveileder i fastlegenes EPJ-systemer og andre nødvendige forbedringer.

### **Finansiering og helserefusjoner**

Direktoratet har levert en gjennomgang av finansieringsordningene i spesialisthelsetjenesten og en ny ISF-modell for polikliniske tjenester innen psykisk helsevern og TSB, endringer i takstsystemet for mer ambulante og oppsøkende tjenester, samt nettbasert behandling. Forslag til enklere egenandelsberegning for legemidler og medisinsk forbruksmateriell, elektronisk oppgjørsordning H-resept osv.

God datakvalitet og styringsinformasjon av god kvalitet er et viktig grunnlag for likeverdige finansieringsordninger og god styring. Direktoratet har tilgjengeliggjort nye publiseringsløsninger for ventelister, monitoreringsløsning for pakkeforløp kreft og reisetidsberegninger for akuttenheter. Det er utarbeidet flere analyser; Samdata spesialisthelsetjenesten, DPS, tvang i psykisk helsevern, samhandlingsstatistikk, årlige fremskrivninger av forventet vekst i behovet for spesialister pga demografiske endringer og modell for beregning av ressursbehov ved ulike anslag for antall asylsøkere og flyktninger. Arbeidet med å starte utvikling av et kommunalt pasientregister er påbegynt.

### **Vurdering av akuttkirurgi i sykehus**

Alle i Norge skal få like god behandling, uavhengig av hvor de bor. Lokalsykehusene er viktige for at folk skal føle seg trygge, og de vil ha en helt sentral plass også i fremtidens helsetjeneste. Flere vil ha behov for tett oppfølging av kroniske sykdommer. Befolkningen blir eldre, og mange har flere sykdommer samtidig. Mest mulig pasientbehandling bør skje lokalt, i lokalsykehus og i kommunene.

For å opprettholde kvaliteten på noen utvalgte områder, som for eksempel akuttkirurgi, kan ikke alle av dagens sykehus opprettholde dette tilbudet i årene fremover. Direktoratet leverte i 2015 en vurdering av forhold som vil påvirke utviklingen innen norsk sykehusstruktur. Hvor fort endringene kommer må bygge på lokale risiko- og sårbarhetsanalyser. Helseforetakene må se på hver enkelt funksjon og hvert enkelt sykehus og vurdere samlet hva som er best å gjøre for å sikre befolkningen et tilbud med høy kvalitet. I fremtiden vil det innebære å ha et bredt tilbud på lokalsykehus som jobber i nettverk, samtidig som noen utvalgte funksjoner bør samles i høykompetente miljøer.

### **Innføring av nødnett og felles legevaktsnummer i helsetjenesten**

Helsedirektoratet ivaretar myndighetsfunksjonen og det overordnede prosjektlederansvaret for innføring av nødnett i helsetjenesten. I 2015 tok ni AMK-sentraler, 20 legevaktsentraler og syv akuttmottak i bruk kontrollromsutstyr for Nødnett. Brukerundersøkelser gjort i brann, politi og helsetjenesten viser at brukerne er fornøyde med overgangen til nytt Nødnett med blant annet



begrunnelse i hyppigere og mer effektiv kommunikasjon med samarbeidspartnere internt og eksternt enn tidligere.

Driftssetting av Nødnett i akuttmottak og legevaktsentraler ble midlertidig stanset i siste kvartal 2015 på grunn av feil på linjesambandet som gir ustabilitet i løsningen. Grunnet den tekniske feilen må innføringsplanen justeres, og prosjektet er forventet ferdigstilt i løpet av første halvår 2017. I 2015 ble det innført felles nasjonalt telefonnummer til legevaktene i hele landet, 116117.

### **Kvalitet, retningslinjer, kvalitetsregistre, kvalitetsindikatorer**

Helsedirektoratet har en rekke oppgaver knyttet til kvalitet. Det omfatter faglig normerende retningslinjer, veiledere for organisering av utvalgte områder og fortolkning av lover og faglige råd. Det er utviklet en ny styringsmodell og en ny arbeidsprosess for hurtigere oppdateringer. Det er økt oppmerksomhet på implementering med å digitalisere anbefalingene og gjøre dem mer tilgjengelige.

Godkjenning og utvikling av nasjonale medisinske kvalitetsregistre vil bidra til mindre uønsket variasjon og bedre kvalitet. Direktoratet ga ut «Veileder for oppretting og drift av nasjonale medisinske kvalitetsregistre», i samarbeid med Folkehelseinstituttet (FHI) og Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE). Det er i 2015 gitt status som nasjonalt medisinsk kvalitetsregister for 5 nye registre: Barnehofteregisteret, Norspis (spiseforstyrrelser), AblaNor (ablasjonsbehandling ved hjertearrytmier), NorGast (gastrokirurgi), SOReg-N (sykelig overvekt).

Utvikling av Nasjonale faglige retningslinjer og veiledere er en viktig del av Helsedirektoratets faglig normerende rolle. Vi har utviklet et nytt rammeverk for å publisere retningslinjer og veiledere i digitalt format. Innholdet blir gjort tilgjengelig som åpne data, slik at f.eks. en anbefaling enkelt kan vises på andre nettsteder, intranett, i pasientjournaler eller mobilapper. Løsningen vil bli fullt implementert i 2016. Nettjenester som henter innhold på denne måten vil automatisk bli oppdatert hvis Helsedirektoratets innhold oppdateres. I 2015 ble 6 nasjonale faglige retningslinjer, fem veiledere, 30 pakkeforløp for kreft og 33 prioriteringsveiledere utgitt i det nye, digitale formatet. I tillegg ble 15 veiledere utgitt eller revidert i PDF-format. Fra 2016 skal alle retningslinjer og veiledere utgis digitalt.

Disse retningslinjene og veilederne ble utgitt digitalt i 2015:

- Mat og måltider i skolen
- Asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente
- Henvissningsveileder
- Opioider
- Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator
- Vanedannende legemidler
- Alle pakkeforløp kreft
- Alle prioriteringsveiledere

For å sikre mer likebehandling i sykmeldingsprosessen og reduksjon av ubegrunnet variasjon i sykefraværslengde, utvikler direktoratet en digital sykemelderveileder med diagnosespesifikk

beslutningsstøtte (over 160 stk) og e-læringsløsning. Beslutningsstøtten integreres i elektroniske pasientjournaler for å være tilgjengelige for sykmeldere der de trenger det fra høsten 2016.

Arbeidet med kvalitetsindikatorer knyttes tettere mot arbeidet med registre. Pasientrapporterte erfaringer skal i større grad inkluderes i kvalitetsarbeidet.

Antall nasjonale kvalitetsindikatorer økte fra 54 indikatorer i 2013 til 66 indikatorer i 2014 og 97 i 2015. Generelt ser vi en stabil og positiv utvikling på resultatene, men det er fortsatt variasjoner mellom regioner og behandlingssteder. En «pakke» av kvalitetsindikatorer som vil kunne gi et mer samlet bilde av kvaliteten på helsetjenesten innenfor hvert fagområde er under utvikling. Det vil gi mulighet til å se resultat på behandling, tilgjengeligheten på helsetjenesten, behandlingsforløp og brukeropplevelse i et helhetsperspektiv innen de fleste fagområder. Dagens mest komplette «pakke» er per i dag innen området graviditet og fødsel.

### **Nye metoder**

Sekretariatet for nasjonalt system for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten (Nye metoder) forbereder og følger opp saker for Bestillerforum RHF og er nordisk kontaktpunkt for prioritering. Dette skal bidra til informasjonsutveksling på myndighetsnivå i viktige prioriteringsspmåll mellom de nordiske land for å understøtte prioriteringsbeslutninger, samt bidra til en harmonisering. Sekretariatet monitorer hver enkelt metode og funksjonaliteten av systemet med hensyn til blant annet tidsbruk og leveranser på nyemetoder.no.

### **Pasientsikkerhet**

Pasientsikkerhetsprogrammet skal redusere pasientskader, bygge varige strukturer for pasientsikkerhet samt forbedre pasientsikkerhetskulturen i helsetjenesten.

Blant prioriterte satsinger i 2015 var støtte til lokale team i spesialisthelsetjenesten og kommunene i arbeidet med å implementere og spre innsatsområder/risikoområder samt å nå spredningsmålene. Programmet arbeidet også med utvikling av dashboard for å følge resultatene i pasientsikkerhetsprogrammet og verktøy for brukerorientering og støttet implementering i helse- og omsorgstjenesten.

I spesialisthelsetjenesten er så godt som alle innsatsområder innført i helseforetakene, men de er ikke spredt til alle relevante enheter og er ikke ferdig implementert. Det jobbes videre med måling av resultater der hvor innsatsområdene er implementert. 62 prosent av kommunene deltar på ett eller flere innsatsområder, og Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester arrangerte i 2015 mange læringsnettverk for å spre innsatsområdene. Tønsberg kommune er i gang med å bli Norges første pasient – og brukersikker kommune. Evalueringer av arbeidet påpeker betydningen av kontinuerlig og systematisk ledelse av dette arbeidet.

### **Medisinsk utstyr og legemidler**

Direktoratet fortsetter å følge aktivt EUs arbeid med innskjerping av produktregelverket for medisinsk utstyr i EU. Ett av fjorårets oppdrag var deltagelse i Pangea VIII, Interpol-ledet fellesaksjon mellom Tollvesenet, Legemiddelverket, Mattilsynet, Helsedirektoratet og Politiet om narkotiske midler, ulovlige og falske legemidler, kosttilskudd og medisinsk utstyr.

Helsedirektoratet har bistått FHI i utarbeidelse av utkast til nasjonal strategi for arbeidet mot virale hepatitter, innspill til handlingsplan mot antibiotika og planveileder for massevaksinasjon ved pandemisk influensa.

Helsedirektoratet fortsetter oppfølging av St.meld. 28 «*Legemiddelmeldingen*» gjennom flere oppdrag, bl. annet vurdering av samvalgsverktøy for legemiddelhåndtering, evaluering av multidose, inhalasjonsveiledning i apotek mfl. Strategi og handlingsrettet plan for persontilpasset medisin er under utarbeidelse.

### **E-helse og digitale kanaler**

Det er utført en omfattende utredning som en oppfølging av stortingsmeldingen «En innbygger en journal». Det anbefales en felles nasjonal løsning for klinisk dokumentasjon, prosessstøtte og pasient-/brukeradministrasjon for helse- og omsorgstjenesten. Det anbefales å starte utvikling i kommunal sektor og at det legges til rette for sterk nasjonal styring av nasjonale IKT-løsninger.

Det er fortsatt med å utvikle innbyggertjenester på helsenorge-portalen som f.eks. løsning for pasientrettet informasjon om kliniske studier i samarbeid med RHFene. Helsenorgeplattformen har lagt til rette for å kunne hoste ulike løsninger for sektoren.

Kjernejournal er innført hos halvparten av befolkningen. 2,5 mill. hadde ved utgangen av 2015 kjernejournal. Disse var fordelt på 223 kommuner.

### **Helsedirektoratets IKT-plattform**

Helsedirektoratet har i 2015 gjennomført og startet flere prosjektet for å vedlikeholde og videreutvikle sin IKT plattform som benyttes av flere etater, blant annet HELFO, POBO og Direktoratet for e-helse. Det produseres nå årlig over 1 millioner dokumenter digitalt gjennom virksomhetenes saksbehandling internt og ut mot brukere, og plattformen brukes til elektronisk utbetaling og forvaltning av tilskudd og helserefusjonsmidler som Helsedirektoratet har ansvar for.

Plattformen blir i økende grad benyttet i forbindelse med realisering av oppgaver. I 2015 har *Løsning for saksbehandling av tilskudd, Elektronisk søknadsprosess for spesialistgodkjenning og Migrering av fastlegeløsning fra NAV* til Helsedirektoratet vært hovedaktivitetene. SAK sin saksbehandling er innlemmet og det er etablert en egen saksbehandlingsløsning for Direktorat for e-helse.

Det er oppnådd en rekke viktige kvalitative forbedringer for HELFO i forhold til økonomireglementet , arkivlovens bestemmelser; tilrettelegging for å etablere nye digitale kanaler mellom HELFO og borger, bedre styringsinformasjon og mulighet for kontroll gjennom økt datatilfang. Gevinster er økt digitalisering, standardisering og kvalitetsforbedring av saksbehandlingen.

Plattformen utvikles i takt med stadig økende behov for digitalisering, automatisering og utvikling for å levere på nye oppdrag og tjenester. Videre investeringer i IKT plattformen vurderes fortløpende i Helsedirektoratet sitt porteføljestyre.

### **Virksomhetsoverdragelser og konsernmodell**

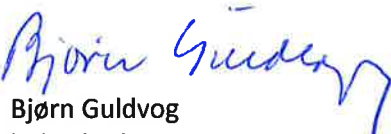
Endringer i den sentrale helseforvaltningen medførte syv virksomhetsoverdragelser og berørte over 500 medarbeidere. Med årsverkene som kom inn, fulgte oppgaver og ansvar som styrker Helsedirektoratets rolle som fag- og myndighetsorgan, i tillegg til et mer helhetlig ansvar for



nasjonalhelseberedskap med innlemmelse av Statens strålevern. E-helsesdivisjonen i Helsedirektoratet ble trukket ut og etablert som Direktoratet for e-helse.

Helsedirektoratet utredet og planla operativ utforming og innføring av en konsernmodell for administrative tjenester i den sentrale helseforvaltningen, samt utarbeidet samarbeidsavtaler og tjenesteavtaler med Direktoratet for e-helse og Folkehelseinstituttet.

Oslo, 7. mars 2016

  
Bjørn Guldvog  
helsedirektør

## 2. INTRODUKSJON TIL VIRKSOMHETEN

### 2.1. Omtale av virksomheten og samfunnsoppdrag 2015

---

Helsedirektoratet er et fagdirektorat og myndighetsorgan som ligger under, og blir etatsstyrt, av Helse- og omsorgsdepartementet. Helsedirektoratet har også oppgaver fra Kommunal- og regionaldepartementet.

Helsedirektoratets samfunnsoppdrag er å styrke hele befolkningens helse gjennom helhetlig og målrettet arbeid på tvers av tjenester, sektorer og forvaltningsnivå. Direktoratet gjorde dette i 2015 med utgangspunkt i disse tre rollene;

- faglig rådgiver
- iverksetter av vedtatt politikk
- forvalter av lov og regelverk innenfor helse- og omsorgssektoren

Som faglig rådgiver har Helsedirektoratet ansvar for å følge med på forhold som påvirker folkehelsen og utviklingen i helse- og omsorgstjenestene. Helsedirektoratet skal sammenstille kunnskap og erfaring i faglige spørsmål og opptre nasjonalt normerende på ulike områder, og er et kompetanseorgan innenfor helse som alle kan kontakte. I denne rollen er Helsedirektoratet en selvstendig og uavhengig rådgiver.

Når Helsedirektoratet setter i verk vedtatt politikk, gjøres det på vegne av regjering og Storting. Dette kan for eksempel være å sette i verk handlingsplaner og kampanjer, eller å gi tilskudd med de målsetningene Stortinget har satt.

Som forvalter har Helsedirektoratet ansvar for å fortolke og anvende de lovene og det regelverket Helse- og omsorgsdepartementet har gitt direktoratet ansvaret for.

Som følge av revidert nasjonalbudsjett 2015 og endringer i den sentrale helseforvaltningen, er Helsedirektoratet fra 1. januar 2016 styrket som fag- og myndighetsorgan, i tillegg til å ha fått et mer helhetlig ansvar for nasjonal helseberedskap.

#### **Hvem direktoratet er til for**

Helsedirektoratets målgrupper er mange og ulike. De viktigste er befolkningen (de som trenger informasjon om helse, rettigheter og helse- og omsorgstjenester) og de som jobber med helse og omsorg (f. eks: Helse- og omsorgsdepartementet, de regionale helseforetakene, Fylkesmannen, kommuneledelse og ansatte i helse- og omsorgstjenesten).

Helsedirektoratet samarbeider med andre sektorer som påvirker helse, for eksempel samferdselssektoren, utdanningssektoren og miljøsektoren.

Samarbeid med andre statlige myndigheter som Folkehelseinstituttet, Mattilsynet og Legemiddelverket er viktig, slik at råd og tiltak vi foreslår henger godt sammen med hva andre gjør.

Helsedirektoratet har som ambisjon å påvirke den globale helsen i riktig retning.

#### **Visjoner og verdier**

Helsedirektoratets visjon er: God helse – gode liv!

Helsedirektoratets verdier er:

- Faglig styrke

Helsedirektoratets arbeid er kunnskapsbasert og støtter seg på godt faglig skjønn.

- Åpenhet

Helsedirektoratets arbeid er preget av tydelighet, åpenhet, åpne prosesser og god kommunikasjon.

- Samarbeid

Helsedirektoratets arbeid innebærer helhetlig tenkning, tverrfaglighet og dialog.

## 2.2. Omtale av organisasjonen

---

Denne årsrapporten omtaler i det alt vesentlige Helsedirektoratet. En vurdering av ytre og underliggende etater gjøres i kapittel 7 av Statens autorisasjonskontor, Pasient- og brukerombudene, HELFO og Nasjonalt kunnskapssenter. Årsregnskapet, del 6, sammenstiller tall for HELFO og stønadsutbetalingene til Arbeids- og velferdsetaten. Presentasjon av utvalgte hovedtall i del 2.3. inneholder også en omtale av HELFO. Kapittel 1 omtales hele Helsedirektoratet og underliggende etater. Årsrapporter fra ytre og underliggende etater følger som vedlegg til denne årsrapporten. Kapitlene 3 og 4 omhandler kun divisjonene i Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet ble i 2015 ledet av helsedirektør Bjørn Guldvog og de assisterende direktørene Cecilie Daae og Christine Bergland. Daae var assisterende direktør frem til 31.8.2015. 1.9.2015 overtok Olav Valen Slåttebrekk. Helsedirektoratet er inndelt i 8 divisjoner:

1. *Helseøkonomi og finansiering, som ledes av Olav Valen Slåttebrekk*
2. *Digitale tjenester, som ledes av Jan Arild Lyngstad*
3. *Primærhelsetjenesten, som ledes av Svein Lie*
4. *Spesialisthelsetjenester, som ledes av Johan Georg Røstad Torgersen*
5. *Folkehelse, som ledes av Linda Granlund*
6. *Administrasjon, som ledes av Nina Aulie*
7. *Kompetanse og personell, som ledes av Karin Straume*
8. *E-helse, som ledes av Christine Bergland*





I februar 2015 ble Divisjon for kompetanse og personell opprettet og Divisjon e-helse og IT ble splittet i to divisjoner, Divisjon digitale tjenester og Divisjon e-helse.

Helsedirektoratet inkl. Pasient- og brukerombudene har totalt 1045 ansatte ved utgangen av 2015. Pasient- og brukerombudene (POBO) har 69 ansatte og kjernedirektoratet har 976. Helsedirektoratet har tre underliggende etater: Pasient- og brukerombudene, Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (SAK) og Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (NAKS). Helseøkonomiforvaltningen (HELFO) er en del av Helsedirektoratet og defineres som en ytre etat.

Helsedirektoratet har arbeidssted i Oslo (884 ansatte) og Trondheim (92 ansatte). Pasient- og brukerombudene har representasjon i alle fylker, og har tilsammen 69 ansatte. SAK og NAKS holder til i Oslo.

Helseøkonomiforvaltningen (HELFO) har 561 forpliktete årsverk per 31.12.2015 (inkludert permisjoner, sykefravær etc.). Antall ansatte er 594 personer.

Helsedirektoratet har i 2015 vært lokalisert i Oslo og i Trondheim. Hovedkontoret ligger i Oslo i Universitetsgata 2 hvor de fleste ansatte har sin arbeidsplass. Øvrige kontorlokasjoner har vært:

- Universitetsgata 7, Oslo
- Pilestredet 28, Oslo
- St. Olavsgate 25, Oslo
- Prof. Brochsgt. 2, Trondheim
- Sluppenveien 12. Trondheim

### **Endringer i den sentrale helseforvaltningen**

I mai 2015 presenterte regjeringen ny virksomhetsstruktur for etatene under Helse- og omsorgsdepartementet. For Helse- og omsorgsdirektoratet innebar dette totalt syv virksomhetsoverdragelser og berørte over 500 medarbeidere. Målet med den nye strukturen er at direktoratet får en styrket rolle som fag- og myndighetsorgan, i tillegg til et mer helhetlig ansvar for nasjonal helseberedskap. Helse- og omsorgsdirektoratet fikk også i oppdrag å utrede og planlegge operativ utforming og innføring av en konsernmodell i den sentrale helseforvaltningen, samt sikre administrativ støtte til direktoratet for E-helse i en oppstartsfasen. For å sikre koordinering av alle oppdragene som fulgte av revidert nasjonalbudsjett, ble det opprettet et endringsprogram i direktoratet. Alle oppdrag ble levert innen de fastsatte fristene.

### **Likestilling i Helse- og omsorgsdirektoratet**

Helse- og omsorgsdirektoratet hadde pr. 31.12.2015 i alt 1045 ansatte, en økning på 76 ansatte. Det var 65 prosent kvinner i Helse- og omsorgsdirektoratet. Det samme som i 2014. Menn har gjennomgående høyere lønn enn kvinner i alle aldersgrupper og stillingskoder, med unntak av gruppa under rådgivernivå som i 2015 er likelønnet. Til tross for særlige tiltak i lokale forhandlinger for gruppene seniorrådgivere, spesialstillinger/prosjektledere og avdelingsdirektører, er kvinner fremdeles lønnet lavere enn menn. Differansen i lønn mellom kvinner og menn i gruppa seniorrådgivere har vært uendret på fire lønnstrinn siden 2010. I 2015 er forskjellen 3 trinn.

Den høyeste kvinneandelen ser vi i lønnsgruppene saksbehandlere, kontorstillinger og rådgivere, mens gruppa spesialstillinger har den laveste kvinneandelen.

#### Overtid

27 prosent av de ansatte arbeidet overtid i 2015, 23 prosent av kvinnene og 33 prosent av mennene. Antall ansatte som arbeider overtid har gått ned fra 338 til 280. Gjennomsnittlig timesats var kr 561. For kvinner kr 497, og menn var kr 613.

#### Velferds- og omsorgspermisjoner med lønn

24 prosent av de ansatte avviklet velferdspermisjon i 2015, 27 prosent av kvinnene og 19 prosent av mennene.

### **Rekruttering av søkere med ikke-vestlig innvandrerbakgrunn**

Helse- og omsorgsdirektoratet har fokus på rekruttering av søkere med ikke-vestlig bakgrunn. Direktoratet følger de sentrale retningslinjene om å oppfordre personer med innvandrerbakgrunn til å søke ledige stillinger, og våre ledere blir oppfordret til å ha en offensiv holdning i rekrutteringen fra denne gruppen. I 2015 hadde vi ca. 15,5 prosent av alle søkerne til ledige stillinger ikke-vestlig innvandrerbakgrunn. Ca. 10,5 prosent av disse søkerne ble innkalt til intervju og ca. 1,5 prosent ble innstilt. Helse- og omsorgsdirektoratet ansatte totalt 181 søkere etter kunngjøring i 2015. 5 av disse hadde innvandrerbakgrunn, dvs. 2,8 prosent.

### **HMS/arbeidsmiljø**

Det er gjennomført korte HMS-kurs for ledere i Helse- og omsorgsdirektoratet. I 2015 ble Helse- og omsorgsdirektoratets nye systematiske HMS-system gjennomført i praksis ved at alle avdelinger og POBO kontor har avholdt HMS-møter og utarbeidet HMS-handlingsplaner. Handlingsplanene er samlet og det er utarbeidet en handlingsplan for Helse- og omsorgsdirektoratet med prioritert tiltaksplan.

Vernetjenesten er utvidet med ett verneombud pr. divisjon og det er valgt nytt hovedverneombud. Høsten 2015 ble det gjennomført en medarbeiderundersøkelse blant de ansatte med unntak av de ansatte ved POBO kontorene.

### Status IA-arbeid

IA-handlingsplan for Helsedirektoratet for perioden 2014-2018 ble vedtatt i januar 2015. Eget IA-møte ble avholdt juni 2015. IA-møtets representanter er AMUs representanter med tillegg av representanter fra UNIO og Helsedirektoratets kontakt ved NAV Arbeidslivssenter.

### Sykefravær

Direktoratet har i all hovedsak et stabilt sykefravær, med en meget svak oppgang i 2015. Kvinner har et høyere sykefravær enn menn, og deltidsansatte kvinner (7,0 prosent) har et høyere sykefravær enn heltidsansatte kvinner (6,0 prosent). Deltidsansatte menn (2,8 prosent) har lavere sykefravær enn sykefravær enn heltidsansatte menn (3,9 prosent). Totalt sykefravær (egenmeldt og legemeldt) i 2014 var 4,93 prosent, i 2015 var det 5,08. Kvinner: 6,01 prosent i 2015. Menn: 3,42 prosent i 2015.

## **2.3. Presentasjon av utvalgte hovedtall**

Presentasjonen av tall i dette kapitlet er hentet fra direktoratets internregnskap. I internregnskapet er avgitte belastningsfullmakter bokført med bevilget beløp, mens åpne belastningsfullmakter ikke bokføres i internregnskapet. Dette til forskjell fra statsregnskapet der belastningsfullmaktene framkommer med reelt forbruk.

Nedenfor vises internregnskap mot tildelt beløp for 2015 fordelt på direktoratets bevilging innenfor driftskapitlet 720.01/3720, spesielle driftsutgifter og tilskudd (alle tall i 1.000 kr).

Post	Budsjett 2015	Regnskap 2015	Avvik	Avvik prosent
720.01/3720	1 081 348	991 117	90 231	8,3 prosent
21-poster	983 124	900 656	82 468	8,4 prosent
60-/70-poster	13 488 660	13 359 925	128 735	1,0 prosent

01-posten: Helseøkonomiforvaltningen (HELFO) er inkludert i direktoratets driftskapittel. Inntekter og utgifter knyttet til eksternt finansierte prosjekter er holdt utenfor. Se neste side for detaljer.

21-poster: Spesielle driftsmidler viser et mindreforbruk på 82,5 mill. kroner i direktoratets internregnskap for 2015. Mindreforbruket er i stor grad knyttet til forsinkelser i aktiviteter og anskaffelser, særlig innenfor tjenesteområdene psykisk helse og rustiltak, omsorgstjenester og primærhelsetjenester.

60- og 70-poster: Samlet for hele direktoratet er det foretatt tilskuddsutbetalinger på 13,4 mrd. kroner, ca. 129 mill. kroner mindre enn budsjettet. Inkludert i tallene ligger påløpt tilskudd til ressurskrevende brukere på 8,3 mrd. som er som budsjettet. Dette er en overslagsbevilgning, og direktoratet har fått fullmakt fra Kommunal- og moderniseringsdepartementet til å belaste de faktiske refusjonskravene fra kommunene. Helsedirektoratet har ansvar for over 180 tilskuddsregelverk. Det har oppstått mindreforbruk innen en del av ordningene. De mest betydelige mindreforbrukene har oppstått innen områdene Psykisk helse og rustiltak, herunder demens og psykologtjenester.

### Helsedirektoratets driftskapittel (720.01/3720)

Spesifisering av utgifter og inntekter (alle tall i 1.000 kr):



	Tildeling	Regnskap	Avvik	Avvik i prosent
Kap. 720.01	1 102 485	1 115 006	-12 521	-1,1 prosent
Kap. 3720	-21 137	-123 889	102 752	486,1 prosent
Netto	1 081 348	991 117	90 231	8,3 prosent

Tabellen over viser eksterntregnskapet for Helsedirektoratet med et netto mindreforbruk på 90,2 mill. kroner, noe som utgjør 8,3 prosent. For Helsedirektoratet eksklusive HELFO viser regnskapet et netto mindreforbruk på 90,7 mill. kroner.

Kap. 720.01: Merforbruket på 12,5 mill. kroner må ses i sammenheng med merinntekter på kap. 3720. Av inntektene på kap. 3720 gjelder vel 95 mill. kroner inntekter knyttet til prosjekter som er finansiert av eksterne aktører. Budsjetterte inntekter til de eksterne prosjektene er 9 mill. kroner. Påløpte utgifter til de eksternt finansierte prosjektene utgiftsføres på post 21 Spesielle utgifter. Inntekter og utgifter for de eksterne prosjektene balanserer i statsregnskapet. Holdes disse utenfor, viser direktoratets drift et netto mindreforbruk på 3,3 mill. kroner.

Direktoratet har i 2015 hatt merutgifter i forbindelse med planlegging og tilrettelegging for omorganiseringen innenfor helseforvaltningen fra 2016. Direktoratet for e-helse ble etablert i desember 2015, noe som isolert sett ga merutgifter i størrelsesorden 15 mill. kroner til flytting, husleie og annen tilrettelegging.

Kap. 3720: Det er påløpt driftsinntekter i størrelsesorden 28 mill. kroner knyttet til direktoratets ordinære drift. Dette gjelder i hovedsak inntekter som finansierer løpende oppgaver i direktoratet. Disse inntektene er knyttet til arbeidet med e-resept, Norsk Pasientregister, Nødnett, bibliotekjenester, trykksak, diverse IKT-tjenester, samarbeid innenfor EU samt gebyrinntekter knyttet til spesialistgodkjenning.

#### HELFO

	Tildeling	Regnskap	Avvik	Avvik i prosent
Kap 720 post 01	359 855	360 558	-703	-0,2 prosent
Kap 3720	0	-209	209	
Netto	359 855	360 349	-494	-0,1 prosent

HELFO har et marginalt overforbruk på 0,14 prosent av driftsbudsjettet. De økonomiske rammebetingelsene er generelt stramme for driften i HELFO. I 2015 har HELFO fått tilført midler for utvikling, implementering og oppstart til forvaltning av nye oppgaver som Fritt behandlingsvalg, Pasientrettighetsdirektivet og endringer i pasient og bruker rettighetsloven. Tilførte midler har bidratt til noe større handlingsrom i et år med oppstart forvaltning for flere av områdene først senhøstes 2015. Det økonomiske resultatet for 2015 må ses i sammenheng med de nevnte bevilgninger. I 2016 er de nye ordningene implementert og i forvaltning og det er usikkerhet omkring helårseffekter. Det antas at budsjett for 2016 kan gi større utfordringer enn i 2015.

## 3. ÅRETS AKTIVITETER OG RESULTATER (RAPPORTERING AV TILDELINGSBREVET)

Inndelingen følger tildelingsbrev 2015 i dette hovedkapittelet. Årsrapportens kapittel 3 er inndelt etter tildelingsbrevets struktur fordelt på virksomhetsområder. Dette medfører at aktiviteter på tvers av disse virksomhetsområdene ikke er utfyllende beskrevet. Eksempelvis er NCD-arbeidet beskrevet stykkevis under ulike virksomhetsområder. Dvs. at det ikke er en overordnet, felles beskrivelse for hele NCD-området.

### 3.2.1 Folkehelse

---

#### Langsiktige mål

##### God forankring av folkehelsearbeidet på tvers av sektorer og forvaltningsnivåer

**Kommentar** På tross av ny folkehelsemelding er helsehensynet i liten grad berørt i mange samfunnssektorer som påvirker befolkningens helse. Det er positiv utvikling på mange områder, bl.a. på miljø- og helseområdet. Det er etablert et systematisk samarbeid med miljødirektoratet på direktørnivå.

##### God kunnskap om og sunnere levevaner i befolkningen

**Kommentar** For området «Sunnere levevaner» er kunnskapen generelt god og arbeidet går i riktig retning, men det er fortsatt behov for å styrke kunnskapen.

##### Reduserte sosiale forskjeller i helse

**Kommentar** Det største potensialet for å heve befolkningens helse, er å redusere de sosiale helseforskjellene. Statistikk viser at ulikheten er noe redusert blant menn, men det er fortsatt betydelig sosiale helseforskjeller.

#### Samlet vurdering

Dette er en overordnet vurdering av arbeidet for virksomhetsområdet Folkehelse 2015

#### Langsiktige mål:

- God forankring av folkehelsearbeidet på tvers av sektorer og forvaltningsnivåer
- God kunnskap om og sunnere levevaner i befolkningen
- Reduserte sosiale forskjeller i helse

#### Styringsparameter og resultatkrav:

- Antall kommuner som har forankret folkehelsearbeidet i planer etter plan- og bygningsloven
- Antall kommuner som har helhetlige rusmiddelpolitiske handlingsplaner
- Andel av befolkningen som har kjennskap og tillit til helsemyndighetenes råd om sunne levevaner
- Antall nøkkelhullsprodukter i butikkene og i kiosk, bensinstasjons- og serveringsmarkedet

#### God forankring av folkehelsearbeidet på tvers av sektorer og forvaltningsnivåer

En sentral aktivitet for å forankre folkehelsearbeid på tvers av sektorer er arbeidet med å utvikle tverrsektorielle indikatorer for å følge utviklingen i folkehelsearbeidet nasjonalt. Helsedirektoratet har etablert

systematisk samarbeid med en rekke sektorer som påvirker utviklingen i folkehelsen gjennom sine samfunnsområder. HelseDirektoratet har samarbeidsavtaler med bl.a. Integrerings- og mangfoldsdirektoratet (IMDi), Arbeids- og velferdsdirektoratet (AV-dir) og Husbanken der folkehelsearbeidet er en viktig komponent. Det er utarbeidet en rapport i felleskap med AV-dir for å styrke samarbeidet og legge grunnlag for felles initiativer fra direktoratene. Det er tatt initiativ til et forsterket samarbeid med IMDi for å fremme integrering, god psykisk helse og trivsel i befolkningen, herunder asylsøkere som bosettes i kommuner. I tillegg har HelseDirektoratet samarbeid med Utdanningsdirektoratet om FoU om psykisk helse i skolen for å bidra til økt handlingskunnskap i skolen.

Opplæringsprogrammet Tidlig Inn per 2015 gjennomført i 119 kommuner. Programmet evalueres i samarbeid med Bufdir. 25 kommuner videreutviklet samhandling lokalt om tverrfaglig innsats og forebyggende arbeid for barn, unge og familien gjennom Bedre Tverrfaglig Innsats. Det er utviklet nettressurser innen for flere temaer som kommunene kan bruke i planarbeidet.

HelseDirektoratet har utarbeidet forslag til seksuell helsestrategi med bred medvirkning fra brukere frivillig sektor og fagpersoner.

Kommunene har gjennom Ungdata fått oversikt over ungdoms folkehelse og levekår. Ungdata er nå gjennomført i drøyt 350 kommuner og 8 fylkeskommuner.

HelseDirektoratet har i samarbeid med Utdanningsdirektoratet, Arbeidstilsynet og Direktoratet for byggekvalitet gjennomført kurs om inneklima i skoler, i alle landets fylker.

Styringsparameter: Antall kommuner som har forankret folkehelsearbeidet i planer etter plan- og bygningsloven.

Den lokale forankringen er styrket i løpet av 2015. Resultatene fra Riksrevisjonens rapport bekrefter i stor grad funn fra Helsetilsynets landsomfattende tilsyn og undersøkelser i 2014 fra NIBR. Kommunene har i økende grad utarbeidet oversiktsdokumenter som grunnlag for kommunal planlegging eller er i gang med dette, dette gjelder over 80 prosent av kommunene. Den lokale kapasiteten til å koordinere arbeidet styrkes gradvis i mange kommuner. Riksrevisjonens undersøkelse ble gjennomført i 2014, og det er direktoratets inntrykk at kommunenes systematiske arbeid med kommunal planlegging er styrket i 2015. Det er likevel et betydelig behov for å styrke dette arbeidet, jf. Riksrevisjonens rapport. HelseDirektoratet jobber for tiden med en oppfølgingsplan i tråd med føringene fra Riksrevisjonen og departementet.

Styringsparameter: Antall kommuner som har helhetlige rusmiddelpolitiske handlingsplaner. SIRUS kartla frem til og med 2012 antall kommuner med helhetlig rusmiddelpolitisk handlingsplan, men har etter dette utelatt spørsmålet fra deres årlige kartlegging. Vi mangler derfor data til å vurdere styringsparameteren. HelseDirektoratets inntrykk er at mange kommuner fortsatt har helhetlige rusmiddelpolitiske planer, noe som også er vurderingen til SIRUS, jf. Rusmidler i Norge 2015. Imidlertid ser vi også at kommunes ambisjoner på rusområdet i større grad integreres i andre planer, både folkehelseplaner og tjenesteplaner. HelseDirektoratet mener at det ikke er entydig negativt, men også kan styrke forankringen. Det er dessuten i tråd med føringer i plan og bygningsloven, der kommunene gjennom sin planstrategi beslutter egen planstruktur. HelseDirektoratet vil foreslå overfor departementet å vurdere et annet styringsparameter ved neste anledning.

God kunnskap om og sunnere levevaner i befolkningen  
Helhetlig og koordinert innsats for å nå det langsiktige målet om god kunnskap og sunnere levevaner i befolkningen har hatt fokus.

Direktoratet har etablert samarbeid med dagligvare- og næringsmiddelbransjen gjennom partnerskap for saltreduksjon, arbeidet med Nøkkelhullet og reduksjon av mettet fett. I saltpartnerskapet har 59 aktører undertegnet en intensjonsavtale med HelseDirektoratet, i tillegg til matvarebransjen inkluderer dette forskningsmiljø, serveringsbransje, forbruker- og bransjeorganisasjoner. Direktoratet er medlem i Matbransjens Faglige Utvalg som behandler klager og brudd på matvarebransjens retningslinjer om markedsføring av usunne



matvarer rettet mot barn og unge.

Samarbeidet med Politidirektoratet i satsningen på området Ansvarlig alkoholhåndtering har resultert i blant annet kurs for landets politidistrikt i ansvarlig alkoholhåndtering. På bakgrunn av FAFO- rapporten «Arbeidsforhold i utelivsbransjen» som avdekket komplekse utfordringer, er det også innledet et samarbeid med Arbeidstilsynet. I løpet av 2015 er dette samarbeidet utvidet til Skatteetaten, Mattilsynet, Tollvesenet og politiet.

Styringsparameter: Andel av befolkningen som har kjennskap og tillit til helsemyndighetenes råd om sunne levevaner

Direktoratet har jobbet med kompetanseheving til kommunene og tjenester. Det er arrangert kurslederkurs (deltakere: 107 på fysisk aktivitet, 80 på ernæring, 60 på psykisk helse og 45 på tobakk) på alle levevaneområdene for ansatte i frisklivssentraler (som nå finnes i 251 kommuner og bydeler).

Anbefalinger og råd om tobakk, alkohol, ernæring og fysisk aktivitet er formidlet til befolkningen gjennom målrettet informasjons- og kampanjearbeid. TV, radio og digitale flater inkludert sosiale medier er benyttet. Oppdatert informasjon på nett brukes aktivt. I tillegg er det lagt stor vekt på PR-arbeid. Arbeidet med brukerinvolvering er ytterligere styrket i 2015 og samarbeid med alliansepartnere og videreformidlere av våre anbefalinger, er tillagt stor vekt.

Direktoratet har i 2015 arbeidet med kampanje "dine30". Målet med kampanjen er å øke folks forståelse av viktigheten med daglig fysisk aktivitet. Arbeidet er langsiktig. En ny rapport om aktivitetsmålinger i befolkningen ble lagt fram. Ansvar for å gjennomføre kartlegginger om aktivitetsnivå, er fra 2016 overført til Folkehelseinstituttet.

På tobakksområdet er det gjennomført kampanjer. Motivasjon og hjelp til røyke- og snuslutt promoteres kontinuerlig via Facebook-siden Slutta som har 50.000 liker og høy grad av engasjement. Slutta-appen er lastet ned rundt 400.000 ganger siden lansering i 2013 og vi ser økt nedlasting i kampanjeperioder og når appen får omtale i mediene. Kampanjen rettet mot Ungdom og snusbruk fikk bred oppmerksomhet i målgruppen som rapporterer at filmen har et tydelig budskap og motiverer dem til å slutte med snus. I skoleprogrammet FRI deltar 42 prosent av elevene i ungdomsskolen. Gjennom året har direktoratet hatt fokus på brudd på reklameforbudet, særlig for e-sigaretter, som er omfattende. Blant unge har røykeandelen de senere årene sunket dramatisk, kun 4 prosent av 16-24-åringene røyker daglig. Andelen som bruker snus daglig blant unge synes å ha nådd toppen og er nå 17 prosent. Av 16-74-åringene røyker 13 prosent daglig, mens 10 prosent bruker snus daglig. Det var små endringer det siste året, men røyking i Norge er halvert på ti år.

Flere lov- og forskriftsendringer på alkohollovsfeltet er utredet og vedtatt i 2015. Som ledd i implementeringen er det utarbeidet merknader, guide for elektronisk internkontroll, kunnskapsprøve for kontrollører, e-læringsverktøy for skjenkepersonell og arrangert seminarer for Fylkesmannen og bransjen, kampanje for å understøtte skjenkebestemmelsene inkludert kampanje mot studenter er gjennomført med gode resultater og økt oppmerksomhet i målgruppen. Det er fortsatt en økning i antall søknader om statlige tilvirkningsbevillinger for alkoholholdig drikk, 48 til sammen i 2015. Det er utført stedlig tilsyn av taxfree salget av alkohol og tobakk ved flere flyplasser.

Satsningen «små grep – stor forskjell» er sentral for å øke befolkningens kunnskap og tillit til kostrådene og Nøkkelhullet. Kampanjens Facebook-side har over 140 000 brukere. I 2015 har det vært et spesielt fokus på Nøkkelhullet, salt i samarbeid med matvarebransjen og mat- og drikketilbud i arbeidslivet. Det er utarbeidet en felles nordisk protokoll til kartlegging av usunn mat og drikke til barn. Antall abonnenter i skolefruktordningen er ytterligere redusert til 67.475 høsten 2015, hvorav 15.221 fått gratis frukt fra kommune/lokale aktører. Stimuleringsstiltak som konkurranser, undervisningsopplegg og digitale minikampanjer er gjennomført. Utredning vedrørende alternativ bruk av midlene pågår. Nasjonal faglig retningslinje for mat og måltider i skolen er ferdigstilt og lansert. Implementeringsarbeid er startet i form av regionale konferanser, digital kampanje rettet mot foreldre og ansatte i skoler og planlegging av kampanjesatsing mot ungdomskoleelever.

Styringsparameter: Antall nøkkelhullsprodukter i butikkene og i kiosk, bensinstasjons- og serveringsmarkedet

Andel av befolkningen som har hørt om/kjenner til og har tillit til helsemyndighetenes kostråd, har 84 prosent kjennskap og 65 prosent tillit til disse i januar 2015. Antall nøkkelhullsprodukter i butikkene var 1978 i mars 2015 mot 2001 i mars 2014, mens omsetningen økte med 5 prosent. I kiosk, bensinstasjons- og serveringsmarkedet (KBS), var det 40 nøkkelhullsprodukter i 2015 mot 12 produkter i 2014, mens omsetningen gikk noe ned. Disse omfatter kun salgssteder som fører dagligvarer.

Reduserte sosiale forskjeller i helse

Ulike innsatser for å redusere sosial ulikhet i helse vil ha ulik virkningstid. Det kan derfor være vanskelig å vurdere effekten av enkeltfaktorer. De siste to årene har vi for første gang på lenge sett en tendens til at sosiale helseforskjeller i dødelighet og forventet levealder har flatet ut og i visse tilfeller minket litt blant menn. For en viktig helsefaktorfaktor som røyking, har de sosiale forskjellene minket gjennom flere år. Forskjeller i en rekke helserelevante arbeidsmiljøfaktorer er også i ferd med å minke. Men det er fortsatt store utfordringer knyttet til helseforskjeller og grunnleggende årsaksfaktorer: frafallet i videregående utdanning holder seg eksempelvis stabilt høyt. Direktoratet har også en bekymring rundt økende arbeidsledighet og konsekvenser av det.

Riksrevisjonen rapporterer at kommunene ønsker å arbeide for å redusere sosial ulikhet i helse, men at det er utfordrende å konkretisere. Direktoratet har videreutviklet veiviser for lokalt folkehelsearbeid og gitt HiOA oppdrag å lage policyråd på utvalgte områder. Helsedirektoratet har samarbeidet med folkehelsemyndigheter i Danmark og Sverige, samt kommuneorganisasjoner i de tre land (KS/KL/SKL) for å vurdere arbeidet med sosial ulikhet i helse i landenes kommuner. Rapporten Tackling Health Inequalities Locally – the Scandinavian Experience fra Københavns Universitet viser eksempler og kommer med 11 anbefalinger for videre arbeid.

*Styringsparameter*

#### Antall kommuner som har forankret folkehelsearbeidet i planer etter plan- og bygningsloven

Kommentar Det er ikke foretatt landsdekkende kartlegginger av planforankring i 2015. Tall fra 2014 viser at ca. 25 prosent av kommunene har en slik planforankring av folkehelsearbeidet. Tallene er hentet fra KOSTRA og gjengitt i Folkehelsepolitisk rapport 2015

#### Antall kommuner som har helhetlige rusmiddelpolitiske handlingsplaner

Kommentar SIRUS har kartlagt dette i 2015, men resultatet er ikke angitt i Rusmidler i Norge 2015, som ble lansert i desember 2015. Vi har tatt kontakt med FHI for å få ut disse opplysningene, og er forespeilet å få dem i første del av februar. Vi vil derfor måtte ettersende opplysningen.

#### Andel av befolkningen som har kjennskap og tillit til helsemyndighetenes råd om sunne levevaner

Kommentar 84 prosent av befolkningen har hørt om/kjenner til helsemyndighetenes kostråd og 65 prosent har tillit i januar 2015. Det har vært en positiv utvikling.

#### Antall nøkkelhullsprodukter i butikkene og i kiosk, bensinstasjons- og serveringsmarkedet.

Kommentar Det var en liten nedgang i antall nøkkelhullsprodukter i dagligvarehandelen fra 2001 produkter i 2013 til 1978 produkter i mars 2015, mens omsetningen økte med 5 prosent. I kiosk, bensinstasjons- og serveringsmarkedet (KBS), økte antall nøkkelhullsprodukter fra 12 i 2013 til 40 nøkkelhullsprodukter i mars 2015. mot 12 produkter i 2014. KBS-tallene omfatter kun salgssteder som fører dagligvarer.

## Oppgaver

- Utvikle tilpasset kunnskapsprøve i alkoholoven for kontrollører og legge til rette for frivillig kunnskapsprøve på norsk og engelsk for serveringspersonale. Ferdig

Beskrivelse Utvikle tilpasset kunnskapsprøve i alkoholoven for kontrollører og legge til rette for frivillig kunnskapsprøve på norsk og engelsk for serveringspersonale.

Kommentar Kunnskapsprøve for kontrollører er ferdigstilt i desember 2015. Forenklet kunnskapsprøve for serveringspersonale er ferdigstilt på norsk og engelsk i forbindelse med at Ansvarlig vertskap e-læring er lansert i desember 2015.

- Et bredt forankret forslag om videre organisering og lokalisering av Dopingtelefonen skal foreligge med Hdirs budsjettforslag for 2016. Ferdig

Beskrivelse Et bredt forankret forslag om videre organisering og lokalisering av Dopingtelefonen skal foreligge sammen med Helsedirektoratets budsjettforslag for 2016. Et bredt forankret forslag om oppfølging av IS-2216 Faglighet og frivillighet, gjennomgangen av tre tilskuddsordninger for frivillig rusmiddelforebygging, skal foreligge sammen med Helsedirektoratets budsjettforslag for 2016.

Kommentar Dopingtelefonen er flyttet til Antidoping Norge fra 1. januar 2016 og drift av telefonen skjer gjennom (økt) driftstilskudd til Antidoping Norge.

- Bidra til utvikling og oppfølging av ny tobakksstrategi, herunder tiltak knyttet til produkt- og bransjereguleringer. I rute

Beskrivelse Bidra til utvikling og oppfølging av ny tobakksstrategi, herunder tiltak knyttet til produkt- og bransjereguleringer.

Kommentar Høringsinnspill på EUs tobakksdirektiv er levert. Konsultasjoner med EU vedrørende regulering av tilsetningsstoffer og smakstilsetninger er gjennomført.

- I samarbeid med FHI bidra til at SSBs EHIS-undersøkelse viderefører nødvendige data om psykisk helse. Ferdig

Beskrivelse I samarbeid med Folkehelseinstituttet bidra til at SSBs EHIS-undersøkelse viderefører nødvendige nasjonale data om psykisk helse.

Kommentar Helsedirektoratet bidro i samarbeid med Folkehelseinstituttet og SSB til at nasjonale data knyttet til psykisk helse og livskvalitet som tidligere ble innhentet gjennom Levekårsundersøkelsen helse ble videreført i SSBs EHIS-undersøkelse.

- Gjennomføre en kost-nytte beregning på kostholdsområdet på bakgrunn av rapport om samfunnsøkonomiske beregninger. I rute

Beskrivelse Det skal gjennomføres en kostnad – nytte beregning på kostholdsområdet på bakgrunn av rapport om samfunnsøkonomiske beregninger.

Kommentar Arbeidet, med levering i 2016, er påbegynt.

● Planlegging av informasjon og kampanjemidler for å oppnå effektiviseringsgevinster. Ferdig

Beskrivelse Informasjons- og kampanjemidlene under kap. 711, 718 og 719 skal fra 2016 sees mer i sammenheng for å oppnå effektiviseringsgevinster gjennom synergieffekter og bedre planlegging av aktiviteten. Forutsetningen er at det aktuelle informasjonsarbeidet er i tråd med formålet med bevilgningen. HelseDirektoratet skal levere en forslagsskisse med plan for det videre arbeidet innen 15. januar 2015. Det endelige forslaget skal foreligge sammen med HelseDirektoratets rammefordelingsforslag for 2016.

Kommentar Oppdrag er utført iht. bestilling

● Bidra til strategien for moderne eldrepolitikk. Forsinket

Beskrivelse Regjeringen har besluttet å lage en strategi for en moderne eldrepolitikk på tvers av sektorer. HelseDirektoratet skal bidra med kunnskap og faglige tilrådninger. Direktoratet vil få en rolle i å koordinere og drive frem samarbeidet med andre sektorer på direktoratsnivå. Aktiv eldring skal integreres i folkehelsearbeidet. Å øke andelen eldre i arbeidslivet er et viktig mål, og direktoratet skal bidra til å realisere dette i helse- og omsorgssektoren. Direktoratet skal bidra til en helse- og omsorgstjeneste som fremmer aktive eldre.

Kommentar Avvik på tilskuddet 0761.79 skyldes at en utbetaling ved en feil ikke ble gjort i desember. Denne utbetalingen må gjøres på budsjettet for 2016. Vi ønsker derfor at dette er midler som søkes overført til 2016; slik at det ikke går ut over nye tilskuddssøkere for 2016. Avvik på koordinering og utvikling 0761.21 skyldes blant annet at det ikke har vært mulig å legge inn reiseregninger i desember grunnet oppgraderinger. Erfaringskonferanse i 2015 er betalt herfra. Det har ikke kommet konkrete oppgaver knyttet til strategien for en moderne eldrepolitikk i 2015. Tilskuddsmidler til aktivitet ved eldresentra skal bidra til å motvirke ensomhet, passivitet og sosial tilbaketrekning, og skape aktivitet og sosialt fellesskap. Ordningen er rettet mot å skape møteplasser som er åpne for alle seniorer og eldre, enten gjennom egne tilbud til gruppen eller ved å legge til rette for møteplasser på tvers av generasjonene. Tilskuddsmidler er utdelt i tråd med dette. Det er i 2015 også arrangert en erfaringskonferanse for alle som har søkt om tilskuddsmidler/ønsker å søke om tilskuddsmidler med 135 deltakere. Her har tilskuddsmottakere delt erfaringer og gitt inspirasjon til andre tilskuddsmottakere og søkere.

● Rapportere på indikatorer for å følge opp folkehelsepolitikken. Ferdig

Beskrivelse Avgi rapport om sektorvise indikatorer for å følge opp folkehelsepolitikken, jf. folkehelsemeldingen (2012-2013) kapittel 8.2.1, herunder muligheten til å utvikle lokale indikatorer for folkehelsearbeid iht folkehelseloven.

Kommentar Rapport for 2015 er ferdigstilt og ny rapport kommer i 2017/2018.

● Utarbeide forslag til krav til statlig forventning til kommunal og regional planlegging. Ferdig

Beskrivelse Innen 01.05.15 komme med forslag til krav til statlig forventninger til kommunal og regional planlegging.



### 3.2.2.1 Omsorgstjenesten

#### Langsiktige mål

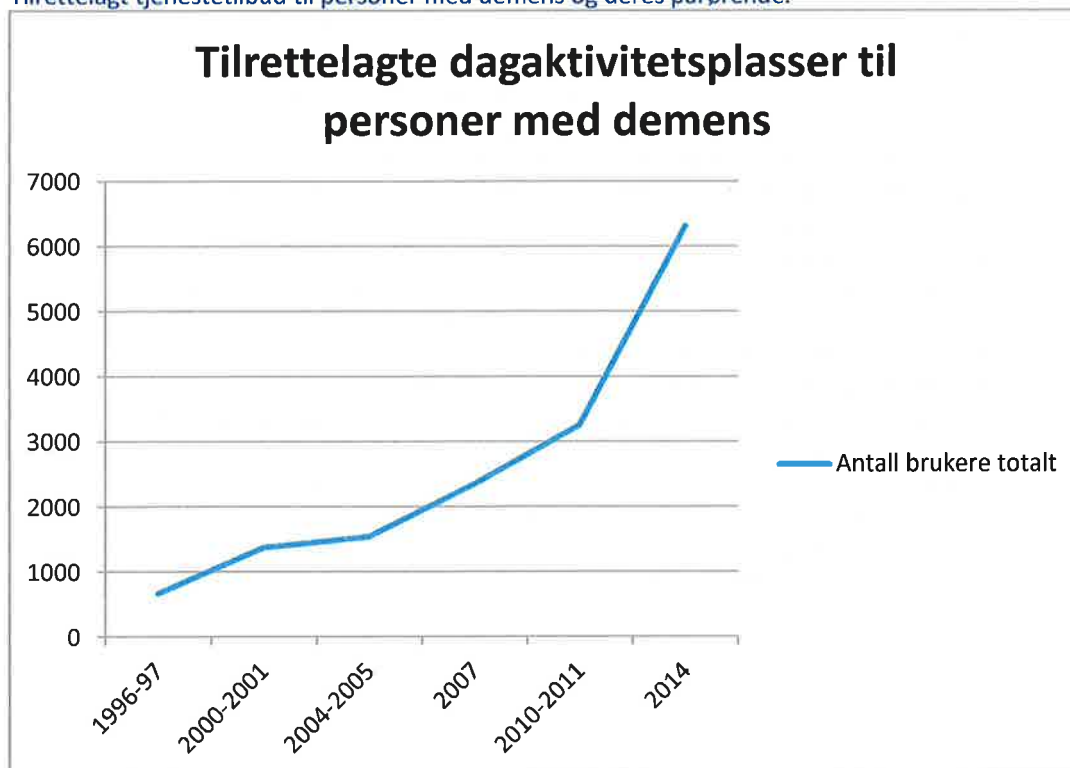
- Tilstrekkelig kvalitet og kapasitet i omsorgstjenesten gjennom nye årsverk og utnyttelse av investeringsordningen for heldøgns omsorgsplasser

**Kommentar** Det ble i 2014 utført 128 850 årsverk i brukerrettet pleie- og omsorgstjeneste i kommunene. Økningen var på om lag 1 700 årsverk (1,3 prosent) i forhold til 2013. Utviklingen fra 2008 til 2014 er i samsvar med målet om 12 000 nye årsverk i perioden 2008-2015. Pr. 31.12.2015, er det 12 292 boenheter som er godkjent for tilskudd. Dette betyr at måltallet om tilsagn til 12 000 heldøgns omsorgsplasser under Omsorgsplan 2015 ble nådd. Husbanken rapporterer direkte til HOD og KMD i forhold til utbyggingstakten.

- Kvalifisert og stabilt personell med stor faglig bredde. Økt andel personell i omsorgssektoren med formell utdanning.

**Kommentar** Andelen årsverk med relevant fagkompetanse i brukerrettet pleie- og omsorgstjeneste økte fra 74,5 til 75,1 prosent fra 2013 til 2014. Andelen årsverk med relevant høyere utdanning økte i samme periode fra 34,1 til 35,0 prosent. Forventningen om et nivå på 34 prosent i 2015 ble innfridd allerede i 2013. Detaljert rapportering om personellutviklingen fram til 2014 foreligger i "Kompetanseløftet 2015 - Rapportering og budsjettinnspill per august 2015" og "Årsrapport 2014 Omsorgsplan 2015".

- Tilrettelagt tjenestetilbud til personer med demens og deres pårørende.



Kilde: «Nasjonal kartlegging av tilbudet til personer med demens 2014. Rapport.»  
Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse.

---

**Kommentar** Helsedirektoratet ga i 2015 tilskudd til 552 nye hele plasser til dagaktivitetstilbud for personer med demens, som benyttes av om lag dobbelt så mange brukere. Tilskudd til nye plasser i 2015 ble gitt til 111 kommuner og utgjorde tilskudd på ca. 42 millioner kroner. I tillegg ble det i 2015 gitt tilskudd til videreføring av 1834 hele plasser med tilskudd på ca. 127 millioner kroner. På tross av intensivert markedsføring av tilskuddsordningen, har det ikke vært mulig fullt ut å utnytte tilskuddsrammen. Tall fra den nasjonale kartleggingen av kommunenes tilrettelagte tjenestetilbud som ble gjennomført i oktober 2014, viste at 71,3 prosent av landets kommuner hadde dagaktivitetstilbud for hjemmeboende personer med demens, og at totalt 6318 personer fikk tilbudet. Antall heldøgns omsorgsplasser tilpasset mennesker med demens og kognitiv svikt med tilsagn om tilskudd er i hele perioden 2008-2015 på 4.098 plasser. I 2015 er det gitt tilsagn om 841 plasser. Dette angir antall boenheter der demente er oppført som målgruppe for det aktuelle prosjektet - alle boenheter som er godkjent for tilskudd er i utgangspunktet tilrettelagt for demente. Fra tilskuddet til pårørendeskoler og samtalegrupper startet i 2011, og fram til utgangen av 2015, har 351 kommuner fått tilskudd, enten som hovedsøker og/eller som samarbeidspart i interkommunalt samarbeid. Dette utgjør 82 prosent av alle landets kommuner. Totalt var det per 30.11.15 innvilget midler til 1400 tilbud. Dette betyr at man de aller fleste steder i landet nå har tilgang til pårørendeskoler og/eller samtalegrupper for pårørende til personer med demens. I satsingen «Møteplass for mestring» for yngre personer med demens er det i perioden 2012-2015 gjennomført 27 samlinger med 486 deltakere. Det gis nå også tilbud om oppfølgingssamlinger, i 2015 ble det gjennomført 15 oppfølgingssamlinger med 253 deltakere. I 2015 ble det gjennomført tre helgekurs av «Tid til å være ung» for ungdom som er barn av yngre personer med demens, hvorav en var oppfølgingssamling med totalt 47 ungdommer. Opplæringsverktøyene Demensomsorgens ABC/Eldreomsorgens ABC ble i 2015 tatt i bruk av ti nye kommuner. Det betyr at 410 kommuner (96 prosent av kommunene) har tatt i bruk opplæringsprogrammet. Fra oppstart og til utgangen av 2015 er 21 571 registrerte deltagere. I tillegg har det i 2015 vært gjennomført flere tiltak for å bedre tilrettelegge tjenestene til personer med demens og deres pårørende. Det arbeides systematisk med opplæring i utredning av demens og etablering av demensteam, personsentrert omsorg og miljøbehandling, etablering av og innholdet i dagaktivitetstilbud, og utvikling av tjenestene til yngre personer med demens og personer med minoritetsetnisk bakgrunn som har demens. Høsten 2015 ble prosjektet Ressursbruk og sykdomsforløp ved demens (REDIC) ferdigstilt. Prosjektet har sett på de samfunnsøkonomiske kostnadene ved demens og ressursbruk for ulike instanser. Prosjektet har framskaffet ny og viktig kunnskap som må danne grunnlag for videre planlegging av tjenestetilbudene til personer med demens. Ved utgangen av 2015 ble også det aller meste av prosjektet om innvandrere med demens ferdigstilt. Rapporten gir et viktig bidrag til kunnskapsgrunnlaget for nasjonal faglig retningslinje om demens, og vil danne grunnlag for videre arbeid rettet mot denne gruppen som del av Demensplan 2020.

- Framtidens omsorgsutfordringer er satt på dagsorden i kommunenes helhetlige økonomi- og kommuneplanlegging.

**Kommentar** Framtidens omsorgsutfordringer er satt på dagsorden i kommunenes helhetlige økonomi- og kommuneplanlegging. Resultatevaluering av Omsorgsplan2015 viser at 41 prosent av alle landets kommuner har utarbeidet en lokal delplan for pleie- og omsorgssektor per 1. mars 2013. Ser vi på andelen kommuner som har spesifisert de fire hovedsatsingene fra OM2015 i planstrategi, samfunnsdel eller handlingsplan, er det cirka 55 prosent som har satt de fremtidige omsorgsutfordringene på dagsorden i kommunal planlegging. Det er betydelige fylkesvise variasjoner i hvorvidt kommunene har utarbeidet lokale delplaner for pleie- og omsorgssektoren. Dette kan tyde på ulik grad av involvering av fylkesmennene. Hovedsatsingene fra OM2015 omtales i størst grad i kommunenes handlingsplan som revideres årlig og kan dermed lettere ivareta nyere satsinger. Fravær av omsorgsplaner er størst blant de minste kommuner. Forklaringene kan være relatert til både behov og tilgjengelige ressurser. Planverket til de største kommuner omtaler hovedsatsingsområdene ofte, men store kommuner klarer i mindre grad å spesifisere utfordringene, det vil si, diskutere hvilke konsekvenser de har for kommunen og beskrive strategier for å møte utfordringene.

### *Samlet vurdering*

Helsedirektoratet har utarbeidet en rapport som identifiserer og analyserer utviklingstrekk og endringer som skjer i sektoren, blant annet knyttet til utvikling av ny teknologi, ny kunnskap, nye faglige metoder, kompetanse/bemanning og utvikling av organisatoriske og fysiske rammer. Rapporten ble oversendt HOD 13.01.16 (tall til og med 2014). Fra 2016 innarbeides rapporten i Årsrapporten for Omsorg 2020. Styringsparameteren som er knyttet til endringer og utviklingstrekk i sektoren, viser at utviklingen går rett vei

Oppsummert viser rapporten følgende utviklingstrekk:

- Flere yngre og færre eldre mottar kommunale helse- og omsorgstjenester - dekningsgraden for aldersgruppen 67+ går ned.
- Helsetjenester til pasienter/brukere med store bistandsbehov prioriteres.
- Tjenestene preges av mer spesialisering.
- Høyere terskel for å få langtidsplass i institusjon.
- Utviklingen innen heldøgns omsorg går i retning av mer satsing på bolig, dette gjelder for både yngre og eldre brukere, men utviklingen går saktere for de eldre brukerne.
- De tjenestene hvor det ble avdekket avvik ved landsomfattende tilsyn er forbedret.
- Det er flere årsverk og høyere formell kompetanse i tjenestene.
- Tendens til økt bruk av deltid. \* Økt oppmerksomhet på forebyggende og helsefremmende arbeid.
- Velferdsteknologi gir gevinster som økt trygghet og mestring, større frihet og selvstendighet for brukere og pårørende.
- Sterkere satsing i kommunene på strategisk og langsiktig planlegging av tjenestene.

Styringsparameteren som måler kunnskapsspredning og kvalitetsarbeid i tjenestene viser en utvikling til det bedre på nærmest alle områder hvor det har vært meldt avvik gjennom Helsetilsynets landsomfattende tilsyn.

De langsiktige målene for virksomhetsområdet er knyttet til kapasitet og kvalitet i omsorgstjenestene, et bedre tilrettelagt tilbud innen demensomsorgen, og kommunenes helhetlige planlegging for å møte framtidens omsorgsutfordringer. Helsedirektoratets arbeid med kommunale helse- og omsorgstjenester er stort sett i rute. De fem spesielle oppdragene i tildelingsbrevet er enten gjennomført eller i rute. Måltallet om 12000 nye årsverk i den kommunale omsorgstjenesten i perioden 2008-2015 er innfridd. Forventningen om at 34 prosent av de ansatte i brukerrettet pleie- og omsorgstjenesten skal ha høyere utdanning ble innfridd i 2013. Andelen med relevant fagkompetanse er nå på over 75 prosent. Mer om kompetanse og personell rapporteres under

### pkt. 3.8 Personell og kompetanse.

Måltallet om tilsagn til 12000 nye heldøgns omsorgsplasser under Omsorgsplan 2015 er nådd. Status for demensplan 2015 (nasjonal kartlegging 2014) viser at 71,5 prosent av kommunene har tjenester til personer med demens nedfelt i kommunens planverk. 78prosent av kommunene har organisert demensutredning med eget demensteam mot bare 25prosent i 2007. Videre viser kartleggingen at 71prosent av kommunene har tilbud om dagaktivitetstilbud og dobbelt så mange personer mottar tilbud siden kartleggingen i 2010-2011. 289 kommuner gjennomførte pårørendeskole i 2013 og/eller 2014 mot bare 20 i 2007. 396 kommuner har tilrettelagte botilbud for personer med demens i form av skjermet enhet i sykehjem og/eller bokollektiv for personer med demens i omsorgsbolig. Over 20 000 personer registrert i forbindelse med ABC-opplæringen, og 96 prosent av alle kommunene har tatt i bruk opplæringsverktøyene innen demensomsorgen. Samtidig er det en utfordring at kun 55 prosent av landets kommuner har satt de fremtidige omsorgsutfordringene på dagsorden i kommunal planlegging. Fylkesvise variasjoner kan tyde på ulik grad av involvering av fylkesmennene. Fravær av omsorgsplaner er størst blant de minste kommuner. Forklaringene kan være relatert til både behov og tilgjengelige ressurser. I planverket til de største kommunene, er det ofte omtale av hovedsatsingsområdene, mens de i mindre grad spesifiserer utfordringene og beskrive strategier for å møte utfordringene. Velferdsteknologiprogrammet har i 2015 vært i en utviklingsfase og vil fra 2017 gå over i en spredningsfase for trygghetsskapende teknologi, og fra 2018 for avstandsoppfølging av personer med kroniske sykdommer. Velferdsteknologiprogrammet gjennomføres i samarbeid med KS.

I 2015 er det forvaltet nærmere 10,5 milliarder kroner til omsorgstjenestene, hvorav 8,3 milliarder er tilskudd til særlig ressurskrevende helse- og omsorgstjenester. Andre oppgaver og prosjekter som har vært prioritert i 2015 er:

Nasjonalt velferdsteknologiprogram» er i rute med 31 utviklingskommuner. Hovedmålene for programmet er å gi personer med helseutfordringer trygghet til å kunne bo i egen bolig lengst mulig, og muligheter til å mestre eget liv og helse. Programmet har et kommunalt perspektiv der tjenesteinnovasjon er et sentralt virkemiddel. Hovedoppgavene er å utvikle og prøve ut velferdsteknologiske løsninger i kommunene, skape og spre kunnskap om velferdsteknologi, bidra til gode modeller for innføring og bruk, og å etablere standarder og IT-arkitektur for velferdsteknologi. Mange av tiltakene er gjennomført og i rute, og det er tatt ut synergieffekter mellom ulike tiltak. Flere prosjekter skal følge-evalueres. Uprøving av velferdsteknologiske løsninger for avstandsoppfølging av personer med kroniske sykdommer er noe forsinket, da det tok tid å få tilbakemelding på valget av utprøvningsprosjekter.

En hospiteringsavtale med WHO/ITU (internasjonale teleunion) ble inngått høsten 2015.

Pårørendeprogrammet er i rute. Det er gitt tilskudd til totalt 25 prosjekter under tilskuddsordningen «Utvikling av helhetlige tilbud til pårørende med krevende omsorgsoppgaver». I fire kommuner: Fredrikstad, Stavanger, Sandefjord og Larvik er det opprettet et kommunalt pårørendesenter og/eller pårørendekoordinator. Fredrikstad har pårørende innen psykisk helse som målgruppe. De øvrige er diagnoseuavhengige. En veileder for Pårørendeprogrammet forventes ferdigstilt høsten 2016. Oppdraget om å forberede forsøket med Statlig finansiering av omsorgstjenesten er gjennomført. Oppdraget ble prosjektorganisert med bred deltagelse fra Helsedirektoratet, bruker- og fagorganisasjoner samt KS. Invitasjonsbrev til alle kommuner ble sendt ut 30.6.15 med søknadsfrist 1.12.15. I alt 18 kommuner søkte om å få delta i forsøket. Forsøket vil følge-evalueres.

Rapport om tilbudet til personer med behov for lindrende behandling og omsorg mot livets slutt ble publisert i mars 2015. Det forvaltes tilskudd til «kompetansehevede tiltak for lindrende behandling og omsorg ved livets slutt» og «kunnskap og informasjon om lindrende behandling og omsorg ved livet slutt for barn og unge». Det er også gitt tilskudd til Verdighetssenteret i Bergen knyttet til kursvirksomhet for helsepersonell. Utarbeidelse av veiledningsmateriale for ivaretagelse av personer i livets slutfase - ble igangsatt høsten 2015 og arbeidet videreføres i 2016. Det ble også igangsatt en evaluering av tjenestetilbudet til personer med behov for lindrende omsorg.



Prosjekt for Utvikling av trygghetsstandard for sykehjem ble etablert i 2015, og første styringsgruppemøte ble avholdt i desember. Det er bestilt en kunnskapsoppsummering på feltet.

Den nye tilskuddsordningen "Kompetanse og innovasjon" er et virkemiddel for å fremme innovasjonsprosjekter i kommunene. Det er etablert en tett dialog med Fylkesmennene knyttet til dette.

Under de ulike områdene i Omsorg2020 er det etablert en struktur for å kunne identifisere og analysere utviklingstrekk og endringer i sektoren. Rapport er levert HOD 15.1.16.

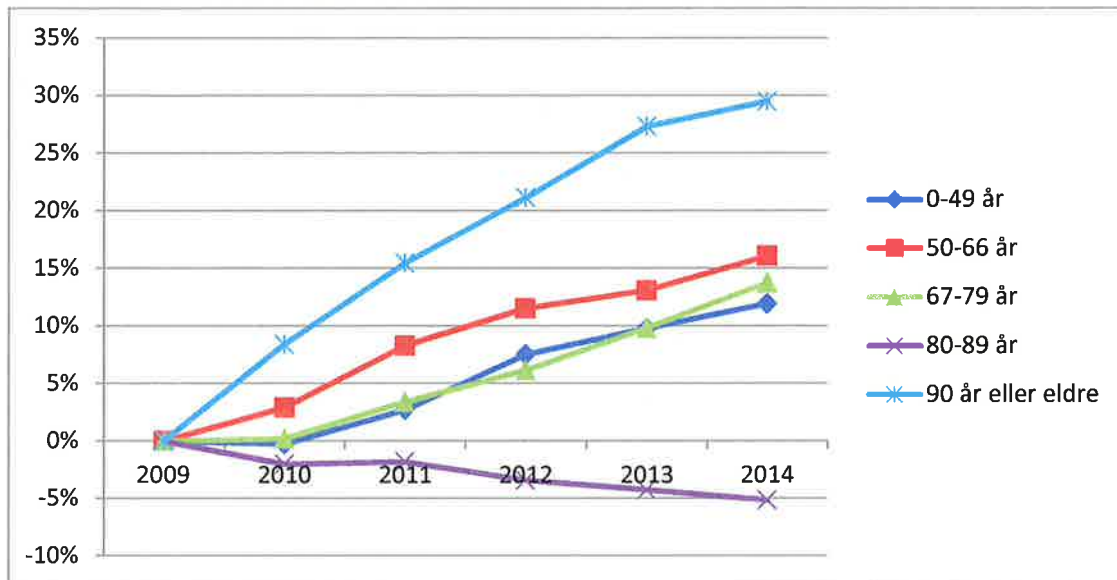
Det har vært en stabil drift av IPLOS-registeret i 2015, og kvaliteten har blitt betydelige forbedret. Alle landets kommuner sendt inn data og var med i KOSTRA publiseringen per 15. mars 2015. Det har i 2015 vært spesiell oppmerksomhet på å bedre datakvaliteten, herunder underreportering av diagnoser, bedre data om rusproblemer og psykiske helseproblemer i kommunene og rehabilitering. Det er tilrettelagt for innrapportering av tre nye variabler for 2016: Registrering av kommunal øyeblikkelig hjelp døgnopphold, Individuell plan – oppnevnt koordinator og GPS. Prosjekt Innsending IPLOS-data via Norsk Helsenett videreføres i 2016. Det har i 2015 også vært et særlig fokus på økt bruk av registerdata til statistikk, bl.a. forløpsstatistikk, bistandsbehov og tjenestetildeling, og analyse, forskning og register-kobling.

### *Styringsparameter*

Identifisert og analysert utviklingstrekk og endringer som skjer i sektoren.

Kommentar Identifiserte utviklingstrekk oppsummert: jfr. rapport oversendt HOD 13.01.16:  
\*Flere yngre og færre eldre mottar kommunale helse- og omsorgstjenester - dekningsgraden for aldersgruppen 67+ går ned. \* Helsetjenester til pasienter/brukere med store bistandsbehov prioriteres.\* Tjenestene preges av mer spesialisering. \*Høyere terskel for å få langtidsplass i institusjon. \* Utviklingen innen heldøgns omsorg går i retning av mer satsing på bolig, dette gjelder for både yngre og eldre brukere, men utviklingen går saktere for de eldre brukerne. \* De tjenestene hvor det ble avdekket avvik ved landsomfattende tilsyn er forbedret. \* Det er flere årsverk og høyere formell kompetanse i tjenestene. \* Tendens til økt bruk av deltid. \* Økt oppmerksomhet på forebyggende og helsefremmende arbeid. \* Velferdsteknologi gir gevinster som økt trygghet og mestring, større frihet og selvstendighet for brukere og pårørende. \* Sterkere satsing i kommunene på strategisk og langsiktig planlegging av tjenestene.

### Antall mottakere av helsetjenester i hjemmet per 31.12 2009-2014 etter alder




Kilde: IPLOS-registeret

### Innhentet og spredt kunnskap om systematisk kvalitetsutviklingsarbeid i tjenestene.

**Kommentar** Helseledelsen har sett på Helsetilsynets landsomfattende tilsyn og vurdert hva som har skjedd i etterkant av tilsynene. I perioden 2009 til 2012 gjennomførte Helsetilsynet landsomfattende tilsyn med tjenester til eldre. Hovedfunn fra tilsynet i kommunene var avvik på områdene; tjenestetilbud til personer med demens, legemiddelbehandling, ernæring, rehabilitering i sykehjem og avlastningstjenester. I perioden etter - har det vært, og er utvikling til det bedre på nær alle områdene fra tilsynets hovedfunn av avvik. Flere kommuner har nå tilbud om demensutredning og i underkant av 80 prosent av kommunene er det demensteam og/eller demenskoordinator. Andelen kommuner som har dagaktivitetstilbud spesielt tilrettelagt for personer med demens øker, og antall personer som mottar tilbudet er nær doblet fra 2011. Erfaring fra pasientsikkerhetsprogrammet viser at strukturert legemiddelgjennomgang gir bedre kvalitet i legemiddelbehandlingen og det er positiv utvikling i kunnskap om ernæring i tjenesten. For rehabilitering i sykehjem finnes det ikke kunnskap som gir grunnlag for å si at situasjonen er endret, og undersøkelser viser variasjon i kommunenes praksis for tildeling av avlastningstjenester.

## Oppgaver


-  Gjennomføre Omsorg 2020 på en helhetlig måte, i tråd med Meld St. 29 og Prop 1 S (2014-2015) I rute

**Kommentar** Pårørendeprogrammet: Veilederen forventes ferdigstilt høsten 2016. Det jobbes nå med plan for implementering av veilederen jfr. budsjettinnspill pr. 01.08.2015. Andre tiltak: HelseDirektoratet har etablert en struktur for å kunne identifisere og analysere utviklingstrekk og endringer som skjer i sektoren knyttet til de ulike områdene i Omsorg2020. Rapport er levert HOD 15.01.16. Den nye tilskuddsordningen Kompetanse og innovasjon på kap. 0761.68 er et virkemiddel for å fremme innovasjonsprosjekter i kommunene. HelseDirektoratet har en tett dialog med Fylkesmennene knyttet til dette. HelseDirektoratet jobber med å etablere samarbeidsstrukturer med relevante aktører som kan bidra inn i innovasjonsarbeid innenfor helse- og omsorgstjenesten. Velferdsteknologi programmet rapporteres under følgende oppdrag:- Etablere nasjonalt prosjekt innen teknologi og tjenester:- Følge opp arbeidet med standardisering og velferdsteknologi: Viser for øvrig til Omsorgsplan 2015-2020. Budsjettinnspill/rapportering per 01.08.2015.

-  Delta i planlegging og gjennomføring av arbeidsprosessene knyttet til utvikling av Demensplan 2020. I rute

**Beskrivelse** Direktoratet skal bl.a. bistå departementet i oppsummering av innspill fra høringsnotatene og komme med innspill til høringsnotatet, basert på erfaringer med dagens Demensplan og ny oppdatert kunnskap.

**Kommentar** HelseDirektoratet har deltatt i arbeidsgruppen i HOD for Demensplan 2020 og gitt høringsinnspill til ny demensplan.

-  Oppfølging av rett til BPA, jf. Prop 86 L (2013-2014). I rute

**Beskrivelse** Oppfølging av rett til BPA, jf. Prop 86 L (2013-2014). HelseDirektoratet vil gis i oppdrag å utforme nytt rundskriv og gjøre en følgeevaluering av rettighetsfestingen. Departementet vil komme tilbake med eget oppdrag.

**Kommentar** Følgeevaluering av rettigheten: Rokkansenteret har fått i oppdrag å følge-evaluere rettigheten. Følgeevalueringen startet opp i mai 2015 i henhold til oppdrag.

-  Direktoratet skal bistå departementet i utvikling og gjennomføring av Kompetanseløftet 2020 I rute

**Kommentar** Bistand er gitt i løpet av året. Oppdraget er konkretisert i brev fra HOD 18.12.2015 (Statsbudsjett 2016 – Tillegg til tildelingsbrev nr. 1 – Kompetanseløft 2020 – Organisering og gjennomføring).

-  Utrede et forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenestene. I rute

**Beskrivelse** Direktoratet skal i tillegg lyse ut et eksternt oppdrag om følgeevaluering av forsøket. Det vil komme et eget oppdragsbrev til direktoratet med nærmere omtale.

**Kommentar** Forsøksordning med statlig finansiering av omsorgstjenester: Regjeringen har i statsbudsjettet for 2015 omtalt et forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenestene. Helsedirektoratet har fått i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet om å etablere et utredningsprosjekt for å forberede forsøket og sørge for følgeevaluering. Helsedirektoratet har prosjektorganisert arbeidet med bred deltagelse fra direktoratet, bruker- og fagorganisasjoner samt KS. Invitasjonsbrev til alle kommuner om deltagelse i forsøket ble sendt ut 30.06.15 med søknadsfrist 01.12.15. Det ble utarbeidet et tilskudsregelverk, med kriterier for tjenestetildeling og finansieringsmodell for forsøksordningen. Videre ble det utarbeidet samarbeidsavtaler mellom Helsedirektoratet og kommuner i modell A og B. 18 kommuner har søkt om å få delta i forsøket. Forsøket skal følge-evalueres. Kravspesifikasjon for evaluering ble kunngjort i Doffin med søknadsfrist 01.12.15. Det kom inn 6 tilbud fra kompetente konsulent- og forskningsmiljø. Over statsbudsjettets kap. 761 post 21 var det satt av kr 20 mill til formålet. Det ble gitt tilbakemelding til HOD om et forventet forbruk på kr 9,0 mill kroner i 2015, resterende midler ble omdisponert til andre formål.

### 3.2.2.2 Psykisk helse og rus

---

#### Langsiktige mål

- • Fremme selvstendighet og mestring av eget liv for mennesker med rusproblemer og psykiske vansker eller lidelser og deres pårørende, samt sørge for forebyggende og helsefremmende arbeid som reduserer psykiske lidelser, rusproblemer, forekomst av selvmord og selvskading og problemer med vold i befolkningen.

**Kommentar** Helsedirektoratet har igangsatt og gjennomført mange oppgaver og tiltak som bidrar til å fremme denne langsiktige målsettingen. Se nærmere omtale under innspill til vurdering.

- • Tilgjengelige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester av god kvalitet

**Kommentar** Helsedirektoratet er kjent med utfordringene knyttet til tilgjengelige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester og har iverksatt og fulgt opp en rekke tiltak for måloppnåelsen. Se nærmere omtale under innspill til vurdering.

- • Øke kunnskapen og kompetansen om psykiske problemer, rusproblemer og avhengighet, samt volds- og overgrepssproblematikk og omsorgssvikt.

**Kommentar** Flere retningslinjer og faglige råd er under arbeid og noen har blitt ferdigstilt. I tillegg har det blitt igangsatt en pasienterfaringsundersøkelse og ulike nasjonale kartlegginger er blitt gjennomført. Se nærmere omtale under innspill til vurdering.

#### Samlet vurdering

Virksomhetsområdet omfatter psykisk helse og rus i både primær- og spesialisthelsetjenesten, har tre langsiktige mål, fire styringsparametere og 17 spesielle oppdrag fra HOD for 2015. De spesielle oppdragene er gjennomført eller i rute, med unntak av tre som er forsinket som følge av nedprioriteringer og manglende ressurser. Alle oppdrag og gjennomførte aktiviteter bidrar til å nå de langsiktige målene.

Styringsparameterne viser at 210 kommuner har tatt i bruk BrukerPlan og det er økt bruk av systematiske nasjonale kartlegginger og analyser av sentrale utviklingstrekk. Det er utarbeidet en plan for jevnlig



brugerundersøkelser, men budsjettssituasjonen har medført at denne ikke kan holdes. Direktoratet har pt. ikke tilgjengelig statistikk over antall meldinger fra helsepersonell etter helsepersonelloven til barnevern og politi.

Utfordringsbildet ved årets start:

Tjenestetilbudet innen psykisk helse er godt utbygd og i tråd med føringene fra WHO. Det har skjedd en betydelig styrking av tilbudet i opptrappingsplanperioden, både innen kommunalt psykisk helsearbeid og i DPSene, poliklinisk og ambulant. Fastlegen er godt involvert i det kommunale psykiske helsearbeidet og innen psykisk helsevern, og flertallet av kommunene og spesialisthelsetjenesten opplever at samarbeidet om pasienten fungerer godt. Men det er utfordringer knyttet til innhenting og bruk av data som grunnlag for å forbedre behandlingsresultatet, uklare ansvarsforhold og utilstrekkelig koordinering av ulike tjenester og forvaltningsnivåer og geografiske forskjeller i tjenestetilbud.

Det er fortsatt et behov for å etablere flere lavterskeltilbud inne rus- og psykisk helsefeltet i kommunene. I 2015 ble tilskudd til psykologer i de kommunale helse- og omsorgstjenestene styrket med 40 mill. kroner med totalt 100 mill. kroner til ordningen. Regelverket for ordningen ble revidert. Formålet med revideringen er å tydeliggjøre de overordnede målene for ordningen, slik at kommunene får høy bevissthet på at tilskudd til økt rekruttering av psykologer er en del av utviklingen av det helhetlige arbeidet innen psykisk helse, rus-, vold- og traumefeltet, og dermed strekker seg utover økt psykologkapasitet.

For omtale av arbeid knyttet til flyktninger og asylsøkere henvises det til omtale under «vold og traume».

Arbeidet med Oppfølgingsplanen for 2013-2014 etter 22.juli terrorangrepene var forsinket ved utgangen av 2014 som følge av ressursmangel, nye oppgaver og liten interesse fra forskningsmiljø om å påta seg evalueringsoppdraget. I løpet av 2015 er dette arbeidet i rute. Det ble i revidert nasjonalbudsjett avsatt midler til evaluering av den psykososiale modellen etter 22.juli hendelsene, oppdraget er lagt til Agenda Kaupang. I tillegg er et nytt oppdrag knyttet til lovfesting av ansvaret for psykososial oppfølging igangsatt i juni 2015 og vil sluttføres i 2016.

På rusområdet er det fortsatt utfordringer. Det viser seg blant annet ved et økende alkoholkonsum hos noen grupper (særlig kvinner og eldre), vedvarende høye overdosedødsfall, manglende samhandling. Pasientene får i dag i for liten grad sammenhengende og koordinerte tjenester, og det er for stor variasjon i kvaliteten på behandlingen. Vi mangler fortsatt gode kvalitetsindikatorer, informasjon og kunnskap om effekten av tjenestene.

De siste år har mange rapporter avdekket behov for tettere samarbeid og bedre helsehjelp til barn i barnevernsinstitusjoner. Situasjonen krever iverksettelse av nye og mer systematiserte tiltak.

Vesentlige oppgaver i 2015 har vært:

#### 1. Barn og unge

Oppdraget om videreføring av 0-24 år samarbeidet om utsatte barn og unge er fulgt opp. Hdir er representert i programmets styringsgruppe, og har en kontaktperson inn mot sekretariatet i Udir. Kontaktpersonen leder intern referansegruppe. Avdelingsdirektørforumet har hatt utvikling av programmet til behandling gjennom året.

KS har gjennomført fire regionale samlinger gjennom læringsnettverket «Gode tjenester for barn og unge med psykiske problemer og rusproblemer» i 2014/2015 som omfatter 40 kommuner. Temaene har vært brukermedvirkning, måling av kvalitet på tjenestene og rapportering. Resultatet er at flere kommuner har kommet i gang med forbedringstiltak som tar sikte på å bedre samhandlingen mellom tjenestene.

Hdir og Bufdir har samarbeidet om flere oppdrag for å gi bedre og mer helhetlige helsetjenester til barn i barnevernsinstitusjoner. Det har blitt kartlagt barns erfaringer med fastlegeordningen, psykisk helsevern for barn og unge og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, sammenfattet erfaringer med etablering av felles institusjoner samt utredet juridiske problemstillinger på området. En tverrfaglig arbeidsgruppe skal følge opp rapportene.

Oppdraget i tildelingsbrevet for 2013 om å gjøre en levekårsundersøkelse om barn av rusmiddelavhengige foreldre har resultert i fire rapporter og en stor lanseringskonferanse i 2015. Målet har vært å få mer kunnskap om situasjonen til barn som er pårørende, og hva som kan gjøres for å følge opp disse barn og familier. Rapportene vil bli fulgt opp i 2016.

## 2. Arbeid og psykisk helse

Arbeid med å følge opp tiltak i Oppfølgingsplanen for arbeid og psykisk helse (2013-2016) er videreført. AVdir, Hdir og Udir samarbeider om å realisere og implementere planen. Mange av tiltakene i planen viser til gode resultater. Kunnskap og erfaringer fra flere prosjekter har bidratt til en styrking av samhandlingen på tvers av sektorene, og medvirket til et bedre og mer effektivt tjenestetilbud til den enkelte bruker. Det er igangsatt et arbeid for å se flere av tiltakene i planen i sammenheng for å gjøre vurderinger på hvordan dette kan videreføres i ordinær drift.

## 3. Vold og traume

Forslag for videre arbeid med en samlet plan for vold og traumeområde ble levert HOD 1.7.2015. Det jobbes med å utvikle arbeidsstrukturer i Hdir som ivaretar oppfølging av tiltak knyttet til de ulike handlings- og tiltaksplanene. Flyktningsarbeid har vært et fokus i 2015 og det er blitt opprettet en arbeidsgruppe i for psykososialt arbeid i prosjektet flyktninger og asylsøkere i Hdir. De Regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTSene) ble styrket med fem mill. kroner høsten 2015 for å intensivere kompetansehevingsarbeidet på området. Fylkesmennene og RVTSene har fått oppdrag i å avholde fylkesvise samlinger om psykososial oppfølging av flyktninger og asylsøkere i 2016.

I Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading (2014–2017) er 25 av 29 tiltak er under arbeid. Det finnes ikke holdepunkter for at forekomsten av selvmord og selvskading har gått ned. En av utfordringene er at mange som har begått selvmord på forhånd ikke har en kjent psykisk lidelse. Rapportering i IS-24/8 viser at mindre enn halvparten av kommunene jobber systematisk med forebygging og oppfølging selvmord. Hdir ønsker mer bredde og økt oppmerksomhet på feltet. Det er per i dag begrensninger i tilgangen på gode evalueringer og studier av effekten av tiltak og intervensjoner. Dette bør gjennomføres, men krever økonomiske ressurser.

Oppdrag på innføring av et nasjonalt kartleggingssystem for selvmord innen psykisk helsevern og TSB krever endringer i lovverk og forskrifter. For å kunne iverksette etter planen, ble prosjektet i første omgang etablert som et forskningsprosjekt.

## 4. Økt kunnskap og kompetanse

Som første land i verden er det etablert en egen spesialitet i rus- og avhengighetsmedisin. Hdir har ledet dette arbeidet. I 2015 ble ca. 30 legespesialister godkjent etter overgangsregler.

Hdir bidro i arbeidet med ny handlingsplan mot spillavhengighet (2016-2018) som KUD har ansvar for. Et av målene i handlingsplanen er å legge til rette for tidlig identifisering og god behandling for problematisk spilleatferd.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten gjennomførte på oppdrag fra Hdir en pasienterfæringsundersøkelse i alle døgninstitusjoner innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) som vil bli ferdigstilt sommeren 2016. Hdir har utviklet tre kvalitetsindikatorer på brukeropplevd kvalitet innen TSB på bakgrunn av undersøkelsene i 2014 og 2015. Det ble bestilt utvikling av spørreskjemaer for

brugerundersøkelser blant barn og unge i BUP for å kunne utføre nasjonale eller lokale undersøkelser blant barn og deres foresatte i BUP fremover.

Rapporteringene på årsverksinnsats, kompetanse og innhold i tjenestene innenfor kommunalt psykisk helsearbeid (IS-24) og rusarbeid (IS-8) ble slått sammen til én felles rapporteringsløsning IS-24/8. Dette for å forenkle rapporteringen for kommunene, øke tilpasningen til deres organisatoriske virkelighet, samt å øke validiteten på rapporterte tall. Nye kvalitetsindikatorer om årsverksdekning og kompetansegrader ble publisert november 2015.

Antall og andel årsverk på ulike utdanningsgrupper innen tjenester og tiltak rettet mot barn og unge og mot voksne i 2015.

	Barn og unge		Voksne	
	Antall årsverk	Andel	Antall årsverk	Andel
Helse- og sosialfag fra videregående skole, uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	112	4,1 prosent	1 586	15,2 prosent
Helse- og sosialfag fra videregående skole med videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	58	2,2 prosent	1 257	12,0 prosent
Helse- /sosialfag fra høgskole uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	1 063	39,3 prosent	2 815	27,0 prosent
Helse- /sosialfag fra høgskole med videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	552	20,4 prosent	2 987	28,6 prosent
Psykiatere	1	0,1 prosent	7	0,1 prosent
Psykologer	169	6,2 prosent	50	0,5 prosent
Psykologspesialister	62	2,3 prosent	23	0,2 prosent
Annen høgskole-/universitetsutdanning uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	371	13,7 prosent	525	5,0 prosent
Annen høgskole-/universitetsutdanning med videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	149	5,5 prosent	248	2,4 prosent
Brukererfaringskompetanse uten formell utdanning	6	0,2 prosent	139	1,3 prosent
Annen utdanning enn spesifisert, eller personell uten formell utdanning	160	5,9 prosent	792	7,6 prosent
<b>Totalt</b>	<b>2 702</b>	<b>100 prosent</b>	<b>10 429</b>	<b>100 prosent</b>

Kilde: Helsedirektoratet IS 24/8. 2015.

Bruker er kartleggingsverktøy for kommuner som ønsker å kartlegge omfanget av rus-/psykisk helseproblematikk blant mottakere av kommunale helse-, omsorgs-, og velferdstjenester. Brukerplan ble videreutviklet til også å dekke kartlegging av brukere med psykisk helseproblem uten rusproblem. Til sammen deltok 210 kommuner i Brukerplan-kartleggingen i 2015, av disse kartla 100 også brukere som kun opplever et psykisk helseproblem.

## 5. Tvang

En plan for evaluering og oppfølging av «Bedre kvalitet – økt frivillighet. Nasjonal strategi for økt frivillighet i psykiske helsetjenester (2012-2015)» ble lagt frem for HOD. De enkelte tiltakene og strategien som helhet ble vurdert mot oppnådde resultater gjennom planperioden. Sammen med brukerorganisasjonene ble behov for videre grep på området vurdert. For Kontrollkommisjonen utredet Hdir et nytt administrasjons- og økonomistyringssystem. Rapporten ble levert HOD mai 2015.

Helsedirektoratet forberedte 226 rettssaker i psykisk helsevern i samarbeid med Regjeringsadvokaten og gjennomførte prosessoppdrag i 100 av sakene.

#### 6. Sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri

Pilotprosjektet Mellom-alle-stoler (MAS) ble etter planen avsluttet i 2015. Rapport leveres våren 2016. Det ble etablert en arbeidsgruppe for oppfølging av innsatte med psykiske lidelser og rusmiddelproblemer, i samarbeid med Kriminalomsorgsdirektoratet. Rapport leveres i april 2016. For å sikre at påtalemyndighetene har tilgang til sakkyndige av høy kvalitet ble det startet opp et pilotprosjekt i rettspsykiatri.

Et treårig utviklingsprosjekt knyttet til behandlingstilbud til sedelighetsdømte og pedofile, ble igangsatt i samarbeid med relevante aktører. Målet er å øke kunnskap om sedelighetsdømte og pedofile, identifisere de med forhøyet risiko for tilbakefall og derved utvikle forebyggende tiltak og behandlingstilbud inkludert oppfølging etter endt soning.

Vurdering av resultater mål som ikke ble nådd i 2015:

Mål som ikke ble nådd ved utgangen av 2014 er blitt fulgt opp. Ved utgangen av 2015 er vi hovedsakelig i rute med oppdragene.

Opplæringsprogrammet til Kontrollkommisjonene er forsinket grunnet mye arbeid knyttet til rettssaker. Programmet skal bidra til en mer enhetlig ivaretagelsen av rettssikkerheten til pasienter i det psykiske helsevernet. Forsinkelsen i arbeidet fører til at en av forutsetningene som kan bidra til en bedre og mer enhetlig opplæring av kontrollkommisjonsmedlemmer er ikke på plass.

Mangel på bolig og tjenester for å mestre boforholdet er en utfordring for ulike grupper vanskeligstilte. Helsedirektoratet har i 2015 samarbeidet bredt inn i den nasjonale strategien Bolig for Velferd (2014-2012), som Husbanken leder. Strategien har en rekke tiltak og er godt ledelsesforankret i ulike forum på tvers av direktoratene, hvor vi aktivt har deltatt. Personer med rusmiddelproblemer og alvorlige psykiske lidelser er overrepresentert, og koordineringsansvaret i Helsedirektoratet er forankret i avdeling psykisk helse og rus. Det største og mest omfattende tiltaket i strategien er Veiviser Bolig for velferd, som skal være digital, dynamisk og skalerbar veiviser felles for alle de seks direktoratene IMDi, Bufdir, Hdir, KDI, AVdir og Husbanken. Et annet tiltak er gjennomgang av alle direktoratenes tilskuddsordninger for bedre tilpasning. Arbeidet med strategien vil pågå i flere år fremover, og vil være et prioritert tiltak også i 2016.

#### *Styringsparameter*

Antall kommuner som har tatt i bruk BrukerPlan.

Kommentar 210 kommuner gjennomførte Brukerplan-kartlegging i 2015.

Antall meldinger fra helsepersonell etter helsepersonelloven til barnevern og politi.

Kommentar Direktoratet har ingen tilgjengelig statistikk p.t til å kunne trekke ut slik informasjon.



#### Økt bruk av nasjonale kartlegginger og analyser av sentrale utviklingstrekk på en systematisk måte.

**Kommentar** Helsedirektoratet utgir hvert år rapportene SAMDATA, DPS og Tvang i psykisk helsevern som kartlegger og analyserer utviklingstrekk i både psykisk helsevern og TSB. I 2015 har direktoratet hatt flere større nasjonale/representative kartlegginger. I forbindelse med ny handlingsplan om problematisk bruk av pengespill og dataspill gjennomførte Helsedirektoratet våren 2015 en Questback-undersøkelse blant institusjoner som tilbyr behandling for dette. Både offentlige og private behandlingstiltak og lavterskeltiltak deltok i undersøkelsen. Helsedirektoratet har bestilt og mottatt 4 rapporter fra studier av barn som pårørende, som har gitt ny kunnskap om situasjonen for barn med foreldre som er pasienter i spesialisthelsetjenesten. Alle rapportene kommer med anbefalinger til Helsedirektoratet om hvordan helsetjenestene kan hjelpe barn med foreldre i spesialisthelsetjenesten og deres familier. Direktoratet vil i 2016 vurdere anbefalingene og hvordan de best mulig bør implementeres. Utvikling av bedre psykiske helsetjenester for barn i barneverninstitusjoner har vært bakgrunnen for flere større kartlegginger og tiltak for å analysere sentrale utviklingstrekk i 2015. Tilbud om behandling for alkoholavhengighet er kartlagt, og er et viktig grunnlag for både opptrappingsplanen for rusfeltet og for direktoratets videre arbeid på alkoholområdet. Direktoratet bestiller også årlige rapporter fra SERAF med årlig status om LAR. På oppdrag fra Helsedirektoratet kartlegger Sintef årlig årsverksinnsats, kompetanse og innhold i de kommunale psykisk helse- og rustjenestene (IS-24/8-rapport). Rapporten peker på sentrale tendenser og utvikling i det kommunale tilbudet. I 2015 utga Helsedirektoratet utviklingstrekkrapporten «Internasjonalt perspektiv på psykisk helse og helsetjenester til mennesker med psykiske lidelser». Rapporten sammenfatter blant annet utviklingstrekk, styrker og utfordringer i det samlede norske tjenestetilbudet. Over 200 kommuner kartla i 2015 brukere av helse-, omsorgs- og velferdstjenester med vurdert rus- og/eller psykisk helseproblematikk (Brukerplan). Den årlige Brukerplan-rapporten, som utgis av KORFOR på oppdrag fra Helsedirektoratet, gir sentral informasjon om brukergruppens levekår og behov.

#### Økt bruk og oppfølging av jevnlig nasjonale brukerundersøkelser.

**Kommentar** Helsedirektoratet mener at det bør utføres jevnlig nasjonale brukerundersøkelser i psykisk helsevern voksne, barn og unge og i TSB. Det er utarbeidet en plan for slike undersøkelser, men budsjettsituasjonen har medført at denne ikke kan følges. (Hdir vil jobbe med dette gjennom avtalene med FHI fremover, men dersom dette ikke er mulig blir det vanskelig å oppfylle denne styringsparameteren på en god nok måte). I 2015 ble det gjennomført en nasjonal undersøkelse i døgnhetene i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). På bakgrunn nasjonale undersøkelser i 2014 og 2015 har Helsedirektoratet utviklet kvalitetsindikatorer innen TSB. Det ble også bestilt utvikling av spørreskjema for brukerundersøkelse blant barn og unge i BUP.

## Oppgaver

 Utarbeide plan for arbeidet med vold og traumeområdet.	I rute
<b>Beskrivelse</b> Resultatmål: tiltak, ressurser og virkemidler innen vold og traumefeltet sees i en helhetlig sammenheng og koordineres på en slik måte at det bidrar til å kvalitetssikre arbeidet som gjøres og skal gjøres på området. HelseDirektoratet skal innen 1. juli utarbeide en samlet plan for videre arbeid med vold og traumeområdet som ivaretar HODs tiltak og forpliktelser, og fremdriftsplan for delområder, herunder arbeidet med radikaliserings og voldelig ekstremisme, samt overgriper generelt og pedofile spesielt. Plan for arbeidet oversendes departementet sammen med en beskrivelse av hvordan direktoratet vil bedre styring og bruk av kompetansesentrene innen vold og traumefeltet.	
<b>Kommentar</b> Oppgaven er prosjektorganisert og delt inn i to delprosjekter. Divisjonsdirektører og avdelingsdirektører i HelseDirektoratet er representert i hhv. styrings- og prosjektgruppe. Prosjektmandat ble oversendt HOD 01.07.15. Prosjektet vil sluttføres juni 2016. Oppdraget er i rute p.t. Det er avstemt med HOD om at tidligere fastsatte frist for levering på dette oppdraget ikke var realistisk. Ny frist er ikke satt ennå.	
 HelseDirektoratet skal bistå departementet med nødvendig utredning i tilknytning til kommunereformen og mulig prøveordning med kommunal drift av DPS. Oppdraget vil bli utdypet i eget brev.	Ferdig
<b>Kommentar</b> Det ble gjennomført en utredning av mulig kommunal drift av DPS og levert en rapport som skisserte hvilke problemstillinger som må utredes bredere og løses før en forsøksordning kan iverksettes. Rapporten ble sendt HOD juli 2015.	
 Kartlegge situasjonen for behandling av barn og unge med rusmiddelproblemer og foreslå hvordan dette tilbudet eventuelt kan styrkes.	Ferdig
<b>Beskrivelse</b> Resultatmål: Kartlegge situasjonen for behandling av barn og unge med rusmiddelproblemer og foreslå hvordan dette tilbudet eventuelt kan styrkes.	
<b>Kommentar</b> Oppdraget er ferdigstilt. Kartleggingen omfatter tilbudet i ca. 21 kommuner. Kartleggingen ble utført av de regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål (KoRus) basert på mal utarbeidet av Hdir. Kartleggingen omfattet kommunale tilbud til barn- og unge med rusproblemer opp til 23 år. Hvert KoRus beskrev hver utvalgskommune, innbyggertall, andel barne- og ungdomsbefolkning samt eventuelle sentrale data fra folkehelseprofilen, Ungdata, BrukerPlan mv. Rapporteringen inneholdt en kort oppsummering og forslag til hvordan tilbudet kan styrkes og videreutvikles med gode eksempler på tilbud/organisering. HelseDirektoratets sammenstilte rapporter fra KoRusene og leverte rapport til HOD primo juni 2015	
 Evaluere og følge opp "Bedre kvalitet - økt frivillighet. Nasjonal strategi for økt frivillighet i psykisk helsetjeneste."	Ferdig
<b>Beskrivelse</b> HelseDirektoratet skal innen 1. juni legge frem en plan for evaluering og oppfølging av "Bedre kvalitet – økt frivillighet. Nasjonal strategi for økt frivillighet i psykiske helsetjenester." De enkelte tiltakene og strategien som helhet skal vurderes mot oppnådde resultater gjennom planperioden, og direktoratet skal vurdere behov for videre grep på området. Brukerorganisasjonene og fagfeltet skal involveres i arbeidet.	
<b>Kommentar</b> En plan for evaluering og oppfølging av «Bedre kvalitet – økt frivillighet. Nasjonal strategi for økt frivillighet i psykiske helsetjenester (2012-2015)» ble lagt frem for HOD. De enkelte tiltakene og strategien som helhet ble vurdert mot oppnådde resultater gjennom planperioden. Sammen med brukerorganisasjonene ble behov for videre grep på området vurdert.	

 **Direktoratet gis i oppdrag å forberede og koordinere en nasjonal innføring av kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern etter modell fra Storbritannia (NCI)** I rute

**Beskrivelse** Direktoratet gis i oppdrag å forberede og koordinere en nasjonal innføring av kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern etter modell fra Storbritannia (NCI) i løpet av 2015 jf. tilsvarende oppdrag til RHF om å starte innføring av dette systemet i 2015 i samarbeid med Helsedirektoratet. Oppdraget håndteres i samforståelse med det pågående selvmordsforebyggende satsningsområdet i regi av pasientsikkerhetsprogrammet. Oppdraget er en oppjustering av tiltak 29 i Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading (2014-2017) - IS2182.

**Kommentar** Oppdrag på innføring av et nasjonalt kartleggingssystem for selvmord innen psykisk helsevern og TSB krever endringer i lovverk og forskrifter. For å kunne iverksette etter planen, ble prosjektet i første omgang etablert som et forskningsprosjekt.

 **Helsedirektoratet skal iverksette en helhetlig implementeringsstrategi for nye retningslinjer og veiledere innen psykisk helsevern og rus.** Forsinket

**Beskrivelse** Helsedirektoratet skal iverksette en helhetlig implementeringsstrategi for nye retningslinjer og veiledere innen psykisk helsetjenester og rusfeltet, som omfatter begge forvaltningsnivåene.

**Kommentar** Helsedirektoratet har mottatt et forslag til plan for en helhetlig implementering av retningslinjer og veiledere fra kompetansetjenesten ROP i november 2015. Denne følges opp i 2016. Omfang av oppdraget må reduseres grunnet kutt i budsjettene i 2016.

 **Helsedirektoratet skal i samarbeid med RHF og aktuelle kompetansesentra følge opp utviklingsarbeidet knyttet til behandlingstilbudet til pedofile.** I rute

**Kommentar** I samarbeid med RHF, aktuelle kompetansesentra og kriminalomsorgen ble det iverksatt et utviklingsprosjekt knyttet til behandlingstilbud til sedelighetsdømte og pedofile. Pilotprosjekt som har oppstart i 2-3 fengsler varer over 3 år og har som mål å øke kunnskap om sedelighetsdømte og pedofile, identifisere de med forhøyet risiko for tilbakefall og derved utvikle forebyggende tiltak, herunder behandling for forebygging av tilbakefall, samt oppfølging etter endt soning

 **Tjenester til barn i barnevernsinstitusjoner** I rute

**Beskrivelse** Tjenester til barn i barnevernsinstitusjoner: Helsedirektoratet skal i samarbeid med Bufdir kartlegge hvilke erfaringer barn og unge i barnevernsinstitusjoner har med fastlegeordningen, psykisk helsevern for barn og unge og med tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Det skal utredes hvordan barna skal sikres nødvendige og forsvarlige helsetjenester på disse områdene. Direktoratet skal i denne sammenheng understøtte de regionale helseforetakene i arbeidet med å etablere strukturer og rutiner som sikrer barn i barnevernsinstitusjoner nødvendig spesialisert helsehjelp. Oppdraget må ses i sammenheng med den varslede Ungdomshelsestrategien. De to direktoratene skal samarbeide om å sammenfatte erfaringene med etablering av felles institusjoner for psykisk helsevern og barnevern. Helsedirektoratet skal samarbeide med Bufdir om opplæringsprogrammet om psykisk helse rettet mot barnevernsinstitusjonene. Helsedirektoratet skal i samarbeid med Bufdir utrede juridiske problemstillinger knyttet til helsepersonells virksomhet i barnevernsinstitusjoner, herunder forholdet mellom behandlingsbegrepet i helselovgivningen og i barnevernloven. Helsedirektoratet skal i samarbeid med Bufdir vurdere tiltak for å sikre tettere samarbeid mellom kunnskapssentrene, slik at det utvikles et større og mer slagkraftig kompetansemiljø som kan bistå tjenestene.

**Kommentar** Helsedirektoratet og Bufdir har samarbeidet om flere oppdrag for å gi bedre og mer helhetlige helsetjenester til barn i barnevernsinstitusjoner. Det har blitt kartlagt barns erfaringer med fastlegeordningen, psykisk helsevern for barn og unge og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, sammenfattet erfaringer med etablering av felles institusjoner samt utredet juridiske problemstillinger på området. En tverrfaglig arbeidsgruppe skal følge opp rapportene i 2016. I tillegg ble det i samarbeid med Helse Sør-Øst satt ut tre utviklingsprosjekter i tre HFe i regionen, da ulike modeller for oppfølging av barn i barnevernsinstitusjoner skal testes. Prosjektet varer ut 2016. Rapport ferdigstilles primo 2017.

 **Helsedirektoratet skal bistå til at det etableres internettassistert behandling for mennesker med rusproblemer og psykiske lidelser.** Forsinket

**Beskrivelse** Internettbehandling har vært tilgjengelig som en del av den offentlige helsetjenesten bl.a. i Sverige og Storbritannia. I 2011 fikk Helse Bergen tilskudd fra Helsedirektoratet til prosjektet «Psykisk helse på nett – internettbehandling for psykiske lidelser (eMeistring)». eMeistring har etablert, utviklet og testet behandlingsprogrammene, og tilbyr nå terapeutassistert internettbehandling i ordinær klinisk praksis. Det blir benyttet en sikker webplattform som tillater kommunikasjon mellom pasient og behandler. Helsedirektoratet skal nå se på muligheten for å gjøre denne typen behandlingsverktøy og behandling tilgjengelig for flere. Det foreslås å gjennomføre et forprosjekt som skal levere en analyse av innføring av digitale verktøy på helsenorge.no for pasienter og behandlere. Analysen skal legge grunnlaget for å utforme detaljert funksjonell og teknisk løsningsbeskrivelse. Forprosjektet skal videre identifisere pasienttyper og pasienters behov, og behandlere og deres behov. Arbeidet vil omfatte en analyse og utforming av løsningskonsept som skal ivareta behov og krav som identifiseres i forprosjektet. Løsningsarkitekturen som skal etableres vil utformes i henhold til de eksisterende målbilder som finnes, samt søke å utnytte muligheter i markedet. Det er naturlig å anta at arkitektur og løsning langt på vei vil baseres på samme komponenter, produkter og prinsipper som andre digitale innbyggertjenester som etableres for digital dialog med fastlege, spesialisthelsetjenesten og andre relevante tjenester, men forprosjektet vil også utrede mulig bruk av andre produkter og tjenester i markedet. Det er en forutsetning at verktøyet skal oppleves som enkelt og tilgjengelig for pasienter og behandlere. For kommunene bør innføring av verktøyet ikke medføre større ekstrakostnader mht. innkjøp av nytt utstyr eller programvare. Midlene er tiltenkt å dekke kostnader i avdeling digitale innbyggertjenester som bidrar med prosjektlederkompetanse og gjennomfører analyse av konseptuell teknisk og funksjonell løsning. Budsjettbehovet for 2016 vil først foreligge når forprosjektet er gjennomført.

**Kommentar** Det er ønskelig å gjennomføre et forprosjekt for å avklare Helsedirektoratets og E-helsedirektoratets rolle knyttet til utvikling og etablering av internettassistert behandling. Det har vært gjennomført innledende møter mellom Hdir og divisjon e-helse (Direktoratet for e-helse fra 2016). E-helse har ikke hatt mulighet til å prioritere dette prosjektet i 2015. Gjennomføring av prosjektet er avhengig av bistand fra E-helsedirektoratet og budsjettmidler. Det er spilt inn budsjettmidler til dette oppdraget for 2016 over kap. 765 post 21, men dette ble kuttet i salderingsrunden pga. stram budsjetttramme over posten.

 **Det skal startes et arbeid med revidering av gjeldende retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering.** I rute

**Kommentar** Arbeidet med revidering av retningslinje for legemiddelassistert behandling er startet opp. Det har blitt foretatt en ekstern kartlegging av områder som burde revideres. Fremdrift av prosjektet er avhengig av budsjettet etter saldering.

### 3.2.2.3 Primærhelsetjenesten

---

#### Langsiktige mål

-  Færre sykehusinnleggelser for personer som kan få et like godt tilbud i kommunen.

**Kommentar** Flere rapporter har vist at det er relativt lav beleggspersent i de kommunale sengene for ø-hjelp, men det kan skyldes at det tar tid å bygge opp kjennskap og tillit til tilbudet. Helsedirektoratet kartla i slutten av april status for antall kommuner som ikke vil etablere ø-hjelp senger innen utgang av 2015. Resultatet oversendes HOD så snart det foreligger.

-  Redusert dødelighet for de fire NCD-sykdommene.

**Kommentar** NCD strategien følges opp ved utarbeidelse av nye retningslinjer for diabetes, hjerte- og karsykdommer og ved utvikling av pakkeforløp ved kreft. Det jobbes også med de respektive brukerversjoner av disse retningslinjene samt kols retningslinjer. Det er etablert kontaktmøte med NCD-alliansen med tanke på samarbeid om felles mål. Fortsatt er utvikling og utbygging av tilbud i primærhelsetjenesten viktig for å nå målene om 25 prosent nedgang i prematur dødelighet innen 2025. Med et slikt kortsiktig perspektiv er det ikke de langsiktige tiltakene som har effekt, men de kortsiktige: å hjelpe de som røyker (særlig i alderen over 40 år å slutte å røyke) å hjelpe de overvektige med vektneidgang og å øke fysisk aktivitet hos de som er inaktive.

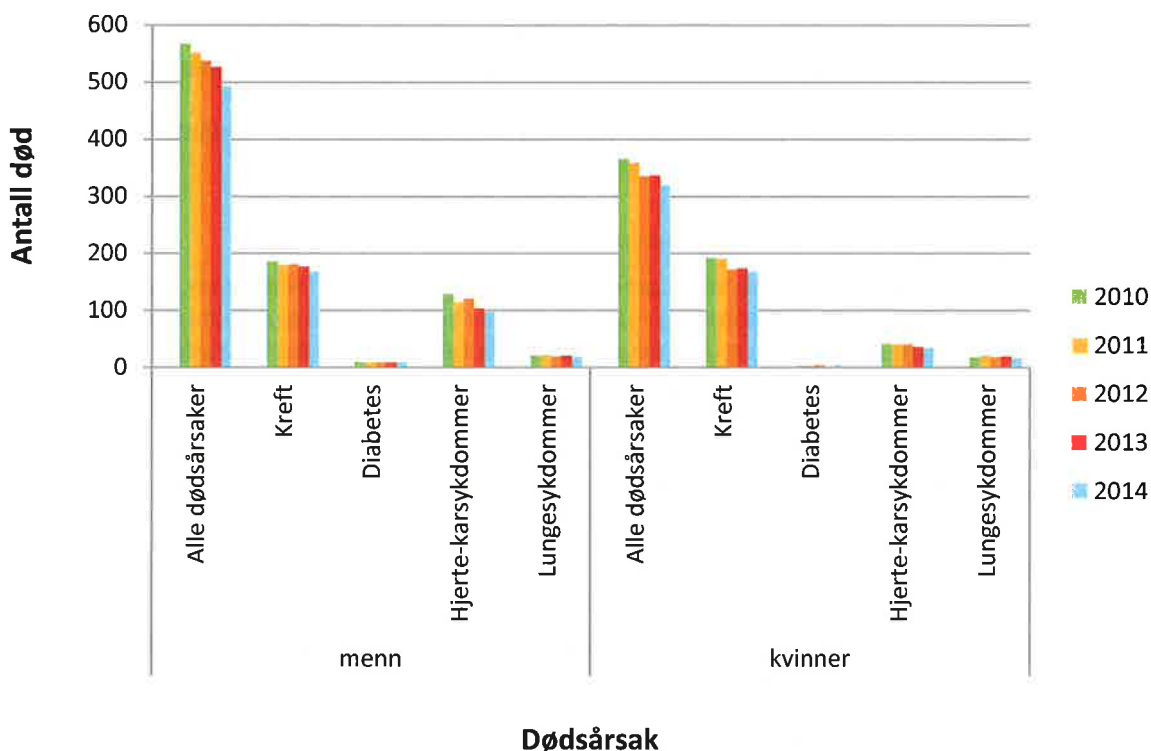
Norske tall viser at mye av nedgangen i hjertekarsykdom allerede var tatt ut før 2010, ytterligere 25 prosent nedgang innen 2025 vil særlig kreve at vi får de som røyker til å slutte. Røyketallene tyder på at vi er på vei, vi er nå nede i 16 prosent dagligrøykere mot 19 prosent i 2010. Se tabell. – NCD dødelighet har gått ned totalt med 12,9 prosent, 15prosent blant menn i alderen 0-64 i perioden 2010- 2014, og for kvinner er nedgangen på 12,5 WHO har som mål for Europa en reduksjon på 1,5 prosent pr. år , og vi ligger innenfor dette.

Vi vet også at man i tillegg til mer langsiktige folkehelseiltak også har stor gevinst av å behandle (sekundærprofylakse) de som allerede er syke f.eks. med hjerte-kar sykdom, eller diabetes for å hindre prematur død. Det legges derfor vekt på å få nye retningslinjer spesielt i forhold til hjerte-karsykdom der vi også oppdaterer risikokalkulatoren. Utfordringen ligger i implementeringen.

På kreftområdet er det avgjørende med tidlig intervensjon, pakkeforløpene som er utarbeidet siste år vil bidra til dette.



## Dødelighet av NCD-sykdommene – per 100 000 mellom 0-64 (2010-2014)



### ● Styrket faglig innhold i helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

**Kommentar** Styrket faglig innhold i helsestasjons- og skolehelsetjenesten: Forebyggende helsetjenester er blitt et fokus område. I 2015 er det jobbet videre med retningslinje for helsestasjon (0-5), retningslinjer for skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom (6-20 år). Utkast til retningslinje for helsestasjon (0-5) er lagt frem og er klar til eksternehøring. Utkast til retningslinjer for skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom (6-20 år) forventes å ferdigstilles sommer 2016. Oppdraget om å utarbeide et utkast til en Ungdomshelsestrategi er levert til HOD 18. jan. 2016.

### ● Økt kompetanse og mer tverrfaglighet i primærhelsetjenesten.

**Kommentar** Arbeidet på området vil inngå i oppfølgingen av primærhelsemeldingen.

### ● Rask avdekking og god helsemessig oppfølging av personer utsatt for vold og overgrep.

**Kommentar** Det arbeides med å lage et kursopplegg for fastleger og personale ved legevakter med tanke på avdekking og oppfølging av personer som er utsatt for vold og overgrep inkludert sporsikring. Utarbeidelse av utkast til samlet strategi for seksuell helse er i planleggingsfasen. Det forventes å igangsette arbeidet i løpet av mai. Arbeidet på området vil også inngå i oppfølgingen av primærhelsemeldingen.

### ● Mer likeverdige helse- og omsorgstjenester til innvandrerbefolkningen.

---

**Kommentar** Arbeidet på området vil inngå i oppfølgingen av primærhelsemeldingen. HelseDirektoratet er sekretariatet for SOHEMI, som i 2015 har avholdt fire møter. Fagrådet har ny fått ny leder og flere nye medlemmer er godt etablert, samtidig som det er behov for tydeliggjøring av fagrådets rolle og funksjon. HelseDirektoratet har i november 2015 gjennomført et nasjonalt dialogseminar med likeverdige helse- og omsorgstjenester for innvandrerbefolkningen som tema. Primærhelsetjenesten var hovedmålgruppe for konferansen. Det ble gjennomført parallellsesjoner om aktuelle tema med mulighet for dialog. Høsten 2015 gjennomførte HelseDirektoratet i samarbeid med Folkehelseinstituttet og bidrag fra NAKMI, ROP og Smittevernlegene, en nasjonal fagkonferanse om helsetjenesten til asylsøkere. Konferansen hadde over 300 deltakere, blant annet ledere fra primær- og spesialisthelsetjenesten. NAKMI vil i juni 2016 være vert for en internasjonal konferanse om likeverdige helse- og omsorgstjenester til innvandrere, som avholdes i Oslo. HelseDirektoratet er en bidragsyter og har finansiert deler av konferansen. HelseDirektoratet har gjennomført dialogmøte med RVTSene, NKVTS, NAKMI, Røde Kors-telefonen og IMDi høsten 2015. Det ble i 2015 fordelt tilskuddsmidler til RVTSene og NAKMI for videreføring av pågående arbeid på feltet. NAKMI viderefører forskningsprosjektet som også ble presentert med foreløpige funn på dialogmøtet høsten 2015.

### ● Å styrke forebyggende og helsefremmende innsats i primærhelsetjenesten.

---

**Kommentar** Arbeidet på området vil inngå i oppfølgingen av primærhelsemeldingen. Dette er også et hovedmål ved NCD satsingen

#### *Samlet vurdering*

Det er etablert arbeidsgrupper og prosjekter som jobber med oppdrag og tiltak innen alle de sju langsiktige målene for dette virksomhetsområdet. Noen tiltak er avsluttet mens andre er pågående eller under planlegging. Se nærmere omtale i teksten under eller i omtalen av langsiktige mål. Mye av arbeidet på virksomhetsområdet inngår i oppfølgingen av primærhelsemeldingen.

Det ble gitt ti spesielle oppdrag i tildelingsbrevet. Disse er enten gjennomført eller i rute. Det siste oppdraget, nr. 55 om bistand til Ungdoms-OL, ble ikke påbegynt før i 2016, da dette kom svært sent på året.

Det er tre styringsparametere på virksomhetsområdet. Disse har en noe mangelfull kobling til de langsiktige målene. Det som kan rapporteres på av styringsparameterne er årsverksutvikling for relevant yrkesgrupper/tjenester og antallet kommuner med frisklivssentraler. Se rapport om utviklingstrekk knyttet til områdene i Omsorg 2020 som ble levert HOD 15.1.2016. Pr i dag har vi ingen tilgjengelig statikk for meldinger fra helsepersonell til politi og barnevern.

Redusere dødelighet for de fire NCD-sykdommene:

I underkant av 80 prosent av alle dødsfall i Norge i 2013 skyldtes de fire største sykdomsgrupper av ikke-smittsomme sykdommer: hjerte- og kar sykdommer, kreft, nevrologiske lidelser og kroniske luftveissykdommer. Som en del av oppfølging av NCD-Strategien 2013-2017, er det påbegynt et arbeid med revisjon av retningslinjen for primærforebygging av hjerte- karsykdommer i primærhelsetjenesten. Denne forventes å bli ferdigstilt i 2016. Det arbeides også med å følge opp målene som angår diabetes i NCD-strategien. Arbeidet omfatter revisjon og digitalisering av nasjonal, faglig retningslinje for diabetes, samt tiltak for å øke datakompletheten av Norsk Diabetesregister for voksne. Diabetes sto for rundt to prosent av tapte

leveår i både Norge og Europa i 2013.

Styrket faglig innhold i helsestasjons- og skolehelsetjenesten:

Forebyggende helsetjenester er blitt et fokus område. i 2015 er det jobbet videre med retningslinje for helsestasjon (0-5), retningslinjer for skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom (6-20 år). Utkast til retningslinje for helsestasjon (0-5) er lagt frem og er klar til eksternhøring. Utkast til retningslinjer for skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom (6-20 år) forventes å ferdigstilles sommer 2016. Oppdraget om å utarbeide et utkast til en Ungdomshelsestrategi er levert til HOD 18. jan. 2016.

Arbeid og helse:

Det arbeides fortløpende med å forvalte og utvikle sykemelderveileder og e-læringsløsning. Diagnosespesifikk beslutningsstøtte skal fungere sammen med den eksisterende faglige veilederen og prosessen med å legge disse over på Helsedirektoratets nye digitale plattform er godt i gang. Det skal videre etableres en helhetlig forvaltning av sykmelderveilederen som vil bestå av en generell og en diagnosespesifikk del. Dette arbeidet er påbegynt og vil bli avsluttet i 2016.

Nasjonal koordinering av Raskere tilbake skal bidra til strategisk samarbeid mellom Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet, og forbedre ordningen sammen med partene i arbeidslivet, slik at den når de store målgruppene, og fokuserer mer på helsefremmende og forebyggende innsatser. Helsedirektoratet søker å iverksette HelseArbeid - nasjonalt konsept tuftet på erfaringene fra iBedrift.

I forbindelse med arbeidet med å understøtte strategisk samarbeid mellom de to direktoratene er det utarbeidet en felles strategi på området samt en overordnet samarbeidsavtale. Strategien er lagt frem for ledelsen i de to direktoratene og ventes vedtatt januar 2016. Strategien vil deretter bli oversendt de respektive departementer.

Beslutningsverktøy sykemeldere

Målet med prosjektet er å bidra til større forutsigbarhet og mer likebehandling i sykmeldingsprosessen og reduksjon av ubegrunnet variasjon i sykmeldingslengde (sykefraværslengde). Prosjektet er i rute og det er ca. 160-180 beslutningsstøtter klar til publisering 1. april 2016. Etter avtale med oppdragsgiver ble publiseringen utsatt fra januar til april.

En viktig forutsetning for gjennomføringen av prosjektets er at beslutningsstøtten integreres i EPJ og dermed får en god funksjonalitet for brukerne. Dette arbeidet følger planen, men blir noe forsinket i forhold til lanseringstidspunktet. Beslutningsstøtten blir derfor først tilgjengelig i en Web løsning (Hesledir.no). Full integrering i EPJ ventes høsten 2016.

Arbeidet med en implementeringsstrategi er i igangsatt. Det er også iverksatt flere tiltak i 2015 for å gjøre den nye veiledende beslutningsstøtten kjent.

Anskaffelse av evaluator er gjennomført og evalueringen starter rundt 1. april 2016.

Mer likeverdige helse- og omsorgstjenester til innvandrerbefolkningen:

I samarbeid med IMD, er det utarbeidet en bestilling til Kunnskapssenteret om en systematisk kunnskapsoppsummering om effekt av tiltak som har til hensikt å føre til likeverdige helse- og omsorgstjenester for innvandrere. Kunnskapsoppsummering har til hensikt å bidra til å avdekke forhold som fremmer, samt forhold/barrierer som forhindrer likeverdige helse- og omsorgstjenester. Dette vil også kunne avdekke kunnskapshull på aktuelle tiltaksområder for økt likeverdige helse- og omsorgstjenester for hele befolkningen. Bestillingen er prioritert av prioriteringskomiteen høsten 2015, og vil bli iverksatt i 2016.

Nøkkeltall viser at innvandrere bruker fastlege og legevakten mindre enn den øvrige befolkningen. I 2014 var gjennomsnittlig antall konsultasjoner blant innvandrere 2,3 og 0,21 for de ulike tilbudene, mot 2,6 og 0,26 i den øvrige befolkningen.

En rapport med kunnskapsoppsummering om utbredelse av ulike kreftformer internasjonalt er overlevert av NAKMI. Lanseringen ble gjennomført i samarbeid mellom Kreftforeningen, Kreftregisteret og NAKMI. Kreftforeningen har informasjonstiltak rettet mot noen innvandregrupper. Helsedirektoratets deltar på møter og fagsamlinger i Kompetanseteamet, hvor blant annet tvangsekteskap og psykisk helse har vært tema. Det har vært få henvendelser om kjønnlemlestelse rettet til Kompetanseteamet ved Helsedirektoratets representant.

Det er etablert eget prosjekt ifm. økt asylankomst som er forankret hos ass. helsedirektør. Seks arbeidsgrupper er etablert (kommunal helsetjeneste inkl smittevern, sykehustjenester, ID-utfordring, finans, ROS og scenario, helsepersonell og psykososiale forhold). Hdir arrangerte i samarbeid med FHI og NAKMI nasjonal fagkonferanse om asyløkerutfordringen i desember 2015.

Hdir har i 3 mnd hatt egen liaison til UDI. Vi har deltatt i regelmessig samarbeid med andre statlige etater og i møter med fylkesmannen; mottatt og analysert innkomne rapporter fra fylkesmennene, RHFene og FHI ukentlig for rapportering til HOD. Vi har hatt stedlige møter i mottakscenter i Råde og Finnmark og har bidratt inn mot HODs forberedelse til møter i Regjeringens kriseråd. Hdir har samarbeidet med UDI og FHI om informasjon ut til helsetjenesten, oppdatert web. Informasjon om nasjonale anbefalinger inkl helseundersøkelse etter 3 mnd. Det er spilt inn sak om helsekontroll for asyløkere til Prioriteringsrådet. Prosjektorganisering videreføres til 1. juni med aktivitet tilpasset normaliserte ankomsttall.

#### Øyeblikkelig hjelp døgnopphold

Kommunene mottar øremerkede tilskudd til etablering og drift av ordningen fra det året tilbudet starter opp. I 2015 har Helsedirektoratet gitt 476,199 mill. kroner i tilskudd til kommunene for denne ordningen. De årlige tilskuddene fra henholdsvis Helsedirektoratet og helseforetakene skal inn i rammetilskuddet til kommunene fra 2016. Ved utgangen av 2015 skal 351 kommuner ha etablert et døgntilbud for øyeblikkelig hjelp for sine innbyggere. I 2014 var antallet 275. Antall innleggelse i kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp, var i rapporteringsperioden for 2015, på i overkant av 22 000 innleggelse. Det er nesten 7 000 flere enn i samme periode i fjor.

Tallene fra 2015 viser at 74 prosent av alle innlagte pasienter lå inntil tre dager. Gjennomsnittlig oppholdstid er beregnet til 2,7 døgn. Det er noen flere med opphold under ett døgn og noen flere med liggetid ut over tre døgn i 2015 enn i 2014.

65 prosent av pasientene i 2015 ble henvist fra legevakt og 24 prosent fra fastlegen. 90 prosent av henviste pasienter kom fra hjemmet, fem prosent fra kommunal institusjon eller bolig med heldøgns omsorg, mens fire prosent ble henvist fra spesialisthelsetjenesten. Etter oppholdet ble 63 prosent skrevet ut til hjemmet, 20 prosent til kommunal institusjon eller bolig med heldøgns omsorg mens 15 prosent ble henvist til spesialisthelsetjenesten.

Det er etablert arbeidsgrupper og prosjekter som jobber med oppdrag og tiltak innen alle de sju langsiktige målene for dette virksomhetsområdet. Noen tiltak er avsluttet mens andre er pågående eller under planlegging. Se nærmere omtale i teksten under eller i omtalen av langsiktige mål. Mye av arbeidet på virksomhetsområdet inngår i oppfølgingen av primærhelsemeldingen.

Det ble gitt ti spesielle oppdrag i tildelingsbrevet. Disse er enten gjennomført eller i rute. Det siste oppdraget, nr. 55 om bistand til Ungdoms-OL, ble ikke påbegynt før i 2016, da dette kom svært sent på året.

Det er tre styringsparametere på virksomhetsområdet. Disse har en noe mangelfull kobling til de langsiktige målene. Det som kan rapporteres på av styringsparameterne er årsverksutvikling for relevant yrkesgrupper/tjenester og antallet kommuner med frisklivssentraler. Se rapport om utviklingstrekk knyttet til områdene i Omsorg 2020 som ble levert HOD 15.1.2016. Pr i dag har vi ingen tilgjengelig statikk for meldinger fra helsepersonell til politi og barnevern.

Redusere dødelighet for de fire NCD-sykdommene:

Som en del av oppfølging av NCD-Strategien 2013-2017, er det påbegynt et arbeid med revisjon av retningslinjen for primærforebygging av hjerte- karsykdommer i primærhelsetjenesten. Denne forventes å bli ferdigstilt i 2016. Det arbeides også med å følge opp målene som angår diabetes i NCD-strategien. Arbeidet omfatter revisjon og digitalisering av nasjonal, faglig retningslinje for diabetes, samt tiltak for å øke datakomplettheten av Norsk Diabetesregister for voksne.

Styrket faglig innhold i helsestasjons- og skolehelsetjenesten:

Forebyggende helsetjenester er blitt et fokus område. i 2015 er det jobbet videre med retningslinje for helsestasjon (0-5), retningslinjer for skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom (6-20 år). Utkast til retningslinje for helsestasjon (0-5) er lagt frem og er klar til eksternhøring. Utkast til retningslinjer for skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom (6-20 år) forventes å ferdigstilles sommer 2016. Oppdraget om å utarbeide et utkast til en Ungdomshelsestrategi er levert til HOD 18. jan. 2016.

Mer likeverdige helse- og omsorgstjenester til innvandrerbefolkningen:

I samarbeid med IMD, er det utarbeidet en bestilling til Kunnskapscenteret om en systematisk kunnskapsoppsummering om effekt av tiltak som har til hensikt å føre til likeverdige helse- og omsorgstjenester for innvandrere. Kunnskapsoppsummering har til hensikt å bidra til å avdekke forhold som fremmer, samt forhold/barrierer som forhindrer likeverdige helse- og omsorgstjenester. Dette vil også kunne avdekke kunnskapshull på aktuelle tiltaksområder for økt likeverdige helse- og omsorgstjenester for hele befolkningen. Bestillingen er prioritert av prioriteringskomiteen høsten 2015, og vil bli iverksatt i 2016.

En rapport med kunnskapsoppsummering om utbredelse av ulike kreftformer internasjonalt er overlevert av NAKMI. Lanseringen ble gjennomført i samarbeid mellom Kreftforeningen, Kreftregisteret og NAKMI.

Kreftforeningen har informasjonstiltak rettet mot noen innvandrergrupper.

Helsedirektoratets deltar på møter og fagsamlinger i Kompetanseteamet, hvor blant annet tvangsekteskap og psykisk helse har vært tema. Det har vært få henvendelser om kjønnglemløstelse rettet til Kompetanseteamet ved Helsedirektoratets representant.

Øvrige prioriterte oppgaver innen primærhelsetjenesten i 2015 har vært:

- 1) Lansering av felles nasjonalt telefonnummer, 116117, til kommunal legevakt i hele landet fra 1. sep. 2015.
- 2) Publisering og implementering av ny Henvisningsveileder i EPJ fra 1. november 2015. Denne er nå vedtatt som et delprosjekt i EPJ-løftet.
- 3) Oppfølging av akuttmedisinforskriften. Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (Nklm) har fått i oppdrag om å utvikle kurs i akuttmedisin og kurs i volds- og overgrepshåndtering for legevaktpersonell. Kursene vil starte i 2016.

### Styringsparameter

#### Årsverks- og kompetanseutviklingen i kommunale helse- og omsorgstjenester

**Kommentar** I norsk helsetjeneste ble det ytt ca. 253 000 årsverk i 2014. Kompetansenivået i omsorgstjenestene er stigende, og nye opplæringsprogrammer tas i bruk. Andelen personell med relevant fagkompetanse i brukerrettet pleie- og omsorgstjeneste økte fra 74,5 i 2013 til 75,1 prosent i 2014. Senter for omsorgsforskning Sør har utviklet et opplæringsprogram i aktiv omsorg, som ved utgangen av 2015 er gjennomført av om lag 650 deltakere. Bergen Røde Kors Sykehjem har utviklet opplæring for ansatte i systematisk bruk av musikk og omsorgssang som miljøbehandling i demensomsorgen i sykehjem. Opplæringsmodellen til Bergen Røde Kors Sykehjem er videreutviklet i en større nasjonal satsing på området, som igangsettes i 2016 basert på avtale inngått høsten 2015. Over 3 000 personer har deltatt på lederutdanningen for helse- og omsorgstjenestene, som Høgskolen i Hedmark med samarbeidspartnere har utviklet.



### Antallet meldinger fra helsepersonell etter helsepersonelloven til barnevern og politi

Kommentar Vi har ingen tilgjengelig statistikk p.t til å kunne trekke ut slik informasjon.

### Antallet kommuner som har etablert frisklivs-, lærings- og mestringstilbud

Kommentar Kommunene skal rapportere inn 2015 tall til Kostra innen januar 2016. Foreløpige tall publiseres av SSB i mars 2016, men endelige Kostratall vil ikke være klare før i juni 2016. Pr. 31.12.2014 var det 251 kommuner/bydeler med frisklivssentral (Tallet inkluderer 10 bydeler i Oslo).

Frisklivssentraler er en del av den kommunale helsetjenesten og tilbyr strukturert oppfølging og hjelp til å endre levevaner og mestre sykdom. Målgruppen er de som har økt risiko for, eller som har utviklet sykdom. Frisklivssentralen utfyller andre tjenester og tilbud i helhetlige, koordinerte forløp. Brukermedvirkning er sentralt i utvikling av tjenesten og gjennomføring av tilbudene. Frisklivssentralen bidrar med informasjon til kommunens helseprofiler. De har oversikt over lokale lavterskeltilbud og samarbeider med en rekke andre offentlige, private og frivillige aktører. I januar 2015 hadde 251 kommuner/bydeler etablert frisklivssentraler.

### Oppgaver



Helsedirektoratet vil få i oppdrag å utarbeide et utkast til en "Ungdomshelsestrategi".

I rute

Kommentar Oppdrag er ferdigstilt, utkast til Ungdomshelsestrategi er levert til HOD 18. jan. 2016.



Helsedirektoratet skal i samarbeid med Politidirektoratet utrede ansvarsforhold knyttet til sporsikring av vold og/eller seksuelle overgrep der anmeldelse ikke foreligger.

Ferdig

Beskrivelse Direktoratet skal også kostnadsberegne sporsikringen og vurdere hvem som bør ha finansieringsansvaret. Oppdraget vil bli presisert i eget brev.

Kommentar Helsedirektoratet og Politidirektoratet fikk i oppdrag å samarbeide om å utrede ansvarsforhold knyttet til sporsikring ved vold og seksuelle overgrep i tråd med tiltak 35 i Handlingsplan mot voldtekt 2012-2014. Direktoratene ble bedt om å kostnadsberegne sporsikringen og vurdere hvem som bør/skal ha finansieringsansvaret. Oppdraget ble løst i samarbeid mellom de to direktoratene. Kripos ble trukket inn i arbeidet, og aktuelle fagmiljøer som Folkehelseinstituttet v/Rettsmedisinsk institutt og Overgrepsmottaket i Oslo ble konsultert. Rapporten av ansvarsforhold rundt og finansiering av sporsikring og skadedokumentasjon i volds- og overgrepssaker er oversendt HOD.



Helsedirektoratet vil få i oppdrag å utrede og følge opp tiltak som foreslås i stortingsmelding om primærhelsetjenesten.

I rute

Kommentar Oppdrag vil spesifiseres i tillegg til tildelingsbrev i 2016.



Helsedirektoratet vil få i oppdrag å utarbeide en "Strategi for samlet innsats for bedre seksuell helse".

Ferdig

Kommentar Utkast til strategi for seksuell helse ble oversendt HOD 18.01.2016 sammen med en plan for implementering og en økonomisk og administrativ vurdering. Direktoratet fikk utvidet frist fra 31/12 for å samkjøre tiltak med ungdomshelsestrategien og for å forankre arbeidet med helsefremmende digitale tjenester. Det har vært en bred medvirkningsprosess fra brukerorganisasjoner, frivillig sektor og fagpersoner samt at det har vært gjennomført møter med relevante fagdirektorater. Det har vært et tett samarbeid med FHI i arbeidet med utfordringsbildet og indikatorarbeid og med Norad med hensyn til det internasjonale arbeidet.

### 3.2.2.4 Tannhelsetjenesten

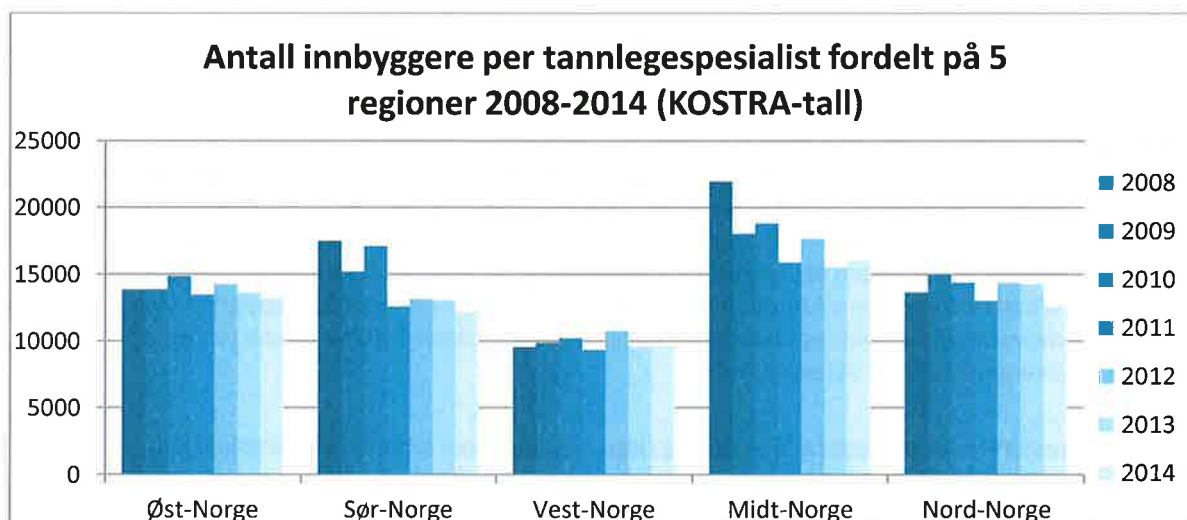
#### Langsiktige mål

- Likeverdig tilgjengelighet til nødvendige tannhelsetjenester av god kvalitet.

**Kommentar** Tilgjengelighet til nødvendige tannhelsetjenester i Norge har blitt stadig bedre de siste årene. Dette er både med tanke på geografisk fordeling av tannhelsespesialister samt kariesforekomst i de ulike regionene. Det er fortsatt behov for å jobbe med målsettingen samt fokusere på nødvendige tannhelsetjenester for de sosiale gruppene som trenger det mest både ved å hente inn mer kunnskap om tannhelsestatus hos disse gruppene samt gjennom utarbeidelse av effektive målrettede tiltak.

- Fylkeskommunene samarbeider godt med pårørende, kommunene og spesialisthelsetjenesten om tilbudet til personer med lovfestede rettigheter etter tannhelsetjenesteloven.

**Kommentar** Fylkeskommunene arbeider med å gjøre tilbudet til personer med lovfestede rettigheter etter tannhelsetjenesteloven så tilgjengelig som mulig. I 2015 har fylkeskommunene bygget ut tilbud til tortur- og overgrepsofsatte og personer med odontofobi (sterk angst for tannbehandling), samt at det er blitt flere barn under oppsyn hos den offentlige tannhelsetjenesten. Helsedirektoratet kartlegger tannhelseforholdene til andre prioriterte grupper i samarbeid med fylkeskommunene, kommunene, spesialisthelsetjenesten, regionale odontologiske kompetansesentre samt universitetene.



### *Samlet vurdering*

Utfordringsbilde for tannhelsetjenesten i 2015 knytter seg til behovskartlegging hos særskilte grupper med tannhelseproblemer (forsinkede oppdrag fra 2014). Dette gjelder barn og unge med dårligst tannhelse, rusmiddelbrukere, personer under kvalifiseringsprogrammet i NAV, personer med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd litra c. Det er behov for å vurdere tannhelsestatus til omtalte grupper og bedre tilbudet til disse.

I tillegg til behovskartlegging er etablering av regionale odontologiske kompetansesentre (ROK) det store satsingsområdet for tannhelsetjenesten i 2015. Dette innebærer oppbygging av infrastruktur og forskningsaktivitet ved kompetansesentre med formål om å sikre god tilgang til spesialisttannhelsetjenester i distriktene samt desentralisering av spesialistutdanningen. ROKene er på ulike etableringsstadier og det bør legges til rette for deres utvikling samt samarbeid med universitetene.

Fylkeskommunene rapporterte i 2014 om at det er fortsatt behov for etablering av flere TOO-team (tilbud til tortur- og overgrepsutsatte og personer med odontofobi).

Tilgjengelighet til nødvendige tannhelsetjenester i Norge er blitt stadig bedre de siste årene, både med tanke på geografisk fordeling av tannhelsespesialister samt kariesforekomst i de ulike regionene.

I perioden 2008 til 2014 har det blitt flere tannlegespesialister både i offentlig og privat sektor, med størst økning i Region Sør-Norge. Kompetansesentrene er fortsatt under oppbygging og forskningsaktiviteten er forventet å øke de kommende årene. Oppdraget fra HOD om Spesialistutdanning av tannleger som en integrert samarbeidsmodell mellom universitetene og de regionale odontologiske kompetansesentrene er i rute.

I 2015 har fylkeskommunene bygget ut tilbud til tortur- og overgrepsutsatte og personer med odontofobi (sterk angst for tannbehandling), samt at det er blitt flere barn under oppsyn hos den offentlige tannhelsetjenesten.

Det er jobbet med utvikling av nasjonal faglig retningslinje om tannhelsetjenester til barn og unge. Anbefalinger om helsefremmende og forebyggende arbeid, ulikheter i tannhelse og opplysningsplikten til barnevernstjenesten og politi ble utarbeidet i 2015. Anbefalingene sendes på høring vår 2016 og publiseres høsten 2016. Direktoratet er i gang med å innhente kunnskapsgrunnlaget om barn med langvarige helseutfordringer. Det vil lages anbefalinger på dette området våren 2016. Dato for forventet publisering er vår 2017.

Utredningsprosjektet for pasienter med alvorlige TMD-plager startet opp ved Haukeland universitetssykehus i august 2013. Rambøll AS har gjort en evaluering av denne første fasen av utredningsopplegget, og evalueringen publiseres i januar 2016. Utredningstilbudet ved Haukeland opprettholdes inntil videre.

Produkttesting av tannfyllingsmaterialer er utført ved UiO. Rapport med resultater fra testingen er utarbeidet av oppdragstaker og ble publisert i februar 2015. Nordisk Institutt for Odontologiske Materialer (NIOM) gjør oppfølgingstester på enkelte materialer med dårlige testresultater i denne rapporten. Resultater fra denne oppfølgingen vil ferdigstilles i 2016.

Det er i 2015 mottatt årsrapporter fra forsøkssykehusene. Haukeland universitetssykehus ble involvert i prosjektet i 2015. Hovedformålet med forsøksordningen er kunnskapsoppbygging om behovet for tannhelsetjenester til innlagte pasienter på sykehus.

Tannhelsetjenestens kompetansesenter Vest (TkVest) fikk i 2014 i oppdrag å analysere ressursbehovet i regionen for å kunne være en del av et lokalt forskningsnettverk, med potensiale for påkobling til et eventuelt nasjonalt nettverk. TkVest fokuserer sin analyse på IT-løsninger. Arbeidet er planlagt ferdigstilt i 2016.

Det har i 2015 blitt evaluert en prøveutdanning til spesialitet i klinisk odontologi ved UiT. På grunnlag av funnene i rapporten skal studieplanen justeres og behovet for spesialiteten skal kartlegges. Det er nedsatt to arbeidsgrupper samt en ny styringsgruppe for selve prøveutdanningen. UiT tar opp enda et kull til prøveutdanningen med oppstart januar 2017.

Det er gjennomført en vurdering av forslag om ny spesialitet i oral patologi ved informasjonsinnhenting fra oralpatologiske, patologiske og andre relevante fagmiljøer i Norge og i Norden. Vurderingen sendes til HOD i januar 2016.

Rapport om effekt av tilbud til rusmiddelavhengige ble utført av Tannhelsetjenestens kompetansesenter Øst (TkØ) og publisert på Helsedirektoratets nettsider: <https://helsedirektoratet.no/Documents/Tannhelse/Sluttrapportprosent20forprosent20utredningsoppdragprosent20tannhelseprosent20ogprosent20rusprosent202015.pdf> Rapporten er fulgt opp med et nytt oppdrag til TKØ for å kartlegge tannhelsen og behandlingsbehovet blant et utvalg av personer som mottar kvalifiseringsstønad fra NAV. Arbeidet omfatter en kostnadsberegning av et tannhelsetilbud til hele gruppen etter statens takster. Arbeidet er påbegynt og rapporten vil publiseres juni 2016.

Prosjektet om utprøvende behandling av pasienter ved mistanke om bivirkninger av amalgamfyllinger ble påbegynt i 2013 og består av flere delprosjekter og utføres av Bivirkningsgruppen (BVG) og Nasjonalt forskningscenter innen komplementær og alternativ medisin (NAFKAM). Prosjektet tar ikke inn nye pasienter etter 31.12.15, men vil pågå frem til 2021. Det planlegges et nytt prosjekt med utprøvende behandling for samme pasientgruppe med oppstart i 2016.

Følgende oppdrag ble videreført til 2016:

- Utarbeide og igangsette et flerårig program for sosial ulikhet i tannhelse, herunder vurdere i første omgang sosial ulikhet i tannhelsen hos barn og unge.
- Kartlegge tannhelseforholdene til personer som har rettigheter etter tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd litra c.
- Kartlegge tannhelsen og behandlingsbehovet blant et utvalg av personer som mottar kvalifiseringsstønad fra NAV.

Oppdragene var påbegynt i 2015 og vil avsluttes i 2016.

### *Styringsparameter*

#### Geografisk fordeling av tannlegespesialister

**Kommentar** \* KOSTRA-data for 2015 blir publisert i juni 2016 og foreløpige tall kommer i mars. Derfor benyttes tall fra 2014. Grunnlaget for vurderingen er KOSTRA-statistikk som er basert på rapportering fra fylkeskommunene. Antall årsverk for spesialister i den offentlige tannhelsetjenesten økte i perioden 2008 til 2014 fra 31 til 47. I privat sektor økte antallet årsverk for spesialister fra 353 i 2008 til 419 i 2014. Antall offentlige spesialistårsverk økte i de tre nordligste fylkene fra 10 i 2008 til 13 i 2014. Samtidig sank i region nord antall spesialistårsverk i privat praksis med 3. I Oslo, Akershus, Østfold og Hedmark økte antall spesialister i den offentlige tannhelsetjenesten med 2 årsverk fra 2008 til 2014. I privat tannhelsetjeneste var det en økning på om lag 17 prosent i antall spesialister i Oslo, Akershus og Østfold i perioden fra 2008 til 2014. Region Sør-Norge hadde en samlet økning på 32 spesialistårsverk i perioden. Region Midt-Norge hadde en samlet økning på 14 spesialistårsverk i perioden.

#### Aktivitet knyttet til forskning og fagutvikling ved de regionale odontologiske kompetansesentre

**Kommentar** Tannhelsetjenestens kompetansesentre er under oppbygning og i løpet av 2015 er det blitt ansatt flere forskere/forskningsledere ved sentrene. Det er opprettet et strukturert forskningsnettverk mellom ROKene. Forumet skal være en samarbeidsarena, et sted for kompetanseutveksling og deling av informasjon. Forskningsaktiviteten er forventet å øke de kommende årene.

### Nedgang i andelen barn og unge med dårlig tannhelse

**Kommentar** Signifikant karies indeks (SIC-indeks) måler gjennomsnittlig DMFT (summen av alle kariøse, mistede eller fylte tenner) på tredjedelen av gruppen med mest karies. Sic-indeks for 12-åringene i landet ble redusert fra 3,3 i 2010 til 2,7 i 2014. Det er en bedring av tannhelsen i denne gruppen. De fylkesvise variasjoner er relativt store. I 2010 varierte SIC-indeks i fylkene fra 4,0 til 2,4, og i 2014 fra 4,0 til 1,9. Antall fylker med SIC-indeks under 3 var 4 i 2010 og 14 i 2014.

### Økningen i andelen barn og unge som er under oppfølging av den fylkeskommunale tannhelsetjenesten

**Kommentar** KOSTRA-data viser at andelen barn og unge i alderen 1-18 år under offentlig tilsyn økte i perioden 2004-2014 fra 94.1prosent til 97.9prosent.

#### Oppgaver



Spesialistutdanning av tannleger som en integrert samarbeidsmodell mellom universitetene og de regionale odontologiske kompetansesentrene

I rute

**Kommentar** Utredningsoppdraget er delt i to trinn: Trinn 1: En beskrivelse av dagens organisering av de 7 spesialistutdanningene. Trinn 2: Forslag til en integrert samarbeidsmodell, inkludert forutsetninger og konsekvenser mv. Helsedirektoratet har satt ned en arbeidsgruppe med representanter fra UiO, UiB og UiT, de regionale odontologiske kompetansesentrene (ROK) og Fylkestannlegenenes samarbeidsutvalg. Direktoratet er godt i gang med å kartlegge organisering og gjennomføring av spesialistutdanningen ved universitetene, samt deres samarbeid med de regionale odontologiske kompetansesentre om spesialistutdanningen. Rapport som leveranse for oppdragets trinn 1 ferdigstilles våren 2016.

## 3.2.3 Spesialisthelsetjenesten

### Langsiktige mål



1: Relevant og pålitelig styringsinformasjon



2: Tilstrekkelig kapasitet og gode pasientforløp



3: Høy kvalitet og pasientsikkerhet i spesialisthelsetjenesten

### Samlet vurdering

Landets demografi er under endring – vi blir flere, eldre og bosetter oss tettere enn tidligere. Forekomsten og alvorlighetsgraden av enkelte sykdommer reduseres, samtidig som andre tilstander blir mer truende. For å møte disse utfordringene må Helsedirektoratet bidra til fornying, forenkling og forbedring av helsetjenesten.

Pasientens stilling i helsetjenesten skal styrkes ved at pasienter skal ha tilgang til kvalitetssikret informasjon om egen helse, delta i beslutninger om egen behandling, samt være aktivt med i utformingen av helsetjenesten. Som et ledd i dette må særskilt mennesker med psykiske helseutfordringer og rusavhengighet gis større muligheter til å utforme innholdet i eget behandlingstilbud.

For å sikre tilstrekkelig personell med rett kompetanse for framtidens spesialisthelsetjeneste må det arbeides målrettet med utdanning, rekruttering og utvikling av arbeidsstokken. Kvalitet og pasientsikkerhet skal være like god uavhengig av størrelse på virksomheten, eller om tjenesteyter er offentlig eller privat for at pasientene skal sikres trygge tjenester av god kvalitet. En forbedret oppgavedeling mellom landets sykehus er nødvendig



for å øke kvaliteten på pasientbehandlingen. Da personell og kompetanse er en begrenset ressurs kan en effektiv oppgavefordeling bidra til at den samlede kapasiteten blir bedre utnyttet. Videre er økt samhandling med kommunenes helse- og omsorgstjeneste avgjørende for at både primær- og spesialisthelsetjenesten kan tilby et helhetlig, godt og lokalt tilbud.

Endringer i akutttilbudet ved små og store sykehus forutsetter særskilt en styrking av kapasiteten og kompetansen i den akuttmedisinske tjenesten slik at befolkningen skal kunne føle seg trygg på å få kompetent og rask hjelp i akutte situasjoner.

### **1: Relevant og pålitelig styringsinformasjon**

Helsedirektoratet har i 2015 ferdigstilt og utgitt en «Veileder for oppretting og drift av nasjonale medisinske kvalitetsregistre», i samarbeid med Folkehelseinstituttet (FHI) og Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE). Veilederen beskriver kriteriene for at et kvalitetsregister skal få status som nasjonalt, saksgangen og roller for de ulike aktørene, og krav til drift av nasjonale registre, herunder offentliggjøring av resultater og arbeid med å øke dekningsgrad. Nye søknader blir vurdert i henhold til denne veilederen. Søknadene følger i stor grad de kriterier og krav som stilles til nye registre. Helsedirektoratet har deltatt i arbeidet med vurdering av mulige kvalitetsregistre innenfor psykiatri og ruslidelser, i prosjekt ledet av Folkehelseinstituttet. Det er fortsatt en rekke uløste utfordringer knyttet til dette arbeidet.

Det er i 2015 gitt status som nasjonalt medisinsk kvalitetsregister for 5 nye registre: Barnehofteregisteret, Norspis (spiseforstyrrelser), AblaNor (ablasjonsbehandling ved hjertearrytmier), NorGast (gastrokirurgi), SOReg-N (sykelig overvekt).

Per 1.1.2016 er det i alt 52 registre som er gitt status som nasjonale medisinske kvalitetsregistre. Når det gjelder tidligere nasjonale registre, viser årsrapportene at de fleste av registrene har god aktivitet.

- De fleste registre har etablert elektroniske systemer for innrapportering og resultater.
- Alle registrene gjør resultater tilgjengelig for deltagende enheter og for offentligheten.
- Registrene må arbeide videre for å inkludere pasientopplevet kvalitet i rapporteringen.

Mange av de eldre registrene vurderes som vesentlig aktivitetsregistre med få eller ingen kvalitetsparametere. Det er en oppgave for registermiljøet og myndighetene å bidra til bedre utnyttelse av kvalitetsregistrene i forbedringsarbeid.

Helsedirektoratet arbeider for etablering av et kommunalt helse- og omsorgstjenesteregister (KPR – Kommunalt PasientRegister). På sikt er det en intensjon at dette skal kunne danne grunnlag for kvalitetsregistre innen den kommunale helsetjenesten.

### **Nasjonale kvalitetsindikatorer**

Antall nasjonale kvalitetsindikatorer økte fra 54 indikatorer i 2013 til 66 indikatorer i 2014. Generelt ser vi en stabil og positiv utvikling på resultatene, men det er fortsatt variasjoner mellom regioner og behandlingssteder. En «pakke» av kvalitetsindikatorer som vil kunne gi et mer samlet bilde av kvaliteten på helsetjenesten innenfor hvert fagområde er under utvikling. Det vil gi mulighet til å se resultat på behandling, tilgjengeligheten på helsetjenesten, behandlingsforløp og brukeropplevelse i et helhetsperspektiv innen de fleste fagområder. Dagens mest komplette «pakke» er per i dag innen området graviditet og fødsel.

### **Nye metoder**

Sekretariatet for nasjonalt system for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten (Nye metoder) ligger til direktoratet. Sekretariatet ivaretar operative driftsfunksjoner for systemet og skal understøtte alle aktiviteter og aktører. Sekretariatet opplever stadig økende aktivitet i hele systemet.

Sekretariatet for Nye metoder har i tillegg sekretariatsfunksjonen for Bestillerforum RHF med ansvar for saksforberedelse og oppfølging. Sekretariatet ivaretar monitorering av systemet, som inkluderer monitorering av hver enkelt metode og funksjonaliteten av systemet med hensyn til blant annet tidsbruk og leveranser.

Nettstedet [www.nyemetoder.no](http://www.nyemetoder.no) er mye brukt. Sekretariatet, som har ansvar for drift av nettstedet, får mange positive tilbakemeldinger om nytten blant aktører og brukere i og utenfor Nye metoder. En rekke utviklingstiltak er planlagt for hjemmesiden, bl.a. å inkludere mini-metodevurderinger og metodevarsler på samme nettsted.

Nordisk sosial- og helsedirektørmøte har initiert et nordisk kontaktpunkt for prioritering. Sekretariatet for kontaktpunktet er lagt til sekretariatet for Nye metoder. Virksomheten i Nordisk kontaktpunkt for prioritering skal bidra til informasjonsutveksling på myndighetsnivå i viktige prioriterings spørsmål mellom de nordiske land for å understøtte prioriteringsbeslutninger, samt bidra til en harmonisering.

### **Retningslinjer**

Utvikling samt revisjon av nasjonale faglige retningslinjer og veiledere er en viktig del direktoratets faglig normerende rolle. Det er i 2015 publisert 6 nasjonale faglige retningslinjer, 22 nasjonale veiledere, 33 prioriteringsveiledere, 11 krefthandlingsprogrammer. Det er samtidig startet arbeid med 1 nasjonal veileder og 3 nasjonale faglige retningslinjer.

## **2: Tilstrekkelig kapasitet og gode pasientforløp**

### **Pakkeforløp for kreft**

Pakkeforløp er standardiserte pasientforløp som omfatter hele forløpet – fra henvisning til spesialisthelsetjenesten til oppfølging og kontroller. Pakkeforløpene for kreft skal gi rask utredning og diagnostikk av pasienter med mistanke om kreft, og rask oppstart av behandling hvis mistanken bekreftes. Målet med innføringen er bedre forutsigbarhet og trygghet for pasienter og pårørende. Det er også et mål å bedre samhandling mellom fastleger og spesialisthelsetjenesten, mellom helseforetakene/sykehusene og internt i det enkelte sykehus.

Pakkeforløp for kreft er innført trinnvis i løpet av 2015, med totalt 28 forløp. De fleste er laget for bestemte krefttyper. Det er i tillegg laget et eget Diagnostisk pakkeforløp og et for pasienter med metastaser (spredning) med ukjent utgangspunkt for kreften. Fastlegene gis i diagnoseveiledere for hvert enkelt pakkeforløp en «oppskrift» for hvilke symptomer, kliniske funn og undersøkelsesresultater som gir begrunnet mistanke om kreft og grunnlag for henvisning til Pakkeforløp for kreft.

### **Utarbeide pakkeforløp for pasienter med hjerneslag etter modell for kreftområdet**

Det er påbegynt arbeid med pakkeforløp for pasienter med hjerneslag etter modell fra kreftområdet. Arbeidet pågår parallelt med revisjon av nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag. Hovedvekten i pakkeforløpet vil legges på rehabiliteringsdelen av pasientforløpet. Arbeidet går som planlagt og fortsetter i 2016. Planlegges ferdigstilt samtidig med retningslinjer hjerneslag.

### **Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og i prioriteringsforskriften**

Fra 1. november 2015 var iverksettelsesdatoen for endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og i prioriteringsforskriften. Prosjektet *Prio2* hadde i forkant gjennomført full revisjon av alle 33 prioriteringsveilederne, utarbeidet e-læringskurs, revidert brevmalene og utviklet nødvendige endringer i monitorering og rapportering i samarbeid med NPR – samt utarbeidet ny henvisningsveileder. Prosjektet ble gjennomført for å sikre god kvalitet og likeverdige helsetjenester.

Alt ble gjort digitalt tilgjengelig i god tid for å tilpasses sykehusenes digitale systemer. Helfo har gjort endringer som gjør det mulig for sykehusene å rapportere i henhold til lov- og forskriftsendringene. Det vil i 2016 jobbes videre med integrering av henvisningsveileder i fastlegenes EPJ-systemer. Utviklingsprosessen evalueres nå og funksjonalitet følges kontinuerlig. Innrapporterte feil rettes fortløpende.

### **Innføring av nødnett i helsetjenesten**

Helsedirektoratet ivaretar myndighetsfunksjonen og det overordnede prosjektlederansvaret for innføring av nødnett i helsetjenesten. I 2015 tok ni AMK- sentraler, 20 legevaktsentraler og syv akuttmottak i bruk

kontrollromsutstyr for Nødnett. Brukerundersøkelser gjort i brann, politi og helsetjenesten viser at brukerne er fornøyde med overgangen til nytt Nødnett med blant annet begrunnelse i hyppigere og mer effektiv kommunikasjon med samarbeidspartnere internt og eksternt enn tidligere.

Driftssetting av Nødnett i akuttmottak og legevaktsentraler ble midlertidig stanset i siste kvartal 2015 på grunn av feil på linjesambandet som gir ustabilitet i løsningen. Grunnet den tekniske feilen må innføringsplanen justeres, og prosjektet er forventet ferdigstilt i løpet av første halvår 2017.

### **3: Høy kvalitet og pasientsikkerhet i spesialisthelsetjenesten**

Som tidligere nevnt, har Helsedirektoratet en rekke oppgaver knyttet til kvalitet. Det utarbeides retningslinjer, veiledere og faglige råd. Disse omfatter faglig normerende retningslinjer, veiledere for organisering av utvalgte områder og fortolkning av lover og faglige råd. Det er økt oppmerksomhet på implementering, som eksempler er det laget egen implementeringsplan for pakkeforløp for kreft og det lages nå plan for implementering av veileder i barnepalliasjon.

Godkjenning og utvikling av nasjonale medisinske kvalitetsregistre vil bidra til mindre uønsket variasjon og bedre kvalitet. Arbeidet med kvalitetsindikatorer knyttes tettere mot arbeidet med registre. Pasientrapporterte erfaringer skal i større grad inkluderes i kvalitetsarbeidet.

Reviderte prioriteringsveiledere og nyutviklet henvisningsveileder støtter opp om endringene i pasient – og brukerrettighetsloven.

I løpet av 2016 starter Helsedirektoratet, i samarbeid med helse- og omsorgstjenesten, revisjon av kvalitetsstrategien "... Og bedre skal det bli".

#### **Pasientsikkerhetsprogrammet**

Pasientsikkerhetsprogrammet har som overordnede mål å redusere pasientskader, bygge varige strukturer for pasientsikkerhet samt forbedre pasientsikkerhetskulturen i helsetjenesten.

Blant prioriterte satsinger i 2015 var støtte til lokale team i spesialisthelsetjenesten og kommunene i arbeidet med å implementere og spre innsatsområder/risikoområder samt å nå spredningsmålene. Programmet arbeidet også med utvikling av dashboard for å følge resultatene i pasientsikkerhetsprogrammet og verktøy for brukerorientering og støttet implementering i helse- og omsorgstjenesten.

I spesialisthelsetjenesten er så godt som alle innsatsområder innført i helseforetakene, men de er ikke spredt til alle relevante enheter og er ikke ferdig implementert. Det jobbes videre med måling av resultater der hvor innsatsområdene er implementert. 62 prosent av kommunene deltar på ett eller flere innsatsområder, og Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester arrangerte i 2015 mange læringsnettverk for å spre innsatsområdene. Tønsberg kommune er i gang med å bli Norges første pasient – og brukersikker kommune.

Arbeid med nye innsatsområder (forebygging av sepsis, tidlig oppdagelse av forverret tilstand og forebygging av underernæring) er godt i gang. Pilotvirksomhetene er valgt og det er holdt møte med alle: Helse Møre og Romsdal og Sykehuset i Vestfold -forebygging av sepsis, Helse Stavanger og Slåtthaug sykehjem - ernæring og Martina Hansens hospital og Helgelandssykehuset Mo i Rana -tidlig oppdagelse av forverret tilstand.

Informasjon- og holdningskampanjen "Bare spør!", hvor helsepersonell skal oppfordre pasienter til å spørre, og hvor pasienter får tips og råd om hva og hvordan de bør spørre, spres til helse- og omsorgstjenesten. For å få til dette kjøpte Pasientsikkerhetsprogrammet informasjonskampanjer på ett foretak i hvert RHF. I samarbeid med OUS og Oslo kommune ble det i september gjennomført en overdosekampanje på Ruters busser i Oslo og Akershus. Kampanjen fokuserte på hva man kan gjøre dersom man mistenker overdosedødsfall (tiltaksplan for forebygging av overdosedødsfall).

### **Medisinsk utstyr og legemidler**

Direktoratet fortsetter å følge aktivt EUs arbeid med innskjerping av produktregelverket for medisinsk utstyr i EU. Ett av fjorårets oppdrag var deltagelse i Pangea VIII, Interpol-ledet fellesaksjon mellom Tollvesenet, Legemiddelverket, Mattilsynet, Helsedirektoratet og Politiet om narkotiske midler, ulovlige og falske legemidler, kosttilskudd og medisinsk utstyr.

Helsedirektoratet har bistått FHI i utarbeidelse av utkast til nasjonal strategi for arbeidet mot virale hepatitter og planveileder for massevaksinasjon ved pandemisk influensa. Helsedirektoratet har sendt en utredning til HOD om mulige tiltak for å opprettholde nasjonal produksjonskompetanse for sterile legemidler. Høringsbrev og forskriftsutkast om regelverket for medisinsk utstyr også skal gjelde på Svalbard er oversendt til departementet.

Helsedirektoratet fortsetter oppfølging av St.meld. 28 «Legemiddelmeldingen» gjennom flere oppdrag, bl.a. vurdering av samvalgverktøy for legemiddelhåndtering, evaluering av multidose, inhalasjonsveiledning i apotek mfl. Strategi og handlingsrettet plan for persontilpasset medisin er under utarbeidelse og forventet oversendt til HOD 1. halvdel 2016.

### **Vurdering av resultater som ikke ble nådd**

Helsedirektoratets oppgaveportefølje innenfor spesialisthelsetjenester har vært omfattende i 2015 – både med hensyn på oppgaver gitt i tildelingsbrevet, samt oppgaver gitt i løpet av året. Noe av utfordringen har vært å planlegge for året også med tanke på nye oppdrag. Noen oppgaver måtte nedskaleres eller utsettes da det var kommet dobbelt så mange tilleggsoppdrag som det var gitt i tildelingsbrevet. Direktoratet har i tillegg vært sterkt involvert i håndtering av asylankomst og har måttet derfor utsette eller nedskalere enkelte oppdrag som følge av det.

Helsedirektoratet erkjenner risiko for måloppnåelsen ved spesialisthelsetjenesteområdet i henhold til gitte mål og oppdrag i tildelingsbrevet for 2016.

### *Styringsparameter*

#### Kort saksbehandlingstid på enkeltsaker

Kommentar Den enkelte saksbehandler har ansvar for å ferdigbehandle enkeltsaker iht. fastsatt frist.

#### Maks. 12 måneders saksbehandlingstid på søknader fremmet gjennom Stortingets rettfærdsvederlagsordning og som reiser spørsmål av helsefaglig karakter

Kommentar I 2015 ble 40 saker behandlet og oversendt Statens Sivilrettsforvaltning. Gjennomsnittlig saksbehandlingstid var 8 måneder. Per 31.12.2015 var det 55 restanser, av disse er 16 fra 2014 og 39 saker fra 2015.

### *Oppgaver*



#### Mikrobiologiske referansefunksjoner

Forsinket

Beskrivelse Helsedirektoratet har fått i oppdrag å etablere en rådgivningsgruppe for nasjonale referansefunksjoner, jf. HODs rundskriv 1-5/2013. Resultatmål: etablere rådgivningsgruppen

Kommentar Det jobbes per i dag med å etablere en rådgivningsgruppe for nasjonale referansefunksjoner, med.mikrobiologi.

 **Starte arbeidet med å etablere et nasjonalt register for halvautomatiske defibrillatorer (AED)** Forsinket

**Beskrivelse** Helsedirektoratet skal i samarbeid med nasjonale kompetansemiljøer starte arbeidet med å etablere et nasjonalt register for halvautomatiske defibrillatorer (AED). Arbeidet skal omfatte en utredning av de økonomiske og administrative konsekvensene av et slikt register, herunder vurdering av databehandlingsansvarlig og eventuelt behov for hjemmelsgrunnlag.

**Kommentar** Oppdraget gjennomføres av Nasjonal kompetansetjeneste for prehospital akuttmedisin (NAKOS) og styres av Helsedirektoratet med jevnlig samarbeid og rapportering. Gjennomføringen er noe forsinket da NAKOS har hatt utfordringer med å finne egnet prosjektleder. Det er gjennomført en rekke møter med fagfeller nasjonalt og internasjonalt i løpet av forprosjektperioden som en forberedelse til hovedprosjektet med oppstart i 2016. I forhold til prosjektplanen forventes registeret etablert innen utgangen av 2016.

 **Gjennomføre endringer som følge av Norges tilslutning til pasientrettighetsdirektivet** I rute

**Beskrivelse** Helsedirektoratet skal gjennomføre endringer som følge av Norges tilslutning til pasientrettighetsdirektivet.

 **Foreslå hvordan kunnskapen om sikring av spor ved overgrep kan bedres hos helsepersonell** Forsinket

**Beskrivelse** Det er behov for å bedre kunnskapen hos helsepersonell om hvordan sikring av spor ved overgrep kan bedres. Helsedirektoratet bes komme med forslag til hvordan dette kan gjøres, herunder vurderer en sertifisering av helsepersonell som skal utføre klinisk rettsmedisinsk undersøkelse og akkreditering av enhetene der undersøkelsene skal foregå. **Beskrivelse:** vurdering av sertifisering av helsepersonell. Undersøke behov for å bedre kunnskapen hos helsepersonell om hvordan sikring av spor ved overgrep kan bedres. **Resultatmål:** Utarbeide forslag om bedre sikring av spor ved overgrep og svar på forslag om sertifisering av helsepersonell, hvilke og hvordan.

**Kommentar** Det har vært avholdt møte i jan 2016 med politi, FHI og POD. Arbeidet antas å kunne ferdig i februar/mars 2016.

 **Sikre at kjønns spesifisitet inngår i alle faglige retningslinjer og veiledninger der dette er relevant** I rute

**Beskrivelse** Kjønns spesifisitet skal inngå i alle faglige retningslinjer og veiledninger der dette er relevant. Når det gjelder øvrige oppdrag innenfor kjønn og helse vil departementet komme tilbake til dette etter at likestillingsmeldingen er behandlet i Stortinget

**Kommentar** Oppdraget er avklart og ivaretas av retningslinjesekretariatet.

 **Følge opp det europeiske regelverket om European Reference Networks (ERN)** I rute

**Beskrivelse** Helsedirektoratet skal ha ansvar for oppfølging av det europeiske regelverket om European Reference Networks (ERN) som del av sitt faglige rådgivende ansvar for nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten. Oppgaven omfatter godkjenning av søknader nasjonale tjenester og andre helsetjenesteytere til ERN-nettverk, rådgi helsemyndigheter om spørsmål knyttet til ERN og delta i styret for ERN. **Resultatmål:** Delta i styremøter og behandle søknader om deltagelse.

**Kommentar** Helsedirektoratets oppgaver vil omfatte bl.a. rådgivingsoppgaver knyttet til ERN, godkjenning av nasjonale søkere til ERN, samt å delta i styret for ERN. Direktoratet har plass i styret for ERN sammen med alle medlemsland og Island. 2015 har gått med til å utarbeide regelverk for etablering og drift av referansenettverket. Det har vært forutsatt at påmelding av nettverk skulle utlyses i januar 2016. Per i dag er ikke dato fastsatt.



### Utvikle verktøy for demensutredning i spesialisthelsetjenesten

Forsinket

- Beskrivelse** Helsedirektoratet har utviklet verktøy for kommunehelsetjenesten for utredning av demens og særskilte anbefalinger for å ivareta samisk språklig og kulturell identitet hos samiskspråklige. Etter konsultasjon med Sametinget ønsker HOD en dialog med Helsedirektoratet om muligheten for at verktøyet kan utvikles til å også omfatte demensutredning i spesialisthelsetjenesten.
- Kommentar** Direktoratet arbeider med en nasjonal faglig retningslinje om demens. Der vil vi også si noe om hvilke hensyn som bør tas overfor spesielle grupper, og hvilke pasienter som bør utredes hvor (spesialist/kommune). For noen grupper trengs det kompetanse som gjør at de bør utredes i spesialisthelsetjenesten. Utredningsverktøyet er ikke «ett verktøy», men består av mange ulike skjemaer og manualer. Når det gjelder de spesielle gruppene som bør utredes i spesialisthelsetjenesten, kommer direktoratet til å gi råd om hvilke skjema og manualer som bør brukes/ikke brukes for flere grupper.

### Vurdere regelverket om medisinsk utstyr for Svalbard og utarbeide høringsnotat

Ferdig

- Beskrivelse** Helsedirektoratet skal vurdere regelverket om medisinsk utstyr med tilhørende forskrifter og utarbeide høringsnotat med forslag til forskrift om at lov om medisinsk utstyr og forskrifter gitt med hjemmel i loven helt eller delvis skal gjelde for Svalbard, jf. lovendring i lov om medisinsk utstyr § 1 annet ledd som trådte i kraft 1. juli 2014. Bestemmelsen åpner for at det i forskrift kan fastsettes at hele eller deler av loven eller forskrifter i medhold av loven også skal gjelde på Svalbard og at det kan fastsettes særlige regler under hensyn til de stedlige forholdene.
- Kommentar** Regelverket om medisinsk utstyr med tilhørende forskrifter er vurdert og høringsnotat med forslag til forskrift om at lov om medisinsk utstyr og forskrifter skal gjelde for Svalbard er utarbeidet og oversendt HOD.

### Informere om ny transplantasjons- og obduksjonslovgivning

I rute

- Beskrivelse** Helsedirektoratet gis i oppdrag å informere om ny transplantasjons- og obduksjonslovgivning.
- Kommentar** Helsedirektoratet har innhentet innspill fra fagmiljøet for å vurdere hvordan Helsedirektoratet på mest mulig hensiktsmessig måte kan informere om ny lovgivning på organ- og transplantasjonsområdet. Vi har foreløpig hatt undervisning på Rikshospitalet og har flere oppdrag utover i 2016. Vi er i dialog med Norod om hvordan undervisningen kan samordnes med Norods regionale samlinger for helsepersonell som er involvert i donasjonsprosess.

### Informere om endringer i abortlovgivningen

I rute

- Beskrivelse** Helsedirektoratet gis i oppdrag å informere om endringer i abortlovgivningen, knyttet til bortfall av henvisningsplikt for fastleger og grense for senaborter.
- Kommentar** Oppgaven er todelt, knyttet til bortfall av henvisningsplikt for fastleger og grense for senaborter. Direktoratet har informert i brev til alle RHFene, fastlegene, fylkesmennene m.fl. om endringer knyttet til bortfall av henvisningsplikt. Det er ikke utsendt noen ny informasjon i 2015 knyttet til grensen for senaborter.

### Utarbeide pakkeforløp for pasienter med hjerneslag etter modell for kreftområdet

I rute

- Beskrivelse** I forbindelse med revidering av Nasjonale faglige retningslinjer – Behandling og rehabilitering ved hjerneslag – skal Helsedirektoratet utarbeide pakkeforløp for pasienter med hjerneslag etter modell for kreftområdet, jf. vårt brev av 12.02.2014. Se beskrivelse under oppdraget hjerneslag.

Kommentar Kontakt er etablert med NPR, avd. Sykehustjenester (som har ansvar for pakkeforløp kreft) og redaksjons-/arbeidsgruppen og sekretariatet for revisjon av Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag. Det er enighet om at forløpet lages etter mønster av kreft-pakkeforløpene, med sannsynlig hovedvekt på rehabiliteringsbiten av pasientforløpet. Det er også enighet om at forløpet og anbefalingene som ligger til grunn for det skal være harmonisert med anbefalingene i retningslinjen, og at det derfor i stor grad vil være hensiktsmessig å benytte seg av de samme fagfolkene til oppdraget (primært redaktørene for hver del av retningslinjen). Pakkeforløpsarbeidet vil skyte fart når revisjonsarbeidet nærmer seg siste fase. Det er også enighet om at vi foreløpig ikke har låst oss til om monitoreringen av pakkeforløpet skal skje ved hjelp av tall fra NPR eller Norsk hjerneslagregister. Her vil vi velge den løsning som viser seg å være mest hensiktsmessig. Arbeidet går som planlagt og fortsetter i 2016 og planlegges ferdigstilt samtidig med retningslinjer hjerneslag.

### 3.3.1 Beredskap

---

#### Langsiktige mål

- Verne befolkningens liv og helse og bidra til at nødvendig helsehjelp kan tilbys ved krig og kriser og katastrofer i fredstid ved å styrke sektorens krisehåndteringsevne basert på øvelser og hendelser

Kommentar Helsedir har deltatt på flere øvelser og vært involvert i 41 reelle hendelser. Se "Samlet vurdering".

- Sikre god CBRNe-beredskap – god kjemikalievernberedskap, smittevern- og pandemiberedskap, strålevernberedskap og beredskap mot eksplosiver

Kommentar Se rapportering under oppgaven

- Sikre robust forsyningsikkerhet i helsetjenesten og næringen

Kommentar Se "Samlet vurdering".

- Sikre et godt nasjonalt og internasjonalt helseberedskapssamarbeid

Kommentar Helsedirektoratet deltar i mange ulike fora som bidrar til godt nasjonalt, nordisk og internasjonalt samarbeid.

#### Samlet vurdering

Arbeidet med ebolaepidemien i 2014 hadde medført at flere arbeidere ble utsatt og/eller nedprioritert i 2014. Dette gjaldt blant annet arbeidet med nasjonalt planverk ved større smittehendelser og avslutningen av 22.7-oppfølgningen, samt en rekke mindre oppdrag. Arbeidet med planverk og avslutningen av 22.7-prosjektet ble prioritert i første halvår 2015. Et annet arbeid som ble prioritert var en vurdering av hva som er sektorens største beredskaps- og sikkerhetsutfordringer, og det ble utarbeidet en rapport om oversikt over risiko og sårbarhet i sektoren. Rapporten vil være et viktig bidrag til det videre arbeid med samfunnsikkerhet og beredskap.

Nedenfor rapporteres etter de fire langsiktige mål departementet har trukket opp.

1. Verne befolkningens liv og helse og bidra til at nødvendig helsehjelp kan tilbys ved krig og kriser og katastrofer i fredstid ved å styrke sektorens krisehåndteringsevne basert på øvelser og hendelser

Helsedirektoratet var involvert i 41 reelle hendelser av ulik størrelse og alvorlighetsgrad i 2015. De mest omfattende og krevende av disse var arbeidet relatert til ebola og økt asylankomst. Det siste er en hendelse som trolig vil pågå videre i 2016.

Norge har bidratt til bekjempelse av ebola i Vest Afrika siden 2014. Håndtering og oppfølging av utsendt helsepersonell i Sierra Leone var en omfattende og krevende aktivitet også i 2015. Helsepersonellet var utstasjonert ut mars 2015 og DSB driftet leiren fram til 1. juni 2015. Etter avslutning i Sierra Leone og ut sommeren 2015 var det mye aktivitet knyttet til oppfølging, erfaringsoppsummering og avslutning av oppdraget.

Arbeidet med koordinering av helsearbeid relatert til økt asylankomst har vært omfattende selv om det ikke har vært store utfordringer for helsetjenesten. Helsedirektoratet har deltatt med personellressurser i arbeidet fra september og ut året. Det vises til direktoratets rapport om erfaringsgjennomgang.

Helsedirektoratet har støttet UD i arbeidet med å bistå norske statsborgere i utlandet, blant annet i forbindelse med jordskjelvet i Nepal våren 2015.

Helsedirektoratet har deltatt på flere øvelser i 2015. Årets nasjonale helseøvelse var Øvelse HarbourEx 15 som ble gjennomført i samarbeid med en lang rekke aktører, herunder DSB, POD og Oslo kommune. Se særskilt rapportering om øvelser.

Direktoratet leverte sluttrapport for prosjektet oppfølging av tiltak etter terroraksjonene 22. juli 2011. For de tiltakene som ikke er fullført anvises hvordan videre oppfølging skal skje. Flere av tiltakene må følges opp løpende i helsetjenesten. Hvordan det går med menneskene som ble rammet av terrorhendelsene 22. juli vil være et samfunnsanliggende i flere år framover. Blant oppfølgingstiltak kan nevnes: Prosedyre for håndtering av Pågående livstruende vold (PLIVO) er etablert, opplæring av innsatspersonell og implementering i tjenesten pågår. Rundskriv for utlevering av taushetsbelagte opplysninger til politiet er utformet og er gjeldende. Det pågår prosess for implementering av Veileder for håndtering av masseskadetriage i helsetjenesten. Veileder for helsetjenestens organisering på skadested er under arbeid og forventes ferdig juni 2016.

Årets nasjonale helseberedskapskonferanse ble arrangert i samarbeid med Helse Sør Øst og Fylkesmannen i Oslo og Akershus.

På oppdrag fra departementet leverte direktoratet i samarbeid med en rekke aktører i sektoren en rapport om oversikt over risiko og sårbarhet i sektoren. Det ble identifisert 6 hovedtyper av hendelser som kan utfordre sektorens kapasitet:

- Store ulykker langt fra sykehus med betydelig akuttkapasitet
- Uvarslede naturkatastrofer
- Smitteutbrudd på skip
- Pandemi
- Terrorangrep
- Bortfall av kritisk infrastruktur.

#### Utredning av integrert beredskapsmodell

HOD ga Helsedirektoratet i brev av 22.10.2015 et tilleggsoppdrag til Tildelingsbrevet med overskriften «Utredning av integrert beredskapsmodell». Direktoratet jobber sammen med andre virksomheter i sektoren for å løse denne oppgaven. Det skal leveres rapport 29.2.2016.

#### 2. Arbeidet med robust forsyningssikkerhet i helsetjenesten og næringen

Helsedirektoratet har ansvar for å koordinere arbeidet med forsyningssikkerhet av legemidler i Norge. RHF-ene har vedtatt tiltak for å sikre egen legemiddelberedskap. Fra 1. januar 2016 pålegges grossister som distribuerer legemidler til apotek å beredskapssikre enkelte legemidler til bruk i primærhelsetjenesten.

Helsedirektoratet forvalter et lager av helseberedskapsmaterieell (feltsykehus og 100/10-enheter). Rullering av 100-10 enheter ved bruk i internasjonale kriser og katastrofer er sterkt redusert siden 2014. Direktoratet har derfor måttet bruke budsjettmidler for å holde lageret oppdatert. Direktoratet vil i løpet av 2016 foreta en gjennomgang med sikte på å anbefale innhold og størrelse på dette lageret fremover.

#### 3. Styrke CBRNE-beredskapen

Direktoratet har bidratt i arbeidet med å utarbeide en nasjonal CBRNE-strategi.

Direktoratet utreder forslag om integrasjon av beredskapsarbeidet i Helsedirektoratet og Strålevernet som følge av oppdrag fra departementet, se ovenfor.

#### 4. Sikre et godt nasjonalt og internasjonalt helseberedskapssamarbeid

I regi av Helseberedskapsrådet er det satt i gang et arbeid for å gjennomgå samarbeidet med Forsvaret i beredskapssituasjoner, herunder i sikkerhetspolitiske kriser og krig.

For øvrig vises det til rapportering på de enkelte oppgaver.

Direktoratets vurdering er at helsesektorens evne til krisehåndtering generelt sett er god.

Direktoratet viser til rapporten om oversikt over risiko og sårbarhet i sektoren. Rapporten vil være et viktig bidrag til det videre arbeid med samfunnssikkerhet og beredskap. Direktoratet vil i 2016 utarbeide forslag til modell for løpende oversikt over risiko og sårbarhet med systematisk tilnærming til oppfølging. Viktige saker fremover blir utredning og implementering av integrert beredskapsmodell for sektoren, herunder samarbeid og koordinering av kriser på direktoratsnivå, jf. CBRNE-strategien og forslag fra Justis- og beredskapsdepartementet om koordinering av krisehåndtering på direktoratsnivå. Direktoratet vurderer også at samarbeidet med Forsvaret er viktig fremover.

Etter arbeidet med rapporten om erfaringsgjennomgang av norsk ebola-håndtering, ser Helsedirektoratet følgende tre læringspunkter som viktigst å følge opp:

1. Det er behov for å utvikle prosedyrer for Norges bidrag til løsning av internasjonale helsekriser, med vekt på avklaring av roller og ansvar mellom sektorer og internt i helsesektoren.
2. Spørsmålet om hvordan kommunene ivaretar sitt ansvar for å sikre tilgjengelighet til smittevernlege i alvorlige smittesituasjoner bør gjennomgås.
3. Norge bør sikre faste, nasjonale løsninger for medisinsk evakuering både med fly og helikopter.

#### Oppgaver

##### Implementere reviderte beredskapsplaner - pandemisk influensa og smittsomme sykdommer Forsinket

**Beskrivelse** Implementere revidert Nasjonal beredskapsplan mot pandemisk influensa og Nasjonal plan mot alvorlige smittsomme sykdommer i nært samarbeid med Nasjonalt folkehelseinstitutt og andre berørte aktører i helse- og omsorgssektoren og andre sektorer.

**Kommentar** Implementeringen skjer gjennom fylkesvise smittevernkonferanser og gjennom revisjon av veileder i pandemiplanlegging i kommunen og veileder i pandemiplanlegging i spesialisthelsetjenesten. Arbeidet med revisjon av veilederne er forsinket i forhold til opprinnelig frist pga. prioritering av Ebola-arbeidet høsten 2014 og arbeidet med flyktninger høsten 2015. Se også rapportering på oppdraget: Implementere revidert Nasjonal beredskapsplan mot pandemisk influensa og IHR 2005;.

##### Lede prosjekt som gir oversikt over risiko og sårbarhet i helse- og omsorgssektoren Ferdig

**Beskrivelse** Direktoratet skal lede et prosjekt som skal utarbeide en oversikt over risiko og sårbarhet i helse- og omsorgssektoren, og på basis av oversikten gi departementet anbefaling om forebyggende og beredskapsmessige tiltak. Direktoratet skal gjennomføre oppdraget i samarbeid med berørte virksomheter, som Statens strålevern, Nasjonalt folkehelseinstitutt, Statens legemiddelverk, Statens helsetilsyn, Mattilsynet, de regionale helseforetakene, Norsk helsenett og fylkesmannsembetene. Kommunesektoren inviteres til å delta.

**Kommentar** Helsedirektoratet har levert rapport i form av en hendelsesbasert risiko- og sårbarhetsanalyse av sektoren, bl.a. med utgangspunkt i kommunenes og RHF-enes ROS-analyser. Prosjektet ble gjennomført i samarbeid med andre etater i den sentrale helseforvaltningen, og representanter for RHF-ene og fylkesmennene. Rapporten identifiserer seks typer hendelser som kan utfordre helsetjenestens kapasitet til å levere tjenester av god kvalitet: - Store ulykker langt fra sykehus med betydelig akuttkapasitet- Bortfall av kritisk infrastruktur- Uvarslede naturkatastrofer- Smitteutbrudd på skip- Pandemi- Terrorangrep. Under hvert av disse scenariene listes mulige nye tiltak som kan redusere konsekvensene av slike hendelser.

### ● CBRN-strategi

Ferdig

**Beskrivelse** Delta i arbeidet med ferdigstilling og oppfølging av nasjonal CBRN-strategi

**Kommentar** Arbeidet med å utarbeide en nasjonal CBRN strategi ble startet i 2014 og videreført i 2015. Helsedirektoratet har bidratt i en tversektoriell prosjektgruppe med representanter utvalgt av HOD, JD og FD. Justis- og beredskapsdepartementet har utarbeidet mandatet for gruppen: «å beskrive og analysere dagens status for beredskapen mot hendelser som involverer CBRN, herunder å avdekke svakheter og utfordringer» og «Utarbeide et kortfattet strategidokument om beredskap mot CBRN-hendelser». Arbeidet ble avsluttet september 2015 og strategidokumentet ligger til behandling i JD.

## 3.3.2 Samhandling

### *Samlet vurdering*

Samhandlingsreformen har hatt stor oppmerksomhet i direktoratet. Samhandlingsreformens mål og intensjoner innenfor direktoratets ansvarsområder, ivaretas blant annet gjennom utarbeidelse og tilgjengeliggjøring av styringsdata, statistikk og analyser. I tillegg har direktoratet deltatt i nasjonale samhandlingsstrukturer, støttet gjennomføringen av reformen i kommunene og helseforetakene gjennom informasjons- og veiledningsarbeid. KS og fylkesmennene har bidratt i arbeidet der dette har vært hensiktsmessig.

### *Styringsparameter*

Publisering av styringsdata/aktivitetsbeskrivelse i den årlige Samhandlingsstatistikk-rapporten.

**Kommentar** Samhandlingsstatistikken er utarbeidet ihht plan og vil bli publisert i februar 2016

### *Oppgaver*

#### ● Videreføre og gjøre tilgjengelig statistikk og styringsdata for kommunene (kommunal medfinansiering)

Ferdig

**Beskrivelse** Det er et mål å dempe veksten i sykehustjenester blant annet ved at en større del av helse- og omsorgstjenestene skal ytes i kommunene. Kommunal medfinansiering reverseres fra 1. januar 2015. Helsedirektoratet skal videreføre og gjøre tilgjengelig statistikk og styringsdata for kommunene på aktivitet som tidligere har dannet grunnlag for kommunal medfinansiering. HOD ber også om at Helsedirektoratet publiserer styringsdataene/aktivitetsbeskrivelsen i den årlige Samhandlingsstatistikk-rapporten.

### 3.3.3 Elektronisk samhandling

---

#### Langsiktige mål

- Helsepersonell skal ha enkel og sikker tilgang til pasient- og brukeropplysninger
- Innbyggerne skal ha tilgang på enkle og sikre digitale tjenester
- Data skal være tilgjengelig for kvalitetsforbedring, helseovervåking, styring og forskning

#### Samlet vurdering

Divisjonen har i hovedsak levert i henhold til oppdrag og planer. Vi har ferdigstilt utredningen av "en innbygger - en journal" og styringsgruppen har gitt en samlet tilrådning. Vi har også oversendt forslag til HOD om ny styringsmodell for å øke gjennomføringsevnen på IKT i helsesektoren. Forslaget har bred tilslutning i sektoren. Vi har iverksatt flere større programmer i samarbeid med aktørene i sektoren. Det største er FIA som bl.a. skal bidra til økt meldingsutveksling og fjerne papir. I tillegg har vi etablert program for kodeverk og terminologi. Begge disse har bred tilslutning i sektoren og god fremdrift. EPJ-løftet for fastleger er i godt driv og det gjennomføres flere viktige prosjekter for fastlegesystemene i regi av dette programmet. I løpet av 2015 har programmet for velferdsteknologi blitt evaluert og Direktoratet for e-helse skal ha ansvar for dette en periode i 2016. Målet er bedre styring og involvering av eksterne aktører, herunder leverandører.

Det har vært stor aktivitet med mange leveranser på plattformene våre. De fleste er i rute, med unntak av "digital dialog fastlege" og "pasientreiser". Kjernejournal er innført hos 50 prosent av befolkningen og i Helse-Vest og Helse-Midt, rundt UNN i Helse-Nord og rundt Ahus i Helse Sør-Øst. Med unntak noen få sykehus i Helse Sør-Øst vil kjernejournal være innført i 2016. E-resept er innført hos alle apotek og 1307 av 1532 fastlegekontorer. I spesialisthelsetjenesten er e-resept innført i Helse-Vest, teknisk tilrettelagt i Helse-Midt og store deler av Helse Sør-Øst. I Helse-Nord er UNN i gang. Det er utviklet mange nye tjenester på Helsenorge.no. Helse-Vest har flest tjenester i forbindelse med Vestlandspasienten. Helse-Nord innførte journalinnsyn i sykehus for alle pasientene i regionen i desember 2015.

Fleire av prosjektene på Helsenorge.no har blitt forsinket og er blitt dyrere enn forventet. Dette gjelder digital dialog fastlege, pasientreiser og migrering av RHFenes nettsider til Helsenorge.no. Årsaken til dette er svak estimering og økt kompleksitet som følge av mange nye tjenester. Ved utgangen av 2015 har vi gjennomført nødvendige endringer i prosjektene og avklart videre fremdrift med aktørene. Som et ledd i dette, har vi etablert en estimeringsmodell som skal benyttes fremover.

Plattformene våre har behov for styrket forvaltning, særlig gjelder dette Helsenorge.no. Vi har fått tilslutning fra RHFene og Helsedirektoratet om finansiering i 2016 på ca. 40 mill. kroner til forvaltning av Helsenorge.no. Et hovedmål er å profesjonalisere utvikling og forvaltning av plattformene - både hver for seg og samlet. I 2015 har vi gjennomført en organisasjonsendring som innebærer økt samhandling med nye prosesser og organisering for plattformene. Effekten av dette kommer i 2016.

Vi har gjennomført et etableringsprosjekt for nytt Direktorat for e-helse. Målene for dette ble nådd og vi flyttet inn i nye lokaler 7. desember 2015.

#### Styringsparameter

##### Fremdrift i og ressursdisponering for kjernejournalprosjektet

Kommentar Alle leveranser er ihht plan. Det har pågått en aktiv rekruttering i perioden for håndtering av økende oppdragsmengde samt etablering av en robust forvaltning.



### Fremdrift i og ressursdisponering for helseportalen

**Kommentar** Leveransene følger fremdrift etter den tilbakemeldingen som er gitt HOD tidligere, med unntak av mulighet for elektronisk kommunikasjon med helsepersonell. Innenfor spesialisthelsetjenesten er dette område i rute, men innenfor digital dialog fastlege (timebestilling, ekonsultasjon og fornying av resept) har det vært nødvendig med en replanlegging. Den første piloten har vist at vi må gjøre endringer i den tekniske løsningen for samhandling med EPJ-leverandøren. For å rekke plan for innføring i 2015 er det behov for økte midler

### Fremdrift i og ressursdisponering for utbredelse og videreutvikling av e-resept

**Kommentar** Alle leveranser er ihht plan. Det har pågått en aktiv rekruttering i perioden for håndtering av økende oppdragsmengde samt etablering av en robust forvaltning.

### Oppgaver



#### Etablere nasjonalt prosjekt innen teknologi og tjenester

I rute

**Beskrivelse** Etablere et nasjonalt prosjekt innen teknologi og tjenester for behandling og pleie hvor kronisk syke blir fulgt opp av helsepersonell på avstand ved hjelp av velferdsteknologiske løsninger, jf. Innst. 11 S (2014 – 2015).

**Kommentar** Oppdraget er knyttet til avstandsoppfølging av personer med kronisk sykdom ved hjelp av velferdsteknologiske løsninger. Valget av utprøvningsprosjekter ble offentliggjort av HOD i juni. De valgte prosjektene gjennomføres av Oslo kommune (bydelene Gamle Oslo, St.Hanshaugen, Sagene, Grünerløkka), Trondheim kommune, Stavanger og Sarpsborg kommune. Prosjektet i Oslo er i ferd med å nå måltall på 200 brukere i prosjektet og vil innen utgangen av 31.3.2016 ha mottatt sin endelige følgeforskningsrapport. Trondheim er godt i gang og har startet på prosessen med å designe tjenesteforløp sammen med helseforetaket. Sarpsborg og Stavanger jobber med anskaffelser og er av den grunn noe forsinket i forhold til forventet fremdrift. Begge disse kommunene jobber aktivt med å rigge sine prosjekt.



#### Utvikle innbyggertjenester på helsenorge-portalene

I rute

**Beskrivelse** Utvikle innbyggertjenester på helsenorge-portalene for å gi tilgang til egen helseinformasjon og mulighet for elektronisk kommunikasjon med helsepersonell. Flere selvbetjeningsløsninger skal utvikles bl.a. for pasientreiser. Utvikle løsninger som støtter opp under Fritt sykehusvalg og endringer i pasient- og brukerrettighetsloven, inkludert flytting av nettsiden for Fritt sykehusvalg. Ivareta det operative ansvaret for Norges deltagelse i prosjektet Be He@lthy – Be mobile, som ledes av Verdens helseorganisasjon og Den internasjonale telekommunikasjonsunion.

**Kommentar** Leveransene følger fremdrift etter den tilbakemeldingen som er gitt HOD tidligere, med unntak av mulighet for elektronisk kommunikasjon med helsepersonell. Innenfor spesialisthelsetjenesten er dette område i rute, men innenfor digital dialog fastlege (timebestilling, ekonsultasjon og fornying av resept) har det vært nødvendig med en replanlegging. Den første piloten viste at vi måtte gjøre endringer i den tekniske løsningen for samhandling med EPJ-leverandøren.



#### Etablere en løsning for pasientrettet informasjon om kliniske studier i samarbeid med RHF-ene

I rute

**Beskrivelse** Etablere en løsning for pasientrettet informasjon om kliniske studier i samarbeid med RHFene.

**Kommentar** Leveransen følger fremdrift etter den tilbakemeldingen som er gitt HOD tidligere. Løsningen er utviklet og gjøres først tilgjengelig for de som skal legge innhold inn på nettstedet. Den nye nettsiden kliniskestudier.helsenorge.no ble lansert for publikum 29. september 2015.

● Følge opp arbeidet med standardisering og velferdsteknologi

I rute

Beskrivelse Dette spesielle oppdraget er delt mellom Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet. Direktoratet for e-helse har ansvaret for å etablere referansekatalog for IKT-standarder og kodeverk. Helsedirektoratet har ansvaret for å følge opp arbeidet med standardisering av velferdsteknologi. Arbeidet skal omfatte personlig helseteknologi, telemedisin og m-helse.

Kommentar Prosjektet er i rute. Det ble levert i desember 2015 forslag til arkitektur for velferdsteknologi til utprøving, og et forslag til faser for realisering. Det jobbes videre med planer for pilotering av arkitekturen i 2016. Dette gjøres i samarbeid med et av utprøvingsprosjektene knyttet til oppdraget om avstandsoppfølging av personer med kronisk sykdom (Trondheim kommune).

● Videreutvikle Nasjonale helsepersoneltjenester herunder utvidelse av Nasjonal kjernejournal

I rute

Beskrivelse Nasjonale helsepersoneltjenester skal videreutvikles. Utprøvingen av Nasjonal kjernejournal skal utvides på Vestlandet og i Trøndelag, samt starte i Nord-Norge og på Østlandet. Beslutningsunderlag om nasjonal utbredelse fra 2016 skal forberedes.

Kommentar Ved utgangen av 2015 er kjernejournal opprettet for i alt 2,5 millioner innbyggere fordelt på 223 kommuner. Våren 2015 innførte Helse Vest kjernejournal i hele sin region, og i løpet av høsten 2015 har hele Helse Midt samt Ahus i Helse Sør-Øst innført kjernejournal i tilhørende kommuner. I Helse Nord fikk innbyggerne rundt UNN sin kjernejournal mot slutten av 2015. Kjernejournal er i 2015 videreutviklet ihht. plan.

● Etablere referansekatalog for IKT-standarder og kodeverk

I rute

Beskrivelse Etablere referansekatalog for IKT-standarder og kodeverk.

● Starte opp arbeidet med en nasjonal sikkerhetsinfrastruktur og helseadministrative registre

I rute

Beskrivelse Starte opp arbeidet med en nasjonal sikkerhetsinfrastruktur og helseadministrative registre som understøtter tjenester for identitetsforvaltning, sporbarhet (logg) og tilgangsstyring. Arbeidet skal gjennomføres i tett samarbeid med Norsk Helsenett SF og andre berørte parter.

Kommentar Program for felles infrastruktur (FIA) ble etablert i tre hovedløp; sikkerhet, samhandling, og administrative registre. For sikkerhet ble det ferdigstilt samordningsrapport for nasjonal sikkerhetsinfrastruktur, samt utarbeidet konseptforslag for pilot av felles autentiseringsløsning. I samhandlingssporet er det utarbeidet konseptutredninger for forbedret meldingsforvaltning i sektoren, samt etablering av felles legemiddelliste. I tillegg er det gjennomført en rekke tiltak for økt datakvalitet på administrative registre.

● Utrede alternativer for realisering av målene i "En innbygger – én journal"

I rute

Beskrivelse Utrede alternativer for realisering av målene i Meld. St. 9 (2012 – 2013) En innbygger – én journal. Forslag til anbefalt konsept skal foreligge innen 1. september 2015.

### 3.3.4 Finansiering og helserefusjoner

---

#### Langsiktige mål

- Finansieringsordninger som bidrar til likeverdige og effektive helsetjenester av god kvalitet

#### Samlet vurdering

Den organisatoriske endringen av Helsedirektoratet våren 2015 tilførte divisjon Helseøkonomi og finansiering en ny avdeling, avdeling Statistikk. Dette har medført at divisjonen har fått nye aktiviteter i oppgaver som IPLOS, Velg behandlingssted (VBS), Nasjonalt kvalitetsindikatorsystem (NKI) og Helsestatistikk og intensjonalt arbeid.

#### Finansiering:

Det er viktig at finansieringsordningene i helsetjenesten understøtter tjenesteproduksjon og – utvikling på en god og kostnadseffektiv måte for å sikre likeverdige finansieringsordninger.

Helsedirektoratet har i 2015 levert to større utredninger knyttet til utviklingen av de aktivitetsbaserte finansieringsordningene: En generell gjennomgang av finansieringsordningene i spesialisthelsetjenesten, samt en mer spisset utredning med forslag til innretning av ny ISF-modell for polikliniske tjenester innen psykisk helsevern og TSB. Prosjektarbeid relatert til implementering av sistnevnte er igangsatt, og endringer i takstsystemet med henblikk på blant annet ambulante og oppsøkende tjenester, samt nettbasert behandling, er iverksatt fra 1.1.2016. I tillegg er ISF-ordningen forvaltet og videreutviklet i tråd med vanlig praksis.

God datakvalitet og styringsinformasjon av god kvalitet er et viktig grunnlag for likeverdige finansieringsordninger. I tillegg til drift av eksisterende løsninger har direktoratet i løpet av 2015 tilgjengeliggjort nye publiseringsløsninger for ventelisteområdet, monitoreringsløsning for pakkeforløp kreft og reisetidsberegning til akuttenheter. En pilot innenfor prosjektet klinisk relevant tilbakemelding er tilgjengeliggjort for sentrale brukere, prosjektet skal gjøre registerdataene mer tilgjengelig og nyttig for kliniske virksomheter, dette vil bidra til bedre datakvalitet. Videre er det laget en betaversjon for publisering av ulike dashboards for AMK. Bedre løsninger for publisering av statistikk og styringsinformasjon er for øvrig definert som et satsningsområde generelt i Helsedirektoratet og presentasjonsløsninger for NPR er et sentralt element her.

I 2015 deltok 22 helseforetak i kostnadsvektsarbeidet. Samarbeidssykehusene representerte drøyt 90 prosent av aktivitetsgrunnet for ISF i 2014 og gav et godt og robust grunnlag for beregning av kostnadsvektene.

I 2015 har Helsedirektoratet godkjent og tatt inn KPP-data i kostnadsvektarbeidet fra to nye helseforetak (Sykehuset Østfold og Vestre Viken). Totalt fem helseforetak leverte KPP-data i 2015. Dette har bidratt til å tilrettelegge for samhandling og erfaringsutveksling mellom helseforetak som ønsker å innføre KPP. Disse fem helseforetakene tilsvarte ca. 19 pst av aktivitetsgrunnet i 2014.

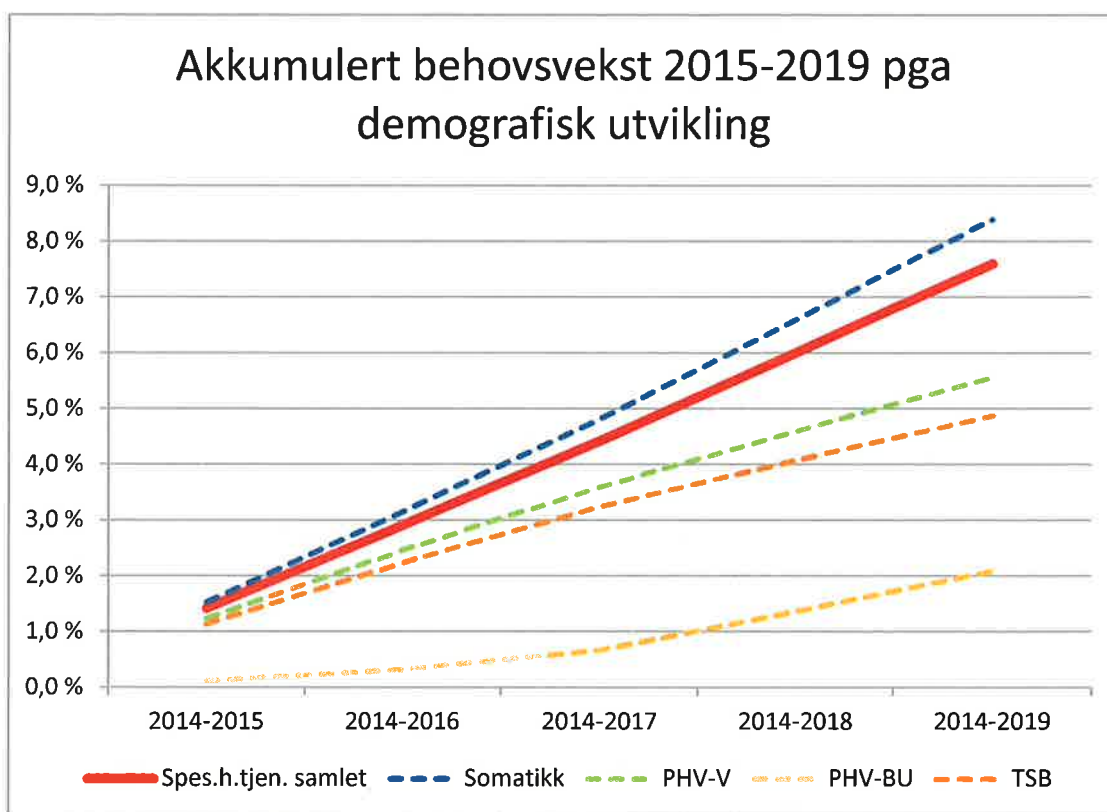
#### Følge med rollen:

Helsedirektoratet er tillagt en viktig rolle for å følge med og analysere effekter av iverksatt politikk på helseområdet. Resultatene av disse analysene med tilhørende statistikk bør formidles på en slik måte at de er anvendbare både for styrende myndigheter nasjonalt og lokalt, for media for informasjon og som grunnlag for samfunnsdebatt og til befolkningen.

Det ble i 2015 gjennomført en rekke analyser med utgangspunkt i Finansierings divisjonen. SAMDATA spesialisthelsetjenesten 2014, ble levert i henhold til vanlig tidsplan og omfattet de tema som årlig inngår i

rapporten, dvs. ressursbruk, bruk av tjenester, aktivitet og produktivitet for psykisk helsevern, rusbehandling og somatisk virksomhet. I tillegg ble det i 2015 foretatt et omfattende arbeid for å gjøre data fra rapporten tilgjengelig på nett. De nye nettsidene har blitt godt mottatt av brukere av rapporten. Divisjonen har også i 2015 levert årlige framskrivninger av forventet vekst i spesialisthelsetjenesten på grunn av demografiske endringer, og har i tillegg bistått departementet med utarbeidelse av en modell for beregning av ressursbehov i spesialisthelsetjenesten ved ulike anslag på antall flykninger. Det ble også utarbeidet rapport med utviklingstall for distriktpsykiatriske sentra (DPS), samt en analyse av bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne. Dette er rapporter som kommer årlig og som har blitt levert i henhold til avtalt tidsplan.

I løpet av høsten 2015 utarbeidet FI-divisjonen i samarbeid andre avdelinger i direktoratet Samhandlingsstatistikken 2014-15. Rapporten sammenstiller utviklingstall for helse- og omsorgstjenester for blant annet å undersøke om det har vært en sterkere vekst i primærhelsetjenesten. I rapporten presenteres det også data og analyser for sentrale tema i samhandlingsreformen som eksempelvis korttids plasser, utskrivningsklare pasienter, reinnleggelser og øyeblikkelig hjelp døgntilbud i kommunene. Divisjonen har i løpet av 2015 gjennomført noen mindre analyseoppdrag for HOD inn mot deres arbeid med nasjonal helse- og sykehusplan og prioriteringsmeldingen. Divisjonen var i tillegg ansvarlig for Nøkkeltall 2014 som ble publisert i mars 2015. Nøkkeltall ble presentert på helsedir.no og lansert på et presseseminar ved Helsedirektøren



#### Pasientrettigheter:

Helselovgivningen – både nasjonalt og internasjonalt - er i stadig utvikling. Vi lever i en tid der det å søke arbeid eller utdanning utenfor sitt eget land er mer vanlig enn tidligere. Innenfor EØS området har det vært betydelige endringer for å sikre innbyggere i over 30 land tilgang på helsetjenester selv om de arbeider, studerer eller oppholder seg utenfor sitt hjemland. På mange måter er det riktig å si at helse i større grad er i ferd med å bli et internasjonalt fenomen. Som myndighetsorgan har Helsedirektoratet en sentral rolle i å forberede og legge til rette for en god implementering av endrede og utvidede pasientrettigheter.

1. november ble det iverksatt nye pasient og brukerrettigheter, som medførte utvidede pasientrettigheter og dermed endringer i fristbruddordningen. Her hadde avdelingen store oppgaver i fm. utredning og iverksetting, og det ble utviklet en IT-løsning for å varsle fristbrudd elektronisk fra sykehus til HELFO. 1. november trådte

Fritt behandlingsvalg-ordningen i kraft. Divisjonen har ansvar for godkjenningsordningen i Fritt behandlingsvalg, og hadde ansvar for utredningsarbeid, forberedelser og iverksetting.

1. mars 2015 ble det åpnet for refusjon for sykehusbehandling i utlandet (Ftrl § 5-24a). Divisjonen hadde omfattende oppgaver i fm. utredning og iverksetting av ordningen.

I løpet av 2015 er det innført nye vilkår for stønad til svært kostbare legemidler til behandling av hepatitt C. Vilkårene er basert på helseøkonomiske vurdering og skal sikre en kontrollert innføring av legemidlene. Divisjonen har vært en pådriver i dette arbeidet, og har hatt tett dialog og samarbeid med fagmiljøer, andre helseforvaltningsorganer og med HOD. Det er også arbeidet med ny forskriftstekst for § 5 og § 6 (medisinsk forbruksmateriell og næringsmidler), innsparingstiltak på disse områdene og overføring fra bidragsordningen til blåreseptordningen.

Divisjonen har utarbeidet og oversendt en rapport til HOD med forslag til endringer i egenandelsberegningen i apotek. Gjennomgangen av egenandelsberegningen er utført som følge av tilbakemeldinger fra ulike aktører om at dagens egenandelsordning gir u hensiktsmessige store utgifter over kort tid for enkelte personer. Videre er det startet et forprosjekt om innføring av automatisert saksbehandling av søknader om individuell stønad til legemidler og næringsmidler etter blåreseptforskriftens §§ 3 og 6.

God og effektiv forvaltning:

Det er viktig at hele helsesektoren og dens tilhørende regelverk og ordninger forvaltes på en mest mulig kostnadseffektiv måte.

Divisjonen har ansvar for to utviklingsoppgaver som har pågått gjennom hele året, og som har planlagt ferdigstilling i 2016 og 2017: Det arbeides med utvikling av ny fastlegeløsning som skal sikre innbyggerne bedre tjenester ved bytte av fastlege, mer effektiv saksbehandling og større sikkerhet. Det er også arbeidet med ny finansieringsordning for laboratorievirksomhet der siktemålet bl.a. er å få på plass en finansieringsordning i tråd med nytt kodeverk på området og bedre muligheter for kostnadskontroll.

I 2015 har det vært utført mye arbeid med H-reseptordningen, både i form av tilrettelegging og innføring av elektronisk oppgjørsordning, informasjonsarbeid om ordningen som følge av ny H-reseptforskrift, samt utarbeide offentlige høringer om overføring av finansieringsansvaret for legemidler til de regionale helseforetakene (H-reseptlegemidler).

### *Styringsparameter*

#### Gjennomsnittlig saksbehandlingstid innen de største stønadsområdene

Kommentar Tannhelseområdet har gjennomsnittlig saksbehandlingstid på 32,9 dager, området bidrag § 5-22 gjennomsnittlig 31,6 dager og området legemidler forhåndstilsagn gjennomsnittlig på 36,4 dager.

## Brukertilfredshet

**Kommentar** Privatbrukernes serviceopplevelse knyttet til telefonitjenester og e-post er ikke fullt ut tilfredsstillende i 2015. Prestasjonsmålet knyttet til serviceopplevelse via e-post og serviceopplevelse på telefon er 90 prosent, mens brukertilfredsheten var på henholdsvis 72 prosent og 73 prosent. Det er særlig opplevd ventetid på telefonitjenestene som brukerne ikke er tilfredse med. Den innholdsmessige kvaliteten på telefonitjenestene er derimot vurdert som tilfredsstillende. Brukertilfredsheten knyttet til telefonitjenesten (og e-post) for helseaktørene er vurdert som god i 2015. Gjennomførte brukerundersøkelser, samt internt kvalitetsarbeid, indikerer en tilfredsstillende kvalitet på disse tjenestene. Samlet sett for 2015, sa 80 prosent av respondenter seg tilfredse med serviceopplevelsen i kontakt med HELFO. HELFO fikk i 2015 gullmedalje for beste kundeservicemiljø innen offentlig virksomhet.

## Servicenivå

**Kommentar**

Styringsparameter	Prestasjonsmål	Resultat
Andel søknader om helsetrygdkort manuelt saksbehandlet innen 5 dager	100 prosent	78,3 prosent
Andel e-post henvendelser besvart innen 2 dager	100 prosent	95,0 prosent
Andel telefonhenvendelser besvart (private brukere - 800HELSE, Frikorttelefonen, Fastlegetelefonen)	90 prosent	87,4 prosent
Andel telefonhenvendelser besvart (private brukere – legemidler og medisinsk forbruksmateriell)	90 prosent	89,0 prosent
Andel telefonhenvendelser besvart (helseaktører)	90 prosent	88,4 prosent
Gjennomsnittlig ventetid på telefon (private brukere- 800HELSE, Frikorttelefonen, Fastlegetelefonen)	80 sek	93 sek
Gjennomsnittlig ventetid på telefon (private brukere – legemidler og medisinsk forbruksmateriell)	80 sek	91 sek
Gjennomsnittlig ventetid på telefon (helseaktører)	80 sek	28 sek
Gjennomsnittlig saksbehandlingstid: krav fremsatt elektronisk (over linje)	7 dager	1,2 dager
Gjennomsnittlig saksbehandlingstid: krav fremsatt via papir/cd/diskett	30 dager	10,6 dager
Gjennomsnittlig ventetid for pasientformidling ved fristbrudd	14 dager	13,4 dager

## Antall registrerte fristbrudd

**Kommentar** For 2015 registrerte HELFO 1022 saker med reelle fristbrudd

## Antall formidlede pasienter som følge av fristbrudd

**Kommentar** I 2015 formidlet HELFO 321 pasienter til alternative behandlingstilbud som følge av fristbrudd.

## Gjennomsnittlig behandlingstid for frikort tak 1

**Kommentar** Målet er 21 dager. Gjennomsnittlig tid for 2015 er 9 dager.



## Oppgaver

Direktoratet bes om å utvikle parametere som skal gjøre det mulig å rapportere om utvikling i saksbehandlingstider og produktivitet innen HELFOs ulike ansvarsområder (tildelingsbrev 2014 og 2015)	Underveis
Kommentar Saksbehandlingstider rapporteres per i dag på de største fagområdene. Per i dag rapporteres gjennomsnittlig saksbehandlingstid. Direktoratet ønsker å videreutvikle og forbedre styringsparameter for saksbehandlingstid, og vil legge frem et forslag for departementet. HELFO har på oppdrag fra direktoratet gjennomført et prosjekt for produktivitetsvurderinger. I arbeidet har man hatt fokus på prosessuell arbeidsform med god forankring i organisasjonen. Prosjektets første fase omhandler individuell refusjon og stønad innenfor tannhelse, legemidler, bidragsområdet og fysioterapi. Estimert tidsbruk ses i forhold til antall saker. Det legges opp til at produktivitetsskartleggingen gradvis utvides til å omfatte flere refusjonsområder og andre deler av virksomheten. På sikt er målet at utviklede produktivitetsindikatorer integreres i mål- og resultatstyringen. Produktivitetsskartleggingen er gjennomført som pilot og skal kvalitetssikres. Helse direktoratet og HELFO vil ha en felles gjennomgang av prosjektet våren 2016. I tillegg til omtalte prosjekt har man gjennomført sammenligninger av HELFOs telefonitjenester med tilsvarende virksomheter i landet. HELFOs telefonitjenester har svært høy produktivitet per dagsverk.	
● Direktoratet bes om å foreta en gjennomgang av finansieringsordningene i spesialisthelsetjenesten, herunder knyttet til ambulante tjenester, digital samhandling, aktuelle samarbeidsløsninger med kommunehelsetjenesten, og andre relevante tjenesteområder	Ferdig
Beskrivelse Direktoratet bes om å foreta en gjennomgang av finansieringsordningene i spesialisthelsetjenesten, herunder knyttet til ambulante tjenester, digital samhandling, aktuelle samarbeidsløsninger med kommunehelsetjenesten, og andre relevante tjenesteområder. Siktemålet for gjennomgangen vil være å identifisere mulige utviklingsbehov. Fristen for oppdraget er 1. mai 2015.	
● L-Direktoratet skal utrede om andre helsepersonellgrupper enn leger også bør ha forskrivningsrett for medisinsk forbruksmateriell og næringsmidler	I rute
Kommentar Rapporten er levert som avtalt med HOD	
● Helse direktoratet skal utrede og planlegge en mulig utvidelse av ISF-ordningen med poliklinisk psykisk helsevern og TSB fra 1.1.2017. Oppdraget inkluderer et utredningsarbeid med frist medio mai 2015 vedr. administrasjonskostnader ("rapporteringskrav") knyttet til en ev. endring og en vurdering av hvilken innretning det aktivitetsbaserte tilskuddet bør ha for å understøtte aktivitet som er faglig riktig, samt relevante ansvarsforhold	Ferdig
Beskrivelse Helse direktoratet skal utrede og planlegge en mulig utvidelse av ISF-ordningen med poliklinisk psykisk helsevern og TSB fra 1.1.2017. Oppdraget inkluderer et utredningsarbeid med frist medio mai 2015 vedr. administrasjonskostnader ("rapporteringskrav") knyttet til en ev. endring og en vurdering av hvilken innretning det aktivitetsbaserte tilskuddet bør ha for å understøtte aktivitet som er faglig riktig, samt relevante ansvarsforhold.	
● L-Direktoratet skal utrede alternative måter å beregne egenandeler for legemidler, næringsmidler og medisinsk forbruksmateriell på blå resept	Ferdig
Beskrivelse Direktoratet skal også komme med forslag til et forenklet og forutsigbart regelverk for egenandelsberegning innenfor en kostnadsnøytral modell.	
Kommentar Rapport er levert HOD	

	I tilknytning til pågående utvikling av avtalespesialistordningen skal Hdir:	Ferdig
Beskrivelse	Utføre eventuelle utredning- og utviklingsarbeider i tilknytning til mulig endring i avtalespesialistenes inntektssystem.	
	I tilknytning til pågående utvikling av avtalespesialistordningen skal Helsedirektoratet:	Ferdig
Beskrivelse	planlegge et pilotprosjekt sammen med de regionale helseforetakene, Den norske legeförening og Norsk Psykologforening knyttet til avtalespesialisters vurdering og tildeling av pasient- og brukerrettigheter.	
	Helsedirektoratet skal etablere en nasjonal KPP-spesifikasjon innenfor psykisk helsevern og rus som grunnlag for pilotering i et utvalg helseforetak.	Forsinket
Beskrivelse	RHF skal trekkes med i arbeidet. Frist er 1. november 2015. Videre skal Helsedirektoratet, i samarbeid med RHF, innen 1. september 2015 vurdere en ev. fremtidig løsning for nasjonale KPP-data.	
Kommentar	Det vises til brev med orientering om status for dette oppdraget av 29.10.2015 (vår ref. 15/2726). Helsedirektoratet vurderer det som hensiktsmessig å koordinere arbeidet med KPP-spesifikasjon innen psykisk helse og rus med det ordinære kostnadsvektarbeidet.	
	Helsedirektoratet skal bistå departementet i utredningen av ordningen med fritt behandlingsvalg.	I rute
Beskrivelse	Direktoratet skal i dialog med departementet etablere nødvendige systemer og forvaltningsapparat knyttet til fritt behandlingsvalg. Direktoratet skal samarbeide med RHF i utrednings- og implementeringsarbeidet.	
Kommentar	Helsedirektoratet gjorde nødvendige forberedelser og iverksatte ordningen Fritt behandlingsvalg 1. november. Ordningen ble iverksatt kun 2 måneder før årsslutt, og det var begrenset aktivitet innenfor ordningen i 2015.	

### 3.3.4.5 Norsk pasientregister (NPR)

#### Langsiktige mål

-  Levere styringsinformasjon av god kvalitet til Helse- og omsorgsdepartementet, de regionale helseforetakene og kommunene.

#### Samlet vurdering

Norsk pasientregister arbeider på flere områder for å levere styringsinformasjon av god kvalitet. I tillegg til drift av eksisterende løsninger har direktoratet i løpet av 2015 tilgjengeliggjort nye publiseringsløsninger for ventelisteområdet, monitoreringsløsning for pakkeforløp kreft og reisetidsberegning til akutenheter. En pilot innenfor prosjektet klinisk relevant tilbakemelding er tilgjengeliggjort for sentrale brukere, prosjektet skal gjøre registerdataene mer tilgjengelig og nyttig for kliniske virksomheter, dette vil bidra til bedre datakvalitet. Videre er det laget en betaversjon for publisering av ulike dashboards for AMK. Bedre løsninger for publisering av statistikk og styringsinformasjon er for øvrig definert som et satsningsområde generelt i Helsedirektoratet og presentasjonsløsninger for NPR er et sentralt element her.

## Styringsparameter

### Andel helseforetak som rapporterer ulykkedata til NPR

**Kommentar** 21 av 26 HF som behandler skader rapporterer skadedata (2014-data). Det er imidlertid kun OUS HF som rapporterer komplett. Flertallet av andre HF har en komplettethet på 50 prosent eller lavere.

## Oppgaver

 **Nasjonalt laboratoriekodeverk; mulig oppdrag om utredning av en refusjonsordning.** I rute

**Kommentar** Prosjektet er i rute. Fortsetter i 2016 som planlagt med iverksetting 1. januar 2017.

 **Samarbeide med Nasjonalt IKT** Ferdig

**Beskrivelse** om samordning av begrep og terminologi i eksisterende rapporteringskrav fra spesialisthelsetjeneste, slik at unødvendig registrering og rapportering kan unngås. Arbeidet skal samordnes med Nasjonalt helseregisterprosjekt.

 **Bidra til redusert dobbeltregistrering og rapportering fra spesialisthelsetjenesten** I rute

**Beskrivelse** gjennom videreutvikling av NPRs rolle som nøkkelregister for registerfeltet. Arbeidet skal samordnes med Nasjonalt helseregisterprosjekt.

**Kommentar** Oppdraget løses gjennom et eget prosjekt: «NPR som nøkkelregister». Dette prosjektets viktigste begrunnelse er besparelser som kan påregnes ved en redusering av dobbeltregistrering og dobbeltrapportering fra spesialisthelsetjenesten. I den forbindelse har prosjektet hatt kontakt med Linn Brandt vedrørende hennes kartlegging av dobbeltarbeid ved innrapportering til kvalitetsregistre. Prosjektet har i 2015 vært konkretisert i fem delprosjekter: • Leveranse til Kreftregisteret • Leveranse til Statens strålevern • Leveranse til Hjerte- og karregisteret • Leveranse til Medisinsk fødselsregister • Samordning av BKM og NPR melding for avtalespesialister. I tillegg har prosjektet hatt kontakt med kvalitetsregistre under etablering, med tanke på bruk av NPRs datagrunnlag. Prosjektleder har vært leid inn fra august for å styrke fremdriften i prosjektet. Det er utarbeidet og godkjent et mandat for prosjektet. • Prosjektet har i 2015 kartlagt nåværende leveranser og behov for fremtidige leveranser til Kreftregisteret. NPR har levert datagrunnlag til Kreftregisteret for utarbeidelse av en dekningsgradsanalyse mellom NPR og Nasjonalt kvalitetsregister for tykk- og endetarmskreft. Det foreligger en tilsvarende bestilling for livmorhalskreft. NPR har lagt til rette for at Kreftregisteret skal få dekket sitt behov for data vedrørende stråleterapi ved NPR-melding er endret for innsamling av stråledata som kan videreformidles. NPR og Kreftregisteret har drøftet potensialet for redusert dobbeltrapportering for tjenesten ved å gjenbruke data fra NPR, men en slik løsning kan ikke driftsettes før hjemmelsgrunnlaget er i orden og eksisterende avtale er oppdatert. • NPR har i 2015 blitt enig med Strålevernet om leveranse av datagrunnlag for stråleterapi, og det er påbegynt tilsvarende avklaringer for billedundersøkelser. Det er utarbeidet en ny versjon av NPR-melding for innrapportering av data fra stråleterapi i samarbeid med strålevernet, fagmiljøet for stråleterapi og Kreftregisteret. I denne forbindelse er både spesialisthelsetjenesten og systemleverandører involvert. Forslag til avtale for leveranse til Statens strålevern er utarbeidet, og skal godkjennes i 2016. • NPR har analysert kvalitet i eksisterende leveranse til Hjerte- og karregisteret, og iverksatt tiltak for kvalitetsforbedring på bakgrunn av dette. • Leveranser fra NPR til Medisinsk fødselsregister (MFR) samordnes med et pågående valideringsprosjekt i «Health Registries for Research», hvor ett av formålene er å vurdere NPR som supplerende datakilde for MFR. I 2015 er det gjennomført en kartlegging av kvalitet på aktuelle data. Før NPR kan fungere som datakilde for MFR må hjemmelsgrunnlaget endres og avtale om datautlevering inngås. • Prosjektet har gjort nødvendige interne avklaringer angående samordning BKM og NPR-melding, og er klar til å videreføre arbeid i delprosjektet når dette er ønsket.

**Beskrivelse** Legge til rette for hyppig oppdatert styringsinformasjon gjennom etablering av løsning for daglig endringsbasert innrapportering til NPR.

**Kommentar** Prosjektet Daglig oppdatert NPR skal levere oppdatert informasjon fra NPR der det er nødvendig og relevant. Pakkeforløp for kreft og nye pasientrettigheter (fritt behandlingsvalg), kjernejournal, kvalitetsindikatorer og styringsdata er aktuelle eksempler på dette. I henhold til revidert fremdriftsplan skulle løsning for mottak av endringsbaserte data testes i samarbeid med DIPS, Helse Vest IKT og Helse Bergen HF. Avtale for dette ble skrevet i 2014. NPR har utviklet og ferdigstilt mottaksløsning for mottak av daglige endringsbaserte meldinger i henhold til avtalen. I den samme prosessen skal det også lages og testes systemer for tilbakemelding om datakvalitet fra NPR basert på endringsbasert daglig innrapportering. NPR har 1. halvår 2015 mottatt testrapportering fra Helse Vest IKT, og ytterligere testing gjennomføres i løpet av høsten i tråd med avtale. NPR arbeider parallelt med automatiserte tilbakemeldinger til rapporteringsenhetene om kvalitet/kompletthet. Dessverre fikk DIPS kapasitetsproblemer og måtte prioritere andre utviklingsoppgaver. Revidert prosjektplan for 2016 er til behandling hos aktørene, med forventet ferdigstilling av løsning i DIPS innen første halvår 2017. DIPS har utviklet en ny rapporteringsløsning (Arena Reporting Datamart) som populeres med data fra DIPS-databasen, og som DIPS-kunder skal benytte til rapporteringsformål, både rapportering av vanlige «batch-meldinger» og endringsbaserte meldinger til NPR. Klienten vil kjøre frittstående men er avhengig av tilgang til DIPS-databasen for pålogging og tilgangssjekk. Klienten distribueres til de maskiner/brukere som skal kjøre NPR-rapporter. Rapporteringsløsningen er testet hos Helse-Vest IKT og ved Oslo Universitetssykehus. Høsten 2016 vil DIPS gjennom det ovennevnte prosjektet utvikle en versjon av løsningen med funksjonalitet for endringsbasert rapportering. Den nye versjonen av løsningen skal være klar til innstallering hos kundene fra årsskiftet. Helse Midt-Norge, som ikke benytter løsninger fra DIPS, inkluderes i prosjektet med ukentlig rapportering fra og med 2016. NPR vil informere de regionale helseforetakene om løsningen for daglig endringsbasert innrapportering i faste møter mellom Helsedirektoratet og RHF. Endringsbasert rapportering vil på kort sikt måtte suppleres med ukentlig rapportering av batch-data til NPR for oppdatering av styringsinformasjon. I løpet av 2016 vil NPR etablere løsninger for avvikling av tertialrapportering for rapporteringsenheter som blir «godkjent» for dette. Arbeidet med å kombinere rapportering til NPR med behandlerkravmelding til KUHR inngår nå i prosjektet NPR som nøkkelregister, og er følgelig tatt ut av Daglig oppdatert NPR. Daglig oppdatert NPR har i 2015 vært ledet av Øyvind Olav Schjøtt Christensen fra Norsk pasientregister, i en anslått 30 prosent stillingsandel. I tillegg fungerer en prosjektgruppe med interne deltakere fra NPR.

### 3.3.5 Internasjonalt arbeid

#### Langsiktige mål

Gjennom deltakelse i internasjonale fora av relevans for direktoratets ansvar, bidra til å fremme norske synspunkter og posisjoner i tråd med regjeringens politikk.

**Kommentar** Dette er løpende arbeid som utføres av flere avdelinger i direktoratet innenfor ulike fagområder

God nasjonal oppfølging av saker som fremmes internasjonalt.

**Kommentar** Dette er løpende arbeid som utføres av flere avdelinger i direktoratet innenfor ulike fagområder

## *Samlet vurdering*

### Langsiktige mål

Direktoratet skal ved deltakelse i internasjonale fora som er relevante for direktoratets ansvar, bidra til å fremme norske synspunkter og posisjoner i tråd med regjeringens politikk.

Direktoratet skal bidra til god nasjonal oppfølging av saker som fremmes internasjonalt

### Vurdering av måloppnåelsen i 2015

Helsedirektoratet har i 2015 videreført sitt arbeid mot WHO og EU, herunder bidratt til koordinering og samordning av norsk innsats. Norsk deltakelse i EUs tredje helseprogram må sies å være bra.

Norges deltakelse i myndighetssamarbeidet Joint Action har fortsatt å øke i 2015, og er nå blant de tre landene med høyest deltakelse, på linje med Tyskland og Italia.

Direktoratet ble i 2011 programpartner under EØS finansieringsmekanisme for to programmer på vold i nære relasjoner i henholdsvis Slovakia og Estland samt et program på sosiale ulikheter i helse i Polen. Systematisk nettverksbygging og felles seminarer/aktiviteter gjennom 2015 har medført at programmene ser ut til samlet sett å gi gode resultater når de nå går inn i avsluttende fase.

Direktoratet har bidratt med innspill til hvilken innretning en ny programperiode skal ha, både med tanke på geografi og tematisk innhold.

### Arbeidet med prioriterte oppdrag/aktiviteter i 2015

Helsedirektoratet organiserte i første halvdel av 2015, WHO-arbeidet med vekt på forberedelse og deltakelse i møter i de styrende organer. Fra juni ble en medarbeider med den porteføljen overført til HOD i fm. Gråsoneprojektet. Dette arbeidet er organisert som avgrensede prosjekter for styremøtet i januar, helseforsamlingen i mai, og møtet i Regionalkomiteen for Europa i september. Prosjektene starter med et møte i helse- og omsorgsministerens WHO-forum, som vanligvis ledes av departementsråd i HOD. I WHO-forum blir det gitt orienteringer om sakene på WHOs agenda, og oppgaver for utarbeidelse av håndnotater til instruksen blir fordelt, herunder også utkast til innlegg til hver sak. Direktoratet deltar også i nordisk samordning i forkant av møter i

WHO. Helsedirektoratet har i løpet av 2015 arrangert 2 av 3 WHO fora for nasjonal forvaltning.

Ebola preget arbeidet i Helsedirektoratet store deler av 2015. Mot slutten av året har også flyktnings situasjonen i Europa krevd mange ressurser i direktoratet.

Direktoratet har i 2015 arrangert 2 OECD-fora som forberedelser til møter i Helsekomiteen.

### Nærområdene:

Helsedirektoratet er engasjert i helsesamarbeidet med nærområdene og deltar i program-komiteen for Barents helse- og sosialprogram som ledes av HOD. Programkomiteen vurderer søknader og fordeler årlig 18 millioner kroner og har fire faste møter i året. Direktoratet deltar i styringskomiteen av The Barents Hiv/Aids Program som er en gruppe under Joint Working Group for Health and Related Social Issues (JWGHS) under Barents Euro-Arctic Council (BEAC) og Barents regionalråd. Helsedirektoratet har innen rammen av Barentssamarbeidet programansvar for to prosjekter i Arkhangelsk region i Nordvest-Russland: Reform i helsesektoren og Forebygging av selvmord. Disse prosjektene er avsluttet i 2015 – etter planen.

### EUs tredje helseprogram:

Helsedirektoratet er nasjonalt kontaktpunkt for EUs tredje helseprogram (2014-2020). HOD har nominert nasjonale kompetente myndigheter til å delta som associated partner i 3 av 4 Joint Action i 2015 (som er et myndighetsstyrt samarbeid mellom medlemsland i EU, EØS-land og Kommisjonen):

Helsedirektoratet skal delta i 2 av disse. FHI, Kunnskapssenteret, Legemiddelverket, Kompetansetjeneste for aldring og helse og Kompetansetjeneste for solide svulster hos barn vil også




være partnere. Den desidert største og viktigste nye Joint Action i 2015 er på medisinsk metodevurdering - Health Technology Assessment (HTA), der Helsedirektoratet, Kunnskapssenteret/FHI og Legemiddelverket skal delta. Oppstart skjer i løpet av våren 2016.

#### Oppgaver

- |   |        |
|---|--------|
|  Delta i regelverk og programsamarbeid med EU.   | I rute |
| Beskrivelse I tråd med regjeringens politikk om tidlig påvirkning i EUs arbeid, skal Direktoratet delta i regelverk- og/eller programsamarbeid i EU på sitt ansvarsområde, herunder myndighets-samarbeid mellom landene, såkalte Joint Actions.   |        |
| Kommentar 13 avdelinger i fire divisjoner deltar per nå i Joint Action-samarbeid  |        |
|  Direktoratet skal delta i treårig prosjekt om nordisk samarbeid om høyspesialisert behandling, herunder ivareta sekretariatsfunksjonen.   | I rute |
| Beskrivelse Helsedirektoratet ved Avdeling sykehustjenester deltar i prosjekt om nordisk samarbeid om høyspesialisert behandling. Direktoratet har sekretariatfunksjon og det treårige prosjektet slutter i 2016. I første halvdel av 2016 skal det utarbeides en sluttrapport for piloter hvor det har vært utprøvd nordisk samarbeid, med frist 30.6 2016. Resultatmål: Foreslå en mal for fremtidig nordisk samarbeid innen fagutvikling, medisinske registre og retningslinjer. |        |
| Direktoratet skal delta i oppfølgingen av OECD Global Science Forums rapport om kliniske studier, herunder understøtte Kunnskapssenteret.   | I rute |
| Beskrivelse Direktoratet skal delta i oppfølgingen av OECD Global Science Forums rapport om kliniske studier, herunder understøtte Kunnskapssenteret i deres ansvar med å lede en arbeidsgruppe om Comparativ Effectiveness Research gjennom WHO/NIH.   |        |

### 3.3.6 Kvalitet, pasientsikkerhet og brukerinvolvering

#### Langsiktige mål

-  1: Et mer brukerorientert helse- og omsorgstilbud
-  2: Økt satsning på systematisk kvalitetsforbedring
-  3: Bedre pasientsikkerhet og færre uønskede hendelser

#### Samlet vurdering

Pasienter og brukere skal være sikre på at tjenestene de mottar er trygge og av god kvalitet. Det skal videre være åpenhet omkring utført og forventet kvalitet og pasientsikkerhet i både primær- og spesialisthelsetjenesten. Dette er en forutsetning for at befolkningens skal ha tillit til tjenesten, samt for at det samlede kvalitetsarbeidet i sektoren skal videreutvikles.

Det er igangsatt en rekke tiltak for å skape åpenhet om og å forbedre kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgssektoren. Helsedirektoratet bidrar til denne utviklingen ved blant annet å publisere nasjonale kvalitetsindikatorer for å kunne sammenlikne kvalitet på lokalt, nasjonalt og internasjonalt nivå. Initiativ



som Pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge hender 24-7» iverksetter verktøy, arbeidsmåter og prosjekter som forbedrer pasientbehandlingen i kommune- og spesialisthelsetjenesten. Nasjonale kompetanse- og behandlingstjenester bidrar kvalitetsforbedring på utvalgte spesialiserte områder. Helsedirektoratet gir normerende anbefalinger om utredning, behandling og oppfølging av pasient-, bruker- eller diagnosegrupper i nasjonale faglige retningslinjer, veiledere og pakkeforløp. Disse publikasjonene utvikles i samarbeid med helse- og omsorgstjenesten.

I Nasjonal helse- og sykehusplan er det blant annet foreslått at Helsedirektoratet skal lage nasjonale kvalitetskrav til behandlingstilbudet der det er nødvendig for å sikre likeverdig kvalitet i tjenesten, samt å innføre nasjonal godkjenning av behandlingstilbud som skal samles på få steder i helseregionene.

Arbeidet med utvikling av kvalitet og pasientsikkert i helse- og omsorgstjenesten og i sentral helseforvaltning er omfattende, kunnskapsbasert og diversifisert. Den samlede innsatsen på kvalitetsforbedringsfeltet oppleves imidlertid som for ujevn og fragmentert. Det mangler en helhetlig retning for primær- og spesialisthelsetjenesten som bidrar til at helse- og annet fagpersonell, pasienter, brukere og pårørende samlet blir gitt anledning til å ta eierskap til nasjonal kvalitetsutvikling.

## **1. Et mer brukerorientert helse- og omsorgstilbud**

### **Brukermedvirkning**

Helsedirektoratet etablerte i 2015 et overordnet Brukerråd i samarbeid med mange av bruker-organisasjonene i Norge. Helsedirektoratet har tidligere etablert et eget brukermedvirkningsforum innenfor psykisk helse og rus-området samt benyttet brukermedvirkning i utarbeidelsen av utredninger, rapporter, planer og strategier på ulike områder.

I samarbeid med det nyetablerte Brukerrådet vil Helsedirektoratet i 2016 prøve ut hvordan pasient- og brukerorganisasjonene kan fremme brukerperspektivet i strategisk viktige saker og prosesser knyttet til Helsedirektoratets roller og samfunnsoppdrag og bidra til utvikling og oppfølging av direktoratets systematiske brukermedvirkning. 2016 vil være et utviklingsår der strategi for brukermedvirkning i Helsedirektoratet og retningslinjer for brukermedvirkning vil bli videreutviklet.

### **Brukeropplevd kvalitet: nasjonale målinger rapportert i 2015**

Den nasjonale undersøkelsen om pasienterfaringer med døgnenheter ved sykehus i 2014 viste at de største forbedringsområdene var samhandling med kommunale tjenester, utskrivningsprosessen, organisering og ventetid for elektive pasienter. De mest positive resultatene gjaldt legetjenesten, pleietjenesten og ivaretagelse av pårørende. Det er en positiv utvikling på seks av ni indikatorer fra 2011 til 2014 på nasjonalt nivå.

Det ble i 2014/2015 gjennomført en nullpunktmåling i forbindelse med implementering av Pakkeforløp for kreft. Målet var å undersøke hvordan befolkningen, pasienter og fastleger vurderte ulike forhold og utfordringer rundt tilbudet som kreftpasienter får før implementeringen av Pakkeforløp. Svar fra kun de som var utredet eller fikk behandling for kreft i 2015 visste svært høy tilfredshet med utredning og behandling (82 prosent) og internt samarbeid på sykehuset (81 prosent). Områdene med størst forbedringspotensial var fastlegens informasjon om behandling og utredning (opp mot 63 prosent mente at det «ikke i det hele tatt», «i liten grad» eller «i noen grad» var tilfredsstillende).

Undersøkelsen blant pasienter med døgnopphold innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling i 2015 rapporteres våren 2016.

## **2. Økt satsning på systematisk kvalitetsforbedring**

### **Videreutvikling og forvaltning av det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet:**

Rammeverket for nasjonalt kvalitetsindikatorsystem er presisert med målbildet for visning av kvalitetsindikatorer, tilpasset målgruppene, og målområder for å måle dimensjonene som beskriver en helsetjeneste av god kvalitet i tråd med kvalitetsstrategien. Prosesser for å utvikle, revidere og publisere

kvalitetsindikatorer, inkludert malverk, er revidert. Der er utviklet og anbefalt nye variabler for måling av ernæring og bruk av legemidler i kommunale helsetjenester.

### **Kvalitetsforbedring**

Kunnskapscenteret har bistått Helsedirektoratet og omsorgs- og helsetjenesten med kvalitetsforbedringskunnskap og metode, hvor blant annet KS' sitt læringsnettverk om gode pasientforløp i kommunene var sentralt. Dette gjelder egne læringsnettverk for gode pasientforløp for eldre og kronisk syke, for voksne og for barn og unge med utfordringer innenfor rus / psykisk helse. 86 kommuner deltok i den ene eller flere av de tre satsingene. Alle læringsnettverkene ble avsluttet i 2015. Arbeidet er beskrevet i stortingsmelding nr. 26 (2014-2015) om primærhelsetjenesten. Arbeidet med gode pasientforløp møter ambisjonen om en helsefremmende retningsendring, styrking av den nye pasientrollen og utvikling av pasientens helsetjeneste.

### **Kvalitetsmålinger**

Pasienter som blir lagt inn på sykehus med hjerteinfarkt, hjerneslag og hoftebrudd blir registrert i Norsk pasientregister (NPR). Kunnskapscenteret utarbeider analyser av hvor mange som fortsatt er i live 30 dager etter innleggelsen ved de ulike sykehusene. Resultatene er en del av det norske kvalitetsindikatorsystemet i helsetjenesten. Dette er et indirekte mål på kvaliteten på behandlingen.

Kunnskapscenteret har beregnet overlevelsesindikatorerne for året 2014 og presenterer resultatene som risikjustert sannsynlighet for overlevelse. Det tas hensyn til pasientsammensetning; blant annet alder, kjønn, tidligere innleggelse og samtidige sykdommer (komorbiditet). På nasjonalt nivå observeres en signifikant økning i overlevelse for hjerteinfarkt, hjerneslag og totaloverlevelse i perioden 2010–2014.

### **3. Antall § 3-3-meldinger og antall rapporter/systematiske tilbakemeldinger til helsetjenesten når det gjelder uønskede hendelser**

Helsedirektoratet har i samarbeid med Helsetilsynet og Kunnskapscenteret gitt ut veileder til spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 som gir informasjon om den nye meldeordningen og utfyllende merknader til § 3-3.

I 2015 mottok seksjonen i overkant av 10 000 meldinger til meldeordningen etter § 3-3 i spesialisthelsetjenesteloven (foreløpige tall, ikke kontrollert for ev. duplikater). Meldingene ble lest og klassifisert. Det er denne gjennomlesningen og klassifiseringen som er utgangspunktet for de videre analyser og læringsnotater. Sammenligning med tidligere år viser en svak økning (9 540 i 2013 og 9 555 i 2014). Det ble til sammen oversendt syv læringsnotater til tjenesten. Læringsnotater er systematiske tilbakemeldinger til omsorgs- og helsetjenesten, og inkluderer også årsmeldingen for 2014.

Utadrettet informasjons- og foredragsvirksomhet om meldeordningen og pasientsikkerhet generelt er en av prioriterte oppgaver. Noen av aktivitetene i 2015 var to 2-dagers kurs i årsaksanalyse og pasientsikkerhet, tre 2-dagers kurs i kommunikasjon med pasienter og pårørende «Når skaden er skjedd» samt den årlige nasjonale pasientsikkerhetskonferansen (arrangert i samarbeid med Helse Vest RHF).

Seksjonen driftet også to meldesystemer for Helsedirektoratet: Hemovigilanssystemet og meldeordningen for Celler og vev.

### **Innspill til årlig melding om kvalitet og pasientsikkerhet**

I forbindelse med årlig melding om kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten koordinerte Helsedirektoratet innspillene fra Helsetilsynet og Fylkesmannen, Norsk Pasientskadeerstatning, Pasient- og brukerombudene og Kunnskapscenterets meldeordning. Årets melding peker blant annet på gjennomgående utfordringer med kommunikasjon og involvering av pasienter og pårørende, kompetanse, læring og ledelse.

## Rapportering:

### a) Status retningslinjer:

	Antall publikasjoner 2015
Publiserte retningslinjer 2015	6
Publiserte veiledere 2015	22
+prioriteringsveilederne revidert 2015	33
+Krefthandlingsprogrammer	11 revisjoner publisert 2015
Påbegynte veiledere i 2015	1
Påbegynte retningslinjer i 2015	3
Pågående retningslinje- og veilederprosjekter 2015 (oppstart før 2015)	20
Pågående arbeid med krefthandlingsprogrammer	3 revisjoner pågår 2015/16 8 nyutviklinger pågår 2015/16

Totalt publisert i 2015: 67 publikasjoner (1 nasjonal faglig retningslinje, 22 nasjonale veiledere, 33 prioriteringsveiledere, 11 krefthandlingsprogrammer)

Totalt oppstart i 2015: 4 (1 nasjonal veileder og 3 nasjonale faglige retningslinjer)

Pågående nasjonale faglige retningslinje- og veilederprosjekter (nye og revisjoner) med oppstart før 2015: 31 (20 retningslinjer og veiledere, 11 krefthandlingsprogram)

### b) Status kvalitetsregistre

Det er i 2015 gitt status som nasjonalt medisinsk kvalitetsregister for 5 nye registre: Barnehofteregisteret, Norspis (spiseforstyrrelser), AblaNor (ablasjonsbehandling ved hjertearrytmier), NorGast (gastrokirurgi), SOReg-N (sykelig overvekt).

### c) Status kvalitetsindikatorer

Det er utviklet 37 nye kvalitetsindikatorer innenfor områdene kreft, hjerte og kar, pleie og omsorg, psykisk helse og rus, infeksjon, legemidler, reinnleggelse ved ulike diagnosegrupper. Det er totalt 97 nasjonale kvalitetsindikatorer hvorav 37 nye, 5 utfasede, 11 reviderte i 2015, og 50 er nå under test/utvikling. 5 publiseringer av oppdaterte resultater på Helsenorge.no, og med datagrunnlag fra 14 ulike registre.

### Styringsparameter

#### Nasjonale kvalitetsindikatorer

Kommentar Totalt 97 nasjonale kvalitetsindikatorer hvorav 37 nye, 5 utfasede, 11 reviderte

### Oppgaver



Tilstrebe tertialvis publisering av flere kvalitetsindikatorer og kortere tid fra innsamling av data til publisering

I rute

Beskrivelse Tilstrebe tertialvis publisering av flere kvalitetsindikatorer og kortere tid fra innsamling av data til publisering, jf. også kritikk fra Riksrevisjonen.

Kommentar Fem planlagte publiseringer er gjennomført. Det jobbes kontinuerlig med registrene som leverer data til kvalitetsindikatorsystemet for hyppigere og raskere levering av tall.



Leverer innspill til årlig melding om kvalitet og pasientsikkerhet

Ferdig

Beskrivelse Leverer innspill til årlig melding om kvalitet og pasientsikkerhet innen 20. juni 2015.

**Kommentar** Helsedirektoratets oppdrag i forbindelse med årlig melding om kvalitet og pasientsikkerhet, var å koordinere innspillene fra Helsetilsynet og Fylkesmennene, Norsk Pasientskadeerstatning, Pasient- og brukerombudene og Kunnskapssenterets meldeordning. I tillegg bidro vi med de samlede resultatene fra nasjonalt kvalitetsindikatorssystem. Nasjonale kvalitetsindikatorer er et sett av indikatorer som til sammen skal si noe om kvaliteten i helse- og omsorgstjenesten. Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten beskriver en helsetjeneste av god kvalitet som: Er virkningsfulle, er trygge og sikre, involverer brukere, er samordnet og preget av kontinuitet, utnytter ressursene på en god måte, er tilgjengelig og rettferdig fordelt. Brukermedvirkning: Helsedirektoratet etablerte i 2015 et overordnet Brukerråd i samarbeid med mange av brukerorganisasjonene i Norge. Helsedirektoratet har tidligere etablert et eget brukermedvirkningsforum innenfor psykisk helse-rusområdet samt benyttet brukermedvirkning i utarbeidelsen av utredninger, rapporter, planer og strategier på ulike områder. I samarbeid med det nyetablerte Brukerrådet vil Helsedirektoratet i 2016 prøve ut hvordan pasient- og brukerorganisasjonene kan fremme brukerperspektivet i strategisk viktige saker og prosesser knyttet til Helsedirektoratets roller og samfunnsoppdrag og bidra til utvikling og oppfølging av direktoratets systematiske brukermedvirkning. 2016 vil være et utviklingsår der strategi for brukermedvirkning i Helsedirektoratet og retningslinjer for brukermedvirkning vil bli videreutviklet.

● **Utvikle og igangsette nasjonalt system for innføring av nye metoder**

I rute

**Beskrivelse** Utvikle og igangsette evaluerings- og monitoreringstiltak i nasjonalt system for innføring av nye metoder, samt styrke informasjonsvirksomhet om systemet rettet mot helsetjenesten og relevante aktører

**Kommentar** Utviklingsoppgavene i nye metoder som systemet nå heter er overført fra Nasjonal arbeidsgruppe til Bestillerforum RHF fra juni 2015. Prosessen for iverksetting av hurtigmatodevurderinger for legemidler er blitt effektivisert fra oktober 2015 ved at Statens legemiddelverk kan iverksette vurderingene basert på metodevarsler fra dag 120 i EMAs søknadsprosess.

● **Utrede områder med behov for økt kunnskapsgrunnlag og vurdere etablering av kvalitetsregistre**

Ferdig

**Beskrivelse** Utarbeide oversikt over områder i helsetjenesten med behov for utvikling av kunnskapsgrunnlag, og utrede forutsetninger for at det kan etableres kvalitetsregistre på disse områdene, jf. Nasjonalt helseregisterprosjekts handlingsplan for 2014 og 2015. Resultatmål: Helsedirektoratet skal utrede hvordan pasientregisteret for kommunehelsetjenesten (KPR) kan danne grunnlag for etablering av kvalitetsregistre i kommunal helsetjeneste.

**Kommentar** Etter avklaringer med HOD, blir problemstillingen knyttet til vår løpende aktivitet med oppfølging av nasjonale kvalitetsregistre.

● **VARSLER OPPDRAG: Bidra i arbeidet med oppfølging av NOU om prioriteringer i helsesektoren**

Ferdig

**Beskrivelse** I forbindelse med oppfølging av NOU om prioriteringer i helsesektoren vil Helsedirektoratet i eget brev bli bedt om å bidra i arbeidet og gi innspill på særskilte temaer

**Kommentar** Bistand er gitt gjennom utforming av høringsinnspill og besvarelse av tilleggsoppdrag til tildelingsbrevet.

● **Vurdere nødvendigheten av og evt. utforme utkast til en forskrift som regulerer reklame for medisinsk utstyr**

Ferdig

**Beskrivelse** Direktoratet skal vurdere nødvendigheten av og evt. utforme utkast til en forskrift som regulerer reklame for medisinsk utstyr

Kommentar Utkast til forskrift som regulerer reklame for medisinsk utstyr er levert til HOD.

### ● Vurdere løsninger for krav om diagnosekoder på alle antibiotikaresepter

Ferdig

Beskrivelse Direktoratet skal innen medio 2015 vurdere mulige løsninger for å innføre krav om diagnosekoder på alle antibiotikaresepter, herunder behov for juridiske og tekniske rammer

Kommentar Krav om diagnosekoder vil trolig forutsette større endringer i tekniske løsninger. Inngår i handlingsplan mot antibiotikaresistens.

## 3.3.7 Forskning og innovasjon

### Langsiktige mål

Hesledirektoratet skal støtte forskning, innovasjon og implementering av ny kunnskap og nye løsninger i helse- og omsorgssektoren.

Kommentar Hesledirektoratet har som målsetning å være en pådriver og tilrettelegger for forskning og innovasjon i og for tjenestene, og for at tjenestene folkehelsearbeidet skal være kunnskapsbasert. Vi ser at det er behov for å legge bedre til rette for at forskning brukes strategisk for å nå virksomhetens mål. Det er også behov for en tydeligere organisering av arbeidet med innovasjon i Hesledirektoratet. Vi ønsker å organisere vårt eget arbeid på disse områdene bedre. Det er derfor startet to prosjekter som skal styrke den interne organiseringen når det gjelder henholdsvis forskning og innovasjon

### Samlet vurdering

#### Forskning

Hesledirektoratet har hatt representanter i styrene for 7 programmer som ble avsluttet i 2015. Det har vært gjennomført utlysninger av forskerprosjekter i ett av disse programmene, Globvac (se under). I tillegg har det vært gjennomført utlysning i HELSEVEL, med frist i februar 2016. Hesledirektoratet, ved divisjon eHelse som fra 1.1.2016 er skilt ut som eget direktorat, har hatt tett og god dialog med Forskningsrådet om utlysningen av IKT-fyrtårn innenfor helse, omsorg og velferd i IKTPLUS-satsingen.

Globvac har i programperioden vært finansiert med midler fra UD via Norad og fra HOD. Midlene fra HOD har vært et fast årlig bidrag på 10 mill. Midlene fra Norad har vært betydelig større.

Etter at Norge besluttet å bli del av det Europeiske samarbeidsprogrammet EDCTP2, besluttet programstyret i Globvac (juni 2015) at midlene fra HOD burde avsettes som strategiske samfinansieringsmidler innrettet mot EDCTP prosjekter. Dette for å muliggjøre tilsvarende direkte støtte fra EDCTP.

I løpet av høsten 2015 informerte Norad om at støtten til Globvac måtte reduseres betydelig. For å kunne følge opp igangsatte prosjekter og innvilgete søknader, ble et nytt budsjett for Globvac forelagt programstyret januar 2016. I dette budsjettforslaget var fremtidige bidrag fra HOD lagt inn. Konsekvensen av et slikt budsjett er at samfinansieringsprosjekter med EDCTP ikke lar seg gjennomføre i regi av Globvac.

Program for sykefravær, arbeid og helse er finansiert fra Arbeids- og sosialdepartementet, men Hesledirektoratet stiller som observatør i programstyret på vegne av Helse- og omsorgsdepartementet.

Programmet avsluttes i 2016, og det kommer en evalueringsrapport i løpet av første kvartal. Mye av forskningen som er initiert med midler fra programmet har stor helserelevans, og det er behov for mer av denne typen forskning på direkte og indirekte helsekonsekvenser av forhold i andre sektorer.

Programstyrerepresentantene har blitt trukket inn i direktoratets arbeid med programplanene for de to nye programmene som starter opp i 2016. I våre innspill har vi bl.a. understreket behovet for å sikre at programmene støtter opp under forskning på og i kommunene. Vi har også løftet fram behovet for å ivareta psykisk helse og rus i den nye programstrukturen, for eksempel gjennom en egen handlingsplan på tvers av de

tre programmene.

I arbeidet med programplanen for programmet Bedre helse og livskvalitet gjennom livsløpet (BEDREHELSE) har det vært viktig for oss å sikre prioritering av tiltaksforskning og et helhetlig perspektiv som dekker både uhelse, helse og livskvalitet, og som går på tvers av samfunnssektorer og forvaltningsnivå.

Når det gjelder programmet God og treffsikker diagnostikk, behandling og rehabilitering (GOD BEHANDLING) har ivaretagelse av habilitering og rehabilitering vært viktig for oss, samt at det legges til rette for gode kvalitative studier, longitudinelle studier og effektstudier av behandling på psykisk helse og rusmiddelområdet.

Når det gjelder rapportering for forskningssentrene som mottar tilskudd fra direktoratet, viser vi til informasjon institusjonene sender til Forskningsrådet i forbindelse med utredningen om sentrene som gjennomføres der. Ordinær årsrapportering fra sentrene ventes i april.

### **Innovasjon**

InnoMed (nasjonalt kompetansenettverk for behovsdrevet innovasjon) sitt sekretariat utarbeider årsrapport for kompetansenettverket (sekretariatet og regionale innovasjonsrådgivere) sine aktiviteter. Årsrapporten presenteres for den nye styringsgruppen for nasjonalt samarbeid om innovasjon og næringsutvikling i helse- og omsorgssektoren – InnoMed – på møtet 3.2.2016.

Styringsgruppen til InnoMed og Koordineringsutvalget som følger opp Samarbeidsavtalen (2013-2017) til Innovasjon og næringsutvikling (2008-2017) er slått sammen til én ny styringsgruppe for nasjonalt samarbeid om innovasjon og næringsutvikling i helse- og omsorgssektoren – InnoMed, på grunn av felles formål og hovedaktører. Helsedirektoratet leder styringsgruppen med deltagelse fra de regionale helseforetakene, KS, kommunene Oslo, Sola og Alta, Universitets- og høyskolerådet, Arbeids- og velferdsdirektoratet, Forskningsrådet, Innovasjon Norge og HINAS.

På grunn av tilskuddsregelverket og statsstøtteregelverket har vi vinter/vår 2015 har vi lagt om tilskuddsordningen for InnoMed. Det ble derfor kun gitt tilskudd til tre forprosjekt i 2015. For å innfri krav om nasjonal utlysning av tilskuddsordningen i 2016, har vi utarbeidet nytt tilskuddsregelverk. Dette har medført behov for omstilling og utvikling av InnoMed.

Det er etablert et kompetansenettverk for behovsdrevet innovasjon i kommunene som driftes av KS, i samarbeid med Helsedirektoratet og InnoMed. Helsedirektoratet har i tillegg inngått en rammeavtale med et kompetansemiljø for bistand. Avtalen skal bidra til å møte kommunenes behov for kompetanseheving og prosessveiledning knyttet til økt bruk av metoder for tjenesteinnovasjon. Helsedirektoratet har i samarbeid med blant annet KS utarbeidet veikart for tjenesteinnovasjon (Samveis). Veikartet er under evaluering. Disse tiltakene vil inngå som tiltak for å hjelpe kommunene til å planlegge, gjennomføre og evaluere tjenesteinnovasjonsprosesser. Dette inngår i virksomheten til InnoMed for å styrke satsingen mot kommunene.

### *Oppgaver*

● Utarbeide veileder for tjenesteinnovasjon samt utrede nasjonalt system for dette.

I rute

Beskrivelse Bistå HOD og bidra til oppfølgingen av HelseOmsorg21, og gjennomføre følgende tiltak:  
Utarbeide veileder for tjenesteinnovasjon i samarbeid med InnoMed, DIFI, DogA, Innovasjon Norge og Forskningsrådet samt utrede organisering av et helhetlig nasjonalt system som kan tilrettelegge for tjenesteinnovasjon regionalt og lokalt i samarbeid med tjenesten og andre relevante aktører



**Kommentar** Helsedirektoratet har i tidligere rapportering til HOD informert om at vi ser tiltaket om å utarbeide veileder for tjenesteinnovasjon i sammenheng med tiltaket om å utrede organisering av et nasjonalt system for tjenesteinnovasjon. Helsedirektoratet avventer evaluering av prosessveiledning knyttet til Veikart for tjenesteinnovasjon (Samveis) som skal være ferdig høsten 2016, og vil i den forbindelse vurdere behovet for en ny veileder for tjenesteinnovasjon eller om Samveis kan tilpasses. Vi er forsinket med å levere på oppdraget og har gitt tilbakemelding til HOD om bakgrunnen for forsinkelsen og planlagt leveranse: Delleveranse I: Forslag til hvilke oppgaver et nasjonalt system for tjenesteinnovasjon bør ha ansvar for – for å kunne legge til rette for tjenesteinnovasjon regionalt og lokalt. Delleveranse II Forslag til organisering av det nasjonale systemet for tjenesteinnovasjon, herunder vurdering av behovet for å utarbeide en veileder for tjenesteinnovasjon. Med bakgrunn i dette vil vår leveranse gjelde for statsbudsjettet 2018. Til orientering har Helsedirektoratet invitert styringsgruppen til nasjonalt samarbeid om innovasjon og næringsutvikling – InnoMed til å være referansegruppe for oppdraget.

● **Utarbeide en nasjonal strategi for persontilpasset medisin i helsetjenesten.**

I rute

**Beskrivelse** Direktoratet skal med utgangspunkt i rapporten fra den nasjonale utredningen av persontilpasset medisin i helsetjenesten fra 2014, utarbeide en nasjonal strategi for persontilpasset medisin i helsetjenesten.

**Kommentar** Arbeidet med å utarbeide en nasjonal strategi for persontilpasset medisin er forankret i avdeling for medisinsk utstyr og legemidler. Oppdraget har fått forlenget frist tom 1. juni 2016, og er i rute i henhold til ny frist. Arbeidet er prosjektorganisert. I henhold til mandatet er tjenesten og brukere bredt involvert både i arbeidsgruppene, prosjektgruppen og referansegruppen. Helsedirektoratet har også vært på flere studieturer, hatt møter med eksterne aktører og deltatt på ulike fagseminarer. Direktoratet har arrangert egne temamøter om primærhelsetjenesten og om utfordringer knyttet til persontilpasset medisin. Arbeidsgruppene har levert skriftlige innspill som bearbeides og inngår som deler av utkast til samlet strategi. Strategien skal sendes på bred høring.

**Bistå HOD og bidra til oppfølgingen av HelseOmsorg21**

Ferdig

**Kommentar** En medarbeider fra Helsedirektoratet har hospitert i HOD for å arbeide med regjeringens handlingsplan for oppfølging av HelseOmsorg21-strategien. Som del av utarbeidelsen av handlingsplanen har det vært arrangert flere uformelle innspillmøter, og direktoratet har oversendt notater med våre vurderinger innenfor alle de ti satsingsområdene i handlingsplanen.

### 3.3.8 Personell og kompetanse

---

#### *Langsiktige mål*

Sikre tilstrekkelig tilgang på kvalifisert og kompetent personell i helse- og omsorgssektoren i samsvar med samhandlingsreformen

---

God ivaretagelse av autorisasjons- og godkjenningsordninger for helsepersonell

---

#### *Samlet vurdering*

Helsepersonell står for mer enn to tredeler av ressursinnsatsen i helse- og omsorgstjenesten, og kan lett bli en knapphetsressurs i fremtiden. Gode beslutningsgrunnlag for personellplanlegging vil være viktig for å dimensjonere utdanningskapasiteten riktig og utnytte personellet best mulig. Vi trenger å forbedre kunnskapsgrunnlaget om hvilke virkemidler som har best effekt på personellfeltet. Helse- og omsorgspersonellens kompetanse må utvikles for å møte morgendagens behov; Ny spesialistutdanning for leger er under utvikling og et nytt Kompetanseløft 2020 skal bidra til rekruttering, fagutvikling og kompetanseheving i primærhelsetjenesten. Gode autorisasjons- og godkjenningsordninger skal sikre at befolkningen kan ha tillitt til helsepersonellens kvalifikasjoner. Samtidig må ikke godkjenningsordningene i seg selv skape unødige hindringer for at dyktig personell kan få yte sin innsats i den norske helsetjenesten. På alle disse områdene har Helsedirektoratet viktige oppgaver som skal legge til rette for at tjenestene skal ha tilstrekkelig tilgang på kvalifisert personell med riktig kompetanse, og har i 2015 samlet vår innsats på dette feltet i én organisatorisk enhet.

#### **Ny divisjon**

For å styrke den helhetlige tilnærmingen til personellfeltet, opprettet Helsedirektoratet 1. februar 2015 en egen divisjon for kompetanse og personell. Denne ble slått sammen av enheter fra forskjellige deler av organisasjonen, som tidligere har ivaretatt oppgaver på feltet. Fra 1. januar 2016 har divisjonen også blitt styrket ved innlemming av Statens autorisasjonskontor (se nedenfor).

#### **Status, utvikling og utfordringer på personellfeltet**

I norsk helsetjeneste ble det ytt ca. 253 000 årsverk i 2014. Både spesialist- og primærhelsetjenesten hadde en positiv årsverksutvikling fra 2013 til 2014. I følge Samhandlingsstatistikken var økningen for spesialisthelsetjenesten på 2,6 prosent. I primærhelsetjenesten var økningen noe lavere: 1,2 prosent for omsorgstjenesten og 2,2 prosent for kommunehelsetjenesten. Det er ikke i tråd med forutsetningen i samhandlingsreformen om at personellveksten fortrinnsvis skal skje i kommunene.

Utnyttelsen av personellet er ikke optimal. Det er lav andel av heltidsstillinger, spesielt i pleie- og omsorgssektoren: bare 38 prosent av hjelpepleiere, omsorgsarbeidere og helsefagarbeidere har heltidsstilling. Dette er en nedgang fra 2013 da andelen var 39,6 prosent. For sykepleiere er tilsvarende tall 58,7 prosent, som er en liten nedgang fra 2013.

Tilgangen på nytt, kvalifisert personell har gått noe ned: Det har vært en 3,1 prosent reduksjon i antall autorisasjoner fra 2014 til 2015, hovedsakelig som resultat av en stor reduksjon (25 prosent) av konverteringer fra andre nordiske land, mens autorisasjoner av norskutdannede har økt noe. Av de 16817 autorisasjonene som ble gitt i 2015 var 67 prosent utdannet i Norge og 33 prosent utenfor. Av de 1546 spesialistgodkjenningene for leger som ble gitt i 2015, var ca. 20 prosent konverteringer fra utenlandske spesialiteter. Der er særlig for fagene anesthesiologi, radiologi, fødselshjelp/kvinnesykdommer og patologi at det er stor andel konverteringer.

Gode framskrivninger av fremtidige personellbehov er et viktig beslutningsgrunnlag for god utvikling på personellfeltet. I samråd med Helse- og omsorgsdepartementet og SSB bestilte ikke Helsedirektoratet en ny Helsemod-framskriving i 2015. Det er inngått en avtale om en evaluering av Helsemod og resultatet leveres i april 2016. Resultatet av gjennomgangen av Helsemod vil kunne bidra til å videreutvikle og forbedre framskrivninger av behov for helsepersonell.

### **Viktige aktiviteter og oppdrag**

#### Spesialistutdanning for leger.

Med utgangspunkt i forslaget til ny spesialistutdanning for leger, som ble overlevert HOD i desember 2014, ble det foretatt en detaljutredning av modellen fra Helsedirektoratet og RHF (levert 31.08.15). I vår utredning ble bl. annet Helsedirektoratets fremtidige myndighetsrolle i ny spesialistutdanning for leger beskrevet. Med utgangspunkt i innføring av noen kompetansekrav som skal være felles for alle spesialiteter, har en rekke arbeidsgrupper levert utkast til læringsmål knyttet til Del 1 (dagens turnustjeneste) og felles kompetansemoduler som skal være gjennomgående i hele utdanningsløpet. En annen arbeidsgruppe har utarbeidet forslag til læringsmål for ny spesialitet innrettet på akuttmottakene.

#### Kompetanseløftet 2015

2015 var det siste året i denne handlingsplanen, men mange tiltak fortsetter over i det nye Kompetanseløft 2020. Av nye tiltak som ble igangsatt i 2015 skal spesielt nevnes lederutdanning for primærhelsetjenesten. Handelshøyskolen BI fikk oppdraget om å tilby en 30 studiepoengs modul i ledelse og innovasjon på mastergradsnivå til virksomhets- og enhetsledere i helse- og omsorgstjenesten i kommunene og tannhelsetjenesten i fylkeskommunene. Søkermassen var over tre ganger så stor som antall studieplasser ved første opptak høsten 2015.

#### Autorisasjon og godkjenninger

I februar 2015 leverte Helsedirektoratet en vurdering av hva som kan fremme god måloppnåelse på autorisasjons- og godkjenningsområdet, som et ledd i Regjeringens arbeid med å effektivisere og forenkle helseforvaltningen. Utredningen identifiserte gevinster ved å håndtere autorisasjons- og godkjenningsordningene i tettere sammenheng med de øvrige virkemidlene på personellfeltet, i et langsiktig strategisk arbeid.

I mai 2015 fikk Helsedirektoratet, som ledd i den store forenklingen av sentral helseforvaltning, i oppdrag å forberede integrering av Statens autorisasjon (SAK) i direktoratet fra 1. januar 2016. Integreringen har vært forberedt av partssammensatte grupper, og organisasjonsmodellen som ble valgt, innebar sammenslåing med den nyopprettede divisjonen for kompetanse og personell. Autorisasjons- og godkjenningsoppgavene er nå fordelt på to av divisjonens avdelinger, hvorav den ene i tillegg har et hovedansvar for juridisk fortolkning og kvalitetsforbedring, og den andre for kundeservice.

Autorisasjoner og godkjenninger utgjør et stort volum med enkeltsaksbehandling; SAK behandlet nesten 20 000 søknader om autorisasjon og lisens i 2015, og Helsedirektoratet om lag 1650 spesialistgodkjenninger. En stor andel av sakene innebærer kompliserte vurderinger og mye dokumentasjon. Det er et betydelig forbedrings- og effektiviseringspotensial, både for søkerne og saksbehandlerne, i å standardisere og digitalisere søknadsprosessene. SAK har fått utviklet en elektronisk søknadsprosess via Altinn, som ble tatt i bruk i desember 2015. Videre utvikling av de elektroniske løsningene er nødvendig for å effektivisere behandlingen av det store volumet av norskutdannede søkere med dokumentasjon direkte fra utdanningsinstitusjonen, og for søkere med utdanning utenfor EØS etter den nye forskriften. Vi ser det derfor som nødvendig å investere i videreutvikling av disse løsningene i 2016, til tross for trange økonomiske rammer. Mer detaljert rapportering for 2015 om autorisasjoner og lisenser er omtalt under etatsstyringen av SAK.

Når det gjelder spesialistgodkjenninger, innkam det 1733 søknader i 2015, og 1650 ble behandlet. Saksbehandlingstiden økte mot slutten av året, grunnet mye arbeid med forberedelsene til inkludering av SAK. Det ble gitt avslag på ca. 2 prosent av søknadene. Av de 1617 godkjenningene som ble innvilget, gjaldt 30

tannleger og 9 optikere. De resterende 1546 var leger, hvorav ca. 40 prosent allmennleger (førstegangsgodkjenning eller resertifisering). Til den nye spesialiteten i rus- og avhengighetsmedisin innkom det 53 søknader, hvorav 27 ble ferdigbehandlet og innvilget i 2015.

Arbeidet med implementering av ny forskrift for godkjenning av personell med utdanning utenfor EØS har vist seg mer krevende enn forutsatt. Det er utarbeidet kravspesifikasjoner til fagprøver for de profesjonene hvor slik prøve kreves, men det har ikke vært mulig å anskaffe prøvene innenfor tilgjengelig rammer. Tilbudene fra statlige leverandører av fagprøver for leger var så kostbare at budsjettet ikke var tilstrekkelig, og direktoratet mottok ingen tilbud på fagprøve for tannleger, slik at vi måtte gå i gang med en åpen, internasjonal anbudsrunde. Heller ikke den har resultert i tilbud som lar seg realisere innenfor årets rammer, og vi er i dialog med HOD om hvordan dette kan håndteres.

#### Samarbeid med utdanningssektoren

Helsedirektoratet er sekretariat for Nasjonalt samarbeidsorgan for helse- og utdanningssektoren (NSHU), som er et nyttig forum for informasjonsutveksling og diskusjon mellom representanter for de viktigste aktørene i helsetjenesten og utdanningssektoren. Helsedirektoratet har også ansvar for Nasjonalt utvalg for fagskoleutdanning i helse- og oppvekstfag (NUFHO). NUFHO er en frivillig og selvstendig sammenslutning av sentrale aktører innen helse- og sosialfagene som arbeider for å utvikle, beholde og synliggjøre en nasjonal standard for nivå og innhold i fagskoleutdanning i helse- og oppvekstfag. Helsedirektoratet bidrar aktivt i utviklingen av nasjonale fagplaner. Videre er Helsedirektoratet observatør i Faglig råd for helse- og oppvekstfag, som administreres av Utdanningsdirektoratet. Her drøftes utdanninger på videregående skolenivå innen helse- og oppvekstfag med formål om å sikre relevans.

Helsedirektoratet har deltatt aktivt i Universitets- og høyskolerådet (UHR) sitt prosjekt «Kvalitet i praksisstudier» gjennom ledelse av prosjektets styringsgruppe. Prosjektet skal levere endelig rapport etter siste styringsgruppemøte 28. januar 2016.

### **Resultater og gjenstående arbeid**

#### Kompetanseløftet 2015

2015 var det siste året i planperioden. NIBR evaluerer Kompetanseløftet 2015 for perioden 2013-2015. Foreløpig rapportering viser at målene i all hovedsak er oppnådd. I 2014 var det registrert over 16 400 flere avtalte årsverk enn i starten av planperioden, og delmålet på 12 000 nye årsverk ble mer enn oppfylt. Andelen med relevant fagutdanning var over 75 prosent, og andelen ansatte med helsefaglig utdanning fra høyskole eller universitet har økt mest.

Det er fortsatt grunn til bekymring over tilgangen på personell med helsefagarbeiderutdanning eller tilsvarende. Etter et sterkt fall fra 2008 til 2010 har utdanningstallene ligget på et nivå betydelig lavere enn hva som trengs for å nå målet i planperioden om en bruttotilgang på om lag 4500 helsearbeidere per år. Søkningen er relativt god til helse- og oppvekstfag, men en stor andel faller fra helsearbeiderfaget i overgangen til læretid. Rekrutteringen via voksenopplæring har også blitt kraftig redusert etter omleggingen i utdanningssystemet for helsearbeiderfaget.

#### Spesialistutdanningen for leger

Ny spesialistutdanning planlegges iverksatt fra 2017. Det innebærer at et stort arbeid med utvikling av læringsmål innenfor alle de 45 spesialitetene på kort tid. Det vil kreve en betydelig innsats og godt samarbeid mellom alle berørte parter.

Arbeidet med å bruke avtalespesialistene i utdanning av legespesialister har vært vanskelig å få i gang. Det er oppnevnt egne kontaktpersoner i de regionale helseforetakene som skal stimulere til pilotprosjekter, men økonomiske og logistiske forhold har vært begrensende. Helsedirektoratet ser det som viktig at avtalepraksisene blir utviklet som læringsarena i den nye spesialistutdanningen, og at regelverket rundt

forsøksordningen utvides til å dekke den mellomliggende perioden.

### Styringsparameter

#### Legestillingsregisteret gir godt grunnlag for analyse og fordeling av legestillinger

**Kommentar** LSR inneholder pr. i dag leger i spesialisthelsetjenesten og fastleger. Det har vært krevende å få til god datakvalitet i registeret, til tross for betydelig innsats fra forskjellige aktører. 3 av 4 RHF fikk i løpet av 2015 en direkte, automatisk integrasjon med HF-enes lønns- og personaldatasystemer. Opprydding pågår fortsatt, men etter hvert vil dette gi et register som speiler ansatte i tjenestenes LP-systemer til enhver tid. Det er innledet samarbeid med RHF arbeidsgruppe i Nasjonal bemanningsmodell for å samkjøre prosessene vedrørende datakvalitet, analyser og framskrivninger.

#### Statistikk og framskrivninger av årsverk og sysselsatte fordelt på sektorer og personellgrupper som gir grunnlag for analyse av fremtidig kompetansebehov.

**Kommentar** Direktoratet har hatt dialog med HOD om bestilling av ny HELSEMOD og det er igangsatt en evaluering. Helsedirektoratet er i et kontinuerlig utviklingsarbeid for å forbedre framskrivninger på personellfeltet, blant annet gjennom nasjonalt og internasjonalt samarbeid. Vi arrangerte i november en internasjonal ekspertkonferanse om temaet, med stor deltakelse fra norsk side.

### Oppgaver

#### **●** Integrere turnustjenesten for leger i spesialistutdanningen

I rute

**Beskrivelse** I oppfølging av utredning om legenes spesialistutdanning skal arbeidet med å integrere turnustjenesten som første felles del av spesialistutdanningen og etablering av ny spesialitet i mottaks- og indremedisin prioriteres. Som ledd i å ivareta myndighetsansvaret for legenes spesialistutdanning skal direktoratet opprette hensiktsmessige faglige råd.

**Kommentar** Utkast for læringsmål for del 1 er utarbeidet og skal ut på høring våren 2016, før de vedtas innen juli 2016. Arbeidsgruppene som har foreslått læringsmål, har vært bredt sammensatt av eksperter med erfaring fra dagens turnustjeneste. En annen arbeidsgruppe har foreslått læringsmål for en ny spesialitet beregnet på akuttmottakene. Også dette forslaget skal på høring våren 2016. Oppdraget om å opprette faglige råd har falt bort i departementets siste oppgavebeskrivelse.

#### **●** Følge opp tiltak knyttet til oppgavedeling mellom profesjonsgrupper

Forsinket

**Beskrivelse** Helsedirektoratet skal følge opp tiltak knyttet til oppgavedeling mellom profesjonsgrupper i helse- og omsorgstjenesten, herunder iverksetting og oppfølging av pilotprosjekter i sykehus.

**Kommentar** Status pr. desember 2015: Igangsetting av pilotprosjekter vedrørende oppgavedeling mellom personell er forsinket. Prosessen og utvikling av protokoller, prosjektplan og tidsplan har tatt lengre tid enn forventet. Direktoratet har vært i jevnlig dialog med HOD om dette. Pilotprosjekt innen patologi: Pilot er i gang. Forventet ferdigstilling er høsten 2016. Pilotprosjekt innen radiologi (vurdering av henvisninger): Prosjektplan forventes i februar 2016. Forventet oppstart våren 2016. Helse Nord RHF skal også - på initiativ fra HOD - i gang med pilotprosjekt innen mammografi screening, beskrivelse av bilder. Utkast til prosjektplan er mottatt. Planen må arbeides mer med før pilot kan iverksettes. Pilotprosjekt innen bemanning på operasjonsstuer: Dialogmøte med OUS ble avholdt i desember. OUS kommer tilbake med ferdig prosjektplan på nyåret. Pilotprosjekt innen skopiundersøkelser vurderes knyttet opp mot utvidelse av CRC-programmet. Prosjektet vedrørende oppgavedeling følges opp regelmessig i møter med HOD.

Vurdere om det er behov for bredere faglig spesialisering for å møte fremtidens behov.		Ikke startet
Beskrivelse	Mange videre- og etterutdanninger for helsepersonell er i dag på smale områder. Dette er ofte faglig sett nødvendig gitt behovet for spesialisert kompetanse, men kan i noen tilfeller bidra til fragmenterte helsetjenester. Hdir bes foreta en vurdering av om det er behov for bredere faglig spesialisering og spesialistkompetanse for enkelte personellgrupper.	
Kommentar	Oppdraget stod i tildelingsbrevet, men det er ikke mottatt spesifisering fra HOD, jf. kommentar fra april 2015. Helsedirektoratet avventer nærmere avklaring på dette oppdraget og vil arbeide med dette i 2016 i sammenheng med det nye Kompetanseløft 2020.	
● Oppdrag knyttet til personell og kompetanse - kommer i eget brev.		Ikke startet
Beskrivelse	Helsedirektoratet vil som del av oppfølgingen av meldingen til Stortinget om fremtidig primærhelsetjeneste få oppdrag knyttet til personell og kompetanse. Oppdraget vil bli spesifisert i eget brev. Oppdraget er senere blitt lagt inn under det nye Kompetanseløft 2020.	
● Følge opp endret godkjenningsordning for utenlandsk helsepersonell		Forsinket
Beskrivelse	Gjøre forberedelser for iverksetting av lovforslag om endret godkjenningsordning for helsepersonell med utdanning fra land utenfor EØS og Sveits.	
Kommentar	Direktoratet har i 2015 gjort forberedelser til ikrafttredelse av ny forskrift om tilleggskrav gjennom å beskrive innhold og omfang av fagprøver, og igangsette anskaffelser av fagprøvene. Direktoratet forsøkte opprinnelig å anskaffe tilbydere av fagprøver i egen regi, men ettersom direktoratet ikke mottok tilbud for fagprøver for tannleger, og tilbudene for fagprøver for helsefagarbeidere og leger ble vurdert som for dyre, ble det kunngjort offentlig anskaffelser, med frist for tilbydere i januar 2016. Dette medfører et betydelig mindreforbruk i 2015 .Ny offentlig anskaffelse av kurs i nasjonale fag er gjennomført i 2015, og direktoratet har vært i dialog med tilbyderne om å utløse opsjon for avtalene i 2016. Direktoratet har også satt i gang arbeidet med å vurdere hensiktsmessig overgangsordning i forbindelse med ikrafttredelse av ny forskrift, forventet avsluttet i februar 2016.	

### 3.5.1 Tidstyver

Helsedirektoratet viser til tildelingsbrev 2015 fra Helse- og omsorgsdepartementet, punkt 5.1. vedr. fellesføringer og tidstyver: «I årsrapporten for 2015 skal det rapporteres på en felles mal om arbeidet med å avvikle brukerrettede tidstyver i egen virksomhet og hvordan det skal arbeides videre med disse.»

Det er en utfordring å identifisere tidstyver som kun er brukerrettede i egen virksomhet. Mange av oppgavene som gjøres i direktoratet har effekter og avhengigheter for eksterne brukere av direktoratets tjenester. En del av tidstyvene som direktoratet har kartlagt vil derfor reflektere dette. Det henvises til vedlegg 2 for en spesifisering av tidstyvene.

I tildelingsbrevet er det også omtalt: «Innen 01.06.2015 skal Helsedirektoratet rapportere i Difis rapporteringsløsning, eller på annen måte, om brukerrettede tidstyver i egen virksomhet.» Helsedirektoratet har i 2015 arbeidet med identifikasjon av tidstyver. Disse er publisert på Difis nettsider. Direktoratet vil følge opp disse og rapportere status for interne tidstyver i 2016.



#### Interne tidstyver i Helsedirektoratet:

- Rutiner for refusjon av utlegg til eksterne – særlig tidsfrister for utbetaling av reiseregninger
- Førerkortforvaltning – redusere saksbehandlingstiden for personer som søker om dispensasjon fra helsekravene
- Dårlig/mangelfull koding av grunndata som underlag til forskning og kvalitetsutvikling
- Autorisering av helsepersonell utdannet i Norge

#### Tidstyver som Helsedirektoratet har sendt til andre:

- Manglende konsolidering av drift av EPJ-løsninger for fastleger
- Tidstyver knyttet til tilskudsregelverk
- Unødvendig dobbelrapportering innenfor helsetjenesten
- Tilleggsoppdrag og tilleggstilodelinger fra Helse- og omsorgsdepartementet
- Elektronisk meldingsutveksling i helse- og omsorgssektoren
- Pasientreiser uten rekvisisjon
- Forenkle forvaltningen av produkt-regelverket for medisinsk utstyr

Helsedirektoratet vil understreke at jakten på tidstyver en kontinuerlig prosess som er integrert i det meste av arbeidet som utføres i direktoratet. Mye av arbeidet som gjøres for å fange tidstyver vil derfor ikke være synliggjort i vedleggene. Vedlegg 2 og punktene over vil derfor kun være eksempler på tidstyver som har blitt identifisert.

### **3.5.3 Tilskudsforvaltning**

Tilskudd er et viktig virkemiddel for å nå politiske mål innen helseområdet. Helsedirektoratet er blant de største tilskudsforvalterne i staten med ansvar for mer enn 180 tilskudsregelverk.

Tilskudsordningene direktoratet forvalter er veldig ulike med hensyn til hva man skal oppnå med ordningen, størrelsen på budsjettene, hvem som kan søke og hva det kan søkes om midler til. De fleste ordningene forvalter direktoratet selv, men for noen ordninger er forvaltningen delegerte til andre, for eksempel Fylkesmannen eller fylkeskommunene.

I 2015 utbetalte direktoratet cirka 13,4 mrd. kr i tilskudd, hvorav den største ordningen «Særlig ressurskrevende helse- og omsorgstjenester» utgjorde i underkant av 8,3 mrd. kr. Direktoratet mottar årlig rapportering fra tilskuddsmottakerne, og rapporterer videre tilbake til Helse- og omsorgsdepartementet om måloppnåelse for de ulike ordningene. I tillegg blir det etter behov gjennomført evalueringer av ordninger. I 2015 ble følgende evalueringer gjennomført:

Kapittel.post	Tilskudsordning	Navn på evalueringen
733.79	Omstilling av private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner	Evaluering av tilskudsordning - Omstilling av private rehabiliteringsinstitusjoner 2008-2014

Helsedirektoratets tilskudsordninger kunngjøres på Helsedirektoratet.no, slik at alle potensielle søkere skal kunne søke. Vi har i flere år fått søknader og rapporteringsskjema elektronisk inn via Altinn. I 2015 ble Helsedirektoratets nye system for saksbehandling og utbetaling av tilskudd tatt i bruk. Systemet skal gi en mer enhetlig og effektiv saksbehandling. Det jobbes kontinuerlig med å forbedre og øke digitalisering av tilskudsforvaltningen.

### 3.5.4 Nye styringsparametere for fagrollen og forvaltningsrollen

---

Oppgave i tildelingsbrev 2015: «I løpet av 2015 skal Helsedirektoratet presentere forslag til 30 styringsparametere for fagrollen og for forvaltningsrollen, eksklusiv HELFO. Parametrene skal dekke vesentlige deler av direktoratets virksomhet innen de to hovedrollene. Helsedirektoratet skal rapportere på parametrene i årsrapporten for 2015.»

Helsedirektoratet har igangsatt prosess for utarbeidelse av styringsparametere for fag- og forvaltningsrollen. Målsetningen er at disse er ferdig til sommeren 2016, og at de ses i sammenheng med endringene i RNB av 2015, med et forsterket ansvar innen kvalitet, beredskap og personell og kompetanse.

### 3.5.5 Etablering av IKT-plattform

---

Helsedirektoratet har i 2015 gjennomført og startet flere prosjektet for å vedlikeholde og videreutvikle sin IKT plattform, hvor de fleste aktivitetene har involvert eSaks løsningen. Helsedirektoratets IKT plattform benyttes også i utstrakt grad av flere etater, blant annet HELFO, POBO og Direktoratet for e-helse, som har gjort det nødvendig med tilpasninger av IKT plattformen for å ta høyde for en slik bruk. I 2015 er det også gjennomført tiltak for å sikre reservedrift av IKT plattformen, som reduserer risiko for nedetid betraktelig.

Gjennom de 4 virksomhetene som bruker IKT-plattformen (HELFO, POBO, Helsedirektoratet og Direktorat for eHelse) produseres det nå årlig over 1 millioner dokumenter digitalt gjennom virksomhetenes saksbehandling internt og ut mot brukere, og plattformen ligger i bunn for den elektroniske utbetaling og forvaltningen av tilskudd og helserefusjonsmidlene som Helsedirektoratet har ansvar for.

Helsedirektoratets IKT plattform blir i økende grad benyttet i forbindelse med realisering av oppgaver. I 2015 har *Løsning for saksbehandling av tilskudd, Elektronisk søknadsprosess for spesialistgodkjenning og Migrering av fastlegeløsning fra NAV* til Helsedirektoratet vært hovedaktivitetene. I tillegg så muliggjorde plattformen sin fleksibilitet at man raskt og med små kostnader kunne understøtte virksomhetsendringene i RNB ved bl.a. å innlemme SAK sin saksbehandling i Helsedirektoratet og etablere en egen saksbehandlingsløsning for Direktorat for e-Helse på felles plattform.

I perioden 2013 til 2015 var fokus på å etablere eSaks løsningen som en helhetlig arkiv og saksbehandlingsløsning for virksomhetene, samt en egen fag-modul (HESA) som HELFOs saksbehandlingsverktøy, for å behandle innbyggerses stønadskrav (behandling i innland og utland) som ble besluttet flyttet fra Infotrygd i NAV over til Helsedirektoratet sin IKT plattform. HESA tilrettelegger for en mer effektiv arbeidsprosess, blant gjennom automatisert viderefakturerer til sørge-for-instansene, standardisert beslutningsstøtte, og at telefoniveiledere, dokumentsender og saksbehandlere har tilgang til samme arbeidsflate. I den samme perioden har eSaks løsningen etablert ny saksbehandling for Helsepersonell registeret i tillegg til støtte for ordinær saksbehandling i virksomhetene.

Med HESA har en oppnådd en rekke viktige kvalitative forbedringer for HELFO, herunder: oppfyller økonomireglementet fullt ut (særlig ift. tottrinns godkjenning); arkivlovens bestemmelser; tilrettelegging for å etablere nye digitale kanaler mellom HELFO og borger, bedre styringsinformasjon

og mulighet for kontroll gjennom økt datatilfang. Gevinster hentet ut fra IKT plattformen er økt digitalisering og standardisering av eksisterende saksbehandling.

Helsedirektoratet har etablert en forvaltningsorganisasjon med nødvendig kompetanse for å sikre at plattformen kontinuerlig tilpasses/videreutvikles i takt med endringer i organisasjonens behov. Kompetansen og kapasiteten i drift og forvaltningsorganisasjonen kommer også resten av IKT porteføljen til gode. Fremover vil det fortsatt være behov for investeringer for å kunne realisere ytterligere gevinster. Det vil også fremover være nødvendig med investeringer i selve plattformen for å håndtere den økte kompleksiteten og samtidig bidra til en kostnadseffektiv forvaltning. I 2016 er drift og forvaltningskostnader for IKT plattformen estimert til å være ca. 50 MNOK.

Plattformen utvikles i takt med stadig økende behov for digitalisering, automatisering og utvikling for å levere på nye oppdrag og tjenester. Videre investeringer i IKT plattformen vurderes fortløpende i Helsedirektoratet sitt porteføljestyre. Utviklingsbehov for å støtte videre utvikling, automatisering og digitalisering av tjenestene plattformen understøtter i 2016 er estimert til ca. 30MNOK, der *Migrering av Fastlegeløsningen fra NAV, videre HESA-utvikling* og videre funksjonalitet for å *digitalisere søknadsprosess for helsepersonell* og *digital løsning for spesialistutdanning og godkjenning av leger* vil være hovedaktiviteter.

Plattformen er en vesentlig forutsetning for videre digitalisering av oppgaver og realisering av nye oppdrag i direktoratet.»

Helsedirektoratet styres gjennom Helse- og omsorgsdepartementets etatsstyringsprosesser.

## 4. STYRING OG KONTROLL I VIRKSOMHETEN

Tildelingsbrevet, samt 60 tillegg til tildelingsbrev, har gitt føringer på nye oppdrag i løpet av 2015. Den totale oppgaveporteføljen omfatter også pålagte faste oppgaver og direktoratets egen initierte oppgaver. Oppgavene ivaretas av den enkelte divisjon med tilhørende avdelinger, og Helsedirektør har tydeliggjort sine føringer i mål- og disponeringsskriv til ledernivåene. Ledergruppen har spesielt fokus på prioriterte oppgaver basert på vesentlighet og risiko. Direktoratet gjennomfører tertialvis rapportering med fokus på økonomi og oppgaveløsning, hvor det er gjennomført to budsjett- og regnskapsrapporteringer til HOD i løpet av 2015. I tillegg ble det gjennomført en økonomigjennomgang med divisjonene pr 30. november. Direktoratet er i prosess med å utarbeide styringsindikatorer som fokuserer på vesentlige områder innenfor rollene som direktoratet har i ansvar å ivareta.

### Risikostyring

Risikostyring i Helsedirektoratet er integrert i direktoratets prosjektmodell og brukes i styring av store prosjekter. I 2015 har vi utarbeidet et rammeverk for risikostyring i Helsedirektoratet, som er første av tre trinn med formål å implementere risikostyring som en integrert del av Helsedirektoratets virksomhetsstyringen. Arbeidet fortsetter i 2016 med videreutvikling av metodikk og verktøy, og skal være ferdig innen første halvår 2016. Implementering med opplæring i organisasjonen kan gjennomføres i takt med virksomhetsplanlegging for 2017.

## Virksomhetsstyringssystem

Helsedirektoratet implementerte i 2014 virksomhetsstyringssystemet PULS. Systemet benyttes til å følge opp tildelingsbrevet, tillegg til tildelingsbrev, strategisk plan, avdelingenes virksomhetsplaner og gjennomføre budsjettprosessen og intern/ekstern rapportering. I 2015 ble systemet videreutviklet med en lederside, for sikre oppfølging av interne styringsindikatorer, årets satsinger i strategisk plan og ledelsens prioriterte oppgaver. I forbindelse med virksomhetsplanlegging av 2016 er det jobbet med resultatmål og ressursplanlegging i avdelingenes virksomhetsplaner, for å styrke mål- og resultatstyringen. Alle prosessene i systemet er dokumentert og det tilbys regelmessig opplæring av alle brukere av systemet som er ledere, lederstøtte og saksbehandlere. Helsedirektøren benytter PULS i sine tertialsamtaler med divisjonsdirektørene.

## Riksrevisjonen

Revisjonens gjennomgang av Helsedirektoratets internkontroll rundt økonomistyring viste at vi har tilfredsstillende internkontroll i både Helsedirektoratet og ytre etat (HELFO), samt tilfredsstillende kontroll med disposisjoner. I ny rutine for årsregnskapsrapportering (R-115) ble det gjort feil i rapportering av tall fra ytre etat, som medførte at Riksrevisjonen ikke kunne godkjenne Helsedirektoratets årsregnskap. Det er etablert en rutine for samhandling i årsrapportering i Helsedirektoratet med ytre etat som skal sikre at denne typen rapporteringsfeil ikke oppstår i fremtiden.

# 5. VURDERING AV FRAMTIDSUTSIKTER

Helsetilstanden i den norske befolkningen er god. Likevel er det tydelige sosiale helseforskjeller. Norge har best levekår, men vi lever ikke like lenge som folk i land vi sammenligner oss med. Vi taper gode leveår på grunn av store folkesykdommer som kreft, diabetes, hjerte-kar og lungesykdommer. Dette er sykdomsgrupper som også øker globalt. Psykiske helseproblemer og rus bidrar også i stor grad til tap av gode leveår og arbeidsfravær. Helseutfordringene varierer med sosial bakgrunn som etnisitet og sosioøkonomisk status.

Helsetjenesten kan bli enda bedre til å levere tjenester tilpasset brukernes behov og forventninger om høy kvalitet, god informasjon, medvirkning og tilrettelegging.

Kvaliteten i helse- og omsorgstjenesten er gjennomgående god, men varierer betydelig. Pasientene mangler åpen og sammenlignbar informasjon som bidrar til velinformerte valg, og tjenesten vet for lite om kvaliteten og pasientsikkerheten i egen virksomhet. Vi trenger mer kunnskap, forskning, datafangst og analyse som grunnlag for å kunne måle kvalitet og identifisere sviktområder.

Regjeringen har klare prioriteringer innenfor helse- og omsorgspolitikken. Det påvirker Helsedirektoratets oppgaveportefølje. Direktoratet har fått flere oppdrag knyttet til Nasjonal helse- og sykehusplan, fritt behandlingsvalg, pakkeforløp kreft, rus og psykisk helse.

Helse- og omsorgssektoren har hatt en stor utvikling innenfor digitale løsninger de siste årene, og utviklingen fortsetter i årene som kommer. Helsedirektoratet har implementert digitale løsninger på flere områder allerede, og fortsetter i 2016.

Utvikling av gode omsorgsordninger for eldre og andre grupper med pleiebehov er viktig i et samfunn med en stor andel eldre i befolkningen. Helsedirektoratet følger med på utviklingen, og er opptatt av at det ikke bygges ned tilbud før vi har fullgode alternativer. Det er viktig å sikre kvalitet og kompetanse i tjenestene, og tilby mer skreddersydde løsninger.

Utfordringer fremover er blant annet tilstrekkelig og kompetent helsepersonell, forebygging av ikke-smittsomme sykdommer, sosial ulikhet, ungdomshelse og god kvalitet og pasientsikkerhet.

Helsedirektoratet jobber i tråd med strategien for 2014-2018 og målene:

- Folkehelse og forebygging først
- God dialog og medvirkning
- Fremme kvalitet og pasientsikkerhet
- Lærende og effektiv organisasjon

Som følge av den nye virksomhetsstrukturen for etatene under Helse- og omsorgsdepartementet fra 1. januar 2016, har Helsedirektoratet gjennomført totalt syv virksomhetsoverdragelser. Med oppgaveporteføljen og medarbeiderne som kom inn, fulgte ansvar som styrker Helsedirektoratets rolle som fag- og myndighetsorgan, i tillegg til et mer helhetlig ansvar for nasjonal helseberedskap.

Regjeringen har besluttet at det skal etableres en konsernmodell for den sentrale helseforvaltningen som omfatter alle etatene. Vedtaket innebærer etablering av en tredelt konsernmodell med ansvar for felles administrative tjenester i regi av Norsk Helsenett SF (NHN), Helsedirektoratet og Direktoratet for økonomistyring (DFØ). Dette vil påvirke Helsedirektoratets administrative tjenester.

Uansett vil kjerneoppgavene som å utvikle retningslinjer for behandling og diagnostikk, forvalte lover, regelverk og refusjonsordninger og iverksette politikk bestå. Utfordringen blir å ta oppgavene inn i en ny tid med økt digitalisering, større forventninger til profesjonelle leveranser og kostnadseffektiv forvaltning.

# 6. ÅRSREGNSKAP

## 6.1 Konsolidert regnskap (Hdir inkl. HELFO)

---

### Ledelseskommmentarer:

#### Formål

Helsedirektoratet ble dannet i 2002 og er underlagt Helse- og omsorgsdepartementet.

Helsedirektoratet fører regnskap i henhold til kontantprinsippet, slik det fremgår av prinsippnoten til årsregnskapet. Årsregnskapet utgjør del VI av årsrapporten til Helsedirektoratet.

Direktoratet skal styrke helsen til hele befolkningen gjennom helhetlig og målrettet arbeid på tvers av tjenester, sektorer og forvaltningsnivå. Direktoratet skal gjøre dette med utgangspunkt i rollen som fagorgan, regelverksforvalter og iverksetter på helsepolitisk område.

#### Bekreftelse

Årsregnskapet er avlagt i henhold til bestemmelser om økonomistyring i staten, rundskriv R-115 fra Finansdepartementet og krav fra Helse- og omsorgsdepartementet i instruks om økonomistyring. Regnskapet gir et dekkende bilde av direktoratets disponible bevilgninger, regnskapsførte utgifter, inntekter, eiendeler og gjeld.

#### Vurdering av vesentlige forhold

Helsedirektoratets ansvarsområde: I 2015 har Helsedirektoratet disponert tildelinger på utgiftssiden på 47,3 mrd. kroner. Av dette har HELFO disponert 33,3 mrd. kroner til stønadsordninger. For disse områdene var avviket mellom budsjett og regnskap ubetydelig totalt sett. Helsedirektoratet har disponert 14 mrd. kroner. Bevilgningene er benyttet i tråd med formålene for bevilgningene.

#### Helsedirektoratet:

Regnskapsførte utgifter på 14 mrd. kroner inkluderer overslagsbevilgninger på 11,9 mrd. kroner, herav 8,3 mrd. kroner i tilskudd til kommunene for å sikre et godt tilbud til tjenestemottakere som krever stor ressursinnsats fra det. Regnskapstallene inkluderer ytre og underliggende etater: Nasjonalt kunnskapssenter, Pasient- og brukerombudene, Statens autorisasjonskontor og Helseøkonomiforvaltningen. Regnskapet til disse enhetene hadde et samlet merforbruk på 4,5 mill. kroner (0,8 prosent). Direktoratet har gitt mange belastningsfullmakter til ulike organisasjoner. I 2015 belastet andre direktoratet med 936 mill. kroner ihht. avgitte belastningsfullmakter. De største fullmaktene gjelder tilskudd til arbeid med psykisk helse og rus.

Direktoratets driftsbudsjett (01-post) viser tilnærmet balanse, mens det er mindreforbruk innen flere kapittelposter for spesielle driftsutgifter (21-poster) og tilskudd (60- og 70-poster). Enkelte av 21-postene kan sees i sammenheng med 60- og 70-poster, slik at mindreforbruket har vært med hensikt for å finansiere tilskuddsområdet, også motsatt har mindreforbruket på enkelte av 60- og 70-postene oppstått for å finansiere spesielle driftsutgifter (21-poster). Utover dette er mindreforbruket innen



21-postene er i stor grad knyttet til forsinkelser i aktiviteter og anskaffelser, særlig innenfor tjenestoområdene psykisk helse og rustiltak, omsorgstjenester og primærhelsetjenester. For tilskuddene (60- og 70-poster) kan mindreforbruket kategoriseres i 3: 1: ordninger som ikke fungerer optimalt (mangelfulle søknader, dyr ordning, høy egenfinansiering) manglende kompetanse i kommunene, 2: tidsaspekt: sen tildeling i løpet av virksomhetsåret og sen godkjenning av regelverk, 3: mangelfull planlegging i Helsedirektoratet. Avvikene har særlig oppstått innenfor områdene Psykisk helse og rustiltak, herunder demens og psykologtjenester.

I 2015 har det ikke vært vesentlige endringer i direktoratets økonomi sammenlignet med 2014. Fra 2016 vil det bli endringer i driftsøkonomien som følge av utskillelse av Direktoratet for e-helse og overføringen av Statens autorisasjonskontor og Statens strålevern til direktoratet.

Det henvises til kapittel 2.3, presentasjon av utvalgte hovedtall for en mer detaljert omtale.

#### **Tilleggsopplysninger**

Riksrevisjonen er ekstern revisor og bekrefter årsregnskapet for Helsedirektoratet. Årsregnskapet er ikke ferdig revidert per d.d. men revisjonsberetningen antas å foreligge i løpet av 2. kvartal 2016. Resultatet av brevlige ompostinger er innarbeidet i regnskapet. Beretningen er unntatt offentlighet fram til Stortinget har mottatt Dokument 1 fra Riksrevisjonen, men vil bli publisert på Helsedirektoratets nettside så snart dokumentet er offentlig.

Oslo, 7. mars 2016

  
Bjørn Guldvog  
helsedirektør

## **Prinsippnote årsregnskapet**

Årsregnskapet for Helsedirektoratet er utarbeidet og avlagt etter nærmere retningslinjer fastsatt i bestemmelser om økonomistyring i staten ("bestemmelsene"), fastsatt 12. desember 2003 med endringer, senest 5. november 2015. Årsregnskapet er i henhold til krav i bestemmelsene punkt 3.4.1, nærmere bestemmelser i Finansdepartementets rundskriv R-115 og eventuelle tilleggskrav fastsatt av eget departement.

Oppstillingen av bevilgningsrapporteringen omfatter en øvre del med bevilgningsrapportering og en nedre del som viser beholdninger virksomheten står oppført med i kapitalregnskapet. Oppstillingen av artskontorrapporteringen har en øvre del som viser hva som er rapportert til statsregnskapet etter standard kontoplan for statlige virksomheter og en nedre del som viser grupper av kontoer som inngår i mellomværende med statskassen.

Oppstillingen av bevilgningsrapporteringen og artskontorrapporteringen er utarbeidet med utgangspunkt i bestemmelsene punkt 3.4.2 – de grunnleggende prinsippene for årsregnskapet:

- a) Regnskapet følger kalenderåret
- b) Regnskapet inneholder alle rapporterte utgifter og inntekter for regnskapsåret
- c) Utgifter og inntekter er ført i regnskapet med brutto beløp
- d) Regnskapet er utarbeidet i tråd med kontantprinsippet

Oppstillingene av bevilgnings- og artskontorrapportering er utarbeidet etter de samme prinsippene, men gruppert etter ulike kontoplaner. Prinsippene korresponderer med krav i bestemmelsene punkt 3.5 til hvordan virksomhetene skal rapportere til statsregnskapet. Sumlinjen "*Netto rapportert til bevilgningsregnskapet*" er lik i begge oppstillingene. Alle statlige virksomheter er tilknyttet statens konsernkontoordning i Norges Bank i henhold til krav i bestemmelsene pkt. 3.8.1. Ordinære forvaltningsorgan (bruttobudsjetterte virksomheter) tilføres ikke likviditet gjennom året. Ved årets slutt nullstilles saldoen på den enkelte oppgjørskonto ved overgang til nytt år.

### ***Bevilgningsrapporteringen***

Bevilgningsrapporteringen viser regnskapstall som Helsedirektoratet har rapportert til statsregnskapet. Det stilles opp etter de kapitler og poster i bevilgningsregnskapet som Helsedirektoratet har fullmakt til å disponere. Oppstillingen viser alle finansielle eiendeler og forpliktelser Helsedirektoratet står oppført med i statens kapitalregnskap. Kolonnen samlet tildeling viser hva virksomheten har fått stilt til disposisjon i tildelingsbrev for hver kombinasjon av kapittel/post.

Mottatte fullmakter til å belaste en annen virksomhets kombinasjon av kapittel/post (belastningsfullmakter) vises ikke i kolonnen for samlet tildeling, men er omtalt i note B til bevilgningsoppstillingen. Utgiftene knyttet til mottatte belastningsfullmakter er bokført og rapportert til statsregnskapet og vises i kolonnen for regnskap.

Avgitte belastningsfullmakter er inkludert i kolonnen for samlet tildeling, men bokføres og rapporteres ikke til statsregnskapet fra virksomheten selv. Avgitte belastningsfullmakter bokføres og rapporteres av virksomheten som har mottatt belastningsfullmakten og vises derfor ikke i kolonnen for regnskap. De avgitte fullmaktene framkommer i note B til bevilgningsrapporteringen.

### ***Artskontorrapporteringen***

Artskontorrapporteringen viser regnskapstall Helsedirektoratet har rapportert til statsregnskapet etter standard kontoplan for statlige virksomheter. Note 7 til artskontorrapporteringen viser forskjeller mellom avregning med statskassen og mellomværende med statskassen.

**Oppstilling av bevilgningsrapportering, regnskapsåret 2015 – Hdir inkl. Helfo**

Utgifts kapittel	Kapittelnavn	Post	Posttekst	Note	Samlet tildeling*	Regnskap 2015	Merutgift (-) og mindreutgift
0720	Helsedirektoratet	01	Driftsutgifter	A,B	1 102 485 000	1 115 006 005	-12 521 005
0720	Helsedirektoratet	21	Spesielle driftsutgifter	A,B	12 000 000	100 751 630	-88 751 630
0720	Helsedirektoratet	70	Helsetjenester i annet EØS-land	A,B	45 000 000	22 890 653	22 109 347
0732	Regionale helseforetak	77	Poliklinisk virksomhet	A,B	3 804 904 000	3 826 197 766	-21 293 766
0163	Tilskudd til nødhjelp og humanitær bistand	70	Tilskudd	A,B	72 800 000	44 707 173	28 092 827
0440	Tilskudd	70	Tilskudd	A,B	1 000 000	1 000 000	0
0575	Toppfinansieringordning	60	Diverse	A,B	8 264 160 000	8 263 100 833	1 059 167
0601	Utredningsvirksomhet og forsikring m.m.	21	Spesielle driftsutgifter	A,B	160 000	160 000	0
0701	Spesielle driftsmidler	21	Spesielle driftsutgifter	A,B	262 848 000	261 569 897	1 278 103
0702	Beredskap	21	Spesielle driftsutgifter	A,B	17 633 000	19 947 663	-2 314 663
0702	Tilskudd, beredskap	70	Tilskudd	A,B	7 956 000	4 773 350	3 182 650
0711	Spesielle driftsmidler	21	Spesielle driftsutgifter	A,B	16 000 000	15 881 266	118 734
0711	Tilskudd	70	Tilskudd	A,B	2 149 000	2 149 000	0
0711	Tilskudd, skolefrukt	74	Tilskudd	A,B	33 729 000	15 000 000	18 729 000
0718	Spesielle driftsmidler	21	Spesielle driftsutgifter	A,B	79 500 000	64 963 001	14 536 999
0718	Rusmiddelforebygging Tilskudd	63	Diverse	A,B	18 777 000	15 659 519	3 117 481
0718	Frivillig arbeid	70	Tilskudd	A,B	121 988 000	123 313 124	-1 325 124
0719	Spesielle driftsmidler	21	Spesielle driftsutgifter	A,B	56 800 000	51 944 105	4 855 895
0719	Folkehelse tilskudd	60	Diverse	A,B	22 552 000	22 521 196	30 804
0719	Smittevern	70	Tilskudd	A,B	22 024 000	22 123 984	-99 984
0719	Andre tilskudd	79	Tilskudd	A,B	16 100 000	16 006 215	93 785
0724	SAK - drift	01	Driftsutgifter	A,B	1 350 000	1 350 000	0
0729	POBO - drift	01	Driftsutgifter	A,B	60 941 000	61 508 601	-567 601
0732	Tilskudd til helseforetakene	70	Tilskudd	A,B	1 000 000	1 000 000	0
0733	Spesielle driftsmidler	21	Spesielle driftsutgifter	A,B	11 908 000	13 691 736	-1 783 736
0733	Kjøp av opptrening	72	Tilskudd	A,B	6 097 000	5 097 000	1 000 000
0733	Andre tilskudd	79	Tilskudd	A,B	15 795 000	10 496 708	5 298 292
0734	Særskilte tilskudd til psykisk helse og rustiltak - drift	01	Driftsutgifter	A,B	51 684 000	1 640 101	50 043 899
0734	Spesielle driftsmidler	21	Spesielle driftsutgifter	A,B	11 136 000	10 839 577	296 423
0734	Tvunget psykisk helsevern	70	Tilskudd	A,B	15 491 000	636 485	14 854 515
0734	Utviklingsområder	72	Tilskudd	A,B	19 041 000	19 027 753	13 247
0751	Spesielle driftsutgifter	21	Spesielle driftsutgifter	A,B	6 700 000	5 361 608	1 338 392
0751	Legemiddeltiltak	70	Tilskudd	A,B	6 000 000	6 000 000	0
0761	Spesielle driftsmidler	21	Spesielle driftsutgifter	A,B	141 753 000	108 963 358	32 789 642
0761	Kommunale kompetansetiltak	60	Diverse	A,B	111 160 000	105 707 320	5 452 680
0761	Vertskommuner	61	Diverse	A,B	949 150 000	949 150 000	0

0761	Dagaktivitetstilbud	62	Diverse	A,B	195 608 000	166 026 669	29 581 331
0761	Kompetansetiltak i kommunene	67	Diverse	A,B	88 477 000	71 557 000	16 920 000

0761	Frivillig arbeid	71	Tilskudd	A,B	13 164 000	13 164 000	0
0761	Landsbystiftelsen	72	Tilskudd	A,B	72 465 000	72 465 000	0
0761	Særlige omsorgsbehov	73	Tilskudd	A,B	20 406 000	20 385 862	20 138
0761	Andre kompetansetiltak	75	Tilskudd	A,B	10 729 000	10 729 000	0
0761	Andre tilskudd	79	Tilskudd	A,B	101 583 000	106 916 635	-5 333 635
0762	Spesielle driftsmidler	21	Spesielle driftsutgifter	A,B	78 514 000	33 247 603	45 266 397
0762	Forebyggende helsetiltak	60	Diverse	A,B	51 101 000	31 700 000	19 401 000
0762	Fengselshelsetjeneste	61	Diverse	A,B	142 517 000	142 486 508	30 492
0762	Øyeblikkelig hjelp	62	Diverse	A,B	477 319 000	476 199 035	1 119 965
0762	Allmenne tjenester	63	Diverse	A,B	62 111 000	32 844 417	29 266 583
0762	Tilskudd	70	Tilskudd	A,B	48 262 000	54 913 988	-6 651 988
0762	Frivillig arbeid	71	Tilskudd	A,B	6 583 000	6 583 000	0
0762	Forebygging av uønskede svangerskap og abort	73	Tilskudd	A,B	37 637 000	25 387 000	12 250 000
0765	Spesielle driftsmidler	21	Spesielle driftsutgifter	A,B	131 900 000	88 397 050	43 502 950
0765	Kommunale tjenester	60	Diverse	A,B	342 308 000	104 945 537	237 362 463
0765	Kompetansetiltak	61	Diverse	A,B	52 532 000	-332 712	52 864 712
0765	Rusarbeid	62	Diverse	A,B	452 374 000	-424 954	452 798 954
0765	Brukere og pårørende	71	Tilskudd	A,B	123 341 000	122 083 691	1 257 309
0765	Frivillig arbeid mv.	72	Tilskudd	A,B	226 823 000	226 802 541	20 459
0765	Utviklingstiltak mv.	73	Tilskudd	A,B	150 959 000	149 561 949	1 397 051
0765	Kompetansesentre	74	Tilskudd	A,B	298 151 000	294 388 399	3 762 601
0765	Vold og traumatisk stress	75	Tilskudd	A,B	158 861 000	151 376 483	7 484 517
0769	Spesielle driftsutgifter	21	Spesielle driftsutgifter	A,B	3 700 000	618 761	3 081 239
0770	Spesielle driftsutgifter	21	Spesielle driftsutgifter	A,B	6 822 000	10 966 504	-4 144 504
0770	Tilskudd	70	Tilskudd	A,B	212 546 000	208 355 042	4 190 958
0781	Spesielle driftsutgifter	21	Spesielle driftsutgifter	A,B	75 700 000	74 856 868	843 132
0781	Andre tilskudd	79	Tilskudd	A,B	43 810 000	36 017 078	7 792 922
0782	Spesielle driftsmidler	21	Spesielle driftsutgifter	A,B	28 000 000	17 471 445	10 528 555
0783	Spesielle driftsmidler	21	Spesielle driftsutgifter	A,B	37 721 000	13 063 375	24 657 625
0783	Andre tilskudd	79	Tilskudd	A,B	23 911 000	12 700 000	11 211 000
0842	Spesielle driftsutgifter	21	Spesielle driftsutgifter	A,B	160 000	160 000	0
0847	Spesielle Driftsmidler	21	Spesielle driftsutgifter	A,B	600 000	600 000	0
0858	Driftsutgifter Spesialisthelsetjeneste	01	Driftsutgifter	A,B	84 000	84 211	-211
2711	Spesialisthelsetjeneste	70	Spesialisthjelp	A,B	1 800 000 000	1 795 113 619	4 886 381
2711	Spesialisthelsetjeneste	71	Psykologhjelp	A,B	256 000 000	258 926 592	-2 926 592
2711	Spesialisthelsetjeneste	72	Tannbehandling	A,B	2 355 000 000	2 300 631 069	54 368 931
2711	Spesialisthelsetjeneste	76	Private laboratorier og røntgeninstitutt	A,B	795 000 000	799 322 269	-4 322 269
2751	Legemidler mv.	70	Legemidler	A,B	10 081 100 000	10 149 413 740	-68 313 740
2751	Legemidler mv.	71	Legeerklæringer	A,B	5 000 000	5 527 071	-527 071

2751	Legemidler mv.	72	Medisinsk forbruksmaterieil	A,B	1 900 000 000	1 901 009 077	-1 009 077
2752	Refusjon av egenbetaling	70	Egenandelstak 1	A,B	4 150 000 000	4 166 889 534	-16 889 534
2752	Refusjon av egenbetaling	71	Egenandelstak 2	A,B	177 000 000	166 190 601	10 809 399
2755	Helsetjenester i kommunene mv.	62	Fastlønnsordning fysioterapeuter	A,B	320 000 000	328 759 041	-8 759 041

2755	Helsetjenester i kommunene mv.	70	Allmennlegehjelp	A,B	4 535 000 000	4 342 116 784	192 883 216
2755	Helsetjenester i kommunene mv.	71	Fysioterapi	A,B	1 930 000 000	1 890 521 228	39 478 772
2755	Helsetjenester i kommunene mv.	72	Jordmorhjelp	A,B	55 000 000	54 692 102	307 898
2755	Helsetjenester i kommunene mv.	73	Kiropraktorbehandling	A,B	141 000 000	139 388 956	1 611 044
2755	Helsetjenester i kommunene mv.	75	Logopedisk og ortopedisk behandling	A,B	121 000 000	121 544 174	-544 174
2756	Andre helsetjenester	70	Helsetjenester i annet EØS-land	A,B	19 000 000	17 708 453	1 291 547
2756	Andre helsetjenester	71	Helsetjenester i utlandet	A,B	435 000 000	457 544 231	-22 544 231
2756	Andre helsetjenester	72	Helsetjenester til utlandsboende mv.	A,B	205 000 000	216 009 919	-11 009 919
2790	Andre helsetiltak	70	Bidrag	A,B	185 000 000	185 919 952	-919 952
2651	Arbeidsavklaringspenger	72	Legeerklæringer			328 575 931	
2661	Grunn- og hjelpestønad, hjelpemidler mv.	77	Ortopediske hjelpemidler			26 034 616	
1633	Nettoordning for mva i staten	01	Driftsutgifter			162 466 263	
<i>Sum utgiftsført</i>					48 631 650 000	47 900 738 834	1 247 987 976

Inntektskapittel	Kapittelnavn	Post	Posttekst		Samlet tildeling	Regnskap 2015	Merinntekt og mindreinntekt (-)
3718	Rusmiddelforebygging	04	Gebyrinntekter	B	1 255 000	1 782 199	527 199
3720	Helsedirektoratet	02	Diverse inntekter	B	17 809 000	117 758 433	99 949 433
3720	Helsedirektoratet	03	Helsetjenester i annet EØS-land	A,B	45 000 000	28 832 957	-16 167 043
3720	Helsedirektoratet	04	Gebyrinntekter	A,B	3 328 000	6 130 610	2 802 610
3720	Helsedirektoratet	05	Helsetjenester til utlandsboende mv.	A,B	75 000 000	71 977 118	-3 022 882
5309	Tilfeldige inntekter	29	Ymse	B		33 039 152	
5700	Arbeidsgiveravgift	72	Arbeidsgiveravgift	B		122 280 404	
5701	Diverse inntekter	80	Renter	B		-38 161	
5701	Diverse inntekter	86	Innkrevning feilutbetalinger	B		50 533 429	
5701	Diverse inntekter	87	Diverse inntekter	B		5 312 612	
<i>Sum inntektsført</i>					123 328 000	437 608 753	

*Netto rapportert til bevilgningsregnskapet* **47 463 130 081**

**Kapitalkontoer**

60077101	Norges Bank KK /innbetalinger Hdir					233 997 645	
60077102	Norges Bank KK/utbetalinger Hdir					-13 998 751 169	
707002	Endring i mellomværende med statskassen					-21 727 542	
60092501	Norges Bank KK /innbetalinger HELFO					105 993 476	
60092502	Norges Bank KK/utbetalinger HELFO					-711 744 046	

NAV	Oppgjørskonto NAV	-33 075 325 937
707013	Endring i mellomværende med statskassen	-702 378
NAV	Helfos andel av endring i mellomværende med statskassen	5 129 870
<i>Sum rapportert</i>		0

Beholdninger rapportert til kapitalregnskapet (31.12)				
Konto	Tekst	2015	2014	Endring
707013	Mellomværende med statskassen HELFO	-10 481 122	-9 778 744	-702 378
NAV	HELFO sin andel av mellomværende med statskassen	-4 162 415	-9 292 285	5 129 870
707002	Mellomværende med statskassen Hdir	-63 977 857	-42 250 315	-21 727 542
<i>Sum beholdninger</i>		-78 621 393	-61 321 343	-17 300 050

#### Note A Forklaring av samlet tildeling utgifter

Kapittel og post	Overført fra i fjor	Årets tildelinger	Samlet tildeling
057560	0	8 264 160 000	8 264 160 000
070121	2 792 000	260 056 000	262 848 000
070221	4 976 000	12 657 000	17 633 000
070270	271 000	7 685 000	7 956 000
071121	6 408 000	9 592 000	16 000 000
071170	0	2 149 000	2 149 000
071174	5 500 000	28 229 000	33 729 000
071821	4 344 000	75 156 000	79 500 000
071863	1 766 000	17 011 000	18 777 000
071870	5 634 000	116 354 000	121 988 000
071921	1 180 000	55 620 000	56 800 000
071960	0	22 552 000	22 552 000
071970	235 000	21 789 000	22 024 000
071979	3 140 000	12 960 000	16 100 000
072001	6 423 000	1 096 062 000	1 102 485 000
072021	1 020 000	9 960 000	10 980 000
072070	0	45 000 000	45 000 000
073277	0	3 804 904 000	3 804 904 000
072401	1 699 000	36 833 000	38 532 000
072501	0	172 570 000	172 570 000
072901	0	61 216 000	61 216 000
073270	0	1 000 000	1 000 000
073277	0	3 630 904 000	3 630 904 000
073321	0	11 908 000	11 908 000



073372	4 722 000	1 375 000	6 097 000
073379	0	15 795 000	15 795 000
073401	2 085 000	47 514 000	49 599 000
073421	0	11 136 000	11 136 000
073470	0	15 491 000	15 491 000
073472	0	19 041 000	19 041 000
075121	2 504 000	4 196 000	6 700 000
075170	0	6 000 000	6 000 000
076121	8 311 000	133 442 000	141 753 000
076160	1 700 000	109 460 000	111 160 000
076161	0	949 150 000	949 150 000
076162	10 032 000	185 576 000	195 608 000
076167	0	88 477 000	88 477 000
076168	0	258 154 000	258 154 000
076171	0	13 164 000	13 164 000
076172	0	72 465 000	72 465 000

076173	0	20 406 000	20 406 000
076175	0	10 729 000	10 729 000
076179	0	101 583 000	101 583 000
076221	13 425 000	65 089 000	78 514 000
076260	0	51 101 000	51 101 000
076261	0	142 517 000	142 517 000
076262	0	477 319 000	477 319 000
076263	0	62 111 000	62 111 000
076270	0	48 262 000	48 262 000
076271	0	6 583 000	6 583 000
076273	954 000	36 683 000	37 637 000
076521	19 640 000	112 260 000	131 900 000
076560	34 720 000	307 588 000	342 308 000
076561	0	52 532 000	52 532 000
076562	3 502 000	448 872 000	452 374 000
076571	0	123 341 000	123 341 000
076572	0	226 823 000	226 823 000
076573	5 460 000	145 499 000	150 959 000
076574	0	298 151 000	298 151 000
076575	4 000 000	154 861 000	158 861 000
076921	1 644 000	2 056 000	3 700 000
077021	0	6 822 000	6 822 000
077070	4 771 000	207 775 000	212 546 000
078121	0	75 700 000	75 700 000
078179	0	43 810 000	43 810 000

078221	856 000	27 144 000	28 000 000
078321	0	37 721 000	37 721 000
078361	0	134 669 000	134 669 000
078379	0	23 911 000	23 911 000
271170	0	1 800 000 000	1 800 000 000
271171	0	256 000 000	256 000 000
271172	0	2 355 000 000	2 355 000 000
271176	0	795 000 000	795 000 000
275170	0	10 081 100 000	10 081 100 000
275171	0	5 000 000	5 000 000
275172	0	1 900 000 000	1 900 000 000
275270	0	4 150 000 000	4 150 000 000
275271	0	177 000 000	177 000 000
275562	0	320 000 000	320 000 000
275570	0	4 535 000 000	4 535 000 000
275571	0	1 930 000 000	1 930 000 000
275572	0	55 000 000	55 000 000
275573	0	141 000 000	141 000 000

275575	0	121 000 000	121 000 000
275670	0	19 000 000	19 000 000
275671	0	435 000 000	435 000 000
275672	0	205 000 000	205 000 000
279070	0	185 000 000	185 000 000
Sum	163 714 000	52 623 781 000	52 787 495 000

Note: Overført fra i fjor: Tallene er hentet fra statsregnskapet. Da statsregn

fordelt på virksomhet, er det forutsatt at overføringene i sin helhet gjelder H

**Note B Forklaring til brukte fullmakter og beregning av mulig overførbart beløp til neste år**

Kapittel og post	Stikkord	Merutgift(-)/ mindre utgift	Utgiftsført av andre i hht avgitte belastningsfullmakter (-)	Merutgift(-)/ mindretgift etter avgitte belastningsfullmakter	Sum grunnlag for overføring	Maks. overførbart beløp *	Mulig overførbart beløp beregnet av virksomheten
072001		-12 521 004		-12 521 004	-12 521 004	0	0
072021	«kan overføres»	-88 751 630	-1 500 000	-90 251 630	-90 251 630	600 000	0
072070		22 109 347		22 109 347	22 109 347		
073277		-21 293 766		-21 293 766	-21 293 766		
016370		28 092 827		28 092 827	28 092 827		
044070		0		0	0		
057560		1 059 167		1 059 167	1 059 167		
060121		0		0	0		
070121	«kan overføres»	2 689 737		2 689 737	2 689 737	13 142 000	2 689 737
070221	«kan overføres»,«kan benyttes under post 70»	-2 314 663	-37 500	-2 352 163	-2 352 163	25 589 000	0
070270	«kan overføres»,«kan benyttes under post 21»	3 182 650		3 182 650	3 182 650	25 589 000	830 487
071121	«kan overføres»,«kan benyttes under post 70»	118 734		118 734	118 734	18 149 000	0
071170	«kan overføres»,«kan benyttes under post 21»	0		0	0	18 149 000	118 734
071174	«kan overføres»	18 729 000		18 729 000	18 729 000	18 729 000	18 729 000
071821		14 536 999	-8 552 533	5 984 466	5 984 466	5 984 466	3 975 000
071863	«kan overføres»	3 117 481		3 117 481	3 117 481	16 778 000	3 117 481
071870	«kan overføres»	-1 325 124		-1 325 124	-1 325 124	121 988 000	0
071921	«kan overføres»	4 855 895	-1 118 972	3 736 923	3 736 923	56 800 000	3 736 923
071960	«kan overføres»	30 804		30 804	30 804	22 552 000	30 804
071970	«kan overføres»	-99 984		-99 984	-99 984	22 024 000	0
071979	«kan overføres»,«kan benyttes under post 21»	93 785		93 785	93 785	16 100 000	93 785
072401		0		0	0	2 011 550	0
072901		-567 601		-567 601	-567 601	3 060 800	0
073270	«kan overføres»	0		0	0	1 000 000	0
073321	«kan overføres»,«kan benyttes under post 79»	-1 783 736		-1 783 736	-1 783 736	3 514 556	3 514 556
073372	«kan overføres»	1 000 000		1 000 000	1 000 000	6 097 000	1 000 000
073379	«kan benyttes under post 21»	5 298 292		5 298 292	5 298 292	0	0
073401		50 043 899	-53 187 557	-3 143 658	-3 143 658	2 584 200	0
073421		296 423		296 423	296 423	556 800	296 423
073470		14 854 515	-15 100 599	-246 084	-246 084	0	0
073472		13 247		13 247	13 247	0	0
075121	«kan overføres»	1 338 392		1 338 392	1 338 392	6 700 000	1 338 392
075170		0		0	0	0	0
076121	«kan benyttes under post 79»	32 789 642	-16 087 608	16 702 034	16 702 034	7 087 650	7 087 650
076160	«kan overføres»	5 452 680		5 452 680	5 452 680	111 160 000	5 452 657
076161		0		0	0	949 150 000	0
076162	«kan overføres»	29 581 331		29 581 331	29 581 331	195 608 000	29 581 331
076167		16 920 000	-15 775 923	1 144 077	1 144 077	0	0

076171		0		0	0	0	0
076172		0		0	0	0	0

076173		20 138		20 138	20 138	0	0
076175		0		0	0	0	0
076179	«kan benyttes under post 21»	-5 333 635		-5 333 635	-5 333 635	0	0
076221	«kan overføres»,«kan benyttes under post 70»	45 266 397	-6 069 647	39 196 750	39 196 750	6 338 800	6 338 800
076260		19 401 000	-19 010 000	391 000	391 000	0	0
076261		30 492		30 492	30 492	0	0
076262	«kan overføres»	1 119 965		1 119 965	1 119 965	477 319 000	1 119 965
076263		29 266 583		29 266 583	29 266 583		0
076270	«kan benyttes under post 21»	-6 651 988		-6 651 988	-6 651 988	0	0
076271		0		0	0	0	0
076273	«kan overføres»	12 250 000	-12 446 204	-196 204	-196 204	0	0
076521	«kan overføres»,«kan benyttes under post 72»	43 502 950	-36 081 015	7 421 935	7 421 935	358 723 000	7 421 935
076560	«kan overføres»	237 362 463	-224 961 799	12 400 664	12 400 664	342 308 000	12 400 664
076561	«kan overføres»	52 864 712	-50 925 516	1 939 196	1 939 196	52 532 000	1 939 196
076562	«kan overføres»	452 798 954	-446 102 188	6 696 766	6 696 766	452 374 000	6 696 766
076571	«kan overføres»	1 257 309		1 257 309	1 257 309	123 341 000	1 257 309
076572	«kan overføres»,«kan benyttes under post 21»	20 459		20 459	20 459	358 723 000	20 459
076573		1 397 051		1 397 051	1 397 051	0	0
076574		3 762 601		3 762 601	3 762 601	0	0
076575		7 484 517		7 484 517	7 484 517	0	0
076921	«kan benyttes under post 70»	3 081 239	-1 000 000	2 081 239	2 081 239	185 000	185 000
077021	«kan benyttes under post 70»	-4 144 504		-4 144 504	-4 144 504	0	0
077070	«kan overføres»,«kan benyttes under post 21»	4 190 958		4 190 958	4 190 958	46 454	46 454
078121	«kan benyttes under post 79»	843 132	-1 116 113	-272 981	-272 981	3 785 000	0
078179	«kan benyttes under post 21»	7 792 922		7 792 922	7 792 922	0	0
078221		10 528 555	-2 611 000	7 917 555	7 917 555	1 400 000	0
078321	«kan benyttes under post 79»	24 657 625	-20 888 348	3 769 277	3 769 277	1 886 050	1 886 050
078379	«kan benyttes under post 21»	11 211 000	-3 549 837	7 661 163	7 661 163	0	0
084221		0		0	0		
084721		0		0	0		
085801		-211		-211	-211		
271170		4 886 381		4 886 381	4 886 381		
271171		-2 926 592	-1 722 000	-4 648 592	-4 648 592		
271172		54 368 931	-29 387 759	24 981 172	24 981 172		
271176		-4 322 269		-4 322 269	-4 322 269		
275170		-68 313 740		-68 313 740	-68 313 740		
275171		-527 071		-527 071	-527 071		
275172		-1 009 077		-1 009 077	-1 009 077		
275270		-16 889 534		-16 889 534	-16 889 534		
275271		10 809 399		10 809 399	10 809 399		
275562		-8 759 041		-8 759 041	-8 759 041		

275570		192 883 216	-184 572 800	8 310 416	8 310 416		
275571		39 478 772	-30 700 000	8 778 772	8 778 772		
275572		307 898		307 898	307 898		
275573		1 611 044	-2 183 976	-572 932	-572 932		

275575		-544 174		-544 174	-544 174		
275670		1 291 547		1 291 547	1 291 547		
275671		-22 544 231		-22 544 231	-22 544 231		
275672		-11 009 919		-11 009 919	-11 009 919		
279070		-919 952		-919 952	-919 952		
371804		527 199		527 199	527 199		
372002		99 949 433		99 949 433	99 949 433		
372003		-16 167 043		-16 167 043	-16 167 043		
372004		2 802 610		2 802 610	2 802 610		
372005		-3 022 882		-3 022 882	-3 022 882		
		1 333 488 927	-1 184 688 894	148 800 033	148 800 033	3 849 665 326	120 905 558

\*Maksimalt beløp som kan overføres er 5prosent av årets bevilgning på driftspostene 01-29, unntatt post 24 eller sum av de siste to års bevilgning for poster med stikkordet "kan overføres".

Se rundskriv R-2 for mer detaljert informasjon om overføring av ubrukte bevilgninger.

#### Forklaring til bruk av budsjettfullmakter

##### Mottatte belastningsfullmakter

Stikkordet «kan overføres»

Stikkordet «kan benyttes under»

Stikkordet «overslagsbevilgning»

Avgitte belastningsfullmakter (utgiftsført av andre)

Fullmakt til å bruke standard refusjoner av lønnsutgifter til å overskride utgifter

Fullmakt til å overskride driftsbevilgninger mot tilsvarende merinntekter

Fullmakt til å overskride investeringsbevilgninger mot tilsvarende innsparing under driftsbevilgninger under samme budsjettkappittel

Fullmakt til å overskride driftsbevilgninger til investeringsformål mot tilsvarende innsparing i de tre følgende budsjettår

Innsparing i regnskapsåret som følge av bruk av fullmakt til å overskride driftsbevilgninger til investeringsformål mot tilsvarende innsparing i de tre følgende budsjettår

Romertallsvedtak

Nfulig overførbart beløp

#### Forklaring til bruk av budsjettfullmakter

##### Mottatte belastningsfullmakter

HELFO (Hdir) har mottatt belastningsfullmakt fra Arbeids- og velferdsetaten for å belaste kappittel post 265172 Legeerklæringer, 266175 Hjelpemidler 266177 Ortopediske hjelpemidler og 570186 Innkreving feilutbetalinger. Disponeres iht gjeldende lover og forskrifter.

HELFO har mottatt belastningsfullmakt fra Helse direktoratet på kappittel post 070121 800HELSE på kr 1 400 000. Belastet beløp er på kr 1 411 634.

Stikkordet «kan overføres»

HELFO har ikke anledning til å overføre midler til fremtidige år.

##### Avgitte belastningsfullmakter (utgiftsført av andre)

Det er avgitt belastningsfullmakt til NAV på Helse direktoratets stønningsskapter for utbetaling av tilskudd til fellesformål for aktuelle interesseorganisasjoner i helsesektoren (fondsmidler for 2711.71 Refusjon psykologhjelp, 2711.72 Refusjon tannlegehjelp, 2755.70 Refusjon allmennlegehjelp, 2755.71 Refusjon fysioterapi, 2755.73 Refusjon Kiropraktorbehandling). Beløp utbetalt fondsmidler er oppført i kolonnen "Utgiftsført av andre" i hhv. avgitte belastningsfullmakter".

Fullmakt til å overskride driftsbevilgninger mot tilsvarende merinntekter

Merinntekter på kappittel post 372002 på kr 209 400 er brukt til å dekke inn deler av merutgiftene under driftsposten 072001.

Utdanningsdirektoratet har belastet kappittel post 719.21 med 2,5 mill. kroner i 2015 for aktivitet ved Nasjonalt senter.

Denne belastningen skulle ha vært ført mot kappittel post 711.74, slik det ble vedtatt i RNB av Stortinget.

Helsedirektoratet skulle ha utstedt belastningsfullmakt til Utdanningsdirektoratet for denne belastningen.

I mangel av belastningsfullmakt har Utdanningsdirektoratet antatt at belastningen skulle føres mot kapittel.post 719.21.

Helsedirektoratet har sendt en brevlig ompostering til Helse- og omsorgsdepartementet slik at det kan gjennomføres en sentral ompostering etter at regnskapet er avsluttet. Omposteringen er nødvendig for at kostnaden blir ført i henhold til Stortingets beslutning.



<b>Oppstilling av artskontorrapporteringen, regnskapsåret 2015</b>			
	Note	2015	2014
<b>Driftsinntekter rapportert til bevilgningsregnskapet</b>			
Innbetalinger fra gebyrer	1	7 949 812	8 404 830
Innbetalinger fra tilskudd og overføringer	1	15 551 616	32 793 109
Salgs- og leieinntekter	1	102 169 813	32 742 183
Andre inntekter	1	0	46 100
<i>Sum inntekter fra drift</i>		125 671 242	73 986 223
<b>Driftsutgifter rapportert til bevilgningsregnskapet</b>			
Utgifter til lønn	2	1 002 459 618	920 154 393
Andre utgifter til drift	3	1 038 003 964	957 855 309
<i>Sum utgifter til drift</i>		2 040 463 583	1 878 009 702
<b>Netto rapporterte driftsutgifter</b>		<b>1 914 792 341</b>	<b>1 804 023 479</b>
<b>Investerings- og finansinntekter rapportert til bevilgningsregnskapet</b>			
Innbetaling av finansinntekter	4	0	2
<i>Sum investerings- og finansinntekter</i>		0	2
<b>Investerings- og finansutgifter rapportert til bevilgningsregnskapet</b>			
Utbetaling til investeringer	5	28 168 159	17 883 480
Utbetaling til kjøp av aksjer	5,8	0	0
Utbetaling av finansutgifter	4	30 402	13 402
<i>Sum investerings- og finansutgifter</i>		28 198 561	17 896 881
<b>Netto rapporterte investerings- og finansutgifter</b>		<b>28 198 561</b>	<b>17 896 881</b>
<b>Innkrevingsvirksomhet og andre overføringer til staten</b>			
Innbetaling av skatter, avgifter, gebyrer m,m,	6	185 597 540	146 296 963
<i>Sum innkrevingsvirksomhet og andre overføringer til staten</i>		185 597 540	146 296 963
<b>Tilskuddsforvaltning og andre overføringer fra staten</b>			
Utgifter av tilskudd og stønader	7	45 669 634 655	41 897 429 310
<i>Sum tilskuddsforvaltning og andre overføringer fra staten</i>		45 669 634 655	41 897 429 310
<b>Inntekter og utgifter rapportert på felleskapitler *</b>			
Tilfeldige inntekter fra tidligere år (ref. kap. 5309, inntekt)		2 028 099	981 026
Grupplivsforsikring konto 1985 (ref. kap. 5309, inntekt)		2 031 468	1 872 285
Arbeidsgiveravgift konto 1986 (ref. kap. 5700, inntekt)		122 280 404	111 798 121
Nettoføringsordning for merverdiavgift konto 1987 (ref. kap. 1633, utgift)		-162 466 262	0
<i>Sum rapporterte utgifter på felleskapitler</i>		-36 126 291	114 651 432
<b>Netto rapportert til bevilgningsregnskapet</b>	<b>9</b>	<b>47 463 154 309</b>	<b>43 458 401 273</b>

Oversikt over mellomværende med statskassen Hdir		
	2015	2014
<b>Eiendeler og gjeld</b>		
Fordringer	185 873	56 911
Kasse	0	0
Bankkontoer med statlige midler utenfor Norges Bank	0	0
Skyldig skattetrekk	-31 483 226	-29 604 660
Skyldige offentlige avgifter	1 020 784	214 958
Annen gjeld	-33 701 287	-12 917 523
	8	
<b>Sum mellomværende med statskassen</b>	-63 977 857	-42 250 315

Oversikt over mellomværende med statskassen HELFO		
	2015	2014
<b>Eiendeler og gjeld</b>		
Fordringer	890 014	1 046 791
Kasse	0	0
Bankkontoer med statlige midler utenfor Norges Bank	0	0
Skyldig skattetrekk og påleggstrekk	-11 331 153	-10 807 453
Skyldige offentlige avgifter	0	0
Annen gjeld	-3 326	-2 559
Skyldig påleggstrekk	-1 574 404	-1 699 257
Skyldige andre trekk		-684 182
	-2 624 669	-6 924 368
Annen gjeld		
	8	
<b>Sum mellomværende med statskassen</b>	-14 643 538	-19 071 028

Oversikt over mellomværende med statskassen sammenstilt Hdir og HELFO		
	2015	2014
<b>Eiendeler og gjeld</b>		
Fordringer	1 075 887	1 103 702
Kasse	0	0
Bankkontoer med statlige midler utenfor Norges Bank	0	0
Skyldig skattetrekk og påleggstrekk	-42 814 379	-40 412 113
Skyldige offentlige avgifter	1 020 784	214 958
Annen gjeld	-33 704 613	-12 920 082
Skyldig påleggstrekk	-1 574 404	-1 699 257
Skyldige andre trekk		-684 182
	-2 624 669	-6 924 368
Annen gjeld		
	8	
<b>Sum mellomværende med statskassen</b>	-78 621 394	-61 321 342

\* Andre ev. inntekter/utgifter rapportert på felleskapitler spesifiseres på egne linjer ved behov.

\*\* Spesifiser og legg til linjer ved behov.

Note 1 Innbetalinger fra drift

	<b>31.12.2015</b>	<b>31.12.2014</b>
<i>Innbetalinger fra gebyrer</i>		
Byggesaksgebyr	7 949 812	8 404 830
Tilsynsavgift elsikkerhet	0	0
Gebyrer / avgift omsetning produksjon sprengstoff første omsetningsledd	0	0
<b>Sum innbetalinger fra gebyrer</b>	<b>7 949 812</b>	<b>8 404 830</b>
<i>Innbetalinger fra tilskudd og overføringer</i>		
Tilskudd/overføring	0	0
Tilskudd fra andre statlige virksomheter	25 532 694	22 864 408
Tilskudd fra EU	7 645 543	10 361 315
Tilskudd fra organisasjoner og stiftelser	1 622 358	0
Motkonto mot konto 2900	-19 451 978	-432 613
Prosjektstøtte fra andre statlige virksomheter (DIFI og VOX)	203 000	
<b>Sum innbetalinger fra tilskudd og overføringer</b>	<b>15 551 616</b>	<b>32 793 109</b>
<i>Salgs- og leieinnbetalinger</i>		
Salgsinntekt varer, avgiftspliktig	7 000	0
Salgsinntekt tjenester, avgiftspliktig	2 015 625	1 843 502
Salgsinntekt varer, avgiftsfri	3 393 390	5 278 568
Salgsinntekt tjenester, avgiftsfri	794 505	5 360 862
Eksterne refusjonsinntekter	95 952 893	19 493 720
Leieinntekter	0	0
Tilfeldige inntekter (post 01, 02)	6 400	765 531
<b>Sum salgs- og leieinnbetalinger</b>	<b>102 169 813</b>	<b>32 742 183</b>
<i>Andre innbetalinger</i>		
Andre innbetalinger	0	0
Leieinntekter	0	0
Salg av utrangert materiell, avgiftsfritt		46 100
<b>Sum andre innbetalinger</b>	<b>0</b>	<b>46 100</b>
<b>Sum innbetalinger fra drift</b>	<b>125 671 242</b>	<b>73 986 223</b>

**Note 2 Utbetalinger til lønn**

	31.12.2015	31.12.2014
Lønn	916 143 848	839 737 051
Arbeidsgiveravgift	122 280 405	111 815 105
Pensjonsutgifter*	0	0
Sykepenger og andre refusjoner(-)	-58 118 667	-53 277 313
Andre ytelser	22 154 032	21 879 549
<b>Sum utbetalinger til lønn</b>	<b>1 002 459 618</b>	<b>920 154 393</b>
<i>* Denne linjen benyttes av virksomheter som innbetaler pensjonspremie til SPK.</i>		
Antall årsverk Hdir	967	892
Antall årsverk HELFO	561	551
<b>Antall årsverk Totalt</b>	<b>1 528</b>	<b>1 443</b>

**Note 3 Andre utbetalinger til drift**

	31.12.2015	31.12.2014
Husleie	119 443 935	118 164 394
Vedlikehold egne bygg og anlegg	0	0
Vedlikehold og ombygging av leide lokaler	333 717	751 098
Andre utgifter til drift av eiendom og lokaler	26 735 070	29 929 158
Reparasjon og vedlikehold av maskiner, utstyr mv.	6 305 623	7 743 263
Mindre utstysanskaffelser	15 357 004	14 585 809
Leie av maskiner, inventar og lignende	32 770 873	25 794 108
Kjøp av fremmede tjenester	684 137 842	616 281 246
Reiser og diett	38 677 284	38 588 549
Øvrige driftsutgifter	114 242 617	106 017 683
<b>Sum andre utbetalinger til drift</b>	<b>1 038 003 964</b>	<b>957 855 308</b>

**Note 4 Finansinntekter og finansutgifter**

	31.12.2015	31.12.2014
<i>Innbetaling av finansinntekter</i>		
Renteinntekter	0	0
Valutagevinst	0	2
Annen finansinntekt	0	0
<b>Sum innbetaling av finansinntekter</b>	<b>0</b>	<b>2</b>

	31.12.2015	31.12.2014
<i>Utbetaling av finansutgifter</i>		
Renteutgifter	30 113	13 402
Valutatap	289	0
Annen finansutgift	0	0
<b>Sum utbetaling av finansutgifter</b>	<b>30 402</b>	<b>13 402</b>

**Note 5 Utbetaling til investeringer og kjøp av aksjer**

	31.12.2015	31.12.2014
<i>Utbetaling til investeringer</i>		
Immaterielle eiendeler og lignende	1 299 444	5 537 432
Tomter, bygninger og annen fast eiendom	0	0
Beredskapsanskaffelser	3 164 384	5 065 467
Infrastruktureiendeler	0	0
Maskiner og transportmidler	0	0
Driftsløsøre, inventar, verktøy og lignende	23 704 331	7 280 581
<b>Sum utbetalt til investeringer</b>	<b>28 168 159</b>	<b>17 883 480</b>

<i>Utbetaling til kjøp av aksjer</i>		
Kapitalinnskudd	0	0
Obligasjoner	0	0
Investeringer i aksjer og andeler	0	0
<b>Sum utbetalt til kjøp av aksjer</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

**Note 6 Innkrevingsvirksomhet og andre overføringer til staten**

	31.12.2015	31.12.2014
--	------------	------------

3720 Helsedirektoratet	100 810 075	94 755 985
5701 Diverse inntekter	55 807 880	31 546 085
Tilfeldige og andre inntekter (Statskonto 530929)	28 979 585	19 994 893
<b>Sum innkrevingsvirksomhet og andre overføringer til staten</b>	<b>185 597 540</b>	<b>146 296 963</b>

**Note 7 Tilskuddsforvaltning og andre overføringer fra staten**

	<b>31.12.2015</b>	<b>31.12.2014</b>
Tilskudd til kommuner	10 311 374 688	9 334 233 497
Tilskudd til fylkeskommuner	220 725 584	195 478 841
Tilskudd helseforetak, høyskoler, stiftelser, private bedrifter	896 788 826	993 046 137
Tilskudd enkeltmannsforetak / privatpersoner	5 623 179	5 777 350
Tilskudd til organisasjoner	579 335 415	433 860 791
Tilskudd til ikke-finansielle foretak	2 446	0
Tilskudd til finansielle foretak	1 663 832	0
Tilskudd til husholdninger*	33 475 121 524	30 891 467 133
Tilskudd til statsforvaltningen	173 223 635	42 100 182
Tilskudd til utlandet	5 775 526	1 465 378
<b>Sum tilskuddsforvaltning og andre overføringer fra staten</b>	<b>45 669 634 655</b>	<b>41 897 429 309</b>

\*Systemstøtten i NAV-løsningen håndterer ikke kravet om sektorinndeling, ref. til søknad om fritak fra ordningen.



**Note 8 Sammenheng mellom avregning med statskassen og mellomværende med statskassen**

**Del A Forskjellen mellom avregning med statskassen og mellomværende med statskassen Hdir**

	31.12.2015 Spesifisering av bokført avregning med statskassen	31.12.2015 Spesifisering av rapportert mellomværende med statskassen	Forskjell
<b>Finansielle anleggsmidler</b>			
Investeringer i aksjer og andeler*	0	0	0
Obligasjoner	0		
<b>Sum</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Omløpsmidler</b>			
Kundefordringer	11 937 309	0	11 937 309
Andre fordringer	185 873	185 873	0
Bankinnskudd, kontanter og lignende	0	0	0
<b>Sum</b>	<b>12 123 182</b>	<b>185 873</b>	<b>11 937 309</b>
<b>Langsiktig gjeld</b>			
Annen langsiktig gjeld	0	0	0
<b>Sum</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Kortsiktig gjeld</b>			
Leverandørgjeld	7 752	0	7 752
Skyldig skattetrekk	-31 483 226	-31 483 226	0
Skyldige offentlige avgifter	1 003 809	1 020 784	-16 975
Annen kortsiktig gjeld	-33 725 515	-33 701 287	-24 227
<b>Sum</b>	<b>-64 197 180</b>	<b>-64 163 729</b>	<b>-33 451</b>
<b>Sum</b>	<b>-52 073 998</b>	<b>-63 977 857</b>	<b>11 903 859</b>

\* Virksomheter som eier finansielle anleggsmidler i form av investeringer i aksjer og selskapsandeler fyller også ut note 8 B

**Del A Forskjellen mellom avregning med statskassen og mellomværende med statskassen HELFO**

	<b>31.12.2015</b> Spesifisering av bøkført avregning med statskassen	<b>31.12.2015</b> Spesifisering av rapportert mellomværende med statskassen	Forskjell
<b>Finansielle anleggsmidler</b>			
Investeringer i aksjer og andeler*	0	0	0
Obligasjoner	0		
<i>Sum</i>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Omløpsmidler</b>			
Kundefordringer	3 997 467	0	3 997 467
Andre fordringer	25 661 651	890 014	24 771 637
Bankinnskudd, kontanter og lignende	0	0	0
<i>Sum</i>	<b>29 659 118</b>	<b>890 014</b>	<b>28 769 104</b>
<b>Langsiktig gjeld</b>			
Annen langsiktig gjeld	0	0	0
<i>Sum</i>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Kortsiktig gjeld</b>			
Leverandørgjeld	-10 752 554	0	-10 752 554
Skyldig skattetrekk	-12 905 557	-12 905 557	0
Skyldige offentlige avgifter	0	0	0
Annen kortsiktig gjeld	-2 627 995	-2 627 995	0
<i>Sum</i>	<b>-26 286 105</b>	<b>-15 533 552</b>	<b>-10 752 554</b>
<b>Sum</b>	<b>3 373 012</b>	<b>-14 643 538</b>	<b>18 016 550</b>

\* Virksomheter som eier finansielle anleggsmidler i form av investeringer i aksjer og selskapsandeler fyller også ut note 8 B

**Del A Forskjellen mellom avregning med statskassen og mellomværende med statskassen sammenlagt Hdir og HELFO**

	31.12.2015 Spesifisering av bokført avregning med statskassen	31.12.2015 Spesifisering av rapportert mellomværende med statskassen	Forskjell
<b>Finansielle anleggsmidler</b>			
Investeringer i aksjer og andeler*	0	0	0
Obligasjoner	0		
<i>Sum</i>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Omløpsmidler</b>			
Kundefordringer	15 934 776	0	15 934 776
Andre fordringer	25 847 523	1 075 887	24 771 637
Bankinnskudd, kontanter og lignende	0	0	0
<i>Sum</i>	<b>41 782 300</b>	<b>1 075 887</b>	<b>40 706 413</b>
<b>Langsiktig gjeld</b>			
Annen langsiktig gjeld	0	0	0
<i>Sum</i>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Kortsiktig gjeld</b>			
Leverandørgjeld	-10 744 802	0	-10 744 802
Skyldig skattetrekk	-44 388 783	-44 388 783	0
Skyldige offentlige avgifter	1 003 809	1 020 784	-16 975
Annen kortsiktig gjeld	-36 353 510	-36 329 282	-24 227
<i>Sum</i>	<b>-90 483 285</b>	<b>-79 697 281</b>	<b>-10 786 005</b>
<b>Sum</b>	<b>-48 700 985</b>	<b>-78 621 394</b>	<b>29 920 409</b>

\* Virksomheter som eier finansielle anleggsmidler i form av investeringer i aksjer og selskapsandeler fyller også ut note 8 B

**Note 9 Netto rapportert til bevilgningsregnskapet**

Det er et avvik på kr 24 227 mellom oppstilling av bevilgningsrapportering og oppstilling av artskontorapporteringen.

Avviket skyldes et beløp som er bokført mot balansen, men er feil koblet i oppsett kontant.

Dette avviket er korrigert i januar 2016.

## 6.2. HELFO

### Ledelseskommentarer

#### **Formål**

Helfo er en ytre etat til Helsedirektoratet. Helfos oppdrag er å ivareta brukernes rettigheter og yte profesjonell service innen de områder Helfo har ansvar for. Virksomheten skal forvalte samfunnets helseøkonomi riktig og på en effektiv måte og bidra til å gi faglig grunnlag for statens styring og utvikling av samfunnets velferdsordninger på helsetjenesteområdet. Helfo forvalter programområdet 30 Stønad ved helsetjenester samt kap. 732 post 77 Poliklinisk virksomhet, kap. 720 post 70 Helsetjenester i annet EØS-land, 3720 post 03 Helsetjenester i annet EØS-land og post 05 Helsetjenester til utenlandsboende mv. og enkeltposter under Arbeidsdepartementet.

#### **Revisjon**

Helfo er et bruttofinansiert forvaltningsorgan som fører regnskapet etter kontantprinsippet, og er underlagt Riksrevisjonens kontroll. Revisjon av Helfos regnskap blir foretatt av Riksrevisjonen. Revisjonsberetningen for årsregnskapet blir lagt frem for Stortinget i Dokument 1.

#### **Bekreftelse**

Årsregnskapet er avlagt i henhold til bestemmelser i økonomistyringen i staten, rundskriv R-115 fra Finansdepartementet og krav fra Helsedirektoratet i instruks om økonomistyring. Regnskapet gir et dekkende bilde av Helfos disponible bevilgninger, regnskapsførte utgifter, inntekter, eiendeler og gjeld.

#### **Etatens driftsregnskap 2015**

Etatens totale tildelte driftsbudsjett var for 2015 på om lag 359,9 mill. kroner (budsjettkapittel 701 post 21). Årsresultatet viste et overforbruk på 0,5 mill. kroner i forhold til tildelt budsjett.

#### **Vurderinger av vesentlige forhold på stønadsområdet**

I 2015 har Helfo samlet disponert tildelinger på utgiftssiden på om lag 33,3 mrd. kroner. Bevilgningene er benyttet i tråd med formålene for bevilgningene. Det er imidlertid oppstått avvik innenfor enkelte kapitler. Av vesentlige avvik (avvik større/mindre enn 10 mill. kroner fra bevilgning, og samtidig mer enn 3 prosent), kan følgende nevnes:

0720.70 Helsetjenester i annet EØS-land – Mindreutgift på ca. 22 mill. forklares med for høyt budsjettanslag, hovedsakelig grunnet overestimering av antall saker i forbindelse med utvidelse av refusjonsordningen til også å gjelde sykehusbehandling. Utgiftene ble redusert fra 2014 til 2015.

3720.03 Helsetjenester i annet EØS-land – Mindreinntekt på ca. 16. mill. har hovedsakelig sammenheng med mindreutgift på 0720.70 og forklaringer for denne.

2752.71 Refusjon av egenbetaling, egenandelstak 2 – Mindreutgift på ca. 11 mill. forklares med for høyt budsjettanslag med basis overestimering av saker på frikort 2, særlig for 4. kvartal 2015, sett i forhold til 4. kvartal 2014.

2756.71 Helsetjenester i utlandet mv. – Merutgifter på ca. 23 mill. forklares blant annet med utbetaling av flere polske og tyske krav, generell restansenedbygging og svekket kronekurs 2015.

2756.72 Helsetjenester til utenlandsboende mv. – Merutgifter på ca. 11 mill. forklares blant annet med vekst i utbetaling av oppgjør til poliklinikk og sykehus sammenlignet med 2014.

Tønsberg 18. februar 2015



Jan Mathisen  
Helfo direktør

### **Prinsippnote til årsregnskapet**

Årsregnskap for Helfo er utarbeidet og avlagt etter nærmere retningslinjer fastsatt i bestemmelser om økonomistyring i staten ("bestemmelsene"). Årsregnskapet er i henhold til krav i bestemmelsene punkt 3.4.1, nærmere bestemmelser i Finansdepartementets rundskriv R-115 av november 2015 og eventuelle tilleggskrav fastsatt av overordnet departement.

Oppstillingen av bevilgningsrapporteringen og arts kontorrapporteringen er utarbeidet med utgangspunkt i bestemmelsene punkt 3.4.2 – de grunnleggende prinsippene for årsregnskapet:

Regnskapet følger kalenderåret

Regnskapet inneholder alle rapporterte utgifter og inntekter for regnskapsåret

Utgifter og inntekter er ført i regnskapet med brutto beløp

Regnskapet er utarbeidet i tråd med kontantprinsippet

Oppstillingene av bevilgnings- og arts kontorrapportering er utarbeidet etter de samme prinsippene, men gruppert etter ulike kontoplaner. Prinsippene samsvarer med krav i bestemmelsene punkt 3.5 til hvordan virksomhetene skal rapportere til statsregnskapet. Sumlinjen "Netto rapportert til bevilgningsregnskapet" er lik i begge oppstillingene.

Utbetalinger knyttet til behandlingsoppgjør og refusjoner er i dag knyttet opp mot to ulike økonomiløsninger; hhv hos Arbeids- og velferdsetaten og Helfos egen økonomiløsning.

Rapportering til statsregnskapet (S-rapport) utføres derfor delvis av Arbeids- og velferdsetaten på vegne av Helfo, og av Helfo.

Helfo er tilknyttet statens konsernkontoordning i Norges Bank i henhold til krav i bestemmelsene pkt. 3.7.1. Bruttobudsjetterte virksomheter tilføres ikke likviditet gjennom året men har en trekkrettighet på sin konsernkonto. Ved årets slutt nullstilles saldoen på den enkelte oppgjørskonto ved overgang til nytt år.

For andelen av stønadsutbetalingene som går via Arbeids- og velferdsetatens økonomiløsning, er Helfo knyttet til konsernkontoordning i Norges Bank, med unntak av utlandstransaksjoner. For disse transaksjonene benyttes lokal bankkonto.

Årsregnskapet for Helfo er avlagt samlet for hele bevilgningsregnskapet.

### **Bevilgningsrapporteringen**

Bevilgningsrapporteringen viser regnskapstall som er rapportert til statsregnskapet for Helfo. Bevilgningsrapporteringen stilles opp etter de kapitler og poster i bevilgningsregnskapet Helfo har fullmakt til å disponere. Kolonnen samlet tildeling viser hva Helfo har fått stilt til disposisjon i tildelingsbrev for hver statskonto (kapittel/post). Oppstillingen viser i tillegg alle finansielle eiendeler og forpliktelser virksomheten står oppført med i statens kapitalregnskap.

Mottatte fullmakter til å belaste en annen virksomhets kapittel/post (belastningsfullmakter) vises ikke i kolonnen for samlet tildeling, men er omtalt i note B til bevilgningsoppstillingen. Utgiftene knyttet til mottatte belastningsfullmakter er bokført og rapportert til statsregnskapet, og vises i kolonnen for regnskap.

Avgitte belastningsfullmakter er inkludert i kolonnen for samlet tildeling, men bokføres og rapporteres ikke til statsregnskapet fra virksomheten selv. Avgitte belastningsfullmakter bokføres og rapporteres av virksomheten som har mottatt belastningsfullmakten og vises derfor ikke i kolonnen for regnskap. De avgitte fullmaktene framkommer i note B til bevilgningsoppstillingen.

## Artskontorrapporteringen

Artskontorrapporteringen viser regnskapstall som er rapportert til statsregnskapet for Helfo etter standard kontoplan for statlige virksomheter. Helfo har en trekkrettighet på konsernkonto i Norges Bank. Tildelingene er ikke inntektsført og derfor ikke vist som inntekt i oppstillingen.

Utgiftskapittel	Kapittelnavn	Post	Posttekst	Note	Samlet tildeling*	Regnskap 2015	Merutgift (-) og mindretgift
0720	Helsedirektoratet	01	Driftsutgifter	A, B	359 855 000	360 558 141	-703 141
0720	Helsedirektoratet	70	Helse tjenester i annet EØS-land	A, B	45 000 000	22 890 653	22 109 347
0732	Regionale helseforetak	77	Polliklinisk virksomhet	A, B	3 804 904 000	3 826 197 766	-21 293 766
2711	Spesialisthelsetjeneste	70	Spesialisthjelp	A, B	1 800 000 000	1 795 113 619	4 886 381
2711	Spesialisthelsetjeneste	71	Psykologhjelp	A, B	256 000 000	258 926 592	-2 926 592
2711	Spesialisthelsetjeneste	72	Tannbehandling	A, B	2 355 000 000	2 300 631 069	54 368 931
2711	Spesialisthelsetjeneste	76	Private laboratorier og røntgeninstitutt	A, B	795 000 000	799 322 269	-4 322 269
2751	Legemidler mv.	70	Legemidler	A, B	10 081 100 000	10 149 413 740	-68 313 740
2751	Legemidler mv.	71	Legeerklæringer	A, B	5 000 000	5 527 071	-527 071
2751	Legemidler mv.	72	Medisinsk forbruksmaterieil	A, B	1 900 000 000	1 901 009 077	-1 009 077
2752	Refusjon av egenbetaling	70	Egenandelstak 1	A, B	4 150 000 000	4 166 889 534	-16 889 534
2752	Refusjon av egenbetaling	71	Egenandelstak 2	A, B	177 000 000	166 190 601	10 809 399
2755	Helse tjenester i kommunene mv.	62	Fastlønnsordning fysioterapeuter	A, B	320 000 000	328 759 041	-8 759 041
2755	Helse tjenester i kommunene mv.	70	Allmenlegehjelp	A, B	4 535 000 000	4 342 116 784	192 883 216
2755	Helse tjenester i kommunene mv.	71	Fysioterapi	A, B	1 930 000 000	1 890 521 228	39 478 772
2755	Helse tjenester i kommunene mv.	72	Jordmorhjelp	A, B	55 000 000	54 692 102	307 898
2755	Helse tjenester i kommunene mv.	73	Kiropraktorbehandling	A, B	141 000 000	139 388 956	1 611 044
2755	Helse tjenester i kommunene mv.	75	Logopedisk og ortopedisk behandling	A, B	121 000 000	121 544 174	-544 174
2756	Andre helse tjenester	70	Helse tjenester i annet EØS-land	A, B	19 000 000	17 708 453	1 291 547
2756	Andre helse tjenester	71	Helse tjenester i utlandet	A, B	435 000 000	457 544 231	-22 544 231
2756	Andre helse tjenester	72	Helse tjenester til utlandsboende mv.	A, B	205 000 000	216 009 919	-11 009 919
2790	Andre helse tiltak	70	Bidrag	A, B	185 000 000	185 919 952	-919 952
0701	IKT i helse- og omsorgssektoren	21	Spesielle driftsutgifter	B		1 411 634	
1633	Nettoordning, statlig betalt mva	01	Driftsutgifter			6 706 988	
2651	Arbidsavklaringspenger	72	Legeerklæringer	B		328 575 931	
2661	Grunn- og hjelpetønad, hjelpemidler mv.	77	Ortopediske hjelpemidler	B		26 034 616	
Sum utgiftsført					33 674 859 000	33 869 604 142	167 984 028

Inntektskapittel	Kapittelnavn	Post	Posttekst	Note	Samlet tildeling	Regnskap 2015	Merinntekt og mindreinntekt (-)
3720	Helsedirektoratet	02	Diverse inntekter	B		209 400	209 400
3720	Helsedirektoratet	03	Helse tjenester i annet EØS-land	A, B	45 000 000	28 832 957	-16 167 043
3720	Helsedirektoratet	05	Helse tjenester til utlandsboende mv.	A, B	75 000 000	71 977 118	-3 022 882
5309	Tilfeldige inntekter	29	Ymse			2 808 350	
5700	Folketrygdens inntekter	72	Arbeidsgiveravgift			33 319 421	
5701	Diverse inntekter	80	Renter	B		-38 161	
5701	Diverse inntekter	86	Innkrevling feilutbetalinger	B		50 533 429	
5701	Diverse inntekter	87	Diverse inntekter	B		5 312 612	
Sum inntektsført					120 000 000	192 955 126	-18 980 525
530929 gjelder retur feilutbetalinger utland (Equian) og gruppeleivsforsikring ansatte.							
570180 gjelder renteutgifter i forbindelse med omgjøringssak feilutbetalinger							
570186 gjelder Innkrevling feilutbetalinger jf. mottatte belastningsfullmakter (note B)							
570187 gjelder inntektsførte rabatter fra refusjonsutbetalinger i USA jf. avtale med Equian.							
<b>Netto rapportert til bevilgningsregnskapet</b>					<b>33 554 859 000</b>	<b>33 676 649 016</b>	
<b>Kapitalkontoer</b>							
60092501	Norges Bank KK /innbetalinger					105 993 476	
60092502	Norges Bank KK/utbetalinger					-711 744 046	
NAV	Oppgjørskonto NAV					-33 075 325 937	
NAV	Fondsutbetalinger NAV						
707013	Endring i mellomværende med statskassen					-702 378	
NAV	Helfos andel av endring i mellomværende med statskassen					5 129 870	
Sum rapportert							0
<b>Beholdninger rapportert til kapitalregnskapet (31.12)</b>							
Konto	Tekst		2015	2014	Endring		
6260	Aksjer		0	0	0		
707013	Mellomværende med statskassen		+10 481 122	-9 778 744	-702 378		
NAV	Helfos andel av mellomværende med statskassen		-4 162 415	-9 292 285	5 129 870		

\* Samlet tildeling skal ikke reduseres med eventuelle avgitte belastningsfullmakter. Se note B for nærmere forklaring.

**Tabell 6-1 Note A Forklaring av samlet tildeling utgifter**

<b>Note A Forklaring av samlet tildeling utgifter</b>			
<b>Kapittel og post</b>	<b>Overført fra i fjor</b>	<b>Årets tildelinger</b>	<b>Samlet tildeling</b>
072001		359 855 000	359 855 000
072070		45 000 000	45 000 000
073277		3 804 904 000	3 804 904 000
271170		1 800 000 000	1 800 000 000
271171		256 000 000	256 000 000
271172		2 355 000 000	2 355 000 000
271176		795 000 000	795 000 000
275170		10 081 100 000	10 081 100 000
275171		5 000 000	5 000 000
275172		1 900 000 000	1 900 000 000
275270		4 150 000 000	4 150 000 000
275271		177 000 000	177 000 000
275562		320 000 000	320 000 000
275570		4 535 000 000	4 535 000 000
275571		1 930 000 000	1 930 000 000
275572		55 000 000	55 000 000
275573		141 000 000	141 000 000
275575		121 000 000	121 000 000
275670		19 000 000	19 000 000
275671		435 000 000	435 000 000
275672		205 000 000	205 000 000
279070		185 000 000	185 000 000
<b>Sum totalt</b>		<b>33 674 859 000</b>	<b>33 674 859 000</b>





**Tabell 6-3 Oppstilling av artskontorrapporteringen**

	Note	2015	2014
<b>Driftsinntekter rapportert til bevilgningsregnskapet</b>			
Innbetalinger fra gebyrer	1	0	0
Innbetalinger fra tilskudd og overføringer	1	203 000	0
Salgs- og leieinnbetalinger	1	6 400	765 531
Andre innbetalinger	1	0	46 100
<i>Sum innbetalinger fra drift</i>		209 400	811 631
<b>Driftsutgifter rapportert til bevilgningsregnskapet</b>			
Utbetalinger til lønn	2	287 917 612	282 333 995
Andre utbetalinger til drift	3	69 122 356	68 923 585
<i>Sum utbetalinger til drift</i>		357 039 968	351 257 580
<b>Netto rapporterte driftsutgifter</b>		<b>356 830 568</b>	<b>350 445 949</b>
<b>Investerings- og finansinntekter rapportert til bevilgningsregnskapet</b>			
Innbetaling av finansinntekter	4	0	0
<i>Sum investerings- og finansinntekter</i>		0	0
<b>Investerings- og finansutgifter rapportert til bevilgningsregnskapet</b>			
Utbetaling til investeringer	5	4 905 900	423 140
Utbetaling til kjøp av aksjer	5,8B	0	0
Utbetaling av finansutgifter	4	23 907	13 402
<i>Sum investerings- og finansutgifter</i>		4 929 807	436 541
<b>Netto rapporterte investerings- og finansutgifter</b>		<b>4 929 807</b>	<b>436 541</b>
<b>Innkrevingsvirksomhet og andre overføringer til staten</b>			
Innbetaling av skatter, avgifter, gebyrer m,m,	6	156 617 955	126 302 070
<i>Sum innkrevingsvirksomhet og andre overføringer til staten</i>		156 617 955	126 302 070
<b>Tilskuddsforvaltning og andre overføringer fra staten</b>			
Utbetalinger av tilskudd og stønader	7	33 500 927 379	30 891 671 696
<i>Sum tilskuddsforvaltning og andre overføringer fra staten</i>		33 500 927 379	30 891 671 696
<b>Inntekter og utgifter rapportert på felleskapitler</b>			
Tilfeldige inntekter fra tidligere år (ref. kap. 5309, inntekt)		2 028 099	981 026
Gruppelivsforsikring konto 1985 (ref. kap. 5309, inntekt)		780 251	757 786
Arbeidsgiveravgift konto 1986 (ref. kap. 5700, inntekt)		33 319 421	32 788 612
Nettoføringsordning for merverdiavgift konto 1987 (ref. kap. 1633, utgift)		-6 706 988	0
<i>Sum rapporterte utgifter på felleskapitler</i>		29 420 783	34 527 424
<b>Netto rapportert til bevilgningsregnskapet</b>		<b>33 676 649 016</b>	<b>31 081 724 692</b>

<b>Oversikt over mellomværende med statskassen</b>		
<b>Eiendeler og gjeld</b>	<b>2015</b>	<b>2014</b>
<i>Drift:</i>		
Fordringer	890 014	1 046 791
Kasse	0	0
Bankkontoer med statlige midler utenfor Norges Bank	0	0
Skyldig skattetrekk og påleggstrekk	-11 331 153	-10 807 453
Skyldige offentlige avgifter	0	0
Annen gjeld	-3 326	-2 559
<i>Stønad:</i>		
Skyldig påleggstrekk	-1 574 404	-1 699 257
Skyldige andre trekk		-684 182
Annen gjeld	-2 624 669	-6 924 368
<b>Sum mellomværende med statskassen</b>	<b>8</b>	<b>-14 643 538</b>

**Tabell 6-4 Note 1 Innbetalinger fra drift**

	<b>31.12.2015</b>	<b>31.12.2014</b>
<i>Innbetalinger fra gebyrer</i>		
Byggesaksgebyr	0	0
Tilsynsavgift elsikkerhet	0	0
Gebyrer / avgift omsetning produksjon sprengstoff første omsetningsledd	0	0
<b>Sum innbetalinger fra gebyrer</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<i>Innbetalinger fra tilskudd og overføringer</i>		
Prosjektstøtte fra andre statlige virksomheter (DIFI og VOX)	203 000	0
<b>Sum innbetalinger fra tilskudd og overføringer</b>	<b>203 000</b>	<b>0</b>
<i>Salgs- og leieinnbetalinger</i>		
Tilfeldige inntekter (post 01, 02)	6 400	765 531
<b>Sum salgs- og leieinnbetalinger</b>	<b>6 400</b>	<b>765 531</b>
<i>Andre innbetalinger</i>		
Salg av utrangert materiell, avgiftsfritt		46 100
<b>Sum andre innbetalinger</b>	<b>0</b>	<b>46 100</b>
<b>Sum innbetalinger fra drift</b>	<b>209 400</b>	<b>811 631</b>

**Tabell 6-5 Note 2 Utbetalinger til lønn**

	<b>31.12.2015</b>	<b>31.12.2014</b>
Lønn	264 376 501	258 783 360
Arbeidsgiveravgift	33 319 421	32 788 612
Pensjonsutgifter*	0	0
Sykepenger og andre refusjoner(-)	-13 508 154	-12 760 571
Andre ytelser	3 729 843	3 522 594
<b>Sum utbetalinger til lønn</b>	<b>287 917 612</b>	<b>282 333 995</b>
<i>* Denne linjen benyttes av virksomheter som innbetaler pensjonspremie til SPK.</i>		
<b>Antall årsverk:</b>	<b>561</b>	<b>551</b>

**Tabell 6-6 Note 3 Andre utbetalinger til drift**

	<b>31.12.2015</b>	<b>31.12.2014</b>
Husleie	30 599 697	30 574 278
Vedlikehold egne bygg og anlegg	0	0
Vedlikehold og ombygging av leide lokaler	187 889	235 540
Andre utgifter til drift av eiendom og lokaler	8 828 238	9 492 577
Reparasjon og vedlikehold av maskiner, utstyr mv.	530 062	821 281
Mindre utstyrsanskaffelser	5 787 661	2 494 197
Leie av maskiner, inventar og lignende	1 642 665	2 017 437
Kjøp av fremmede tjenester	3 805 516	3 466 923
Reiser og diett	7 114 749	6 752 488
Øvrige driftsutgifter	10 625 880	13 068 863
<b>Sum andre utbetalinger til drift</b>	<b>69 122 356</b>	<b>68 923 584</b>

**Tabell 6-7 Note 4 Finansinntekter og finansutgifter**

	<b>31.12.2015</b>	<b>31.12.2014</b>
<i>Innbetaling av finansinntekter</i>		
Renteinntekter	0	0
Valutagevinst	0	0
Annen finansinntekt	0	0
<b>Sum innbetaling av finansinntekter</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

	<b>31.12.2015</b>	<b>31.12.2014</b>
<i>Utbetaling av finansutgifter</i>		
Renteutgifter	23 907	13 402
Valutatap	0	0
Annen finansutgift	0	0
<b>Sum utbetaling av finansutgifter</b>	<b>23 907</b>	<b>13 402</b>

**Tabell 6-8 Note 5 Utbetaling til investeringer og kjøp av aksjer**

	<b>31.12.2015</b>	<b>31.12.2014</b>
<i>Utbetaling til investeringer</i>		
Immaterielle eiendeler og lignende	0	0
Tomter, bygninger og annen fast eiendom	0	0
Beredskapsanskaffelser	0	0
Infrastruktureiendeler	0	0
Maskiner og transportmidler	0	0
Driftsløsøre, inventar, verktøy og lignende	4 905 900	423 140
<b>Sum utbetalt til investeringer</b>	<b>4 905 900</b>	<b>423 140</b>

<i>Utbetaling til kjøp av aksjer</i>		
Kapitalinnskudd	0	0
Obligasjoner	0	0
Investeringer i aksjer og andeler	0	0
<b>Sum utbetalt til kjøp av aksjer</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

**Tabell 6-9 Note 6 Innkrevingsvirksomhet og andre overføringer til staten**

	<b>31.12.2015</b>	<b>31.12.2014</b>
3720 Helsedirektoratet	100 810 075	94 755 985
5701 Diverse inntekter	55 807 880	31 546 085
<b>Sum innkrevingsvirksomhet og andre overføringer til staten</b>	<b>156 617 955</b>	<b>126 302 070</b>

**Tabell 6-10 Note 7 Tilskuddsforvaltning og andre overføringer fra staten**

	<b>31.12.2015</b>	<b>31.12.2014</b>
Tilskudd til ikke-finansielle foretak	2 446	0
Tilskudd til finansielle foretak	1 663 832	0
Tilskudd til husholdninger*	33 475 121 524	30 891 467 133
Tilskudd til statsforvaltningen	20 471 218	204 562
Tilskudd til utlandet	3 668 359	0
<b>Sum tilskuddsforvaltning og andre overføringer fra staten</b>	<b>33 500 927 379</b>	<b>30 891 671 695</b>

\*Systemstøtten i NAV-løsningen håndterer ikke kravet om sektorinndeling, ref. til søknad om fritak fra ordningen.

**Tabell 6-11 Note 8 Sammenheng mellom avregning med statskassen og mellomværende med statskassen**

<b>Del A Forskjellen mellom avregning med statskassen og mellomværende med statskassen</b>			
	<b>31.12.2015</b> Spesifisering av <u>bokført</u> avregning med statskassen	<b>31.12.2015</b> Spesifisering av <u>rapportert</u> mellomværende med statskassen	Forskjell
<b>Finansielle anleggsmidler</b>			
Investeringer i aksjer og andeler*	0	0	0
Obligasjoner	0		
<i>Sum</i>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Omløpsmidler</b>			
Kundefordringer	3 997 467	0	3 997 467
Andre fordringer	25 661 651	890 014	24 771 637
Bankinnskudd, kontanter og lignende	0	0	0
<i>Sum</i>	<b>29 659 118</b>	<b>890 014</b>	<b>28 769 104</b>
<b>Langsiktig gjeld</b>			
Annen langsiktig gjeld	0	0	0
<i>Sum</i>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Kortsiktig gjeld</b>			
Leverandørgjeld	-10 752 554	0	-10 752 554
Skyldig skattetrekk	-12 905 557	-12 905 557	0
Skyldige offentlige avgifter	0	0	0
Annen kortsiktig gjeld	-2 627 995	-2 627 995	0
<i>Sum</i>	<b>-26 286 105</b>	<b>-15 533 552</b>	<b>-10 752 554</b>
<b>Sum</b>	<b>3 373 012</b>	<b>-14 643 538</b>	<b>18 016 550</b>

\* Virksomheter som eier finansielle anleggsmidler i form av investeringer i aksjer og selskapsandeler fyller også ut note 8 B

<b>Del B Spesifisering av investeringer i aksjer og selskapsandeler</b>							
	Ervervesdato	Antall aksjer	Eierandel	Stemmeandel	Årets resultat i selskapet	Balanseført egenkapital i selskapet	Balanseført verdi i regnskap*
<b>Aksjer</b>							
<b>Selskap 1</b>							
<b>Selskap 2</b>							
<b>Balanseført verdi 31.12.2015</b>							
						<b>0</b>	

\* Investeringer i aksjer er bokført til anskaffelseskost. Balanseført verdi er den samme i både virksomhetens kontospesifikasjon og kapitalregnskapet.



## 6.3 Helsedirektoratet ekskl. HELFO

---

### Ledelseskomentarer:

#### Formål

Helsedirektoratet ble dannet i 2002 og er underlagt Helse- og omsorgsdepartementet. Helsedirektoratet fører regnskap i henhold til kontantprinsippet, slik det fremgår av prinsippnoten til årsregnskapet. Årsregnskapet utgjør del VI av årsrapporten til Helsedirektoratet. Direktoratet skal styrke helsen til hele befolkningen gjennom helhetlig og målrettet arbeid på tvers av tjenester, sektorer og forvaltningsnivå. Direktoratet skal gjøre dette med utgangspunkt i rollen som fagorgan, regelverksforvalter og iverksetter på helsepolitisk område.

#### Bekreftelse

Årsregnskapet er avlagt i henhold til bestemmelser om økonomistyring i staten, rundskriv R-115 fra Finansdepartementet og krav fra Helse- og omsorgsdepartementet i instruks om økonomistyring. Regnskapet gir et dekkende bilde av direktoratets disponible bevilgninger, regnskapsførte utgifter, inntekter, eiendeler og gjeld.

#### Vurdering av vesentlige forhold

Direktoratets driftsbudsjett (01-post) viser tilnærmet balanse, mens det er mindreforbruk innen flere kapitellposter for spesielle driftsutgifter (21-poster) og tilskudd (60- og 70-poster). Enkelte av 21-postene kan sees i sammenheng med 60- og 70-poster, slik at mindreforbruket har vært med hensikt for å finansiere tilskuddsområdet, også motsatt har mindreforbruket på enkelte av 60- og 70-postene oppstått for å finansiere spesielle driftsutgifter (21-poster). Utover dette er mindreforbruket innen 21-postene er i stor grad knyttet til forsinkelser i aktiviteter og anskaffelser, særlig innenfor tjenesteområdene psykisk helse og rustiltak, omsorgstjenester og primærhelsetjenester. For tilskuddene (60- og 70-poster) kan mindreforbruket kategoriseres i 3: 1: ordninger som ikke fungerer optimalt (mangelfulle søknader, dyr ordning, høy egenfinansiering) manglende kompetanse i kommunene, 2: tidsaspekt: sen tildeling i løpet av virksomhetsåret og sen godkjenning av regelverk, 3: mangelfull planlegging i Helsedirektoratet. Avvikene har særlig oppstått innenfor områdene Psykisk helse og rustiltak, herunder demens, psykologtjenester samt vold og traumatisk stress.

I 2015 har det ikke vært vesentlige endringer i direktoratets økonomi sammenlignet med 2014. Fra 2016 vil det bli endringer i driftsøkonomien som følge av utskillelse av Direktoratet for e-helse og overføringen av Statens autorisasjonskontor og Statens strålevern til direktoratet. Det henvises til kapittel 2.3, presentasjon av utvalgte hovedtall for en mer detaljert omtale.

#### Tilleggsopplysninger

Riksrevisjonen er ekstern revisor og bekrefter årsregnskapet for Helsedirektoratet. Årsregnskapet er ikke ferdig revidert per d.d. men revisjonsberetningen antas å foreligge i løpet av 2. kvartal 2016. Resultatet av brevlige omposteringer er innarbeidet i regnskapet. Beretningen er unntatt offentlighet fram til Stortinget har mottatt Dokument 1 fra Riksrevisjonen, men vil bli publisert på Helsedirektoratets nettside så snart dokumentet er offentlig.

Oslo, 7. mars 2016

  
Bjørn Guldvog  
helsedirektør

## **Prinsippnote årsregnskapet**

Årsregnskapet for Helsedirektoratet er utarbeidet og avlagt etter nærmere retningslinjer fastsatt i bestemmelser om økonomistyring i staten ("bestemmelsene"), fastsatt 12. desember 2003 med endringer, senest 5. november 2015. Årsregnskapet er i henhold til krav i bestemmelsene punkt 3.4.1, nærmere bestemmelser i Finansdepartementets rundskriv R-115 og eventuelle tilleggskrav fastsatt av eget departement.

Oppstillingen av bevilgningsrapporteringen omfatter en øvre del med bevilgningsrapportering og en nedre del som viser beholdninger virksomheten står oppført med i kapitalregnskapet. Oppstillingen av artskontorapporteringen har en øvre del som viser hva som er rapportert til statsregnskapet etter standard kontoplan for statlige virksomheter og en nedre del som viser grupper av kontoer som inngår i mellomværende med statskassen.

Oppstillingen av bevilgningsrapporteringen og artskontorapporteringen er utarbeidet med utgangspunkt i bestemmelsene punkt 3.4.2 – de grunnleggende prinsippene for årsregnskapet:

- a) Regnskapet følger kalenderåret
- b) Regnskapet inneholder alle rapporterte utgifter og inntekter for regnskapsåret
- c) Utgifter og inntekter er ført i regnskapet med brutto beløp
- d) Regnskapet er utarbeidet i tråd med kontantprinsippet

Oppstillingene av bevilgnings- og artskontorapportering er utarbeidet etter de samme prinsippene, men gruppert etter ulike kontoplaner. Prinsippene korresponderer med krav i bestemmelsene punkt 3.5 til hvordan virksomhetene skal rapportere til statsregnskapet. Sumlinjen "*Netto rapportert til bevilgningsregnskapet*" er lik i begge oppstillingene. Alle statlige virksomheter er tilknyttet statens konsernkontoordning i Norges Bank i henhold til krav i bestemmelsene pkt. 3.8.1. Ordinære forvaltningsorgan (bruttobudsjetterte virksomheter) tilføres ikke likviditet gjennom året. Ved årets slutt nullstilles saldoen på den enkelte oppgjørskonto ved overgang til nytt år.

### ***Bevilgningsrapporteringen***

Bevilgningsrapporteringen viser regnskapstall som Helsedirektoratet har rapportert til statsregnskapet. Det stilles opp etter de kapitler og poster i bevilgningsregnskapet som Helsedirektoratet har fullmakt til å disponere. Oppstillingen viser alle finansielle eiendeler og forpliktelser Helsedirektoratet står oppført med i statens kapitalregnskap. Kolonnen samlet tildeling viser hva virksomheten har fått stilt til disposisjon i tildelingsbrev for hver kombinasjon av kapittel/post.

Mottatte fullmakter til å belaste en annen virksomhets kombinasjon av kapittel/post (belastningsfullmakter) vises ikke i kolonnen for samlet tildeling, men er omtalt i note B til bevilgningsoppstillingen. Utgiftene knyttet til mottatte belastningsfullmakter er bokført og rapportert til statsregnskapet og vises i kolonnen for regnskap.

Avgitte belastningsfullmakter er inkludert i kolonnen for samlet tildeling, men bokføres og rapporteres ikke til statsregnskapet fra virksomheten selv. Avgitte belastningsfullmakter bokføres og rapporteres av virksomheten som har mottatt belastningsfullmakten og vises derfor ikke i kolonnen for regnskap. De avgitte fullmaktene framkommer i note B til bevilgningsrapporteringen.

### ***Artskontorapporteringen***

Artskontorapporteringen viser regnskapstall Helsedirektoratet har rapportert til statsregnskapet etter standard kontoplan for statlige virksomheter. Note 7 til artskontorapporteringen viser forskjeller mellom avregning med statskassen og mellomværende med statskassen.

**Oppstilling av  
bevilgningsrapportering,  
regnskapsåret 2015**

Utgifts kapittel	Kapittelnavn	Post Posttekst	Note	Samlet tildeling*	Regnskap 2015	Merutgift (-) og mindreutgift
0720	Helsedirektoratet - drift	01 Driftsutgifter	A + B	742 630 000	754 447 864	-11 817 864
0720	Spesielle driftsutgifter	21 Spesielle driftsutgifter	A + B	12 000 000	100 751 630	-88 751 630
0163	Tilskudd til nødhjelp og humanitær bistand	70 Tilskudd	A + B	72 800 000	44 707 173	28 092 827
0440	Tilskudd	70 Tilskudd	A + B	1 000 000	1 000 000	0
0575	Toppfinansieringsordning Utredningsvirksomhet og forsikring m.m.	60 Diverse	A + B	8 264 160 000	8 263 100 833	1 059 167
0601	Spesielle driftsutgifter	21 Spesielle driftsutgifter	A + B	160 000	160 000	0
0701	Spesielle driftsmidler	21 Spesielle driftsutgifter	A + B	262 848 000	260 158 263	2 689 737
0702	Beredskap	21 Spesielle driftsutgifter	A + B	17 633 000	19 947 663	-2 314 663
0702	Tilskudd, beredskap	70 Tilskudd	A + B	7 956 000	4 773 350	3 182 650
0711	Spesielle driftsmidler	21 Spesielle driftsutgifter	A + B	16 000 000	15 881 266	118 734
0711	Tilskudd	70 Tilskudd	A + B	2 149 000	2 149 000	0
0711	Tilskudd, skolefrukt	74 Tilskudd	A + B	33 729 000	15 000 000	18 729 000
0718	Spesielle driftsmidler Rusmiddelforebygging	21 Spesielle driftsutgifter	A + B	79 500 000	64 963 001	14 536 999
0718	Tilskudd	63 Diverse	A + B	18 777 000	15 659 519	3 117 481
0718	Frivillig arbeid	70 Tilskudd	A + B	121 988 000	123 313 124	-1 325 124
0719	Spesielle driftsmidler	21 Spesielle driftsutgifter	A + B	56 800 000	51 944 105	4 855 895
0719	Folkehelse tilskudd	60 Diverse	A + B	22 552 000	22 521 196	30 804
0719	Smittevern	70 Tilskudd	A + B	22 024 000	22 123 984	-99 984
0719	Andre tilskudd	79 Tilskudd	A + B	16 100 000	16 006 215	93 785
0724	SAK - drift	01 Driftsutgifter	A + B	1 350 000	1 350 000	0
0729	POBO - drift	01 Driftsutgifter	A + B	60 941 000	61 508 601	-567 601
0732	Tilskudd til helseforetakene	70 Tilskudd	A + B	1 000 000	1 000 000	0
0733	Spesielle driftsmidler	21 Spesielle driftsutgifter	A + B	11 908 000	13 691 736	-1 783 736
0733	Kjøp av opptrening	72 Tilskudd	A + B	6 097 000	5 097 000	1 000 000
0733	Andre tilskudd	79 Tilskudd	A + B	15 795 000	10 496 708	5 298 292
0734	Særskilte tilskudd til psykisk helse og rustiltak - drift	01 Driftsutgifter	A + B	51 684 000	1 640 101	50 043 899
0734	Spesielle driftsmidler	21 Spesielle driftsutgifter	A + B	11 136 000	10 839 577	296 423
0734	Tvunget psykisk helsevern	70 Tilskudd	A + B	15 491 000	636 485	14 854 515
0734	Utviklingsområder	72 Tilskudd	A + B	19 041 000	19 027 753	13 247
0751	Spesielle driftsutgifter	21 Spesielle driftsutgifter	A + B	6 700 000	5 361 608	1 338 392
0751	Legemiddeltiltak	70 Tilskudd	A + B	6 000 000	6 000 000	0
0761	Spesielle driftsmidler	21 Spesielle driftsutgifter	A + B	141 753 000	108 963 358	32 789 642
0761	Kommunale kompetansetiltak	60 Diverse	A + B	111 160 000	105 707 320	5 452 680
0761	Vertskommuner	61 Diverse	A + B	949 150 000	949 150 000	0

0761	Dagaktivitetstilbud	62	Diverse	A + B	195 608 000	166 026 669	29 581 331
0761	Kompetansetiltak i kommunene	67	Diverse	A + B	88 477 000	71 557 000	16 920 000
0761	Frivillig arbeid	71	Tilskudd	A + B	13 164 000	13 164 000	0
0761	Landsbystiftelsen	72	Tilskudd	A + B	72 465 000	72 465 000	0

0761	Særlige omsorgsbehov	73	Tilskudd	A + B	20 406 000	20 385 862	20 138
0761	Andre kompetansetiltak	75	Tilskudd	A + B	10 729 000	10 729 000	0
0761	Andre tilskudd	79	Tilskudd	A + B	101 583 000	106 916 635	-5 333 635
0762	Spesielle driftsmidler	21	Spesielle driftsutgifter	A + B	78 514 000	33 247 603	45 266 397
0762	Forebyggende helsetiltak	60	Diverse	A + B	51 101 000	31 700 000	19 401 000
0762	Fengselshelsetjeneste	61	Diverse	A + B	142 517 000	142 486 508	30 492
0762	Øyeblikkelig hjelp	62	Diverse	A + B	477 319 000	476 199 035	1 119 965
0762	Allmenlegetjenester	63	Diverse	A + B	62 111 000	32 844 417	29 266 583
0762	Tilskudd	70	Tilskudd	A + B	48 262 000	54 913 988	-6 651 988
0762	Frivillig arbeid	71	Tilskudd	A + B	6 583 000	6 583 000	0
0762	Forebygging av uønskede svangerskap og abort	73	Tilskudd	A + B	37 637 000	25 387 000	12 250 000
0765	Spesielle driftsmidler	21	Spesielle driftsutgifter	A + B	131 900 000	88 397 050	43 502 950
0765	Kommunale tjenester	60	Diverse	A + B	342 308 000	104 945 537	237 362 463
0765	Kompetansetiltak	61	Diverse	A + B	52 532 000	-332 712	52 864 712
0765	Rusarbeid	62	Diverse	A + B	452 374 000	-424 954	452 798 954
0765	Brukere og pårørende	71	Tilskudd	A + B	123 341 000	122 083 691	1 257 309
0765	Frivillig arbeid mv.	72	Tilskudd	A + B	226 823 000	226 802 541	20 459
0765	Utviklingstiltak mv.	73	Tilskudd	A + B	150 959 000	149 561 949	1 397 051
0765	Kompetansesentre	74	Tilskudd	A + B	298 151 000	294 388 399	3 762 601
0765	Vold og traumatisk stress	75	Tilskudd	A + B	158 861 000	151 376 483	7 484 517
0769	Spesielle driftsutgifter	21	Spesielle driftsutgifter	A + B	3 700 000	618 761	3 081 239
0770	Spesielle driftsutgifter	21	Spesielle driftsutgifter	A + B	6 822 000	10 966 504	-4 144 504
0770	Tilskudd	70	Tilskudd	A + B	212 546 000	208 355 042	4 190 958
0781	Spesielle driftsutgifter	21	Spesielle driftsutgifter	A + B	75 700 000	74 856 868	843 132
0781	Andre tilskudd	79	Tilskudd	A + B	43 810 000	36 017 078	7 792 922
0782	Spesielle driftsmidler	21	Spesielle driftsutgifter	A + B	28 000 000	17 471 445	10 528 555
0783	Spesielle driftsmidler	21	Spesielle driftsutgifter	A + B	37 721 000	13 063 375	24 657 625
0783	Andre tilskudd	79	Tilskudd	A + B	23 911 000	12 700 000	11 211 000
0842	Spesielle driftsutgifter	21	Spesielle driftsutgifter	A + B	160 000	160 000	0
0847	Spesielle Driftsmidler	21	Spesielle driftsutgifter	A + B	600 000	600 000	0
0858	Driftsutgifter	01	Driftsutgifter	A + B	84 000	84 211	-211
1633	Nettoordning for mva i staten	01	Driftsutgifter			155 759 274	
<b>Sum utgiftsført</b>					<b>14 956 791 000</b>	<b>14 031 134 692</b>	<b>1 081 415 582</b>

Inntekts kapittel	Kapittelnavn	Post Posttekst	Samlet tildeling	Regnskap 2015	Merinntekt og mindreinntekt (-)
3718	Gebyrer	04 Ymse		1 782 199	1 782 199
3720	Salgs - og leieinntekter	02 Ymse		117 549 033	117 549 033
3720	Gebyrinntekter	04 Ymse		6 130 610	6 130 610
5309	Tilfeldige inntekter	29 Ymse		30 230 802	
5700	Arbeidsgiveravgift	72 Arbeidsgiveravgift		88 960 983	
<b>Sum inntektsført</b>			0	244 653 627	
<b>Netto rapportert til bevilgningsregnskapet</b>				<b>13 786 481 065</b>	
<b>Kapitalkontoer</b>					
60077101	Norges Bank KK /innbetalinger			233 997 645	
60077102	Norges Bank KK/utbetalinger			-13 998 751 169	
707002	Endring i mellomværende med statskassen			-21 727 542	
<b>Sum rapportert</b>				0	
<b>Beholdninger rapportert til kapitalregnskapet (31.12)</b>					
<b>Konto</b>	<b>Tekst</b>		<b>2015</b>	<b>2014</b>	<b>Endring</b>
6260	Aksjer		0	0	0
707002	Mellomværende med statskassen		-63 977 857	-42 250 315	-21 727 542

\* Samlet tildeling skal ikke reduseres med eventuelle avgitte belastningsfullmakter. Se note B for nærmere forklaring.

**Note A Forklaring av samlet tildeling utgifter**

Kapittel og post	Overført fra i fjor	Årets tildelinger	Samlet tildeling
057560		8 264 160 000	8 264 160 000
070121	2 792 000	260 056 000	262 848 000
070221	4 976 000	12 657 000	17 633 000
070270	271 000	7 685 000	7 956 000
071121	6 408 000	9 592 000	16 000 000
071170		2 149 000	2 149 000
071174	5 500 000	28 229 000	33 729 000
071821	4 344 000	75 156 000	79 500 000
071863	1 766 000	17 011 000	18 777 000
071870	5 634 000	116 354 000	121 988 000
071921	1 180 000	55 620 000	56 800 000
071960		22 552 000	22 552 000
071970	235 000	21 789 000	22 024 000
071979	3 140 000	12 960 000	16 100 000
072001	6 423 000	736 207 000	742 630 000
072021	1 020 000	9 960 000	10 980 000
072401	1 699 000	36 833 000	38 532 000
072501		172 570 000	172 570 000
072901		61 216 000	61 216 000
073270		1 000 000	1 000 000
073277		3 630 904 000	3 630 904 000
073321		11 908 000	11 908 000
073372	4 722 000	1 375 000	6 097 000
073379		15 795 000	15 795 000
073401	2 085 000	47 514 000	49 599 000
073421		11 136 000	11 136 000
073470		15 491 000	15 491 000
073472		19 041 000	19 041 000
075121	2 504 000	4 196 000	6 700 000
075170		6 000 000	6 000 000
076121	8 311 000	133 442 000	141 753 000
076160	1 700 000	109 460 000	111 160 000
076161		949 150 000	949 150 000
076162	10 032 000	185 576 000	195 608 000
076167		88 477 000	88 477 000
076168		258 154 000	258 154 000
076171		13 164 000	13 164 000

076172		72 465 000	72 465 000
076173		20 406 000	20 406 000
076175		10 729 000	10 729 000

076179		101 583 000	101 583 000
076221	13 425 000	65 089 000	78 514 000
076260		51 101 000	51 101 000
076261		142 517 000	142 517 000
076262		477 319 000	477 319 000
076263		62 111 000	62 111 000
076270		48 262 000	48 262 000
076271		6 583 000	6 583 000
076273	954 000	36 683 000	37 637 000
076521	19 640 000	112 260 000	131 900 000
076560	34 720 000	307 588 000	342 308 000
076561		52 532 000	52 532 000
076562	3 502 000	448 872 000	452 374 000
076571		123 341 000	123 341 000
076572		226 823 000	226 823 000
076573	5 460 000	145 499 000	150 959 000
076574		298 151 000	298 151 000
076575	4 000 000	154 861 000	158 861 000
076921	1 644 000	2 056 000	3 700 000
077021		6 822 000	6 822 000
077070	4 771 000	207 775 000	212 546 000
078121		75 700 000	75 700 000
078179		43 810 000	43 810 000
078221	856 000	27 144 000	28 000 000
078321		37 721 000	37 721 000
078361		134 669 000	134 669 000
078379		23 911 000	23 911 000
<b>Sum</b>	<b>163 714 000</b>	<b>10 684 762 000</b>	<b>10 848 476 000</b>

Note: Overført fra i fjor: Tallene er hentet fra statsregnskapet. Da statsreg fordelt på virksomhet, er det forutsatt at overføringene i sin helhet gjelder



**Note B Forklaring til brukte fullmakter og beregning av mulig overførbart beløp til neste år**

Kapittel og post	Stikkord	Merutgift(-)/ mindre utgift	Utgiftsført av andre i hht avgitte belastningsfullmakter (-)	Merutgift(-)/ mindreutgift etter avgitte belastningsfullmakter	Sum grunnlag for overføring	Maks. overførbart beløp *	Mulig overførbart beløp beregnet av virksomheten
072001		-11 817 864		-11 817 864	-11 817 864	0	0
072021	«kan overføres»	-88 751 630	-1 500 000	-90 251 630	-90 251 630	600 000	0
016370		28 092 827		28 092 827	28 092 827		
044070		0		0	0		
057560		1 059 167		1 059 167	1 059 167		
060121		0		0	0		
070121	«kan overføres»	2 689 737		2 689 737	2 689 737	13 142 000	2 689 737
070221	«kan overføres»,«kan benyttes under post 70»	-2 314 663	-37 500	-2 352 163	-2 352 163	25 589 000	0
070270	«kan overføres»,«kan benyttes under post 21»	3 182 650		3 182 650	3 182 650	25 589 000	830 487
071121	«kan overføres»,«kan benyttes under post 70»	118 734		118 734	118 734	18 149 000	0
071170	«kan overføres»,«kan benyttes under post 21»	0		0	0	18 149 000	118 734
071174	«kan overføres»	18 729 000		18 729 000	18 729 000	18 729 000	18 729 000
071821		14 536 999	-8 552 533	5 984 466	5 984 466	5 984 466	3 975 000
071863	«kan overføres»	3 117 481		3 117 481	3 117 481	16 778 000	3 117 481
071870	«kan overføres»	-1 325 124		-1 325 124	-1 325 124	121 988 000	0
071921	«kan overføres»	4 855 895	-1 118 972	3 736 923	3 736 923	56 800 000	3 736 923

071960	«kan overføres»	30 804		30 804	30 804	22 552 000	30 804
071970	«kan overføres»	-99 984		-99 984	-99 984	22 024 000	0
071979	«kan overføres»,«kan benyttes under post 21»	93 785		93 785	93 785	16 100 000	93 785
072401		0		0	0	2 011 550	0
072901		-567 601		-567 601	-567 601	3 060 800	0
073270	«kan overføres»	0		0	0	1 000 000	0
073321	«kan overføres»,«kan benyttes under post 79»	-1 783 736		-1 783 736	-1 783 736	3 514 556	3 514 556
073372	«kan overføres»	1 000 000		1 000 000	1 000 000	6 097 000	1 000 000
073379	«kan benyttes under post 21»	5 298 292		5 298 292	5 298 292	0	0
073401		50 043 899	-53 187 557	-3 143 658	-3 143 658	2 584 200	0
073421		296 423		296 423	296 423	556 800	296 423
073470		14 854 515	-15 100 599	-246 084	-246 084	0	0
073472		13 247		13 247	13 247	0	0
075121	«kan overføres»	1 338 392		1 338 392	1 338 392	6 700 000	1 338 392
075170		0		0	0	0	0
076121	«kan benyttes under post 79»	32 789 642	-16 087 608	16 702 034	16 702 034	7 087 650	7 087 650
076160	«kan overføres»	5 452 680		5 452 680	5 452 680	111 160 000	5 452 657

076161		0		0	0	949 150 000	0
076162	«kan overføres»	29 581 331		29 581 331	29 581 331	195 608 000	29 581 331
076167		16 920 000	-15 775 923	1 144 077	0	0	0
076171		0		0	0	0	0
076172		0		0	0	0	0
076173		20 138		20 138	20 138	0	0
076175		0		0	0	0	0
076179	«kan benyttes under post 21»	-5 333 635		-5 333 635	-5 333 635	0	0
076221	«kan overføres»,«kan benyttes under post 70»	45 266 397	-6 069 647	39 196 750	39 196 750	6 338 800	6 338 800
076260		19 401 000	-19 010 000	391 000	391 000	0	0

076261		30 492		30 492	30 492	0	0
076262	«kan overføres»	1 119 965		1 119 965	1 119 965	477 319 000	1 119 965
076263		29 266 583		29 266 583	29 266 583	0	0
076270	«kan benyttes under post 21»	-6 651 988		-6 651 988	-6 651 988	0	0
076271		0		0	0	0	0
076273	«kan overføres»	12 250 000	-12 446 204	-196 204	-196 204	0	0
076521	«kan overføres»,«kan benyttes under post 72»	43 502 950	-36 081 015	7 421 935	7 421 935	358 723 000	7 421 935
076560	«kan overføres»	237 362 463	-224 961 799	12 400 664	12 400 664	342 308 000	12 400 664
076561	«kan overføres»	52 864 712	-50 925 516	1 939 196	1 939 196	52 532 000	1 939 196
076562	«kan overføres»	452 798 954	-446 102 188	6 696 766	6 696 766	452 374 000	6 696 766
076571	«kan overføres»	1 257 309		1 257 309	1 257 309	123 341 000	1 257 309
076572	«kan overføres»,«kan benyttes under post 21»	20 459		20 459	20 459	358 723 000	20 459
076573		1 397 051		1 397 051	1 397 051	0	0
076574		3 762 601		3 762 601	3 762 601	0	0
076575		7 484 517		7 484 517	7 484 517	0	0
076921	«kan benyttes under post 70»	3 081 239	-1 000 000	2 081 239	2 081 239	185 000	185 000
077021	«kan benyttes under post 70»	-4 144 504		-4 144 504	-4 144 504	0	0
077070	«kan overføres»,«kan benyttes under post 21»	4 190 958		4 190 958	4 190 958	46 454	46 454
078121	«kan benyttes under post 79»	843 132	-1 116 113	-272 981	-272 981	3 785 000	0
078179	«kan benyttes under post 21»	7 792 922		7 792 922	7 792 922	0	0
078221		10 528 555	-2 611 000	7 917 555	7 917 555	1 400 000	0
078321	«kan benyttes under post 79»	24 657 625	-20 888 348	3 769 277	3 769 277	1 886 050	1 886 050
078379	«kan benyttes under post 21»	11 211 000	-3 549 837	7 661 163	7 661 163	0	0
084221		0		0	0		
084721		0		0	0		
085801		-211		-211	-211		

163301		0					
371804		1 782 199					

372002		117 549 033					
372004		6 130 610					
5309		0					
5700		0					
		1 206 877 424	-936 122 359	145 293 223	144 149 146	3 849 665 326	120 905 558

\*Maksimalt beløp som kan overføres er 5prosent av årets bevilgning på driftspostene 01-29, unntatt post 24 eller sum av de siste to års bevilgning for poster med stikkordet "kan overføres".

Se rundskriv R-2 for mer detaljert informasjon om overføring av ubrukte bevilgninger.

Utdanningsdirektoratet har belastet kapittel.post 719.21 med 2,5 mill. kroner i 2015 for aktivitet ved Nasjonalt senter. i RNB av Stortinget.

Helsedirektoratet skulle ha utstedt belastningsfullmakt til Utdanningsdirektoratet for denne belastningen.

I mangel av belastningsfullmakt har Utdanningsdirektoratet antatt at belastningen skulle føres mot kapittel.post 719.21.

Helsedirektoratet har sendt en brevlig ompostering til Helse- og omsorgsdepartementet slik at det kan gjennomføres en sentral ompostering etter at regnskapet er avsluttet.

Omposteringen er nødvendig for at kostnaden blir ført i henhold til Stortingets beslutning.

<b>Oppstilling av artskontorrapporteringen, regnskapsåret 2015</b>			
	Note	2015	2014
<b>Driftsinntekter rapportert til bevilgningsregnskapet</b>			
Innbetalinger fra gebyrer	1	7 949 812	8 404 830
Innbetalinger fra tilskudd og overføringer	1	15 348 616	32 793 109
Salgs- og leieinnbetalinger	1	102 163 413	31 976 652
Andre innbetalinger	1	0	0
<i>Sum innbetalinger fra drift</i>		125 461 842	73 174 592
<b>Driftsutgifter rapportert til bevilgningsregnskapet</b>			
Utbetalinger til lønn	2	714 542 006	637 820 398
Andre utbetalinger til drift	3	968 881 608	888 931 724
<i>Sum utbetalinger til drift</i>		1 683 423 615	1 526 752 122
<b>Netto rapporterte driftsutgifter</b>		<b>1 557 961 773</b>	<b>1 453 577 530</b>
<b>Investerings- og finansinntekter rapportert til bevilgningsregnskapet</b>			
Innbetaling av finansinntekter	4	0	2
<i>Sum investerings- og finansinntekter</i>		0	2
<b>Investerings- og finansutgifter rapportert til bevilgningsregnskapet</b>			
Utbetaling til investeringer	5	23 262 259	17 460 340
Utbetaling til kjøp av aksjer	5,8	0	0
Utbetaling av finansutgifter	4	6 495	0
<i>Sum investerings- og finansutgifter</i>		23 268 754	17 460 340
<b>Netto rapporterte investerings- og finansutgifter</b>		<b>23 268 754</b>	<b>17 460 338</b>
<b>Innkrevingsvirksomhet og andre overføringer til staten</b>			
Innbetaling av skatter, avgifter, gebyrer m,m,	6	28 979 585	19 994 893
<i>Sum innkrevingsvirksomhet og andre overføringer til staten</i>		28 979 585	19 994 893
<b>Tilskuddsforvaltning og andre overføringer fra staten</b>			
Utbetalinger av tilskudd og stønader	7	12 168 707 276	11 005 757 614
<i>Sum tilskuddsforvaltning og andre overføringer fra staten</i>		12 168 707 276	11 005 757 614
<b>Inntekter og utgifter rapportert på felleskapitler *</b>			
Grupplivsforsikring konto 1985 (ref. kap. 5309, inntekt)		1 251 217	1 114 499
Arbeidsgiveravgift konto 1986 (ref. kap. 5700, inntekt)		88 960 983	79 009 509
Nettoføringsordning for merverdiavgift konto 1987 (ref. kap. 1633, utgift)		-155 759 274	0
<i>Sum rapporterte utgifter på felleskapitler</i>		-65 547 074	80 124 008

Netto rapportert til bevilgningsregnskapet	9	13 786 505 293	12 376 676 581
--	---	----------------	----------------

Oversikt over mellomværende med statskassen **		
	2015	2014
<b>Eiendeler og gjeld</b>		
Fordringer	185 873	56 911
Kasse	0	0
Bankkontoer med statlige midler utenfor Norges Bank	0	0
Skyldig skattetrekk	-31 483 226	-29 604 660
Skyldige offentlige avgifter	1 020 784	214 958
Annen gjeld	-33 701 287	-12 917 523
<b>Sum mellomværende med statskassen</b>	<b>8</b>	<b>-63 977 857</b>

\* Andre ev. inntekter/utgifter rapportert på felleskapitler spesifiseres på egne linjer ved behov.

\*\* Spesifiser og legg til linjer ved behov.

Note 1 Innbetalinger fra drift		
	31.12.2015	31.12.2014
<b>Innbetalinger fra gebyrer</b>		
Byggesaksgebyr	7 949 812	8 404 830
Tilsynsavgift elsikkerhet	0	0
Gebyrer / avgift omsetning produksjon sprengstoff første omsetningsledd	0	0
<b>Sum innbetalinger fra gebyrer</b>	<b>7 949 812</b>	<b>8 404 830</b>
<b>Innbetalinger fra tilskudd og overføringer</b>		
Tilskudd/overføring	0	0
Tilskudd fra andre statlige virksomheter	25 532 694	22 864 408
Tilskudd fra EU	7 645 543	10 361 315
Tilskudd fra organisasjoner og stiftelser	1 622 358	0
Motkonto mot konto 2900	-19 451 978	-432 613
<b>Sum innbetalinger fra tilskudd og overføringer</b>	<b>15 348 616</b>	<b>32 793 109</b>
<b>Salgs- og leieinnbetalinger</b>		
Salgsinntekt varer, avgiftspliktig	7 000	0
Salgsinntekt tjenester, avgiftspliktig	2 015 625	1 843 502
Salgsinntekt varer, avgiftsfri	3 393 390	5 278 568
Salgsinntekt tjenester, avgiftsfri	794 505	5 360 862

Eksterne refusjonsinntekter	95 952 893	19 493 720
Leieinntekter	0	0
<b>Sum salgs- og leieinnbetalinger</b>	<b>102 163 413</b>	<b>31 976 652</b>

Andre innbetalinger		
Andre innbetalinger	0	0
Leieinntekter	0	0
<b>Sum andre innbetalinger</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Sum innbetalinger fra drift</b>	<b>125 461 842</b>	<b>73 174 592</b>

#### Note 2 Utbetalinger til lønn

	31.12.2015	31.12.2014
Lønn	651 767 347	580 953 691
Arbeidsgiveravgift	88 960 983	79 026 493
Pensjonsutgifter*	0	0
Sykepenger og andre refusjoner(-)	-44 610 513	-40 516 742
Andre ytelser	18 424 189	18 356 955
<b>Sum utbetalinger til lønn</b>	<b>714 542 006</b>	<b>637 820 398</b>
<i>* Denne linjen benyttes av virksomheter som innbetaler pensjonspremie til SPK.</i>		
<b>Antall årsverk:</b>	<b>967</b>	<b>892</b>

#### Note 3 Andre utbetalinger til drift

	31.12.2015	31.12.2014
Husleie	88 844 237	87 590 116
Vedlikehold egne bygg og anlegg	0	0
Vedlikehold og ombygging av leide lokaler	145 829	515 558
Andre utgifter til drift av eiendom og lokaler	17 906 832	20 436 580
Reparasjon og vedlikehold av maskiner, utstyr mv.	5 775 561	6 921 982
Mindre utstyrsanskaffelser	9 569 344	12 091 612
Leie av maskiner, inventar og lignende	31 128 207	23 776 671
Kjøp av fremmede tjenester	680 332 325	612 814 324
Reiser og diett	31 562 536	31 836 061
Øvrige driftsutgifter	103 616 738	92 948 820
<b>Sum andre utbetalinger til drift</b>	<b>968 881 608</b>	<b>888 931 724</b>

<b>Note 4 Finansinntekter og finansutgifter</b>		
	<b>31.12.2015</b>	<b>31.12.2014</b>
<i>Innbetaling av finansinntekter</i>		
Renteinntekter	0	0
Valutagevinst	0	2
Annen finansinntekt	0	0
<b>Sum innbetaling av finansinntekter</b>	<b>0</b>	<b>2</b>

	<b>31.12.2015</b>	<b>31.12.2014</b>
<i>Utbetaling av finansutgifter</i>		
Renteutgifter	6 206	0
Valutatap	289	0
Annen finansutgift	0	0
<b>Sum utbetaling av finansutgifter</b>	<b>6 495</b>	<b>0</b>

<b>Note 5 Utbetaling til investeringer og kjøp av aksjer</b>		
	<b>31.12.2015</b>	<b>31.12.2014</b>
<i>Utbetaling til investeringer</i>		
Immaterielle eiendeler og lignende	1 299 444	5 537 432
Tomter, bygninger og annen fast eiendom	0	0
Beredskapsanskaffelser	3 164 384	5 065 467
Infrastruktureiendeler	0	0
Maskiner og transportmidler	0	0
Driftsløsøre, inventar, verktøy og lignende	18 798 431	6 857 441
<b>Sum utbetalt til investeringer</b>	<b>23 262 259</b>	<b>17 460 340</b>

<i>Utbetaling til kjøp av aksjer</i>		
Kapitalinnskudd	0	0
Obligasjoner	0	0
Investeringer i aksjer og andeler	0	0
<b>Sum utbetalt til kjøp av aksjer</b>	<b>0</b>	<b>0</b>



<b>Note 6 Innkreivingsvirksomhet og andre overføringer til staten</b>		
	<b>31.12.2015</b>	<b>31.12.2014</b>
Avgift A	0	0
Avgift B	0	0
Tilfeldige og andre inntekter (Statskonto 530929)	28 979 585	19 994 893
<b>Sum innkreivingsvirksomhet og andre overføringer til staten</b>	<b>28 979 585</b>	<b>19 994 893</b>

<b>Note 7 Tilskuddsforvaltning og andre overføringer fra staten</b>		
	<b>31.12.2015</b>	<b>31.12.2014</b>
Tilskudd A	0	0
Tilskudd B	0	0
Tilskudd til kommuner	10 311 374 688	9 334 233 497
Tilskudd til fylkeskommuner	220 725 584	195 478 841
Tilskudd helseforetak, høyskoler, stiftelser, private bedrifter	896 788 826	993 046 137
Tilskudd enkeltmannsforetak / privatpersoner	5 623 179	5 777 350
Tilskudd til organisasjoner	579 335 415	433 860 791
Tilskudd til statsforvaltningen	152 752 417	41 895 620
Tilskudd til utlandet	2 107 167	1 465 378
<b>Sum tilskuddsforvaltning og andre overføringer fra staten</b>	<b>12 168 707 276</b>	<b>11 005 757 614</b>

**Note 8 Sammenheng mellom avregning med statskassen og mellomværende med statskassen**

<b>Del A Forskjellen mellom avregning med statskassen og mellomværende med statskassen</b>			
	<b>31.12.2015</b>	<b>31.12.2015</b>	<b>Forskjell</b>
	<b>Spesifisering av bokført avregning med statskassen</b>	<b>Spesifisering av rapportert mellomværende med statskassen</b>	
<b>Finansielle anleggsmidler</b>			
Investeringer i aksjer og andeler*	0	0	0
Obligasjoner	0		
<i>Sum</i>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Omløpsmidler</b>			
Kundefordringer	11 937 309	0	11 937 309
Andre fordringer	185 873	185 873	0
Bankinnskudd, kontanter og lignende	0	0	0
<i>Sum</i>	<b>12 123 182</b>	<b>185 873</b>	<b>11 937 309</b>
<b>Langsiktig gjeld</b>			
Annen langsiktig gjeld	0	0	0
<i>Sum</i>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Kortsiktig gjeld</b>			
Leverandørgjeld	7 752	0	7 752
Skyldig skattetrekk	-31 483 226	-31 483 226	0
Skyldige offentlige avgifter	1 003 809	1 020 784	-16 975
Annen kortsiktig gjeld	-33 725 515	-33 701 287	-24 227
<i>Sum</i>	<b>-64 197 180</b>	<b>-64 163 729</b>	<b>-33 451</b>
<b>Sum</b>	<b>-52 073 998</b>	<b>-63 977 857</b>	<b>11 903 859</b>

\* Virksomheter som eier finansielle anleggsmidler i form av investeringer i aksjer og selskapsandeler fyller også ut note 8 B

**Note 9 Netto rapportert til bevilgningsregnskapet**

Det er et avvik mellom oppstilling av bevilgningsrapportering og oppstilling av artskontorapporteringen.

Avviket skyldes et beløp som er bokført mot balansen, men er feil koblet i oppsett kontant.

Dette avviket er korrigert i januar 2016.

## 7. ETATSTYRERS VURDERING AV YTRE OG UNDERLIGGENDE ETATER

### 7.1. Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (SAK)

---

Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (SAK) har hatt som hovedoppgave å behandle og avgjøre søknader om autorisasjon og lisens for helsepersonell som skal arbeide i den norske helsetjenesten. I tillegg har SAK hatt noen oppgaver knyttet til turnustjeneste for enkelte personellgrupper, og godkjenninger for allmennleger som skal praktisere med trygderefusjon. SAK har også hatt ansvar for å registrere og vedlikeholde data i Helsepersonellregisteret og forvalte enkelte tilskuddsordninger. Fra 1. januar 2016 er SAK inkludert i Helsedirektoratet, og 2015 er siste år SAK har avgitt selvstendig årsrapport.

Etatstyrers vurdering tar utgangspunkt i SAKs årsrapport for 2015. Hovedresultatene gjengis og måloppnåelsen kommenteres.

Autorisasjoner og lisenser: SAK har behandlet søknader om autorisasjon og lisens for de 29 helseprofesjonene som er lovregulert i Norge. I 2015 mottok de 19 899 søknader om autorisasjon eller lisens, og dette er en liten oppgang fra året før. Det ble innvilget 16 817 autorisasjoner og 2 912 lisenser. Det ble gitt 1 915 avslag (inkludert dem som fikk avslag på autorisasjon, men innvilget lisens) og det er en nedgang fra året før. 67 prosent av dem som fikk autorisasjon hadde utdanning fra Norge, 16 prosent fra det øvrige Norden, 9 prosent fra andre EØS-land/Sveits og 8 prosent fra land utenfor EØS.

SAK opererer med differensierte saksbehandlingstider fra 4 uker til 4-6 måneder for autorisasjon. Saksbehandlingstiden avhenger av profesjon og i hvilket land utdanningen er gjennomført i, og gjenspeiler kompleksiteten i saksbehandlingen. Det er spesielt søknaden fra land utenfor EØS som er krevende å behandle. Dette på grunn av stor variasjon i kvaliteten på utdanningene, behov for validering av dokumentasjonen og innhenting av utdanningsfaglige råd i vurderingene. Medio 2015 begynte SAK å prøve ut en ny måte å vurdere utdanningsomfanget på, som er mer i tråd med den måten utdanningsinstitusjonene selv bruker. Metoden vil bli evaluert når man har høstet erfaring med den.

Saksbehandlingstiden økte noe mot slutten av året som følge av arbeidet med innlemming i Helsedirektoratet, flytting og innføring av elektronisk søkeprosess. Det var hovedsakelig behandlingstiden for søknader utenfor EØS som økte. Etatstyrer har som målsetning at saksbehandlingstiden skal være normalisert igjen i løpet av første kvartal 2016.

Fra juli 2015 ble aldersgrensen for helsepersonells autorisasjon hevet fra 75 til 80 år. Det viste seg meget krevende å få lagt denne forlengingen inn som en automatisk oppdatering i HPR, og det medførte et stort arbeid for SAK å forlenge autorisasjonene manuelt. Først fra desember 2015 er den automatiske oppdateringen i drift.

Turnustjeneste: Det ble utstedt 307 turnuslisenser til fysioterapeuter og 59 til kiropraktorer. SAK administrerer også turnustjenesten for gjenværende kandidater i den gamle turnusordningen for leger. Det gjensto ved inngangen av 2015 i alt 52 kandidater som skulle inn i gammel ordning innen

denne blir avvirket i 2016. I tillegg kommer noen av de 30 som startet i sykehus i 2014 og har gjenstående kommunetjeneste. SAK har forvaltet vel 117 millioner kroner til veiledning av turnusleger i kommunene og 1,6 millioner kroner for kiropraktorer. Det er refundert knapt 2 millioner kroner i reise- og flytteutgifter for turnuskandidater til rekrutteringssvake områder.

Etatstyrer vurderer at disse oppgavene er utført på en god måte i henhold til oppdraget. Noen tilskuddsutbetalinger ble forsinket på slutten av året, og må effektueres snarest mulig i 2016.

Allmennlegeordningen: Allmennleger må dokumentere 3 års veiledet tjeneste etter fullført utdanning før de får selvstendig rett til trygderefusjon, eller de må ha en godkjent avtale om å være under slik veiledning. Veiledningen må suppleres med obligatoriske kurs, og fram til 01.01.15 ble det gitt midlertidige godkjenninger i påvente av å få gjennomført disse kursene. Det ble ikke utstedt midlertidige godkjenninger etter den datoen, men de som allerede hadde slik godkjenning, kunne få den forlenget fram til 01.01.16. Det har resultert i en stor økning i slike saker: 812 søknader om allmennlegegodkjenning (mot 557 i 2014) og 1 250 søknader om godkjenning av veilederavtale (mot vel 900 i 2014). Dette har medført en betydelig økning av arbeidsbelastningen på dette området.

SAK forvalter tilskudd som skal dekke kommunenes kostnader ved veiledning av allmennlegene. Det ble i 2015 bare utbetalt vel 11 millioner kroner over denne ordningen, mot 17 millioner året før. Dette kan tyde på at tilskuddsordningen er for lite kjent i kommunene, og Helsedirektoratet må bekjentgjøre den bedre i 2016.

Kundesenter: God informasjon og kommunikasjon med brukergruppene er et innsatsområde. SAK har hatt et kundesenter bemannet med 3 personer, som mottar ca. 100 telefonhenvendelser daglig, samt ca. 150 eposter på hverdagene og 100 i helgene. Målsetningen er at ventetiden på første svar på telefon ikke skal overstige 1 minutt, og epost skal utkvitteres samme dag. Eposter som ikke kan besvares av kundesenteret selv, skal utkvitteres etter maksimalt 3 virkedager.

Etatstyrers vurdering: SAKs årsrapport opplyser heller ikke for 2015 i hvilken grad man har nådd målene for responstid, og det blir derfor vanskelig for etatstyrer å vurdere måloppnåelsen for kundekontakt. Etter innlemming i Helsedirektoratet vil dette bli fulgt opp med egne styringsparametere.

SAK har i 2015 tilbudt personlige møter med kundene, ved personlig frammøte eller over telefon, for individuell veiledning i søknadsprosessen. Dette har vært godt mottatt, men er en ressurskrevende arbeidsform når saksvolumet er så stort.

Styring og kontroll av virksomheten: SAK har videreført sitt arbeid kvalitetsportal for saksbehandlere og interne revisjoner av saksbehandlingen. Det ble i 2015 gjennomført 120 saksbehandlingsrevisjoner og 9 avdelingsrevisjoner. Ved saksbehandlingsrevisjonene ble det avdekket 37 avvik, og det er i tillegg registrert 9 øvrige avvik. Etatstyrer vurderer det som positivt at antall internrevisjoner i 2015 nådde målsetningen, og vil videreutvikle revisjonene etter innlemming i direktoratet.

SAK har også utført stikkprøvekontroller for å avsløre forfalskede dokumenter. Det ble i 2015 utført 102 slike verifikasjoner, med hovedfokus på utdanninger utenfor EØS. Verifikasjonene er ressurskrevende, og de ble bare utført på ca. 6 prosent av søkermassen fra denne regionen. Det ble ikke avslørt forfalskninger på denne måten, men de mener at stikkprøvene har en forebyggende effekt. SAK har hatt en egen verifikasjonsgruppe som har etterprøvd dokumentasjonene også ved mistanke eller etter tips, og det ble i 2015 foretatt 3 politianmeldelser.

Riksrevisjonen gjennomførte i 2015 en revisjon av «Styring av Statens autorisasjonskontor» for regnskapsåret 2014. I sitt oppsummeringsbrev til HOD ultimo mai legger de spesielt vekt på jevngodhetsvurderinger, egnethetsvurderinger og verifikasjon av dokumenters ekthet. Dette må følges videre opp av Helsedirektoratet etter integreringen. På styringsiden er det særlig risikovurderinger som må videreutvikles.

**Effektivisering:** Utvikling av elektronisk søkeprosess og koblingen av denne opp mot elektronisk saksbehandlingssystem, arkiv og betalingsløsning har vært et stort løft for SAK i 2015. Utviklingen belastet både økonomien og personellressursene. Søkeprosessen var operativ fra desember 2015 og betalingsløsningen er forventet ferdig i februar 2016. System vil gjøre det enklere for søkerne å få oversikt over all dokumentasjon som må sendes inn, og kommunikasjonen mellom søker og saksbehandler blir lettere. Det vil også lettere å validere dokumenter, holde oversikt og ta ut statistikker, men det vil ta tid før gevinstene kan realiseres. Av økonomiske grunner er det foreløpig bare utviklet en minimumsløsning, og utviklingsarbeidet fortsetter i 2016 med behov for ytterligere investeringer.

**Økonomi:** SAK hadde i 2015 en budsjetttramme på vel 40 millioner kroner, hvorav knapt 30 millioner kroner var budsjetterte gebyrinntekter. Gebyrinntektene ble ca. 2 millioner høyere enn budsjettet, og sammen med overføringer fra mindreforbruk i 2014 og omgruppering av noe ubrukte tilskuddsmidler, fant man rom for investeringen i den elektroniske søkeprosessen. SAK endte opp med et merforbruk på 0,349 millioner kroner.

Etatsstyrer er tilfreds med SAKs økonomiske resultat for 2015.

## 7.2. Pasient og brukerombudet (POBO)

---

Pasient – og brukerombudenes virksomhet er hjemlet i lov om pasient- og brukerrettigheter av 2. juli 1999 kapittel 8. Ombudene skal arbeide for å ivareta pasientenes og brukernes behov, interesser og rettssikkerhet overfor den statlige spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og for å bedre kvaliteten i disse tjenestene.

### **Sammendrag fra felles årsmelding**

I 2015 mottok landets pasient- og brukerombud 14677 saker. Hver sak kan omfatte problemstillinger knyttet til flere tjenestesteder. Sakstilgangen har vært stabil de siste tre årene.

Antall saker som omhandler kommunale helse- og omsorgstjenester utgjør på landsbasis rundt 40 prosent av henvendelsene. Flest henvendelser var rettet mot fastlegeordningen, sykehjem, helsetjenester i hjemmet og legevakt. Det er et uttalt mål og ønske at henvendelser knyttet til kommunale helse -og omsorgstjenester skal utgjøre en større andel av henvendelsene til ombudene. Ombudene registrerer at det fortsatt er et udekket behov for bistand når det gjelder saker vedrørende kommunale tjenester. Innenfor spesialisthelsetjenesten var det størst pågang innen områdene ortopedisk kirurgi, psykisk helsevern for voksne og kreftbehandling. I årsmeldingen presenterer ombudene et utvalg av tema og anbefalinger basert på henvendelser og erfaringer i 2015.

## **Ombudene anbefaler**

### **Pakkeforløp for kreft:**

- Specialisthelsetjenesten må sikres forsvarlige ressurser til å implementere ordningen uten at det medfører negative konsekvenser for andre pasientgrupper.
- Helsepersonell må bli flinkere til å informere og forklare pasientene konsekvensene dersom de anbefalte fristene ikke holdes.
- Det må foretas risikovurderinger av ordningens betydning for andre pasientgrupper.

### **Brukere med omfattende hjelpebehov:**

- Kommunal saksbehandling i BPA-saker må bli raskere og bedre.
- Personer med langvarig og stort behov for personlig assistanse skal få denne tjenesten organisert som BPA når det er den beste løsningen for de det gjelder.
- Bostedskommune må ikke være avgjørende for retten og muligheten til BPA.
- Familier med omfattende bistandsbehov må sikres tilstrekkelig hjelp uavhengig av bostedskommune.

### **Pasient- og brukerrettigheter**

- En informasjonskampanje rettet mot landets innbyggere for å skape kunnskap om våre pasient- og brukerrettigheter. Ombudene bidrar gjerne i dette arbeidet.
- En tilsvarende informasjonskampanje rettet mot tjenesteyterne.
- En styrking av tilsynsordningen.

### **Hvorfor lærer ikke sykehusene av brukerundersøkelser?**

- Praktisk oppfølging av resultatene fra PasOpp-undersøkelsene må stilles som krav til foretakene i oppdragsdokumentene de får fra eier.

### **Kvalitet- og pasientsikkerhetsarbeidet i kommunene må styrkes:**

- Arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet må inn i rammeplanene for utdanning av helsepersonell og inngå både i teori og praksisfeltet.
- Forslagene i NOU 2015:11 om møter med pasienter, brukere og pårørende i etterkant av alvorlige hendelser må innføres.
- Det må settes et langt større fokus på kommunenes plikt til systematisk kvalitetsarbeid og risikovurderinger som grunnlag for utvikling og dimensjonering av helse- og omsorgstjenester.
- Kommunene må sikres tilstrekkelig ressurser til å kunne gi forsvarlige helse- og omsorgstjenester.
- Helse- og omsorgstjenesten må innlemmes i meldeordningene til Helsedirektoratet og Statens helsetilsyn.

### **Fortsatt bekymring for sykehjemstilbudet:**

- Ombudene vil advare kommunene mot i for stor grad å satse på ensidige løsninger som for eksempel utbygging og ombygging av omsorgsboliger på bekostning av sykehjemsplasser.
- Ombudene er kritiske til innføring av retten til å stå på venteliste for sykehjemsplass og mener dette i realiteten kan svekke rettsikkerheten til pasientene.
- Pasient- og brukerombudene etterlyser konkrete tiltak for å sikre at sykehjemstilbudet i Norge samsvarer med pasient- og brukerrettighetslovens grunnleggende formål, verdighetsgarantien og kvalitetsforskriften.

#### **Tilgjengelighet til fastlegene:**

- Fastlegeordningen må evalueres med tanke på om målsettingen med ordningen oppfylles.
- Det må forutsettes at fastleger har tilstrekkelige norskkunnskaper til å ivareta sikker kommunikasjon.

#### **Brukermedvirkning:**

- Det må legges til rette for at helsepersonell trenes i kommunikasjon.

#### **Økonomi**

Regnskapsresultat per 31.12.2015 viser et merforbruk på 400.000 kroner i forhold til tildelt budsjett på 61 mill. kroner. Avviket skyldes økte utgifter til forvaltning og drift av saksbehandlingssystem, herunder kodeverk, informasjonssikkerhet og personvern, og engangskostnader knyttet til virksomhetsoverdragelsen av Akershuskontoret til Oslo. Direktoratet har hele tiden vært godt orientert om de budsjettmessige utfordringene og iverksatte tiltak. På denne bakgrunn er etatsstyrers vurdering at POBO har en god økonomistyring.

### **7.3. Helseøkonomiforvaltningen (HELFO)**

---

#### **ETATSSTYRERS VURDERING AV YTRE ETAT – Helfo**

Helfos samfunnsoppdrag er å ivareta brukernes rettigheter og yte profesjonell service innenfor de områder Helfo har ansvaret for. Virksomheten skal forvalte samfunnets ressurser til helsetjenester på en forsvarlig og effektiv måte. Hovedoppgavene er å gi informasjon og veiledning, yte servicetjenester til borgere og helseaktører, behandle individuelle søknader om legemidler og kontrollere og utbetale refusjon til behandlere og tjenesteytere.

Helfos hovedmål er forankret i Helse- og omsorgsdepartementets tildelingsbrev og Helsedirektoratets strategiske plan:

- Finansieringsordninger som bidrar til likeverdige og effektive helsetjenester av god kvalitet
  - Rett ytelse til rett tid
  - Veiledning og servicetjenester med riktig kvalitet
  - Effektiv ressursutnyttelse i forvaltning av helserefusjonsområdet

Etatsstyrers vurdering tar utgangspunkt i Helfos årsrapport for 2015. Hovedresultatene gjengis og måloppnåelse kommenteres.

#### **Servicetjenester**

Servicetjenester til brukere og helseaktører er en viktig del av Helfos tjenesteyting. Det omfatter informasjon og veiledning på telefon, nett og øvrige kanaler og selvbetjeningsløsninger som bytte av fastlege og utstedelse av europeisk helsetrygdkort. Målet er å gjøre hverdagen enklere for brukerne. Strategien er å utvikle informasjon, dialog og valg av kanaler tilpasset brukernes behov slik at rettigheter sikres. Informasjon på nett og bruk av selvbetjeningsløsninger er en effektiv og prioritert kanal som når mange brukere. Eksisterende elektroniske løsninger skal videreutvikles og nye etableres.

All informasjon til private brukere fra Helfo er nå samlet på helsenorge.no. Besøkstallene til helsenorge.no har økt betydelig som følge av overføring av Helfos tjenester og hadde i slutten av



2015 nær 1 million besøk per måned. De mest besøkte sidene er «betaling for helsetjenester» og «bytte av fastlege». 77 prosent av fastlege byttene ble foretatt gjennom selvbetjeningsløsningene på helsenorge.no, en økning på 1,3 prosent fra 2014.

Prestasjonsmål for saksbehandling av europeiske helsetrygdkort som av ulike grunner går til manuell behandling er 5 dager. I 2015 ble 78 prosent behandlet innen frist. Bestilling av helsetrygdkort er spesielt stor i 2.tertial og fører til kapasitetsutfordringer.

I 2015 mottok Helfo i alt 703 000 telefonhenvendelser, en nedgang på 4 prosent fra 2014. I tillegg betjente Helfo 132 000 henvendelser på 800HELSE. 445 000 av telefonhenvendelsene var fra private brukere. 87 prosent av henvendelsene ble besvart, mens prestasjonsmålet er på 90 prosent. Gjennomsnittlig ventetid på telefon var 93 sek. Brukertilfredshet på telefon og epost er på henholdsvis 73 og 72 prosent, mens prestasjonsmålet er på 90 prosent. Det er først og fremst ventetiden som brukerne ikke er fullt ut fornøyd med. Utviklingen for ventetid fra 2014 til 2015 er imidlertid positiv.

Helfo har i 2015 gjennomført tertialvise undersøkelser av brukertilfredshet og i tillegg utviklet gode metoder for brukertesting av netttinnhold, nettfunksjonalitet og -tjenester og brev. Helfo oppnådde sølvplass for godt språk, tildelt av Difi i samarbeid med Språkrådet.

Etatsstyrers vurdering er at Helfo har en profesjonell informasjons- og veiledningstjeneste. Ventetidene på telefon innebærer at krav til tilgjengelighet til tjenestene ikke ble fullt ut oppfylt i 2015, men kvaliteten på tjenesten er imidlertid meget god, noe som bekreftes gjennom at Helfo i 2015 ble kåret til det beste kundeservicemiljø innen offentlig virksomhet.

Endringene i pasient- og brukerrettighetslov innebærer økning i behovet for formidling av pasienter ved fristbrudd. Helfo har i 2015 registrert 1022 reelle fristbrudd, en økning på 73 prosent fra 2014.

Ordnningen Fritt behandlingsvalg ble innført i november 2015 og erstatter og utvider den tidligere ordningen Fritt sykehusvalg. Helfo behandler søknader fra private behandlingstilbud om å bli godkjent som helsetilbud i den nye ordningen. Omfanget av sykehusmeldte fristbrudd-pasienter har vært moderat, men jevnt stigende fra 1.november og ut året. I ordningen Fritt behandlingsvalg er det Helfo som har ansvar for å ta kontakt og informere pasienten om mulighetene innenfor ordningen.

Etatsstyrers vurdering er at Helfo har deltatt aktivt i utvikling og implementering av nye tjenester og oppgaver. Helfo har måttet planlegge under usikkerhet og har håndtert risiko i forhold til antall fristbrudd og antall formidlinger til alternative behandlingstilbud på en ansvarlig og god måte. Godkjenningsordningen for institusjoner er igangsatt og flere søknader er ferdigbehandlet.

### **Tjenesteområde behandlingsrefusjon**

Tjenesteområdet behandlingsrefusjon omfatter refusjoner av utgifter til undersøkelser og behandling hos behandlere (leger, fysioterapeuter, tannleger, psykologer, poliklinikker, private laboratorier og røntgeninstitutter, logopeder, jordmødre m.fl.), forhåndstilsagn for planlagt behandling i et annet EØS-land og refusjon av utgifter ved nødvendig helsehjelp i utlandet.

Behandlingsrefusjoner var i 2015 på 21,4 milliarder kroner. Tjenester med et stort volum, som refusjoner til leger, fysioterapeuter og tannleger, skjer gjennom automatiserte og halvautomatiserte prosesser. Andel behandlere som sender elektroniske krav er økt fra 57,6 prosent i 2014 til 62,5 prosent i 2015. Saksbehandlingstid for refusjon til behandlere er godt innenfor prestasjonsmålene, med unntak av tjenester med manuell saksbehandling, og da spesielt saker som behandles etter folketrygdlovens § 5-24 a – Stønad til helsetjenester i et annet EØS-land.

I 2015 ble helfo.no etablert som nettløsning for helseaktører. Portalen gir informasjon om forhold som avtaleinngåelse med Helfo, hvordan sende inn refusjonskrav og motta utbetaling og informasjon om regelverk, takster og refusjoner. Besøktallene på nettsidene er i slutten av 2015 om lag 100 000 per måned. Nettstedet var tidligere kanal både for privatpersoner og helseaktører. Trolig er en del av besøkene fremdeles privatpersoner som på sikt vil finne frem til helsenorge.no som deres nye kanal.

Veiledningstelefonen for helseaktører hadde i underkant av 97 000 henvendelser i 2015, en økning på 35 prosent sammenlignet med 2014. 88 prosent av henvendelsene ble besvart og gjennomsnittlig ventetid på telefon var 28 sek. Brukertilfredsheten er på 80 prosent, noe under prestasjonsmålet som er fastsatt til 90 prosent.

I tillegg til nett og telefon så har Helfo en rekke informasjonstiltak rettet mot helseaktørene i form av brev, e-post, kurs, foredrag og stands. Det er en del av Helfos proaktive arbeid med mål om å bidra til etterlevelse av regelverket.

Etatsstyrer er tilfreds med resultatoppnåelsen innen tjenesteområdet behandlingsrefusjon. Etablering av helfo.no som eget nettsted for helseaktørene, oppbygging av en egen veiledningstelefon, samt det proaktive arbeidet, har gitt en mer koordinert og profesjonell oppfølging av helseaktørene. Informasjon og veiledningsvirksomhet er viktige virkemidler i arbeidet med bedre etterlevelse og målet om rett ytelse. Innenfor behandlingsrefusjon er ytelser i all hovedsak også utbetalt til rett tid.

#### **Tjenesteområde legemidler og medisinsk forbruksmateriell**

Tjenesteområdet legemidler og medisinsk forbruksmateriell, bidrag til spesielle formål, refusjon av utgifter til forhåndsgodkjente legemidler og refusjon av utgifter til legemidler etter individuell refusjon, samt produkt- og prislister som Helfo utarbeider og som viser hvilke produkt brukerne kan få på blå resept. Refusjoner av utlegg til legemidler og medisinsk forbruksmateriell var i 2015 på 12,0 milliarder kroner.

I likhet med i 2014 har Helfo manglende måloppnåelse for saksbehandlingstider på legemiddelområdet. Prioriterte legemiddelsaker behandles innen fristen, men for øvrige saker har det vært store forsinkelser. Utviklingen viste en negativ trend utover i året men med en klar forbedring i 3. tertial 2015. Hovedårsaken til lange saksbehandlingstider er manglende kapasitet på rådgivningskompetanse (farmasøyt). Gjennomsnittlig saksbehandlingstid for forhåndstilsagn legemidler var i 2015 i overkant av 36 dager. Tilsvarende for bidrag (§ 5-22) var nær 32 dager. Antall søknader totalt innenfor legemidler og næringsmidler var på nær 83 000. Ved årets slutt var det nær 2 800 saker over ytre grense.

Etatsstyrer er opptatt av at lange saksbehandlingstider på legemiddelområdet er svært uheldig for brukerne. Det er spesielt uheldig når situasjonen vedvarer over tid. Det har derfor vært særskilt fokus på saksbehandlingstider for legemiddelområdet i styringsdialogen og fortløpende redegjørelser for status og tiltak. Det er i 2015 gjennomført flere tiltak som nå kan se ut til å gi resultater i form av at antall restanser er synkende ved inngangen til 2016. Utviklingen vil bli fulgt opp i styringsdialogen.

På området medisinsk forbruksmateriell og næringsmidler er etatsstyrers vurdering at Helfo har gjennomført en grundig gjennomgang av de største produktområdene, slik det er omtalt i Prop 1 S (2014-2015). Tiltakene bidrar til en mer effektiv ressursutnyttelse av stønadsmidlene.

#### **Spesielt om Helfos arbeid med etterlevelse**

Med mål om rett behandlingsrefusjon og bedre bruketterlevelse av regelverket, har Helfo forsterket arbeidet med en mer kunnskapsdrevet kontrollvirksomhet i 2015. Dette er i tråd med

målbildene fra utviklingsplanen på helserefusjonsområdet hvor en variert og kunnskapsbasert virkemiddelbruk er skissert som strategi for å sikre bedre etterlevelse. Følgende prinsipper ligger til grunn i arbeidet med å unngå feilaktige refusjonskrav og -utbetalinger:

1. Informativt og veiledende, gjennom god service og veiledning til refusjonsmottakerne
2. Preventivt, gjennom å synliggjøre for refusjonsmottakerne at kravene blir kontrollert
3. Korrigerende og sanksjonerende

I fagsystemene gjennomføres elektroniske kontroller hver gang en behandler sender inn refusjonskrav (jf. regelmotor og et sett av kontrollparametere og grenseverdier). I 2015 er det i tillegg innført automatisert førstegangsgangskontroll på refusjonsområdene tannbehandling, legehjelp og fysioterapi. Førstegangskontroll gjennomføres automatisk for behandlere med ny praksistype, over et angitt minimumsnivå. Refusjonskrav og enkeltregninger som fanges opp av kontrollene skilles enten ut til manuell behandling og oppfølging i funnlistor, eller avvises direkte.

Helfos etterkontroller siktes inn mot områder og refusjonsmottakere med stor risiko og vesentlighet og ble i all hovedsak gjennomført i henhold til planen for 2015. De fleste kontrollene er spissede kontroller som resultat av systematisk risikovurdering, analyser og tips. Kontrollene har resultert i ulike typer virkemiddelbruk mot de enkelte aktørene, men også forslag til nye automatiske kontroller, regelverksendringer, informasjonstiltak ol.

Legemidler (blåresept), medisinsk forbruksmateriell (både blåreseptkontroll og apotek/bandasjist), leger, fysioterapeuter og tannleger var prioritert for kontroll i 2015. Resultater av den samlede virkemiddelbruken er 6 anmeldelser (4 anmeldelser i 2014), 2 behandlere ble fratatt retten til å praktisere for trygdens regning (8 behandlere i 2014), 150 behandlere ble pålagt å endre praksis (46 behandlere i 2014) og det ble tilbakekrevd nær 90 mill kr (22 mill kr i 2014). En vesentlig andel av tilbakekrevingsbeløpet er knyttet til én sak, men også uten denne er det en vesentlig økning i tilbakekrevingsaker og -beløp i 2015.

Helfo har i 2015 igangsatt effektvurderinger på området for å øke kunnskapen om hvilke virkemidler som gir størst endring av adferd hos refusjonsmottakerne.

Etatsstyrer har hatt oppmerksomhet knyttet til utviklingen av aktiviteten på kontrollområdet etter omorganiseringen og er godt tilfreds med Helfos vektlegging av en kunnskapsbasert virkemiddelbruk og herunder fokus på effektvurderinger. For økt etterlevelse er det sentralt med en aktiv informasjons- og veiledningstjeneste hvor etableringen av helfo.no, veiledningstelefonen for helseaktørene og den pro-aktive tjenesten er elementer i en samlet og bevisst satsing. Videre er kontroll spisset mot områder og refusjonsmottakere med vesentlig risiko for manglende etterlevelse. Treffsikkerheten for etterkontrollene er høy og tilbakekrevd beløp og pålegg om endring av praksis har økt fra 2014 til 2015. Samordning av kontrollarbeidet etter omorganiseringen i 2014 antas å ha gitt økt kompetanse og større likhet i vurderingene og legger et godt grunnlag for videre utvikling av en målrettet og effektiv virkemiddelbruk.

Helfo skal ivareta rett kvalitet, habil og rettidig behandling av klagesaker. Antall klagesaker behandlet i 2015 er 776, mens saksinngangen var på 714 klagesaker. I 2014 ble det behandlet 573 klagesaker. Både saksinngang og produksjon har følgelig økt i 2015. Antallet klagesaker over ytre grense var 96 ved inngangen til 2016, noe lavere enn ved inngangen til 2015. 52 klagesaker ble tatt videre til trygderetten og kun 3 av sakene ble omgjort.

Etatsstyrers vurdering er at lav omgjøringsprosent i trygderetten er en klar indikasjon på god kvalitet i klagesaksbehandlingen. Helfo har også bidratt inn med ressurser i utviklingen av nytt nasjonalt klageorgan Helseklage i 2015. Samtidig er det uheldig at det fortsatt er mange saker over ytre grense, spesielt siden klagesaksbehandling er en del av en lengre saksbehandlingsprosess.

### **Styring og kontroll i virksomheten**

Som et ledd i Helfos interne styring utarbeides årlig en virksomhetsplan med tilhørende handlingsplaner for den enkelte styringslinje, inkludert en detaljert aktivitetsplan. Resultater og fremdrift for tjenesteområdene, styringslinjene og prosjektene følges opp ukentlig, månedlig og tertialvis. Risikostyring er en vesentlig og integrert del av Helfos virksomhetsstyring. Tiltak iverksettes fortløpende og risikobildet justeres hvert tertial. Helfo har fokus på risikoanalyser og tiltak for å sikre et driftsregnskap og et stønadsregnskap uten vesentlige feil og mangler. Det er etablert rutiner og arbeidsprosesser inkludert kvalitetssikring for å sikre intern kontroll.

Etatsstyrers vurdering er at Helfo har tilfredsstillende styring og kontroll og legger stor vekt på å utvikle organisasjonens virksomhetsstyring og intern kontroll videre.

### **Driftsregnskap og stønadsregnskap**

Helfo fikk i 2015 noe økning i budsjettet for håndtering av nye oppgaver. Årets resultat for driftsregnskapet viser et merforbruk på 0,5 mill. kr i forhold til et tildelt budsjett på 359,9 mill. kr. Resultatet viser at Helfo har god økonomistyring.

Stønadsbudsjettet på programområde 30 Helserefusjoner bevilges i Prop 1 S (2014-2015) med videre delegasjon til Helfo i mål- og disponeringsbrev. Stønadsregnskapet var i 2015 på 33,3 milliarder kroner. Stønader etter folketrygdloven er rettighetsbasert og følger en overslagsbevilgning som justeres gjennom året av beregningsgruppen for folketrygden og spesialisthelsetjenester.

Per 31.12.2015 hadde Helfo 561 årsverk. Det er en økning på 11 årsverk fra utgangen av 2014. Helfo har i samme periode fått tilført 21,5 årsverk for nye oppgaver. Det har følgelig skjedd en effektivisering av virksomheten tilsvarende vel 10 årsverk. Årsverkene består av 594 ansatte lokalisert til 23 arbeidssteder i hele landet. Sykefraværet var på 7,1 prosent mot 6,9 prosent i 2014.

## **7.4. Nasjonalt kunnskapssenter (NAKS)**

---

Årsrapporten er Kunnskapssenterets samlede virksomhetsrapportering i tråd med kravet i tildelingsbrevet fra Helsedirektoratet, samt kravene i reglementet for økonomistyring i staten.

Rapporten oppsummerer aktiviteter og resultater for 2015, både per virksomhetsområde og sett i forhold til oppgaver gitt i tildelingsbrevet fra Helsedirektoratet.

2015 ble et krevende år for Kunnskapssenteret. Som en konsekvens av RNB-vedtaket ble hoveddelen av virksomheten innlemmet i Folkehelseinstituttet med virkning fra 1.januar 2016, imens seksjon for meldeordninger samt sekretariatet for nasjonalt råd for kvalitet og pasientsikkerhet ble overført til Helsedirektoratet. «Mye tid og krefter siste halvdel av 2015 gikk med til å planlegge og legge til rette for denne omorganiseringen» (lederens beretning).

### **Oppsummering av hovedaktiviteter og tall:**

#### Kunnskapsbasert praksis og policybeslutninger

Kunnskapssenteret har hovedsakelig nådd målene for 2015. Det gjelder både for publikasjoner og støtte/undervisningsaktivitet.

Kunnskapscenteret har produsert systematiske oversikter og metodevurderinger som er avgjørende beslutningsgrunnlag for å prioritere effektive og gode helsetjenester, og som er bærebjelken for kunnskapsbasert praksis og politikktutforming. Systematiske oversikter samler, oppsummerer og graderer tilliten til forskning på en transparent og systematisk måte. Kunnskapscenteret har laget metodevurderinger som i tillegg vurderer helseøkonomiske og andre konsekvenser av tiltak i helsetjenesten.

#### Styringsparametere

	Mål 2015	Resultat 2015
Antall systematiske oversikter og metodevurderinger*	40	39
Antall besvarte oppdrag**	200 (100prosent)	186
Antall bidrag til faglige prosedyrer	50	42
Gjennomførte opplæringer og kurs	100	162

\*inkludert leveranser til systemet og systematiske oversikter publisert i vitenskapelige tidsskrift og der K ansatte er førsteforfatter

\*\* vignetter, litteratursøk, søketjenesten, egnethetsvurderinger

Mye av kapasiteten på kunnskapsoppsummeringsområdet er brukt på å videreføre Nasjonalt system for innføring av nye metoder. Store ressurser er også brukt på bidrag i retningslinjeprosesser i regi av Helsedirektoratet og i prosedyreprosjektet. Utover utarbeidelse av egne rapporter og notater er mye tid brukt til undervisning og kursvirksomhet.

#### Kvalitet, pasientsikkerhet og sammenlignende helsetjenesteanalyser

Kunnskapscenteret arbeider med kvalitetsmåling nasjonalt og internasjonalt, kvalitetsforbedringsmetoder og – prosesser og understøttet Nasjonalt program for pasientsikkerhet. Arbeidet har i 2015 gått etter plan, og produktiviteten har vært høyere enn planlagt på flere områder.

#### Styringsparametere

	Mål 2015	Resultat 2015
Nasjonale og internasjonale sammenlignende helsetjenesteanalyser	15	17
Antall rapporter	33	25
Gjennomførte opplæringer og kurs	130	157
Antall støttende prosesser for kvalitetsforbedring	17	30

#### *Kvalitetsmålinger*

Pasienter som blir lagt inn på sykehus med hjerteinfarkt, hjerneslag og hoftebrudd blir registrert i Norsk pasientregister (NPR). Kunnskapscenteret utarbeider analyser av hvor mange som fortsatt er i live 30 dager etter innleggelsen ved de ulike sykehusene. Resultatene er en del av det norske kvalitetsindikatorsystemet i helsetjenesten. Dette er et indirekte mål på kvaliteten på behandlingen.

Kunnskapssenteret har beregnet overlevelsesindikatorerne for året 2014 og presenterer resultatene som risikojustert sannsynlighet for overlevelse. Det tas hensyn til pasient-sammensetning; blant annet alder, kjønn, tidligere innleggelser og samtidige sykdommer (komorbiditet). På nasjonalt nivå observeres en signifikant økning i overlevelse for hjerteinfarkt, hjerneslag og totaloverlevelse i perioden 2010–2014.

#### *Kvalitetsforbedring*

Kunnskapssenteret har bistått Helsedirektoratet og omsorgs- og helsetjenesten med kvalitetsforbedringskunnskap og metode, hvor blant annet KS' sitt læringsnettverk om gode pasientforløp i kommunene var sentralt. Dette gjelder egne læringsnettverk for gode pasientforløp for eldre og kronisk syke, for voksne og for barn og unge med utfordringer innenfor rus / psykisk helse. 86 kommuner deltok i den ene eller flere av de tre satsingene. Alle læringsnettverkene ble avsluttet i 2015. Arbeidet er beskrevet i stortingsmelding nr. 26 (2014-2015) om primærhelsetjenesten. Arbeidet med gode pasientforløp møter ambisjonen om en helsefremmende retningsendring, styrking av den nye pasientrollen og utvikling av pasientens helsetjeneste.

#### *Brukeropplevd kvalitet: nasjonale målinger rapportert i 2015*

Den nasjonale undersøkelsen om pasienterfaringer med døgnenheter ved sykehus i 2014 viste at de største forbedringsområdene var samhandling med kommunale tjenester, utskrivningsprosessen, organisering og ventetid for elektive pasienter. De mest positive resultatene gjaldt legetjenesten, pleietjenesten og ivaretagelse av pårørende. Det er en positiv utvikling på seks av ni indikatorer fra 2011 til 2014 på nasjonalt nivå.

Det ble i 2014/2015 gjennomført en nullpunktmåling i forbindelse med implementering av Pakkeforløp for kreft. Målet var å undersøke hvordan befolkningen, pasienter og fastleger vurderte ulike forhold og utfordringer rundt tilbudet som kreftpasienter får før implementeringen av Pakkeforløp. Svar fra kun de som var utredet eller fikk behandling for kreft i 2015 visste svært høy tilfredshet med utredning og behandling (82 prosent) og internt samarbeid på sykehuset (81 prosent). Områdene med størst forbedringspotensial var fastlegens informasjon om behandling og utredning (opp mot 63 prosent mente at det «ikke i det hele tatt», «i liten grad» eller «i noen grad» var tilfredsstillende).

Undersøkelsen blant pasienter med døgnopphold innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling i 2015 rapporteres våren 2016. Kunnskapssenteret har samarbeidet med SKDE om PROMs og i løpet av 2015 gjort et generisk PROMs verktøy (RAND-12) tilgjengelig via spørreskjemabanken.

#### *Antall § 3-3-meldinger og antall rapporter/systematiske tilbakemeldinger til helsetjenesten når det gjelder uønskede hendelser*

Kunnskapssenteret drifter tre meldesystemer, § 3-3 Meldeordningen, hemovigilanssystemet og meldesystemet for celler og vev.

I 2015 ble det mottatt i overkant av 10 000 meldinger til meldeordningen etter § 3-3 i spesialisthelsetjenesteloven (foreløpige tall, ikke kontrollert for ev. duplikater). Meldingene ble lest og klassifisert. Det er denne gjennomlesningen og klassifiseringen som er utgangspunktet for de videre analyser og læringsnotater. Sammenligning med tidligere år viser en svak økning (9 540 i 2013 og 9 555 i 2014). Det ble til sammen oversendt syv læringsnotater til tjenesten. Læringsnotater er systematiske tilbakemeldinger til omsorgs- og helsetjenesten, og inkluderer også årsmeldingen for 2014. Kunnskapssenteret leder også arbeidet med en nasjonal klassifisering av uønskede hendelser, og rapport om dette ble publisert 2015. Pilottesting av klassifiseringen er i gang.

Utadrettet informasjons- og foredragsvirksomhet om meldeordningen og pasientsikkerhet generelt er en av prioriterte oppgaver. Noen av aktivitetene i 2015 var to 2-dagers kurs i årsaksanalyse og pasientsikkerhet, tre 2-dagers kurs i kommunikasjon med pasienter og pårørende «Når skaden er skjedd» samt den årlige nasjonale pasientsikkerhetskonferansen (arrangert i samarbeid med Helse Vest RHF).

#### Formidling av kunnskap og Helsebiblioteket

Formidling av kunnskap har hatt høy prioritet også i 2015. Egne publikasjoner er blitt gjort tilgjengelig via kunnskapssenteret.no, mens helsebiblioteket.no både tilbyr tilgang til innkjøpte ressurser (tidsskrifter, oppslagsverk etc.) og fungerer som delingsplattform for helsetjenesten. Stadig mer av trafikken til våre nettsider kommer via mobiltelefon og nettbrett. Nettstedet Helsebiblioteket.no er i løpet av året blitt omstrukturert og redesignet, blant annet for å tilby en likere og bedre brukeropplevelse uansett om brukeren kommer fra PC eller mobil/nettbrett.

#### Styringsparametere

	Mål 2015	Resultat 2015
Antall brukere av nettsidene: Helsebiblioteket.no	20prosent økning (tilsv. 679 200)	607 525
Kunnskapssenteret.no	10prosent økning	
Antall følgere på Twitter og Facebook (Kunnskapssenteret)	8 000/2 500	5 889/2 178
Gjennomføre opplæring og kurs	100 (stand og foredrag)	58 (Aktiviteten ble nedprioritert pga. arbeidet med kunnskapssenteret.no og helsebiblioteket.no)

#### Internasjonalt samarbeid

Kunnskapssenteret gjennomfører den norske delen av undersøkelser i regi av Commonwealth Fund, der i alt elleve nasjoner deltar, og bidrar i European Observatory – samarbeidet med norske indikatorer for kvalitet og pasientsikkerhet og med helsetjenesteanalyser. Kunnskapssenteret bidrar også som medlem av EUs arbeidsgruppe for pasientsikkerhet, i Joint Action prosjektet PasQ (avsluttet 2015) og i WHO's arbeid med forenklet klassifikasjon av meldinger om uønskede hendelser. Kunnskapssenteret har arbeidet i gruppen opprettet av Nordisk Ministerråd om målinger i pasientsikkerhet, og avholdt et seminar om dette høst 2015. Arbeidet ble avsluttet i desember, og endelig rapport vil foreligge i 2016.

#### Særskilte satsinger for 2015

##### Nasjonalt system for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten

I system for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten mottar Kunnskapssenteret oppdrag på metodevurderinger fra Bestillerforum RHF. Vi leverer fulle metodevurderinger på alle områder og hurtig metodevurderinger på prosedyrer og utstyr.



### Styringsparametere

	Mål 2015	Resultat 2015
Antall gjennomførte hurtigmatoder	2	0 (2 påbegynt)
Antall gjennomførte fullstendige metoder	10	5
Antall gjennomførte hurtigmatoder innen 180 dager	100 prosent	100 prosent
Tidsbruk på fullstendige metodevurderinger	10-12 mnd.	5 mnd.
Antall leverte metodevarsler	60	56
Gjennomførte opplæringer og kurs	10-15 dager	24 dager

### Seksjon for kunnskapstjenester på arbeids- og velferdsområdet

Seksjonen har produsert systematiske oversikter og systematiske litteratursøk på oppdrag fra velferdsetatene og etter prioritering i koordineringsgruppen. Seksjonen har støttet kunnskapsbasert praksis og forvaltning via kurs og har bidratt til gode bestillinger av forskning.

### Styringsparametere

	Mål 2015	Resultat 2015
Antall rapporter (systematiske oversikter og andre rapporter og oversikter)	15	14
Gjennomførte opplæringer og kurs	5-7	10

### Økonomi

Kunnskapssenteret hadde i 2015 en svært utfordrende økonomiske situasjon, som var hovedsakelig knyttet til den sterke valutaendring.

Kunnskapssenteret har for 2015 mottatt en tildeling på 172,570 mill. kroner over kap. 0725.01. I tillegg har Kunnskapssenteret mottatt belastningsfullmakter fra Helsedirektoratet på tilsammen 6,867 mill. kroner.

I 2015 har Kunnskapssenteret hatt øvrige prosjektinntekter på tilsammen 45,668 mill. kroner.

Regnskapet per 31.12 viser en merutgift på 26,3 mill. kroner og merinntekter på 23,0 mill. kroner. Uhjemlet underskudd beløper seg dermed til 3,3 mill. kroner.

Merforbruket er knyttet til abonnemeter til Helsebiblioteket som følge av svekket kronekurs mot euro og dollar.

Totalt merforbruket var estimert i starten av 2015 til omlag 7 mill. kroner.

Nettoreultatet for året ble et merforbruk på 3,3 mill. kroner.

Forventede merforbruket ble tidligere, siden 2014, varslet gjennom etatsstyringslinjen (til direktoratet og til HOD). Gjennom betydelige kompensere tiltak og stram styring reduserte NAKS det forventede merforbruket til 3,3 mill. kroner, dvs. med over 3 mill. kroner.



**HelseDirektoratet**

**Postadresse:** Pb. 7000,  
St. Olavs plass, 0130 Oslo

**Telefon:** +47 810 20 050

**Faks:** +47 24 16 30 01

**E-post:** [postmottak@helsedir.no](mailto:postmottak@helsedir.no)

[www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)