

INNLEDNING	3
1. LEDERS BERETNING	4
2. INTRODUKSJON TIL VIRKSOMHETEN	15
2.1. OMTALE AV VIRKSOMHETEN OG SAMFUNNSOPPDRAG 2015.....	15
2.2. OMTALE AV ORGANISASJONEN.....	16
2.3. PRESENTASJON AV UTVALGTE HOVEDTALL	19
3. ÅRETS AKTIVITETER OG RESULTATER (RAPPORTERING AV TILDELINGSBREVET).....	21
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
4. STYRING OG KONTROLL I VIRKSOMHETEN	91
5. VURDERING AV FRAMTIDSUTSIKTER.....	92
6. ÅRSREGNSKAP	94
6.1 KONSOLIDERT REGNSKAP (HDIR INKL. HELFO).....	94
6.2 HELFO	117
6.3 HELSEDIREKTORATET EKSKL. HELFO	127
7. ETATSTYRERS VURDERING AV YTRE OG UNDERLIGGENDE ETATER.....	143
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 framtidssikter | – 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 kunnskapssenter (NAKS)

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 som er blant de beste i verden, men i likhet med andre europeiske land har vi utfordringer for fremtidens helse- og omsorgstjenester. For eksempel vil levealderen fortsette å stige, andelen eldre i befolkningen vil øke og flere vil få 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, læring og ledelse (Kilde: Årlig melding om kvalitet og pasientsikkerhet til Helse- og omsorgsdepartementet). 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 fastlegene. I arbeidet med pasientsikkerhet ser vi at det krever kontinuerlig oppmerksomhet og systematikk for å få til reduksjon av 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 i Norge som gjennomsnittet i OECD. I 2013 brukte Norge 8,9 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. Helsetapet utgjør 76 prosent (størst i gruppene svulster, psykiske lidelser, sykdommer i sirkulasjonssystemet og muskel-skjelett), mens helsetjenestekostnadene utgjør 271 milliarder kroner (størst ressursbruk på svulster, psykiske lidelser, sykdommer i sirkulasjonssystemet og muskelskjelett) – 15 prosent av totale samfunnskostnadene. Produksjonstapet på grunn av sykdom og uførhet har gått ned fra 14 prosent i 2010 til 9 prosent i 2013 (4 prosent sykefravær, 5 prosent uførhet). Psykiske lidelser og muskel-skjelett utgjør til sammen nesten 60 prosent av dette, rammer mange og særlig den arbeidsføre delen av befolkningen.

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 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. Europa har et høyere alkoholmisbruk.

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. For en viktig helsefaktor 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: 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. Det er også utarbeidet en strategi og samarbeidsavtale for arbeid og helse med Arbeids- og velferdsdirektoratet og en samarbeidsavtale med Utdanningsdirektoratet for helsefremmende arbeid i skole- og barnehagesektoren. Et annet eksempel er samarbeid med næringsmiddelbransjen, forskningsinstitusjoner og frivillige organisasjoner i et partnerskap for saltreduksjon. Det arbeides også 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. 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 byggekvalitet. Formålet har vært å styrke kommunenes kompetanse i arbeidet med å sikre bedre innelima i skoler. På tross av ny folkehelselov som peker på ulike sektors ansvar for å fremme helsehensyn, er dette i liten grad berørt i mange samfunnssektorer. Det er en positiv utvikling på miljøområdet. Det er fortsatt viktig å se på betydningen av både barnehage, skole, arbeid, integrering, barnevern, plan og bygg for helsen til innbyggerne. Kommunene bør i større grad vektlegge helsehensyn når de legger langtidsplaner. Eksempel på lokalt folkehelsearbeid er å motvirke frafall i videregående skole, støtte til å komme i arbeid, sikre barn og unge gode oppvekstvilkår osv. Kommunale frisklivssentraler er etablert i ca. 60 prosent av landets kommuner og gir veiledning og hjelp til endring av levevaner og mestring av sykdom, samt bidrar med viktig informasjon til kommunens helseprofiler. De har oversikt over lokale lavterskeltilbud og samarbeider med en rekke andre offentlige, private og frivillige aktører. Direktoratet har [utviklet veiledere i lokale folkehelse tiltak](#). Psykisk helse må i sterkere grad vektlegges i folkehelsearbeidet.

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

Den store utfordringen fremover er å sikre tilstrekkelig tilgang til kvalifisert og kompetent personell i helse- og omsorgssektoren. 253 000 årsverk i 2014 – 2/3 av den samlede ressursinnsatsen i helse- og omsorgssektoren. Både spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten hadde positiv årsverksutvikling fra 2013-2014.

Utnyttelsen av personellet er ikke optimalt. Det er en lav andel heltidsstillinger, spesielt i pleie og omsorgssektoren og 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 – søkningen 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 detaljtrødning for ny spesialistutdanning for leger. Det skal utarbeides læringsmål for 45 spesialiteter – 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. Helsedirektoratet har tidligere etablert et eget brukermedvirkningsforum innenfor psykisk helse og rus-området, samt benyttet 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 og bidra til utvikling og oppfølging av direktoratets systematiske brukermedvirkning. Det er gjennomført flere pasienterfaringsundersøkelser og en nullpunktsmåling ved implementering av pakkeforløp for kreft som gir innspill til forbedringer.

Likeverdige helse- og omsorgstjenester til innvandrerbefolkningen

I 2015 kom det over 31000 asylsøkere til Norge. 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.

I takt med økt migrasjon blir både sentrale helsemyndigheter og helse- og omsorgstjenestene i enda større grad utfordret til å tilby likeverdige helsetjenester til asylsøkere, flyktninger og

innvandrere. Behovet for tolking i tjenestene øker, og det må utvikles gode systemer for å sikre tilstrekkelig bruk av tolk. I samarbeid med IMDi er det bestilt en systematisk kunnskapsoppsummering som skal avdekke forhold som fremmer eller forhindrer likeverdige helse- og omsorgstjenester. Nøkkeltall viser at innvandrere bruker fastlege og legevakt mindre enn den øvrige befolkningen. En kunnskapsoppsummering om utbredelse av ulike kreftformer i ulike grupper er utarbeidet av NAKMI. Det er behov både for økt kompetanse, større kapasitet og tilgjengelig, tilrettelagt informasjon til ulike målgrupper i innvandrerbefolkningen.

Omsorgstjenester og demens

Stadig flere yngre og færre eldre mottar kommunale helse- og omsorgstjenester. Helsetjenester til brukere med store bistandsbehov prioriteres og tjenestene er mer spesialiserte. Det er en høyere terskel for langtidsplass, og mer satsing på tjenester knyttet til bolig. Utviklingen går saktere for de eldre brukerne. Samhandlingsstatistikken viser at andelen pasienter som meldes til kommunene som utskrivningsklare økte sterkt 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 og 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 på 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. Variasjon i tildeling av avlastningstjenester. Kommunen bør se på om hovedinnsatsen settes for 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 har fått øremerket tilskudd fra Helsedirektoratet og midler direkte fra samarbeidende helseforetak fra det året tilbudet har blitt etablert. Fra 2016 er alle midlene innlemmet i rammetilskuddet til kommunene. Det er 365 kommuner som har mottatt tilskudd fra Helsedirektoratet innen 2015. I 2015 utgjorde tilskuddet fra direktoratet til sammen 476,199 mill. kroner. 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.

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. 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 overgrepsofne 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.

Direktoratet har hatt mange beredskapssituasjoner i 2015. Størst ressursinnsats var ved arbeidet mot ebola og 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.

Helsedirektoratet har levert rapport om erfaringsgjennomgang av norsk ebola-håndtering. 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

innsatspersonell etablering av taushetsbelagte opplysninger til politiet, massetriage i helsetjenesten, og organisering på skadested. Vi samarbeider også med andre instanser og samfunnssektorer om beredskap, blant annet gjennom Helseberedskapsrådet.

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 framskrivninger 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 ha dette tilbudet. Direktoratet leverte i 2015 en vurdering av forhold som vil påvirke utviklingen innen norsk sykehusstruktur fremover. 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 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 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
- Henvissingsveileder
- 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. 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 prioriteringss spørsmål 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

Utredningen for «En innbygger en journal» er fullført, og det anbefales å starte utvikling i kommunal sektor. På helsenorge-plattformen er det utviklet flere innbyggertjenester, og det er lagt til rette for å kunne tilby ulike felles løsninger for helsesektoren. Kjernejournal er innført hos halvparten av befolkningen.

Helsenorge-plattformen utvikles videre som det samlende stedet på nett i Helse-Norge. Helsedirektoratets tjeneste «Velg behandlingssted» ble lansert på helsenorge.no i november, og erstatter frittsykehusvalg.no. Helsedirektoratet utviklet også nytt helsedirektoratet.no, nyemetoder.no og helfo.no på samme plattform i 2015, og det arbeides med migrasjon av RHF-enes nettsider til helsenorge.

Helsedirektoratet.no og helsenorge.no er våre viktigste kanaler mot publikum og helsepersonell. Vi har også om lag 300 000 følgere i sosiale medier, og vi når mange som jobber i helse- og omsorgssektoren der. Dette blir stadig viktigere kanaler for oss.

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

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 Helseledelse og myndighetsorgan, i tillegg til et mer helhetlig ansvar for nasjonalhelseberedskap med innlemmelse av Statens strålevern. E-helsedivisjonen i Helseledelse ble trukket ut og etablert som Direktoratet for e-helse.

Helseledelse 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
helseledelse

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 Helsedirektoratet 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. Helsedirektoratet 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 Helsedirektoratet

Helsedirektoratet hadde pr. 31.12.2015 i alt 1045 ansatte, en økning på 76 ansatte. Det var 65 prosent kvinner i Helsedirektoratet. 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

Helsedirektoratet 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. Helsedirektoratet 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 Helsedirektoratet. I 2015 ble Helsedirektoratets 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 Helsedirektoratet 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	1 102 485	1 115 006	-12 521	-1,1 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. Budsjettrammen til direktoratet skulle imidlertid vært 10 mill. kroner lavere. Det ble trukket ut for lite moms ved innføring av nøytral merverdiavgift i staten fra 2015 (knyttet til tjenesteavtalen med NAV), og dette ble meldt inn som innspill til omgrupperingsproposisjonen. Korrigeret for dette har direktoratet et netto merforbruk på 6,7 mill. kroner i 2015.

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 budsjettert. Inkludert i tallene ligger påløpt tilskudd til ressurskrevende brukere på 8,3 mrd. som er som budsjettert. 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, psykologtjenester samt vold og traumatisk stress.

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 eksklusiv HELFO viser regnskapet et netto mindreforbruk på 90,7 mill. kroner.

Kap. 720.01: Merforbruket på 13,3 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.

Det vises til økonomirapporteringen per 31.8.15 hvor det ble varslet om en utfordrende budsjett-situasjon for 2015. Det ble da forutsatt at direktoratets driftsbudsjett ville bli redusert med 10 mill. kroner i omgrupperingsproposisjonen, knyttet til korrigerende av innføring av nøytral merverdiavgift.

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, bibliotek tjenester, 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 «Sunne 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. Stimulerings tiltak 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 ungdomsskoleelever.

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 helserisikofaktor 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

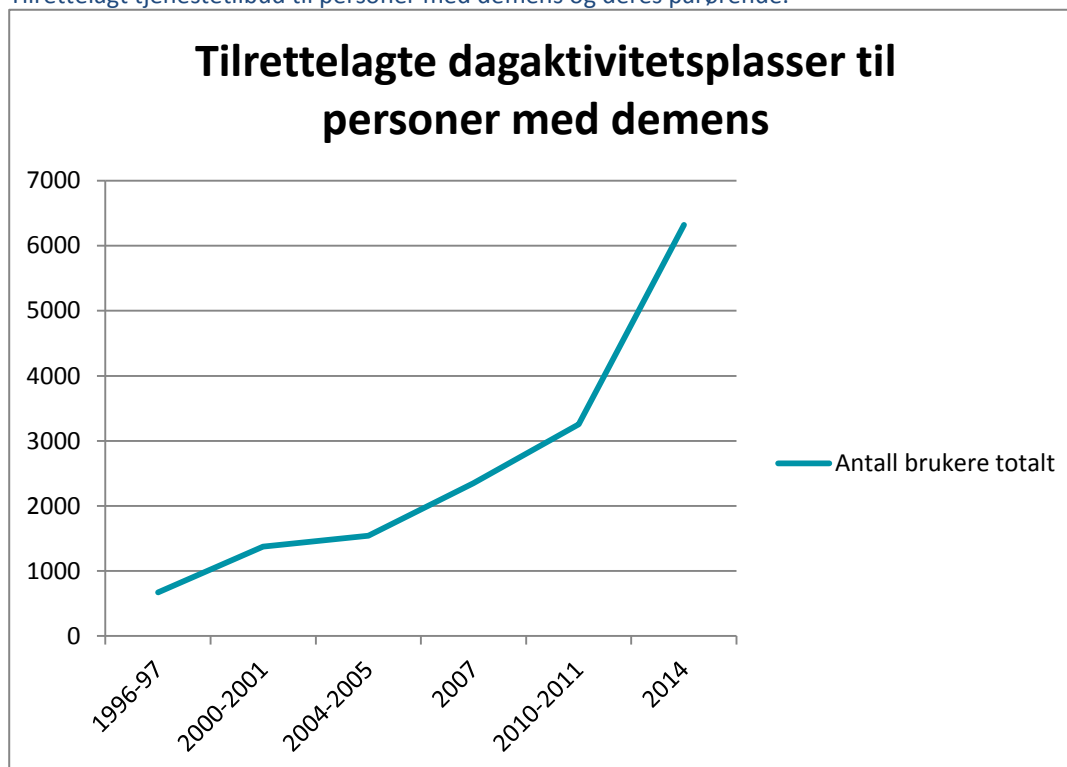
- Tilstrekkelig kvalitet og kapasitet i omsorgstjenesten gjennom nye årsverk og utnyttelse av investeringsordningen for heldøgns omsorgsplasser

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

Hesledirektoratet 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 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 fremtidens omsorgsutfordringer. Helseledirektoratets 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. Utpøving av velferdsteknologiske løsninger for avstandsoppfølging av personer med kroniske sykdommer er noe forsinket, da det tok tid å få tilbakemelding på valget av utpøvingprosjekter.

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.

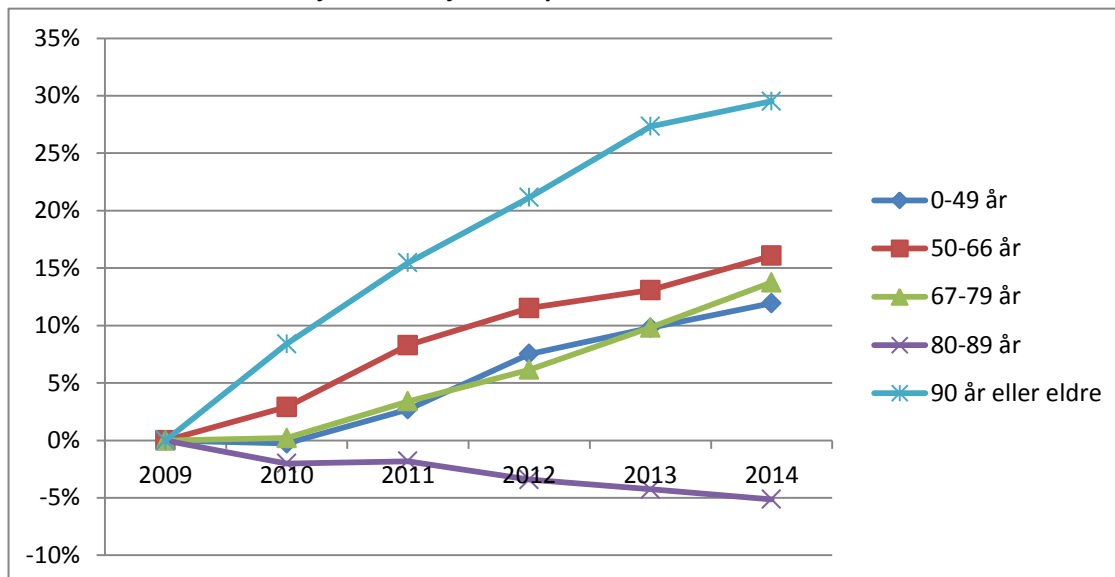
Det har vært en stabil drift av IPLOS-registeret i 2015, og kvaliteten har blitt betydelige forbedret. Alle landets kommuner sendt inn data og var med i KOSTRA publiseringen per 15. mars 2015. Det har i 2015 vært spesiell oppmerksomhet på å bedre datakvaliteten, herunder underrapportering av diagnoser, 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 Helsedirektoratet 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. Helse- og omsorgsdepartementet har fått i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet om å etablere et utredningsprosjekt for å forberede forsøket og sørge for følgeevaluering. Helse- og omsorgsdepartementet 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 Helse- og omsorgsdepartementet 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 Helse- og omsorgsdepartementet 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 Helse- og omsorgsdepartementet 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 overgrepssituasjon 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

brakerundersøkelser, men budsjettsituasjonen 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 for psykososialt arbeid i prosjektet flykninger 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 flykninger 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 pasienterfaringsundersøkelse 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

brakerundersøkelser 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 høyskole uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	1 063	39,3 prosent	2 815	27,0 prosent
Helse- /sosialfag fra høyskole 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 høyskole-/universitetsutdanning uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	371	13,7 prosent	525	5,0 prosent
Annen høyskole-/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
Totalt	2 702	100 prosent	10 429	100 prosent

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 Kontrollkomisjonene 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

Beskrivelse 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.

Kommentar 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 slutføres 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

Kommentar 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


Beskrivelse Resultatmål: Kartlegge situasjonen for behandling av barn og unge med rusmiddelproblemer og foreslå hvordan dette tilbudet eventuelt kan styrkes.

Kommentar 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 utvalgte kommune, 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


Beskrivelse 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.

Kommentar 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 helsevern 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 behandlingstilbudet i helselovgivningen og i barnevernloven. Helsedirektoratet skal i samarbeid med Bufdir vurdere tiltak for å sikre tettere samarbeid mellom kunnskapsentrene, 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 HFene 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. Budsjettbodyet 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 sykehusinnleggelse 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.

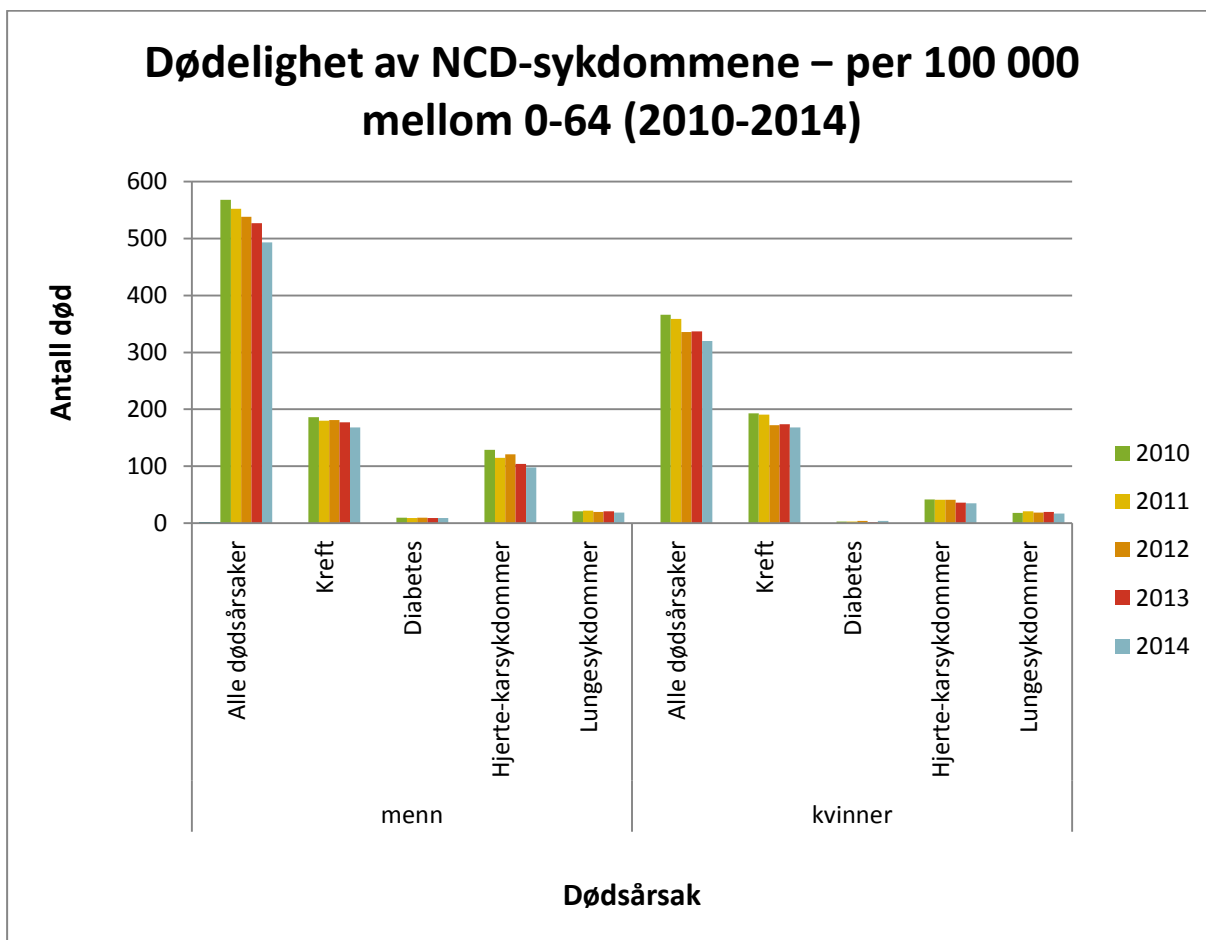
- Redusert dødelighet for de fire NCD-sykdommene.

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.



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 lanseringspunktet. 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 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.

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 innvandrergupper.

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 asylsøkerutfordringen 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 mottakssenter 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 asylsøkere til Prioriteringsrådet. Prosjektorganisering videreføres til 1. juni med aktivitet tilpasset normaliserte ankomsttall.

Øyeblikkelig hjelp døgnoophold

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 innleggelses i kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp, var i rapporteringsperioden for 2015, på i overkant av 22 000 innleggelses. 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 styringsparametere 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 datakompletheten 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 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.

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.

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.

Hesledirektoratets deltar på møter og fagsamlinger i Kompetanseteamet, hvor blant annet tvangsekteskap og psykisk helse har vært tema. Det har vært få henvendelser om kjønnelemløstelse rettet til Kompetanseteamet ved Helseledirektoratets 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. Kripes 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

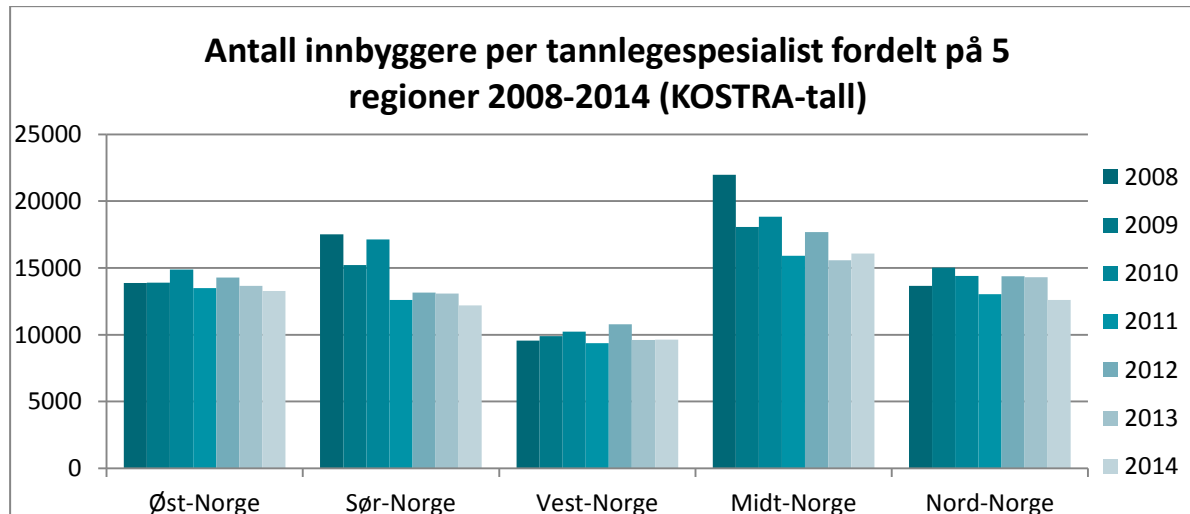
Langsiktige mål

- 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 forskningssenter 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-åringer 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 Fylkestannlegenes 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 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 prioriteringsspørsmål 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 legevaktssentraler 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 samvalgsverktøy 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 samfunnsikkerhet 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.

Flere 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-portalen

I rute

Beskrivelse Utvikle innbyggertjenester på helsenorge-portalen 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 referanse katalog 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 utprøvningsprosjektene 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 iht. plan.

● Etablere referanse katalog for IKT-standarder og kodeverk

I rute

Beskrivelse Etablere referanse katalog 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 akutteneheter. 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 kostnadsvekstarbeidet. Samarbeidssykehusene representerte drøyt 90 prosent av aktivitetsgrunnlaget 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 aktivitetsgrunnlaget i 2014.

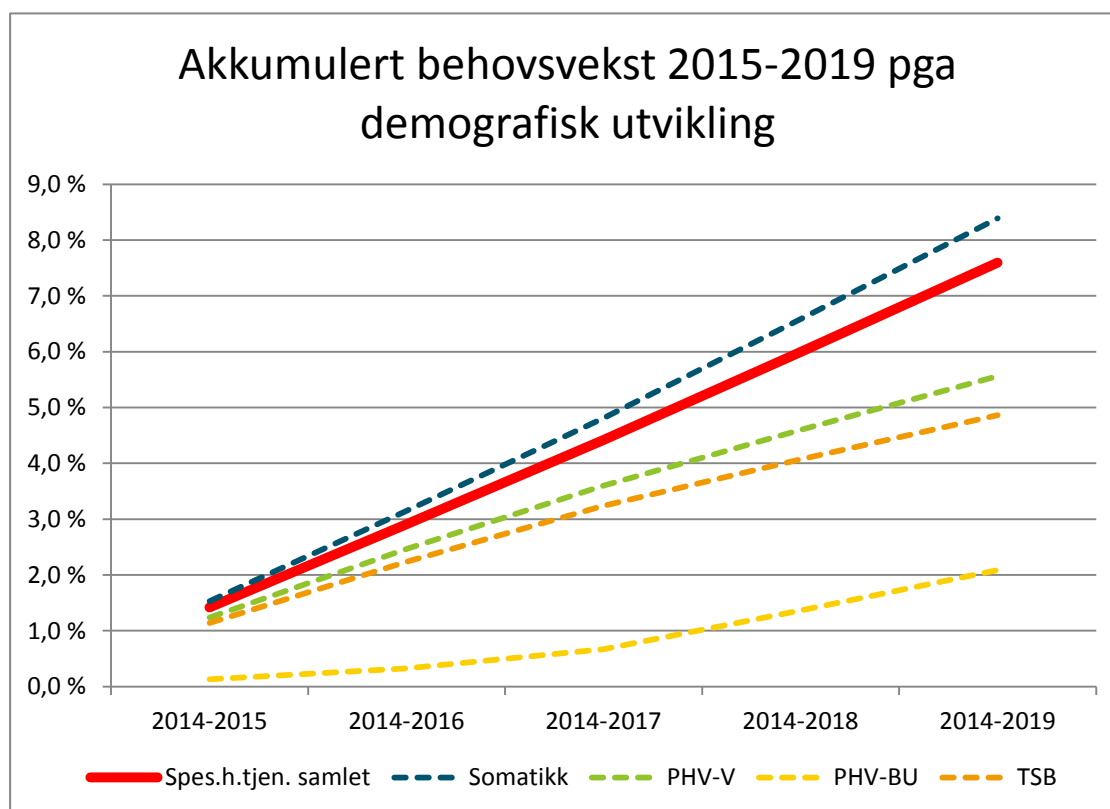
Følge med rollen:

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 distriktpsikiatriske 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 korttidsplasser, 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 uhensiktsmessige 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 ferdigstillelse 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 produktivitetkartleggingen gradvis utvides til å omfatte flere refusjonsområder og andre deler av virksomheten. På sikt er målet at utviklede produktivitetsindikatorer integreres i mål- og resultatstyringen. Produktivitetkartleggingen er gjennomført som pilot og skal kvalitetssikres. HelseDirektoratet 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

 HelseDirektoratet 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 HelseDirektoratet 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 legeforening 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

- Leverer 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 akutteneheter. 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 kompletthet 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 reduksjon 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 stråldata som kan videreføres. 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 installering 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 WHO's agenda, og oppgaver for utarbeidelse av håndnotater til instruksjonen 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, Kunnskapsenteret, 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 myndighetssamarbeid 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 sekretariatsfunksjon 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 brukerorganisasjonene 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 døgneheter 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

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.

Kvalitetsmålinger

Pasienter som blir lagt inn på sykehus med hjerteinfarkt, hjerneslag og hoftebrudd blir registrert i Norsk pasientregister (NPR). Kunnskapssenteret 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 pasientsammensetning; 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.

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

Helsedirektoratet har i samarbeid med Helsetilsynet og Kunnskapssenteret 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 Kunnskapssenterets 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.

 **Levere innspill til årlig melding om kvalitet og pasientsikkerhet** Ferdig


Beskrivelse Levere 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 kvalitetsindikatorsystem. 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 hurtigmetodevurderinger 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 antibiotikareseptor	Ferdig
Beskrivelse	Direktoratet skal innen medio 2015 vurdere mulige løsninger for å innføre krav om diagnosekoder på alle antibiotikareseptor, 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

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

Kommentar Helsedirektoratet 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 Helsedirektoratet. 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

Helsedirektoratet 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. Helsedirektoratet, 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 Helsedirektoratet 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 høgskolerådet, Arbeids- og velferdsdirektoratet, Forskningsrådet, Innovasjon Norge og HINAS.

På grunn av tilskuddsregelverket og statsstøtterregelverket 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 legges 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, inkom 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

Hesledirektoratet 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. Hesledirektoratet 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. Hesledirektoratet bidrar aktivt i utviklingen av nasjonale fagplaner. Videre er Hesledirektoratet 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.

Hesledirektoratet 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 utdanningstillene 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. Hesledirektoratet 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 tjenestens 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 faglige 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 tilskuddsregelverk
- Unødvendig dobbelrapportering innenfor helsetjenesten
- Tilleggsoppdrag og tilleggstildelinger 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 Tilskuddsforvaltning

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

Tilskuddsordningene 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	Tilskuddsordning	Navn på evalueringen
733.79	Omstilling av private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner	Evaluering av tilskuddsordning - Omstilling av private rehabiliteringsinstitusjoner 2008-2014

Helsedirektoratets tilskuddsordninger 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 tilskuddsforvaltningen.

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 innbyggers 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, dokumentcenter 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. totrinns 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

Hesledirektoratet 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. Helseledirektøren benytter PULS i sine tertialsamtaler med divisjonsledere.

Riksrevisjonen

Revisjonens gjennomgang av Helseledirektoratets internkontroll rundt økonomistyring viste at vi har tilfredsstillende internkontroll i både Helseledirektoratet 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 Helseledirektoratets årsregnskap. Det er etablert en rutine for samhandling i årsrapportering i Helseledirektoratet 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 Helseledirektoratets 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. Helseledirektoratet 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 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 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**

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
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	3 927 000	4 773 350	-846 350
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	63	Diverse	A,B	18 777 000	15 659 519	3 117 481
0718	Tilskudd	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	61 216 000	61 508 601	-292 601
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	6 819 000	5 097 000	1 722 000
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	51 964 000	1 640 101	50 323 899
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	195 640 000	166 026 669	29 613 331
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	Allmennlegetjenester	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	37 631 000	25 387 000	12 244 000
0765	Spesielle driftsmidler	21	Spesielle driftsutgifter	A,B	131 900 000	88 397 050	43 502 950
0765	Kommunale tjenester	60	Diverse	A,B	342 328 000	104 945 537	237 382 463
0765	Kompetansetiltak	61	Diverse	A,B	52 532 000	-332 712	52 864 712
0765	Rusarbeid	62	Diverse	A,B	452 376 000	-424 954	452 800 954
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	212 547 000	208 355 042	4 191 958
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
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 røntgeninstitut	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 forbruksmateriell	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	Fastlønsordning 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>					44 824 043 000	44 074 541 068	1 266 578 742
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	
Sum inntektsført					123 328 000	437 608 753	84 089 317
Netto rapportert til bevilgningsregnskapet						43 636 932 315	1 350 668 059
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>		-3 826 197 766		
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
Sum beholdninger		-78 621 393	-61 321 343	-17 300 050

Note A Forklaring av samlet tildeling			
Kapittel og post	Overført fra i fjor	Årets tildelinger	Samlet tildeling
072001	6 423 000	1 096 062 000	1 102 485 000
072021	1 020 000	10 980 000	12 000 000
072070		45 000 000	45 000 000
016370		72 800 000	72 800 000
044070		1 000 000	1 000 000
057560		8 264 160 000	8 264 160 000
060121		160 000	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	3 656 000	3 927 000
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
072401		1 350 000	1 350 000
072901		61 216 000	61 216 000
073270		1 000 000	1 000 000
073321		11 908 000	11 908 000
073372	4 722 000	2 097 000	6 819 000
073379		15 795 000	15 795 000
073401	2 085 000	49 879 000	51 964 000
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	185 608 000	195 640 000
076167		88 477 000	88 477 000
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	36 677 000	37 631 000
076521	19 640 000	112 260 000	131 900 000
076560	34 720 000	307 608 000	342 328 000
076561		52 532 000	52 532 000
076562	3 502 000	448 874 000	452 376 000
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	207 776 000	212 547 000
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
078379		23 911 000	23 911 000
084221		160 000	160 000
084721		600 000	600 000
085801		84 000	84 000
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
265172			-
266177			-
163301			-
Sum	162 015 000	44 662 028 000	44 824 043 000

Noter:

1: Overført fra i fjor: Tallene er hentet fra statsregnskapet. Da statsregnskapet ikke viser overføringer fra 2014 fordelt på virksomhet, er det forutsatt at overføringene i sin helhet gjelder Helsedirektoratet for de kapittel.poster

der Helsedirektoratet har bevilgninger.

2: Kap.post 761.68, tildelt 258.154.000 kroner. Beløpet gjelder belastningsfullmakt til Fylkesmannen.

Er ikke inkludert i årsregnskapet

3: Kap.post 783.61, tildelt 134.669.000 kroner. Beløpet gjelder beløp til Statens autorisasjonskontor (SAK).

Er ikke inkludert her, men i SAKs årsregnskap.

4: Kap 724.01: Hdir har mottatt en belastningsfullmakt på 1,35 mill. kroner fra SAK.

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		
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»	1 278 103		1 278 103	1 278 103	13 142 000	1 278 103
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»	-846 350		-846 350	-846 350	25 589 000	0
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	5 984 466
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		-292 601		-292 601	-292 601	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	0
073372	«kan overføres»	1 722 000		1 722 000	1 722 000	6 097 000	1 722 000
073379	«kan benyttes under post 21»	5 298 292		5 298 292	5 298 292	0	0
073401		50 323 899	-53 187 557	-2 863 658	-2 863 658	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»	29 613 331		29 613 331	29 613 331	195 608 000	29 613 331
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»	12 244 000	-12 446 204	-202 204	-202 204	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»	237 382 463	-224 961 799	12 420 664	12 420 664	342 308 000	12 420 664
076561	«kan overføres»	52 864 712	-50 925 516	1 939 196	1 939 196	52 532 000	1 939 196
076562	«kan overføres»	452 800 954	-446 102 188	6 698 766	6 698 766	452 374 000	6 698 766
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»	4 191 958		4 191 958	4 191 958	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	Spesielle driftsutgifter	0		0	0		
084721	Spesielle Driftsmidler	0		0	0		
085801	Driftsutgifter	-211		-211	-211		
271170	Spesialisthelsetjeneste	4 886 381		4 886 381	4 886 381		
271171	Spesialisthelsetjeneste	-2 926 592		-2 926 592	-2 926 592		
271172	Spesialisthelsetjeneste	54 368 931		54 368 931	54 368 931		
271176	Spesialisthelsetjeneste	-4 322 269		-4 322 269	-4 322 269		
275170	Legemidler mv.	-68 313 740		-68 313 740	-68 313 740		
275171	Legemidler mv.	-527 071		-527 071	-527 071		
275172	Legemidler mv.	-1 009 077		-1 009 077	-1 009 077		

275270	Refusjon av egenbetaling	-16 889 534		-16 889 534	-16 889 534		
275271	Refusjon av egenbetaling	10 809 399		10 809 399	10 809 399		
275562	Helsetjenester i kommunene mv.	-8 759 041		-8 759 041	-8 759 041		
275570	Helsetjenester i kommunene mv.	192 883 216		192 883 216	192 883 216		
275571	Helsetjenester i kommunene mv.	39 478 772		39 478 772	39 478 772		
275572	Helsetjenester i kommunene mv.	307 898		307 898	307 898		
275573	Helsetjenester i kommunene mv.	1 611 044		1 611 044	1 611 044		
275575	Helsetjenester i kommunene mv.	-544 174		-544 174	-544 174		
275670	Andre helsetjenester	1 291 547		1 291 547	1 291 547		
275671	Andre helsetjenester	-22 544 231		-22 544 231	-22 544 231		
275672	Andre helsetjenester	-11 009 919		-11 009 919	-11 009 919		
279070	Andre helsetiltak	-919 952		-919 952	-919 952		
371804	Rusmiddelforebygging	527 199		527 199	527 199		
372002	Helsedirektoratet	99 949 433		99 949 433	99 949 433		
372003	Helsedirektoratet	-16 167 043		-16 167 043	-16 167 043		
372004	Helsedirektoratet	2 802 610		2 802 610	2 802 610		
372005	Helsedirektoratet	-3 022 882		-3 022 882	-3 022 882		
		1 350 668 059	-936 122 359	414 545 700	414 545 700	3 849 665 326	117 934 370

*Maksimalt beløp som kan overføres er 5% 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 budsjettkapittel

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

Mulig overførbart beløp

Forklaring til bruk av budsjettfullmakter

Mottatte belastningsfullmakter

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

HELFO har mottatt belastningsfullmakt fra Helsedirektoratet på kapittel/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 Helsedirektoratets stønadskapitler 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 utbetalte fondsmidler er oppført i kolonnen "Utgiftsført av andre ihht. avgitte belastningsfullmakter".

Fullmakt til å overskride driftsbevilgninger mot tilsvarende merinntekter

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

530929 gjelder retur feilutbetalinger utland (Equian) og gruppelevsforssikring ansatte. 570180 gjelder renteutgifter i forbindelse med omgjoringssak feilutbetalinger 570186 gjelder innkreving feilutbetalinger jf. mottatte belastningsfullmakter (note B) 570187 gjelder inntektsførte rabatter fra refusjonsutbetalinger i USA jf. avtale med Equian.

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

Denne belastningen skulle ha vært ført mot kapittel.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.

Oppstilling av artskontorrapporteringen, regnskapsåret 2015			
	Note	2015	2014
Driftsinntekter rapportert til bevilgningsregnskapet			
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
Driftsutgifter rapportert til bevilgningsregnskapet			
Utbetalinger til lønn	2	1 002 459 618	920 154 393
Andre utbetalinger til drift	3	1 038 003 964	957 855 309
<i>Sum utbetalinger til drift</i>		2 040 463 583	1 878 009 702
Netto rapporterte driftsutgifter		1 914 792 341	1 804 023 479
Investerings- og finansinntekter rapportert til bevilgningsregnskapet			
Innbetaling av finansinntekter	4	0	2
<i>Sum investerings- og finansinntekter</i>		0	2
Investerings- og finansutgifter rapportert til bevilgningsregnskapet			
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
Netto rapporterte investerings- og finansutgifter		28 198 561	17 896 881
Innkrevingsvirksomhet og andre overføringer til staten			
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
Tilskuddsforvaltning og andre overføringer fra staten			
Utbetalinger 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
Inntekter og utgifter rapportert på felleskapitler *			
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

Netto rapportert til bevilgningsregnskapet	9	47 463 154 309	43 458 401 273
---	----------	-----------------------	-----------------------

Oversikt over mellomværende med statskassen Hdir			
		2015	2014
Eiendeler og gjeld			
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
Sum mellomværende med statskassen	8	-63 977 857	-42 250 315

Oversikt over mellomværende med statskassen HELFO			
		2015	2014
Eiendeler og gjeld			
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
Annen gjeld		-2 624 669	-6 924 368
Sum mellomværende med statskassen	8	-14 643 538	-19 071 028

Oversikt over mellomværende med statskassen sammenstilt Hdir og HELFO			
		2015	2014
Eiendeler og gjeld			
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
Annen gjeld		-2 624 669	-6 924 368
Sum mellomværende med statskassen	8	-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

	31.12.2015	31.12.2014
<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
Sum innbetalinger fra gebyrer	7 949 812	8 404 830
<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	
Sum innbetalinger fra tilskudd og overføringer	15 551 616	32 793 109
<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
Sum salgs- og leieinnbetalinger	102 169 813	32 742 183
<i>Andre innbetalinger</i>		
Andre innbetalinger	0	0
Leieinntekter	0	0
Salg av utrangert materiell, avgiftsfritt		46 100
Sum andre innbetalinger	0	46 100
Sum innbetalinger fra drift	125 671 242	73 986 223

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
Sum utbetalinger til lønn	1 002 459 618	920 154 393
<i>* Denne linjen benyttes av virksomheter som innbetaler pensjonspremie til SPK.</i>		
Antall årsverk Hdir	967	892
Antall årsverk HELFO	561	551
Antall årsverk Totalt	1 528	1 443

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 utstyrsanskaffelser	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
Sum andre utbetalinger til drift	1 038 003 964	957 855 308

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
Sum innbetaling av finansinntekter	0	2

	31.12.2015	31.12.2014
<i>Utbetaling av finansutgifter</i>		
Renteutgifter	30 113	13 402
Valutatap	289	0
Annen finansutgift	0	0
Sum utbetaling av finansutgifter	30 402	13 402

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
Sum utbetalt til investeringer	28 168 159	17 883 480

<i>Utbetaling til kjøp av aksjer</i>		
Kapitalinnskudd	0	0
Obligasjoner	0	0
Investeringer i aksjer og andeler	0	0
Sum utbetalt til kjøp av aksjer	0	0

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
Sum innkrevingsvirksomhet og andre overføringer til staten	185 597 540	146 296 963

Note 7 Tilskuddsforvaltning og andre overføringer fra staten

	31.12.2015	31.12.2014
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
Sum tilskuddsforvaltning og andre overføringer fra staten	45 669 634 655	41 897 429 309

*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
Finansielle anleggsmidler			
Investeringer i aksjer og andeler*	0	0	0
Obligasjoner	0		
<i>Sum</i>	0	0	0
Omløpsmidler			
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>	12 123 182	185 873	11 937 309
Langsiktig gjeld			
Annen langsiktig gjeld	0	0	0
<i>Sum</i>	0	0	0
Kortsiktig gjeld			
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>	-64 197 180	-64 163 729	-33 451
Sum	-52 073 998	-63 977 857	11 903 859

* 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

	31.12.2015 Spesifisering av <u>bokført</u> avregning med statskassen	31.12.2015 Spesifisering av <u>rapportert</u> mellomværende med statskassen	Forskjell
Finansielle anleggsmidler			
Investeringer i aksjer og andeler*	0	0	0
Obligasjoner	0		
<i>Sum</i>	0	0	0
Omløpsmidler			
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>	29 659 118	890 014	28 769 104
Langsiktig gjeld			
Annen langsiktig gjeld	0	0	0
<i>Sum</i>	0	0	0
Kortsiktig gjeld			
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>	-26 286 105	-15 533 552	-10 752 554
Sum	3 373 012	-14 643 538	18 016 550

* 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 sammenstilt Hdir og HELFO

	31.12.2015 Spesifisering av bokført avregning med statskassen	31.12.2015 Spesifisering av rapportert mellomværende med statskassen	Forskjell
Finansielle anleggsmidler			
Investeringer i aksjer og andeler*	0	0	0
Obligasjoner	0		
<i>Sum</i>	0	0	0
Omløpsmidler			
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>	41 782 300	1 075 887	40 706 413
Langsiktig gjeld			
Annen langsiktig gjeld	0	0	0
<i>Sum</i>	0	0	0
Kortsiktig gjeld			
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>	-90 483 285	-79 697 281	-10 786 005
Sum	-48 700 985	-78 621 394	29 920 409

* 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 artskontorrapporteringen.

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

Ledelseskomentarer

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.

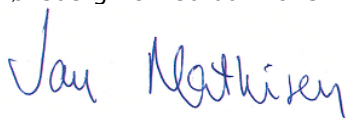
3720.03 Helsetjenester i annet EØS-land – Mindreinntekt på ca. 16. mill. har hovedsakelig sammenheng med mindreutgift på 0720.70 og forklaringer for denne.

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 artskontorrapporteringen 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 artskontorrapportering 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	Helse direktoratet	01	Driftsutgifter	A, B	359 855 000	360 558 141	-703 141
0720	Helse direktoratet	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
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	4 342 116 874	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
0701	IKT i helse- og omsorgssektoren	21	Spesielle driftsutgifter	B		1 411 634	
1633	Nettoordning, statlig betalt mva	01	Driftsutgifter			6 706 988	
2651	Arbeidsavklaringspenger	72	Legeerklæringer	B		328 575 931	
2661	Grunn- og hjelpestønad, 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	Samlet tildeling	Regnskap 2015	Merinntekt og mindreinntekt (-)	
3720	Helse direktoratet	02	Diverse inntekter	B		209 400	
3720	Helse direktoratet	03	Helsetjenester i annet EØS-land	A, B	45 000 000	28 832 957	
3720	Helse direktoratet	05	Helsetjenester til utlandsboende mv.	A, B	75 000 000	71 977 118	
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	Innkrevning 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 innkreving feilutbetalinger jf. mottatte belastningsfullmakter (note B)
570187 gjelder inntektsførte rabatter fra refusjonsutbetalinger i USA jf. avtale med Equian.

Netto rapportert til bevilgningsregnskapet					33 554 859 000	33 676 649 016	
Kapitalkontoer							
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	

Beholdninger rapportert til kapitalregnskapet (31.12)				
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

Note A Forklaring av samlet tildeling utgifter			
Kapittel og post	Overført fra i fjor	Årets tildelinger	Samlet tildeling
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
Sum totalt		33 674 859 000	33 674 859 000

Tabell 6-2 Note B Forklaring til brukte fullmakter og beregning av mulig overførbart beløp til neste år

Kapittel og post	Søkkord	Merutgift(-)/ mindre utgift	Utgiftsført av andre i hht avgitte belastningsfullmakter (-)	Merutgift(-)/ mindre utgift etter avgitte belastningsfullmakter	Merinntekter / mindreinntekter(-) i hht merinntektsfullmakter (justert for eventuell mvb.)	Omdisponering fra post 01 til 45 eller til post 01/21 fra neste års bevilgning	Innsparinger(-)	Sum grunnlag for overføring	Maks. overførbart beløp *	Mulig overførbart beløp beregnet av virksomheten
072001		-703 140		-703 140	209 400			-493 740	0% av årets tildeling i note A)	
072070		22 109 347		22 109 347				22 109 347	5% av årets tildeling i note A)	
073277		-21 293 766		-21 293 766				-21 293 766		
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		
372003				0	-16 167 043			-16 167 043		
372005				0	-3 022 882			-3 022 882		
xxxx21	"kan nyttes under post 01"			0	0			0	0% av årets tildeling i note A)	
xxxx45	"kan overføres"			0	0			0	0 i m. årets og fjorårets tildeling og forårets tildeling]	
xxxx70	"overslagsbevilgning"			0	0			0	0 i m. årets og fjorårets tildeling og forårets tildeling]	
*Maksimalt beløp som kan overføres er 5% 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 ut		167 984 028	-248 566 535	-80 582 507	-18 980 525			-99 563 032		

Forklaring til bruk av budsjetfullmakter

Mottatte belastningsfullmakter
HELFO (Høir) har mottatt belastningsfullmakt fra Arbeids- og velferdsetaten for å belaste kapittel/post 265172, Legeerklæringer, 266175 Hjelpe midler og 570186 Innkreving feilutbetalinger. Disponeres iht gjeldende lover og forskrifter.

HELFO har mottatt belastningsfullmakt fra Helseledelse på kapittel/post 070121.800HELSE på kr 1 400 000. Beløst 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 Helseledelse stønadskapitler for utbetaling av tilskudd til fellesformål i helsesektoren (fondsmidler for 2711.71 Refusjon psykologhjelp, 2711.72 Refusjon tannlegehjelp, 2755.70 Refusjon allmennlegehjelp, 2755.71 Refusjon fysioterapi, 2755.73 Refusjon Kiroraktorbehandling). Beløp ubetalte fondsmidler er oppført i kolonnen "Utgiftsført av andre iht. avgitte belastningsfullmakter".

Fullmakt til å overskrive driftsbevilgninger mot tilsvarende merinntekter
Merinntekter på kapittel/post 372002 på kr 209 400 er brukt til å dekke inn deler av merutgiftene under driftsposten 072001.

Tabell 6-3 Oppstilling av artskontorapporteringen

	Note	2015	2014
Driftsinntekter rapportert til bevilgningsregnskapet			
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
Driftsutgifter rapportert til bevilgningsregnskapet			
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
Netto rapporterte driftsutgifter		356 830 568	350 445 949
Investerings- og finansinntekter rapportert til bevilgningsregnskapet			
Innbetaling av finansinntekter	4	0	0
<i>Sum investerings- og finansinntekter</i>		0	0
Investerings- og finansutgifter rapportert til bevilgningsregnskapet			
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
Netto rapporterte investerings- og finansutgifter		4 929 807	436 541
Innkrevningsvirksomhet og andre overføringer til staten			
Innbetaling av skatter, avgifter, gebyrer m,m,	6	156 617 955	126 302 070
<i>Sum innkrevningsvirksomhet og andre overføringer til staten</i>		156 617 955	126 302 070
Tilskuddsforvaltning og andre overføringer fra staten			
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
Inntekter og utgifter rapportert på felleskapitler			
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
Netto rapportert til bevilgningsregnskapet		33 676 649 016	31 081 724 692

Oversikt over mellomværende med statskassen			
Eiendeler og gjeld		2015	2014
<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
Sum mellomværende med statskassen	8	-14 643 538	-19 071 028

Tabell 6-4 Note 1 Innbetalinger fra drift

	31.12.2015	31.12.2014
<i>Innbetalinger fra gebyrer</i>		
Byggesaksgebyr	0	0
Tilsynsavgift elsikkerhet	0	0
Gebyrer / avgift omsetning produksjon sprengstoff første omsetningsledd	0	0
Sum innbetalinger fra gebyrer	0	0
<i>Innbetalinger fra tilskudd og overføringer</i>		
Prosjektstøtte fra andre statlige virksomheter (DIFI og VOX)	203 000	0
Sum innbetalinger fra tilskudd og overføringer	203 000	0
<i>Salgs- og leieinnbetalinger</i>		
Tilfeldige inntekter (post 01, 02)	6 400	765 531
Sum salgs- og leieinnbetalinger	6 400	765 531
<i>Andre innbetalinger</i>		
Salg av utrangert materiell, avgiftsfritt		46 100
Sum andre innbetalinger	0	46 100
Sum innbetalinger fra drift	209 400	811 631

Tabell 6-5 Note 2 Utbetalinger til lønn

	31.12.2015	31.12.2014
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
Sum utbetalinger til lønn	287 917 612	282 333 995
<i>* Denne linjen benyttes av virksomheter som innbetaler pensjonspremie til SPK.</i>		
Antall årsverk:	561	551

Tabell 6-6 Note 3 Andre utbetalinger til drift

	31.12.2015	31.12.2014
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
Sum andre utbetalinger til drift	69 122 356	68 923 584

Tabell 6-7 Note 4 Finansinntekter og finansutgifter

	31.12.2015	31.12.2014
<i>Innbetaling av finansinntekter</i>		
Renteinntekter	0	0
Valutagevinst	0	0
Annen finansinntekt	0	0
Sum innbetaling av finansinntekter	0	0

	31.12.2015	31.12.2014
<i>Utbetaling av finansutgifter</i>		
Renteutgifter	23 907	13 402
Valutatap	0	0
Annen finansutgift	0	0
Sum utbetaling av finansutgifter	23 907	13 402

Tabell 6-8 Note 5 Utbetaling til investeringer og kjøp av aksjer

	31.12.2015	31.12.2014
<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
Sum utbetalt til investeringer	4 905 900	423 140

<i>Utbetaling til kjøp av aksjer</i>		
Kapitalinnskudd	0	0
Obligasjoner	0	0
Investeringer i aksjer og andeler	0	0
Sum utbetalt til kjøp av aksjer	0	0

Tabell 6-9 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
Sum innkrevingsvirksomhet og andre overføringer til staten	156 617 955	126 302 070

Tabell 6-10 Note 7 Tilskuddsforvaltning og andre overføringer fra staten

	31.12.2015	31.12.2014
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
Sum tilskuddsforvaltning og andre overføringer fra staten	33 500 927 379	30 891 671 695

*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

Del A Forskjellen mellom avregning med statskassen og mellomværende med statskassen			
	31.12.2015 Spesifisering av <u>bokført</u> avregning med statskassen	31.12.2015 Spesifisering av <u>rapportert</u> mellomværende med statskassen	Forskjell
Finansielle anleggsmidler			
Investeringer i aksjer og andeler*	0	0	0
Obligasjoner	0		
Sum	0	0	0
Omløpsmidler			
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
Sum	29 659 118	890 014	28 769 104
Langsiktig gjeld			
Annen langsiktig gjeld	0	0	0
Sum	0	0	0
Kortsiktig gjeld			
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
Sum	-26 286 105	-15 533 552	-10 752 554
Sum	3 373 012	-14 643 538	18 016 550

* Virksomheter som eier finansielle anleggsmidler i form av investeringer i aksjer og selskapsandeler fyller også ut note 8 B

Del B Spesifisering av investeringer i aksjer og selskapsandeler							
	Ervervesdato	Antall aksjer	Eierandel	Stemmeandel	Årets resultat i selskapet	Balanseført egenkapital i selskapet	Balanseført verdi i regnskap*
<i>Aksjer</i>							
Selskap 1							
Selskap 2							
Balanseført verdi 31.12.2015							0

* 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 kapitteposter 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 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

Utgiftsk apittel	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	3 927 000	4 773 350	-846 350
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	61 216 000	61 508 601	-292 601
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	6 819 000	5 097 000	1 722 000
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	51 964 000	1 640 101	50 323 899
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 Kompetansetiltak i kommunene	62	Diverse	A + B	195 640 000	166 026 669	29 613 331
0761	Diverse	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	ystiftelsen	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	Allmennlegetjenester	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	37 631 000	25 387 000	12 244 000
0765	Spesielle driftsmidler	21	Spesielle driftsutgifter	A + B	131 900 000	88 397 050	43 502 950
0765	Kommunale tjenester	60	Diverse	A + B	342 328 000	104 945 537	237 382 463
0765	Kompetansetiltak	61	Diverse	A + B	52 532 000	-332 712	52 864 712
0765	Rusarbeid	62	Diverse	A + B	452 376 000	-424 954	452 800 954
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	212 547 000	208 355 042	4 191 958
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	
<i>Sum utgiftsført</i>					14 954 088 000	14 031 134 692	1 078 712 582

Inntektskapittel	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	

Sum inntektsført				0	244 653 627	125 461 842
------------------	--	--	--	---	-------------	-------------

Netto rapportert til bevilgningsregnskapet					13 786 481 065	1 204 174 424
Kapital kontoer						
6007710	Norges Bank KK					
1	/innbetalinger				233 997 645	
6007710	Norges Bank KK/utbetalinger					
2	Endring i mellomværende med statskassen				-13 998 751 169	
707002					-21 727 542	

<i>Sum rapportert</i>						0
-----------------------	--	--	--	--	--	---

**Beholdninger rapportert til
kapitalregnskapet (31.12)**

Konto	Tekst	2015	2014	Endring
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
072001	6 423 000	736 207 000	742 630 000
072021	1 020 000	10 980 000	12 000 000
016370		72 800 000	72 800 000
044070		1 000 000	1 000 000
057560		8 264 160 000	8 264 160 000
060121		160 000	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	3 656 000	3 927 000
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
072401		1 350 000	1 350 000
072901		61 216 000	61 216 000
073270		1 000 000	1 000 000
073321		11 908 000	11 908 000
073372	4 722 000	2 097 000	6 819 000
073379		15 795 000	15 795 000
073401	2 085 000	49 879 000	51 964 000
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	195 640 000
076167		88 477 000	88 477 000
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	36 677 000	37 631 000
076521	19 640 000	112 260 000	131 900 000
076560	34 720 000	307 608 000	342 328 000
076561		52 532 000	52 532 000
076562	3 502 000	448 874 000	452 376 000
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	207 776 000	212 547 000
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
078379		23 911 000	23 911 000
084221		160 000	160 000
084721		600 000	600 000
085801		84 000	84 000
			-
Sum	162 015 000	14 792 041 000	14 954 088 000

Noter:

1: Overført fra i fjor: Tallene er hentet fra statsregnskapet. Da statsregnskapet ikke viser overføringer fra 2014 fordelt på virksomhet, er det forutsatt at overføringene i sin helhet gjelder Helsedirektoratet for de kapittel.poster der Helsedirektoratet har bevilgninger.

2: Kap.post 761.68, tildelt 258.154.000 kroner. Beløpet gjelder belastningsfullmakt til Fylkesmannen. Er ikke inkludert i årsregnskapet

3: Kap.post 783.61, tildelt 134.669.000 kroner. Beløpet gjelder beløp til Statens autorisasjonskontor (SAK). Er ikke inkludert her, men i SAKs årsregnskap.

4: Kap 724.01: Hdir har mottatt en belastningsfullmakt på 1,35 mill. kroner fra SAK.

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»	-846 350		-846 350	-846 350	25 589 000	0
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	5 984 466
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		-292 601		-292 601	-292 601	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	0
073372	«kan overføres»	1 722 000		1 722 000	1 722 000	6 097 000	1 722 000
073379	«kan benyttes under post 21»	5 298 292		5 298 292	5 298 292	0	0
073401		50 323 899	-53 187 557	-2 863 658	-2 863 658	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	5 452 680
076161		0		0	0	949 150 000	0
076162	«kan overføres»	29 613 331		29 613 331	29 613 331	195 608 000	29 613 331
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»	12 244 000	-12 446 204	-202 204	-202 204	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»	237 382 463	-224 961 799	12 420 664	12 420 664	342 308 000	12 420 664
076561	«kan overføres»	52 864 712	-50 925 516	1 939 196	1 939 196	52 532 000	1 939 196
076562	«kan overføres»	452 800 954	-446 102 188	6 698 766	6 698 766	452 374 000	6 698 766
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»	4 191 958		4 191 958	4 191 958	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							
5700							
		1 204 174 424	-936 122 359	142 590 223	142 590 223	3 849 665 326	119 346 004

*Maksimalt beløp som kan overføres er 5% 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 budsjettkapittel

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

Rømtallsvedtak

Mulig overførbart beløp

Utdanningsdirektoratet har belastet kapittel.post 719.21 med 2,5 mill. kroner i 2015 for aktivitet ved Nasjonalt senter. Denne belastningen skulle ha vært ført mot kapittel.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.

Oppstilling av artskontorrapporteringen, regnskapsåret 2015			
	Note	2015	2014
Driftsinntekter rapportert til bevilgningsregnskapet			
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
Driftsutgifter rapportert til bevilgningsregnskapet			
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
Netto rapporterte driftsutgifter		1 557 961 773	1 453 577 530
Investerings- og finansinntekter rapportert til bevilgningsregnskapet			
Innbetaling av finansinntekter	4	0	2
<i>Sum investerings- og finansinntekter</i>		0	2
Investerings- og finansutgifter rapportert til bevilgningsregnskapet			
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
Netto rapporterte investerings- og finansutgifter		23 268 754	17 460 338
Innkrevingsvirksomhet og andre overføringer til staten			
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
Tilskuddsforvaltning og andre overføringer fra staten			
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
Inntekter og utgifter rapportert på felleskapitler *			
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
Eiendeler og gjeld			
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
Sum mellomværende med statskassen	8	-63 977 857	-42 250 315

* 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
Innbetalinger fra gebyrer		
Byggesaksgebyr	7 949 812	8 404 830
Tilsynsavgift elsikkerhet	0	0
Gebyrer / avgift omsetning produksjon sprengstoff første omsetningsledd	0	0
Sum innbetalinger fra gebyrer	7 949 812	8 404 830
Innbetalinger fra tilskudd og overføringer		
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
Sum innbetalinger fra tilskudd og overføringer	15 348 616	32 793 109
Salgs- og leieinnbetalinger		
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
Sum salgs- og leieinntekter	102 163 413	31 976 652

Andre innbetalinger		
Andre innbetalinger	0	0
Leieinntekter	0	0
Sum andre innbetalinger	0	0
Sum innbetalinger fra drift	125 461 842	73 174 592

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
Sum utbetalinger til lønn	714 542 006	637 820 398
<i>* Denne linjen benyttes av virksomheter som innbetaler pensjonspremie til SPK.</i>		
Antall årsverk:	967	892

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 utstyrskaffelser	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
Sum andre utbetalinger til drift	968 881 608	888 931 724

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
Sum innbetaling av finansinntekter	0	2

	31.12.2015	31.12.2014
<i>Utbetaling av finansutgifter</i>		
Renteutgifter	6 206	0
Valutatap	289	0
Annen finansutgift	0	0
Sum utbetaling av finansutgifter	6 495	0

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	18 798 431	6 857 441
Sum utbetalt til investeringer	23 262 259	17 460 340

<i>Utbetaling til kjøp av aksjer</i>		
Kapitalinnskudd	0	0
Obligasjoner	0	0
Investeringer i aksjer og andeler	0	0
Sum utbetalt til kjøp av aksjer	0	0

Note 6 Innkrevingsvirksomhet og andre overføringer til staten		
	31.12.2015	31.12.2014
Avgift A	0	0
Avgift B	0	0
Tilfeldige og andre inntekter (Statskonto 530929)	28 979 585	19 994 893
Sum innkrevingsvirksomhet og andre overføringer til staten	28 979 585	19 994 893

Note 7 Tilskuddsforvaltning og andre overføringer fra staten		
	31.12.2015	31.12.2014
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
Sum tilskuddsforvaltning og andre overføringer fra staten	12 168 707 276	11 005 757 614

Note 8 Sammenheng mellom avregning med statskassen og mellomværende med statskassen

Del A Forskjellen mellom avregning med statskassen og mellomværende med statskassen				
		31.12.2015 Spesifisering av bøkført avregning med statskassen	31.12.2015 Spesifisering av rapportert mellomværende med statskassen	Forskjell
Finansielle anleggsmidler				
	Investeringer i aksjer og andeler*	0	0	0
	Obligasjoner	0		
	<i>Sum</i>	0	0	0
Omløpsmidler				
	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>	12 123 182	185 873	11 937 309
Langsiktig gjeld				
	Annen langsiktig gjeld	0	0	0
	<i>Sum</i>	0	0	0
Kortsiktig gjeld				
	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>	-64 197 180	-64 163 729	-33 451
	Sum	-52 073 998	-63 977 857	11 903 859

* 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 artskontorrapporteringen.

Avviket skyldes et beløp som er bøkført 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.

Etatstyret 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.

Etatstyrets vurdering: SAKs årsrapport opplyser heller ikke for 2015 i hvilken grad man har nådd målene for responstid, og det blir derfor vanskelig for etatstyret 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 saksbehandlerne 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. Etatstyret 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 styringssiden 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 budsjettert, 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:

- Spesialisthelsetjenesten 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.

Ordningen 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 funnlistene, 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 tilbakekrevings saker og -beløp i 2015.

Helfo har i 2015 igangsatt effektiviseringsprosjekter 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 effektiviseringsprosjekter. 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 følgelig 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 kunnskapscenter (NAKS)

Årsrapporten er Kunnskapscenterets 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 Kunnskapscenteret. 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

Kunnskapscenteret 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 politikkutforming. Systematiske oversikter samler, oppsummerer og

graderer tilliten til forskning på en transparent og systematisk måte. Kunnskapssenteret 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

Kunnskapssenteret 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). Kunnskapssenteret 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 overlevelsesindikatorer for året 2014 og presenterer resultatene som risikjustert 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 klassifisering 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 hurtigmetoder	2	0 (2 påbegynt)
Antall gjennomførte fullstendige metoder	10	5
Antall gjennomførte hurtigmetoder 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 abonnementer til Helsebiblioteket som følge av svekket kronekurs mot euro og dollar.

Totalt merforbruket var estimert i starten av 2015 til omlag 7 mill. kroner.

Nettoresultatet 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 kompenserende tiltak og stram styring reduserte NAKS det forventede merforbruket til 3,3 mill. kroner, dvs. med over 3 mill. kroner.

Etatsstyreren mener regnskapet gir et godt og riktig bilde av den økonomiske status.



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

www.helsedirektoratet.no

Vedlegg 1 - faste oppgaver

Oversikt over faste oppgaver fra Helse- og omsorgsdepartementet. Listen inneholder overførte oppgaver fra 2013 og nye gjennom 2014 med rapporteringskrav 2014 og 2015. Oversikten skal revideres etter føringer fra HOD i 2016.

	Faste oppdrag	Styringsparameter/ rapportering/oppdrag	Ansv. avd.	31.12.2015 Status	
				Utført I rute Forsinket	Utgår
2.1	Folkehelse				Rapportering 31.12.2015
	Strategi - tilsynsveiledning miljørettet helsevern	Utarbeide strategi for hvordan Helsedirektoratet skal ivareta rollen som tilsynsveileder og starte arbeidet med tilsynsveiledning for kommunenes miljørettet helsevern, jf. Prop. 90 L (2010-2011), jf. prop 90 L, side 145. Arbeidet må gjøres innenfor rammene av tildelingen over kap. 719 post 21	FLDD	I rute	Planlagt ferdig medio 2016
	Veiledningsmaterieill - lokalbasert tilrettelegging	Utarbeide veiledningsmaterieill knyttet til lokalbasert tilrettelegging av fysisk aktivitet og til samfunns- og arealplanlegging i løpet av 2013. Oppdraget bør sees i sammenheng med pågående arbeid med steds- og nærmiljøutvikling	FLDD	Utført	Arbeidet tas nå videre gjennom arbeidet med veivisere i lokalt folkehelsearbeid (fysisk aktivitet)
	Veiledningsmaterieill - lokalbasert tilrettelegging av fysisk aktivitet og til samfunns- og arealplanlegging	Utarbeide veiledningsmaterieill knyttet til lokalbasert tilrettelegging av fysisk aktivitet og til samfunns- og arealplanlegging i løpet av 2012	FLDD	Utført	Arbeidet tas nå videre gjennom arbeidet med veivisere i lokalt folkehelsearbeid (fysisk aktivitet)
	Oppfølging av ny tobakksstrategi	Følge opp ny tobakksstrategi, herunder gjennomføre kampanjer, implementere plan for tobakksavvenning og følge opp evt. endringer i tobakkskadeloven	FLDD	I rute	Implementering plan for tobakksavvenning: Arrangert slutteveilederkurs for ansatte i frisklivssentraler. Retningslinjer for tobakksavvenning hos fastlegen digitalisert og ferdig på intern høring des 2015. Arrangert fagdag om migrasjonshelse for frisklivssentraler. Støttet opp kampanjer. Åpnet Chat på Røyketelefonen. Utviklet bruk av sosiale medier, herunder Facebook og app. Utviklet samarbeid med Vestre Viken og Bærum sykehus på røykfri før operasjon
	Nattstøy og søvnforstyrrelser	Følge opp rapport om nattstøy og søvnforstyrrelser (FHI) for å sikre ny nasjonal indikator og resultatmål for støyinduserte søvnforstyrrelser til ny handlingsplan mot støy, ref. revidert handlingsplan mot støy	FLDD	Utgår	Se kommentar i rapportering for 2014
	Dopingtelefonen	Følge opp anbefalingene i evalueringen av Dopingtelefonen og drøfte strategiske grep og utfordringer for Dopingtelefonen. Forslag til framdriftsplan utarbeides innen 1. februar 2013	FLDD	Utført	Dopingtelefonen er flyttet over til Antidoping Norge fra 01.01.2016.
	Sosiale medier - rusmiddelområdet	Vurdere hvordan sosiale medier i større grad kan tas i bruk på rusmiddelområdet, jf. Meld. St. 30 (2011–2012).	FLDD	Utført	Bruk av sosiale medier vurderes fortløpende brukt i informasjonsarbeidet og videreutvikles i tråd med utvikling av sosiale medier og med hensyn til arbeidets måloppnåelse.
2.2.1	Omsorgstjenesten				
	Kompetanseløftet 2015 - opplæringsverktøy-/program	Helsedirektoratet skal innenfor avsatte midler i Kompetanseløftet 2015 utvikle opplæringsverktøy-/program for barn med nedsatt funksjonsevne og deres familier. Plattformen skal legge til rette for økt kompetanse i omsorgstjenesten på dette området, gode forløp for barna (og deres søsken) og bidra til at foreldre skal kunne kombinere med omsorg for barn og unge med funksjonsnedsettelse	PH		Etter dialog med Helse- og Omsorgsdepartementet er tilskuddsordningen endret innretning mot å utvikle og ta i bruk velferdsteknologiske løsninger slik at barn og unge med nedsatt funksjonsevne lettere kan delta og mestre fritidsaktiviteter. Det er et mål at tilskuddsordningen også skal bidra til at foreldre lettere skal kunne kombinere arbeid og omsorgen for barna. Tilskuddet ble utlyst blant utviklingskommunene i det Nasjonale velferdsteknologiprogrammet og prosjektene til Drammen og Horten kommune ble valgt ut. Prosjektene har planlagt å ta i bruk «Veikart for tjenesteinnovasjon» og gjennomføre en kartlegging av familienes behov før utprøving av de teknologiske løsningene til høsten 2016. Begge prosjektene vil ha følgeevaluering fra Norsk senter for e-helseforskning (NSE). Tilskuddsmottakerne ble valgt og mottok midler i desember 2015. Tilskuddet er planlagt utlyst nasjonalt i 2016
	Revisjon rundskriv IS-10/2004	I løpet av 2013 skal direktoratet revidere rundskriv IS-10/2004 Rettssikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemming	PHOT	Utført	Helsedirektoratet har publisert et revidert rundskriv til helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9, som gir regler om rettssikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemming. Rundskrivet ble publisert 01.07.2015 (IS-10/2015)

	Faste oppdrag	Styringsparameter/ rapportering/oppdrag	Ansv. avd.	31.12.2015 Status	Rapportering 31.12.2015
				Utført I rute Forsinket	
	Kompetanses-sentrene utenfor RHFene	I forbindelse med direktoratets oppdrag med å gjennomgå kompetansesentre utenfor RHFene, skal direktoratet i samarbeid med sentrene ha på plass en felles del i tildelingsbrevene til sentrene og en felles rapporteringsdel i løpet av første halvår	PHPR	Utført	Utkvittert i 2014: På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet foretok Helsedirektoratet en gjennomgang av sentrene. Rapporten, med anbefalinger, ble overlevert departementet våren 2014. Parallelt med kompetansesentergjennomgangen gjennomførte Helsedirektoratet tiltak i tilskuddsforvaltningen for å sikre at kompetansesentrene innrettes og utvikles i tråd med nasjonale føringer og helse-, omsorgs- og velferdstjenestenes behov. Det er etablert en intern kompetansesentergruppe som samordner direktoratets føringer og rapporteringskrav i tilskuddsbrevene til kompetansesentre innenfor psykisk helse og rusområdet.
	Drift og videreutvikling av IPLOS	IPLOS registeret skal forvaltes og videreutvikles ihht gjeldende lovverk og behov for statistikk og styringsinformasjon. Det skal tilrettelegges for opplæring og veiledning i kommunene samt tilrettelegges for at kommunene benytter seg av statistikk fra registeret i sin styring. Øvrige tiltak ihht gjeldende handlingsplan for Nasjonalt Helseregisterprosjekt.	EIDD	I rute	Stabil drift av IPLOS-registeret i 2015. Per februar 2015 hadde samtlige kommuner sendt inn data. Kvaliteten har blitt bedre for hver innsending og holder nå tilstrekkelig kvalitet til at alle kommuner er med i KOSTRA publisering per 15. mars 2015. For å sikre datakvalitet hadde Helsedirektoratet en spesiell oppmerksomhet på underrapportering av diagnoser, rehabilitering og bedre data om rusproblemer og psykiske helseproblemer i kommunene. Dette er arbeid som videreføres i 2016. Nye variabler tilrettelagt for innrapportering i 2016: <ul style="list-style-type: none"> • Registrering av kommunal øyeblikkelig hjelp døgnopphold. • GPS • Individuell plan – oppnevnt koordinator Årlig rapport som dokumenterer kvaliteten på opplysningene for 2014-data ble ferdigstilt november 2015. Prosjekt Innsending IPLOS-data via Norsk Helsenett videreføres i 2016. Det har vært ytterligere fokus i 2015 for økt bruk av registerdata til statistikk, bl.a.: <ul style="list-style-type: none"> • Førløpsstatistikk • Bistandsbehov og tjenestetildeling • samt analyse, forskning og register-kobling. 6 søknader fra forskere ble innvilget i 2014-2015. I 2015 ble det utlevert data til 2 forskere: 1 individdata og 1 koblede data.
2.2.2	Psykisk helse og rus				
	Selvhjelp rusavhengige	Utarbeide plan for selvhjelp for rusavhengige og deres pårørende	FLDD		Denne er slått sammen med nasjonal plan for selvhjelp.
	Nasjonale planen for selvhjelp	Revidering av den nasjonale planen for selvhjelp	FLDD	Utført	I 2015 ble det gitt 16,5 millioner til Selvhjelp Norge over kapittel 764 post 72 i statsbudsjettet. Bevilgningen gikk til kompetansesenteret Selvhjelp Norge og dets syv distriktskontorer. Målet med bevilgningen er å gjøre selvgorganisert selvhjelp som metode tilgjengelig for flere, og fremme systematisk kunnskap og metodeutvikling på rus- og psykisk helsefeltet. I tillegg til oppfølging av bevilgningen har Helsedirektoratet deltatt på Selvhjelp Norges regionale konferanser i 2015.
	Legemiddelhåndtering i virksomheter for helsepersonell som yter helsehjelp	Utrede behov for endringer i forskrift 3. april 2008 nr. 320 om legemiddelhåndtering i virksomheter for helsepersonell som yter helsehjelp	SPDD	U	Ferdig april 2015.
	Handlingsveileder. Tilbakehold og tvang overfor personer med rusproblemer	Ferdigstille handlingsveilederen og utarbeide et rundskriv om bruk av tilbakehold og tvang overfor personer med rusproblemer	SPDD	F	Veileder ferdigstilles når gjennomføringsforskriften foreligger.
	Personellsammensetningen ved institusjoner som tilbyr tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	Foreta en gjennomgang av personellsammensetningen ved institusjoner som tilbyr tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) for å kartlegge den tverrfaglige profilen ved behandlingstilbudene	SPDD		Utgår
	Levekårsundersøkelse - barn	Levekårsundersøkelse om barn med rusavhengige foreldre	SPDD	U	Ferdigstilt mars 2015. Nasjonal konferanse avholdt i november.
	Levekårsundersøkelse - voksne	Levekårsundersøkelse om voksne pårørende	SPDD	U	Ferdigstilt mars 2015. Nasjonal konferanse avholdt i november.
	Samarbeidsforum mellom Helsedirektoratet og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet	Det skal opprettes et forpliktende samarbeidsforum mellom Helsedirektoratet og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet med mål om å styrke samarbeidet mellom barnevernet og psykisk helsevern for barn og unge	SPDD	I	Samarbeidsforum har blitt en fast instans om møtes jevnlig.

Faste oppdrag	Styringsparameter/ rapportering/oppdrag	Ansv. avd.	31.12.2015 Status	
			Utført i rute	Forsinket
Rapportering 31.12.2015				
Statusdokument psykisk helse og rus	Helsedirektoratet er bedt om vurdering av status for psykisk helse- og rusfeltet basert på eksisterende data. Utredningen skal se på organisering av tjenestene, om helse- og omsorgstjenester dekker brukernes behov, om omstillingsprosessen er tilpasset brukernes behov og om særskilte grupper faller utenfor tilbudet.	SPDD	U	Sendt HOD mars 2014.
Tilbakehold og tvang av rusavhengige	Samarbeide med Fylkesmennene om å tilby opplæring til kommunene om tilbakehold og tvang av rusavhengige kap. 763 post 61	PHPR	Utført	KoRusene har i samarbeid med fylkesmennene tilbudt opplæring/kurs i tvangsbestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven høsten 2015. Utbetaling til KoRusene ble samlet kr 2 879 000,- av den samlede rammen på kr. 6 mill. KoRusene rapporterer på oppgaven i den ordinære årsrapporten.
Håndtere utfordringer knyttet til åpne russcener	Utarbeide anbefalinger om hvordan kommunene bør håndtere utfordringer knyttet til åpne russcener. Oppdraget vil bli nærmere spesifisert gjennom dialog med direktoratet	PHPR	I rute	Oppdraget ses i sammenheng med arbeidet med Nasjonal overdosestrategi 2014 -2017 og spesielt innsatsene som er iverksatt i pilotkommunene som skal utarbeidet lokale handlingsplaner for forebygging av overdoser og overdosedødsfall. Pilotkommunene har blant annet fokus på russcener, behandlingsforløp og samhandling samt kvalitetsforbedring i tjenestene. Pågående tiltak og innsatser knyttet til tilskuddsordningene på lokalt psykisk helse og rusarbeid, inkludert storbytiltak, ACT/FACT tiltak og Housing First prosjekter, må også ses i sammenheng med arbeidet knyttet til håndtering av åpne russcener. Helsedirektoratet arrangerte den 2. desember en nasjonal samling for storbyer med fokus på pågående satsinger og kommende føringer på satsinger som MO sentre, lavterskel LAR behandling samt arbeids- og aktivitetsrettede tiltak.
"Pårørende som ressurs"	Oppdatere veilederen "påstående som ressurs" til også å omfatte rusavhengige og deres påstående	PHPR	I rute	Arbeidet med påståendeveilederen er godt i gang. Arbeidet er forankret hos relevante aktører både internt og eksternt. De ulike brukerorganisasjonene er representert i arbeidsgrupper og referansegruppe. Veilederen forventes ferdigstilt høsten 2016. Det jobbes nå med plan for implementering av veilederen.
Veileder i kommunalt rusarbeid og psykisk helsearbeid for voksne	Ferdigstille felles veileder i kommunalt rusarbeid og psykisk helsearbeid for voksne innen utgangen av 2012	PHPR	Utført	Veilederen er ferdig, og retter seg mot både kommuner og spesialisthelsetjenesten. Det har vært utført implementeringsarbeid i 2015. Oppdrag utført.
Øyeblikkelig hjelp døgn	Utrede øyeblikkelig hjelp døgn for personer med rusmiddelproblemer og psykiske lidelser.	PHPR	I rute	Brev om øyeblikkelig hjelp døgnopphold i kommunen for psykisk helse og rus, med oppdatert anslag over antall liggedøgn i psykisk helsevern som kan legges til grunn for en overføring til kommunene ble oversendt HOD 13.11.15. Utkast til revidert veiledende materiell som også inkluderer de nye fagområdene psykisk helse og rus ble oversendt KS for innspill 18.12.15. Frist for oversendelse HOD er 1. mars 2016.
Kvalitetsindikatorer	Utarbeide kvalitetsindikatorer for de av mottakerne av tilskudd over kap. 763, post 71 Frivillig arbeid, som yter institusjonstjenester. Arbeidet ses i sammenheng med utvikling av statistikk for kommunale tjenester knyttet til psykiske lidelser og rusavhengighet. (Jf. fast oppdrag 180)	PHPR	I rute	Helsedirektoratet har utarbeidet forslag til nytt regelverk for tilskuddsordningen. Det er imidlertid stor sannsynlighet for at flere av tilskuddene som gis over posten er i strid med statsstøtteregele. Godkjenning av nytt regelverk forventes til en har avklart videre forvaltning av tilskuddet.
Evalueringen av tilskuddordningen til frivillig rusarbeid	Følge opp evalueringen av tilskuddordningen til frivillig rusarbeid, herunder vurdere behovet for nytt/nye regelverk og utarbeide kvalitetsindikatorer for de av mottakerne av tilskudd over kap. 763, post 71 Frivillig arbeid, som yter institusjonstjenester	PHPR	Utført	Evalueringen av tilskuddsordningen er fulgt opp gjennom utarbeidelse av tre nye regelverk for ordningen. Det er behov for økt kunnskap omkring kvalitet, innhold og kapasitet fra de av mottakerne av tilskudd over kap. 763, post 71 Frivillig arbeid, som yter institusjonstjenester. Helsedirektoratet vurderer om det er hensiktsmessig å utvikle tildelingskriterier og kriterier for rapportering på måloppnåelse i tilknytning til regelverkene for tilskudd for å ivareta dette. Oppdraget ansees som ferdig, og revisjon av regelverk og utarbeidelse av kvalitetskriterier gjennomføres i oppdrag om "kvalitetsindikatorer".
2.2.3. Primærhelsetjenesten				
Tvangsekteskap og kjønnslemlestelse	Tvangsekteskap og kjønnslemlestelse – oppfølging av handlingsplan 2013-2016 (3 mill. kroner)	PHMR	I rute	Tiltak 19 som er et samarbeidstiltak med NKVTS ble ikke gjennomført i 2015. Planlagt møte om tiltaket i juni 2015 ble avlyst etter beskjed fra HOD. Tiltak 19 vil bli gjennomført i 2016 i samarbeid med NKVTS. Det har ikke vært aktivitet knyttet til tiltak 14 i 2015. Gjennomført dialogmøte med RVT Sene, NKVTS, NAKMI, Røde Korstelefonen og IMDi høsten 2015. Helsedirektoratet representerer med 50%-stilling i Kompetanseteamet, og har deltatt på fagsamlinger hvor blant annet tvangsekteskap og psykisk helse har vært tema. Helsedirektoratets representant i Kompetanseteamet svarer også på spørsmål om kjønnslemlestelse og omskjæring på ung.no. Det er få henvendelser til Helsedirektoratets representant om kjønnslemlestelse.
Kartleggingskjema for førstegangsundersøkelse - transittmottak	Helsedirektoratet skal utarbeide et kartleggingskjema for førstegangsundersøkelse mde vekt på tortur, psykisk helse, traumer og annen sårbarhet til bruk i transittmottak	PHMR	Forsinket	Arbeidet må ses i sammenheng med oppdatert veileder og revidert skjema for helseundersøkelse.

	Faste oppdrag	Styringsparameter/ rapportering/oppdrag	Ansv. avd.	31.12.2015 Status	
				Utført I rute	Forsinket
	Rehabiliteringstilbud til barn	Helsedirektoratet skal, med bistand fra UDI, kartlegge mulige rehabiliteringstilbud til barn som har vært offer for, eller vært vitne til krigshandlinger eller andre overgrep	PHMR	I rute	<p>Avd. PHPR, SPPR og PHMR mottok i mars et utkast til rapport og kom da med en del merknader og innspill til rapporten. PHMR koordinerte innspill til rapporten. Ved gjennomgang av de 26 anbefalingene viser det seg at mange av disse er problematiske, på flere nivåer. Rapporten ble offentliggjort på UDI sin nedttside, og Helsedirektoratet ville ta rapporten og anbefalingene til orientering i det videre arbeidet. Det var imidlertid vanskelig for Helsedirektoratet å «godkjenne» anbefalingene. En slik godkjenning forutsatt en grundig gjennomgang og vurdering av kunnskapsgrunnlaget for de ulike tiltakene, samt en kostnadsanalyse. Noen av anbefalingene omfatter svært ressurskrevende tiltak. Det må derfor vurderes hvordan helsetjenesten kan utbedre dagens tjenestetilbud, slik at det bedre ivaretar denne målgruppen. Anbefalte tiltak må også vurderes opp mot andre eksisterende eller planlagte tiltak overfor denne målgruppen.</p> <p>Konklusjonen i Helsedirektoratets innspill (SPPR, PHPR og PHMR) til rapporten var formulert slik: det er behov for en styrking av tjenestetilbudet til denne gruppen og vil derfor vurdere rapportens anbefalinger i sitt arbeid. Mange av anbefalte tiltak ligger i ansvarsprådet i SPPR og PHPR.</p>
	Nasjonal strategi for forebygging av infeksjoner i helsetjenesten og antibiotikaresistens (2008-2012)	Gjennomgå tiltakene, identifisere og følge opp prioriterte tiltak innenfor direktoratets ansvarsområde i strategiperiodens siste år, jf. Nasjonal strategi for forebygging av infeksjoner i helsetjenesten og antibiotikaresistens (2008-2012). Helsedirektoratet skal også utarbeide en anbefaling i 2012, i dialog med relevante aktører, til hovedinnsatsområder utover strategiperioden	PHAH	I rute	I 2015 jobbes det fortsatt med implementering av den Nasjonale faglige retningslinjer for antibiotikabruk i primærhelsetjenesten. Implementeringsarbeid er omfattende, og gjøres i hovedsak med bidrag fra ASP gjennom kursing på smittevervkonferanser, kurs for medisinstudenter i utlandet, utarbeidelse av app for leger og program for skoleelever.
	Handlingsplan for selvmordsforebygging	Utarbeide forslag til en handlingsplan for selvmordsforebygging. Tidsplan avklares i dialog med departementet.	PHPR	Utført	Handlingsplanen for forebygging av selvmord og selvskading ble lansert onsdag 30.04.2014. Oppdrag utført .
	Sorggrupper	Gjennomgå bruk av sorggrupper og vurderer hvordan det kan stimulere til etablering lokalt	PHPR	I rute	Oppdraget er utført og to rapporter a) om sorggrupper og b) om støttegrupper er levert fra Senter for Krisepsykologi. Rapportene og anbefalingene skal gjennomgås med sikte på behovsvurdering og anbefalinger til HOD på likemannsfeltet.
	Kvinnehelsestrategien 2003-2013	Gjennomgå Kvinnehelsestrategien 2003-2013, herunder utarbeide forslag til nye tiltak innenfor kjønn og helse (menn og kvinners helse).	PHAH	Utført	Helsedirektoratet har i desember 2014 levert rapporten ang. Kvinnehelsestrategien 2003-2013 til HOD. Rapporten beskriver status og tiltak på kjønn og helse. Helsedirektoratet forelo tiltak innenfor forskning, legemiddelbruk, arbeidsliv og helse, NCD, samt vold og overgrep. Helsedirektoratet avventer tilbakemelding fra HOD.
	Vold i nære relasjoner	Brev av 15.5.13 fra HOD. Direktoratet bes om å oppdatere dagens Retningslinje for svangerskapsomsorgen (IS-1179) på temaet vold og overgrep mot gravide.	PHAH	Utført	I 2015 jobbes det med implementering av retningslinje "Svangerskapsomsorgen - hvordan avdekke vold". Retningslinjen ble publisert mai 2014.
	Oppfølging av meld. St. nr. 29 (2012-2013) Morgendagens omsorg	Brev fra HOD av juni 2013. Kompetansetiltak - Velferdsteknologiens ABC. Helsedirektoratet skal utvikle en opplæringspakke.	KPUP		Opplæringsmaterieill er utviklet i 2015, og prøves ut i utvalgte kommuner fram mot mars – april 2016
2.3	Spesialisthelsetjenester				
	Drifte og videreutvikle informasjonstjenesten fritt sykehusvalg	Antall besøkende på nettstedet, antall telefonhenvender	EIDD	I rute	<p>1. november 2015 ble retten til fritt sykehusvalg erstattet av fritt behandlingsvalg. Nettsiden frittsykehusvalg.no har utgått og informasjonen er integrert i den nye informasjonstjenesten Velg behandlingssted på helsenorge.no. Det er etablert nye nettsider på helsenorge.no/velg-behandlingssted og pasientrådgiverne i telefonstjenesten er nå tilgjengelige via 800HELSE (800 43 743).</p> <p>Bruksvolum for 2015 (ny og gammel løsning sett samlet): Besøk på nettsiden: 518 277 Unike besøkende: 305 199 Telefonhenvendelser: 29 712</p>
	Løpende rådgivende rolle overfor departementet og helsetjenesten for nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten, samt elektronisk årlig rapportering innen fastsatte frister gjennom http://hoyspesial.ihelse.net	Forslag til nye nasjonale tjenester og endringer på fastlagt skjema innen 1. november hvert år. Antall nettreff på Hdirts sine nettsider om nasjonale tjenester.	SPDD	I	Samlet vurdering av de nasjonale tjenestene oversendt HOD i brev av 18.11.15.

Faste oppdrag	Styringsparameter/ rapportering/oppdrag	Ansv. avd.	31.12.2015 Status	
			Utført I rute Forsinket	Rapportering 31.12.2015
Helsedirektoratet og Kunnskapssenteret skal forvalte nasjonale støttesystemer for innføring av nye, kostnadskrevende metoder i spesialisthelsetjenesten, herunder sekretariat for bestillerforum og arbeidsgruppe, nasjonal tidlig metodevarslingsfunksjon, nasjonal database for mini-HTA, samt gjennomføre metodevurderinger (HTA) ved bruk av bl.a. faggrupper. NAKS representerer Norge internasjonalt i HTA-arbeid.	Kunnskapssenteret skal gjennomføre minst 4 hurtig metodevurderinger og minst 3 fullstendige metodevurderinger. Hdir skal rapportere på: antall metodevarslinger, antall gjennomførte mini-HTA oppført i databasen, antall nye faggrupper, antall nasjonale retningslinjer som er utviklet eller revidert som følge av metodevurderinger i systemet.	SPDD	I	
Direktoratet skal utrede søknader fremmet gjennom Stortingets rettsferdsvederlagsordning og som reiser spørsmål av helsefaglig karakter. I tråd med regjeringens og Stortingets forutsetninger legges det til grunn at direktoratet i sitt forberedende arbeid arbeider aktivt for å nå målene om maksimalt 12 måneders saksbehandlingstid i fagetatene. Det vises til Dokument 19 S (2009 – 2010) og justiskomiteens merknader i Innst. 313 S (2009 – 2010).	Antall uttalelser/innstillinger sendt Statens sivilrettsforvaltning, restanser og saksbehandlingstid.	SPDD	I rute	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.
Helsedirektoratet skal behandle klager knyttet til skattefritaksordningen	Antall saker innkommet, behandlet og gjennomsnittlig saksbehandlingstid	SPDD		Det kom inn 10 nye saker i 2015. I tillegg var 4 saker overført fra 2014. Alle sakene er ferdigbehandlet. Saksbehandlingstid mindre enn 4 uker for alle sakene.
Helsedirektoratet skal behandle klagesaker knyttet til førerkort	Antall saker innkommet, behandlet og gjennomsnittlig saksbehandlingstid	PHMR	Utført	Det er mottatt 770 saker i 2015. Det er behandlet 620 saker av disse og i tillegg 190 saker som kom inn i 2014. Pr. 1.1.16 hadde vi ca. 150 restanser, og disse ble overført til Helseklage. Behandlingstiden gikk ned fra 4-5 mnd til 2-3 mnd i løpet av året.
Regelverk for disponering av bevilgningen over kap. 734 post 70. Veileder IS-1560 "Hjemsendelse av alvorlig psykisk syke"	Helsedirektoratet skal utarbeide regelverk for disponering av bevilgningen over kap. 734 post 70 knyttet til tvungen psykisk helsevern, samt oppdatere Veileder IS-1560 "Hjemsendelse av alvorlig psykisk syke"	SPDD	F	Oppgaven har vært nedprioritert, men er nå i gang. Ferdigstillelse av veileder for hjemtransport av somatisk syke/skadede prioriteres foran revisjon av veileder for hjemtransport av psykisk syke. Veileder for hjemtransport somatikk planlegges ferdig våren 2016. En mindre revisjon av veilederen for hjemtransport av psykisk syke er gjort slik at den er i samsvar med endringer i ordningen fra 1.1.16. Fullstendig revisjon er i gang, og antas ferdig sommer/høst 2016.
Helhetlig nasjonalt system for kategorisering (triagering) av henvendelser og pasienter for den samlede medisinske nødmeldetjeneste	Helsedirektoratet skal samarbeide med de nasjonale kompetansetjenestene NAKOS og Nklm om å utvikle et helhetlig nasjonalt system for kategorisering (triagering) av henvendelser og pasienter for den samlede medisinske nødmeldetjenesten. KoKom skal også trekke inn i arbeidet	SPDD	I	Samlet oppgaveleveranse på forvaltning av akuttmedisinområdet er hovedsakelig i rute med unntak av: Rundskriv om utrykningskjøretøyer, Veileder for helsetjenestens organisering av skadested, Nivå 2 prosedyre for helsetjenestens bruk av nødnett og Hjerterarter-registeret. Ressurser tilknyttet nevnte oppgaver har mottatt en betydelig mengde ad hoc-oppgaver med korte frister i perioden. Det er risiko for ytterligere forsinkelser da forventet arbeidsbelastning på nye oppdrag i kommende periode er høy.
Fortolkningsansvar for lov 20. juni 2008 nr. 44 om medisinsk og helsefaglig forskning (helseforskningsloven)	Helse- og omsorgsdepartementet delegerer fortolkningsansvar for lov 20. juni 2008 nr. 44 om medisinsk og helsefaglig forskning (helseforskningsloven) med tilhørende forskrifter til Helsedirektoratet. Dette innebærer at direktoratet på vegne av departementet skal tolke helseforskningsloven og tilhørende forskrifter. I tillegg skal direktoratet yte veiledning, rådgivning og informasjon knyttet til dette regelverket. Saker som foranlediger prinsipielle fortolkninger av helseforskningsloven med tilhørende forskrifter, skal forelegges Helse- og omsorgsdepartementet for vurdering. Dette kan for eksempel være spørsmål som er kontroversielle, eller som kan ha politiske, økonomiske eller administrative konsekvenser av en viss betydning. Departementet bør konfereres hvis det er tvil om foreleggelse er hensiktsmessig	SPDD	I	Dette er et løpende oppdrag, alle mottatte oppgaver er utført.

	Faste oppdrag	Styringsparameter/ rapportering/oppdrag	Ansv. avd.	31.12.2015 Status	
				Utført i rute	Forsinket
	Retningslinjer for kodepraksis - nakkeskader. Faglige retningslinjer - behandling og oppfølging av kroniske smertepasienter	Med bakgrunn i vedtak nr. 484, 16. juni 2009: "Stortinget ber Regjeringen sørge for at alle parter som forholder seg til nakkeskader, må forholde seg til WHO's retningslinjer gjennom å bruke ICD-10-koding og ICF ved bruk av DRG (diagnoserelaterte grupper) og diagnostisering, behandling, oppfølging, skadeomfang, jus og forsikring" ber departementet om at det utarbeides retningslinjer for kodepraksis når det gjelder nakkeskader og faglige retningslinjer for behandling og oppfølging av kroniske smertepasienter	SPDD	Bør utgå	Rapportering 31.12.2015 Denne bør utgå. Det pågår ingen prosess i denne saken. Stortingets «vedtak» er dessuten en misforståelse ved bruken av kodeverk. Dette har vi formidlet til departementet flere ganger.
	Prøveprosjekt - medikamentelt utført svangerskapsavbrudd (abortpille)	Helsedirektoratet skal iverksette et to års prøveprosjekt som gir privatpraktiserende gynekologer (avtalespesialister) adgang til å tilby medikamentelt utført svangerskapsavbrudd (abortpille) som hjemmebehandling for utgangen av 9. svangerskapsuke. Det vil bli gitt føringer for oppdraget i eget brev	SPDD	I	Prøveprosjektet kom først i gang i mars 2015. Det ble i august 2015 utarbeidet et mer detaljert evalueringsskjema til bruk av gynekologene. Tilbakemeldingene fra gynekologene er så langt positive.
	Evaluering - nødnettprosjektet	Helsedirektoratet skal bidra til evaluering av første trinn av Nødnett-prosjektet, og legge til rette for at de planlagte gevinstene av innføringen av nytt nødnett tas ut	SPDD		Innføring av nødnett i kommune- og spesialisthelsetjenesten følger gjeldende plan fra juni 2015. Planen er omforent med DNK og tjenesten, og avsluttes med innføringen av AMK Kirkenes i 4. kvartal 2016. Vi har lagt opp til en meget stram innføringsplan med tre GoLive (i bruktakelser) i uken. Det er risiko for avvik og forsinkelser på årsbasis. HOD og DNK er orientert og innforstått med dette.
	Overdosestrategi/naloksonprosjekt.	Brev fra HOD av 15.03. Helsedirektoratet er bedt om å utrede evt iverksetting av prosjekt med nalokson neseppray og å iverksette prøveprosjekt nalokson.	SPDD	I	Overdosestrategien er godt i gang. Nettside er utviklet og er under stadig oppgradering. Det er gitt et oppdrag Kirkens bymisjon i Østfold knyttet til tekstkonkurransen. Naloksonprosjektet i Bergen og Oslo har stor aktivitet og vurderes å ha fått god mottakelse og oppslutning fra brukergruppen og pårørende. Stor etterspørsel etter neseppray. Prosjektet vurderes utvidet til pilotkommunene. Arbeidet med pilotkommunene og nettverket i regi av KORUS Øst vurderes som vellykket. Det er stor entusiasme i kommunene og det arbeides grundig med kartlegging, samhandling, prosedyrer og handlingsplaner sammen med relevante aktører lokalt. Pasientsikkerhetsprogrammet starter i 2016 opp med piloter i tre fengsler knyttet til overdoseforebyggende arbeid og prosedyrer på dette.
	Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinering	Direktoratet skal som ledd i oppfølging av IS-1947 (Avklaring av ansvars- og oppgavedeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet) utarbeide veileder til forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinering og foreslå nye kvalitetsindikatorer og aktivitetsdata	PHMR	Utført	Veilederen ble lansert 1. oktober 2015. Arbeidet er nå gått over til å omfatte forvaltning og kontinuerlig faglig og redaksjonell oppdatering. Veilederen er i løpet av høsten presentert på et stort antall større og mindre konferanser. Tilbakemeldingene er entydig positive.
	Henvvisning til spesialisthelsetjenesten	Spesifisere overfor allmennlegene i informasjonsskriv at henvvisning til spesialisthelsetjenesten skal påføres informasjon som setter tjenesten i stand til å prioritere henvisingene	PHAH	Utført	Henvisningsveileder ble publisert 1. november 2015. Implementering av Henvisningsveilederen i EPJ er nå vedtatt som et delprosjekt i EPJ-løftet.
	Felles telefonnummer til de kommunale legevaktsentralene	Bistå departementet med nødvendige forberedelser slik at et felles telefonnummer til de kommunale legevaktsentralene kan innføres parallelt med helseportalen i juni 2011. Konkretisering av oppdraget i brev av 10.2.11 fra HOD	PHAH	Utført	Felles nasjonalt telefonnummer 116117 til legevakt i kommune er lansert og tatt i bruk i hele landet 1. sep. 2015. Helsedirektoratet jobber videre med stabilisering og vedlikehold av 116 117.
3.2	Samhandling				
	Nasjonale helsefaglige kodeverk	Utvikle, implementere og forvalte nasjonale helsefaglige kodeverk (for eksempel ICD-10). Gi løpende kodehjelp og sikre god kodingskvalitet.	EIDD	I rute	Helsefaglige kodeverk er revider og oppdatert i henhold til plan. Program for kodeverk og terminologi er i utføring i de fleste prosjekter og foreslår i 2016 nye satsninger for primærhelsetjenesten revidering av ICPC2 kodeverket og prosjekt for forbedring av forvaltning av helsefaglige kodeverk. Programmet gjennomføres ihht plan.
	Videreføre arbeidet i nettverket for sentrale aktører på helseregisterfeltet, i tråd med føringer i Nasjonalt Helseregisterprosjekt.	Arbeid på helseregisterfeltet gjennomføres i samarbeid med FHI og SKDE ihht Nasjonalt helseregisterprosjekt. Nettverksarenaer er i hovedsak Helseregistergruppen og den årlige registerkonferansen. Antall nettverksamlinger pr. år	EIDD	I rute	Arbeid på helseregisterfeltet gjennomføres i samarbeid med FHI og SKDE ihht Nasjonalt helseregisterprosjekt. Nettverksarenaer er i hovedsak Helseregistergruppen og registerkonferansen.

	Faste oppdrag	Styringsparameter/ rapportering/oppdrag	Ansv. avd.	31.12.2015 Status	Rapportering 31.12.2015
				Utført I rute Forsinket	
	Kompetanseutviklende tiltak rettet mot den kommunale helse- og omsorgstjenesten i 2013	Helsedirektoratet skal lage en oversikt over alle midler som blir disponert til kompetanseutviklende tiltak rettet mot den kommunale helse- og omsorgstjenesten i 2013. Oversikten skal ferdigstilles innen 1.4.2013	KPUP		Vi viser til rapporteringen om Kompetanseløftet 2015», som følger et eget opplegg.
	Testsenter for helse- og omsorgssektoren	Helsedirektoratet skal bistå Norsk Helseneffekt SF i etableringen av testsenter for helse- og omsorgssektoren	EIDD		Utført
	Administrative registre	Helsedirektoratet skal utrede og foreslå samordning av de administrative registrene som er viktig for informasjonsdeling og samhandling	EIDD		Utført. Et overordnet målbildet for de administrative registre ble ferdigstilt våren 2015.
	Nasjonalt e-helse indikatorsystem	Helsedirektoratet skal utrede og anbefale et nasjonalt e-helse indikatorsystem. E-helseindikatorsystemet skal sikre et godt kunnskapsgrunnlag om bruk og effekter av IKT i helse- og omsorgssektoren. Indikatorene skal utvikles i sammenheng med nordisk og internasjonalt arbeid på feltet, spesielt i regi av EU og OECD, for styrket internasjonal sammenliknbarhet	EIDD		Forsinket. Et sett e-helse nøkkeltall ble i 2015 publisert på www.ehelse.no. Tiltaksierne skal selv tilrettelegge egne nøkkeltall for publisering. Ansvar overføres til E-helse Lansering av ehelse.no er forsinket, nytt tidspunkt mars 2015 (avhengig av tidspunkt for ny HDIR.no lansering). Utvikling av evt. nye nøkkeltall vurderes i 2015 etter lansering av og erfaring med ehelse.no.
3.3	Finansiering, helsefusjoner og NPR				
	Beregne demografisk bestinget behovsvekst i spesialisthelsetjenesten, både for somatikk, psykisk helsevern og TSB, i 2015 innen 1.10.2014 (gitt forbrukstall fordelt på aldersgrupper og SSBs fremskrivning av folkemengden i 2015)	Rapport sendes HOD	FIDD	Utført	
	Administrere ordningen for helsehjelp i andre EØS-land, jf. Folketryktdloven ny § 5-24a og nærmere regler i forskrift.	Rapport om antall søknader og innvigelse fordelt på ulike variable per 30.6 og 31.12 sendes HOD	FIDD	I rute	Egen rapportering til HOD når statistikken foreligger
	Landoppgjør - gjeldssituasjon og tilgodehavende	Oversikt i årsrapporten	FIDD	Utført	Gammel gjeld gjort opp. Krav behandles løpende og situasjon under kontroll.
	Utarbeidelse av materiale og deltakelse i beregningsgruppen for folketrygden	Rapporteres iht budsjettfrister	FIDD	Utført	Leveranser iht.plan
	Antall søknader totalt for legemidler og næringsmidler og fordeling av disse på paragrafnivå (§§ 3a, 3b, 6 Næringsmidler, § 5-22 Bidrag legemidler og § 5-25 Yrkeskade legemidler), saker behandlet, gjennomsnittlig saksbehandlingstid og innvigelssesandel	Oversikt i årsrapporten	FIDD	I	Overgang fra INFOTRYGD til HESA gjør at tallene per dags dato ikke kan leveres. Totalt antall saker legemidler, restanser og gjennomsnittlig behandlingstid kan leveres, men ikke fordeling på paragraf og innvigelssesandel.
	Kontroll og misbruksoppfølging: samlet beløp stanset/tilbakekrevet, tap av rett, anmeldeser	Oversikt i årsrapporten over parametrene	FIDD	I rute	Årsrapport fra HELFO foreligger ikke enda. Foreligger xxxx
	Antall uker som i gjennomsnitt medgår fra tak 1 er nådd til frikort er sendt ut	Oversikt i årsrapporten	FIDD	I rute	8-9 dager
	Datafangstprosjekt på utlandsområdet	Datafangstprosjektet har til hensikt å gjøre oss i stand til å kunne kreve inn penger andre land skylder oss ifm. landoppgjørene.	FIDD		Ivarettatt i 2015 av eSaks prosjektet.
	Gjennomgang av Norges bilaterale avtaler på helseområdet	Gjennomgangen gjøres med tanke på endringsbehov.	FIDD	Utført	Ferdig i 2014. Ikke aktuell i 2015.
	ESSI	EESSI- prosjektet startes opp på nytt på grunn av nytt fokus i EU. Gjennomgang av 3. versjon av SED'er, flyter for mulig anvendelse i 2014. Prosjektet må også forholde seg til forestående føringer fra EU ift IKT- utvikling.	FIDD	I rute	Såvidt startet planlegging etter at EU har reetablert prosjektet.

	Faste oppdrag	Styringsparameter/ rapportering/oppdrag	Ansv. avd.	31.12.2015 Status	
				Utført i rute Forsinket	Rapportering 31.12.2015
	Elektroniske pasientlister til fastlegene	Helsedirektoratet skal utvikle diskettbasert utsendelse av fastlegelister innen 1. oktober 2013, evt. med anskaffelse hos aktuelle leverandører, og sørge for at legekontor kan ta i mot listene basert på formidling over helsenettet.	FIDD	Utført	Tilnærmet 100% mottar listene elektronisk. Bare lister uten lege og noen lister med vikar gjenstår. Disse henter nå ned listene fra et nettsted.
	Bagatellgrensen	Følge opp endringer i folketrygloven § 22-19 (heving av bagatellgrensen for helserefusjoner)	FIDD		Ikke prioritert i 2015.
	Rapportering ventetider innen radiologi	Gjennomføre tiltak slik at offentlige poliklinikker og private røntgeninstitutt kan rapportere ventetider innen radiologi til NPR	FIDD	Forsinket	Forsinket: Det er opprettet dialog med systemleverandør for tilrettelegging av innrapportering av ventetider på radiologi. Mottak av data forventes 2016.
	Ventelisteinformasjon mellom sykehusene,	Gjennomføre tiltak for å oppnå en mer enhetlig praksis for registrering av ventelisteinformasjon mellom sykehusene, jf. Riksrevisjonens rapport om helseforetakenes registrering, rapportering og måloppnåelse i 2012	FIDD	I rute	Det pågår kontinuerlig samarbeid med helseforetakene for å bedre registreringspraksis. Det er publisert nytt ventelisterundskriv, samtidig er det etablert publisering som viser antall dager fra pasienten er henvisning til faktisk prosedyre er gjennomført.
	Utprøvende behandling i spesialisthelsetjenesten	Helsedirektoratet skal ferdigstille prosjekt og pilotering av registrering av utprøvende behandling i spesialisthelsetjenesten	FIDD		Skal denne fortsatt stå her? Oppdraget kom i 2011. Vi tror dentilhører EHKO/ehelse
	Venteliste-statistikken	Venteliste-statistikken videreføres med fagområdekodeverk 8451 som klassifikasjon, men detaljeres til et nivå som også blir anvendbart til lokale formål. Dette kodeverket bør samordne Fritt sykehusvalg og Helsestjenestekodeverket slik at nasjonal venteliste-statistikk, statistikk for aktivitet for tjenester og organisatoriske enheter blir mer sammenliknbare	FIDD	Utført	
3.5	Internasjonalt samarbeid				
	Helsedirektoratet skal koordinere og sikre Norges deltakelse i OECDs kvalitetsindikatorprosjekt (Health Care Quality Indicator Project)	Antall nye indikatorer utviklet, samt hvilke som er inkludert i nasjonale kvalitetsindikatorer.	EIDD	I rute	Norge deltar aktivt i OECDs HCQI prosjekt. I 2015 ble det publisert nye kvalitetsindikatorer i Health at a Glance (HAG) innen diabetes, eldre, psykisk helse og legemidler. Det arbeides med inkludere disse i det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet. Nye kvalitetsindikatorer i HAG 2015 er Andel diabetikere som - får foreskrevet kolesterolsenkende medikamenter - får foreskrevet blodtrykksenkende medikamenter Andel eldre (65 år og eldre) som - får foreskrevet benzodiazepiner over lang tid (365 DD pr år) - får foreskrevet langtidsvirkende benzodiazepiner (minst en forskrivning pr år) For pasienter innlagt på sykehus for psykiske lidelser - Selvmord blant pasienter under sykehusoppholdet - Selvmord innen 30 dager og 1 år etter utskrivelse fra sykehus
	WHO Europa (EURO)-konferanse om helse i økonomiske kriser - april 2013	Direktoratet skal være sekretariat og teknisk arrangør for forberedelser og gjennomføring av WHO Europa (EURO)-konferanse om helse i økonomiske kriser, april 2013 i Oslo. Konferansen gjennomføres som et prosjekt i direktoratet med en styringsgruppe med deltakelse fra bl.a. HOD. Direktoratet vil dekke alle utgifter til konferansen	FLDD	Utført	Dette var i 2013
	OECD Global Science Forums rapport kliniske studier	Direktoratet skal delta i oppfølgingen av OECD Global Science Forums rapport om kliniske studier	SPDD	I	Helsedirektoratet har fulgt opp arbeidet med OECD-implementeringsprosjektet for internasjonalt samarbeid om kliniske studier ved å delta i en sentral koordinerende rolle sammen med bl.a. National Institutes of Health (NIH), USA, og European Clinical Research Infrastructure Network (ECRIN) i dialog med OECD og WHO. OECD GSF gjennomførte i 2015 en høring med sine medlemsland om hele prosjektet og OECDs bidrag i det videre arbeidet. Etter drøftinger med EU-kommisjonen vil det bli gjennomført en 6 mndr scoping-periode for prosjektet.

	Faste oppdrag	Styringsparameter/ rapportering/oppdrag	Ansv. avd.	31.12.2015 Status	
				Utført i rute	Forsinket
					Rapportering 31.12.2015
	Data på pasientsikkerhetsindikatorerne til OECDs kvalitetsindikatorprosjekt	Avklare årsakene til at Norge ikke kan levere gode data på pasientsikkerhetsindikatorerne til OECDs kvalitetsindikatorprosjekt og utarbeide en tiltaksplan som sikrer at Norge leverer valide data i 2012. Frist for årsaksanalyse og tiltaksplan 1. april 2011. Frist for gjennomføring av tiltaksplan 1. januar 2012	EIDD	I rute	Norge leverer data in til alle kvalitetsindikatorer i OECD HCQI prosjekter i henhold til tilgjengelige data i Norge. Dette oppdraget kan dermed avsluttes da det er dekket av oppdrag som beskrives under OECD HCQI prosjektet (linje 93).
3.6	Kvalitet, pasientsikkerhet og brukerinvolvering				
OK	Videreutvikle og forvalte det nasjonale kvalitetsindikatordsystemet.	Antall nye nasjonale publiserte kvalitetsindikatorer fordelt på publiseringssted.	EIDD	I rute	Rammeverket er presisert med målbidde for visning av kvalitetsindikatorer tilpasset målgruppene og målområder for å måle helsetjenester av god kvalitet. Prosesser og malverk er revidert. Totalt 97 nasjonale kvalitetsindikatorer hvorav 37 er nye, 5 er utfasede, 11 er reviderte i 2015. 50 nye indikatorer er nå under test/utvikling. 5 publiseringer er gjennomført på Helsenorge.no i 2015. Anbefalt nye variabler for måling av ernæring og legemidler i kommunale helsetjenester er tilrettelagt for og blir publisert i 2017 for 2016 data.
	Beslutte hvilke nasjonale medisinske kvalitetsregistre som skal få status som nasjonale kvalitetsregistre.	Antall godkjente nye kvalitetsregistre	SPDD	I	Det er i 2015 gitt status som nasjonalt medisinsk kvalitetsregister for 5 nye registre: Barnehofteregistret, 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.
	Helsedirektoratet skal i samarbeid med Kunnskapsenteret sikre drift og videreutvikling av nasjonal meldeordning for uønskede hendelser i helsetjenesten (§3-3).	Antall § 3-3 meldinger og antall rapporter/systematiske tilbakemeldinger til helsetjenesten pr år.	SPDD	I	I 2015 mottok seksjonen overkant av 10 000 meldinger (vi har ikke fått kontrollert for evt. duplikater) til meldeordningen etter § 3-3 i spesialisthelsetjenesteloven. Det ble publisert syv læringsnotater og en årsmelding.
3.7	Forskning og innovasjon				
	Helsedirektoratet har en løpende rådgivende rolle overfor departementet om forskning og innovasjon innenfor departementets sektoransvar, herunder delta i styrene for forskningsprogrammer gjennom Norges forskningsråd.	Antall høringsuttalalser til HOD på saker om forskning og innovasjon. Årsrapport om programdeltakelse i NFR	FLDD	I rute	Rapport om deltakelse i programstyrene sendt som del av årsrapport. Formelle høringsuttalelsee om forskningsetikklover og de nye programplanene i Forskningsrådet.
	Helsedirektoratet og InnoMed er sentrale aktører i felles langsiktig satsing på innovasjon i helse- og omsorgstjenesten mellom HOD og Nærings- og handelsdepartementet.	Antall nye prosjekter	SPDD	Forsinket	På grunn av tilpassninger til statstøtte- og tilskuddsregelverk samt krav om nasjonal utlysning har 2015 vært et omstillingsår. Dette har medført at bare 3 nye forprosjekter har vært gjennomført. Nasjonal utlysning av tilskuddsmidler til nye forprosjekter planlegges i februar/mars 2016.
	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten skal sammenstille tilgjengelig forskning og effekt av implementeringstiltak innen medisin, helse og omsorg (implementeringsforskning) for å støtte bruk av kunnskapsbasert praksis	Årlig rapport	FLDD	I rute	Rapport via Forskningsrådet i fm. oppdrag om forskningssentrene; jf. avtale m/HOD ved Siv Svardal i desember 2015
	Følge opp og sikre koordinering av aktiviteten i de fire allmennmedisinske forskningsenhetene, samt Norsk Distriktsmedisinsk senter (NSDM), Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (Nklm) og Antibiotikasenteret for primærhelsetjenesten (ASP)	Antall nye vitenskapelige publikasjoner og avlagte doktorgrader. Antall nettverkssamlinger	FLDD	I rute	Rapport via Forskningsrådet i fm. oppdrag om forskningssentrene; jf. avtale m/HOD ved Siv Svardal i desember 2015
	Følge opp utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester og samhandlingen mellom utviklingssentrene og de regionale sentrene for omsorgsforskning	Antall nye publikasjoner, avlagte master- og doktorgrader, gjennomførte samlinger og konferanser pr år	FLDD	I rute	Rapportert via Forskningsrådet i forbindelse med oppdrag om forskningssentrene, jf. avtale med HOD ved Siv Svardal i desember 2015.
3.8	Personell og kompetanse				
	Helsepersonells attester/erklæringer i utlendingssaker	Helsedirektoratet bes om å utarbeide et nytt rundskriv som gir spesifikke anbefalinger for hvordan helsepersonells attester/erklæringer i utlendingssaker bør utformes og hva de bør inneholde	PHMR	Forsinket	Arbeidet er ikke påbegynt pga manglende klargjøring fra HOD. Vi har vært i dialog med HOD i 2014 og fikk bekreftet at klargjøring av bestillingen ikke er ferdig. Det er fortsatt manglende klargjøring fra HOD knyttet til denne bestillingen.

Vedlegg 2:

Nye oppgaver fra HOD i løpet av 2015

2.1 Folkehelse

Oppgaver

TB nr. 22 Mobilisering mot ensomhet, kampanje for fellesskap og sosial støtte.		Ikke startet
Ansvarlig enhet	3030 FLLH - Avd. levekår og helse	
Opprinnelse	01.jan.2015	
Beskrivelse	14/10188-98Mottatt 4 mill. kroner over 719 for å forberede kampanje mot ensomhet, og for fellesskap og sosial støtte i regi av Frivillighet Norge. Hensikten er å sikre at Frivillighet Norge kommer raskt igang med kampanjen i 2016.	
Kommentar	Midlene fra HOD kom i slutten av november og direktoratet har informert HOD om at innhenting av tilbud på ekstern evaluering ikke var mulig å gjennomføre innen 2015. Midlene vil bli søkt overført til 2016.	
● Arbeid med st.mld. om trafiksikkerhet - deltakelse i arbeidsgruppe.		I rute
Ansvarlig enhet	3060 FLMH - Avd. miljø og helse	
Opprinnelse	01.jan.2015	
Beskrivelse	Brevet ligger på 15/7072 samt 14710188-66, og er et oppdrag om å delta i en arbeidsgruppe som skal utarbeide innspill til områder der det er potensial for bedre samordning og samarbeid.	
Kommentar	Deltatt i arbeidsgruppe, koordinert Hdirs bidrag til Stortingsmeldingen. Forberedt direktørmøte 2016.	



Ansvarlig enhet 3040 FLBF - Avd. befolkningsrettet folkehelsearbeid

Opprinnelse 01.jan.2015

Beskrivelse 14/10188-99 Bakgrunn: Ved behandling av Folkehelsemeldingen Meld. St. 19 (2014-2015) fattet Stortinget vedtak, jf. Innst. 380 S (2014-2015): Vedtak nr. 713 (2014-2015) 16. juni 2015, om en ny ;helhetlig handlingsplan med konkrete tiltak for å fremme sunt kosthold i hele befolkningen. Arbeidet med planen må innebære å gjennomgå utfordringene på kostholdsområdet, inkludert hva som er effektive tiltak for å fremme et sunt kosthold og utfordringer knyttet til gjennomføring av tiltakene. Handlingsplanen skal også ta utgangspunkt i internasjonale forpliktelser på kostholdsområdet, deriblant WHO's globale mål for å redusere forekomsten av NCD og forslagene til tiltak som ble vedtatt under den internasjonale ernæringskonferansen i Roma 2014, ICN2. Handlingsplanen må inneholde en beskrivelse av disse forpliktelsene og hvordan de følges opp i Norge. En stor del av arbeidet med handlingsplanen vil bli å samle og systematisere pågående tiltak på kostholdsområdet. Samtidig er det nødvendig å drøfte utvikling av nye tiltak eller styrke eksisterende, dette sett i forhold til oppdatert kunnskap om effekten av de ulike tiltak. WHO's Side 2 evaluering¹ av den forrige handlingsplanen, Oppskrift for et sunnere kosthold (2007-2011), bør tas med i vurderingene. 1 Evaluation Oppdrag Som en oppstart på arbeidet bes HelseDirektoratet og FHI om å samarbeide om et kortfattet, oppdatert kunnskapsgrunnlag. Det forventes ikke at det utarbeides nye systematiske kunnskapsoppsummeringer, men at eksisterende oversiktsartikler mv brukes. Som oppfølging av Stortingets vedtak må barn og unges kosthold vektlegges. Det bes om at ulike elementer inkluderes: 1. En beskrivelse av kostholdets betydning for fysisk (inkl tannhelse) og psykisk helse, med vekt på der det er dokumentert ny kunnskap. Kostholdets betydning for miljøet bør også omtales. 2. En beskrivelse av måltidens betydning som en sosial begivenhet og for mestring og trivsel, blant annet som del av helse- og omsorgstjenestene. 3. Status og utfordringer på kostholdsområdet, både generelt i befolkningen, i ulike grupper i befolkningen og relatert til sosiale ulikheter. Det bes om at det pekes på hvilke målgrupper, i tillegg til barn og unge, som bør gis særskilt oppmerksomhet. Kompetansebehov hos nøkkelgrupper (som helse – og sosialpersonell, barnehagelærere mv) bør beskrives. 4. En oppsummering av hva som er dokumentert som mest effektive tiltak for å fremme et sunt kosthold. Konkrete forslag til tiltak i handlingsplanen vil komme i en senere fase av arbeidet. 5. Status, utfordringer og effektive tiltak mht ernæring i helse- og omsorgstjenesten (inkl. tannhelsetjenesten). Fremvise eksempler på gode tiltak i tjenestene. Departementet foreslår at FHI har hovedansvar for pkt 1 og 4, og at HelseDirektoratet har hovedansvar for pkt 2, 3 og 5. Det forutsettes at etatene samarbeider slik at de ulike delene ses i sammenheng. Tidsfrist for pkt 1, 2 og 3 settes til 1. februar 2016. Tidsfrist for pkt 4 og 5 settes til 1. mars 2016. Dersom etatene identifiserer temaer som bør vurderes særskilt grundig kan dette håndteres i egne prosesser med egne tidsfrister. Dersom etatene finner det hensiktsmessig, bes det om at bidrag innhentes fra andre relevante aktører, som Nasjonalt råd for ernæring, den fylkeskommunale tannhelsetjenesten mm. Videre framdrift: Arbeidet med handlingsplanen vil pågå i 2016, med sikte på ferdigstilling tidlig i 2017. HOD vil komme tilbake til involvering av Hdir og FHI i tildelingsbrevene for 2016 og i egne møter. Departementet foreslår at det avholdes møter underveis i arbeidet med oppdragene og vil invitere til møter i desember og januar.



Ansvarlig enhet 3040 FLBF - Avd. befolkningsrettet folkehelsearbeid

Opprinnelse 01.jan.2015

Beskrivelse Side 2Oppdrag Departementet ber med dette Helsedirektoratet om å gi forslag til grunnlaget for fastsettelse av en slik særavgift. Herunder må det vurderes om det er nikotinmengde som skal utløse avgiften eller om det er andre faktorer som er relevante. Direktoratet bes også om å foreslå avgiftssatser. Disse må ivareta formålet om å gjøre e-sigaretter mindre attraktive for barn og unge. Samtidig må avgiften ikke bli en reell barriere for voksne røykere som ønsker å benytte e-sigaretter til skadereduksjon og forsøk på røykeslutt. Vi ber om at det vurderes om det er andre forhold som må ivaretas og bør ha betydning for avgiftsnivået. Vi ber også om at direktoratet gjør en vurdering av størrelsen på en kvote for avgiftsfri innførsel, sammenlignet med kvotene for tobakksvarer. Det skal her sees hen til hvilken nikotinmengde som tilsvarer et forbruk av vanlige sigaretter.10/10188-91Departementet ber om at forslaget spesifiserer om avgiften kun skal pålegges e-væsken, eller om den også bør omfatte selve e-sigaretten og tilhørende utstyr. Det skal i direktoratets forslag sees hen til dagens system for særavgifter på tobakk og ev. kunnskap fra andre land. Forslaget må oversendes Helse- og omsorgsdepartementet innen 1. desember 2015, slik at det kan tas med i budsjettprosessen for 2017.

Kommentar (Oppdraget var unntatt offentlighet)Det ble gjort en vurdering av innretningen av evt. særavgifter på e-sigaretter ut fra tilgjengelig, men knapt kunnskapsgrunnlag.

Tillegg til TB. nr. 57 Utrede utvikling av teknisk løsning for håndhevelse av regelverk om tilsyn med tobakskadelen.

Ikke startet

Ansvarlig enhet 3040 FLBF - Avd. befolkningsrettet folkehelsearbeid

Opprinnelse 01.jan.2015

Kommentar Ny oppgave.



Ansvarlig enhet 3040 FLBF - Avd. befolkningsrettet folkehelsearbeid

Opprinnelse 01.jan.2015

Beskrivelse 14/10188-76tillegg nr 43Departementet har behov for en bedre oversikt over tobakksmarkedet i Norge, bla. av hensyn til pågående og kommende reguleringer. Hdir. bes om å innhente følgende fra alle tobakksimportører i Norge: opplysninger om hvilke tobakksprodukter som ble solgt i Norge 2014 og 2015 herunder salgsvolum for hvert enkelt produkt. Varerprøver - hdir bes om å innhente to eksemplarer av hvert sigarett og rulletobakk og snusprodukter som finnes på markedet. For øvrige tobakksprodukter er det tilstrekkelig med bilde. Rapporteringen skal sendes innen den 1. april 2016. Mer utfyllende rapport skal sendes innen den 1. mai 2016.

Kommentar Plan for å løse oppgaven er lagt i 2015, innhenting og analyse av informasjonen gjøres i 2016.

2.2.1 Omsorgstjenesten

Oppgaver

Ansvarlig enhet 6040 PHOT - Avd. omsorgstjenester

Opprinnelse 10.okt.2014

Beskrivelse Oppfølging av rapport om kompetansesituasjonen ved bruk av tvang i helse og omsorgstjenestene til personer med utviklingshemming

Kommentar Vi er i rute med de ulike delene av dette oppdraget viser til brev fra Helsedirektoratet til HOD datert 26.09.2015 (13/5547). 1) Samarbeide med Helsetilsynet for å vurdere tilpasninger i registreringsverktøyet NESTOR, for å bidra til god informasjon om tvangsbruk, kompetanse og enhetlig registreringspraksis: Status: Det er igangsatt et samarbeid med NESTOR-teamet i Statens helsetilsyn for å og drøftet muligheten for å forbedre NESTOR for å få bedre oversikt over kompetanse, tvangsbruk og dispensasjoner mm. Det arbeides aktivt med å forbedre systemet for å få bedre oversikt over faktisk tvangsbruk, og for å få en mer enhetlig registreringspraksis. 2) Vurdere - i samarbeid med fylkesmannsembetene - behov for å styrke fylkesmennenes praksis, administrering av ressurser og kompetanse på området behandling av dispensasjonssøknader med sikte på egnede tiltak, fordi fylkesmennene har gitt uttrykk for at dette er et område med varierende praksis, og et vanskelig område som de bruker mye tid på: Status: Saken ble drøftet på den årlige samlingen med Fylkesmennene. Helsedirektoratet fikk mange innspill på hva som er utfordringene og hva som kan gjøres for å få til en forbedring på feltet.3) Rapportere på effekten av disse tiltakene + effekten av klargjøringene i rundskrivet - innen utgangen av 2015:Status: Det vil ikke kunne fremskaffes registrerbare effekter innen utgangen av 2015. Helsedirektoratet vil i samarbeid med Helsetilsynet skrive et felles brev til departementet med tanke på utfordringene og foreslå tiltak.4) Med samme frist (utgangen av 2015) har vi også i oppdrag å ut fra behov foreslå enkelte justeringer av utdanningskravene i § 9-9.Status: Helsedirektoratet har meldt tilbake til HOD på dette.

Vi er i rute med de ulike delene av dette oppdraget. 1) Samarbeide med Helsetilsynet for å vurdere tilpasninger i registreringsverktøyet NESTOR, for å bidra til god informasjon om tvangsbruk, kompetanse og enhetlig registreringspraksis: Status: Det er igangsatt et samarbeid med NESTOR-teamet i Statens helsetilsyn for å og drøftet muligheten for å forbedre NESTOR for å få bedre oversikt over kompetanse, tvangsbruk og dispensasjoner mm. Det arbeides aktivt med å forbedre systemet for å få bedre oversikt over faktisk tvangsbruk, og for å få en mer enhetlig registreringspraksis. 2) Vurdere - i samarbeid med fylkesmannsembetene - behov for å styrke fylkesmennenes praksis, administrering av ressurser og kompetanse på området behandling av dispensasjonssøknader med sikte på egnede tiltak, fordi fylkesmennene har gitt uttrykk for at dette er et område med varierende praksis, og et vanskelig område som de bruker mye tid på: Status: Saken ble drøftet på den årlige samlingen med Fylkesmennene. Helsedirektoratet fikk mange innspill på hva som er utfordringene og hva som kan gjøres for å få til en forbedring på feltet.3) Rapportere på effekten av disse tiltakene + effekten av klargjøringene i rundskrivet - innen utgangen av 2015:Status: Det vil ikke kunne fremskaffes registrerbare effekter innen utgangen av 2015. Helsedirektoratet vil i samarbeid med Helsetilsynet skrive et felles brev til departementet med tanke på utfordringene og foreslå tiltak.4) Med samme frist (utgangen av 2015) har vi også i oppdrag å ut fra behov foreslå enkelte justeringer av utdanningskravene i § 9-9.Status: Helsedirektoratet vil melde tilbake til HOD på dette innen utgangen av året.

Spørsmål om bruk av mangel på kompetanse er fulgt opp i revisjonen av rundskrivet til helse- og omsorgstjenesteloven kap. 9. Når det gjelder klargjøring av forståelsen av regelverket blant annet krav om to tjenesteytere så er dette fulgt opp i rundskrivet. De øvrige delene av oppdraget vil direktoratet komme tilbake til innenfor de frister som er gitt.

Ansvarlig enhet 6040 PHOT - Avd. omsorgstjenester

Opprinnelse 01.jan.2015

Beskrivelse Tillegg til TB arkivref. 14/10188-23Midlene er allerede tildelt Helsedirektoratet i tildelingsbrevet av 23.12.2014, og skal bidra til å sikre økt kompetanse om lindrende behandling og palliativ pleie ved livets slutt. Med bakgrunn i budsjettforliket skal midlene fordeles slik:2 mill, kroner skal øremerkes Verdigheitsenteret (Hva kan Verdigheitsenteret gjøre, flere frivillige palliasjon) 1,5 mill. kroner skal øremerkes Ja til lindrende enhet og omsorg for barn1,5 mill. kroner skal bevilges til etablering av et videreutdanningstilbud innen barnepalliasjon for helsepersonell. De øvrige 5 mill. kronene skal fordeles slik1,5 mill, kroner til utarbeidelse av veiledningsmateriale for ivaretagelse av personer i livets slutfase.1,5 mill, kroner til evaluering av tjenestetilbudet til personer med behov for lindrendeomsorg.1 mill. kroner til intensiv implementering av den kommende retningslinjen omlindrende behandling av barn og unge1 mill. kroner til utvikling og implementering av opplæringstiltak for lindrendebehandling til personer med demens. Dette tiltaket skal ses i sammenheng med midlene som er bevilget til opplæringspakke om palliasjon og Demensomsorgens ABC. Helsedirektoratet bes om å utbetale de øremerkede midlene så raskt som mulig. Det bes videre om at Hdir leverer forslag til fremdriftsplan med konkrete sluttdatoer for arbeidet med veiledningsmateriale for ivaretagelse av personer i livets slutfase og evaluering tjenestetilbudet til personer med behov for lindrende omsorg innen 1. mai 2015.

Kommentar

Tillegg til tildelingsbrevet - nr. 11. Oppdrag om palliasjon ble mottatt 26.03.2015. Helseidirektoratet har levert et forslag til fremdriftsplan på arbeidet med veiledningsmateriale for ivaretagelse av personer i livets slutfase og evaluering tjenestetilbudet til personer med behov for lindrende omsorg. Helseidirektoratet har i tillegg gitt en samlet tilbakemelding om status, innspill og planer for det totale arbeidet på palliasjonsfeltet i slutten av april. Helseidirektoratet har omtrent 12 ulike oppdrag gående knyttet til palliasjonsfeltet. I tillegg til de oppgavene som beskrevet over er dette blant annet å utarbeide retningslinje for lindrende behandling av barn og unge, retningslinje om demens der lindrende behandling vil inngå, utarbeidelse av opplæringspakke for ufaglærte og helsefagarbeidere og kompetanseområde palliasjon inn i spesialistutdanningen av leger. Ut over dette forvalter direktoratet tilskuddene «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». Med bakgrunn i alle disse ulike arbeidene ønsker direktoratet å se oppdragene i sammenheng slik at vi sikrer en helhetlig tilnærming på feltet. Vi mottok tilbakemelding fra HOD på forslag til løsning av oppdrag i begynnelsen av september.1) Utarbeidelse av veiledningsmateriale for ivaretagelse av personer i livets slutfase - ble igangsatt høsten 2015 2) Sintef har fått i oppdrag å evaluere tjenestetilbudet til personer med behov for lindrende omsorg som ble igangsatt høsten 2015. Vil levere innen av utgangen 2016.3) 1 mill til implementering av den kommende retningslinjen om lindrende behandling av barn og unge - Dette oppdraget rapporteres av Spesialistdivisjonen.4) Utvikling og implementering av opplæringstiltak for lindrende behandling til personer med demens - igangsatt i 2016.Høgskolen i Hedmark har oppdraget med å utvikle opplæringspakken (14/10660). Opplæringspakken leveres Helseidirektoratet innen 31.01.2016 Tilskudd til Senter for alders og sykehjemsmedisin og Ja til lindrende enhet og omsorg for barn er utbetalt. Det ble også gitt tilskudd til Verdighetscenteret for kursvirksomhet innen lindrende behandling.

Tillegg til tildelingsbrevet - nr. 11. Oppdrag om palliasjon ble mottatt 26.03.2015. Helseidirektoratet har levert et forslag til fremdriftsplan på arbeidet med veiledningsmateriale for ivaretagelse av personer i livets slutfase og evaluering tjenestetilbudet til personer med behov for lindrende omsorg. Helseidirektoratet har i tillegg gitt en samlet tilbakemelding om status, innspill og planer for det totale arbeidet på palliasjonsfeltet i slutten av april. Helseidirektoratet har omtrent 12 ulike oppdrag gående knyttet til palliasjonsfeltet. I tillegg til de oppgavene som beskrevet over er dette blant annet å utarbeide retningslinje for lindrende behandling av barn og unge, retningslinje om demens der lindrende behandling vil inngå, utarbeidelse av opplæringspakke for ufaglærte og helsefagarbeidere og kompetanseområde palliasjon inn i spesialistutdanningen av leger. Ut over dette forvalter direktoratet tilskuddene «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». Med bakgrunn i alle disse ulike arbeidene ønsker direktoratet å se oppdragene i sammenheng slik at vi sikrer en helhetlig tilnærming på feltet. Vi mottok tilbakemelding fra HOD på forslag til løsning av oppdrag i begynnelsen av september.1) 1,5 til utarbeidelse av veiledningsmateriale for ivaretagelse av personer i livets slutfase - igangsatt høsten 2015 2) 1,5 mill. til evaluering av tjenestetilbudet til personer med behov for lindrende omsorg - Sintef har fått oppdraget som igangsatt høsten 20153) 1 mill til implementering av den kommende retningslinjen om lindrende behandling av barn og unge - Retningslinjen vil etter planen bli ferdig ved utgangen av 2015. Det krever tilstrekkelig bistand til digitalisering, noe som har vært vanskelig å få. Forsinket digitalisering vil medføre utsettelse av høringer og LM-behandling og forsinket leveranse. Det vil derfor i år bli brukt lite av midlene til implementering .4) 1.mill. til utvikling og implementering av opplæringstiltak for lindrende behandling til personer med demens - igangsatt høsten 2015

Tillegg til tildelingsbrevet - nr. 11. Oppdrag om palliasjon ble mottatt 26.03.2015. Helseidirektoratet har levert et forslag til fremdriftsplan på arbeidet med veiledningsmateriale for ivaretagelse av personer i livets slutfase og evaluering tjenestetilbudet til personer med behov for lindrende omsorg. Helseidirektoratet har i tillegg gitt en samlet tilbakemelding om status, innspill og planer for det totale arbeidet på palliasjonsfeltet. Helseidirektoratet har omtrent 12 ulike oppdrag gående knyttet til palliasjonsfeltet. I tillegg til de oppgavene som beskrevet over er dette blant annet å utarbeide retningslinje for lindrende behandling av barn og unge, retningslinje om demens der lindrende behandling vil inngå, utarbeidelse av opplæringspakke for ufaglærte og helsefagarbeidere og kompetanseområde palliasjon inn i spesialistutdanningen av leger. Ut over dette forvalter direktoratet tilskuddene «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».Med bakgrunn i alle disse ulike arbeidene ønsker direktoratet å se oppdragene i sammenheng slik at vi sikrer en helhetlig tilnærming på feltet. For å sikre dette vil direktoratet i denne tilbakemeldingen komme med noen forslag til justeringer av oppdragene og noen omdisponeringer av midlene. Noen av midlene vil heller ikke kunne benyttes helt eller delvis dette året da kostnadene for tiltakene først vil komme i 2016.For å sikre at vi får til et godt helhetlig arbeid på palliasjonsfeltet, ønsker direktoratet å omdisponere noen av midlene til å ansette en koordinator. Dette vil være en koordinatorstilling som vi planlegger skal starte opp høsten 2015 og arbeidet vil foregå frem til alle tiltakene er gjennomført og ferdigstilt, omtrent mars 2017. Denne koordinatoren skal også ha ansvaret for å lage det samlede veiledningsmateriellet på fagfeltet. Etablering av et videreutdanningstilbud innen barnepalliasjon for helsepersonell:Palliasjon til barn er et eget fagfelt det er viktig at alle yrkesgrupper som jobber med barn kan noe om. Det er omtrent 130 barn i året som dør i Norge. Med bakgrunn i denne lave forekomsten mener direktoratet at det er viktigere at alle som jobber med barn og deres familier kan noe om palliasjon og hva som er spesielt med palliasjon til barn. Det er viktig at familiene kan ivareta i sitt nærmiljø med kjent personell. Dette innebærer at direktoratet anbefaler at det jobbes for at det utarbeides opplæringsmodul i palliasjon til barn som kan implementeres i relevante grunnutdanninger

● Utredning om egenandel fra pasienter og brukere uten samtykke kompetanse.

Ferdig

Ansvarlig enhet 6040 PHOT - Avd. omsorgstjenester

Opprinnelse 07.mai.2015

Beskrivelse Direktoratet bes vurdere om et eventuelt forbud mot eller begrensninger på å kreve egenandel bør gis i en generell bestemmelse, for eksempel i pasient- og brukerrettighetsloven. Videre bør forholdet til menneskerettighetene inngå i direktoratets vurderinger. Vi ber også om at direktoratet kommer med et anslag på hvor mye et eventuelt nytt regelverk vil koste det offentlige, blant annet kommunene i form av tapte muligheter for å kreve egenandel. Vi ber om at oppdraget blir sett i sammenheng med utredningsoppdraget knyttet til finansiering og egenbetaling for ulike boformer. Vi ber om å få svar innen 15. september 2015.

Kommentar Svar på oppdrag ble oversendt HOD innen fristen 15. oktober (15/7497)

Det knytter seg noe usikkerhet i forhold til å levere et svar på dette oppdraget innen 15. september. Vi jobber for at dette skal gå.

● Bruk av tvang overfor personer som ikke har diagnose psykisk

I rute

Ansvarlig enhet 6040 PHOT - Avd. omsorgstjenester

Opprinnelse 17.apr.2015

Beskrivelse Vi ber Helsedirektoratet innhente tilgjengelig kunnskap som beskrevet. Blant annet bør det om mulig innhentes opplysninger om hva slags tvangstiltak det konkret er tale om, og om omfanget av problemstillingen (antall tjenesteytere og tjenestemottakere som er berørt, og omfanget av tvangsbruk overfor den aktuelle gruppen av tjenestemottakere). Sentrale aktørers vurdering av problemstillingen bør også fremgå. Frist settes til 1. oktober 2015

Kommentar Det ble igangsatt en spørreundersøkelse for besvarelse av oppdraget. Vi sendte 8. juli 2015 brev til landets fylkesmenn og regionale helseforetak, aktuelle bruker-/interesseorganisasjoner og utvalgte kommuner, der de ble bedt om å besvare 13 konkrete spørsmål om problemstillingen. Resultatene ble oppsummert og vurdert og oversendt HOD innen fristen 1. oktober. Det er saksnr. 15/6325.

Det er igangsatt en spørreundersøkelse for besvarelse av oppdraget. Vi sendte 8. juli 2015 brev til landets fylkesmenn og regionale helseforetak, aktuelle bruker-/interesseorganisasjoner og utvalgte kommuner, der de bes om å besvare 13 konkrete spørsmål om problemstillingen. Fristen for besvarelse er satt til 7. september. Resultatene vil bli oppsummert og vurdert og oversendt HOD innen fristen 1. oktober.

Oppdraget er mottatt 17.04.2015, og vil igangsettes i løpet av mai.

● Oppdrag om palliasjon - delansvarlig.


I rute

Ansvarlig enhet 5010 SPST - Avd. sykehustjenester

Opprinnelse 01.jan.2015

Beskrivelse Beskrivelse: opprette videreutdanning i barnepalliasjon på master nivå Mål: Avtale med høyskole institusjon som kan starte videreutdanning i barnepalliasjon på masternivå (dette skal egentlig være ferdig i 2015, men vi deltar også i arbeidsgruppen for andre oppdrag i tilleggssprop. Til nasjonalbudsjett 2015.Tillegg til TB arkivref. 14/10188-23Midlene er allerede tildelt. SPST skal ha ansvaret for følgende deloppgave innenfor dette oppdraget:

Kommentar Etablering av videreutdanning innen barnepalliasjon er gjort gjennom en prosess med flere høyskoler hvor HiOA ble valgt. (1,5 mill)Retningslinjen for barnepalliasjon ferdigstilles nå etter ekstern høring. Implementeringsarbeidet vil igangsettes så snart retningslinjen er publisert. Til dette er det i 2015 bevilget 1 mill kroner som man håper å få overført til dette arbeidet i 2016.

 Utarbeidelse av veileder for forebyggende hjemmebesøk.

I rute

Ansvarlig enhet 6040 PHOT - Avd. omsorgstjenester

Opprinnelse 28.mai.2015

Beskrivelse Tillegg til TB nr. 13 - 14-10188-40Evalueringen av utviklingsprogrammet viser behov for veilednings-/ pedagogisk materiell for forebyggende hjemmebesøk. På denne bakgrunn ber vi om at de 2 mill. kronene som er bevilget over statsbudsjettets kap 761 post 21 til modellutvikling i stedet brukes til å utarbeide en veileder for forebyggende hjemmebesøk. En sammenstilling og anbefalinger av modeller kan være et element i veilederen. Det skal også utarbeides et rundskriv om forebyggende hjemmebesøk. Vi viser også til Folkehelsemeldingen, der det fremgår at Helsedirektoratet skal lage en veileder til helsetjenesten om helsefremmende aldring, om levevaner og individuell rådgivning. Departementet ber om at det utarbeides en fremdriftsplan for utvikling, fremleggelse, oppfølging og implementering av veilederen innen 31.desember 2015. Frist for ferdigstilling av veilederen er desember 2016.Vi ber om at direktoratet oversender et utkast til rundskriv innen 1. juli.

Kommentar Modellene som er utviklet gjennom det 3-årige programmet er sammenstilt for å kunne brukes inn i arbeidet med veilder/pedagogisk materiell for forebyggende hjemmebesøk. Det jobbes videre med oppdraget som skal slutføres innen desember 2016.

Det er inngått avtale med Halogen som skal bistå med å sammenstille og videreutvikle modeller for forebyggende hjemmebesøk basert på erfaringene i de 6 3-årige utviklingsprosjektene. Modellene skal inngå som viktige elementer i veileder for forebyggende hjemmebesøk.

 Finansiering og egenbetaling for ulike boformer

I rute

Ansvarlig enhet 6040 PHOT - Avd. omsorgstjenester

Opprinnelse 24.okt.2014

Beskrivelse Finansiering og egenbetaling for ulike boformer

Kommentar

Helsedirektoratet har i eget brev fra HOD 24. oktober 2014 i oppdrag å igangsette et utredningsarbeid om finansiering og egenbetaling i pleie- og omsorgstjenesten. Formålet med utredningsarbeidet er å få et rettferdig og forutsigbart regelverk som er enkelt å forstå for både brukere, pårørende og kommunene. Videre bør regelverket sikre at kommunene vurderer og planlegger sitt kapasitetsbehov ut fra hva befolkningen faktisk trenger, hva som gir god kvalitet og hva som er samfunnsøkonomisk fornuftig. Oppdraget er todelt og skal kvitteres ut fra direktoratet gjennom leveranse av to delrapporter: Delrapport I: • Beskrive dagens finansierings- og egenbetalingsordninger og gi en oversikt over endringer fra 2004. • Beskrive ordningene i de øvrige nordiske land. • Vurdere i hvilken grad kommunene i dag har insentiver til, og eventuelt velger, løsninger som ikke gir den samlet sett mest effektive bruken av offentlige midler. Delrapport II: • Redegjøre for mulige modeller for finansiering og egenbetalingsordninger for tjenestetilbud uavhengig av boform, herunder beskrive økonomiske og forvaltningsmessige (administrative) konsekvenser av de ulike modellene både for brukeren, kommunene og staten.» Delrapport 1 ble levert til fristen 15. februar 2015. Delrapport 2 ble levert 15. august. Våren 2015 ble det søkt om konsesjon for kobling av brukerdata fra IPLOS med inntektsdata. Formålet er å få et faktisk og detaljert grunnlag for å beregne økonomiske konsekvenser av ulike endringer i brukerbetalingen for brukere av ulike tjenester. Konsesjon ble ikke gitt før juni 2015 og dette datagrunnlaget forelå derfor ikke tidnok til å bli inkludert i delrapport 2. Beregningene i delrapport 2 baserte seg derfor på et forenklet datagrunnlag basert på noen forutsetninger. SSB er nå klare til å gjennomføre koblingen og arbeidet kan igangsettes så snart direktoratet har fått en tilbakemelding fra HOD på de foreslåtte modellene.

Finansiering og egenbetaling for ulike boformer. Helsedirektoratet fikk i eget brev fra HOD 24. oktober 2014 i oppdrag å igangsette et utredningsarbeid om finansiering og egenbetaling i pleie- og omsorgstjenesten. Formålet med utredningsarbeidet var å få et rettferdig og forutsigbart regelverk som er enkelt å forstå for både brukere, pårørende og kommunene. Videre bør regelverket sikre at kommunene vurderer og planlegger sitt kapasitetsbehov ut fra hva befolkningen faktisk trenger, hva som gir god kvalitet og hva som er samfunnsøkonomisk fornuftig. Oppdraget var todelt og direktoratet ble bedt om å levere to delrapporter: Delrapport I: Beskrive dagens finansierings- og egenbetalingsordninger og gi en oversikt over endringer fra 2004. Beskrive ordningene i de øvrige nordiske land. Vurdere i hvilken grad kommunene i dag har insentiver til, og eventuelt velger, løsninger som ikke gir den samlet sett mest effektive bruken av offentlige midler. Delrapport II: Redegjøre for mulige modeller for finansiering og egenbetalingsordninger for tjenestetilbud uavhengig av boform, herunder beskrive økonomiske og forvaltningsmessige (administrative) konsekvenser av de ulike modellene både for brukeren, kommunene og staten.» Delrapport 1 ble levert til fristen 15. februar 2015 og delrapport II ble levert 14. august 2015 (frist 15.8). I forbindelse med arbeidet ble det søkt om konsesjon for kobling av brukerdata fra IPLOS med inntektsdata. Formålet var å få et faktisk og detaljert grunnlag for å beregne økonomiske konsekvenser av ulike endringer i brukerbetalingen for brukere av ulike tjenester. Konsesjon ble gitt medio juni, noe som innebar at dette datagrunnlaget ikke kunne foreligge til leveringsfristen. Beregninger i delrapport II baserer seg derfor på et forenklet datagrunnlag basert på noen forutsetninger. Det ble avklart med oppdragsgiver i eget møte. Delrapport II drøfter og vurderer fire ulike modeller og ulike innretninger under hver av disse modellene. Rapporten gir ingen uttømmende beskrivelse av konsekvensene ved hver enkelt endring, men forsøker å angi på et overordnet nivå hvilke administrative og økonomiske endringer de ulike forslagene vil innebære for brukerne, kommunene og staten. Rapporten er ment som et faglig grunnlag for Helse- og omsorgsdepartementets videre arbeid. En uttømmende vurdering av juridiske, økonomiske og administrative konsekvenser vil være naturlig å gjøre når det er gjort et valg av hvilke konkrete endringer man ønsker det skal jobbes videre med.

Helsedirektoratet har i eget brev fra HOD 24. oktober 2014 fått i oppdrag å igangsette et utredningsarbeid om finansiering og egenbetaling i pleie- og omsorgstjenesten. Formålet med utredningsarbeidet er å få et rettferdig og forutsigbart regelverk som er enkelt å forstå for både brukere, pårørende og kommunene. Videre bør regelverket sikre at kommunene vurderer og planlegger sitt kapasitetsbehov ut fra hva befolkningen faktisk trenger, hva som gir god kvalitet og hva som er samfunnsøkonomisk fornuftig. Oppdraget er todelt og skal kvitteres ut fra direktoratet gjennom leveranse av to delrapporter: Delrapport I: Beskrive dagens finansierings- og egenbetalingsordninger og gi en oversikt over endringer fra 2004. Beskrive ordningene i de øvrige nordiske land. Vurdere i hvilken grad kommunene i dag har insentiver til, og eventuelt velger, løsninger som ikke gir den samlet sett mest effektive bruken av offentlige midler. Delrapport II: Redegjøre for mulige modeller for finansiering og egenbetalingsordninger for tjenestetilbud uavhengig av boform, herunder beskrive økonomiske og forvaltningsmessige (administrative) konsekvenser av de ulike modellene både for brukeren, kommunene og staten.» Delrapport 1 ble levert til fristen 15. februar 2015. Delrapport 2 ble levert 15. august. Arbeidet er i all hovedsak i rute. Det er søkt om konsesjon for kobling av brukerdata fra IPLOS med inntektsdata. Formålet er å få et faktisk og detaljert grunnlag for å beregne økonomiske konsekvenser av ulike endringer i brukerbetalingen for brukere av ulike tjenester. Dette datagrunnlaget vil ikke foreligge til leveringsfristen og beregninger må basere seg på et forenklet datagrunnlag basert på noen forutsetninger. Det er avklart med oppdragsgiver at dette legges til grunn for beregningene i rapporten som leveres innen 15. august.

2.2.2 Psykisk helse og rus

Oppgaver

● Presisering av oppdrag om øyeblikkelig hjelp døgnopphold for rus og psykisk helse		I rute
Ansvarlig enhet	6030 PHPR - Avd. psykisk helse og rus	
Opprinnelse	01.jan.2014	
Beskrivelse	<p>Helse- og omsorgsdepartementet ber Helsedirektoratet i tillegg til tildelingsbrev nr. 27 kvalitetssikre og oppdatere anslag over liggedøgn i brev av 15.12.2014 og vurdere om intervallet for psykisk helsevern kan snevres inn gitt de forutgående avklaringene om at plikten er knyttet til en spesifikk sengeplass i kommunen. Frist 15. 11.15. Helsedirektoratet bes også oppdatere veilederen for kommunale øyeblikkelig hjelp døgntilbud slik at den reflekterer innføring av plikten for de nye fagområdene fra 2017. Direktoratet holder departementet oppdatert på fremdriftsplan for oppdatering av veiledningsmaterialet om øyeblikkelig hjelp døgntilbud. Oppdraget er opprinnelig gitt om spesielle oppdrag i TB 2012.</p>	
Kommentar	<p>Brev om øyeblikkelig hjelp døgnopphold i kommunen for psykisk helse og rus, med oppdatert anslag over antall liggedøgn i psykisk helsevern som kan legges til grunn for en overføring til kommunene ble oversendt HOD 13.11.15. Utkast til revidert veiledende materiell som også inkluderer de nye fagområdene psykisk helse og rus ble oversendt KS for innspill 18.12.15. Frist for oversendelse HOD er 1. mars 2016.</p> <p>Det vises til tidligere leveranser til HOD 27.02.14 og 15.12.14. Oppdraget med å oppdatere anslag for psykisk helsevern er i rute. Aktuelle avdelinger i Helsedirektoratet skal innkalles for gjennomføring av oppdraget. Oppdraget er påbegynt, første møte 4.9.15. Fagområdene psykisk helse og rus innlemmes i eksisterende veileder for kommunale øyeblikkelig døgntilbud. Ansvarlig avdeling er avdeling omsorgstjenester (PHOT).</p> <p>Det ble oversendt et notat til HOD 27.02.14, med Helsedirektoratets vurderinger og anbefalinger om øyeblikkelig hjelp døgntilbud for personer med rusmiddelproblemer og psykiske lidelser. HOD har i brev av 9.10.14 bedt direktoratet om å gjøre et anslag over antall liggedøgn innen psykisk helsevern og TSB som kan overføres kommunen. Dette ble oversendt HOD 16.12.14.</p>	

● Oppdrag om utredning av ny finansieringsordning for kommunepsykologer		Ferdig
Ansvarlig enhet	6030 PHPR - Avd. psykisk helse og rus	
Opprinnelse	01.jan.2014	
Beskrivelse	<p>HOD ber H.dir bistand til å utrede en omlegging av tilskuddet til finansiering av kommunepsykologer fra et trappetrinnstilskudd til et varig tilskudd. Det er et ønske om å presentere rammene for en ordning i stortingsmeldingen om primære helsetjenestene som skal legges frem våren 201 jf, saksnr 14/9743-1</p>	
Kommentar	<p>Oppgaverapportering: Oppdraget er ferdigstilt. Avdeling psykisk helse og rus ved Helsedirektoratet oversendte hovedleveransen til HOD 01.12.14. NAPHA har som en del av oppdraget gjennomført en kvantitativ kartlegging av antall psykologer ansatt i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, som er oversendt HOD 09.03.15.</p> <p>Helsedirektoratet ved PHPR har oversendt hovedleveransen til HOD 01.12.14. NAPHA har som en del av oppdraget gjennomført en kvantitativ kartlegging av antall psykologer ansatt i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, som er oversendt HOD 09.03.15. Vi avventer videre oppdrag fra HOD i løpet av året etter at primærmeldingen er lagt frem.</p> <p>Helsedirektoratet ved PHPR har oversendt hovedleveransen til HOD 01.12.14. NAPHA har som en del av oppdraget gjennomført en kvantitativ kartlegging av antall psykologer ansatt i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, som er oversendt HOD 09.03.15. Vi avventer videre oppdrag fra HOD i løpet av året etter at primærmeldingen er lagt frem.</p>	

Ansvarlig enhet 6030 PHPR - Avd. psykisk helse og rus

Opprinnelse 01.jan.2013

Beskrivelse Resultatmål: utvikle verktøy for å lage helhetlige og koordinerte pasientforløp i kommunene. Ytterligere beskrivelse: Brev av 2.5.13 fra HOD. Oppdrag om oppfølgingen av stortingsmelding om kvalitet og pasientsikkerhet-kommunene og fylkeskommunenes helse- og omsorgstjenester. Stimulere til nettverk og arenaer for læring og kvalitetsforbedring. Arbeidet skal ses i sammenheng med kompetansesentrenes rolle/samfunnsoppdrag Wenche: KS: Barn og unge (Eget oppdragskode for 2016 inkl budsjett)Tore: KS - voksne (2016: midler gis direkte til KS fra HOD)

Kommentar Oppgaverapportering: Læringsnettverk: «Gode pasientforløp for personer med psykiske problemer og/eller rusproblemer» - 61 kommuner har deltatt i fem regionale nettverk. Satsingen har et mål om aktiv deltakelse fra brukere og brukerorganisasjoner. KS har sammen med Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten samarbeidet med brukerorganisasjonene Mental Helse, A-larm og RIO. Brukerrepresentanter er aktivt involvert i de fleste forbedringsteamene i kommunene. Det har vært utfordrende å få deltakelse fra spesialisthelsetjenesten. Gjennom læringsnettverket har flere kommuner kommet i gang med forbedringstiltak som tar sikte på å bedre samhandlingen mellom tjenestene, med utgangspunkt i hva som er viktig og nyttig for den enkelte bruker. Helse- og omsorgsdepartementet leder styringsgruppen for arbeidet og fikk statusrapport til styringsgruppemøtet i desember 2015. Midler utbetales direkte fra HOD. Det må avklares hvilken rolle Helsedirektoratet skal ha i det videre arbeidet. Det forventes at styringsgruppen gir tilbakemelding om hvordan dette skal være for 2016. Læringsnettverket «Gode tjenester for barn og unge med psykiske problemer og rusproblemer» har gjennom 2014/2015 omfattet 40 kommuner gjennom fire regionale nettverk. KS har sammen med Kunnskapssenter for helsetjenesten, fylkesmannsembete og de regionale kompetansesentre, inkludert samarbeid med blant annet Mental helse ungdom, og Voksne for barn gjennomført nettverkssamlinger der tema som brukermedvirkning, måling av kvalitet på tjenestene, rapportering har vært tema. Det har vært utfordrende å få deltakelse fra spesialisthelsetjenesten v/BUP. Gjennom læringsnettverket har flere kommuner kommet i gang med forbedringstiltak som tar sikte på å bedre samhandlingen mellom tjenestene, med utgangspunkt i hva som er viktig og nyttig for den enkelte bruker. Styringsgruppen er ledet av KS med deltakelse fra spesialisthelsetjenesten, NBUP, kommune, Helsedirektoratet og Bufdir

Nettverkene er etablert og i drift i regi av KS og kunnskapssenteret. Da det ikke er avsatt midler til oppgaven i 2015 må det avklares hvilken rolle Helsedirektoratet fortsatt eventuelt skal ha i det videre arbeidet. Det forventes at styringsgruppen gir tilbakemelding om hvordan dette skal være for 2015.

Nettverk er etablert og i drift i regi av KS og kunnskapssenteret. Da det ikke er avsatt midler til oppgaven i 2015, må det avklares hvilken rolle Helsedirektoratet fortsatt eventuelt skal ha i det videre arbeidet. Det forventes at styringsgruppen gir tilbakemelding om hvordan dette skal være for 2015.

Ansvarlig enhet 6030 PHPR - Avd. psykisk helse og rus

Opprinnelse 01.jan.2014

Beskrivelse Resultatmål: Strategien skal bedre samarbeidet på tvers av sektorer og forvaltningsnivåer og skal sikre en en mer koordinert bruk av statlige virkemidler slik at vanskeligstilte på boligmarkedet får en varig og stabil bosituasjon. Seks direktorater bidrar i arbeidet med å utarbeide felles tiltaksplan, bedre styringsinformasjon og en boligsosial veiviser. Det skal også lages en felles årlig statusrapport på arbeidet. Vi viser forøvrig til rapportering på spesielle oppdrag TB 2014 om å bidra til utvikling og oppfølging av ny nasjonal strategi for boligsosialt arbeid: Jf. bestilling om faste oppdrag: Helsedirektoratet skal gjennom forvaltning av tilskudd til kommunalt rusarbeid og andre relevante tiltak bidra sammen med husbanken og Arbeids- og velferdsdirektoratet og andre relevante aktører i arbeidet med å forebygge og bekjempe bostedsløshet.

Kommentar Oppgaverapportering: Arbeidsgruppen som har ansvaret for å utarbeide felles tverrdirektoral tiltaksplan for 2016 leverte et utkast til departementene i slutten av desember. Tiltaksplanen skal være ferdigstilt til 1. februar 2016. Arbeidet med styringsinformasjon har jobbet hele året med målsettinger og styringsindikatorer for strategien og arbeidet er i rute. Det skal leveres en rapport på dette arbeidet i april 2016. Prioritert arbeid fremover vil være arbeidet med den boligsosiale veiviseren. Prosjektering og finansiering har hatt prioritet fram til nå. Vi starter nå opp med produksjon av innhold og tekst til veiviseren. Hdir skal også ha ansvaret for et læringsprosjekt om Housing First sammen med Husbanken og AV dir. samt at vi skal jobbe med bedre samordning av statlige tilskuddsordninger sammen med de nevnte direktorater. Arbeidet med den boligsosiale strategien er i rute.

Arbeidet med den boligsosiale strategien er i rute. Hdir har opprettet en intern arbeidsgruppe som følger opp leveranser og spiller inn til de tverrdirektorale arbeidsgruppene som er opprettet i tilknytning strategiarbeidet. Hdir har deltakere inn i alle de tverrdirektorale arbeidsgruppene. Det avholdes jevnlig møter med Samordningsgruppa for strategien som består av avdelingsdirektører fra alle direktoratene samt med ressursgruppa som er tilknyttet arbeidet.

Arbeidet med strategien er godt i gang. Arbeidet i de tre tverrdirektorale arbeidsgruppene og i intern arbeidsgruppe går sin gang. Det har vært til dels stor aktivitet i arbeidsgruppene og leveranser er oversendt departementene innen angitte frister. Det har vært avholdt møte med ressursgruppen og samordningsgruppen møtes jevnlig.

Vi viser til rapportering på spesielle oppdrag TB 2014 om å bidra til utvikling og oppfølging av ny nasjonal strategi for boligsosialt arbeid: Strategiarbeidet er godt i gang. Det er opprettet en intern arbeidsgruppe i Helsedirektoratet som består av personer fra ulike avdelinger som møtes jevnlig for å følge opp arbeidet. Det er opprettet et samhandlingsforum som består av representanter fra alle de 6 direktoratene som møtes 5 - 6 ganger i året. I tillegg er det nedsatt foreløpig 3 arbeidsgrupper som jobber med henholdsvis tiltaksplan, boligsosial veileder og bedre styringsinformasjon.



Oppdrag om videreføring av 0-24 samarbeidet om utsatte barn og unge.

I rute

Ansvarlig enhet 6030 PHPR - Avd. psykisk helse og rus

Opprinnelse 03.jun.2015

Beskrivelse Resultatmål: Målgruppen for samarbeidet er utsatte barn og unge under 24 år. Med dette menes barn og unge med høy risiko for å utvikle problemer som kan lede til manglende kompetanse-oppnåelse i skolen og fremtidig marginalisering fra utdanning og arbeidsliv. Målet med samarbeidet er bedre samhandling i stat og kommune om tiltak for at flere skal lykkes i skolen og fullføre videregående opplæring, som grunnlag for en varig tilknytning til arbeidslivet; 14/10188-50Ytterligere beskrivelse: Rapporten Samarbeid om økt gjennomføring videregående opplæring: På bakgrunn av felles oppdragsbrev i 2014 leverte direktoratene rapporten Samarbeid om økt gjennomføring i videregående opplæring 15. januar 2015. De faglige anbefalingene i rapporten danner utgangspunkt for dette oppdraget. Departementene gjør oppmerksom på at det må påregnes nye oppdrag knyttet til oppfølgingen av 0-24 samarbeidet fremover. Departementene legger til grunn at arbeidet sees i et foreløpig 5-årsperspektiv (2015-2020). Oppdraget ligger lagret i 360: Saksnr. 14/10188-50 og inneholder mange underleveranser. Milepælsplan med fremdrift, frister, risikovurderinger og organisering av arbeidet skal utarbeides. Viser til nytt oppdrag fra HOD 2015. Oppdraget er også omtalt i endelig TB 2016 side 20.

Kommentar Oppgaverapportering: Oppdraget er forankret i avdeling psykisk helse og rus i primærhelsedivisjonen som representerer Hdir i programmets styringsgruppe og innehar kontaktpersonfunksjonen inn mot sekretariatet i Udir. Avdeling psykisk helse og rus leder den interne referansegruppen. Flere avdelinger i Hdir er involvert i arbeidet som deltakere eller ledere av arbeidsgrupper.

Oppgaverapportering: Oppgaven er forankret i PHPR, flere avdelinger er involvert i arbeidet. Hdir vil lede fire arbeidsgrupper, og delta i åtte grupper som ledes av andre direktoratene. Det er utarbeidet utkast til mandat og milepælsplan. Det er nedsatt en intern gruppe hvor Hdirs representanter i arbeidet møtes regelmessig for å kvalitetssikre og forankret arbeidet i organisasjonen.

Oppdraget har saksnr. 14/10188 (50) i 360.



Ansvarlig enhet	6030 PHPR - Avd. psykisk helse og rus
Opprinnelse	19.feb.2015
Beskrivelse	Fått 1,2 mill kr i tillegg til tildeling fra HOD i februar 2015 - midlene skal gå til å arrangere samling for de overlevende etter 22.juli.
Kommentar	<p>Oppgaverapportering: helgesamlingen ble holdt i tråd med planen. Møte med evalueringsresultater ble berammet til 12.1.2016. Økonomirapportering - Det var opprinnelig avsatt 1,2 mill kr til helgesamling for overlevende etter 22.juli hendelsene i tillegg til tildeling fra HOD. Det viste seg i midlertidig at det ville påløpe mere utgifter til samlingen, budsjettet ble derfor tilført ytterligere 200 000 kr for å dekke kostandene knyttet til samlingen. Ved årsregnskapet viser det seg at mindreforbruket på posten utgjør ca 45 000 kr, dette skal gå til dekning av merforbruk innen posten.</p> <p>Ny beregning viser at det forventes at det skal regnskapsføres ca 1,2 mill på denne oppdragskoden. Resterende mindreforbruk vil gå til dekning av merforbruk på OP-250-1.</p> <p>Det var totalt bevilget 1,2 mill kr til dette oppdraget i tillegg til tildeling fra HOD. Det viser seg at helgesamlingen kostet mer enn budsjettet. Det er forventet mindreforbruk innenfor posten som blir flyttet til dette oppdraget. Totalt budsjett etter flytting av midler blir 1,4 mill kr. Det forventes derfor ikke avvik på årsbasis.</p> <p>Oppgaverapportering: Det er gjennomført flere møter med arrangementskomiteen og dato for samlingen blir 2.-4.10.2015. Det er ikke forventet avvik på årsbasis.</p> <p>Oppgaverapportering: Flere møter med arrangementskomiteen er holdt og dato for samlingen blir 2.-4.10.2015. 1,2 mill kroner er øremerket for tiltaket.</p> <p>Økonomirapportering: Avviket hittil i år ifht periodisering skyldes at store deler av utgiftene knyttet til denne samlingen kommer når samlingen skal avholdes i oktober 2015. Det er ikke forventet avvik på årsbasis.</p>

2.2.3 Primærhelsetjenesten

Oppgaver



Ansvarlig enhet	6040 PHOT - Avd. omsorgstjenester
Opprinnelse	01.jan.2015
Beskrivelse	Tillegg til tb nr. 33 - 14/10188-62. Helsedirektoratet bes om å :1) Oppdatere veiledningsmaterieill for å bistå kommuner og helseforetak i etablering og drift av døgnopphold for øyeblikkelig hjelp. Frist 1.1.2016 2) Vurdere behov for å iverksette særskilte oppfølgingstiltak ovenfor kommunene som per i dag ikke ligger an til å overholde fristen. - frist 1.10.2015 3) Statusoppdatering - levere en foreløpig vurdering av nye tall for etablering av tilbud innen primo desember 2015.

Kommentar

Øyeblikkelig hjelp døgntilbud i kommunene Helsedirektoratet har ansvar for å utvikle veiledningsmateriell. Formålet er å bistå kommuner og helseforetak i etablering og drift av øyeblikkelig hjelp døgnopphold. Veiledningsmateriellet revideres jevnlig på bakgrunn av resultater fra undersøkelser, innspill og erfaringer fra kommuner og helseforetak gjennom møter, samtaler og konferanser. Seneste revisjon var februar 2014. I eget oppdragsbrev av 18.8.15 har Helsedirektoratet fått i oppdrag å gjøre en foreløpig oppdatering av veiledningsmateriellet innen 1.1.2016 (utsatt frist til 01.03.2016). Revisjonen skal basere seg på nyervervet kunnskap, samt legge grunnlag for at psykisk helse og rus inkluderes i de kommunale øhd-tilbudene fra 2017. Ved utgangen av 2015 vil 365 kommuner ha etablert et tilbud. 63 kommuner starter opp 2016 eller senere. Fylkesmennene har kartlagt hvilke planer de gjenstående kommunene har. Alle, med unntak av tre, har planer om å etablere et tilbud i løpet av 2016. Samtidig oppgir 25 kommuner at det er usikkerhet knyttet til oppstartstidspunkt. Hovedutfordringene er bygging av lokaler eller tilgang på egnede lokaler, samarbeidet med andre kommuner, finansiering, samarbeid med andre helsetjenester i kommunen og med helseforetaket, samt tilgang på personell og kompetanse. Helsedirektoratet oversendte HOD innen fristen 01.10.2015 (14/10188) en vurdering av særskilte oppfølgingstiltak overfor kommunene som per i dag ikke ligger an til å overholde fristen.

Øyeblikkelig hjelp døgntilbud i kommunene. Helsedirektoratet har ansvar for å utvikle veiledningsmateriell. Formålet er å bistå kommuner og helseforetak i etablering og drift av øyeblikkelig hjelp døgnopphold. Veiledningsmateriellet revideres jevnlig på bakgrunn av resultater fra undersøkelser, innspill og erfaringer fra kommuner og helseforetak gjennom møter, samtaler og konferanser. Seneste revisjon var februar 2014. I eget oppdragsbrev av 18.8.15 har Helsedirektoratet fått i oppdrag å gjøre en foreløpig oppdatering av veiledningsmateriellet innen 1.1.2016. Revisjonen skal basere seg på nyervervet kunnskap, samt legge grunnlag for at psykisk helse og rus inkluderes i de kommunale øhd-tilbudene fra 2017. Helsedirektoratet forvalter halvparten av midlene som skal overføres fra spesialisthelsetjenesten til kommunene i perioden 2012-2015. Det er utviklet en egen tilskuddsordning for dette formålet. Samlet budsjettbevilgning over kap. 762, post 62 for 2015 er 586,3 mill kroner. Søknadsfrist for nye søkere i 2015 var 1.mars. 81 nye kommuner søkte om tilskudd. Ved utgangen av 2015 vil 365 kommuner ha etablert et tilbud. 63 kommuner starter opp 2016 eller senere. Fylkesmennene har kartlagt hvilke planer de gjenstående kommunene har. Alle, med unntak av tre, har planer om å etablere et tilbud i løpet av 2016. Samtidig oppgir 25 kommuner at det er usikkerhet knyttet til oppstartstidspunkt. Hovedutfordringene er bygging av lokaler eller tilgang på egnede lokaler, samarbeidet med andre kommuner, finansiering, samarbeid med andre helsetjenester i kommunen og med helseforetaket, samt tilgang på personell og kompetanse. Bruken av plassene er en utfordring, selv om dekningsgraden øker etter hvert som tilbudene har vært i drift i noe tid. Direktoratet ser en særskilt utfordring i interkommunale tilbud der tilbudet i stor grad blir brukt av pasienter fra vertskommunen og i liten grad av de samarbeidende kommunene. Rambøll gjennomfører nå en kartlegging i et utvalg kommuner for å få mer kunnskap om hva som er årsakene til dette. Rapport foreligger medio september 2015. Øyeblikkelig hjelp døgnplassene organiseres svært ulikt rundt i kommunene og Helsedirektoratet har vært opptatt av om tilbudet etableres på «riktig nivå» ut fra formålet med ordningen spesielt og intensjonene med samhandlingsreformen generelt. Tilbudet må være godt integrert i den øvrige helse- og omsorgstjenestene i kommunen og i den akuttmedisinske kjeden. Ansvarsfordeling mellom kommunen og samarbeidende helseforetak må også være avklart og formalisert. I veiledningsmateriellet har direktoratet tydeliggjort partenes felles ansvar for å sikre faglig forsvarlig og kvalitet på tilbudet, blant annet ved å gjennomføre jevnlig risiko- og sårbarhetsanalyser, både i planleggings- og driftsfase. For å få mer systematisk kunnskap om helseforetakenes erfaringer med planprosess og etablering av tilbudene, har Deloitte fått i oppdrag å gjennomføre en kartlegging i et utvalg helseforetak. Rapport foreligger medio september 2015.





Oppdrag vedrørende innføring av øyeblikkelig hjelp døgntilbud 3) Statusoppdatering av tall for tilbud opprettet


I rute

Ansvarlig enhet 4000 FIDD - Divisjonsdirektør

Opprinnelse 01.jan.2015

 Oppdrag - Helse og omsorg i plan.	Ferdig
Ansvarlig enhet	6040 PHOT - Avd. omsorgstjenester
Opprinnelse	01.jan.2015
Beskrivelse	Helsedirektoratet bes om å komme med forslag til hvordan dette planarbeidet med hjelp fra fylkesmannsembetene kan intensiveres som en del av arbeidet med Omsorg 2020.360 14/10188-65
Kommentar	Helse- og omsorgsdepartementet ønsker verktøyet vurdert av en planfaglig kompetanse, med sikte på hva som må til for å ta det i bruk i hele landet, samt en vurdering av hvordan verktøyet kan nyttiggjøres i fylkesmennenes tilsynsarbeid. Helsedirektoratet oversendte svar på dette i brev datert 15.12.2015 (13/5155-20)

 Utredning av hvilke oppgaver kommunene bør få på rehabiliteringsfeltet ved kommunereformen.	Ferdig
Ansvarlig enhet	6020 PHMR - Avd. minoritetshelse og rehabilitering
Opprinnelse	01.jan.2015
Beskrivelse	Tillegg til tb nr. 34 - 360 - 14/10188-64 Det skal utredes nærmere hvilke oppgaver innenfor rehabiliteringsfeltet kommunene skal få et større ansvar for, samt i hvilken form en slik ansvarsdeling skal skje. Hdir bes om å utrede flere forhold rundt denne ansvarsdelingen, som er beskrevet i tildelingsbrevet.
Kommentar	<p>Oppdraget er besvart i brev oversendt HOD 5. januar 2016. Som ledd i arbeidet med å besvare oppdraget, ble det arrangert en workshop med 50 deltakere fra brukere, tjenestene, fag- og interesseorganisasjoner 30. nov 2015. Helsedirektoratet løste for øvrig oppgaven gjennom bruk av interne ressurser på tvers av avdelinger.</p> <p>Aktiviteter knyttet til dette oppdraget er kommentert under OP-28-4. Arbeidet vil bli gjennomført i samarbeid med SPRF. Det vil tilkomme kostnader for utredningsarbeid knyttet til oppgaver gitt i tillegg til tildelingsbrevet jfr. brev fra HOD datert 21.08.2015. I tillegg til tildelingsbrevet, skulle Hdir utrede hvilke oppgaver kommunene bør få på rehabiliteringsfeltet ved kommunereformen, jfr. tillegg til tildelingsbrev nr. 34, datert 21.08.2015. Til dette arbeidet vil det være behov for ekstern kompetanse innen helseøkonomi.</p>

 Kunnskap- og kompetansesentrene utenfor spesialisthelsetjenesten - samfunnsoppdrag og styringsmodell	I rute
Ansvarlig enhet	6030 PHPR - Avd. psykisk helse og rus
Opprinnelse	04.jun.2015
Beskrivelse	<p>Tillegg til tb nr. 24 - 14/10188-46 Departementet legger til grunn at Helsedirektoratet foretar en vurdering av hvert av sentrenes virksomhet i lys av fastsatte samfunnsoppdrag og oppgaver. Direktoratet må bidra til at de aktuelle sentre over tid etterlever og utfører de aktuelle oppgaver. Videre ber departementet direktoratet sørge for tiltak som skal sikre kommunene og deres tjenester bedre kjennskap til sentrenes virksomhet, og likeverdig tilgang til kunnskaps- og kompetansesentrene. I første omgang kan dette skje gjennom etablering av et felles nettsted / nettportal hvor sentrene er knyttet opp. Dette vil gi en elektronisk tilgang gjennom; en dør inn; til å søke kompetansestøtte. Kunnskaps- og kompetansesentrene er etablert over tid gjennom ulike tilskuddsordninger og har ulik organisatorisk tilknytning. Departementet ber direktoratet vurdere tilskuddsforvaltningen til hvert enkelt senter i henhold til regelverk for offentlig støtte og regelverk om anskaffelser etter EØS-avtalen og eventuelt annet relevant regelverk. Resultatmål: Organisatorisk sammenslåing Flere av kunnskaps- og kompetansesentrene har formidlet ønsker om organisatorisk sammenslåing. Et sentralt formål med slik sammenslåing må blant annet være at de aktuelle sentre på bedre måte blir i stand til å levere kompetansestøtte til målgruppene, innenfor gjeldende økonomisk ramme. Departementet ber om direktoratets vurdering av ulike hensyn som bør ligge til grunn for organisatorisk sammenslåing. I den sammenheng må det også vurderes i hvilken grad regelverket om anskaffelser og regelverket om offentlig støtte etter EØS-avtalen vil være til hinder for slik sammenslåing.</p>

Kommentar

Oppgaverapportering: Oppdraget er prosjektorganisert. Arbeidet inkluderer flere divisjoner og ledes fra primærhelsedivisjonen. Advokatfirma Kluge bistår Helsedirektoratet i gjennomgangen og vurderingen av om tilskuddsforvaltningen av sentrene er i henhold til regelverk for offentlig støtte og regelverk om offentlige anskaffelser etter EØS- avtalen. Det vil i det videre arbeidet trekkes veksler på Kompetanse- og kvalitetsutvalgets sluttrapport, som overleveres Helsedirektoratet innen utgangen av januar 2016.

Oppgaverapportering: Oppdraget prosjektorganiseres. Arbeidet inkluderer flere divisjoner, og ledes fra primærhelsedivisjonen. Kompetanse- og kvalitetsutvalgets vurderinger og anbefalinger vil være ett viktig grunnlag for besvarelsen



Ansvarlig enhet 6050 PHAH - Avd. allmennhelsetjenester

Opprinnelse 01.jan.2015

Beskrivelse 14710188-101 Helse- og omsorgsdepartementet ber med dette om Helsedirektoratets bistand til å utforme et program for, utarbeide et budsjett samt arrangere et toppmøte om ungdomshelse under Ungdoms-OL på Lillehammer torsdag 18. februar 2016, kl. 10:00-16:00. Ungdoms-OL arrangeres i perioden 12.-21. februar og samler 1100 utøvere mellom 15 og 18 år fra 70 nasjoner. Ungdoms-OL består av de samme idrettsgrenene vi kjenner fra de olympiske leker, men skal også utvikle fremtidens idrett. 3000 frivillige gjør det mulig å arrangere lekene. Politisk ledelse i Helse- og omsorgsdepartementet har i dialog med politisk ledelse i Kulturdepartementet og Lillehammer Youth Olympic Organising Committee (LYOGOC) v/ adm.dir. Thomas Holmestad, bestemt at det skal arrangeres et toppmøte om ungdomshelse under Ungdoms-OL på Lillehammer torsdag 18. februar 2016, kl. 10:00 –16:00. Ønsket er, i lys av den kommende ungdomshelsestrategien, å sette fokus på ungdoms helse, både psykisk, sosialt og fysisk. Målgruppe for toppmøtet og forslag til mulige foredragsholdere Målgruppen for møtet er frivillige organisasjoner som representerer ungdom og unge voksne. Idrettsutøvere som deltar i Ungdoms-OL – særlig fra de nordiske landene, og deres ledere er også aktuelle som deltakere i toppmøtet. Relevante foredragsholdere bør hentes både fra idretten og fra relevant fagmiljøer. Ett eksempel er Tiril Sjøstad Christiansen (freestylekjører) som nettopp har uttalt at det er blitt mye mer fokus på kropp i idretten. Hun kan være aktuell som innleder til temaet sunn ungdomsidrett, prestasjonspress og fysisk helse. Prosjektleder for; Sunn jenteidrett; kan også være aktuell som innleder. Eat, move, sleep; er Fotballforbundet sin kampanje, og retter seg mot bredden av ungdom. Dette kan være en relevant aktør for å holde foredrag. Fokuset retter seg inn mot helheten i det som skaper sunnhet, god helse og livskvalitet; kombinasjonen av kosthold, fysisk aktivitet og søvn. Marco Elsafadi er en mulig innleder for å snakke om når livet ikke blir som planlagt. Elsafadi har vært åpen om hvordan han ble rammet av den nevrologiske sykdommen Guillain-Barré og hvordan han har kjempet seg tilbake. Han ble kåret til årets forbilde på Idrettsgallaen, og stifter av organisasjonen New Page som fram til 2011 jobbet med vanskeligstilte ungdom, rusproblematikk, fravær fra skole/utdanning, fritidsproblemer og vold. Et annet tilsvarende eksempel er Dagfinn Enerly, som fikk en brutal avslutning på fotballkarrieren, da han under en fotballkamp brakk nakken og ble lam fra nakken og ned. Elsafadi og Enerly har på forbilledlig vis vist hvordan man ikke kan la seg stoppe til tross for at livet ikke alltid blir som planlagt. Mange unge idrettsutøvere med store ambisjoner opplever at man ikke alltid når målene man har satt seg og at drømmen om en idrettskarriere må legges på hylla. Det kan være krevende når man har satset alt på ett kort, å måtte redefinere seg selv, sin identitet og sine mål for livet. Side 3 Fotballspilleren Claus Lundekvam er en mulig innleder for å snakke om idrett og rus og ;baksiden av idrettsmedaljen. Andre mulige innledere er forfatteren Oda Faremo Lindholm som har skrevet boken Bullshitfilteret, lederen av Landsgruppen av helsesøstre, barneombudet, Mental helse ungdom, ungdomsrådene i sykehus og forskere med kunnskap om relevante temaer. Stian Blipp er foreslått som møteleder. Vi ber, på denne bakgrunn, Helsedirektoratet om å utarbeide et utkast til program som minst inneholder:- Kortfattet åpning fra de respektive politiske ledelser- Underholdning og lunsj- Innlegg om sunn ungdomsidrett, prestasjonspress, psykisk helse, kroppsfokus, rus i idretten, identitet og fysisk helse- Åpning for innlegg fra salen, alternativt organisering av diskusjonsgrupper, avhengig av størrelse på lokalet, antall deltagere og hva som er mest hensiktsmessig- Oppsummering og avslutning av relevant aktør. Vi ber Helsedirektoratet om å ta ansvaret for den praktiske tilretteleggingen, herunder, i samarbeid med LYOGOC, ta ansvaret for å finne egnet lokale for det antallet deltagere som inviteres. Helsedirektoratet bes også om å invitere innledere og å håndtere invitasjon og påmelding til arrangementet. Vi ber også om forslag til hvem/hvilke organisasjoner som bør inviteres, ut over de ovenfor nevnte. Helse- og omsorgsdepartementet vil bære kostnadene knyttet til gjennomføringen av arrangementet. Helse- og omsorgsdepartementet tildeler også med dette Helsedirektoratet 500 000 kroner over kap. 765, post 21 i 2015, slik at man kommer i gang med arbeidet. Departementet har behov for å orientere politisk ledelse om status for arrangementet underveis i prosessen. Departementet ber derfor om forslag til program og forslag til invitasjonsliste, samt forslag til/bekreftelse på lokaler innen utgangen av året. Vi beklager korte frister knyttet til oppdraget, og ber dere ta kontakt om det er noe som er uklart. Vi ber også om at ansvarlig saksbehandler i Helse- og omsorgsdepartementet, Monica Skjöld Johansen (msj@hod.dep.no, tlf: 479 51 221) informeres om hvem som vil være Helsedirektoratets primære saksbehandler i saken.

Kommentar Helsedirektoratet fikk i TB nr. 55 Bistand til arrangement av ungdomshelsekonferanse under Ungdoms-OL; av 25. november 2015. Oppgaven følget med 0,5 mill. på Kap/post 0765.21, OP-242-1. Disse midlene ikke ble benyttet i 2015 da oppdraget kom sent på året. Planlegging av arbeidet er i gang, det jobbes med gjennomføring av toppmøte om ungdomshelse under Ungdoms-OL i 2016, 18. feb. 2016. Ubrukt på 0,5 mill. på Kap/post 0765.21 Oppgave OP-424-1 er søkt å overføres fra 2015 til 2016.


2.3 Spesialisthelsetjenesten


Oppgaver

● Forskrifter til ny transplantasjonslov		Ferdig
Ansvarlig enhet	5050 SPBH - Avd. bioteknologi og helserett	
Opprinnelse	17.des.2014	
Beskrivelse	Utarbeide utkast til forskrifter. Oppdrag datert 17.12.2014, frist 1.9.2015. Samarbeid SPST.	
Kommentar	<p>Årsrapportering 2015: Oppdrag med å vurdere behov for forskrifter til ny transplantasjonslov, og i så fall utarbeide utkast til forskrift om samtykke, medisinsk oppfølging av donor, behandling med sikte på donasjon og anonymitet. Frist 1. september 2015. Helsedirektoratet gjennomførte oppdraget i samarbeid med representanter fra fagmiljøet, blant annet representanter fra Norod. Oppdraget ble sluttført ved brev til HOD av 31. august 2015. Vi konkluderte med at det på nåværende tidspunkt ikke er behov for å utarbeide forskrifter på de aktuelle områdene. Reglene er godt utfylt i helseretten. Å detaljregulere dette flere steder vil kunne skape rom for tolkningstvil. Vi har lagt opp til at det på enkelte av områdene utarbeides veiledere og da i tett samarbeid med fagmiljøet. Dersom det på et senere tidspunkt, når loven har fått virke en tid, viser seg at det er et behov, så vil vi ta initiativ til å lage forskrifter.</p> <p>Oppdraget er ferdigstilt 01.09.15. Brev med vurderinger sendt HOD</p>	


● Følgeevaluering av pakkeforløp for prostatakrefte.		I rute
Ansvarlig enhet	5010 SPST - Avd. sykehustjenester	
Opprinnelse	12.aug.2015	
Beskrivelse	Tillegg til tildelingsbrev 14/10188-59. Helsedirektoratet blir bedt om å gjennomføre en uavhengig følgeevaluering av både de nasjonale faglige retningslinjene for diagnostisering, behandling og oppfølging av prostatakrefte og pakkeforløp for prostatakrefte. Departementet vil komme tilbake med frist for arbeidet. Resultatmål: Kvalitet i tjenesten, likeverdig behandling og gode pasientforløp	
Kommentar	Oppdraget er gitt som et eget oppdrag fra HOD. Det har vært kontakt med Kunnskapscenteret om muligheter for kunnskapsoppsummering.	

● Tiltak som kan bidra til økt rettssikkerhet ved plutselige barnedødsfall.		Ferdig
Ansvarlig enhet	5010 SPST - Avd. sykehustjenester	
Opprinnelse	01.jan.2015	
Beskrivelse	Forslag fra Barneombudet, Helsedirektoratet bes om å gjøre rede for rutiner og praksis ved uventede dødsfall. Helsedirektoratet skal vurdere forslaget fra Barneombudet. Vi skal også konferere med andre relevante instanser og organisasjoner som f.eks. Folkehelseinstituttet, Politidirektoratet og brukerorganisasjoner. 360 sak 14/10188-12, se også brev fra Barneombudet i samme sak.	
Kommentar		

 Koordinerende rolle i forbindelse med økt asylankomst.		I rute
Ansvarlig enhet	5010 SPST - Avd. sykehustjenester	
Opprinnelse	01.jan.2015	
Beskrivelse	Også lagt inn på ABER.	
Kommentar	Ukentlige situasjonsrapporter fra RHFene gjennomgås og bearbeides for rapportering til HOD. SPST leder SP-divisjonens delprosjekt i direktoratets flyktningprosjekt og ivaretar ulike oppgaver. Alt er i rute.	

 Evaluering av bioteknologiloven - Faglig oppdatering av feltet		Ferdig
Ansvarlig enhet	5050 SPBH - Avd. bioteknologi og helserett	
Opprinnelse	11.apr.2014	
Beskrivelse	Faglig oppdatering på alle områder under bioteknologiloven, også juridisk.	
Kommentar	<p>Årsrapport 2015: Oppdraget ble gjennomført i tråd med prosjektplanen, men SPBH fikk utsatt frist på oppdraget for å samkjøre med Bioteknologirådets leveranse på sitt evalueringsoppdrag. HOD fikk oversendt rapporten Evaluering av bioteknologiloven 2015 - oppdatering om status og utvikling på fagområdene som reguleres av loven; 14. august 2015. Rapporten går gjennom og oppdaterer de viktigste utviklingstrekkene siden evalueringsrapporten 2011. I tillegg peker rapporten på bestemmelser i loven som, i lys av utviklingen, er utdaterte, og på bestemmelser som er uklare. Rapporten er utarbeidet i nært samarbeid med sentrale fagmiljøer, representert med Bioreferansegruppa, og det er lagt vekt på problemstillinger som er spesielt relevante for fagmiljøene.</p> <p>Er under arbeid. Bioreferansegruppen med forsterkninger av nødvendig fagkompetanse er koblet på og bidrar.</p>	

 Juridisk bistand til utredning av problemstillinger knyttet til oppbevaring av pasientjournal hos FM		Ferdig
Ansvarlig enhet	5050 SPBH - Avd. bioteknologi og helserett	
Opprinnelse	01.okt.2014	
Kommentar	<p>Årsrapportering 2015: Hdir fikk i oppdrag fra HOD å kartlegge og utrede problemstillinger knyttet til ordningen med oppbevaring av pasientjournaler hos landets fylkesmenn. I tillegg til en kartlegging av omfanget av dagens ordning anbefalte direktoratet at gjeldende ordning opphører og erstattes av en nasjonal oppbevaringsordning, og at det fortrinnsvis legges til Norsk helsearkiv. Det ble som følge av dette vurdert behov for endring av pasientjournalforskriften § 15, 4.ledd, helsepersonelloven § 62 a samt at det vurderes opprettet en egen hjemmel for dette formålet i pasientjournalloven. Levert 1.juli 2015</p>	

 Analyser av prehosp. tj. til Helse- og omsorgsplan		Ferdig
Ansvarlig enhet	4030 FIOA - Økonomi og analyse	
Opprinnelse	14.jan.2015	
Beskrivelse	Hdir skal kartlegge omfanget av kirurgisk ø-hjelp ved sykehus med mindre opptaksområder, samt kartlegge forskjeller i ambulansebruk for pasienter tilhørende mindre sykehus med og uten kirurgisk akuttberedskap.	
Kommentar	Rapport ble oversendt HOD ihht fristen.	



Nasjonal strategi for arbeidet mot virale leverbetenelser (hepatitt)

Ferdig

Ansvarlig enhet 5020 SPML - Avd. medisinsk utstyr og legemidler

Opprinnelse 01.jan.2014

Beskrivelse Helse- og omsorgsdepartementet viser til vedtak under helseforsamlingen i Verdens helseorganisasjon (WHA67) i mai i år vedrørende virale lever-betenelser (hepatitt) hvor medlems-landene oppfordres til å utarbeide en koordinert, multisektoriell, nasjonal strategi for forebygging, diagnostisering og behandling av virale hepatitter;. Departementet gir med dette Nasjonalt folkehelseinstitutt ansvaret for å utarbeide utkast til en slik strategi i nært samarbeid med Helsedirektoratet, frivillige organisasjoner og eventuelt andre relevante aktører. Fristen settes til 31. desember 2015.

Kommentar ÅRSRAPPORTERING 2015:Helsedirektoratet har bidratt i arbeid med utarbeiding av utkast til strategi som Nasjonalt folkehelseinstitutt oversendte til HOD desember 2015.

Blir ferdig i 2015.



Tiltak for å bedre rettsikkerheten for barn som dør plutselig, uventet og av ukjent årsak.

I rute

Ansvarlig enhet 5010 SPST - Avd. sykehustjenester

Opprinnelse 01.jan.2015

Beskrivelse Hdir. skal: 1. Oppheve rundskriv IK-22/92 - se oppdragsbrev. 2. Sørger for at det blir vurdert om det bør gjøres endringer i det anbefalte handlingsmønsteret for AML-personell - se oppdragsbrev. 3. Vurderer, og evt. følger opp, forslaget fra LUB om at informasjon og omsorg til pårørende primært skal gis på sykehus og at pårørende henvises til kommunehelsetjenesten for fortsatt oppfølging. 4. Vurderer Folkehelseinstituttets anbefaling om at AMK rutinemessig skal innhente samtykke fra foreldrene til å varsle koordinatoren for de frivillige dødsstedsundersøkelsene.

Kommentar Første møte med berørte etater/parter i des 2015. Det vil i samarbeid bli utviklet et nytt flytskjema. Arbeidet antas ferdig i mars/april.

Dette oppdraget må prioriteres i flg oppdragsgiver. Vi prøver derfor å få levert i 2015.

Dette er et oppfølgingsoppdrag som kom nå i sept. - uten frist. SPST kan levere på dette, men det vil sannsynligvis ikke bli mulig å starte arbeidet før tidlig i 2016 av kapasitetsgrunner.

Veileder til lovteksten blant annet med ansvarsavklaring for bruk av kontaktlege og koordinator i spesialisthelsetjenesten.

I rute

Ansvarlig enhet 501 Avd. sykehustjenester

Opprinnelse 01.jan.2015

Beskrivelse 14/10188-56 Mange oppdrag i tillegg til tb nr. 27.



TB nr. 45 - Inhalasjonsveiledning

I rute

Ansvarlig enhet 5020 SPML - Avd. medisinsk utstyr og legemidler

Opprinnelse 01.jan.2015

Beskrivelse 14/10188-79Helse- og omsorgsdepartementet ber Helsedirektoratet å utrede hvordan en utvidet veiledningstjeneste til pasienter med astma/kols kan innføres i apotekene. Helsedirektoratet skal blant annet utrede praktisk gjennomføring, eventuelt behov for regelverksendringer og organisering av en slik tjeneste. Som det fremgår av budsjettforslaget for 2016, er det foreslått en bevilgning på 5 mill. kroner over trygdebudsjettet for å dekke apotekenes veiledningskostnader i 2016, jf. omtale under kap 2751 post 70. Under forutsetning av Stortingets godkjenning skal tjenesten innføres tidligst mulig i 2016, men innenfor den kostnadsramme som er lagt til grunn i budsjettframlegget. Utredningen skal gjennomføres i samarbeid med Statens legemiddelverk. Vi forutsetter videre at berørte organisasjoner, herunder Legeforeningen og Apotekforeningen, involveres i

Kommentar ÅRSRAPPORTERING 2015:Helsedirektoratet har hatt møter med Statens legemiddelverk og Apotekforeningen. Planen er å levere utredningen til HOD innen 1.3.2016.



Endringsbehov som følge av nytt bloddirektiv

Ferdig

Ansvarlig enhet 5020 SPML - Avd. medisinsk utstyr og legemidler

Opprinnelse 27.okt.2014

Beskrivelse * Draft Commission Directive amending Directive 2004/33/EC as regards temporary deferral criteria for donors of allogeneic blood donations. - Direktivet er ventet vedtatt i løpet av året og medlemsstatene vil deretter bli pålagt å inkorporere direktivene i nasjonal rett senest 18 mndr. etter at de er vedtatt. - Helsedir. bes vurdere behov for lov-/forskriftsendringer som følge av direktivet og evt. økonomiske og adm. konsekvenser av endringsforslagene, samt at det utarbeides et utkast til høringsnotat med forslag om nødvendige endringer.

Kommentar ÅRSRAPPORTERING 2015:Svar på oppdrag om bloddirektivet ble sendt til HOD i februar 2015.

Svar på oppdrag om bloddirektivet ble sendt til HOD i februar 2015.



Gjennomgang av myndighetsansvaret for produktregelverket for medisinsk utstyr

I rute

Ansvarlig enhet 5020 SPML - Avd. medisinsk utstyr og legemidler

Opprinnelse 24.jun.2015

Beskrivelse En foreløpig rapport er levert, rapporten bes ferdigstilles og leveres så fort som mulig. Samarbeid med DSB.

Kommentar ÅRSRAPPORTERING 2015:Delrapport 1 om dagens ansvarsforhold er oversendt HOD. Arbeidet med forslag til fremtidig organisering, delrapport 2, fortsetter i 2016.

Det er laget en plan for fremdrift. Første møte med DSB uke 45.

● Endringer i celler og vevforskriften som følge av endringer i direktivet

Ferdig

Ansvarlig enhet 5050 SPBH - Avd. bioteknologi og helserett

Opprinnelse 27.okt.2014

Beskrivelse * Draft Commission Directive amending Directive 2006/86/EC as regards certain technical requirements for the coding of human tissues and cells. * Draft Commission Directive implementing Directive 2004/23/EC as regards the procedures for verifying the equivalent standard of quality and safety of imported tissues and cells. -- Det er ventet at direktivene vedtas i løpet av året og at medlemsstatene deretter pålegges å inkorporere direktivene i nasjonal rett senest 18 mndr. etter at de er vedtatt. Helsedir. bes om å vurdere behov for lov- og forskriftsendringer som følge av direktivene og evt. økonomiske og administrative konsekvenser, samt at det utarbeides utkast til høringsnotat med forslag til nødvendige endringer. -- Merknadene til forskrift skal tas ut, og det skal vurderes om det skal lages veileder (jfr. nytt oppdrag fra HOD datert 17.12.2014)

Kommentar Årsrapportering 2015: Helsedirektoratet ble, i samarbeid med Statens helsetilsyn, gitt i oppdrag å vurdere behovet for lov- og forskriftsendringer som følge av endringer i tre direktiv. Frist 1. september 2015. Helsedirektoratet og Statens helsetilsyn gjennomgikk forskrift om håndtering av humane celler og vev ut fra beskrevet oppdrag og utarbeidet utkast til høringsnotat med forslag til revidert forskrift. Oppdraget ble ferdigstilt 19. august 2015. Vi jobber nå med høringsinnspill og vil sende vår vurdering til HOD i løpet av februar 2016.

Utkast høringsnotat oversendt HOD

● Kunnskapscenteret: Oppfølging av st.mld. 28 (2014-2015) Legemiddelmeldingen.

I rute

Ansvarlig enhet 5000 SPDD - Divisjonsdirektør

Opprinnelse 13.aug.2015

Beskrivelse Kunnskapscenteret får i oppdrag og ferdigstille den tekniske utviklingen av samvalgsverktøyet for bipolare lidelser. Oppdraget legges på SPDD som videreformidler.

Kommentar Midler er overført til NAKS.

● DPS'enes rolle i fremtidens spesialisthelsetjeneste

Ferdig

Ansvarlig enhet 5030 SPPR - Avd. psykisk helsevern og rus

Opprinnelse 01.jan.2015

Beskrivelse Tillegg til TB nr. 3 - Nasjonal helse og sykehusplan, med særlig vekt på DPS'enes rolle. Ligger på 14/10188 - 13 i 360

Kommentar ÅRSRAPPORTERING 2015: Direktoratet utarbeidet rapporten «Distriktpsykiatriske sentre (DPS) i fremtidens spesialisthelsetjeneste» som innspill til departementets arbeid med Nasjonal helse- og sykehusplan. Rapporten ble sendt HOD april 2015.

Oppdrag er avsluttet og notatet er levert HOD pr 15. april 2015.

● Innspill til handlingsplan for lesbiske, homofile, bifile og transpersoner.

Ferdig

Ansvarlig enhet 3050 FLOA - Avd. oppvekst og aldring

Opprinnelse 01.jan.2015

Beskrivelse Helsedirektoratet skal komme med innspill til omtale av utfordringene på helse- og omsorgsområdet samt forslag til nye målsetninger og tiltak/aktiviteter egnet til å nå målene.

Kommentar Innspill til handlingsplan for LHBT-personer har gått mellom departementene. Vi har gitt innspill til HOD. Helsedirektoratet har hatt møte med LHBT-senteret i Buf.dir, og foreslår å koordinere mål og tiltak i LHBT planen og Strategi for seksuell helse 2016-2021.

 **Koordinering av Helsedirektoratets bidrag til FHIs planveileder for massevaksinasjon**

I rute

Ansvarlig enhet 5020 SPML - Avd. medisinsk utstyr og legemidler

Opprinnelse 01.jan.2014

Beskrivelse

Kommentar ÅRSRAPPORTERING 2015:Nasjonalt folkehelseinstitutt fullfører rapport etter høring.
Blir ferdig i 2015.

 **Oppfølging av Legemiddelmeldingen -Ulikheter mellom kjønn i bruk av legemidler**

I rute

Ansvarlig enhet 5020 SPML - Avd. medisinsk utstyr og legemidler

Opprinnelse 01.jan.2015

Beskrivelse 14/10188-73 - oppdraget deles i to - da det er ulike oppgaver beskrevet i tildelingsbrevet. Det vises til Legemiddelmeldingen og Helsedirektoratets behov for oppdragsbrev ifm oppdrag knyttet til oppfølgingen av Legemiddelmeldingen. Ulikheter mellom kjønn i bruk av legemidler Helse- og omsorgsdepartementet ber Helsedirektoratet ila 2015 sette i gang et arbeid med en kunnskapsoppsummering på kjønnsrelaterte forskjeller med hensyn til effekt og bivirkninger av legemidler. Departementet ber Helsedirektoratet involvere andre relevante etater, som eksempel Statens legemiddelverk ved behov. Rapporten oversendes departementet innen 15. desember 2016.

Kommentar ÅRSRAPPORTERING 2015:Levert en bestilling på kunnskapsoppsummering fra Kunnskapscenteret innen fristen 15.11.2015. Hovedfokus på denne oppgaven blir 2. halvår 2016.

Oppdrag om utarbeiding av implementeringsstrategi for ordningen med kontaktlege

I rute

Ansvarlig enhet 501 Avd. sykehustjenester

Opprinnelse 01.jan.2015

Beskrivelse Tillegg til tb 27. 14/10188-56 Mange oppdrag i dette tildelingsbrevet.

Kommentar Lovendringene om kontaktlege ble vedtatt i Stortinget i desember 2015. Oppdraget ble likevel gitt før dette, men uten frist, for å muliggjøre en rask implementering. Arbeidet er godt i gang, med bidrag fra flere avdelinger i Hdir og eksterne i hht oppdraget. Etter avtale med HOD leveres utkast til veileder og implementeringsplan 1.mars 2016

 **Utrede behovet for en forskrift som gjør unntak fra lovens krav til prediktive genetiske tester knyttet til farmakogenetiske undersøkelser.**

Ferdig

Ansvarlig enhet 5050 SPBH - Avd. bioteknologi og helserett

Opprinnelse 01.jan.2015

Beskrivelse Tillegg til TB nr. 6 - 14/10188-18. Bioteknologiloven § 5-6 om farmakogenetiske undersøkelser - tillegg til tb nr. 6. Oppdrag til Hdir om å uttale seg om det er nødvendig å utarbeide en forskrift for unntak fra lovens krav allerede nå. Frist for oppdraget er 20. oktober.

Kommentar Årsrapportering 2015: Behov for ny forskrift ble vurdert i samråd med aktuelle fagpersoner i Bioreferansegruppa. I tråd med deres anbefalinger laget SPBH et utkast til ny forskrift som ble oversendt departementet innen fristen.

Arbeidet er i gang. Behovet er drøftet med fagmiljøet representert ved medlemmene i Bioreferansegruppen. Møte med HOD for å klargjøre forventningene til oppdraget er avholdt.

 Oppfølging av legemiddelmeldinga - Kunnskapsbaserte oppdateringsvisitter


I rute

Ansvarlig enhet 5020 SPML - Avd. medisinsk utstyr og legemidler

Opprinnelse 01.jan.2015

Beskrivelse 10/10188-73 TB nr. 42Kunnskapsbaserte oppdateringsvisitter (KUPP) I desember 2014 fikk RELIS Midt-Norge i oppdrag å gjennomføre et pilotprosjekt på KUPP basert på metoden «academic detailing» hvor riktig bruk av NSAIDs har vært tema. Rapport fra piloten vil foreligge 1. oktober 2015. RELIS Midt-Norge har videre fått i oppdrag å videreføre pilotering på KUPP med antibiotika som tema. Det vises i denne sammenheng til tidligere kontakt vedrørende Helsedirektoratets rolle som prosjekteier for de to pilotene. Helse- og omsorgsdepartementet ber Helsedirektoratet vurdere KUPP som varig undervisningsmetode basert på gjennomførte piloter, og ber om en første vurdering innen 1. desember 2015.

Kommentar ÅRSRAPPORTERING 2015:Første evaluering levert 1. desember 2015. Endelig evaluering skal leveres 1. desember 2016.

 Juridisk bistand, Prio2

I rute

Ansvarlig enhet 5050 SPBH - Avd. bioteknologi og helserett

Opprinnelse 01.mai.2014

Beskrivelse

Kommentar ØKONOMIRAPPORTERING PER 31. DESEMBER 2015:Ingen avvik ved årsslutt. Det som finansieres er lønn, reiseutgifter og møtevirksomhet. Oppgaven har god måloppnåelse, som forventet.

RAPPORTERING PR. 2. TERTIAL 2015:Mindreforbruket hittil i år på kr 226 027 kan forklares med refusjon av lønnsmidler forbundet med sykefravær. Det som finansieres er lønns- og møtekostnader. Ikke forventet avvik på årsbasis.

ØKONOMIRAPPORTERING PR. 1. TERTIAL: Mindreforbruket hittil i år på kr 210 000 kan forklares med refusjon av sykepenger og personell som har sluttet. Det som finansieres er lønn, reiseutgifter og møtevirksomhet. Ikke forventet avvik på årsbasis.

 Juridisk bistand til FI-divisjon

I rute

Ansvarlig enhet 5050 SPBH - Avd. bioteknologi og helserett

Opprinnelse 01.apr.2014

Beskrivelse Juridisk bistand til oppdrag Fritt behandlingsvalg mm

Kommentar Årsrapportering 2015: SPBH har ivaretatt utredning av juridiske spørsmål knyttet til oppdraget Fritt behandlingsvalg.

3.1 Beredskap

Oppgaver

Koordinering av helsearbeid relatert til økt asylankomst.

I rute

Ansvarlig enhet 2070 ABER -Avd. beredskap

Opprinnelse 01.jan.2015

Beskrivelse 14/10188-77 Å prioritere egne direktoratsoppgaver som følger av situasjonen.2. Å koordinere helseforvaltningens innsats på direktoratsnivå mot Folkehelseinstituttet og Fylkesmannen og mot andre etaters direktoratsnivå.3. Å opprettholde god dialog mot Helse- og omsorgsdepartementet da saken har stor politisk betydning. Helse- og omsorgsdepartementet bes om å rapportere til HOD hver mandag og torsdag innen kl. 09.00 om nye opplysninger av betydning. Rapporteringsskjema for ukentlig rapportering til Justis- og beredskapsdepartementet kan benyttes som mal. Rapportering sendes per e-post til maren.skaset@hod.dep.no med kopi til kristin.gjellestad@hod.dep.no. I tillegg må HOD informeres straks ved behov.4. Helse- og omsorgsdepartementet skal også følge med på om helsetjenesten klarer å løse oppdraget, og kan derfor måtte innhente rapportering fra berørte, også RHF. Helse- og omsorgsdepartementet har organisert arbeidet med økt asylankomst slik at det er

Kommentar Arbeidet med koordinering av helsearbeid relatert til økt asylankomst har vært omfattende selv om det ikke har vært store utfordringer for helsetjenesten. Helse- og omsorgsdepartementet har deltatt med personellressurser i arbeidet fra september og ut året.

Erfaringsgjennomgang av norsk ebola-håndtering.

Ferdig

Ansvarlig enhet 2070 ABER -Avd. beredskap

Opprinnelse 04.mai.2015

Beskrivelse HOD forutsetter at alle berørte aktører bidrar i evalueringsarbeidet, med Helse- og omsorgsdepartementet som koordinerende instans. FD, JD, UD, Forsvaret, DSB, FHI, CBRNe-senteret, og Helse Bergen HF inviteres på egnet måte inn i arbeidet. Statens helsetilsyn forespørres om bistand. Vurderinger fra internasjonale samarbeidspartnere som Department for international development (DfID) og Medicos del Mundo (MdM) skal innhentes. Vurderinger kan også innhentes fra Leger uten grenser, Røde kors og andre organisasjoner som har bidratt i Vest-Afrika og fra vestafrikanske interessegrupper i Norge. Frist for oversendelse av læringsrapport til HOD er 15. september 2015. HOD vil etter at rapporten er levert gi nytt oppdrag om forslag til løsninger for oppsett av en permanent beredskap som ved behov kan bistå ved framtidige internasjonale helsekriser.

Kommentar Helse- og omsorgsdepartementet har levert rapport om erfaringsgjennomgang av norsk ebola-håndtering. 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. Helse- og omsorgsdepartementet ser følgende tre læringspunkter som viktigst å følge opp: 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. Spørsmålet om hvordan kommunene ivaretar sitt ansvar for å sikre tilgjengelighet til smittevernlege i alvorlige smittesituasjoner bør gjennomgås. Norge bør sikre faste, nasjonale løsninger for medisinsk evakuering både med fly og helikopter.

Internt: HOD ga i sommer et par ukers utsettelse på frist til 15. september. Leveransen til HOD blir ytterligere to-tre uker forsinket pga. uforutsett fravær og behov for å bruke mer tid enn antatt på andre presserende oppgaver. Det er noe risiko knyttet til kvaliteten på rapporten, da det er mange aktører som skal samvirke, og en kompleks oppgave å redigere alt materialet. Til HOD: HOD ga i sommer et par ukers utsettelse på frist til 15. september. Leveransen til HOD blir ytterligere to-tre uker forsinket. Det kommer et eget brev om dette.

Forebygging og håndtering av vold mot helsepersonell og vold i helseinstitusjoner - delansvarlig		Ikke startet
Ansvarlig enhet	5070 SPMN - Avd medisinsk nødmeldetjeneste	

Opprinnelse 01.jan.2015

Beskrivelse Tillegg til tb nr. 10 14/10188-20Det vises til oppdrag i tildelingsbrev for 2015 om å gjennomføre en nasjonal risiko og sårbarhetsanalyse for sektoren i samarbeid med berørte aktører. Som del av denne bestillingen ønsker departementet kunnskap om helse- og omsorgstjenestens evne til å forebygge og håndtere vold og trusler mot helsepersonell, og voldshandlinger i helseinstitusjoner.

● Forebygging og håndtering av vold mot helsepersonell og vold i helseinstitusjoner - hovedansvarlig		Ferdig
Ansvarlig enhet	6000 PHDD - Divisjonsdirektør	

Opprinnelse 01.jan.2015

Beskrivelse Tillegg til tb nr. 10 14/10188-20Det vises til oppdrag i tildelingsbrev for 2015 om å gjennomføre en nasjonal risiko og sårbarhetsanalyse for lielse- og ornsorgssektoren i samarbeid med berørte aktører. Som del av denne bestillingen ønsker departementet kunnskap om helse- og omsorgstjenestens evne til å forebygge og håndtere vold og trusler mot helsepersonell, og voldshandlinger i helseinstitusjoner. Vi ber derfor Helsedirektoratet kartlegge omfanget av vold og trusler mot helsepersonell og medpasienter, og hvordan helsetjenestens arbeidsgivere ivaretar beredskap for forebygging og håndtering av vold og trusler som del av HMS-arbeidet. Terrorhendelser og terrortrusler faller utenfor oppdraget. Oppdraget gjelder både den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. Når det gjelder spesialisthelsetjenesten må kartleggingen omfattetstatus for beredskap for hendelser der helseinstitusjoner blir åsted for angrep.

Kommentar Vi har mottatt to rapporter om kartlegging av vold mot helsepersonell og vold i helseinstitusjoner. Rapportene er ikke skrevet på oppdrag fra Helsedirektoratet. Vi avventer tilbakemelding fra HOD på om disse rapportene er godkjent i henhold til oppdraget vi er tildelt.

Oppdraget er i oppstartfasen. Ansvar for de ulike deloppgavene er delegert til ulike avdelinger/divisjoner i Helsedirektoratet. Finansiering av oppgavene er enda ikke avklart. Vi er avhengig av å innhente kunnskapsgrunnlag for å levere på deler av oppdraget. Pga. oppdragets omfang har det tatt tid å avklare hvor hovedansvar skal ligge og hvem som skal bidra inn i arbeidet. Forsinkelsen i oppstart gjør at vi vurderer det som sannsynlig at leveransen kan bli forsinket.

● Oppdrag om etablering av tverrsektoriell beredskapsordning.		I rute
Ansvarlig enhet	5070 SPMN - Avd medisinsk nødmeldetjeneste	

Opprinnelse 01.jan.2015

Beskrivelse 1Utarbeide oversikt over, ut i fra faglige vurderinger, aktuelle norske helseressurser og kompetanse som kan inngå i en tverrsektoriell beredskapsordning for å håndtere nasjonal og internasjonale oppdrag (bilateralt, nordisk, EU, FN/WHO)SPADIV2Etablere dialog med relevante internasjonale organisasjoner, som EU og WHO, slik at en tverrsektoriell helseberedskapsordning kan utvikles inn mot rammen av det som i dag er etablert som Foreign Medical Teams i WHO-sammenheng.SPADIV3 Vurdere hvilke tilpasninger som bør gjøres av nåværende prosedyrer og rutiner for norsk beredskap, slik at Norge kan bidra inn mot relevante internasjonale ordninger slik som VHOs FMT-ordning, herunder prosedyrer for utsending av personell, forhåndslagring av materiell. Og avtaler om logistikk, medisinsk evakuering, beredskap, forsikring og rekruttering av personell. SPADIV4Utvikle forslag til nasjonalt system for hvordan norske kapasiteter kan koordineres, administreres, vedlikeholdes og ledes i en eventuell internasjonal innsats. SP 5Vurdere administrative og økonomiske konsekvenser av de ulike løsningene. SPFI6Levere interimis innspill til HOD 1. oktober 2015SP 7Leverer rapport til HOD om fremdrift og relevante vurderinger og løsningsforslag som kan benyttes inn mot lanseringen som EU planlegger mot slutten av 2015.SP 8Sende endelig forslag til HOD 1. mars 2016SP

Kommentar Årsrapportering 2015:Helsedirektoratet mottok 1.9.15 tillegg til tildelingsbrev nr. 35 - oppdrag om etablering av tverrsektoriell beredskapsordning fra Helse- og omsorgsdepartementet bla. som oppfølgingen av Ebola-arbeidet. Arbeidet er prosjektorganisert i Helsedirektoratet og utføres i samarbeid med Folkehelseinstituttet (FHI) og Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB). Det ble gjennomført informasjonsmøter med de regionale helseforetakene, frivillige organisasjoner og partene i arbeidslivet. I tillegg ble det opprettet kontakt med EU og WHO for dialog om henholdsvis EU Medical Corps og Emergency Medical Teams. I løpet av høsten 2015 er det gjennomført en rekke møter i for å innhente underlagsdokumentasjon om EUs koordineringsordning. Interims innspill og rapportering på fremdrift og relevante vurderinger og løsningsforslag ble levert i henhold til fristene satt i oppdragsbrevet. Oppdraget skal ferdigstilles i mars og er i rute i forhold til plan.

Helsedirektoratet leder en utredning av en tverrsektoriell beredskapsmodell for etablering av Emergency Medical Teams som Norge kan bidra med i internasjonale akutte kriser. Ordningen skal ikke erstatte de frivillige organisasjonenes humanitære innsats, men være et supplement Norge kan bidra med når de frivillige ikke har kapasitet eller ikke kan i møtekomme responstiden. Utredningen skjer i samarbeid med Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB) og Folkehelseinstituttet (FHI). Utredningen ser på eksisterende beredskapsløsninger, erfaringer fra tidligere innsats og ulike modeller for en tverrsektoriell beredskapsløsning. Partene i arbeidslivet, frivillige organisasjoner. Oppdraget ble gitt oktober 2015 og leveringsfrist 1 mars 2016. Arbeidet er påbegynt og i henhold til plan.

3.3 Elektronisk samhandling

Oppgaver

Tilleggsoppdrag til utredningen av "en innbygger - en journal".

I rute

Ansvarlig enhet 7510 EHSJ - Avd. samhandling og jus

Opprinnelse 01.jan.2015

Beskrivelse Hdir. skal bistå departementet i utredningen av hvordan regulering, finansiering og organisering av offentlig tilbud til helsetjenesten bør innrettes for at staten, kommuner, helseforetak og private tilbydere av helsetjenester skal kunne motta og finansiere ikt-tjenster av stor samfunnsmessig betydning fra staten eller foretak eid av staten , uten å avholde konkurranse etter anskaffelsesregulene.

Gjennomføring av nasjonalt prosjekt for velferdsteknologi - avstandsoppfølging av personer med kroniske sykdommer.

I rute

Ansvarlig enhet 7500 EHDD - Divisjonsdirektør

Opprinnelse 08.jun.2015

Beskrivelse HOD ber Hdir gjennomføre prosjektet som beskrevet i forslaget til gjennomføringsplan 6. mars 2015.

M-helseprosjektet Be He@lthy - Be Mobile

I rute

Ansvarlig enhet 7550 EHDI - Avd. digitale innbyggertjenester

Opprinnelse 09.jun.2015

Beskrivelse Tillegg til tildelingsbrev nr. 26 - 14/10188-49Det vises til TB 2015 og tidligere oppdrag av 17. oktober 2014 om Helsedirektoratets arbeide med mobil helseteknologi. Hdir får det operative ansvaret for norges deltakelse i Verdens Helseorganisasjons og den internasjonale telekommunikasjonsunions prosjekt for e-helse.

Tildelingsbrev 2015

3.4 Finansiering og helserefusjoner

Oppgaver



T - Analyse av markedsutviklingen etter innføring av prisportal

Ferdig

Ansvarlig enhet 4050 FILT - Legemiddel- og tannhelserefusjon

Opprinnelse 01.jan.2013

Kommentar Dette er kvittert ut gjennom fortløpende utlevering av statistikk til HOD.



Ny finansieringsordning for lab

I rute

Ansvarlig enhet 4040 FIBE - Behandlingsrefusjon

Opprinnelse 01.jan.2014. Se «Ny refusjonsordning basert på Nasjonalt laboratoriekodeverk» på side 31-32 i Statsbudsjettet 2016 - HelseDirektoratet - foreløpig tildeling av bevilgning

Beskrivelse Beskrivelse – Fire ulike hovedleveranser.

1. Leveranse til HOD innen 18. mars med beskrivelse av systemet, økonomiske analyser lagt til grunn, risikoanalyser og -håndtering, samt forvaltningsløsning.
2. Utviklet refusjonsmodell. Videre arbeide med refusjonsmodell, særlig på områder med mye nye koder (genetikk og patologi) og kalibrering av modell mht. budsjettøytralitet, omfordelingseffekter, inntektsvirkninger. Håndtering av tilgrensende områder dekket i dagens forskrift.
3. Beskrivelse av forvaltning av refusjonsordning.
4. Implementering av refusjonsordning. Etablering av implementeringsprosjekt med representanter fra hvert RHF som igjen etablerer egne lokale prosjekter for implementering i lokale systemer på hvert HF og ideelle sykehus. Gjennomføring av implementering mht. utarbeidelse av tidsplaner og kravspesifikasjoner, samt statusoppfølging.

Kommentar

1. Leveranse til HOD innen 18. mars – I rute, rapporteres grønn
2. Utvikling av refusjonsmodell – I rute, men noen utfordringer mht. tilfang av nye koder i NLK på patologi og genetikk, modell revideres. Er helt avhengig av aktivitetstall fra HF-ene for å kalibrere modell. Dette kan utgjøre en risiko – Rapporteres derfor gul
3. Beskrivelse av forvaltning av refusjonsordning – I rute, rapporteres grønn
4. Implementering av refusjonsordning – Stor risiko for at noen RHF ikke utnevner prosjektleder og starter utarbeidelse av kravspesifikasjoner og dialog med leverandører, rapporteres rød



Oppdrag ifm. arbeidet med stortingsmelding om prioritering.

Ferdig

Ansvarlig enhet 4010 FIFI - Finansiering og DRG

Opprinnelse 17.jun.2015

Beskrivelse Oppdraget er lagret i 360 under 10-10188-51, Oppdraget er delt opp i1) Informasjon om helsetilstanden og forbruk av helsetjenester2) Erfaringer med veiledere og retningslinjer3) Erfaringer med samvalg (shared decision making)4) Helseøkonomiske problemstillinger

● Bidrag til konkret utforming av fritt behandlingsvalg.		I rute
Ansvarlig enhet	4000 FIDD - Divisjonsdirektør	
Opprinnelse	06.mai.2015	
Beskrivelse	Tillegg til tildelingsbrev nr. 20- 14710188-34. Innen den 21.8.skal Hdir og HELFO bidra med: Konkret avgrensning/definisjon av tjenester første fase. Forvaltning av inn- og utfasingsmekanismen. Forvaltning av godkjenningsordning. Aktivisering av konsultasjonsmekanisme.	
Kommentar	<p>Gjennomført som planlagt. Iverksatt 1. november. Men her kommer litt tilleggsinfo. Oppgaven har følgende beskrivelse (jeg har nummerert dem):Innen den 21.8.skal Hdir og HELFO bidra med:1.Konkret avgrensning/definisjon av tjenester første fase.2.Forvaltning av inn- og utfasingsmekanismen.3.Forvaltning av godkjenningsordning.4.Aktivisering av konsultasjonsmekanisme. Pkt 1-3 var en leveranse til HOD 24.8.2015, med beskrivelser av de enkelte punktene. Pkt 4 ble ivare tatt gjennom at vi avholdt det første møtet i konsultasjonsorganet i juni 2015.Vi har mao levert på alle elementene i oppdraget. En tilleggs kommentar: Oppdraget var avgrenset til noen leveranser i god tid før ordningen trådte i kraft. I tillegg til det ovennevnte kan vi eventuelt føye til at vi fortsatte våre forberedelsesaktiviteter slik at ordningen kunne settes i verk 1. november 2015.</p> <p>Gjennomført som planlagt. Iverksatt 1. november.</p>	

● I tilknytning til pågående utvikling av avtalespesialistordningen skal Hdir. planlegge et pilotprosjekt sammen med RHFene, DNL og NPF		Forsinket
Ansvarlig enhet	5010 SPST - Avd. sykehustjenester	
Opprinnelse	01.jan.2015	
Beskrivelse	I tildelingsbrevet for 2015 har Helsedirektoratet fått i oppdrag: fra Helse – og omsorgsdepartementet (HOD) å «planlegge et pilotprosjekt sammen med de regionale helseforetakene, Den norske legeforening og Norsk Psykologforening knyttet til avtalespesialisters vurdering og tildeling av pasient- og brukerrettigheter» Bakgrunn for oppdraget er regjeringserklæringen der regjeringen vil "øke antall hjemler og bruke avtalespesialistene mer". Erklæringen danner grunnlaget for departementets hovedprosjekt for utvikling av avtalespesialistområdet. Rammeverket rundt avtalespesialistene skal utformes slik at avtalespesialistene er en naturlig aktørgruppe for å løse "sørge for"-ansvaret. Pasient- og brukerrettighetsloven har opphevet skille mellom rettighetspasient og behovspasient, alle med behov får rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Fristen for vurdering er gått fra 30 til 10 dager. Vurderingen skal skje på grunnlag av henvisningen. Informasjonsplikten er utvidet; pasienten skal få en frist for når helsehjelpen senest skal starte. Ved fristbrudd skal spesialisthelsetjenesten kontakte HELFO.	
Kommentar	Rapporten fra arbeidsgruppen ble ferdigstilt des. 2015, og godkjent i divisjonen i januar 2016. Per i dag behandles den i styringsgruppen.	

● TB nr. 53 Innsparinger og strukturtiltak 2017.		Ferdig
Ansvarlig enhet	4050 FILT - Legemiddel- og tannhelsefusjon	
Opprinnelse	01.jan.2015	
Beskrivelse	Folketrygden dekker utgifter til visse typer medisinsk forbruksmateriell jfr. folketrygdlovens 5-14 og blåreseptforskriften §5. Helse- og omsorgsdepartementet ber direktoratet og Helfo om å forberede mulig innsparingstiltak for budsjettet 2017.Ytterligere spesifisering av oppdraget beskrives i brev a 13.11.2015.	
Kommentar	Innspill er levert	

3.5 Internasjonalt arbeid

Oppgaver



Internasjonalt samarbeid

I rute

Ansvarlig enhet 5050 SPBH - Avd. bioteknologi og helserett

Opprinnelse 01.jan.2014

Kommentar Årsrapportering 2015: SPBH representerer Norge i Europarådets komite for bioetikk (SPBH), og deltar også i arbeidsgruppe som har ansvar for å planlegge videre arbeid med nye teknologier. SPBH deltar på myndighetsmøter under EU-kommisjonen, innenfor fagområdene celler og vev og GMO, og ved behov på møter knyttet til organdonasjon/transplantasjon. SPBH ivaretar Helsedirektoratets arbeid i Joint Actions VISTART (Vigilance and Inspection for safety of Transfusion, Assisted Reproduction and Transplantation) som startet i oktober 2015. SPBH deltar i arbeidsgruppe 4: Vigilance reporting for blood, tissues and cells. Harmonisering av meldeordningen (Rapid Alert) og Arbeidsgruppe 10: Implementation of the Single European Coding System in Tissue Establishments.

3.6 Kvalitet, pasientsikkerhet og brukerinvolvering

Oppgaver



Utvikling, formidling og vedlikehold av kvalitetsindikatorer innen omsorgstjenesten- utvikle bruker og pårørendeundersøkelser

I rute

Ansvarlig enhet 4070 FIST - Avdeling statistikk

Opprinnelse 07.apr.2015

Beskrivelse Helsedirektoratet bes om å (innen omsorgstjenesten): - utvikle indikatorer for å måle brukeres muligheter til å ha en aktiv og meningsfull tilværelse sammen med andre utvikle bruker- og pårørendeundersøkelse som metode for å få kunnskap om brukeropplevd kvalitet i tjenestene. Målet er å etablere en nasjonal bruker og pårørendeundersøkelse. Som en del av dette arbeidet skal Helsedirektoratet arrangere en erfaringskonferanse i 2015, der resultatene fra kunnskapscenterets rapporter legges frem og drøftes i lys av ulike aktørers erfaringer med bruker og pårørendeundersøkelser i Norge. Det skal leveres en fremdriftsplan for arbeidet innen den 1. mai.

Kommentar	<p>Utvikle bruker og pårørendeundersøkelse i omsorgssektoren: Nasjonal erfaringskonferanse ble gjennomført 26.1.2015. Plan for videre prosess er avklart og forankret med samarbeidspartnere. Ihht plan. Kvalitetsindikatorer som måler brukers mulighet til å ha en aktiv og meningsfull tilværelse sammen med andre: Kvalitetsindikatorgruppe anbefalt ca 8 kvalitetsindikatorer med datagrunnlag fra IPLOS som er under utvikling og mål om publisering i 2016. Gruppen arbeider med definering av helsetjenester og måling av disse, der det ikke er tilgang til data. Dette kan ses i sammenheng med nye variabler i KPR. Ihht plan.</p> <p>Utvikle bruker og pårørendeundersøkelse i omsorgssektoren: Noe forsinket oppstart. Nasjonal erfaringskonferanse gjennomføres 26.1.2015 og prosjekt avsluttes 30.5.2016. Kvalitetsindikatorer som måler brukers mulighet til å ha en aktiv og meningsfull tilværelse sammen med andre: Kvalitetsindikatorgruppe anbefalt ca 8 kvalitetsindikatorer med datagrunnlag fra IPLOS som er under utvikling og mål om publisering i 2016. Gruppen arbeider med definering av helsetjenester og måling av disse, der det ikke er tilgang til data. Dette kan ses i sammenheng med nye variabler i KPR.</p> <p>Kvalitetsindikatorgruppe aktiv og meningsfull tilværelse er ihht plan. Oppstart av arbeidsgruppe for bruker- og pårørende undersøkelse er igangsatt, men etter plan. Nasjonal erfaringskonferanse planlegges til januar 2016.</p> <p>Kvalitetsindikatorgruppe aktiv og meningsfull tilværelse er ihht plan. Oppstart av arbeidsgruppe for bruker- og pårørende undersøkelse er igangsatt, men etter plan. Nasjonal erfaringskonferanse planlegges til januar 2016.</p> <p>Utvikle bruker- og pårørende undersøkelse er noe forsinket som følge av at det ved forespørsel etter konsulent ikke er mottatt tilbud fra leverandører. Ny prosess er igangsatt og tilbud skal leveres 7. oktober. Forsinkelsen forventes å justeres inn og prosjektet styrer fortsatt på leveranse ihht plan.</p> <p>Utvikling av kvalitetsindikatorer som måler aktiv og meningsfull tilværelse er ihht plan.</p> <p>Utvikling av kvalitetsindikatorer som måler aktiv og meningsfull tilværelse er ihht plan. Utvikle bruker og pårørendeundersøkelse er noe forsinket som følge av evaluering og inngåelse av avtale med konsulent, men forsinkelsen justeres inn i løpet av året.</p> <p>Plan leveres 1. mai ihht avtale</p>
-----------	---



Tiltak for å sikre riktig legemiddelbruk - utredning av ordning med multidose.

I rute

Ansvarlig enhet 5020 SPML - Avd. medisinsk utstyr og legemidler

Opprinnelse 01.jan.2015

Beskrivelse Hdir. bes om å gjennomføre en utredning som oppsummerer kunnskap og erfaringer med bruk av multidose. Utredningen skal videre presentere forslag til forbedringstiltak, inkl. evt. regulatoriske, organisatoriske tiltak og tiltak for å sikre kvalitet ved innføring av ikt. Det må også redegjøres for økonomiske og administrative konsekvenser av forslagene. 360 ref. 14/10188-22

Kommentar ÅRSRAPPORTERING 2015: Utredningen ble levert til HOD 15.12.2015. Helsedirektoratet skal sammen med Direktoratet for E-helse presentere utredningen for HOD 29.1.2016.

Blir ferdig i 2015.



Ansvarlig enhet 4000 FIDD - Divisjonsdirektør

Opprinnelse 01.jan.2015

Beskrivelse Oppdragsbrev – KHOR (senere KPR), tilgjengelig i 360 på 14/10188-21. I mars 2015 fikk Helsedirektoratet oppdraget av Helse- og omsorgsdepartementet om å etablere et helseregister for kommunale helse- og omsorgstjenester. Oppdraget har bakgrunn i tidligere utredninger og stortingsmeldinger om behovet for et slikt register. Registeret skal etableres trinnvis og med utgangspunkt i eksisterende registre. I første fase vil registeret inneholde og sammenfatte IPLOS-data, oppgjørdata (fra KUHR) og tilgjengelige grunndata. Et kommunalt pasient- og brukerregister(KPR) skal bidra til å fremskaffe informasjon og kunnskap som grunnlag for å fremme helse, forebygge sykdom og skade og gi bedre helse- og omsorgstjenester. Opplysningene i registeret skal gi grunnlag for planlegging, styring, finansiering og evaluering av kommunale helse- og omsorgstjenester for sentrale og kommunale myndigheter. Opplysningene skal også være en viktig datakilde for statistikk, helseanalyser, kvalitetsforbedringsarbeid, beredskap, forebyggende arbeid og forskning. KPR vil, sammen med Norsk pasientregister (NPR), utgjøre en helhet, slik at en ved sammenstilling av opplysninger fra KPR og NPR kan følge pasientforløp mellom tjenestenivåene i både spesialist og kommunal. Det skal legges til rette for at data til helseregistre og kvalitetsregistre samles inn og utleveres gjennom KPR.

Bakgrunnen for etablering av KPR som et lovbestemt helseregister er helsemyndighetenes behov for bedre kunnskapsgrunnlag for å ivareta oppgaver knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester. Hovedformålet for KPR er følgelig definert som å gi grunnlag for planlegging, styring, finansiering og evaluering av kommunale helse- og omsorgstjenester for sentrale og kommunale myndigheter. Opplysningene skal også være en viktig datakilde for statistikk, helseanalyser, kvalitetsforbedringsarbeid, beredskap, forebyggende arbeid og forskning. Vi har definert fire overordnede mål som registerets kunnskapsgrunnlag skal bidra til:

1. Bedre styring og finansiering
2. Økt pasient-/informasjonssikkerhet
3. Bedre kvalitet i tjenesten
4. Økt kunnskap om sykdom og dens årsak

Programmets overordnede målsetning er å levere den nødvendige tekniske og organisatoriske løsninger for etablering av et sentralt helseregister for de ovennevnte formål

Kommentar Høringsnotat fra HOD kom 2. juli, noe senere enn antatt, dette medførte noe forsinkelser i fremdrift for programmet generelt. Deler av programmet som implementering og forvaltning kunne ikke starte opp i 2015, oppgaven settes i gang i 2016. Reell oppstart for målbilde/samhandling, anvendelse av eksisterende data og tjenesteområdene var mai 2015, dette skyldes blant annet at det tok tid å anskaffe eksterne konsulenter, samt å få avklart bruk av interne ressurser i direktoratet. Grunnet at det har vært forsinkelser i fremdrift for programmet, ble det ved tidligere rapportering varslet om mindreforbruk, og det har gjennom omgrupperingsproppen blitt søkt om overføring av midler til 2016. Det reelle mindreforbruket er på 7,9 mill kr av tildelte 28 mill kr.

Hovedleveranser 2015 var:

- Grunnlag til hjemmelsarbeid i HOD
- Kartlagte avhengigheter til pågående og påtenkte aktiviteter
- Rapport om kvalitet og anvendbarhet på deler av data i eksisterende registre
- Rapport med målbilde for KPR
- Gjennomført prosess med de ulike deler av tjenesten for å få beskrevet fremtidig prioriterte behov for informasjon.
- Pilotert en publiseringsvisning av eksisterende data

Til hver av de tre hoveddelene vil det bli dokumentert prosesser og rutiner.

Løsningen skal utvikles med innebygd personvern. Til første fase vil det også etableres loggfunksjonalitet og innsynsløsning for sikre at de registrerte får innsyn i egne data, samt hvem som har fått hatt tilgang til deres data.

Programmets leveranser: KPR skal utvikles trinnvis og i takt med utvikling av tjenestens IT-løsninger. I KPR 1.0 som etableres i fra 2017, vil data fra oppgjørssystemet KUHR sammen med data fra dagens pseudonyme IPLOS-rapportering utgjøre sentrale deler i ett nytt personidentifiserbart helseregister. Funksjonalitet, innhold, teknisk infrastruktur bygges inn i ulike moduler og deler av KPR-løsningen. En overordnet prosess for KPR viser hvordan dataflyten gjennom ulike moduler og trinn.

Hovedleveranser 2016 vil være:

I 2016 skal det bygges et grunnlag for å ta inn data og levere ut de første publiseringer. Faktisk bruk av data er forutsatt at hjemmelsgrunnlaget er på plass. Dette innebærer at vi skal etablere en teknisk infrastruktur, en registerkjerne, forvaltningsmodell og at det parallelt forberedes en forvaltningsorganisasjon slik at oppgavene kan overføres til drift.

3.8 Personell og kompetanse

Oppgaver



Videreføring av prøveordning med utdanning av legespesialister i avtalepraksis

Forsinket

Ansvarlig enhet 5510 KPSE - Avd. spesialisering og etterutdanning

Opprinnelse 01.jan.2015

Beskrivelse Brev fra HOD av 10.4

Kommentar Det pågår flere endringsprosesser knyttet til avtalespesialistordningen. Jf. tildelingsbrev for 2016 skal forsøksordningen utvides. Det skal utarbeides en plan for utvidelse, med sikte på implementering av minst fire piloter i Helse Sør-Øst, tre i Helse Vest, minst en pilot i henholdsvis Helse Nord og Helse Midt.

Koordineres mot flere oppdrag på området som gjelder avtalespesialister. FI-div koordinerer. Vurderer innspill overfor RHF i samråd med HOD.

Bruk av private avtalespesialister i spesialistutdanningen av leger.

Liten respons fra RHF på invitasjon. Virkemidlene bør vurderes.

Invitasjon om utvidet ordning sendt RHF april 2015. Avventer tilbakemelding.

 Ny spesialitet innrettet på akuttmottak I rute

Ansvarlig enhet 5510 KPSE - Avd. spesialisering og etterutdanning


Opprinnelse 01.jan.2015

Beskrivelse Brev fra HOD 11.3.2015

Kommentar Læringsmålene vil leveres HOD innen utgangen av juli 2016, jf. tildelingsbrev for 2016. Læringsmålene skal ut på en høringsrunde i løpet av våren 2016.

Arbeidet er i rute og beskrivelse av læringsmål, innretting, funksjon og innhold vil leveres HOD før 31.12.2015.

En kort vurdering utarbeides våren 2015 som innspill til NSHP. Arbeidet er påbegynt og ferdigstilles innen 20 juni. Den endelige leveransen vil utarbeides innen 31.12.2015.

 Overtakelse av myndighetsansvar for fysioterapeuter med videreutdanning i manuellterapi og psykomotorisk fysioterapi I rute


Ansvarlig enhet 5510 KPSE - Avd. spesialisering og etterutdanning

Opprinnelse 29.apr.2014

Beskrivelse Overta myndighetsansvaret for godkjenning av takstkompetanse for fysioterapeuter med videreutdanning i manuellterapi og psykomotorisk fysioterapi. Ansvaret har vært midlertidig delegert til Norsk Fysioterapeutforbund (NFF), og overføres til Helsedirektoratet med virkning 1.1.2015.

Kommentar Myndighetsansvaret for å godkjenne tilleggskompetanse for fysioterapeuter med videreutdanning i manuellterapi og psykomotorisk fysioterapi er overtatt av Helsedirektoratet fra henholdsvis 01.01.15 og 01.01.2016. Det er inngått avtale med Universitetet i Bergen om organisering av veiledet praksis og praktisk prøve for manuellterapeuter (fra utlandet). Det utarbeides informasjon om den nye godkjenningsordningen.

Myndighetsansvaret for å godkjenne tilleggskompetanse for fysioterapeuter med videreutdanning i manuellterapi er overtatt av Helsedirektoratet fra 01.01.15. Oppgaven er delegert til Statens autorisasjonskontor for helsepersonell. Helsedirektoratet er klageinstans. Myndighetsansvaret for godkjenning av takstkompetanse i psykomotorisk fysioterapi blir overtatt av Helsedirektoratet fra 01.01.16 og eventuelt delegert til SAK.

 Utredning av økonomiske og administrative konsekvenser - som en følge av endringer i spesialistutdanningen for leger. Ferdig

Ansvarlig enhet 5510 KPSE - Avd. spesialisering og etterutdanning

Opprinnelse 08.jun.2015

Beskrivelse TB nr. 25 - 14/10188-48 Departementet ønsker å ha mer kunnskap om kostnader og oppgaver forbundet med gjennomføringen av spesialistutdanningen i allmenntidmedisin. Departementet ønsker imidlertid at følgende oppgaver kostnadsberegnes: System som sikrer nødvendig kurstilbud (ha oversikt over hvilke kurstilbud som er nødvendig, sørge for at slike kurs arrangeres). System som sikrer nødvendig tilgang på veiledningsgrupper (ha oversikt over behov for slike grupper, sørge for utdanning og lønn av veiledere og at grupper startes opp). Fristen for tilbakemelding settes til 15. juli.

Kommentar Det ble levert en konsekvensutredning om ny modell for spesialistutdanning for leger. I etterkant har direktoratet utarbeidet en detaljutredning av samme modell. Denne ble levert 31.08.15 til HOD. HOD har senere kommet tilbake med endelig oppgave og arbeidsfordeling jf. brev av 17.12.2015.

Leveres i henhold til tidsfrist. Avsluttet.

Leveres HOD 30.8.

 Detaljutredning - Legenes spesialitetsstruktur og spesialistutdanning

Ferdig

Ansvarlig enhet 5510 KPSE - Avd. spesialisering og etterutdanning


Opprinnelse 01.jan.2015

Beskrivelse Brev fra HOD av 27.3 ;Legenes spesialitetsstruktur og spesialistutdanning -detaljtrredning av oppgaver for Helsedirektoratet i ny organisatorisk modell

Kommentar Det ble levert en konsekvensutredning om ny modell for spesialistutdanning for leger. I etterkant har direktoratet utarbeidet en detaljutredning av samme modell. Denne ble levert 31.08.15 til HOD. HOD har senere kommet tilbake med endelig oppgave og arbeidsfordeling jf. brev av 17.12.2015. Læringsmål i ny spesialistutdanning for leger skal ferdigstilles i løpet av våren 2017.

Utredning levert HOD 31.08. 2015 i henhold til frist. Avsluttet

Under oppstart. Koordinering mot RHF og de øvrige aktørene planlegges. Felles kompetansemoduler: Rådslag avholdt. Læringsmål utvikles høst 2015.Etablering av rådsstruktur: Under planlegging.

 Tillegg til TB nr. 60 Spørsmål knyttet til fagskoleutdanning og tilskudd til fagskoleutdanning innenfor helse og sosialfag

I rute

Ansvarlig enhet 5590 KPUP - Avd. utdanning og personellplanlegging

Opprinnelse 01.jan.2015

Vedlegg 3 - Tidstyver

Eksternt oppsett - rapporteres i årsrapport og DIFI-database

Fra divisjon: EH divisjonen			
Tidstyver divisjonen har prioritert å fjerne (navn på tidstyv)	Tiltak for å fjerne utvalgte tidstyver (planlagt, under arbeid og gjennomførte)	Resultater av arbeidet (særlig effekter for brukerne).	Eventuelle kommentarer/utdypninger/presiseringer o.l.
Konsolidering av EPJ-løsning for fastlege	Prosjekt EPJ-løftet - delprosjekt E - alternative driftsløsninger	Kravsporing hos brukere	Gjennomført informasjonsinnhenting hos 20+ aktører for å avdekke det reelle problemet med dagens EPJ-drift.
		Utarbeide tjenstekatalog	Utabeide en oversikt over de ulike IKT-systemene og IKT-aktørene for å beskrive et felles, overordnet mål bilde
		Design av ulike tekniske løsninger	Beskrive ulike teknologi som kan realisere ulike krav og ønsker som har kommet frem gjennom kravsporing samt krav fra lov og forskrift.
		Utarbeide beskrivelse av utprøving (pilot)	Utarbeidet en "salgbrosjyre" for å forankre mål, avgrensninger og plan for de berørte aktørene. Beskriver også kriterier for å bli pilot samt kompensasjon gitt fra e-helse.
Dårlig/mangelfull koding i sektoren	Program kodeverk og terminologi	Forbedring av forvaltning av kodeverk (FOV)	Forbedre arbeidsflyt og årshjul for revidering og publisering av helsefaglige kodeverk. Sørg for gode publiseringsrutiner og kommunikasjon rundt regelverk og kodeverk.
		Opplæring medisinsk koding (OMK)	Gjennomført informasjonsinnhenting i sektoren rundt opplæring. Fase II av prosjektet vil gjennomføre tiltak for å forbedre opplæring i helsefaglig koding.
		Helhetlig IKT-støtte til helsefaglig koding (HIS)	Konseptfase gjennomført for oppstart rundt forbedring av IKT-støtte til helsefaglig koding. Beskrivelse av områder til forbedring og økt dialog med aktører også igjennom EPJ-løftet. Områder som er identifisert vil inngå i planleggingsfase for gjennomføring av prosjektet.

Tidstyver divisjonen har prioritert å fjerne (navn på tidstyv)	Tiltak for å fjerne utvalgte tidstyver (planlagt, under arbeid og gjennomførte)	Resultater av arbeidet (særlig effekter for brukerne).	Eventuelle kommentarer/utdypninger/presiseringer o.l.
--	---	--	---

Fra divisjon: Primærhelse			
Fører kortforvaltning – redusere saksbehandlingstiden for personer som søker om dispensasjoner fra helsekravene.	<p>Det bør innføres elektronisk saksbehandling av førerkortsaker. Det kan føre til mye raskere saksbehandling og komme alle involverte til gode, særlig befolkningen.</p> <p>Et annet grep som gjennomføres i disse dager er å forskriftsfeste helsekravene og legge om rutinene for klagebehandling. Det nye forslaget er tenkt iverksatt fra september 2015.</p>		Arbeidet med nytt vedlegg 1 til førerkortforskriften er forsinket og vil bli iverksatt 1.7.2016. Klagesakene er overført til Helseklage fra 1.1.2016
Utarbeide og godkjenne tilskuddsregelverk – redusere tiden det tar å gjøre endringer i eksisterende tilskuddsordninger eller opprette nye tilskuddsordninger.	<p>Redusere tiden det tar å gjøre endringer i eksisterende tilskuddsregelverk eller utarbeide nye.</p> <p>Løsning:</p> <p>1) Tidligere oppstart med å endre og utarbeide nye tilskuddsregelverk.</p> <p>2) Se på interne rutiner i direktoratet for å øke kvaliteten og effektiviteten.</p> <p>3) Sammen med departementet vurdere om det er behov for endring i rutiner for godkjenning av regelverk.</p> <p>4) Kommunisere til søkere om forventet kunngjøringsdato.</p>	<p>Regelverket har bedre kvalitet og prosessene internt er mer effektive</p> <ul style="list-style-type: none"> - Forutsigbarhet for brukerne knyttet til søknadsbehandling - Enklere å forvalte tilskuddet - Enklere for søkerne å sende gode søknader og rapporteringer 	

Tidstyver divisjonen har prioritert å fjerne (navn på tidstyv)	Tiltak for å fjerne utvalgte tidstyver (planlagt, under arbeid og gjennomførte)	Resultater av arbeidet (særlig effekter for brukerne).	Eventuelle kommentarer/utdypninger/presiseringer o.l.
--	---	--	---

Fra divisjon: Kompetanse og personell

Tungvinn saksbehandling og krevende kommunikasjon med søkere	1. Elektronisk søknadsprosess for autorisasjoner og lisenser for helsepersonell	Elektronisk veiledning i utfylling av skjemaet, brukere blir sikret at vedlegg følger med, raskere saksbehandling ved elektronisk håndtering av dokumenter og post.	Minimumsløsning produksjonssatt i desember 2015, flere funksjonaliteter er under utvikling
	2. Elektronisk betalingsløsning for gebyr knyttet til autorisasjon og lisens.	Effektivisering av arbeidet ved å koble søknad med kvittering og bekreftelse på innbetaling, enklere for søkeren å betale elektronisk i forbindelse med søknaden	Blir klar i mars. Vi har prøvd å få med andre statlige etater på den sammen løsningen, men de trengte lengre tid. Vi har derfor utviklet løsningen alene foreløpig.
	3. Digital kommunikasjon i forbindelse med søknad og vedtak	Saksbehandlingsarbeid med å skrive ut og sende vedtakene faller bort og de fleste søkerne får raskere svar.	Vedtakene blir sendt i Altinn for søkere med norsk ID-nummer, eller via utskrift hos Skatteetatens IT- og servicepartner for de øvrige. Kommer utpå våren 2016.
	4. "Skolelister" (innsendte lister over kandidater som har bestått eksamen sendes elektronisk fra utdanningsinst.)	Kandidater som står på listen vil bli tilsendt skjema i Altinn, som kun består av elektronisk betaling for søknaden. Autorisasjonen kan utsedes umiddelbart.	Dette gjelder flere hundre søkere hvert semester og vil utgjøre en stor tidsbesparelse både for utdanningsinst., den enkelte søker og godkjenningmyndigheten. Løsningen er under arbeid, og vi håper den skal bli ferdig til å tas i bruk fra eksamen i juni.

Tidstyver divisjonen har prioritert å fjerne (navn på tidstyv)	Tiltak for å fjerne utvalgte tidstyver (planlagt, under arbeid og gjennomførte)	Resultater av arbeidet (særlig effekter for brukerne).	Eventuelle kommentarer/utdypninger/presiseringer o.l.
--	---	--	---

Fra divisjon: Folkehelse			
Telefonhenvendelser fra kommuner og andre om alkoholloven	Sentralbordet har blitt bedre til å henvise til Fylkesmannen og våre nettsider. Fylkesmannens kompetanse har blitt styrket, i tillegg har vi lagt en del ressurser i å få bedre informasjon på nettsidene.	Det gir saksbehandlere mer tid til andre oppgaver, som for eksempel regelverksutvikling og tilsyn.	Det er viktig å prioritere effektiviseringsarbeid, og ha med seg at det kommer pukkelkostnader når man skal gjøre effektiviseringstiltak.

Tidstyver divisjonen har prioritert å fjerne (navn på tidstyv)	Tiltak for å fjerne utvalgte tidstyver (planlagt, under arbeid og gjennomførte)	Resultater av arbeidet (særlig effekter for brukerne).	Eventuelle kommentarer/utdypninger/presiseringer o.l.
--	---	--	---

Fra divisjon: DT			
Funksjonelle testbrukere	<p>Etablere ny rutine for håndtering av funksjonelle testbrukere</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bedre spesifisert behov og identifisering av risikoområder • Beregning av faktisk risiko • Automatisering av miljøer • Logging og rapportering på tilganger og bruk 	<p>Fjerne tidsbruk for håndtering av testbrukere fra dagens 8 timer i uken. (400 000 i eksterne kostnader i dag)</p> <p>Forbedre effektiviteten i test og utviklingsmiljøer</p>	
Møter/Møtekultur	<p>Dårlig møtekultur i Helsedirektoratet, trenger rutiner og rammer. Agenda og referater og intuitiv verktøystøtte. Henger sammen med manglende enhetlig informasjonsflyt som gjør møter til de foraene hvor informasjon deles, ofte uplanlagt og adhoc.</p> <p>- <u>Tiltak.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> o Kursing i møtekultur. o Strengere krav til innkalling o Kritisk vurdere antall deltagere. o Sett møtetid i Outlook til en halvtime default i stedet for 1 time for hele HDIR. Sync med innstillinger for møteromsbooking. o Krev en agenda o Krev et referat o Krev oppfølgingspunkter og ansvarlige med frist med mindre det er på forhånd varslet at det er et informasjonsmøte. o Få levert en Sharepoint template for møtefererater som kan gjenbrukes. 	<p>Bruke mindre tid i møter og mer tid til faktisk arbeid. Mer effektive møter hvor man er bedre forberedt til tema og beslutninger. Bedre til å dokumenter møter og agenda gjør det enklere å delta på kun de som er relevante.</p>	
E-post	<p>E-post. Manglende innføring av Lync, Sharepoint etc fører til at mye informasjon sendes altfor ofte til altfor mange. Dårlig rutiner på arkivering og samhandling fører til arkiveringer av mange e-poster. Dårlig struktur på e-post og ukritisk videresending av lange e-post rekker gjør det svært vanskelig å finne meningsinnholdet.</p> <p>- <u>Tiltak:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> o Innfør Yammer og unngå lange e-post rekker for å finne en som kan svare. o Kursing i e-post vett. o Bruk Lync for avklaringer o Krev at det viktige innholdet og spørsmål kommer øverst. 	<p>Bedre organisering av informasjon. Enklere å finne igjen relevant informasjon for ikke-mottakere.</p>	

Tidstyver divisjonen har prioritert å fjerne (navn på tidstyv)	Tiltak for å fjerne utvalgte tidstyver (planlagt, under arbeid og gjennomførte)	Resultater av arbeidet (særlig effekter for brukerne).	Eventuelle kommentarer/utdypninger/presiseringer o.l.
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Tenk nøye igjennom om kopimottakeren faktisk har behov for å se dette eller kommer til å se det. ○ Ikke send eller kopiere ledere på alle e-poster ○ Ta avgjørelser innenfor ditt domene og stå trygt i det, ikke informer de som ikke behøver det. 		
Informasjonsgjenfinning	<p>Informasjonsgjenfinning i Helsedirektoratet er svært tidkrevende. Manglende policy, hva er hensikten med Intranett.</p> <ul style="list-style-type: none"> · – Eks. du blir oppringt av et HDIR nummer, hvor finner du den personen? · Hvordan vet du at det dokumentet du fant på intranett er siste utgave? · Hva er retningslinjer for hva som ligger hvor. · Kan du vite om avdeling A har en intern rutine på filområdet som avdeling B nå bruker 3 ukes verk på å gjenskape? 	<p>Mer effektiv arbeidsprosesser og bedre kunnskap om hvilken informasjon som er tilgjengelig hvor og hvordan den skal benyttes. Mindre søken etter informasjon og færre dubletter.</p>	

Tidstyver divisjonen har prioritert å fjerne (navn på tidstyv)	Tiltak for å fjerne utvalgte tidstyver (planlagt, under arbeid og gjennomførte)	Resultater av arbeidet (særlig effekter for brukerne).	Eventuelle kommentarer/utdypninger/presiseringer o.l.
--	---	--	---

Fra divisjon: Spesialisthelsetjenester (SP)

<p>EKSTERN TIDSTYV: Avdeling SPRF saksbehandler søknader om rettsferdsvederlag på oppdrag fra Statens sivilrettsforvaltning, SRF. Og skriver uttalelser til sakene som skal leveres til SRF. Sakene behandles i 360 sikker sone. For å få de elektronisk og for mulighet til å overlevering til SRF må vi eksportere sakene fra sikker sone til intern sone via <u>WINRAR</u>, og kryptere hvert enkelt dokument i sakene før overføring til minnepinne kan utføres. Minnepinnen leveres så til Statens sivilrettsforvaltning. Pga innviklet og vanskelig prosedyre før overføring til minnepinne må det være to personer som gjør dette sammen. Prosedyren er svært tidkrevende og må gjøres på hvert enkelt dokument. Mange saker har flere dokumenter.</p>	<p>Vi ser at dette tar lang tid og dermed gjør at det lett kan utsettes og (eller at andre ting utsettes for at dette skal bli utført. Saksbehandlingstiden her på Hdir, for rettsferdsvederlagsaker blir dermed forlenget. Og andre saker vi burde jobbet med nedprioriteres også for å få utført dette. Statens sivilrettsforvaltning har påpekt problemet, og er villige til å bistå Hdir dersom det er nødvendig. Innføre EDU, elektronisk dokumentutveksling. SRF ønsker, i likhet med regjeringen, at dokumentutveksling i statlig sektor skal utføres elektronisk. Det er nødvendig at Hdir skaffer tilveie nødvendig programvare/system slik at EDU kan brukes i 360 uten at det er så tid og ressurskrevende.</p>	<p>Kortere saksbehandling for rettsferdsvederlag</p>	
<p>INTERN TIDSTYV: Ekstern deltakelse i utvikling av nasjonale faglige retningslinjer</p>	<p>Eksterne deltakere i utvikling av nasjonale faglige retningslinjer må være samarbeidspartnere over 3-4 år pga kompleks metodikk og liten metodestøtte for prosjektlederne i H.dir. Eksempelvis tar kunnskapsoppsummeringer 1-2 år. Økt antall personer i retningslinjesekretariatet med god metodekompetanse som kan ivareta den delen av retningslinjearbeidet. Opplæring av stadig nye saksbehandlere fører til unødig tidsbruk i retningslinjearbeidet</p>	<p>Normerende produkter kommer raskere til brukere. Forbedring av prosessen antas i neste omgang å føre til bedre kvalitet i tjenesten.</p>	
<p>INTERN TIDSTYV: Arkiv- og saksbehandlingssystemer 360 samt virksomhetsstyringssystemet PULS oppleves som store tidstyver</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Å generelt utsette innføring og oppdateringer av systemer som ikke er tilstrekkelig testet og vurdert å ha nødvendig kvalitet. • Gjøre mer systematiske brukerevalueringer av systemene • For arkivsystemet ønskes det eksempelvis <ul style="list-style-type: none"> o en god restanseoversikt o en god søkefunksjon enhetlig metode for fordeling av saker o en mer transparent oppfølging av innmeldte feil • For PULS: <ul style="list-style-type: none"> o Oppdatere rapportparken med bruker- og behovsrettet perspektiv o Evaluere gjennomført utviklingsarbeid 	<p>Mer effektive administrative tjenester</p>	

Årsrapport 2015



Innhold

- SAKs oppdrag og samfunnsansvar
 - Sammendrag
1. Leders beretning
Introduksjon til virksomheten og hovedtall
 - 2.1. Samfunnsoppdraget
 - 2.2. Saksgangen
 - 2.3. Omfanget av aktiviteten på autorisasjon og lisens
 - 2.4. Gebyrfinansiering av autorisasjon og lisens
 - 2.5. Helsepersonellregisteret (HPR)
 - 2.6. Jevngodhetsvurdering
 - 2.7. Søkere fra EU/EØS
 - 2.8. Statens Helsepersonellnemnd
 - 2.9. Faglig samarbeid
 - 2.10. Allmennlegeordningen
 - 2.11. Allmennlegeordningen i Norge
 - 2.12. Legeturnus
 - 2.13. Turnusstatistikk
 - 2.14. Andre turnusordninger
 - 2.15. Tilskuddsforvaltning
 - 2.16. Tilskudd forsterket veiledning av allmennleger og fastleger
 - 2.17. Tilskudd kommuneturnus
 - 2.18. Reise- og flytteutgifter
 - 2.19. Tilskudd kiropraktorturnus
 - 2.20. Tilskudd allmennlege
 3. Årets aktiviteter og resultater
 - 3.1. En åpen forvaltning
 - 3.2. Kundesenteret og service til søkere
 - 3.3. Brukerperspektivet
 - 3.4. Saksbehandlingstid
 - 3.5. Likestilling
 - 3.6. Saksbehandlingsverktøy
 - 3.7. Økonomi
 - 3.8. Arbeidsmiljø
 - 3.9. Sykefravær
 - 3.10. HMS
 4. Styring og kontroll i virksomheten
 - 4.1. Kvalitetssystemet i SAK
 - 4.2. Verifiseringsarbeidet i SAK
 5. Vurdering av fremtidsutsikter
 - 5.1. Fokus og satsning i 2015
 - 5.2. Elektronisk saksbehandlingsprosess i SAK
 6. Årsregnskap
 - Statistiske vedlegg

SAKs oppdrag og samfunnsansvar

Statens autorisasjonskontor for helsepersonell har ansvar for å behandle og avgjøre søknader om autorisasjon og lisens for helsepersonell utdannet både i Norge og i utlandet, og som skal arbeide i det norske helsevesenet. Ordningen er et viktig bidrag til pasient-sikkerheten. Det er i alt 29 helseprofesjoner som omfattes av autorisasjonsordningen.

Søknad om autorisasjon behandles etter lov, forskrift og retningslinjer gitt av andre. SAK har administrative oppgaver i forbindelse med turnustjeneste for leger, fysioterapeuter og kiropraktorer, og forvalter tilskudd til turnuskandidater, kommuner og veiledningsavtaler for allmennleger og enkelte andre tiltak. Saksbehandlingen skal sikre at søkere som får autorisasjon og lisens har de nødvendige kvalifikasjoner, etter gjeldende lov- og rammeverk som området, og skal sikre likebehandling og god forvaltningsskikk. SAK er ansvarlig for innholdet i Helsepersonellregisteret (HPR), og for å levere aktuell statistikk.

Statens autorisasjonskontor for helsepersonell er en egen etat med Helsedirektoratet som etatsstyrer. Etaten skal gi sitt bidrag til at myndighetenes beslutninger på helseområdet iverksettes, og gi tilbakemeldinger om resultater og faglige råd.

Sammendrag

Antall søknader og autorisasjon og lisens inn til SAK i 2015 har vært 19 899. Dette er en liten oppgang i antall fra 2014. I 2015 har SAK i tillegg hatt flere ekstraoppgaver knyttet til elektronisk søknadsprosess (ca. 2,5 årsverk), endring i aldersgrense for utløp av autorisasjon (ca. 0,5 årsverk i 2 mnd) og forberedelse til integrering av SAK i Helsedirektoratet (ca. 1 årsverk). Nytt i 2015 var også at søknader om veilederavtaler og godkjenning som allmennlege ikke var gebyrbelagt.

Det er 29 utdanningsgrupper som omfattes av autorisasjonsordningen. Utdanningsgruppene er definert i Helsepersonelloven. Autorisasjon er SAKs viktigste og mest omfattende oppgave.

SAK fatter årlig rundt 20 000 enkeltvedtak om autorisasjon eller lisens.

I januar 2015 åpnet SAK for at våre søkere skulle ha mulighet til å avtale fysisk møte med oss, enten ved å komme til SAK, eller pr. telefon for å kunne stille spørsmål om sin søknad, søknadsprosessen og annet de måtte lure på. Dette har vært svært vellykket, og det har vært relativt stor pågang for å få en slik avtale. Det er først og fremst personer som ennå ikke har søkt autorisasjon som har bedt om møte, for å få veiledning.

I mai 2015 ble SAK-dagen arrangert i Oslo Konserthus med ca 150 deltagere, og flere interessante foredragsholdere. Tema på årets SAK-dag var «Autorisasjon til helsepersonell – hvem, hva og hvorfor?», og var en fagdag for utdanningsinstitusjoner, arbeidsgivere og andre spesielt inviterte, med fokus på utfordringene for personer med helseutdanning fra land utenfor EU/EØS.

I revidert nasjonalbudsjett som ble fremlagt i mai ble det klart at SAKs virksomhet skulle integreres i Helsedirektoratet med virkning fra 1. januar 2016. Gjennomføringen av avvikling og integrering har vært arbeidskrevende samtidig som det har vært viktig for SAK å opprettholde ordinær drift og behandling av søknader.

I juli ble det klart at helsepersonell, som tidligere har fått sin autorisasjon til fylte 75 år, vil få autorisasjon til fylte 80 år. Dette utgjorde et stort manuelt arbeid for flere av SAKs medarbeidere, da den automatiske konverteringen ikke fant sted før i desember 2015. Det innebar at alle som skulle fylle 75 år i 2015 ble manuelt konvertert i våre systemer, slik at de får beholde sin autorisasjon til fylte 80 år.

I september 2014 ble det etablert et prosjekt for å utvikle en elektronisk saksbehandlingsprosess for SAK. Denne elektroniske saksbehandlingsprosessen skal gi både norske og utenlandske søkere muligheten til å søke autorisasjon som helsepersonell elektronisk. Selve søknadsskjemaet etableres i Altinn, og søkerne skal ledes dit via god informasjon og linker på våre hjemmesider. Elektronisk søknadsprosess ble lansert for våre søkere 7. desember 2015. I februar 2016 kommer den elektroniske betalingsløsningen på plass.

Ved å ha en elektronisk saksbehandlingsprosess vil man sikre bedre kvalitet på søknadene som mottas. I tillegg har man større mulighet til å gi søkerne nødvendig informasjon om hva som ønskes i de ulike feltene i skjemaet. Søkerne vil i en større grad ble veiledet med tanke på hva SAK har behov for i forhold til deres søknad. Den elektroniske saksbehandlingsprosessen vil også medføre at mer av kommunikasjonen vil gå digitalt mellom saksbehandler og søker. Dette vil spesielt for utenlandske søkere resultere i en stor reduksjon i kalendertiden det tar å gå igjennom en søknadsprosess.

SAK er et eget kapittel i statsbudsjettet, *kap. 724 Statens autorisasjonskontor for helsepersonell*, og var i 2015 tildelt en driftsramme på 40,231 mill. kroner.

Som følge av høyere antall søknader enn det som ble lagt til grunn i statsbudsjettet for 2015, har SAK har hatt merinntekter fra gebyrinnbetalinger på 2,232 mill. kroner, i tillegg til inntekter fra refusjoner på 0,654 mill. kroner. Med merinntekter på til sammen 2,886 mill. kroner og merutgifter på 3,235 mill. kroner, fikk SAK et merforbruk i 2015 på 0,349 mill. kroner.

Statens bevilgning til dekning av SAKs utgifter var kroner 10,431 mill. kroner mot 10,780 mill. kroner i 2015.

1. Leders beretning

2015 har stått i moderniserings- og endringens tegn for autorisasjonskontoret. Etter omfattende diskusjoner på mange plan kunne endelig SAK ta i bruk samme modell som lærestedene har gått over til for sammenligning av studier og innhold. Prosjekt elektronisk søkeprosess, som startet høsten 2014 gikk inn i sin avsluttende fase med opplæring og lansering 7. desember, og organisasjonen fikk den endelige avklaringen på virksomhetsoverdragelse til Helsedirektoratet fra januar 2016. Forberedelse for integreringen av organisasjonens virksomhet og ansatte skjedde gjennom hele høsten, og fysisk flytting fra lokalene i Calmeyersgate 1 til ny virksomhet skjedde 11. desember. Papirarkivets nedpakking og flytting av om lag 5.000 saker pågikk også utover i januar 2016. Det meste, foruten selve flyttingen skjedde med egne krefter.

Vi mottok gjennom året totalt 19 899 søknader om autorisasjon og lisens, og samlet sett 27 350 saker. Utvidelse av overgangsordningen for leger i veiledning til allmennlege førte til mer enn en dobling i antallet søknader, fra 374 i 2014 til 780 i 2015. SAK avsluttet i 2015 ordningen med gebyr for disse sakene, og forventningene til raskere behandling har samtidig vært økende. Fra 1. juli skjedde en lovendring om heving av aldersgrensen for helsepersonell fra 75 til 80 år. SAK måtte, som en tilpasning, foreta manuell endring av ca. 2 500 helsepersonell i HPR, og startet forberedelsene av lovendringen for ny godkjenningsordning av helsepersonell med utdanning fra land utenfor EØS/EU. Det er også lagt ned mye arbeid med etablering av ny nettside fra SAK til Helsedirektoratet for å få den i funksjon fom 1. januar 2016.


SAK gjennomførte en kundeundersøkelse i samarbeid med Rambøll. Den viste at våre kunder i all hovedsak er svært fornøyd med SAKs arbeid og vår service, og vi igangsatte forbedringstiltak på de områder kundene våre anviste. Det ble etablert 1 til 1 kundemøter for veiledning. Søkere som benyttet seg av ordningen var i hovedsak personer som ikke ennå hadde søkt om autorisasjon. Jeg vil takke kunder og samarbeidsparter for konstruktive tilbakemeldinger, som ga oss muligheten til å bli enda bedre.

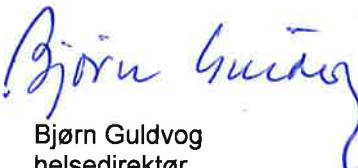
Det har vært skarpt fokus både eksternt og internt på autorisasjonssøkere med utdanning fra land utenfor EØS/EU, og spesielt fra Australia. Disse utgjorde i hele 2015 19 saker av den totale søkermassen i SAK. Det er grunn til å takke spesielt Høgskolen i Oslo og Akershus (HIOA) og NOKUT for solid faglig bistand, støtte og konstruktive diskusjoner gjennom året. 2015 har vært et arbeidskrevende år, og de mange endringene gjennom året har dessverre gjort det uunngåelig med en økning av de egendefinerte saksbehandlingstidene. Samtidig er mye på plass og organisasjonen beredt og rustet til å ta fatt på et nytt og spennende kapittel, samtidig som søkere, arbeidsgivere, interesseorganisasjoner og bemanningsvirksomheter har fått stadig raskere og bedre service.

Autorisasjonsordningen er ment å sikre at pasienter i det norske helsevesenet har trygghet for at de behandles av kvalifisert personell og kan ha tillit til helsevesenet og dets 29 lovregulerte yrkestitler og ivaretagelse av det enkelte helsepersonells rett til godkjenning. Vi kan med hånden på hjertet si at vi har gjort det vi kan for å oppfylle og fullføre oppdraget som er gitt innenfor det myndighetsområdet vi har vært delegert. Til slutt vil jeg spesielt takke for innsatsen og medarbeiderskapet i et spesielt år for SAKs medarbeidere, og ønske hver enkelt lykke til videre.

Det ble i 2015 besluttet at SAK skal fusjoneres inn i Helsedirektoratet fra 1.1.2016. Regnskap og årsrapport for 2015 signeres både av leder av SAK frem til 31.12.2015 og virksomhetsleder for den sammenslåtte virksomheten.

Oslo, 3. mars 2016


Anne Herseeth Barlo
tidligere direktør, SAK


Bjørn Guldvog
helsedirektør

2. Introduksjon til virksomheten og hovedtall

2.1. Samfunnsoppdraget

Begrepene

Autorisasjon er en full profesjonsgodkjenning. En søknad om autorisasjon rettes til SAK, som utsteder autorisasjon, når kravene er oppfylt. Autorisasjonen gjelder til fylte 80 år. Ved fylte 80 år kan helsepersonellet velge å søke om en tidsbegrenset lisens for å kunne fortsette yrkesutøvelsen. *Lisens* kan karakteriseres som en autorisasjon med begrensninger. SAK autoriserer alt helsepersonell som skal arbeide i det norske helsevesenet, dette inkluderer også helsepersonell som er utdannet ved norske læringsinstitusjoner.

Hva innebærer autorisasjon

Autorisasjon som helsepersonell gir rett til å benytte den respektive yrkestittel. Personer som ikke har autorisasjon (eller lisens) har ikke rett til å benytte yrkestittelen. Personer som ikke har autorisasjon, har heller ikke rett til å benytte en tittel som er egnet til å gi inntrykk av at de har autorisasjon.

Målet med autorisasjonsordningen er å ivareta pasientenes sikkerhet og bidra til kvalitet på helsetjenesten på en slik måte at befolkningen har tillit til helsevesenet.

Autorisasjon er en forhåndskontroll av skikkethet og at man innehar nødvendige faglige kunnskaper, ferdigheter og eksamener, samt egnethet for å være helsepersonell før det gis tillatelse til å tre inn i yrket. Arbeidsgiver er ansvarlig for å vurdere om helsepersonellet er kvalifisert med hensyn til språkferdigheter personlige egenskaper. Med autorisasjon følger et selvstendig og personlig ansvar for å utføre arbeidsoppgavene på faglig forsvarlig måte. Alt helsepersonell har ansvar for å holde seg faglig oppdatert, og til å avstå fra å gi helsehjelp på områder som en ikke behersker eller ikke er kompetent til. Statens helsetilsyn kan tilbakekalle autorisasjonen når det er grunnlag for det.

Egnethet for yrkesutøvelse er et selvstendig vilkår for autorisasjon (se helsepersonelloven § 48 annet ledd bokstav d og § 53 annet ledd, jf § 57). Dersom utdanningsinstitusjonen ikke er sikker på om dette lovvilåret er oppfylt skal eleven/studenten ikke påføres skolelisten. Slike søknader behandles individuelt.

Lisens

En lisens er en begrenset autorisasjon med hensyn til varighet og/eller hvilke typer yrkesaktivitet som kan utøves. Det utstedes lisenser både til helsepersonells praksis som ledd i utdanning og for å få videreføre sin yrkesaktivitet etter fylte 80 år. Ellers gjelder de samme krav og rettigheter som for autorisasjon.

2.2. Saksgangen

Trinnene i saksbehandlingen

1. Søkeren betaler gebyr til SAK og vedlegger kvittering fra bank med søknaden.
2. Søkeren fyller ut et eget søknadsskjema.
3. Søker legger ved relevant dokumentasjon, som opplyser SAK om utdanningen som søker har gjennomført. Vedleggene skal være «bekreftet rett kopi»
4. Søknad med dokumentasjon, registreres i SAK.
5. Saksbehandlingen starter i det saksbehandlerteamet som arbeider med den aktuelle yrkesgruppen.
6. Hvis behandlingen tar mer enn en måned etter at gebyr er betalt, sender SAK foreløpig svar med anslag for saksbehandlingstid.
7. Hvis søknaden er mangelfull sender SAK oppfordring om å rette manglene. (dette gjelder vanligvis vedlegg som mangler eller attestasjon av vedlegg som mangler eller ikke godtas)
8. Når søknaden er komplett vurderes det om vilkårene for autorisasjon / lisens er oppfylt.
9. Hvis det er nødvendig sendes søknaden til ekstern faglig rådgiver, vanligvis fra høgskole / universitet (gjelder særlig søkere med utdanning utenfor EU/EØS).
10. Forslag til vedtak skrives og vurderes av SAK, og det tas en beslutning.
11. Autorisasjon / lisens eller avslag sendes til søkeren.

2.3. Omfanget av aktiviteten på autorisasjon og lisens i 2015

- Antall søknader om autorisasjon og lisens: 19 899
- Antall innvilgede autorisasjoner: 16 817
- Antall avslag: 1 915 (dette tallet inkluderer de som har fått avslag på søknad om autorisasjon med innvilgelse av lisens)
- Antall avslag i %: 9,7%
- Antall innvilgede lisenser: 2 912

Se statistisk materiale bakerst i årsberetningen.

2.4. Gebyrfinansiering av autorisasjon og lisens

Saksbehandlingen av autorisasjon og lisens er i hovedsak finansiert ved gebyr.

I 2015 har det vært to gebyrsatser, kr 1.665,- for behandling av autorisasjons- og lisenssøknad og kr 2.635,- for behandling av både turnuslisens og autorisasjon.

Gebyrintektene i 2015 var 32,032 mill. kroner.

2.5. Helsepersonellregisteret (HPR)

Dette er helsemyndighetenes register over alt helsepersonell med autorisasjon eller lisens etter helsepersonelloven. I tillegg inneholder HPR for eksempel veterinærer med autorisasjon eller lisens etter dyrehelsepersonelloven. SAK har ansvaret for autorisering av helsepersonell i Norge. Vår oversikt over helsepersonell og respektive autorisasjoner/-lisenser vedlikeholdes i HPR. HPR eies av Helsedirektoratet, oppdateres og brukes av SAK og driftes av NHN (Norsk Helsenett). HPR ble opprinnelig laget av beredskapshensyn, man ønsket å etablere en oversikt over alt helsepersonell i tilfelle krig eller krise. HPR oppdateres alle virkedager. Det innebærer at interessenter kan finne oppdatert informasjon langt hyppigere enn tidligere.

Bruken av Helsepersonellregisteret

Etter hvert mottar stadig flere aktører i helsesektoren kopi av HPR-data for kontroll av autorisasjoner og rekvireringsretter. HPR-data er blant annet nødvendig for å knytte en helsearbeiders identitet til autorisasjonen i forbindelse med elektronisk signering av sykemeldinger, resepter og helserefusjoner. Oppdaterte HPR-data er viktige både med hensyn til nye autorisasjoner og autorisasjoner som begrenses og/eller trekkes tilbake.

Sjekk ved ansettelser

Det har vært økende fokus på faren for forfalskede dokumenter ved ansettelse av helsepersonell. Helsedirektoratet ga høsten 2010 ut en veileder i ansettelser for norsk helsevesen. I denne veiledningen anbefales det bl.a. å sjekke autorisasjonsstatus i HPR. Dette kan gjøres ved å søke på SAKs nettside. Det er også henvisning til Helsepersonellregisteret fra Helsedirektoratets hjemmeside.

Veileder til arbeidsgivere

SAK har bistått Helsedirektoratet med å utarbeide veilederen: «Gode rutiner – gode tilsetninger». Veileder for arbeidsgivere i helsetjenesten ved tilsetting av helsepersonell

2.6. Jevngodhetsvurdering

Alle med en helsefaglig utdanning fra utlandet, som søker norsk autorisasjon eller lisens, skal i utgangspunktet jevngodhetsvurderes i forhold til norsk utdanning. Søkere med utdanning fra andre nordiske land og EU/EØS, er denne er denne vurderingen forenklet for flere yrkesgrupper grunnet gjensidige avtaler gjennom Nordisk overenskomst og EØS-avtalen.

En jevngodhetsvurdering gjøres på bakgrunn av utdanningsdokumenter fra den enkelte søkers utenlandske utdanning og norsk rammeplan eller studieplan. Dette er til tider komplekse og krevende vurderinger. SAK anvender i mange saker bistand fra sakkyndige innen det relevante utdanningsområdet.

SAK har arbeidet aktivt for å få vedtatt en ny godkjenningsordning for helsepersonell utdannet i utlandet, spesielt de med utdanning fra land utenfor EU/EØS området. SAK ser stort behov for at en ny ordning imøtekommer dagens behov for forutsigbarhet, der mennesker flytter mer på seg eller i økende grad gjennomfører helsefaglige utdanninger i utlandet, på en mye bedre måte. Det har derimot vært viktig for SAK at forutsigbarhet for den som søker om autorisasjon, ikke går på bekostning av sikkerhet for pasienten.

Det forventes det at en ny godkjenningsordning hvor fagprøve for leger, sykepleiere, helsefagarbeidere og tannleger inngår etter en jevngodhetsvurdering, kan tre i kraft fra siste halvår i 2016.

2.7. Søkere fra EU/EØS og fra verden forøvrig

Antall søknader fra EU/EØS området, utenfor Norden, er i det store og hele stabilt. Endringene kan ikke sies å ha vært markant sett i lys av det totale søkertallet.

SAK har ikke sett store endringer i antall søknader fra utenfor EUS/EØS, heller ikke grunnet flyktnings situasjonen.

2.8. Statens helsepersonellnemnd (SHPN)

Stadfestelse av SAKs vedtak fra SHPN:

2015	2014
97,2%	95,1%

SHPN har omgjort helt eller delvis 4 av vedtakene i SAK (2,8 %). Omgjørings sakene har vært en tilsynssak av helsefagarbeider, en lege over 75 år som gis tilbake autorisasjonen, og en er gitt rett til autorisasjon som lege etter å ha oppfylt krav i Tilleggsforskriften § 3 bokstav d.

Et vedtak ble delvis omgjort da klageren ikke oppfylder vilkårene for lisens som tanntekniker, og SAKs vedtak som gjelder lisens er ugyldig. Nemnda omgjør den del av vedtaket som gjelder lisens.

Klagesaker oversendt til/fra SHPN	2013	2014	2015
Antall klagesaker oversendt til SHPN fra SAK	147	176	108
Antall saker behandlet av SHPN	118	142	145
Antall vedtak stadfestet fra SHPN	110 (93,2 %)	135 (95,1 %)	141 (97,2 %)
Antall vedtak omgjort helt eller delvis av SHPN	5 (4,2 %)	6 (4,2 %)	4 (2,8 %)
Antall vedtak opphevet/ annen behandling av SHPN	3 (2,6 %)	1 (0,7 %)	-

SAK oversendte 108 klagesaker til SHPN i 2015, og viser en reduksjon på 40,2 % fra 2014. I 2015 har vi fått tilbake totalt 145 vedtak fra SHPN. Sakene har hatt følgende fordeling på profesjoner sammenliknet med vedtak fra 2013 og 2014.

Antall vedtak fordelt på profesjon	2013	2014	2015
Ambulansemedarbeider			4
Apotektekniker		1	
Bioingeniør	8	2	10
Ergoterapeut	1		
Fotterapeut	1		1
Fysioterapeut	5	1	4
Helsefagarbeider	17	16	10
Helsesekretær	1	5	
Jordmor		2	2
Klinisk ernæringsfysiolog			2
Kiropraktor	1		
Lege	3	12	12
Helsepersonell over 80 år (tidl. 75 år)	5	6	2
Ortoptist			6
Provisorfarmasøyt	2	1	1
Psykolog		4	2
Radiograf		2	1
Reseptfarmasøyt	1		
Sykepleier	67	68	65
Tannhelsesekretær	1	1	
Tannlege		17	14
Tannpleier	2	4	5
Tanntekniker	2		1
Vernepleier	1		3
Totalt antall vedtak fra SHPN	118	142	145

2.9. Faglig samarbeid

En videreføring og opprettholdelse av den gode kontakten med interesseorganisasjoner, andre myndighetsorganer og utdanningsinstitusjonene fortsatte i 2015 gjennom felles møter og arrangementer.

SAK dagen, som ble gjennomført for første gang i juni 2013, ble igjen i avholdt i Oslo Konserthus 28. mai. Temaet for dagen var «Autorisasjon til helsepersonell – hvem, hva og hvorfor?» Fokuset var på ulike roller og samarbeid «*Hva kan oppnås gjennom bedre samarbeid og fremtidige endringer?*» SAK samarbeidet blant annet med Kunnskapsdepartementet, Universitets- og høgskolerådet og Høgskolen i Oslo og Akershus om programmets innhold.

Årets SAK-dag har fokus på roller og samarbeid, og arrangeres for utdanningsinstitusjoner, arbeidsgivere, ansattes organisasjoner, andre samarbeidsorganer og **alle i SAK**. SAK samarbeidet med Kunnskapsdepartementet, universitets- og høgskolerådet og høgskolen i Oslo og Akershus om programmet.

Samarbeidspartnere

SAK har tatt kontakt med og deltatt på flere møter med relevante samarbeidspartnere, som Nasjonalt organ for kvalitet i utdanningen (NOKUT), Kripos, UDI og søsterorganisasjoner i Sverige og Danmark. Målet er erfaringsutveksling og etableringen av gode kontakter.

Det er gjennomført hospitering i NOKUT hvor vi fikk mange gode tips om nyttige ressurser og metoder i arbeidet med utdanningsdokumenter. Saksbehandlingsprosedyrer er oppdatert og sjekk av lærestedets akkreditering har blitt en del av saksbehandlingen. Vi har hatt samtaler om godkjenningsordning for personer uten verifiserbar dokumentasjon (UVD ordning for helsepersonell).

Det har vært samarbeid med Nasjonalt ID-senter (NID) og Politiets utlendingsenhet (PU) om samarbeid og opplæring i hvordan oppdage forfalskninger. SAK har også samarbeidet med KRIPOS i enkeltsaker der det har vært nødvendig.

2.10. Allmennlegeordningen

Fra 1. januar 2006 er det krav om 3 år veiledet tjeneste. Bakgrunnen for denne endringen var et skjerpet krav i direktiv 2005/36/EF (yrkeskvalifikasjonsdirektivet). Tidligere var kravet to år veiledet tjeneste, som norske leger oppnådde ved praksis i studiet samt ved et og et halvt år turnustjeneste. Forskrift om veiledet tjeneste ble endret 19.12.2013 og 11.4.2014 (i kraft 1.5.2014). Endringene medførte en justering av hvordan SAK behandler og vurderer søknader om godkjenning som allmennlege og søknader om registrering av veilederavtaler.

Etter endringene i forskriften ble det presisert hva som kan telle med som veiledet tjeneste fra andre EØS-land. Det avgjørende her var om utdanningslandet godkjente aktuell praksis som veiledet tjeneste etter yrkeskvalifikasjonsdirektivet. Dette medførte at SAK bare kunne godkjenne praksis fra andre EØS-land dersom praksisen ble regnet som veiledet tjeneste i praksislandet. Fra 1.4.2015 fastslo imidlertid departementet at klinisk praksis fra andre EØS-land er meritterende dersom den er opparbeidet etter grunnleggende legeutdanning og kan dokumenteres ved attest undertegnet av medisinskfaglig ansvarlig og avdelingsleder ved tjenestestedet.

Allmennlegeordningen er *ikke* en autorisasjonsordning. Fastleger og leger i kommunal legevakt, må i tillegg til sin autorisasjon, ha *godkjenning* som allmennlege for å få selvstendig rett til trygderefusjon. For å oppnå godkjenning som allmennlege må det dokumenteres tre år veiledet tjeneste. Legene må i tillegg gjennomføre obligatoriske kurs A og B i regi av Den norske legeförening. Tidligere ble det gitt midlertidig godkjenning til leger som hadde tre år veiledet tjeneste, men som manglet de obligatoriske kursene. Ordningen med å gi midlertidig godkjenning opphørte fra 1.1.2015.

2.11. Allmennlegeordningen i Norge

Det gis tilskudd til kommuner for den veiledningen som gis til leger som er i et løp for å bli allmennleger. Tidligere ble det kun gitt tilskudd for ett år med veiledning. Ved omlegging av autorisasjonstidspunktet og med endringer i forskrift om veiledet tjeneste, er det imidlertid mange leger som må ha mer enn ett år veiledet tjeneste for å kunne få godkjenning som allmennlege. HOD har derfor bevilget mer penger til tilskudd for å dekke opp for den ekstra veiledningen kommunene da står ansvarlige for.

Tall for 2015:

Godkjenning som allmennlege: 812

Registrering av veilederavtale: 1 250

Forlengelser av midlertidige godkjenninger: 42

Klage på avslag allmennleger: 23

Økningen kommer nok av utfasingen av den midlertidige godkjenningen som hadde sin siste virkningsdag 1.1.2015. Det ble ikke utstedt nye midlertidige godkjenninger etter 1.1.2015. De som allerede har midlertidige godkjenninger har kunnet forlenge disse frem til 1.1.2016.

2.12. Legeturnus

Etter omlegging av turnustjenesten i 2012 er det to parallelle forskrifter som regulerer turnustjenesten for leger. Alle leger som nå ønsker å ta turnustjeneste må inn i den «nye» ordningen. Denne er søknadsbasert og søknad skjer via Helsedirektoratets turnusportal. SAK administrer den «gamle» turnusordningen for leger. Leger som var oppmeldt etter gammel ordning, men av ulike grunner har hatt utsettelse i av oppstart i turnus eller i løpet av turnustjenesten tilhører den «gamle» ordningen. Den gamle ordningen ble i løpet av 2015 faset ut. Vi har ikke flere søknader under gammel ordning til behandling. Søknad om godkjenning av praksis fra andre land som likeverdig med norsk turnus er økende.

2.13. Turnusstatistikk

I 2015 og 2016 er det 52 leger som skal inn i gammel ordning i turnustjenesten. I tillegg kommer de 30 som startet i sykehus i 2014 og som fullfører turnustjenesten i løpet av 2015 og 2016. Det er ikke lenger er ventelister. De som starter i sin turnustjeneste i 2015 og 2016 har selv søkt om utsettelse.

2.14. Andre turnusordninger

Gjennomført og bestått turnustjeneste er fortsatt vilkår for autorisasjon som fysioterapeut og kiropraktor. SAK utstedte 307 lisenser til fysioterapeuter og 59 til kiropraktorer i turnustjeneste i 2015.

2.15 Tilskuddsforvaltning

SAK forvalter fem tilskuddsordninger for Helsedirektoratet. Det ble samlet utbetalt 132,488 mill. kroner over disse ordningene i 2015. Det er søknadsskjema og/eller informasjon om den enkelte ordning på SAKs nettside.

2.16. Tilskudd forsterket veiledning av allmennleger og fastleger

Tilskudd til forsterket veiledning av leger som er utdannet i EØS-land og som ikke har gjennomført turnus eller turnusliknende tjeneste. Det ble i 2015 utbetalt 0,842 mill. kroner over ordningen, som er budsjettert over kapittel 762, post 63.

2.17. Tilskudd kommuneturnus

Tilskuddet skal sikre god veiledning og kompensere for en del av kommunenes kostnader i forbindelse med turnustjenesten. Det ble i 2015 utbetalt 117,699 mill. kroner over ordningen, som er budsjettert over kapittel 783 Personell, post 61 Turnustjeneste på Statsbudsjettet. Fylkesmennene er sentrale i arbeidet med dette tilskuddet.

2.18. Reise- og flytteutgifter

Tilskudd til reise- og flytteutgifter for turnusfysioterapeuter og turnusleger ytes etter regelverk for refusjon. Distrikts- og rekrutteringshensyn er vektlagt i ordningen. Det er den enkelte turnuskandidat som kan søke om dette tilskuddet. Det ble i 2015 utbetalt 1,927 mill. kroner over denne ordningen, som er budsjettert over Statsbudsjettets kapittel 783 Personell, post 79 Andre tilskudd. Det foretas utbetaling ifm. turnusstart som er to ganger i året, 15. februar og 15. august.

2.19. Tilskudd kiropraktorturnus

Privatpraktiserende kiropraktorer som tar i mot turnuskandidat gis et tilskudd på 27 500 kroner per år. Formålet med dette tilskuddet er blant annet å gi kompensasjon/godtgjørelse for kostnader i forbindelse med veiledningsoppgavene. Det ble i 2015 utbetalt 1,623 mill. kroner over denne ordningen, som er budsjettert over Statsbudsjettets kapittel 783 Personell, post 79 Andre tilskudd.

2.20. Tilskudd allmennlege

Fra 1. januar 2006 ble det innført krav om minst tre års veiledet tjeneste for å få adgang til å utøve selvstendig virksomhet som allmennlege innenfor nasjonal trygdeordning. Det gis tilskudd til kommuner for å dekke godtgjørelse til den legen som foretar veiledningen. Det ble i 2015 utbetalt tilskudd til veiledning på 10,397 mill. kroner over denne ordningen, som er budsjettert over Statsbudsjettets kapittel 783 Personell, post 61 Turnustjeneste.

3. Årets aktiviteter og resultater

3.1. En åpen forvaltning

SAK er et selvstendig forvaltningsorgan underlagt Helsedirektoratet. SAK er derfor ikke ved lov forpliktet til å ha Offentlig Elektronisk Postjournal (OEP). SAK har vurdert denne problemstillingen, både med hensyn til juridiske og praktiske hensyn, og har kommet til den konklusjon at det på dette tidspunkt ikke er aktuelt å innføre OEP. Jf. Offentlighetsforskriften sies det at det er overordnet departement som avgjør i tvilstilfeller om et underlagt organ er omfattet av plikten til å gjøre journalen tilgjengelig på internett. I SAKs tilfelle har Helse- omsorgsdepartementet kommet til den konklusjon at virksomheten ikke plikter å innføre dette.

3.2. Kundesenter og service til søkerne

SAK har gjennom hele 2015 hatt et kundesenter bemannet med tre personer. Erfaringen viser; høy aktivitet på telefon ukens første dager med topp mandag og tirsdager, og betydelig lavere på torsdag og fredag. Høy aktivitet i lunsjperioden mellom klokken 11 og 13. Medarbeiderne på kundesenteret gjør andre arbeidsoppgaver i perioder hvor det er få kundeforhenvendelser.

SAK mottar ca. 150 e-poster per døgn på hverdager og ca. 100 i løpet av helgen. SAK legger vekt på utkvittering av e-post samme dag henvendelsen kommer inn. Det samme gjelder for henvendelser via kontaktskjema. E-posthenvendelser som kundesenteret ikke selv kan besvare utkvitteres etter maks 3 virkedager.

Det ble i januar 2015 besluttet å åpne opp for at kunder kan komme til SAK og få møte med saksbehandler for å stille generelle spørsmål, eller spørsmål om sin sak.

3.3. Brukerperspektivet

SAK gjennomførte en kundeundersøkelse i januar/februar 2015. Den viste at våre kunder var svært fornøyde med servicen og saksbehandlingen hos SAK, men med et lite forbedringspotensial på vårt kundesenter og hvordan henvendelser ble besvart. Dette tok vi umiddelbart tak i, blant annet gjennom et internt omdømmeprojekt.

3.4. Saksbehandlingstid

SAK har inndelt de ulike saksbehandlingsfristene på bakgrunn av hvor søker har sin utdanning fra. De fire «regionene» er Norge/Norden, det øvrige EU/EØS og utenfor EU/EØS.

Saksbehandlingstiden normalt 4-6 uker om du er utdannet i Norge eller i et annet nordisk land.

For de med utdanning fra et EU/EØS-land utenfor Norden er forventet saksbehandlingstid 4 måneder.

Helsepersonell utdannet i et land utenfor EU/EØS-området er forventet saksbehandlingstid 6 måneder. Det er ikke hjemlet en formell frist for søkere med utdanning fra land utenfor EU/EØS-området, men for å gi søkere forutsigbarhet i saksbehandlingen har SAK satt denne til 6 måneder. I slike saker er vi ofte avhengige av eksterne faglige råd, og dette har også bidratt til lang saksbehandlingstid. På den andre siden har kurante saker ofte tatt kortere tid, men dette kan variere avhengig av kapasiteten i de forskjellige avdelingene i SAK.

Flere og flere søkere opplever å få vedtak i sin sak godt innen de frister vi har oppgitt som saksbehandlingstid, spesielt gjelder dette søkere som har utdanning fra andre nordiske land og EU/EØS området.

Det er regler for hva som regnes som saksbehandlingstid. For eksempel stopper saksbehandlingen i det SAK ber en søker om mer informasjon etter Forvaltningsforskriftens §38. Når søker har sendt inn denne informasjonen, begynner saksbehandlingstiden på ny å løpe. Derfor kan *ventetiden* for den enkelte søker være lenger enn den *formelle saksbehandlingstid*.

2015 har vært preget av mange søknader om autorisasjon som sykepleier hvor utdanningen har sin opprinnelse i land utenfor EU/EØS-området. Dette har utfordret saksbehandlingskapasiteten i SAK, men når året er omme har vi holdt oss innenfor oppgitte frister.

Saksbehandlingsprosedyrer i SAK

SAK registrerer en stadig pågang fra søkere eller arbeidsgivere som tar kontakt med autorisasjonsmyndigheten med intensjon om å få sin sak prioritert foran andre saker. SAK ber søkere og arbeidsgivere merke seg at saksbehandlingsrekkefølgen blir bestemt av tidspunktet for innsendelse av komplette søknadspapirer og bekreftet innbetalt gebyr. Er søknadspapirene ikke komplette eller innbetaling av gebyret uteblir, forsinkes behandlingen. Det er derfor viktig at søknad om autorisasjon sendes i god tid.

Kontakt med SAK på vegne av søker

SAK opplever stadig at familiemedlemmer/nærpersoner tar kontakt for å diskutere forhold knyttet til autorisasjonssøknader. SAK finner det nødvendig å presisere at det er søkeren selv, eller eventuelt en fullmektig, vi forholder oss til. Gjør søkeren bruk av fullmektig, skal det foreligge skriftlig fullmakt.

Ansettelser og autorisasjonstidspunkt

SAK erfarer at enkelte arbeidsgivere ansetter helsepersonell som ikke har autorisasjon eller lisens. Dette er en svært uheldig praksis, all den tid et helsepersonell som fortsatt er i søknadsfasen, ikke kan ha noen garanti om en autorisasjon. Det avhenger av den dokumentasjonen som vedkommende har sendt inn til SAK, om søker har riktig yrkesutdanning og om søker har sendt inn korrekt informasjon til SAK. I fall vi må etterspørre ytterligere dokumentasjon, vil saksbehandlingstiden forlenges. Dette kommer da i konflikt med en eventuell forhåndsavtale med enten et bemanningsbyrå eller annen arbeidsgiver

3.5. Likestilling

Vi er 12 menn og 37 kvinner, til sammen 49 ansatte i SAK pr. 31.12.2015. Beregningsgrunnlaget er alle med fast ansettelse, de med engasjement på minst ett år, samt de som midlertidig er i permisjon.

	Antall	Menn	Kvinner
Ledergruppen	6	17 %	83 %
Seniorrådgiver	15	20 %	80 %
Rådgiver	15	27 %	73 %
Førstekonsulent	8	62 %	38 %
Konsulent	5	20 %	80 %

3.6. Saksbehandlingsverktøy

SAK arbeider på en felles plattform med Helsedirektoratet, HELFO, POBO og Spesialistgodkjenningen i eSAKS, der vi benytter samme sak- og arkivløsning. SAK fikk i november 2013 en ny versjon av programvaren med integrasjonsløsning til DSF (Det sentrale Folkeregisteret) og HPR.

Løsningen har bidratt til økt datakvalitet i HPR og i egen saksbehandling. Den nye løsningen benytter tjenester direkte hos NHN (Norsk Helsenett) for oppdateringer av HPR-registeret.

Løsningen bygger på plattformen til SAK for saksbehandling, 360, og viktigste funksjoner er:

- Vedlikehold av register-informasjon med online-oppdatering av HPR.
- Forbedret kontakthåndtering samt integrasjon med DSF (Det sentrale Folkeregisteret) for økt kvalitet på kontaktopplysninger som senere overføres til HPR.
- Saksbehandlingsstøtte gjennom tilgjengeliggjøring av HPR-informasjon på saken og kontakten, forenklet produksjon av brev via mal på «fast» korrespondanse samt overføring av informasjon til HPR direkte fra saken.
- Datavask av kontaktopplysninger gjennom oppdateringer fra DSF.
- Søk og visning av informasjon i HPR-registeret.
- Forenklet løsning for skolelister: forenklet håndtering av «beståttliste»

3.7. Økonomi

SAK er et eget kapittel i statsbudsjettet, kap. 724 Statens autorisasjonskontor for helsepersonell. SAK var i 2015 tildelt en driftsramme på 40,231 mill. kroner.

Det var budsjettet med gebyrinntekter fra søkerne på 29,800 mill. kroner.

Dette inntektskravet inngår i Stortingets vedtak. Statens andel av SAKs utgifter var således budsjettet til 10,431 mill. kroner.

Som følge av økt antall søknader i forhold til tildelingen i statsbudsjettet for 2015, har SAK hatt merinntekter fra gebyrinnbetalinger på 2,232 mill. kroner, i tillegg til inntekter fra refusjoner på 0,654 mill. kroner.

Med merinntekter på til sammen 2,886 mill. kroner og merutgifter på 3,235 mill. kroner, fikk SAK et merforbruk i 2015 på 0,349 mill. kroner.

Statens andel av SAKs utgifter utgjorde i 2015 10,780 mill. kroner.

3.8. Arbeidsmiljø

SAK har gjennomført et omfattende internt omdømmearbeid i 2015 med bl.a. internseminar og flere oppfølgingsmøter avdelingsvis og i plenum.

Faglig fredagskaffe har vært arrangert sporadisk med faglig temaer med ulike interne og eksterne bidragsyttere

SAK har avholdt ett internseminar i samarbeid med KP-divisjonen i Helsedirektoratet på våren i 2015.

I tillegg har vi hatt sosiale arrangementer som bl.a. deltagelse i Holmenkollstafetten, alt for å bidra til et godt arbeidsmiljø i SAK.

3.9. Sykefravær

	1.kvartal	2.kvartal	3.kvartal	4.kvartal	Årssum
2013	9,60 %	7,87 %	9,55 %	7,85 %	8,79 %
2014	9,08 %	7,53 %	10,03 %	7,23 %	8,52 %
2015	5,71 %	4,45 %	3,56 %	5,70 %	4,90 %

Omfatter egenmeldt og legemeldt sykefravær

Sykefraværet i 2015 har vært stabilt, med et årsgjennomsnitt på 4,90%, noe som er langt under tallet for 2014. SAK's ambisjon om å redusere sykefraværet gjennom konkrete tiltak i IA-arbeidet 2014-2018 har vist seg å ha god effekt.

3.10. Helse – miljø – sikkerhet (HMS)

Informasjons- Drøftings- og Forhandlings Forum (IDF Forum)

IDF-forum har hatt jevnlig møter i 2015.

Verneombud

Verneombudet er medlem av IDF-forum og ivaretar de ansattes psykososiale og fysiske arbeidsmiljøaspekt. Verneombudet og HR Personal gjennomførte vernerunde i 2015. Oppfølging av vernerunden skjer gjennom egen handlingsplan.

SAK er IA-bedrift – ny samarbeidsavtale undertegnet

SAK og NAV undertegnet 3.10.2014 ny «Samarbeidsavtale om et mer inkluderende arbeidsliv». Med bakgrunn i samarbeidsavtalen har SAK utarbeidet «Mål og handlingsplan for IA-arbeidet 2014-2018» i samarbeid med organisasjonssammenslutningene og verneombudet i SAK.

Arbeidsmiljøutvalg

SAK opprettet i 2014 Arbeidsmiljøutvalg (AMU) med bakgrunn i økt antall medarbeidere i virksomheten. Det har vært avholdt jevnlig møte i AMU gjennom 2015.

4. Styring og kontroll i virksomheten

4.1. Kvalitetssystemet i SAK

Innføringen av et system for kvalitetsstyring er en av SAKs strategiske beslutninger som sikrer at vi ivaretar vårt samfunnsansvar og at vi utfører saksbehandling av høy kvalitet.

SAK benytter et elektronisk kvalitetsstyringsverktøy fra Landax AS som inneholder de prosesskart, prosedyrer, sjekklister og kontrollverktøy som er nødvendige for korrekt og etterprøvable saksbehandling, samt styring og kontroll av virksomhetens øvrige aktiviteter og støttefunksjoner. Portalen brukes av alle ansatte og det er i tillegg gitt tilgang til eksterne konsulenter i forbindelse med prosjektet elektronisk søknadsprosess. Ansatte fra helsedirektoratet og eksterne revisorer fra riksrevisjonen er gitt tilgang for innsyn i kvalitetssystemet.

SAK har en kvalitetsansvarlig som i tillegg til systemansvar for Landaxportalen, har ansvar for internkontroll og revisjoner for å sikre korrekte prosedyrer, rutiner og saksbehandling. Det har siden 2011 vært en kvalitetsgruppe som jevnlig har jobbet med forbedringer og vedlikehold av kvalitetsportalen.

Iverksatte forbedringer og tiltak i kvalitetsportalen:

- Alle gjeldene prosedyrer og sjekklister er implementert, revidert og oppdatert i samarbeid med de ansvarlige avdelinger i organisasjonen.
- Alle styringsdokumenter revideres ved behov og minimum en gang i året.

Revisjoner

SAK gjennomfører intern revisjon av saksbehandling for å kontrollere at gjeldene lover, forskrifter og retningslinjer blir fulgt. Revisjon av saksbehandling er kontrollen som gjennomføres etter at et vedtak er fattet.

I 2015 ble det vedtatt at 10 saker skulle kontrolleres pr. måned.

Arkiv plukket ut et tilfeldig utvalg fra siste måned med fordeling av 5 vedtak fattet fra hver fagavdeling. Revisjonens omfang var sjekkpunkter på utført saksbehandling av avsluttede saker.

Det ble i tillegg gjennomført 9 avdelingsrevisjoner som i 2015 omfattet minst en årlig gjennomgang av styringsdokumentene i kvalitetsportalen, for å sikre at vi benytter og etterlever oppdaterte instruksjoner, prosedyrer og sjekklister.

Interne revisjoner	2014	2015
Antall revisjoner av utført saksbehandling	10	120
Antall revisjoner av avdelinger i SAK	3	9

Registrering av avvik og forbedringer

I 2015 er 37 avvik avdekket gjennom intern revisjon av saksbehandling. De fleste avvikene omhandler feil i sjekklister, eller at sjekklisten ikke blir fulgt.

Forbedringsforslagene i 2015 omhandler systemendringer gjennom intern revisjon (10), forbedringsforslag internt (5), opprettelse av prosedyrer (28), sjekklister (22) og endre/opprette andre dokumenter (15) i kvalitetsportalen.

Antall Registreringer	2013	2014	2015
Antall Avvik	39	22	46
Antall forbedringsforslag	29	139	80
Totalt antall registreringer	68	161	126

Oppfølging og lukking av avvik

Blir det avdekket at et vedtak ikke er fattet i henhold til gjeldene prosedyrer og sjekklister, registreres det et avvik i kvalitetsportalen og rapporteres til avdelingsdirektør for videre oppfølging av saksbehandler. Det settes en frist for lukking av avviket som følges opp av kvalitetsleder.

Alle avvikene har blitt fulgt opp av leder og formidlet på avdelingsmøter. Det jobbes kontinuerlig med revidering og forbedring av sjekklister på alle profesjoner.

På bakgrunn av tidligere funn gjennom intern revisjon ble det i 2. kvartal 2015 iverksatt en dokumentert egenkontroll på alle saker fra saksbehandler og parafist. Dette ble innført fra 21. april 2015, og reduserte risikoen for feil i saksbehandlingen. Skjemaet ble arkivert i saksmappen til vi innførte elektronisk søknadsprosess i desember, hvor en liknende kontroll dokumenteres elektronisk.

4.2. Verifiseringsarbeidet i SAK

SAK gjennomfører verifisering gjennom stikkprøvekontroll for å hindre at autorisasjon innvilges til personer som utgir seg for å være en annen og/eller personer som på ulovlig vis har skaffet seg utdanningsdokumenter, eller ikke er berettiget autorisasjon etter norske regelverk.

Stikkprøvekontrollene gjøres med fokus på søkegruppen utenfor EU/EØS og verden for øvrig som utgjør ca. 10 % og er et omfang på ca. 2000 søknader. Arkiv tar ut 10 tilfeldige nye saker den 1. i måneden. Tidligere fordeling etter utdanningsland var 1 fra Norge, 2 fra Norden, 2 fra EU/EØS og 5 fra verden for øvrig. Det foreligger ingen dokumentasjon på at det blir oppdaget forfalskninger på denne måten. SAKs vurdering er at stikkprøvekontroller kan ha en forebyggende effekt og at 6,1 % vurderes foreløpig tilstrekkelig for denne type kontroll.

Verifisering av dokumenter av utdanning fra Øst Ukraina og Krim er ikke mulig å få gjennomført. SAK har fått bekreftet dette fra NOKUT og den norske ambassaden i Kiev.

Det har siden 2011 vært en verifiseringsgruppe som har foretatt stikkprøvekontroller. Det blir sendt brev/mail til søkeren, hvor vi ber søker ta kontakt med lærestedet for direkte verifisering.

I de tilfellene hvor søkeren ikke lykkes med å få direkte verifisering fra lærested eller annen ansvarlig myndighet, søker SAK bistand gjennom utenriksstasjoner og/eller eventuelt andre tilgjengelige ressurser som IMI, ECFMG.

Verifisering	2012	2013	2014	2015
Antall Politianmeldelser	5	2	2	3
Antall stikkprøvekontroller	110	110	90	102
Antall autorisasjoner og lisenser for leger utenfor EU/EØS verifisert fra ECFMG (Educational Commission for Foreign Medical Graduates).	167	333	359	312

Oppfølging og lukking av avvik

1. Ved oppdaget forfalskning informerer vi søkeren om funnene og om at vi vil sende politianmeldelse. Søkeren får 3 uker på å sende tilsvaret. Hvis det ikke kommer nye vesentlige opplysninger sender vi politianmeldelse om mulig dokumentfalsk. Saken avsluttes med notat om at vedkommende ikke oppfyller krav til autorisasjon. Vi anbefaler avslag.
2. Hvis det ikke er noe som tyder på dokumentfalsk, men det fortsatt ikke er mulig å få verifisert utdanningen av forskjellige grunner som politisk situasjon i utdanningslandet og lignende, avsluttes saken med notat om at utdanningen ikke er verifiserbar. Vi anbefaler avslag med henvisning til Realkompetansevurdering eller godkjenningsordning for personer uten verifiserbar dokumentasjon (UVD ordning) i NOKUT. Det finnes ingen UVD ordning for helsepersonell i dag.

Samarbeidspartnere

SAK samarbeider med Nasjonalt organ for kvalitet i utdanningen (NOKUT), Kripos og Nasjonalt ID-senter for å lære mer om metoder for å avdekke forfalskning av både identitet og øvrige papirer.

Verifiseringssgruppen skal systematisk arbeide med:

- Lage datakartotek med innskannede utdanningsdokumenter.
- Utrede krav om bekreftelse rett fra utdanningsstedet til autorisasjonskontoret for søkere med utdanning utenfor EU/EØS, etter modellen fra Danmark.
- På bakgrunn av informasjon om forfalskninger fra EU kommer vi til å jobbe mer med SAKs praksis med CCPS (Certificate of current professional status) og implementering av mer systematisk bruk av IMI systemet (Internal Market Information System), og ikke bare i tvilstilfeller slik praksisen er i dag.

På grunn av virksomhetsoverdragelsen til Helsedirektoratet ble noe av dette arbeidet nedprioritert i 4. kvartal 2015.

5. Vurdering av fremtidsutsikter

5.1. Fokus og satsing i 2016

F.o.m. 1. januar 2016 er SAK en del av Helsedirektoratet, og fremtidig satsning besluttes der.

5.2. Elektronisk saksbehandlingsprosess i SAK

I september 2014 ble det etablert et prosjekt for å etablere en elektronisk saksbehandlingsprosess for SAK. Denne elektroniske saksbehandlingsprosessen skal gi både norske og utenlandske søkere muligheten til å søke autorisasjon som helsepersonell elektronisk. Selve søknadsskjemaet skal etableres i Altinn, og søkerne skal ledes dit via god informasjon og linker på www.sak.no.

Den elektroniske saksbehandlingsprosessen ble lansert 7. desember 2015. Elektronisk betalingsløsning vil bli lansert i februar 2016.

Kvalitet på søknader

Ved å ha en elektronisk saksbehandlingsprosess vil man sikre bedre kvalitet på søknadene som mottas. Løsningen tilbyr validering av informasjonen som blir lagt inn. I tillegg har man større mulighet til å gi søkerne nødvendig informasjon om hva som ønskes i de ulike feltene i skjemaet. Søkerne vil i en større grad bli veiledet med tanke på hva SAK har behov for i forhold til deres søknad.

Saksbehandlingsløsning

Den papirbaserte saksmappen har blitt erstattet av en digital saksmappe som støtter saksbehandleren på en måte som sikrer at man ikke har behov for å skrive ut dokumenter vedlagt søknaden.

6. Årsregnskap

Ledelseskomentarer til årsregnskapet

Formål

Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (SAK) er et selvstendig forvaltningsorgan, underlagt Helsedirektoratet. SAK fører regnskap i henhold til kontantprinsippet. SAK har ansvar for å behandle og avgjøre søknader om autorisasjon og lisens for helsepersonell utdannet både i Norge og i utlandet, og som skal arbeide i det norske helsevesenet. Ordningen er et viktig bidrag til pasientsikkerheten og SAK skal bidra til at vedtatt politikk på helseområdet iverksettes, og gi Helsedirektoratet tilbakemeldinger om resultat og faglig råd.

Bekreftelse

Årsregnskapet er avlagt i henhold til bestemmelser om økonomistyring i staten, rundskriv R115 fra Finansdepartementet og krav fra Helsedirektoratet i tildelingsbrevet. Jeg mener regnskapet gir et dekkende bilde av SAKs disponible bevilgninger, regnskapsførte utgifter, inntekter, eiendeler og gjeld.

Vurderinger av vesentlige forhold

I 2015 har SAK samlet disponert tildeling på utgiftssiden på kr 185 200 000, jfr. bevilgningsrapportering og note A. Merutgiftene for kap. 724, post 01 driftsutgifter ble kr 2 580 902, jfr. note B.

På kapittel 762, post 21, har SAK disponert kr 702 046 av tildelingen på kr 800 000.

På kapittel 762, post 63, kapittel 783, post 61 og kapittel 783, post 79 har SAK utbetalt til sammen kr 132 487 713 av tildelingen på 144 169 000.

SAK har hatt gebyrinntekter på kr 32 031 885, dvs. kr 2 231 885 mer enn fastsatt inntektskrav i tildelingsbrevet. Artskontorrapporteringen viser at rapporterte utgifter til drift, eksklusiv utbetalinger av tilskudd summerte seg til kr 42 164 554. Utbetalinger til lønn og sosiale utgifter beløp seg til kr 30 537 999, mot kr 30 326 842 i 2014. Lønnsandelen utgjør 72 % av driftsutgiftene i 2015.

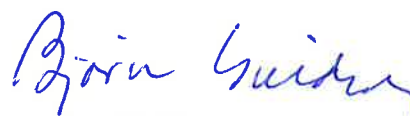
Mellomværende med statskassen utgjorde pr. 31.12.2015 kr 4 742, jf. opplysninger om avregning med statskassen i note 7.

Tilleggsopplysninger

Riksrevisjonen er ekstern revisor og bekrefter årsregnskapet for SAK. Årsregnskapet er ikke ferdig revidert per d.d., men revisjonsberetningen antas å foreligge i løpet av 2. kvartal 2016. Beretningen er unntatt offentlighet frem til Stortinget har mottatt Dokument 1 fra Riksrevisjonen, men vil bli publisert på SAKs nettsider så snart dokumentet er offentlig.

Oslo, 3. mars 2016


Anne Herseth Barlo
tidligere direktør, SAK


Bjørn Guldvog
helsedirektør

Prinsippnote til årsregnskapet

Årsregnskap for Statens autorisasjonskontor for helsepersonell er utarbeidet og avlagt etter nærmere retningslinjer fastsatt i bestemmelser om økonomistyring i staten ("bestemmelsene"), fastsatt 12. desember 2003 med endringer, senest 18. september 2013. 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 bevilgningsrapporteringen 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:

Regnskapet følger kalenderåret

- a) Regnskapet inneholder alle rapporterte utgifter og inntekter for regnskapsåret
- b) Utgifter og inntekter er ført i regnskapet med brutto beløp
- c) 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 Statens autorisasjonskontor for helsepersonell har rapportert til statsregnskapet. Det stilles opp etter de kapitler og poster i bevilgningsregnskapet virksomheten har fullmakt til å disponere. Oppstillingen viser alle finansielle eiendeler og forpliktelser virksomheten 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 bevilgningsoppstillingen.

Artskontorrapporteringen

Artskontorrapporteringen viser regnskapstall virksomheten har rapportert til statsregnskapet etter standard kontoplan for statlige virksomheter. Virksomheten har en trekkrettighet for disponible tildelinger på konsernkonto i Norges bank. Tildelingene skal ikke inntektsføres og vises derfor ikke som inntekt i oppstillingen.

Virksomhet: S3 - Statens autorisasjonskontor for helsepersonell

Oppstilling av bevilgningsrapportering, 31.12.2015

Utgiftskapittel	Kapittelnavn	Post	Posttekst	Note	Samlet tildeling*	Regnskap 2015	Merutgift (-) og mindregift
0724	Statens autorisasjonskontor for helsepersonell	01	Driftsutgifter	A, B	40 231 000	41 461 902	-1 230 902
0762	Godkjenningsoppdrag, Helsedirektoratet	21	Spesielle driftsutgifter		800 000	702 046	
0762	Allmennlegetjenester	63	Diverse		2 000 000	841 910	
0783	Tilskudd til tumusjenesen	61	Diverse		137 669 000	128 095 966	
0783	Andre tilskudd	79	Tilskudd		4 500 000	3 549 837	
1633	Nettoordning for mva i staten	01	Driftsutgifter			1 236 657	
Sum utgiftsført					185 200 000	175 888 318	

Inntektskapittel	Kapittelnavn	Post	Posttekst	Samlet tildeling	Regnskap 2015	Merinntekt og mindreinntekt (-)
3724	Statens autorisasjonskontor for helsepersonell	04	Gebyrinntekter	29 800 000	32 031 885	2 231 885
5309	Tilfeldige inntekter	29	Yrse		66 219	
5700	Arbeidsgiveravgift	72	Arbeidsgiveravgift		3 621 497	
Sum inntektsført				29 800 000	35 719 601	

Netto rapportert til bevilgningsregnskapet

Kapitalkontoer

60076101	Norges Bank KK /innbetalinger				33 317 602	
60076102	Norges Bank KK/utbetalinger				-174 631 830	
707009	Endring i mellomværende med statskassen				1 145 511	
Sum rapportert					0	

Beholdninger rapportert til kapitalregnskapet (31.12)

Konto	Tekst	2015	2014	Endring
6260	Aksjer	0	0	0
707009	Mellomværende med statskassen	4 742	-1 140 769	1 145 511

Note A Forklaring av samlet tildeling utgifter

Kapittel og post	Overført fra i fjor	Årets tildelinger	Samlet tildeling
0724 01	1 699	38 532	40 231
0762 21	-	800	800
0762 63	-	2 000	2 000
0783 61	-	137 669	137 669
0783 79	-	4 500	4 500

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

Kapittel og post	Sikkord	Merutgift(-)/mindre utgift	Utgiftsført av andre i hhv avgitte belastningsfullmakter (-)	Merutgift(-)/mindre utgift etter avgitte belastningsfullmakter	Merinntekter / mindreinntekter (-) iht merinntektsfullmakt (justert for eventuell mva.)	Omdisponering fra post 01 til 45 eller til post 01/21 fra neste års bevilgning	Innsparinger(-)	Sum grunnlag for overføring	Maks overførbart beløp *	Mulig overførbart beløp beregnet av virksomheten
724 01	Driftsutgifter	-1 230 902	-1 350 000	-2 580 902	2 231 885			-349 017	[5% av årets tildeling i note A] [5% av årets tildeling i note A]	

*Maksimalt beløp som kan overføres er 5% av årets bevilgning på driftspostene 01-29, unntatt post 24 eller sum av de siste to års bevilgning for poster med sikkordet "kan overføres". Se rundskriv R-2 for mer detaljert informasjon om overføring av ubrukte bevilgning

Forklaring til bruk av budsjetfullmakter

Mottatte belastningsfullmakter

SAK har mottatt en belastningsfullmakt på inntil kr 800 000 på kap. 762 post 21 for godkjenningsoppdrag fra Helsedirektoratet iht. Tildelingsbrev 2015. SAK har benyttet kr 702 046 av fullmakten.

Avgitte belastningsfullmakter (utgiftsført av andre)

Belastningsfullmakt til Helsedirektoratet for IKT-dnr 2015 iht. Tildelingsbrev 2015: Belastet beløp kr 1 350 000

Oppstilling av artskontorrapporteringen, 31.12.2015

	Note	2015	2014
Driftsinntekter rapportert til bevilgningsregnskapet			
Innbetalinger fra gebyrer	1	32 031 885	32 116 348
Salgs- og leieinnbetalinger	1	0	5 568
<i>Sum innbetalinger fra drift</i>		32 031 885	32 121 916
Driftsutgifter rapportert til bevilgningsregnskapet			
Utbetalinger til lønn	2	29 883 852	28 806 532
Andre utbetalinger til drift	3	12 280 702	9 491 733
<i>Sum utbetalinger til drift</i>		42 164 554	38 298 265
Netto rapporterte driftsutgifter		10 132 669	6 176 349
Investerings- og finansinntekter rapportert til bevilgningsregnskapet			
Innbetaling av finansinntekter	4	607	0
<i>Sum investerings- og finansinntekter</i>		607	0
Investerings- og finansutgifter rapportert til bevilgningsregnskapet			
Utbetaling av finansutgifter	4	0	204
<i>Sum investerings- og finansutgifter</i>		0	204
Netto rapporterte investerings- og finansutgifter		-606	204
Innkrevingsvirksomhet og andre overføringer til staten			
Innbetaling av skatter, avgifter, gebyrer m.m.	5	0	1 018 868
<i>Sum innkrevingsvirksomhet og andre overføringer til staten</i>		0	1 018 868
Tilskuddsforvaltning og andre overføringer fra staten			
Utbetalinger av tilskudd og stønader	6	132 487 713	137 511 873
<i>Sum tilskuddsforvaltning og andre overføringer fra staten</i>		132 487 713	137 511 873
Inntekter og utgifter rapportert på felleskapitler *			
Gruppelivs forsikring konto 1985 (ref. kap. 5309, inntekt)		66 219	71 271
Arbeidsgiveravgift konto 1986 (ref. kap. 5700, inntekt)		3 621 497	3 509 823
Nettoføringsordning for merverdiavgift konto 1987 (ref. kap. 1633, utgift)		-1 236 657	0
<i>Sum rapporterte utgifter på felleskapitler</i>		2 451 059	3 581 094
Netto rapportert til bevilgningsregnskapet		140 168 717	139 088 463
Oversikt over mellomværende med statskassen **			
Eiendeler og gjeld		2015	2014
Fordringer		0	1 000
Skyldig skattetrekk		0	-1 137 049
Annen gjeld		4 742	-4 720
Sum mellomværende med statskassen	7	4 742	-1 140 769

Note 1 Innbetalinger fra drift

	31.12.2015	31.12.2014
<i>Innbetalinger fra gebyrer</i>		
Gebyrinntekter	32 031 885	32 116 348
Sum innbetalinger fra gebyrer	32 031 885	32 116 348
<i>Innbetalinger fra tilskudd og overføringer</i>		
Sum innbetalinger fra tilskudd og overføringer	0	0
<i>Salgs- og leieinnbetalinger</i>		
Diverse tilfeldige inntekter	0	5 568
Sum salgs- og leieinnbetalinger	0	5 568
<i>Andre innbetalinger</i>		
Sum andre innbetalinger	0	0
Sum innbetalinger fra drift	32 031 885	32 121 916

Note 2 Utbetalinger til lønn

	31.12.2015	31.12.2014
Lønn *	26 382 996	26 276 872
Arbeidsgiveravgift *	3 621 497	3 509 823
Pensjonsutgifter*	0	0
Sykepenger og andre refusjoner(-)	-654 147	-1 520 310
Andre ytelser	533 506	540 147
Sum utbetalinger til lønn	29 883 852	28 806 532
Antall årsverk:	51	52

* Inkl. belastningsfullmakt kapittel 762 og post 21

Note 3 Andre utbetalinger til drift

	31.12.2015	31.12.2014
Husleie	2 517 381	2 387 553
Vedlikehold egne bygg og anlegg	0	0
Vedlikehold og ombygging av leide lokaler	0	0
Andre utgifter til drift av eiendom og lokaler	875 869	946 244
Reparasjon og vedlikehold av maskiner, utstyr mv.	0	5 619
Mindre utstysanskaffelser	69 560	226 552
Leie av maskiner, inventar og lignende	350 202	475 344
Kjøp av fremmede tjenester	7 140 259	3 415 552
Reiser og diett	158 943	106 354
Øvrige driftsutgifter	1 168 488	1 928 515
Sum andre utbetalinger til drift	12 280 702	9 491 733

Note 4 Finansinntekter og finansutgifter

	31.12.2015	31.12.2014
<i>Innbetaling av finansinntekter</i>		
Valutagevinst	607	0
Sum innbetaling av finansinntekter	607	0

	31.12.2015	31.12.2014
<i>Utbetaling av finansutgifter</i>		
Renteutgifter	0	204
Sum utbetaling av finansutgifter	0	204

Note 5 Innkrevingsvirksomhet og andre overføringer til staten

	31.12.2015	31.12.2014
		4
Tilfeldige og andre inntekter (Statskonto 530929)	0	1 018 868
Sum innkrevingsvirksomhet og andre overføringer til staten	0	1 018 868

Note 6 Tilskuddsforvaltning og andre overføringer fra staten

	31.12.2015	31.12.2014
		4
		133 091
Tilskudd til kommuner	128 937 876	520
Tilskudd til turnustj. for kiropraktorer	3 549 837	4 420 353
Sum tilskuddsforvaltning og andre overføringer fra staten	132 487 713	137 511 873

Note 7 Sammenheng mellom avregning med statskassen og mellomværende med statskassen

Del A Forskjellen mellom avregning med statskassen og mellomværende med statskassen

	31.12.2015	31.12.2015	Forskjell
	Spesifisering av bokført avregning med statskassen	Spesifisering av rapportert mellomværende med statskassen	
Finansielle anleggsmidler			
Investeringer i aksjer og andeler*	0	0	0
Obligasjoner	0		
Sum	0	0	0
Omløpsmidler			
Kundefordringer	0	0	0
Andre fordringer	0	0	0
Bankinnskudd, kontanter og lignende	0	0	0
Sum	0	0	0
Langsiktig gjeld			
Annen langsiktig gjeld	0	0	0
Sum	0	0	0
Kortsiktig gjeld			
Leverandørgjeld	0	0	0
Skyldig skattetrekk	0	0	0
Skyldige offentlige avgifter	0	0	0
Annen kortsiktig gjeld	4 742	4 742	0
Sum	4 742	4 742	0
Sum	4 742	4 742	0

* Virksomheter som eier finansielle anleggsmidler i form av investeringer i aksjer og selskapsandeler fyller også ut note 8 B

Del B Spesifisering av investeringer i aksjer og selskapsandeler

	Ervervesdato	Antall aksjer	Eierandel	Stemmeandel	Årets resultat i selskapet	Balanseført egenkapital i selskapet	Balanseført verdi i regnskap*
<i>Aksjer</i>							
Selskap 1							
Selskap 2							
Balanseført verdi 31.12.2015							0

* Investeringer i aksjer er bokført til anskaffelseskost. Balanseført verdi er den samme i både virksomhetens kontospesifikasjon og kapitalregnskapet.

Statistisk vedlegg

Autorisasjon er den endelige godkjenningen helsepersonell får i Norge etter helsepersonelloven. Denne godkjenningen varer til fylte 80 år. Inkludert i denne tabellen er dyrehelsepersonell, fiskehelsebiolog og veterinær. Disse registreres av SAK på vegne av mattilsynet, og er regulert av dyrehelsepersonelloven.

Antall autorisasjoner i 2015 fordelt på yrke og utdanningsland:

Yrke	Norge	Norden	EU/EØS	Andre	Totalsum
Ambulansearbeider (AA)	288	11	13	2	314
Apotektekniker (AT)	263	2	10	17	292
Audiograf (AU)	17	0	1	0	18
Bioingeniør (BI)	176	22	9	18	225
Ergoterapeut (ET)	202	8	4	2	216
Provisorfarmasøyt (FA1)	118	22	75	4	219
Reseptarfarmasøyt (FA2)	109	9	7	56	181
Fiskehelsebiolog (FB)	16	0	0	0	16
Fotterapeut (FO)	55	1	1	1	58
Fysioterapeut (FT)	283	131	96	10	520
Helsesekretær (HE)	463	1	2	6	472
Helsefagarbeider (HF)	2908	450	69	934	4361
Hjelpepleier (HP)	4	0	0	0	4
Jordmor (JO)	85	96	13	2	196
Klinisk ernæringsfysiolog (KE)	28	1	1	1	31
Kiropraktor (KI)	0	13	27	14	54
Lege (LE)	706	318	683	172	1879
Ortopediingeniør (OI)	1	10	1	0	12
Optiker (OP)	39	19	4	1	63
Ortoptist (OR)	0	1	2	0	3
Perfusjonist (PE)	0	1	0	0	1
Psykolog (PS)	271	139	26	9	445
Radiograf (RA)	130	9	7	14	160
Sykepleier (SP)	3783	1317	398	72	5570
Tannhelsesekretær (TH)	188	1	4	8	201
Tannlege (TL)	113	27	101	21	262
Tannpleier (TP)	67	6	2	1	76
Tanntekniker (TT)	9	1	1	1	12
Veterinær (VE)	36	16	45	13	110
Vernepleier (VP)	846	0	0	0	846
Totalsum	11204	2632	1602	1379	16817

SAK utsteder flere forskjellige lisenser. Disse godkjenningene varer i en tidsbegrenset periode og har ofte begrensninger. Lisenser er ofte forbundet med helsepersonell sin vei mot en endelig autorisasjon.

Antall lisenser utstedt i 2015 fordelt på yrke og utdanningsland:

Yrke	Norge	Norden	EU/EØS	Andre	Totalsum
Ambulansearbeider (AA)	0	0	0	0	0
Apotektekniker (AT)	0	0	0	0	0
Audiograf (AU)	0	0	0	0	0
Bioingeniør (BI)	0	1	4	10	15
Ergoterapeut (ET)	0	0	0	0	0
Provisorfarmasøyt (FA1)	86	2	3	3	94
Reseptarfarmasøyt (FA2)	1	0	1	163	165
Fiskehelsebiolog (FB)	0	0	0	0	0
Fotterapeut (FO)	0	0	0	0	0
Fysioterapeut (FT)	304	0	12	8	324
Helsesekretær (HE)	0	0	0	0	0
Helsefagarbeider (HF)	4	0	0	0	4
Hjelpepleier (HP)	0	0	0	1	1
Jordmor (JO)	0	0	0	0	0
Klinisk ernæringsfysiolog (KE)	0	0	0	0	0
Kiropraktor (KI)	0	1	42	18	61
Lege (LE)	677	119	819	224	1839
Ortopediingeniør (OI)	0	0	0	1	1
Optiker (OP)	0	0	7	4	11
Ortoptist (OR)	0	0	1	0	1
Perfusjonist (PE)	0	0	0	0	0
Psykolog (PS)	10	91	40	8	149
Radiograf (RA)	0	0	2	1	3
Sykepleier (SP)	9	1	0	2	12
Tannhelsesekretær (TH)	0	0	0	0	0
Tannlege (TL)	6	1	41	65	113
Tannpleier (TP)	0	0	0	0	0
Tanntekniker (TT)	0	0	3	0	3
Veterinær (VE)	85	4	21	6	116
Vernepleier (VP)	0	0	0	0	0
Totalsum	1182	220	996	514	2912

Forandring i autorisasjoner fra 2014 til 2015

Forandring Autorisasjon Yrkeskode	Norge	Norden	EU/EØS	Andre	Totalsum
Ambulansearbeider (AA)	5	-8	5	2	4
Apotektekniker (AT)	54	2	7	4	67
Audiograf (AU)	-9	0	1	-1	-9
Bioingeniør (BI)	-39	1	-3	5	-36
Ergoterapeut (ET)	-6	-6	2	1	-9
Provisorfarmasøyt (FA1)	13	-28	-11	2	-24
Reseptarfarmasøyt (FA2)	40	-18	6	31	59
Fiskehelsebiolog (FB)	2	0	0	0	2
Fotterapeut (FO)	-1	-1	1	1	0
Fysioterapeut (FT)	-22	19	-24	3	-24
Helsesekretær (HE)	25	0	-3	5	27
Helsefagarbeider (HF)	129	-309	-3	81	-102
Hjelpepleier (HP)	4	0	0	0	4
Jordmor (JO)	-20	-48	1	1	-66
Klinisk ernæringsfysiolog (KE)	1	-6	1	-1	-5
Kiropraktor (KI)	0	4	-12	-4	-12
Lege (LE)	-170	-67	4	38	-195
Ortopediingeniør (OI)	0	5	-2	0	3
Optiker (OP)	3	-2	2	0	3
Ortoptist (OR)	0	0	-4	0	-4
Perfusjonist (PE)	0	-3	0	0	-3
Psykolog (PS)	32	28	8	-3	65
Radiograf (RA)	-21	6	2	13	0
Sykepleier (SP)	155	-433	-7	28	-257
Tannhelsesekretær (TH)	22	-1	-8	0	13
Tannlege (TL)	-3	-13	-9	-3	-28
Tannpleier (TP)	2	2	-1	1	4
Tanntekniker (TT)	-1	0	-9	1	-9
Veterinær (VE)	-29	-2	-15	-1	-47
Vernepleier (VP)	42	0	-1	0	41
Totalsum	208	-878	-72	204	-538

Kommentarer til statistikk:

Antall autorisasjoner totalt sett ligger stabilt med en beskjeden nedgang på 3.1%. Sett i sammenheng med fysisk flytting av SAK og overgang til nye arbeidsflater for saksbehandling er denne nedgangen ubetydelig.

Den mest entydige forandringen fra 2014 til 2015 er nedgangen i antall nordiske helsepersonell på hele 25%. Dette er en trend som ble observert også i 2014 hvor nedgangen fra 2013 til 2014 i antall nordisk-utdannet helsepersonell var på 19%.

Årsaken til nedgangen kan antas å være økt fokus på å forbedre arbeids- og lønnsvilkår i eksempelvis Sverige, som lenge har eksportert helsepersonell til Norge. Også den svake norske kronen reduserer hvor gunstig norske lønninger er i forhold til utenlandske som i sin tur reduserer antall nordisk-helsepersonell som velger å etablere seg i Norge.

Det er viktig å notere at selv med en stor reduksjon i antall nordiske-autorisasjon ser vi at det totale antallet autorisasjoner er stabilt pga. en beskjeden prosentvis økning i norske-autorisasjoner på 2 % og en økning i autorisasjoner fra utenfor EU/EØS.

For søkere fra verden for øvrig er det mindre endringer. Norge har ikke opplevet en markant økning i antall søknader i forbindelse med flyktningesituasjonen, slik eksempelvis Sverige har gjort.

Vi opplevde også i 2014 en mindre nedgang i antall søknader om autorisasjon som sykepleier med utdanning fra Sverige. Dette kan begrunnes med at det i Sverige de siste årene har vært et høyt fokus på å bedre arbeids- og lønnsvilkår for sykepleiere.

2015 Årsrapport 2015

Innhold

INNHold	1
I. LEDERS BERETNING	2
II. INTRODUKSJON TIL VIRKSOMHETEN OG HOVEDTALL	4
Virksomheten og samfunnsoppdraget	4
Organisasjonen	4
Hovedtall	6
III. ÅRETS AKTIVITETER OG RESULTATER	7
Resultater og måloppnåelse	7
Oppdrag i tildelingsbrev 2015	9
Tjenester og produkter	18
IV. STYRING OG KONTROLL I VIRKSOMHETEN	25
Styring og kontroll	25
Beredskap	25
Vesentlige forhold knyttet til personalforvaltning	26
V. VURDERING AV FRAMTIDSUTSIKTER	29
VI. ÅRSREGNSKAP	30
Ledelseskommmentar til årsregnskapet 2015	30
Årsregnskapet – prinsipper for oppstilling av bevilgningsrapportering og artskontoplan	31
Virksomhetsregnskapet - prinsippnote	37
VEDLEGG	50
Vedlegg 1: Liste over publikasjoner 2015	50
Vedlegg 3: Liste over vitenskapelig artikler 2015	61
Vedlegg 3: Liste over pågående prosjekter	69
Vedlegg 4: Månedssverk per tjenesteområde	80

I. Leders beretning

2015 ble et dramatisk år for Kunnskapssenteret. I regjeringens reviderte nasjonalbudsjett som ble fremlagt 12. mai ble en ny virksomhetsstruktur for den sentrale helseforvaltningen presentert. I pressemeldingen fra Helse- og omsorgsdepartementet het det at: «- Regjeringen forenkler og effektiviserer den sentrale helseforvaltningen. Vi vil ha færre etater og unngå dobbeltarbeid. Vi samler nå fagmiljøer som arbeider innenfor samme eller lignende områder. Større miljøer vil gi bedre utnyttelse av faglig kompetanse og øke omstillingsevnen. Målet er at vi skal bruke fellesskapets ressurser mest mulig effektivt og at befolkningen skal få bedre helsetjenester, sier helse- og omsorgsminister Bent Høie. Den nye organiseringen vil re-ny-dyrke Helsedirektoratets rolle som fag- og myndighetsorgan og Folkehelseinstituttet sin rolle som kunnskapsleverandør. Helsedirektoratet får også et mer helhetlig ansvar for nasjonal beredskap. Folkehelseinstituttet får et utvidet samfunnsoppdrag som omfatter kunnskapsproduksjon for hele helsetjenesten, ikke bare innen folkehelse som er hovedområdet til instituttet i dag.»

En av konsekvensene var at det meste av Kunnskapssenteret skulle innlemmes i Folkehelseinstituttet fra 1. januar 2016. I utgangspunktet var planen at hele Avdeling for kvalitet og patientsikkerhet skulle overføres til Helsedirektoratet. Dette ble senere modifisert slik at Seksjon for meldesystemer og Sekretariatet for Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten skulle overføres til Helsedirektoratet, mens resten av Kunnskapssenteret skulle overføres til Folkehelseinstituttet.

Mye tid og krefter siste halvdel av 2015 gikk med til å planlegge og legge til rette for denne omorganiseringen.

Den økonomiske situasjonen for Kunnskapssenteret ble også krevende. Mange av Helsebibliotekets tidsskriftabonnementer er inngått i utenlandsk valuta, spesielt amerikanske dollar og euro. Den brå og kraftige svekkelsen av den norske kronen mot disse valutaene, i kombinasjon med den avtalefestede årlige prisøkningen på abonnementene, førte til en betydelig økning i kostnadene for Helsebiblioteket og et budsjettmessig underskudd for Kunnskapssenteret.

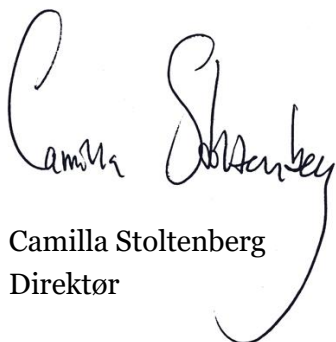
Samtidig gikk senterets faglige virksomhet videre i tråd med strategien som ble innført fra 1. januar.

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. Blant annet ble vårt ukeskurs i kunnskapsbasert helsetjeneste arrangert for 16 gang. En kartlegging av hvordan Kunnskapssenteret involverer brukerne i vårt arbeid ble publisert som et eget notat. Mye av det internasjonale samarbeidet om systematiske oversikter er ivaretatt gjennom Cochrane-systemet og Campbell Collaboration der Kunnskapssenteret ivaretar sekretariatsfunksjonen. 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 nettsjenester 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.

Avdeling for kvalitet og pasientsikkerhet har videreført arbeidet med kvalitetsindikatorer (som 30 dagers overlevelse og brukererfaringer) og med læringsnettverk for gode pasientforløp i kommunene. I tillegg til å drifte tre meldesystemer (uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten, hemovigilans og celler og vev), er det publisert læringsnotater, og meldeordningen har koordinert et nasjonalt arbeid for felles klassifikasjonssystem for uønskede hendelser. Flere prosjekter er gjennomført innen internasjonale sammenlignende helsetjenesteanalyser, bl.a. den norske delen av Commonwealth fund-studien, som i 2015 omhandlet allmennlegene.

Arbeidsgruppen som utredet omorganiseringen av den statlige helseforvaltning tilrådte at Kunnskapssenteret skulle integreres med Folkehelseinstituttet som egen enhet/divisjon. Med unntak av Seksjon for meldesystemer og sekretariatet for prioriteringsrådet, som overføres til Helsedirektoratet, og Avdeling for fellesfunksjoner som inngår i Folkehelseinstituttets felles-tjenester, ble det mot slutten av året lagt til rette for en slik samlet overføring. I påvente av en utredning av en ny, varig struktur vil denne virksomheten betegnes som «Kunnskapssenteret i Folkehelseinstituttet», ha midlertidig status som et eget område og foreløpig ha tilhold i lokalene i Pilestredet Park 7.

Oslo, 10.02.2016



Camilla Stoltenberg
Direktør

II. Introduksjon til virksomheten og hovedtall

Virksomheten og samfunnsoppdraget

Kunnskapssenteret ble opprettet i 2004 som et statlig forvaltningsorgan uten selvstendige myndighetsoppgaver. Kunnskapssenterets vedtekter fastsetter styringslinjen fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) gjennom Helsedirektoratet til Kunnskapssenteret. Kunnskapssenteret etatsstyres av Helsedirektoratet.

Kunnskapssenteret fremskaffer, analyserer og støtter bruk av kunnskap for å:

- medvirke til gode beslutninger og riktige prioriteringer på alle nivåer i helsetjenesten,
- understøtte kontinuerlig kvalitetsforbedring i helsetjenesten, og
- bidra til virksomme og trygge tjenester som ivaretar brukernes behov.

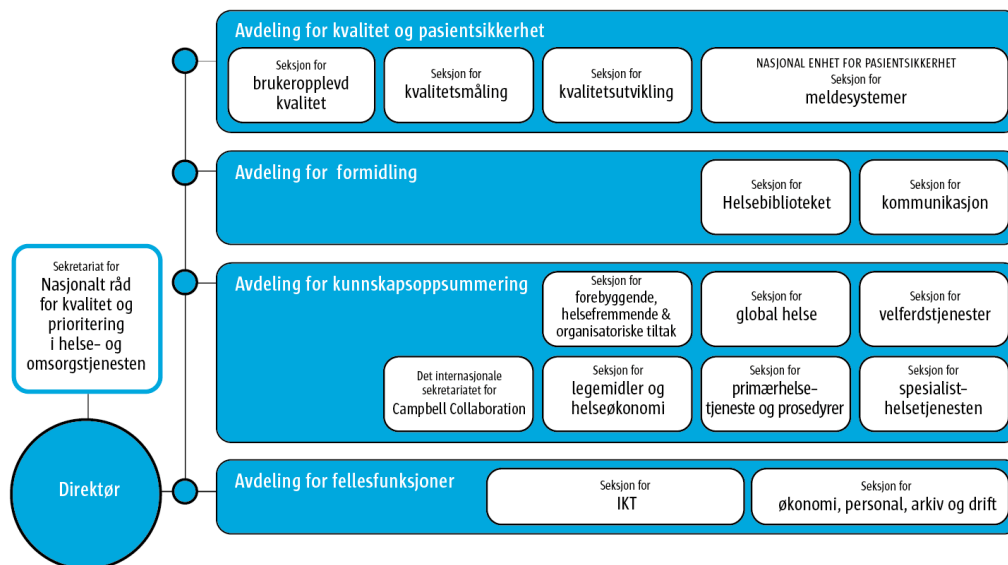
Kunnskapssenteret skal i henhold til vedtektene bidra til effektive og kunnskapsbaserte helsetjenester av høy kvalitet gjennom å samle, systematisere, vurdere, generere og formidle kunnskap. Kunnskapssenteret skal:

- «Fokusere på kunnskap om effekten, nytten og kvaliteten av metoder, dvs. alle intervensjoner, virkemidler og tiltak, som benyttes i eller er aktuelle for helsetjenesten.
- Legge til rette for bruk av forskningsbasert kunnskap ved utforming, utøvelse, organisering og forvaltning av helsetjenesten.»

Den faglige uavhengighet sikres ved at Kunnskapssenteret ikke kan instrueres i faglige spørsmål.

Organisasjonen

Kunnskapssenteret har i 2015 vært organisert i tre fagavdelinger, Avdeling for kunnskapsoppsummeringer, Avdeling for kvalitet og pasientsikkerhet og Avdeling for formidling. Sekretariatet for Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten er tillagt Kunnskapssenteret. Sekretariatsleder rapporterer direkte til direktør. Fellestjenester og administrative funksjoner blir ivaretatt i Avdeling for fellesfunksjoner.



Kunnskapssenterets ledelse har i 2015 bestått av direktør, organisasjonsdirektør, fire avdelingsdirektører, sekretariatsleder og kommunikasjonssjef:

- Magne Nylenna, direktør
- Pål Jacobsen, organisasjonsdirektør
- Anne Karin Lindahl, avdelingsdirektør for avdeling Kvalitet og pasientsikkerhet
- Grete Strand, avdelingsdirektør for avdeling Formidling
- Gro Jamtvedt, avdelingsdirektør for avdeling Kunnskapsoppsummering
- Nina Boehlke, avdelingsdirektør for avdeling Fellesfunksjoner
- Siv Cathrine Høymork, sekretariatsleder for Sekretariatet for prioriteringsrådet
- Ingrid Margaretha Høie, kommunikasjonsjef

Kunnskapssenteret har et Fagråd som oppnevnes av direktøren. Fagrådet skal ha minst åtte medlemmer som blir oppnevnt på bakgrunn av forslag fra ulike aktører i helse- og omsorgssektoren. Rådet skal være representativt sammensatt ut fra geografi, kjønn og profesjon. Medlemmene blir oppnevnt for to år med mulighet for gjenoppnevning, og med mål om å sikre både kontinuitet og fornying.

Fagrådet uttaler seg om:

- Hovedlinjene i Kunnskapssenterets faglige virksomhet
- Kunnskapssenterets strategiske og årlige planer
- Kunnskapssenterets faglige arbeid og relevante prosjekter

Nytt fagråd for perioden 2014 – 2015 ble oppnevnt av direktøren fra 1.1.2014:

Dr. psychol. Espen Arnevik, OUS

Dr. med Trine Bjørner (spes. allmennmedisin), Majorstuhuset legegruppe

Kommuneoverlege Einar Braaten, Øvre Eiker Kommune

Dr. med Jens Ivar Brox, (spes. fysikalsk medisin), OUS

Ph.d. cand. pharm. Anne Gerd Granås, HiOA

Ph. d. Kristin Halvorsen, (sykepleievitenskap), HiOA
 Direktør Finn Henry Hansen, Helse Nord RHF – fagrådets leder
 Kvalitetssjef Dr. med. Stig Hartug (spes. infeksjonssykdommer), Helse Bergen RHF/UiB
 Smittevernoverlege Dr. med. Jon Birger Haug (spes. infeksjonsmedisin), Sykeh. Østfold/UiO
 Ph.d. Monica Lillefjell (helsevitenskap, ergoterapi), NTNU/HiST
 Ph.d. Tone Rustøen (sykepleievitenskap), UiO
 Ph.d. Mona Stedenfelt (fysioterapi), St. Olavs hospital
 Kommunalsjef Nina Tangnes Grønvold (lege), Fredrikstad kommune
 Dr.med. Arne Wibe, NTNU
 Avdelingssjef psykiater Trond Aarre, Nordfjord psykiatrisenter
 Jon Storaas, Daglig leder Rusmisbrukernes Interesseorganisasjon
 Margaret Sandøy Ramberg, Nestleder Foreningen for Søvnssykdommer

Hovedtall

Kunnskapssenteret er et bruttobudsjettert forvaltningsorgan. Netto bevilgningen over statsbudsjettet i 2015 var på 149,9 mill. fordelt som følger:

Kapittel 0725 post 01 – driftsutgifter	172,6 mill.
Kapittel 3725 post 02 – diverse inntekter	22,6 mill.

Kunnskapssenteret mottok i 2015 belastningsfullmakter fra Helsedirektoratet på totalt 6,9 mill.

Kunnskapssenteret hadde i 2015 184 ansatte fordelt på 156 årsverk. Nedgangen i antall ansatte fra 2014 til 2015 skyldes overføring av Pasientsikkerhetsprogrammet fra Kunnskapssenteret til Helsedirektoratet samt ledighold av stillinger som følge av stramme økonomiske rammer.

Nøkkeltall fra Årsregnskapet 2012-2015	2015	2014	2013	2012
Årsverk, gj.snitt	156	170	162	152
Ansatte	184	198	189	175
Driftsinntekter	221 963 425	246 819 647	241 023 772	212 213 370
Lønn- og sosiale utgifter inklusive pensjonskostnad	132 543 245	139 069 441	133 187 206	122 103 906
Andre driftskostnader	92 713 695	105 282 863	106 321 830	92 990 231
Avskrivninger	2 446 311	2 443 757	2 363 304	1 269 376
Driftsresultat	-5 744 870	23 585	-848 568	4 150 143

III. Årets aktiviteter og resultater

Resultater og måloppnåelse

I alt 81 kunnskapssenterpublikasjoner (rapporter, notater o.l.) ble publisert i 2015. Dette er et noe lavere antall enn i 2014, men i et år med tilrettelegging for store omstillinger har produksjonen av publikasjoner likevel vært tilnærmet iht. måltall. Publikasjonene er levert som svar på oppdrag og forslag i Kunnskapssenterets ordinære forslagsprosess, i Nasjonalt system for innføring av nye metoder (Nye metoder) eller som svar på hastebestillinger fra Helse- og omsorgsdepartementet eller Helsedirektoratet. Både oppdragene fra Nye metoder og hasteoppdrag fra helseforvaltningen gjør at vi leverer noen færre oppdrag i den ordinære forslagsprosessen.

I 2015 er det publisert syv Cochrane- eller Campbell- oversikter eller protokoller med forfattere fra Kunnskapssenteret.

Det er levert fem omfattende metodevurderinger i 2014. Kunnskapssenteret har også i 2015 brukt mye tid og ressurser på å videreføre Nasjonalt systemet for innføring av nye metoder. Vi har publisert 56 metodevarslinger. Til bestillerprosessen i Nye metoder utformer vi egnethetsvurderinger, bidrar i å videreutvikle systemet og på månedlige heldagsmøter i RHF bestillerforum.

Kunnskapssenteret driftet i 2015 tre meldesystemer, § 3-3 Meldeordningen, hemovigilanssystemet og meldesystemet for celler og vev. I § 3-3 Meldeordningen er det mottatt nærmere 10.000 meldinger fra spesialisthelsetjenesten. Meldingene er klassifisert og besvart. Det er publisert syv læringsnotater fra meldeordningen. Disse har omhandlet uønskede hendelser med ernæring, vold og aggresjon i spesialisthelsetjenesten i et pasientsikkerhetsperspektiv, gruppe B streptokokkinfeksjon hos gravide, uønskede hendelser i akutt mottak, ved parenteral ernæring og ved overfylt urinblære. Meldeordningen har også koordinert et nasjonalt arbeid for felles klassifikasjonssystem for uønskede hendelser, og Hemovigilansgruppen har publisert en rapport sitt arbeidet.

Det er publisert tilsammen 8 rapporter om brukeropplevd kvalitet i løpet av året og flere rapporter om kvalitetsmåling. Rapportene omfatter resultater både på nasjonalt nivå, regionsnivå, på HF nivå og på sykehusnivå.

Innen kvalitetsutvikling har aktiviteten vært stor på gjennomføring av læringsnettverk for gode pasientforløp i kommunene i et samarbeidsprosjekt med KS og Helsedirektoratet. Arbeidet med å videreutvikle modell for kvalitetsforbedring er dokumentert i en egen rapport. Likeledes har erfaringene fra satsningen Lyst på livet, et helsefremmende konsept for eldre, blitt sammenfattet og oppsummert i et notat.

Innen internasjonale sammenlignende helsetjenesteanalyser, har vi i 2015 publisert 12 oppdateringer om norske helsereformer på Health Systems Policy Monitor, i samarbeid med European Observatory. Vi har gjennomført den norske delen av Commonwealth fund studien, som i år omhandlet allmennlegene, og vi har levert data til, og publisert en norsk kommentarutgave til, OECD rapporten Health at a Glance.

Vi har også i 2015 brukt betydelige ressurser på bidrag i retningslinjeprosesser i regi av Helsedirektoratet og i prosedyreprosjektet. Dette arbeidet består i stor grad av metodisk opplæring av Helsedirektoratets metodikere (Retningslinjesekretariatet) og ledere av direktoratets retningslinjeprosjekter, samt kunnskapshåndteringsbistand til faggrupper. Dette resulterer sjelden et produkt som synliggjøres som en publikasjon i rapporteringen over.

Kunnskapssenteret har i 2015 gjennomført et pilotprosjekt der vi har avsatt kapasitet til systematiske kunnskapsoppsummeringer som Retningslinjesekretariatet i Helsedirektoratet har prioritert i samarbeid med prioriterte retningslinjeprosjekter i Helsedirektoratet. Pilotprosjektet innebar 3 årlige bestillinger med frister for bestilling 1. februar, 1. mai og 1. september. Pilotprosjekt har ført til at Kunnskapssenteret har levert fem «enkle» systematiske oversikter til prioriterte retningslinjearbeider. Tre er pågående og forventes levert innen april 2016. Leveringstiden har vært 4 – 5 måneder. Denne prøveordningen skal evalueres og vurderes med tanke på forbedringer og videreføring når det er gått ett år, dvs. i februar/mars 2016.

I 2014 samlet vi inn, systematiserte og dokumenterte hvordan vi involverer brukerne i vårt arbeid. Dette gjorde vi for å bevisstgjøre oss om hvordan vi kan brukerorientere produktene våre bedre. Et notat om dette er publisert i 2015.

Helsebiblioteket er fortsatt godt besøkt – antall gjennomsnittlige sidevisninger per måned lå i 2015 på 607 525. For å synliggjøre Helsebiblioteket for ulike faggrupper er Helsebibliotekets søkefelt integrert på Norsk sykepleierforbunds nettside og på Vernepleierportalen.no. Arbeidet for å bygge opp Omsorgsbiblioteket.no på Helsebiblioteket er videreført.

I løpet av året er Helsebiblioteket.no lagt om for å tilfredsstillere kravene til universell utforming som skal sikre at offentlige nettsteder kan brukes av alle. Omleggingen tar også hensyn til at stadig flere brukere besøker tjenesten fra nettbrett eller smarttelefon ved at det nye designet legger til rette for en likere brukeropplevelse uansett hvilken enhet brukerne benytter.

Oppdrag i tildelingsbrev 2015

Kunnskapsbasert praksis og policybeslutninger

Langsiktige mål

- Utarbeide beslutningsgrunnlag av høy kvalitet om effekt, sikkerhet og kostnadseffektivitet av tiltak
- Gi god støtte til kunnskapsbasert praksis og politikkutforming i helsetjenesten
- Utvikle gode metoder gjennom egen forskning

Oppdrag løst ved:

Kunnskapssenteret 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 politikkutforming. Systematiske oversikter samler, oppsummerer og graderer tilliten til forskning på en transparent og systematisk måte. Kunnskapssenteret har laget metodevurderinger som i tillegg vurderer helseøkonomiske og andre konsekvenser av tiltak i helsetjenesten, som etiske, juridiske og organisatoriske forhold.

Kunnskapssenteret har mottatt oppdrag på forskningsoversikter fra flere kanaler blant annet fra RHF Bestillerforum, gjennom en åpen forslags- og prioriteringsprosess der Kunnskapssenterets prioriteringsforum bidrar og fra retningslinjesekretariatet i Helsedirektoratet. Prioriteringsforum er bredt sammensatt, blant annet med fire representanter fra brukerorganisasjoner.

Kunnskapssenteret har levert systematiske oversikter og metodevurderinger til Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten som viktige grunnlag for rådets utredninger.

Kunnskapssenteret har bidratt til å identifisere tema for behovsdrevet forskning ved å publisere rapport om forskningshull basert på senterets forskningsoversikter.

Gjennom undervisning og utvikling av læringsmateriell har Kunnskapssenteret bidratt til kompetanse i kunnskapsbasert praksis. Ukeskurs i kunnskapsbasert helsetjeneste ble arrangert for 16. gang i 2015. Kunnskapssenteret har arrangert det årlige PhD kurset i systematiske oversikter, årlig emnekurs innen samfunnsmedisin og undervist studenter i kunnskapsbasert praksis gjennom bistillinger i universitetssektoren.

Primærforskning er viktig for å opprettholde god kvalitet og for å forbedre våre metoder, samt bidra til dette internasjonalt. I tillegg genererer primærforskning ny kunnskap for å ivareta våre kjerneoppgaver, og det bidrar til legitimitet overfor målgruppene.

Styringsparametere

	Mål 2015	Resultat 2015
Antall systematiske oversikter og metodevurderinger*	40	39
Antall besvarte oppdrag**	200 (100%)	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

Faglige retningslinjer

Kunnskapssenteret skal avsette ressurser til å støtte arbeidet med nasjonale retningslinjer ved å:

- a) produsere systematiske oversikter og metodevurderinger på bestilling fra Helsedirektoratet og i Nasjonalt system for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten.
- b) støtte retningslinjeenheten i Helsedirektoratet med metodekompetanse
- c) støtte krefthandlingsprogrammene

Oppdrag løst ved:

Kunnskapssenteret har støttet fagmiljøene i arbeidet med kunnskapsbaserte fagprosedyrer. Kunnskapssenteret har publisert 27 nye prosedyrer er på Helsebiblioteket.no i 2015 og 14 prosedyrer er revidert.

Fagprosedyrer

Kunnskapssenteret skal støtte fagmiljøenes arbeid med kunnskapsbaserte fagprosedyrer og deling av prosedyrer i prosedyrenettverket.

Oppdrag løst ved:

Kunnskapssenteret har støttet fagmiljøene i arbeidet med kunnskapsbaserte fagprosedyrer og 27 nye prosedyrer er publisert på Helsebiblioteket.no i 2015 og 14 er revidert.

Undervisning og støtte

Kunnskapssenteret skal bidra til å bygge kompetanse i kunnskapsbasert praksis og politikkutforming. Kunnskapssenteret skal støtte enheten for pasientsikkerhetsprogrammet i Helsedirektoratet med kunnskapsoppsummering på eksisterende og nye innsatsområder. Kunnskapssenteret skal bidra til behovsdrevet forskning ved å identifisere forskningshull.

Oppdrag løst ved:

Kunnskapssenteret har bistått både helseforvaltningen og helsetjenesten i å bygge kompetanse i kunnskapsbasert praksis gjennom opplæring og metodestøtte. Den årlige workshopen

på Holmsbu var også i 2015 fullbooket. Metodestøtte til prosedyre- og retningslinjearbeid har vært et prioritert område. I helseforetakenes arbeid med mini-metodevurderinger har Kunnskapssenteret hatt en viktig veiledningsfunksjon.

Internasjonal aktivitet

Kunnskapssenteret skal sørge for produksjon av Cochrane-oversikter om tiltak for styrking av helsesystemer i lav- og mellominntektsland. Kunnskapssenteret bidrar til mer og bedre bruk av forskning i beslutningsprosesser også utenfor Norge – i første rekke innen WHO. Kunnskapssenteret ivaretar sekretariatsansvaret for Campbell Collaboration. Kunnskapssenteret skal arbeide for at Campbell-satsingen får ringvirkninger i Norge, med økt fokus på behovet for god kunnskap til støtte for praksis og politikktutvikling på de aktuelle temaområdene. Kunnskapssenteret har ansvar for å lede en arbeidsgruppe om Comparativ Effectiveness Research gjennom OECD/NIH og gjennom dette samarbeide med Helsedirektoratet i oppfølgingen OECD Global Science Forums rapport om kliniske studier. Helsedirektoratet avklarer muligheter for finansiering for inneværende år.

Oppdrag løst ved:

Flere av Kunnskapssenterets medarbeidere er Associate Editors i Effective Practice and Organisation of Care (EPOC) Review Group i Cochrane Collaboration. Kunnskapssenteret bidrar med bibliotekar og statistikerkompetanse. Kunnskapssenterets medarbeidere er forfattere i flere av EPOC-oversiktene. Kunnskapssenteret har i 2015 bidratt til å støtte retningslinjearbeid i WHO, bl.a. ved å bruke og evaluere DECIDE rammeverket for å støtte utvikling av WHOs retningslinjer. Kunnskapssenteret har fortsatt å ivareta sekretariatsfunksjonen i Campbell Collaboration i 2015, og er representert i styringsgruppen. Kunnskapssenteret er aktive i GRADE Working Group, og har representant i GRADE guidance group.

Kunnskapssenteret er også aktive i internasjonalt arbeid innen HTA-arbeid ved samarbeid i HTAi, INAHTA og EUnetHTA. Kunnskapssenteret arrangerte det årlige HTAi møtet 15.-17. juni 2015 samt pre-workshops 15.-17. juni i samarbeid med HTA organisasjonene i Finland, Sverige og Danmark.

Kvalitet, pasientsikkerhet og sammenlignende helsetjenesteanalyser

Langsiktige mål

- Kunnskapssenteret skal bidra til å fremme kvalitet og pasientsikkerhet i helsetjenesten
- Kunnskapssenteret skal bidra til at kvalitetsindikatorer for helsetjenesten er av god kvalitet og er tilgjengelig for helsetjenesten.

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

Kvalitetsmåling

Kunnskapssenteret skal ha nasjonal rolle knyttet til måling av pasientopplevd kvalitet. Kunnskapssenteret skal bidra til inklusjon av vitenskapelig robuste målinger av brukeropplevd kvalitet (PREMs og PROMs) i nasjonale medisinske kvalitetsregistre i samarbeid med Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE).

Oppdrag løst ved:

Kunnskapssenteret innhenter kunnskap om hva som gjøres i dagens norske helsetjeneste gjennom egne kartlegginger og undersøkelser. Vi undersøker kvaliteten av tjenestene og brukernes erfaringer. Aktuelle eksempler er 30 dagers overlevelse ved utvalgte diagnoser i sykehus og reinnleggelsesrater og brukererfaringer fra innleggelse i somatiske sykehus. Eksterne bestillinger vedrørende nasjonale brukererfaringundersøkelser kommer direkte til avdelingen/seksjonen, men de fleste prosjektene av denne type etableres internt. Avdelingsledergruppen vurderer og beslutter prosjekter ifht strategi og kapasitet. Kunnskapssenteret har samarbeidet med SKDE om PROMs, og i løpet av 2015 gjort et generisk PROMs verktøy (RAND-12) tilgjengelig via spørreskjemabanken.

Pasientsikkerhet

Nasjonal enhet for pasientsikkerhet skal bidra til å avdekke risikoområder og skal samle, systematisere og formidle kunnskap om effektive tiltak for å øke pasientsikkerheten. Kunnskapssenteret skal utvikle meldeordningene for uønskede hendelser, analysere meldinger, avdekke risikoområder og lage læringsnotater for helsetjenesten.

Oppdrag løst ved:

Kunnskapssenteret har i 2015 videreutviklet meldeordningen for å bidra til økt teknisk funksjonalitet og med hensyn til analyse av aggregerte og klassifiserte meldinger som bakgrunn for læring. Kunnskapssenteret leder også arbeidet med en nasjonal klassifisering av uønskede hendelser, og rapport om dette ble publisert 2015. Pilottesting av klassifiseringen er i gang. Kunnskapssenteret driver også det lovpålagte hemovigilanssystemet, dvs. overvåkning av transfusjonstjenester med vekt på å kartlegge feilbruk og bivirkninger av blodprodukter. Hensikten med hemovigilanssystemet er å ha oversikt over bivirkninger og hendelser, analysere disse og foreslå tiltak. Ved begge disse meldingssystemene kan det gis individuell respons på hver enkelt melding, og summen av meldinger kan analyseres for å finne mønster og årsaker med mål om å hindre gjentakelse. Kunnskapssenteret etablerte i 2013 en tilsvarende meldeordning for celler og vev, og denne meldeordningen videreføres. Det er planlagt en meldeordning også for håndtering av organer for transplantasjon, og denne vil etableres når det kommer ressurser til en slik ny meldeordning.

Kvalitetsforbedring

Kunnskapssenteret skal bistå helsetjenesten med metoder og verktøy for kvalitetsforbedring. Kunnskapssenteret skal videreutvikle og støtte de nasjonale samhandlings- og kvalitetsforbedringsprosjektene om pasientforløp i kommunene, og pilotere for nye pasientgrupper. Kunnskapssenteret skal også bidra til å bygge kompetanse innen kvalitetsforbedring, kvalitetsmåling og pasientsikkerhet. Kunnskapssenteret skal støtte helsetjenesten slik at kvalitetsmålinger brukes til kvalitetsforbedring.

Oppdrag løst ved:

Kunnskapssenteret arbeider med kvalitetsforbedringsmetodikk, og videreutvikle verktøy for forbedring. Dette benyttes i forbedringsprosjekter i tjenestene som Kunnskapssenteret understøtter, for eksempel Lyst på livet og Koordinerte, gode og trygge pasientforløp i kommunen. Vi arbeider med kvalitetsforbedringsoppdrag og -prosjekter, undervisning og veiledning innenfor alle dimensjoner av Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring. Det er ingen åpen bestilling for slike oppdrag. Prosjektene avtales direkte med aktuelle samarbeidspartnere.

Internasjonalt samarbeid og helsetjenesteanalyser

Kunnskapssenteret skal delta i det internasjonale samarbeidet om kvalitetsindikatorer, helsetjenesteanalyser og pasientsikkerhet ved Commonwealth Fund, EUs pasientsikkerhetskomite, Nordisk ministerråds samarbeid, EU Joint Action prosjektet PasQ, OECD og European Observatory (Health systems policy monitor mv.)

Oppdrag løst ved:

Kunnskapssenteret gjennomfører den norske delen av undersøkelser i regi av Commonwealth Fund der i alt elleve nasjoner deltar. Kunnskapssenteret bidrar også med norske indikatorer for kvalitet og pasientsikkerhet til OECD, og med helsetjenesteanalyser i European Observatory-samarbeidet. Kunnskapssenteret er den norske kontaktinstitusjonen til European Observatory og oppdaterer den norske delen av Health Systems and Policy Monitor. 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 inn 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.

Formidling av kunnskap og helsebiblioteket

Langsiktige mål

- Kunnskapssenterets produkter og tjenester skal være kjent, synlig, forståelig og tilgjengelig for målgruppene
- Videreutvikle Helsebiblioteket med ny og brukervennlig funksjonalitet, mer innhold og flere tjenester

Styringsparametere

	Mål 2015	Resultat 2015
Antall brukere av nettsidene: Helsebiblioteket.no	20% økning (tilsv. 679 200)	607 525
Kunnskapssenteret.no	10% 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)

Kunnskapssenteret skal drifte og videreutvikle digitale kommunikasjonskanaler.

Kunnskapssenterets Helsebibliotek skal utforme samling og videreformidling av nyttig innhold for helsepersonell.

Oppdrag løst ved:

En forutsetning for at kunnskap kan være til nytte, er at den er tilgjengelig når det er bruk for den. Kunnskapssenteret har i 2015 jobbet med å gjøre alle produkter og tjenester fra Kunnskapssenteret bedre tilgjengelig. Språklig bearbeiding for bedre forståelse, pedagogisk fremlegging av innholdet, og en målrettet bruk av ulike kanaler for publisering er noe av det som skal bidra til tilgjengeliggjøring av Kunnskapssenterets produkter og tjenester.

Kunnskapssenteret gir også tilgang til et nettbasert bibliotek med en lang rekke kunnskapskilder, Helsebiblioteket.no.

Helsebiblioteket.no er hovedkanalen for kunnskapsformidling til helsepersonell i Norge. Helsebiblioteket.no abonnerer på en rekke kunnskapsressurser for oppdatert faglig kunnskap fra norske og internasjonale fagmiljøer, og gjør disse tilgjengelige for helsepersonell.

I tillegg er Helsebiblioteket.no en delingsplattform for bl.a. retningslinjer og fagprosedyrer. Et eget søkesystem gjør det mulig med tospråklige søk, dvs. søk på norsk med treff både på norsk og engelsk eller vice versa. Helsebiblioteket.no har i 2015 omstrukturert og endret utseendet på nettstedet, blant annet for å tilby en likere og bedre brukeropplevelse uansett om brukeren kommer fra PC eller mobil/nettbrett.

Søketjenesten ble etablert i 2014 og er videreført i 2015. Her kan klinikere få hjelp av en bibliotekar til å søke etter oppsummert forskning om effekt av ulike tiltak. Tjenesten retter seg i hovedsak mot primærhelsetjenesten, som mangler tilgang til denne typen bibliotekteneste i dag. Brukere sender inn spørsmål via et skjema på Helsebiblioteket.no og en bibliotekar gjør

så et søk i et utvalg kilder. Svaret publiseres på nett – til glede for andre som måtte lure på det samme. Evaluering av tjenesten gjennomføres i 2016.

Helsebibliotekets søkefelt er integrert på Norsk sykepleierforbunds nettside og på Vernepleierportalen.no. Dette bidrar til økt bruk av tjenesten og økt synlighet – der brukerne er.

Langsiktige planer for Helsebiblioteket.no omfatter å etablere nettkurset kunnskapsbasert-praksis.no på Helsebiblioteket, og å bygge opp Omsorgsbiblioteket, et nettbibliotek for omsorgssektoren, i samarbeid med Sentre for omsorgsforskning.

Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten

Sekretariatet for Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten er lagt til Kunnskapssenteret. Rådets mandat er gitt av Helse- og omsorgsdepartementet. Ekstern evaluering av rådets arbeid er avsluttet. Nytt oppdrag er under avklaring i HOD. Sekretariatet for Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten skal planlegge og gjennomføre konferansen Helse i utvikling 2015.

Oppdrag løst ved:

Rådet har fungert i to perioder i 2015:

Rådet som ble oppnevnt i 2011, fikk forlenget sitt mandat til 31.5.2015.

I september ble nye rådsmedlemmer utpekt med fungeringsperiode 1.6.2015 – 31.12.2017.

For oversikt over mandat, sammensetning og aktivitetene i rådet vises det til rådets egen årsrapport, som ble godkjent i rådsmøtet 29. januar 2016 og blir oversendt Helse- og omsorgsdepartementet med frist 28. februar 2016.

Foruten tilrettelegging av rådets ordinære aktiviteter har sekretariatet hatt andre krevende oppgaver:

- Mottak av nye rådsmedlemmer; oppdatering av nettside og informasjonsmateriell og tilrettelegging av opplæring/kompetansebygging for nye rådsmedlemmer har tatt ressurser.
- På oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet har sekretariatet gjennomgått og oppsummert samtlige prioriteringssaker som rådet har drøftet i perioden 2007-2015, og levert dette som et innspill til prioriteringsmeldingen.
- Arbeidet med prosjektet for omorganisering av helseforvaltningen og innlemmingen i Helsedirektoratet fra 1.1.2016 har vært ressurskrevende.
- Det har til enhver tid i 2015 vært en krevende personalsituasjon – se under.

Rådets aktiviteter har, som varslet i etatstyringslinja og direkte til departementet, vært redusert i 2015 sammenliknet med tidligere år. Personalsituasjonen i sekretariatet har vært svært utfordrende, som følge av manglende forutsigbarhet i finansiering og andre rammebetingelser og usikkerhet om videreføring av rådet. I utgangspunktet har bemanningen i sekretariatet

alltid vært liten og sårbar. Stillinger har i 2015 dessuten blitt holdt vakante. Ved årsskiftet er således bemanningen i sekretariatet godt under en kritisk grense med bare to fast ansatte (leder og seniorrådgiver). Dersom sekretariatet skal bemannes og drive etter forventningene, og fortsatt kunne fungere som et faglig sekretariat for prioriteringsrådet, må denne situasjonen snarlig bedres.

Særskilte satsinger for 2015

Nasjonalt system for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten

Kunnskapssenteret skal drifte en metodevarslingsfunksjon i nært samarbeid med Helsedirektoratet, Statens legemiddelverk og de regionale helseforetak etter modell beskrevet i rapport fra nasjonal arbeidsgruppe. Kunnskapssenteret skal være nasjonal ressursgruppe for minimetodevurdering og drifte database for minimetodevurdering.

I tillegg skal Kunnskapssenteret delta i videreutviklingen av nasjonalt system for innføring av nye metoder i samarbeid med de øvrige aktører.

Langsiktig mål

Bidra til kvalitetssikring og effektivisering av prosessene for innføring av metoder i spesialisthelsetjenesten gjennom metodevarsling og metodevurdering.

Oppdrag løst ved:

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 hurtigmetoder	2	0 (2 påbegynt)
Antall gjennomførte fullstendige metoder	10	5
Antall gjennomførte hurtigmetoder innen 180 dager	100%	100%
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

Kunnskapssenteret skal videreføre og – utvikle arbeidet i seksjon for velferdstjenester. I samarbeid med Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet skal Kunnskapssenteret bidra til at Arbeids- og velferdsdirektoratet inngår som del av seksjonen og beskrive dette etter oppdrag gitt fra HOD.

Langsiktig mål

Velferdsseksjonen er godt etablert og fungerer etter forventning

Oppdrag løst ved:

Vinteren 2014-2015 ble det utarbeidet en plan for videre drift av Seksjon for velferdstjenester. Planen ble utarbeidet i samarbeid mellom Kunnskapssenteret og fem velferdsdirektorat: Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, Helsedirektoratet, Husbanken, Integrerings- og mangfoldsdirektoratet og NAV. Planen ble detaljert i dokumentet «Forslag til videreføring av Seksjon for velferdstjenester (inkludert kunnskapstjenester på arbeids- og velferdsområdet)». I dette dokumentet ble det beskrevet at seksjonens mandat er å utarbeide forskningsoversikter som kan bidra til bedre beslutninger om policy og praksis i velferdstjenestene. Gjennom seksjonen skal direktoratene ha tilgang til et kompetent, tverretatlig kunnskapsmiljø som bidrag til å etablere et kunnskapsgrunnlag for viktige beslutninger og utvikle kunnskapsbaserte velferdstjenester. Seksjonens viktigste oppgaver er å utarbeide beslutningsgrunnlag om effekt av tiltak i velferdstjenestene ved å utarbeide og formidle systematiske forskningsoversikter og annen sekundærforskning av høy kvalitet, samt å støtte kunnskapsbasert praksis og policyutforming ved bl.a. å undervise i kunnskapshåndtering. I tillegg arbeider seksjonen for å være en aktiv møteplass for velferdsdirektoratene.

Seksjonen har produsert fire systematiske oversikter, syv systematiske litteratursøk med sortering og tre omtaler av systematiske oversikter 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 2016	Resultat 2016
Antall rapporter (systematiske oversikter og andre rapporter og oversikter)	15	14
Gjennomførte opplæringer og kurs	5-7	10

Tjenester og produkter

Ferdigstilte prosjekter

Listen er sortert etter resultat og viser at temaene spenner vidt. De ulike prosjektene varierer i høy grad med hensyn til hvor omfattende og ressurskrevende de er.

Det fremgår av listen at de fleste av de ferdigstilte prosjektene er bestilt av Helsedirektoratet. Alle rapporter og notater er publisert i fulltekst på Kunnskapscenterets nettsider. En del rapporter er resultater av løpende prosjekter og fremkommer derfor ikke i denne oversikten. For en fullstendig oversikt over alle publikasjoner se Vedlegg 1: Liste over publikasjoner.

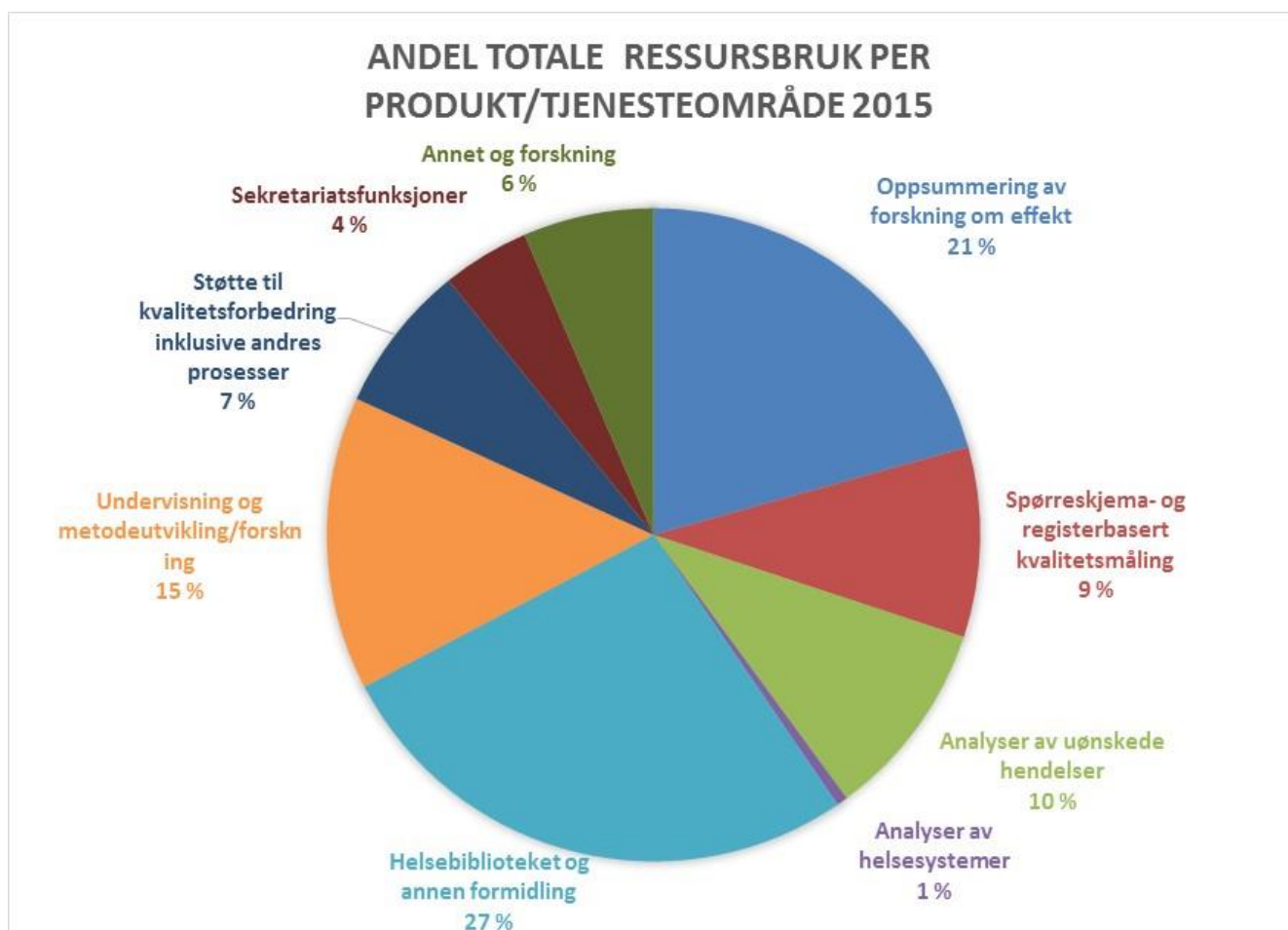
Prosjektnr.	Prosjektnavn	Prosjektleder	Oppdr. giver	Produkt	Resultat
594	Brukererfaringer med fastleger - utviklingsprosjekt	Holmboe, Olaf	UNIV	123	PasOpp rapport nr. 1 - 2015
1015	Pasienterfaringer med norske sykehus i 2014	Holmboe, Olaf	HDIR	123	PasOpp rapport nr. 2 - 2015
1011	Pasienterfaringer med norske sykehus: Helse Møre og Romsdal	Sjetne, Ingeborg Strømseng	HF	120	PasOpp rapport nr. 3 - 2015
1034	Pasienterfaringer på sengepostnivå på Lovisenberg	Bjertnæs, Øyvind Andresen	HF	132	PasOpp rapport nr. 4 - 2015
734	Metodevurdering av HPV vaksinasjon - gutter og innhentningsvaksinasjon	Hagen, Gunhild	FHI	104	Rapport nr. 4, 5-2014 og nr.1, 2 -2015
768	Aminoglykosider ved alvorlig sepsis	Sæterdal, Ingvil von Mehren	HDIR	100	Rapport nr. 3 - 2015
634	Hyperbar oksygenbehandling	Lauvrak, Vigdis	RHF	101	Rapport nr. 4 - 2015
795	Sammenligning av ulike alternativer forhelplastma for transfusjon	Frønsdal, Katrine Bjørnebekk	RHF	104	Rapport nr. 5 - 2015
739	Effekt av befolkningsrettede smittevertiltak	Lidal, Ingeborg	FHI	100	Rapport nr. 17 - 2014 og nr. 6 - 2015
781	Kunnskapsgrunnlaget for pasientsikkerhetskampanjen	Holte, Hilde H.	RHF	100	Rapport nr. 7, 13 og 19 - 2015
791	Lavdosenaltrekson (LDN)	Ringerike, Tove	ANNET	100	Rapport nr. 8 - 2015

737	Effekt av kampanjer rettet mot fysisk aktivitet i tillegg til annen helseadferd	Austvoll-Dahlgren, Astrid	HDIR	100	Rapport nr. 9 - 2015
783	Etterlevelse av faglige retningslinjer	Fretheim, Atle	HDIR	100	Rapport nr. 10 - 2015
1010	Effekt av trening i varmtvannsbasseng	Myrhaug, Hilde Tindereholt	ANNET	100	Rapport nr. 11 - 2015
1009	Effekt av arbeidsmarkedstiltak basert på "place the train"	Strøm, Vegard	IMDI	100	Rapport nr. 12 - 2015
1037	Svangerskap og spiseforstyrrelser	Reinar, Liv Merete	HDIR	100	Rapport nr. 14 - 2015
727	Identifisering av barn og unge i risikosone for å utvikle antisosial eller kriminell atferd	Johansen, Sissel	ANNET	100	Rapport nr. 15 - 2015
9516	Kliniske tester	Leiknes, Kari Ann	HDIR	173	Rapport nr. 7 , 20 - 2014 og nr. 16-2015
554	Praksis ved bruk av prioriteringsveiledere i spesialisthelsetjenesten	Håheim, Lise Lund	HDIR	120	Rapport nr. 14-2014, nr. 17-2015
1035	Behandling av personer med både spiseforstyrrelser og diabetes	Vist, Gunn Elisabeth	HDIR	100	Rapport nr. 18 - 2015
1049	Effekt av pensling med fluor hos småbarn (under tre år)	Dahm, Kristin Thuve	HDIR	100	Rapport nr. 20- 2015
736	Kognitiv screening ved førerkortvurdering	Smedslund, Geir	HF	100	Rapport nr. 21 - 2015
1032	Legemidler ved inoperabel eller metastatisk malignt melanom	Pike, Eva	RHF	104	Rapport nr. 22 - 2015
1029	Autolog hematopoietisk stamcelletransplantasjon til pasienter med MS	Giske, Liv	RHF	104	Rapport nr. 23 - 2015
1048	Effekt av foreldreveiledning for å forebygge karies hos barn 0-5 år	Mosdøl, Annhild	HDIR	100	Rapport nr. 24 - 2015
1050	Tidlig tannundersøkelse hos barn i alderen 0-5 år	Denison, Eva	HDIR	100	Rapport nr. 25 - 2015
525	Commonwealth survey	Bjertnæs, Øyvind Andresen	INT	124	Rapport nr. 21 - 2014 og nr. 26 - 2015
775	Effekt av tiltak for risikofamilier på den psykiske helsen hos barn 0-6 år	Blaasvær, Nora	BUF-DIR	100	Rapport nr. 27 - 2015

1023	Nasjonale kreftforløpspakker: spørreskjemaundersøkelse	Iversen, Hilde	HDIR	100	Rapport nr. 28 - 2015
1044	Effekt av førstehjelpsopplæring på skoler, arbeidsplasser, frivillige org. og idrettslag	Strømme, Hilde	HDIR	100	Rapport nr. 29 - 2015
1007	Effekt av tiltak i bo- og nærmiljøer for å øke sosial kontakt, sosiale nettverk og sosial støtte	Kurtze, Nanna	HDIR	100	Rapport nr. 30 - 2015
668	ARCADE (EU 01.04.2011 4 år)	Oxman, Andrew David	EU	174	Bidrag syter i eksternt prosjekt 2015.
1020	OECD Quality review of the UK Healthcare	Lindahl, Anne Karin	INT	151	Bidrag i ekstern rapport.
763	FS datainnsamling for Døgnso-matikk PasOpp 2013	Dimoski, Tomislav	IN-TERNT	999	Data levert.
1013	FS Datainnsamling for Døgnso-matikk PasOpp 2014	Dimoski, Tomislav	IN-TERNT	123	Datainnsamling
717	Utvikling av spørreskjema for å måle brukererfaringer med samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten	Danielsen, Kirsten	IN-TERNT	123	Nettside for pasienterfaringer.
760	Brukerundersøkelse hjertesvikt-pasienter Bærum sykehus	Bjertnæs, Øyvind Andresen	RHF	123	Notat 2015
1012	Kunnskapscenterets måleinstrument for brukererfaringer ved rehabiliteringsinstitusjoner: en kartlegging av erfaringer ved re-habiiteringsinstitusjoner.	Skudal, Kjersti Eeg	HDIR	123	Notat 2015

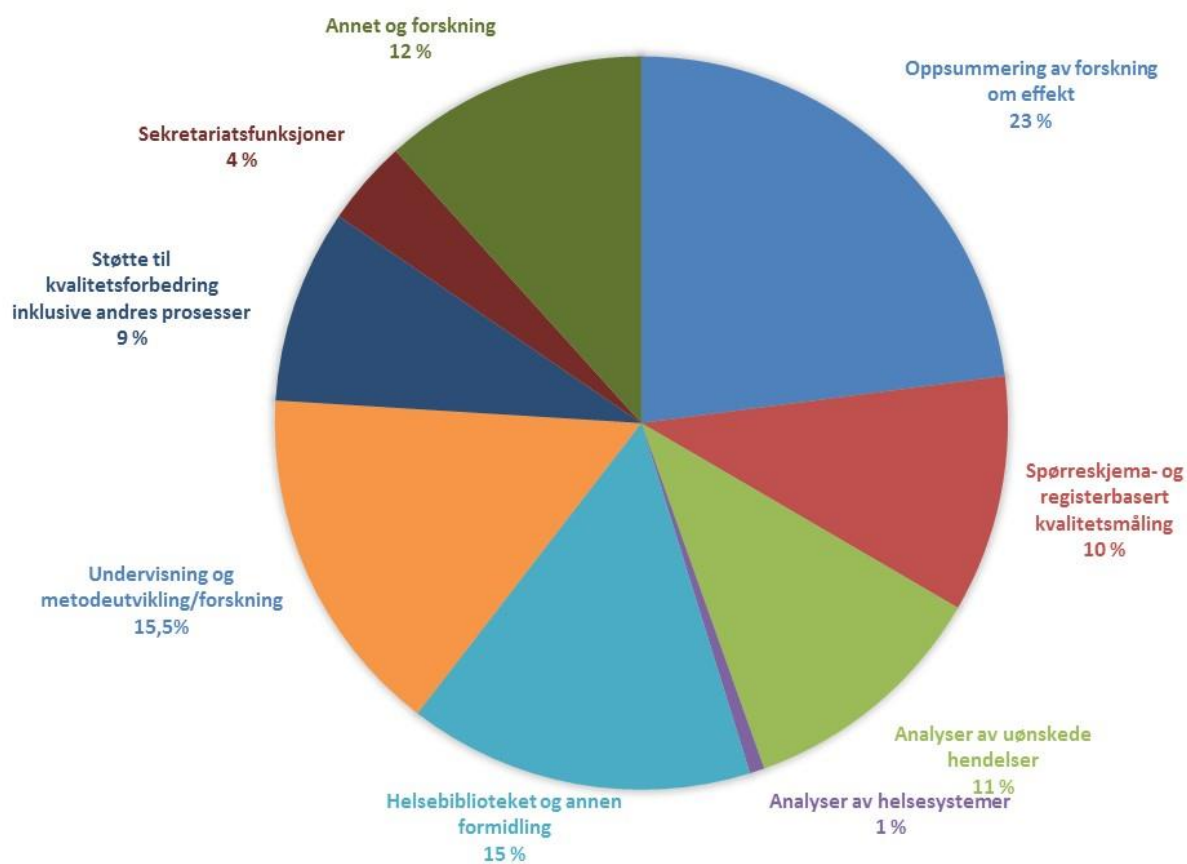
Ressursbruk og tidsbruk per tjenesteområde

Kunnskapssenteret kategoriserer alle prosjekter på tjenester/produkter. Alle ansatte fordeler tidsbruken sin på prosjekter. Timene blir ganget opp med en standard timesats på kr 1000,-, i tillegg blir driftskostnader bokført på prosjektene. Det blir dermed mulig å følge den ressurs – og tidsmessige fordelingen på produktene. Fordelingen i 2015 var som følger:



Den høye andelen ressursbruk i Helsebiblioteket skyldes utgifter til nasjonale lisenser.

ANDEL TIDSBruk PER PRODUKT/TJENESTEOMRÅDE 2015



Månedsværk per produkt 2013-2015



Nedgangen i månedsværk på sekretariatsfunksjoner skyldes at sekretariatet til pasientsikkerhetsprogrammet ble flyttet til Helsedirektoratet 01.07.2014. Økningen i kategorien Annet og forskning skyldes utvikling av nye nettsider for Kunnskapsenteret.

Statusrapportering for prosjektene

		Antall	Andel
	Prosjekter med statusfarge grønn (ingen avvik)	69	79 %
	Prosjekter med statusfarge gul (mindre avvik)	18	21 %
	Prosjekter med statusfarge rød (vesentlig avvik)	0	0 %
	Sum antall tidsbegrensede prosjekter	87	100 %
	Antall løpende prosjekter	80	
	Totalt antall prosjekter	167	
	Herav nye prosjekter i 2015	37	

79 % av de tidsbegrensede prosjektene går i henhold til prosjektplanen, i 2014 hvor det var på 81 %.

Det er to kunnskapsoppsummeringer som er merket røde, det skyldes at prosjektlederne har sluttet eller er i permisjon. Forsinkelsen er avklart med oppdragsgiver. Det er også to prosjekter innen meldesystemer som er merket røde, det skyldes mangel på finansiering.

I 2015 ble det opprettet 37 nye prosjekter, det er på samme nivå som i 2013, mens i 2014 ble det opprettet 48 nye prosjekter.

Lister over status på hvert enkelt prosjekt er lagt i vedlegg til slutt i denne rapporten.

IV. Styring og kontroll i virksomheten

Styring og kontroll

Kunnskapssenteret viser til at den samlede måloppnåelsen er god. Aktiviteten følges løpende gjennom månedlige rapporteringer til ledelsen og tertialvis rapportering til etatstyrer. Resultatene følges opp mot mål og planlagt ressursbruk. Kunnskapssenterets aktiviteter er prosjektorganisert og dette gir god mulighet for å følge den enkelte leveranse.

Det ble i 2012 ferdigstilt en omfattende risikoanalyse av Kunnskapssenteret hvor det ble identifisert til sammen 46 ulike risikoer. Disse ble klassifisert etter sannsynlighet og konsekvens. For den enkelte risiko ble det også gjort en kartlegging av mulige og iverksatte tiltak og nøkkelkontroller. Risikoanalysen har gitt Kunnskapssenteret et verktøy for oppfølging av de identifiserte risikoene og nøkkelkontrollene. Kunnskapssenteret har fulgt spesielt opp de risikoene som er kategorisert som kritiske ut fra en samlet vurdering av sannsynlighet og konsekvens.

Det er i 2015 ikke avdekket forhold som skulle tilsi at Kunnskapssenterets internkontroll ikke fungerer tilstrekkelig. Kvalitetssikringen av Kunnskapssenterets produkter er generelt god og det er ikke avdekket vesentlige avvik.

Beredskap

I samsvar med anbefalinger fra DSB – Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap – har Kunnskapssenteret i 2014 utarbeidet en beredskapsplan. Beredskapsplanen er bygget opp rundt elleve tenkte krisescenarier som kan oppstå, f.eks. IKT-utfordringer, trusler overfor ansatte, forskningsjuks og økonomisk utroskap. I beredskapsplanen er det beskrevet hva som bør gjøres, hvem som skal informeres, hva eventuelt hovedbudskap skal være osv. Beredskapsplanen ivaretar både håndtering av selve krisen og håndtering av informasjon og media.

Vesentlige forhold knyttet til personalforvaltning

Rekrutteringer

Kunnskapssenteret rekrutterte 23 nye medarbeidere i 2015 i faste og midlertidige stillinger. Blant disse er forskere, førstekonsulenter, rådgivere, spesialbibliotekar, og seniorrådgivere.

Sykefravær

Det totale sykefraværet i 2015 var på 4,2%. Det er høyere enn i 2014 da sykefraværet var på 4,03 %. I 2013 var sykefraværet var på 3,42%. Det egenmeldte korttidsfraværet har vært på 1,45 % noe som er høyere enn i 2014 da korttidsfraværet var på 1,08 %. I 2013 var korttidsfraværet var på 1,44%.

Kunnskapssenteret har inngått avtale om inkluderende arbeidsliv. I den forbindelse har vi etablert gode rutiner for ansatte og arbeidsgiver for å følge opp målsettingene som er nedfelt i avtalen. Vi har utarbeidet en handlingsplan med følgende tiltak som skal begrense sykefraværet:

- Sykefraværsarbeidet skal være forankret i ledelsen.
- Det vil hele tiden arbeides for at sykefravær forebygges der det er mulig.
- Oppfølging av sykefravær skal være en prioritert lederoppgave og skal inngå i den daglige personalledelse.
- Alle ansatte gjøres kjent med retningslinjene slik at kontakten mellom arbeidsgiver og arbeidstaker oppleves som omsorg og ikke kontroll.
- Ansatte i Kunnskapssenteret samarbeider med arbeidsgiver også i sykmeldingsperioden og medvirker til en aktiv planlegging og gjennomføring av individuell oppfølgingsplan.
- Ansatte som er langtidssykmeldte får en individuell oppfølgingsplan.
- Møte med ansatte etter uttak av 5 egenmeldinger i løpet av et halvt år.

I tillegg har vi avtale om bedriftshelsetjeneste. Vi ønsker spesielt å legge vekt på helse, miljø og sikkerhet (HMS) og tiltak for å redusere sykefraværet. Ledelsen i Kunnskapssenteret jobber for å ivareta et godt arbeidsmiljø og oppfølging av de ansatte som er helt eller delvis sykemeldt.

Helsefremmende tiltak

Kunnskapssenteret satser på de ansattes helse, blant annet med fri til trening i arbeidstiden, garderobe og treningsrom i lokalene, bedriftsidrettslag, sykle til jobben -aksjon, yoga osv. Arbeidsgiver bidrar til de ansattes sunne kosthold gjennom økonomisk støtte til kantinen slik at den kan ha et sunt og variert tilbud. Alle ansatte får tilbud om en gratis daglig frukt som blir satt frem i lokalene. I tillegg har vi en bedriftshelsetjeneste som gir generelle og individuelle forebyggende råd og veiledning til de ansatte. Ergonomisk tilrettelegging av arbeidsplassen er

et eksempel på det siste. Kunnskapssenteret mener at disse tiltakene er god ressursanvendelse. De er i samsvar med virksomhetens eget overordnede mål om god helse i befolkningen.

I 2015 har Kunnskapssenteret vært igjennom en stor omstillingsprosess med målsetting å flytte to enheter til Helsedirektoratet og hele resten av virksomheten til Folkehelseinstituttet. I den anledning har det vært fokus på hyppig informasjon gjennom intranett, fellesmøter blogg og tillitsvalgtapparatet. Det har også vært løpende kontakt med verneombud for å fange opp usikkerhet og mulige problemer så tidlig som mulig.

Integrering

Kunnskapssenteret hadde tolv ansatte med ikke-vestlig bakgrunn per 1.1.2015. Per 1.1.2014 var det tilsvarende tallet ti. I løpet av 2015 ansatte Kunnskapssenteret tre nye medarbeidere med ikke-vestlig bakgrunn i fast stilling. I samme periode var det en ansatt med ikke-vestlig bakgrunn som sluttet.

Kunnskapssenteret har tidligere utarbeidet retningslinjer for tilsetninger hvor vi støtter ideene bak et inkluderende arbeidsliv. Dette fremkommer blant annet i våre utlysninger hvor det står følgende: «Den statlige arbeidsstyrken skal i størst mulig grad gjenspeile mangfoldet i befolkningen. Det er derfor et personalpolitisk mål å oppnå en balansert alders- og kjønns-sammensetning og rekruttere personer med innvandrerbakgrunn. Personer med innvandrerbakgrunn oppfordres til å søke stillingen.» Kunnskapssenteret påser at søkere med innvandrerbakgrunn blir innkalt til intervju hvis vedkommende er kvalifisert til stillingen. Søkeren har fortrinnsrett hvis vedkommende er kvalifisert på lik linje med en annen søker uten innvandrerbakgrunn.

Likestilling mellom kjønnene

I tilpasningsavtalen til Hovedavtalen (§ 21) har vi nedfelt hvordan Kunnskapssenteret vil ivareta kjønns- og likestillingsperspektivet.

I Kunnskapssenteret skal arbeidsgiver påse at:

- Likestillingshensyn blir ivaretatt i henhold til virksomhetens mål og strategier innen likestilling, lov- og avtaleverk ved utlysning av nye stillinger. Kvinner skal i utlysningsteksten oppfordres til å søke stillinger innenfor stillingsgrupper hvor moderat kjønnskvoltering skal anvendes. Ved tilsetting skal det ikke legges vekt på søkerens sivilstand eller omsorgsforpliktelser. Når søkere har tilnærmet like kvalifikasjoner, skal søkere fra det kjønn som har mindre enn 40 % av de tilsatte i den aktuelle stillingsgruppe ha fortrinnsrett til stillingen. Med stillingsgruppe menes i denne avtalen: Lederstillinger, faglige stillinger og administrative stillinger.
- Kjønnsmessige lønnsforskjeller ikke opprettholdes eller utvikles.
- Praktisering av permisjoner og andre rettigheter som særlig nyttes av kvinner ikke fører til at kvinner får dårligere muligheter til opplæring, utdanning og avansement enn

menn. Rettigheter i forbindelse med arbeidstid, permisjon og omsorg skal praktiseres slik at det også gir menn like muligheter for å delta i omsorgsarbeid.

- Arbeidsgiver har ansvaret for at arbeidsoppgavene i alle stillinger tilrettelegges slik at de er egnet for begge kjønn. Arbeidsoppgaver som kvalifiserer til avansement, skal med utgangspunkt i de tilsattes egnethet fordeles slik at kvinner og menn får samme mulighet for opprykk. Arbeidsgiver skal sørge for at det gis like muligheter for videreutdanning og etteropplæring til begge kjønn. Arbeidsgiver skal arbeide aktivt for at flere kvinner rekrutteres til lederstillinger, og gi kvinner mulighet for å kvalifisere seg for lederrelaterte oppgaver.

Ved utløpet av 2015 var 67 % av de ansatte kvinner og 33 % menn.

Ledergruppen besto ved utløpet av 2015 av seks kvinner og to menn, seksjonsledergruppen besto av åtte kvinner og syv menn.

Etiske retningslinjer

Alle ansatte i Kunnskapssenteret er gjennom informasjonsmøter informert om de etiske retningslinjene. Hver ansatt har fått utdelt heftet «Etiske retningslinjer for statstjenestemenn» utgitt av Fornyings- og administrasjonsdepartementet i 2005. Heftet er i tillegg gjort tilgjengelig via Kunnskapssenterets personalhåndbok.

V. Vurdering av framtidutsikter

Helse- og omsorgsdepartementet iverksatte en større gjennomgang av den sentrale helseforvaltning i desember 2014. I revidert nasjonalbudsjett 2015 ble det lagt frem ny virksomhetsstruktur for helseforvaltningen med virkning fra 1.1.2016. I ny virksomhetsstruktur innlemmes Kunnskapssenteret i Folkehelseinstituttet med unntak av seksjon for meldeordninger og sekretariatet for prioriteringsrådet som innlemmes i Helsedirektoratet.

Nasjonalt folkehelseinstituttet får fra 1.1.2016 et utvidet samfunnsoppdrag som gir et helhetlig ansvar for kunnskapsproduksjon og kunnskapsoppsummeringer for hele helsesektoren. Helsedirektoratets rolle som fag- og myndighetsorgan skal styrkes, og direktoratet skal ha et mer helhetlig ansvar for nasjonal helseberedskap.

VI. Årsregnskap

Ledelseskommmentar til årsregnskapet 2015

Bekreftelse

Årsregnskapet er avlagt i henhold til bestemmelser om økonomistyring i staten med tilhørende rundskriv fra Finansdepartementet og krav fra eget departement. Årsregnskapet gir et dekkende bilde av virksomhetens disponible bevilgninger og av regnskapsførte utgifter, inntekter, eiendeler og gjeld. Kunnskapssenteret har i samråd med Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet vedtatt at Kunnskapssenteret skal føre og rapportere sitt virksomhetsregnskapet iht. de anbefalte statlige regnkapsstandardene. Årsregnskapet vurderes å gi et korrekt uttrykk for årets ressursbruk og virksomhetens eiendeler og gjeld.

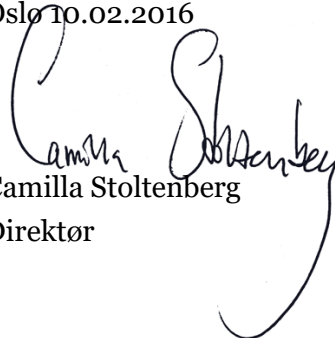
Vesentlige forhold ved årsregnskapet

I revidert nasjonalbudsjett 2015 ble det lagt frem ny virksomhetsstruktur for helseforvaltningen med virkning fra 1.1.2016. I ny virksomhetsstruktur innlemmes Kunnskapssenteret i Folkehelseinstituttet med unntak av seksjon for meldeordninger og sekretariatet for prioriteringsrådet som innlemmes i Helsedirektoratet. Det ble ikke bevilget midler til omstillingen og påløpte kostander for tilrettelegging for ny virksomhetsstruktur er ført på ordinært driftskapittel. Svekkelse av den norske kronen mot dollar og euro har hatt store konsekvenser for Kunnskapssenterets drift og regnskap. En vesentlig andel av abonnementene som tilbys gjennom Helsebiblioteket.no er avtaler inngått i utenlandsk valuta. Dette har ført til en betydelig kostnadsøkning som ble varslet etatsstyrer i Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet allerede i slutten av 2014.

Revisjonsordning

Kunnskapssenterets regnskap revideres av Riksrevisjonen.

Oslo 10.02.2016



Camilla Stoltenberg
Direktør

Årsregnskapet – prinsipper for oppstilling av bevilgningsrapportering og artskontoplan

Årsregnskap er utarbeidet og avlagt etter 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 og krav fastsatt av Finansdepartementet. Det er utarbeidet en egen prinsippnote for virksomhetsregnskapet som føres i tråd med de anbefalte statlige regnskapsstandardene (SRS).

Oppstillingen av bevilgningsrapporteringen omfatter en øvre del med bevilgningsrapporteringen 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. I oppstilling av bevilgningsrapporteringen vises mellomværende med statskassen på en regnskapslinje. I artskontooppstillingen vises hva som inngår i dette beløpet i oversikt over mellomværende med statskassen.

Statlige virksomheter omfattes av statens konsernkontoordning. Konsernkontoordningen innebærer at alle innbetalinger og utbetalinger daglig gjøres opp mot virksomhetens oppgjørskontoer i Norges Bank.

Kunnskapscenteret tilføres ikke likvider gjennom året, men har en trekkrettighet på sin konsernkonto som tilsvarer netto bevilgning. Forskjellen mellom inntektsført bevilgning og netto trekk på konsernkontoen inngår i avregning med statskassen. Ved årets slutt gjelder særskilte regler for oppgjør/overføring av mellomværende. Saldo på oppgjørskontoen i Norges bank nullstilles ved overgang til nytt regnskapsår.

Bevilgningsrapporteringen

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

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

Artskontorrapporteringen

Artskontorrapporteringen viser regnstall Kunnskapssenteret har rapportert til statsregnskapet etter standard kontoplan for statlige virksomheter. Kunnskapssenteret har en trekkrettighet for disponible tildelinger på konsernkonto i Norges bank. Tildelingene skal ikke inntektsføres og vises derfor ikke som inntekt i oppstillingen.

Det følger av de grunnleggende prinsippene for årsregnskapet at tildelingene ikke skal inntektsføres eller vises som en inntekt i oppstillingen av artskontorrapporteringen. I virksomhetsregnskapet vises tildelingen som en inntekt. Se egen prinsippnote for virksomhetsregnskapet.

Oppstilling av bevilgningsrapportering, 31.12.2015							
Utgiftskapittel	Kapittelnavn	Post	Posttekst	Note	Samlet tildeling*	Regnskap 2015	Merutgift (-) og mindreutgift
0725	Driftsutgifter	01	Driftsutgifter		172 570 000	198 907 408	-26 337 408
0702	Antidotdatabase	21	Spesielle driftsutgifter			37 500	
0718	Lønn- og godtgjørelse, ordinært	21	Spesielle driftsutgifter			1 200 000	
0719	Helserådet	21	Spesielle driftsutgifter			150 000	
0720	Finansiering Nasj. råd for prioritering 2015	21	Spesielle driftsutgifter			1 500 000	
0751	Samvalgsverktøyet	21	Spesielle driftsutgifter			700 000	
0765	Psykologiske tester	21	Spesielle driftsutgifter			1 920 000	
0781	Hemovigilans	21	Spesielle driftsutgifter			359 000	
0783	Lønn- og godtgjørelse, ordinært	21	Spesielle driftsutgifter			1 000 000	
1633	Nettoordning for mva i staten	01	Driftsutgifter			15 105 880	
<i>Sum utgiftsført</i>					172 570 000	220 879 788	
Inntektskapittel	Kapittelnavn	Post	Posttekst		Samlet tildeling	Regnskap 2015	Merinntekt og mindreinntekt (-)
3725	Diverse inntekter	02	Ymse		22 645 000	45 668 058	23 023 058
5309	Tilfeldige inntekter	29	Ymse			240 817	
5700	Folketrygden-arbeidsgiveravgifter	72	Arbeidsgiveravgift			13 975 953	
<i>Sum inntektsført</i>					22 645 000	59 884 828	
Netto rapportert til bevilgningsregnskapet						160 994 959	
Kapitalkontoer							
60091701	Norges Bank KK /innbetalinger					50 282 674	
60091702	Norges Bank KK/utbetalinger					-219 799 339	
707012	Endring i mellomværende med statskassen					8 521 706	
<i>Sum rapportert</i>						0	
Beholdninger rapportert til kapitalregnskapet (201512)							
Konto	Tekst				2015	2014	Endring
6260	Aksjer				0	0	0
707012	Mellomværende med statskassen				154 697	-8 367 009	8 521 706

Note A Forklaring av samlet tildeling utgifter			
Kapittel og post	Overført fra i fjor	Årets tildelinger	Samlet tildeling
372502		-22 645 000	-22 645 000
72501		172 570 000	172 570 000
			0
			0

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 iht. avgitte belastningsfullmakter(-)	Merutgift(-)/ mindreutgift etter avgitte belastningsfullmakter	Merinntekter / mindreinntekter(-) iht. merinntektsfullmakt	Omdisponering fra post 01 til 45 eller til post 01/21 fra neste års bevilgning	Innsparinger(-)	Sum grunnlag for overføring	Maks. overførbart beløp *	Mulig overførbart beløp beregnet av virksomheten
072501	Driftsutgifter	-26 337 408		-26 337 408	23 023 058			-3 314 350	8 628 500	
070221	Antidotdatabase	0		0				0		
071821	Lønn- og godtgjørelse, ordinært	0		0				0		
071921	Helserådet	0		0				0		
072021	Finansiering Nasj. råd for prioritering 2015	0		0				0		
075121	Samvalgsverktøyet	0		0				0		
076521	Psykologiske tester	0		0				0		
078121	Hemovigilans	0		0				0		
078321	Lønn- og godtgjørelse, ordinært	0		0				0		

*Maksimalt beløp som kan overføres er 5% 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 årlig rundskriv R-2 for mer detaljert informasjon om overføring av ubrukte bevilgninger.

Forklaring til bruk av budsjettfullmakter

Kunnskapssenteret har mottatt belastningsfullmakter fra Helsedirektoratet på tilsammen 6 866 500 . Kunnskapssenteret har benyttet belastningsfullmaktene i sin helhet.

Kunnskapssenteret har i 2015 et uhjemlede merforbruk på 3 314 350. Merforbruket er knyttet til abonnementer i Helsebiblioteket. Merforbruket skyldes svekkelse av den norske kronen mot euro og dollar. Dette har vært varslet etatstyrer og Helse- og omsorgsdepartementet siden slutten av 2014.

Oppstilling av artskontorrapporteringen 31.12.2015

	2015	2014
Driftsinntekter rapportert til bevilgningsregnskapet		
Innbetalinger fra gebyrer	0	0
Innbetalinger fra tilskudd og overføringer	7 692 414	3 376 565
Salgs- og leieinnbetalinger	37 975 643	39 491 683
Andre innbetalinger		
<i>Sum innbetalinger fra drift</i>	45 668 058	42 868 248
Driftsutgifter rapportert til bevilgningsregnskapet		
Utbetalinger til lønn	113 298 840	118 721 745
Andre utbetalinger til drift	92 263 428	103 994 905
<i>Sum utbetalinger til drift</i>	205 562 268	222 716 650
Netto rapporterte driftsutgifter	159 894 210	179 848 402
Investerings- og finansinntekter rapportert til bevilgningsregnskapet		
Innbetaling av finansinntekter	0	0
<i>Sum investerings- og finansinntekter</i>	0	0
Investerings- og finansutgifter rapportert til bevilgningsregnskapet		
Utbetaling til investeringer	206 596	1 145 729
Utbetaling til kjøp av aksjer	0	0
Utbetaling av finansutgifter	5 044	7 756
<i>Sum investerings- og finansutgifter</i>	211 640	1 153 485
Netto rapporterte investerings- og finansutgifter	211 640	1 153 485
Innkrevingsvirksomhet og andre overføringer til staten		
Innbetaling av skatter, avgifter, gebyrer m.m,	5 836	-100
<i>Sum innkrevingsvirksomhet og andre overføringer til staten</i>	5 836	-100
Tilskuddsforvaltning og andre overføringer fra staten		
Utbetalinger av tilskudd og stønader	0	0
<i>Sum tilskuddsforvaltning og andre overføringer fra staten</i>	0	0
Inntekter og utgifter rapportert på felleskapitler		
Gruppelivsforsikring - konto 1985 (ref.kap. 5309, inntekt)	234 981	240 958
Arbeidsgiveravgift - konto 1986 (ref.kap 5700, inntekt)	13 975 953	14 552 227
Nettoføringsordning for merverdiavgift konto 1987 (ref. kap. 1633, utgift)	-15 105 880	0
<i>Netto rapporterte utgifter på felleskapitler</i>	-894 945	14 793 184
Netto rapportert til bevilgningsregnskapet	160 994 959	166 208 803
Oversikt over mellomværende med statskassen		
Eiendeler og gjeld	2015	2014
Fordringer	150 668	120 012
Kasse	0	0
Bankkontoer med statlige midler utenfor Norges Bank	0	-31 414
Skyldig skattetrekk	0	-4 899 402
Skyldige offentlige avgifter	-10 567	-242 864
Annen gjeld	14 596	-3 313 340
Sum mellomværende med statskassen	154 697	-8 367 009

Virksomhetsregnskapet - prinsippnote

Regnskapsprinsipper – virksomhetsregnskap avlagt i henhold til de anbefalte statlige regnskapsstandardene (SRS)

Årsregnskapet er satt opp i samsvar med de anbefalte statlige regnskapsstandardene (SRS) av desember 2009 (inkl. SRS 1 av desember 2013).

Transaksjonsbaserte inntekter

Transaksjoner resultatføres til verdien av vederlaget på transaksjonstidspunktet. Inntektsføring ved salg av varer skjer på leveringstidspunktet. Salg av tjenester inntektsføres i takt med utførelsen.

Inntekter fra bevilgningsbaserte aktiviteter

Bevilgninger inntektsføres i den perioden da aktiviteten som bevilgningen er forutsatt å finansiere, er utført, det vil si i den perioden kostnadene påløper. Ved avleggelse av årsregnskapet er årets endelige bevilgning til drift inntektsført. Endelig bevilgning til drift tilsvarer årets bevilgninger og eventuelle belastningsfullmakter på post 01–29. Ubenyttet bevilgning som ikke kan overføres til neste regnskapsår, er ikke inntektsført.

Kostnader

Kostnader som gjelder transaksjonsbaserte inntekter, regnskapsføres i samme periode som tilhørende inntekt. Kostnader som finansieres ved bevilgning, regnskapsføres i den perioden da aktivitetene som bevilgningen er forutsatt å finansiere, er utført.

Pensjoner

SRS 25 legger til grunn en forenklet regnskapsmessig tilnærming til pensjoner. Det er følgelig ikke gjort beregning eller avsetning for eventuell over-/underdekning i pensjonsordningen som tilsvarer NRS 6. Årets pensjonskostnad tilsvarer derfor årlig premiebeløp til Statens pensjonskasse (SPK). For virksomheter som ikke betaler premie til SPK, men hvor denne dekkes over sentralt kapittel i statsbudsjettet, legges det til grunn en sjablongmessig sats for beregning av pensjonspremie. Denne baserer seg på beste estimat for virksomheten. Se også note 2 for en mer detaljert beskrivelse av tilnæringsmetoden.

Klassifisering og vurdering av balanseposter

Omløpsmidler og kortsiktig gjeld omfatter poster som forfaller til betaling innen ett år etter anskaffelsestidspunktet, og poster som knytter seg til varekretsløpet. Øvrige poster er klassifisert som anleggsmiddel/langsiktig gjeld. Omløpsmidler vurderes til

det laveste av anskaffelseskost og virkelig verdi. Kortsiktig gjeld balanseføres til nominelt beløp på opptakstidspunktet. Anleggsmidler vurderes til anskaffelseskost fratrukket avskrivninger og nedskrives til virkelig verdi ved en eventuell bruksendring.

Immaterielle eiendeler

Eksternt innkjøpte immaterielle eiendeler er balanseført. Immaterielle eiendeler består i lisenser til programvarer som benyttes i virksomheten.

Varige driftsmidler

Varige driftsmidler er balanseført og avskrives over driftsmidlenes økonomiske levetid. Varige driftsmidler består i inventar som kontor- og møteromsinnredning og IKT-utstyr som PCer, servere, kopimaskiner m.m.

Finansiering av periodiserte poster

Omløpsmidler/kortsiktig gjeld

Nettobeløpet av alle balanseposter, med unntak av immaterielle eiendeler og varige driftsmidler, har motpost i avregning med statskassen. Avregningen gir således et uttrykk for statens eierkapital når det gjelder kortsiktige poster og eventuelle finansielle anleggsmidler.

Anleggsmidler

Balanseført verdi av immaterielle eiendeler og varige driftsmidler har motpost i regnskapslinjen ikke inntektsført bevilgning knyttet til anleggsmidler. Dette representerer finansieringen av disse anleggsmidlene. Ved tilgang av immaterielle eiendeler og varige driftsmidler balanseføres anskaffelseskostnaden. Samtidig går anskaffelseskostnaden til reduksjon av resultatposten inntekt fra bevilgninger og til økning av balanseposten ikke inntektsført bevilgning knyttet til anleggsmidler. Avskrivning av anleggsmidler kostnadsføres. I takt med gjennomført avskrivning inntektsføres et tilsvarende beløp under inntekt fra bevilgning. Dette gjennomføres ved at finansieringsposten ikke inntektsført bevilgning knyttet til anleggsmidler oppløses i takt med at anleggsmidlet forbrukes i virksomheten. Konsekvensen av dette er at avskrivningene har en resultatnøytral effekt. Ved realisasjon/avgang av driftsmidler resultatføres regnskapsmessig gevinst/tap. Gevinst/tap beregnes som forskjellen mellom salgsvederlaget og balanseført verdi på realisasjonstidspunktet. Resterende bokført verdi av ikke inntektsført bevilgning knyttet til anleggsmidlet på realisasjonstidspunktet, inntektsføres.

Investering i aksjer og andeler

Kunnskapssenteret har ingen aksjer eller andeler.

Varebeholdning

Kunnskapssenteret har ikke varelager.

Fordringer

Kundefordringer og andre fordringer er oppført i balansen til pålydende etter fradrag for avsetning til forventet tap. Avsetning til tap gjøres på grunnlag av individuelle vurderinger av de enkelte fordringene. I tillegg gjøres det for kundefordringer en uspesifisert avsetning for å dekke antatt tap.

Valuta

Pengeposter i utenlandsk valuta er vurdert til kursen ved regnskapsårets slutt. Her er Norges Banks daglige spotkurs ved regnskapsårets slutt lagt til grunn.

Selvassurandørprinsippet

Staten opererer som selvassurandør. Det er følgelig ikke inkludert poster i balanse eller resultatregnskap som søker å reflektere alternative netto forsikringskostnader eller forpliktelser.

Resultatregnskap

	Note	31.12.2015	31.12.2014
Driftsinntekter			
Inntekt fra bevilgninger	1	179 969 664	201 273 501
Inntekt fra gebyrer		0	0
Inntekt fra tilskudd og overføringer	1	7 692 414	3 376 565
Salgs- og leieinntekter	1	35 436 155	42 169 581
Gevinst ved avgang av anleggsmidler	1	-1 134 808	0
Andre driftsinntekter		0	0
<i>Sum driftsinntekter</i>		221 963 425	246 819 647
Driftskostnader			
Lønn og sosiale kostnader	2	132 543 245	139 069 441
Varekostnader		0	0
Andre driftskostnader	3	92 713 695	105 282 863
Avskrivninger	4,5	2 446 311	2 443 757
Nedskrivninger		0	0
<i>Sum driftskostnader</i>		227 703 251	246 796 061
Driftsresultat		-5 739 826	23 585
Finansinntekter og finanskostnader			
Finansinntekter		0	0
Finanskostnader	6	5 044	7 756
<i>Sum finansinntekter og finanskostnader</i>		-5 044	-7 756
Inntekter fra eierandeler i selskaper mv.			
Utbytte fra selskaper mv.		0	0
<i>Sum inntekter fra eierandeler i selskaper mv.</i>		0	0
Resultat av periodens aktiviteter		-5 744 870	15 829
Avregninger			
Avregning med statskassen (bruttobudsjetterte)	7	5 744 870	-15 829
<i>Sum avregninger</i>		5 744 870	-15 829
Periodens resultat		0	0
<i>Disponeringer</i>		0	0
Innkrevingsvirksomhet og andre overføringer til staten			
Inntekter av avgifter og gebyrer direkte til statskassen	9	5 836	-100
Avregning med statskassen innkrevingsvirksomhet	9	5 836	-100
<i>Sum innkrevingsvirksomhet og andre overføringer til staten</i>		0	0
Tilskuddsforvaltning og andre overføringer fra staten			
Utbetalinger av tilskudd til andre		0	0
Avregning med statskassen tilskuddsforvaltning		0	0
<i>Sum tilskuddsforvaltning og andre overføringer fra staten</i>		0	0

Balanse

	Note	31.12.2015	31.12.2014
EIENDELER			
A. Anleggsmidler			
I Immaterielle eiendeler			
Forskning og utvikling		0	0
Rettigheter og lignende immaterielle eiendeler	4	419 238	1 970 313
<i>Sum immaterielle eiendeler</i>		419 238	1 970 313
II Varige driftsmidler			
Bygninger, tomter og annen fast eiendom		0	0
Maskiner og transportmidler		0	0
Driftsløsøre, inventar, verktøy og lignende	5	1 540 404	3 363 851
Anlegg under utførelse		0	0
Beredskapsanskaffelser		0	0
<i>Sum varige driftsmidler</i>		1 540 404	3 363 851
III Finansielle anleggsmidler			
Investeringer i datterselskaper		0	0
Investeringer i tilknyttet selskap		0	0
Investeringer i aksjer og andeler		0	0
Obligasjoner og andre fordringer		0	0
<i>Sum finansielle anleggsmidler</i>		0	0
Sum anleggsmidler		1 959 641	5 334 164
B. Omløpsmidler			
I Varebeholdninger og forskudd til leverandører			
Varebeholdninger		0	0
Forskuddsbetalinger til leverandører		0	0
<i>Sum varebeholdninger og forskudd til leverandører</i>		0	0
II Fordringer			
Kundefordringer	13	785 698	3 040 449
Andre fordringer	14	150 668	2 321 667
Opptjente, ikke fakturerte inntekter		0	0
<i>Sum fordringer</i>		936 367	5 362 116
III Kasse og bank			
Bankinnskudd	17	0	-31 414
Andre kontanter og kontantekvivalenter		0	0
<i>Sum kasse og bank</i>		0	-31 414
Sum omløpsmidler		936 367	5 330 702
Sum eiendeler		2 896 008	10 664 866

	Note	31.12.2015	31.12.2014
VIRKSOMHETSKAPITAL OG GJELD			
C. Virksomhetskapital			
I Innskutt virksomhetskapital			
Innskutt virksomhetskapital		0	0
<i>Sum innskutt virksomhetskapital</i>		0	0
II Opptjent virksomhetskapital			
Opptjent virksomhetskapital		0	0
<i>Sum opptjent virksomhetskapital</i>		0	0
Sum virksomhetskapital		0	0
D. Gjeld			
I Avsetning for langsiktige forpliktelser			
Ikke inntektsført bevilgning knyttet til anleggsmidler	4, 5	1 959 641	5 334 164
Andre avsetninger for forpliktelser		0	0
<i>Sum avsetning for langsiktige forpliktelser</i>		1 959 641	5 334 164
II Annen langsiktig gjeld			
Øvrig langsiktig gjeld		0	0
<i>Sum annen langsiktig gjeld</i>		0	0
III Kortsiktig gjeld			
Leverandørgjeld		-60 591	1 324 528
Skyldig skattetrekk		0	4 899 402
Skyldige offentlige avgifter		1 611 274	3 480 185
Avsatte feriepenger	7A	-132 258	11 167 603
Forskuddsbetalte, ikke opptjente inntekter		0	0
Annen kortsiktig gjeld	18	3 224 395	6 780 393
<i>Sum kortsiktig gjeld</i>		4 642 819	27 652 111
IV Avregning med statskassen			
Avregning med statskassen (bruttobudsjetterte)	7	-3 706 453	-22 321 409
Avregning bevilgningsfinansiert virksomhet (nettobudsjetterte)			
Ikke inntektsført bevilgning (nettobudsjetterte)			
<i>Sum avregning med statskassen</i>		-3 706 453	-22 321 409
Sum gjeld		2 896 008	10 664 866
Sum virksomhetskapital og gjeld		2 896 008	10 664 866

Note 1 Driftsinntekter			
		31.12.2015	31.12.2014
Inntekt fra bevilgninger			
Årets bevilgning fra overordnet departement*		149 925 000	164 064 000
Årets bevilgning fra andre departement, belastningsfullmakt*		6 866 500	15 251 408
- brutto benyttet til investeringer i immaterielle eiendeler og varige driftsmidler av årets bevilgning		-206 596	-1 145 729
- ubrukt bevilgning til investeringsformål (post 30-49)		0	0
+ utsatt inntekt fra forpliktelse knyttet til investeringer (avskrivninger)		3 581 119	2 443 757
+ utsatt inntekt fra forpliktelse knyttet til investeringer, bokført verdi avhendede anleggsmidler		0	0
+ inntekt til pensjoner**		19 803 641	20 660 065
- utbetaling av tilskudd til andre		0	0
Andre poster som vedrører bevilgninger (spesifiseres)		0	0
Sum inntekt fra bevilgninger		179 969 664	201 273 501
Inntekt fra gebyrer			
Gebyrer		0	0
		0	0
		0	0
Sum inntekt fra gebyrer		0	0
Inntekt fra tilskudd og overføringer			
<i>Inntekt fra tilskudd og overføringer fra andre statlige forvaltningsorganer</i>			
		0	0
Tilskudd fra andre statlige virksomheter		0	0
Tilskudd fra kommunale og fylkeskommunale etater		0	0
<i>Sum inntekt fra tilskudd og overføringer fra andre statlige forvaltningsorganer</i>		<i>0</i>	<i>0</i>
<i>Inntekt fra tilskudd og overføringer fra andre</i>			
Tilskudd fra EU		7 692 414	3 376 565
Andre tilskudd/overføringer		0	0
Andre tilskudd		0	0
<i>Sum inntekt fra tilskudd og overføringer fra andre</i>		<i>7 692 414</i>	<i>3 376 565</i>
Sum inntekt fra tilskudd og overføringer		7 692 414	3 376 565
Salgs- og leieinntekter			
Salgsinntekt tjenester, avgiftspliktig		0	0
Prosjektinntekter (Salgsinntekt tjenester, avgiftsfri)		35 371 619	41 964 919
Inntekter fra undervisningsoppdrag		64 536	204 662
Sum salgs- og leieinntekter		35 436 155	42 169 581
Gevinst ved avgang av anleggsmidler*			
Salg av eiendom		0	0
Salg av maskiner, utstyr mv.		-1 134 808	0
Salg av andre driftsmidler		0	0
Gevinst ved avgang av anleggsmidler		-1 134 808	0
Andre driftsinntekter			
Uopptjent inntekt		0	0
Andre inntekter		0	0
Sum andre driftsinntekter		0	0
Sum driftsinntekter		221 963 425	246 819 647
Beregning av årets netto tilgang for bruttobudsjetterte virksomheter med inntektsbevilgninger			
Kapittel og post	Utgiftsbevilgning	Inntektsbevilgning	Netto tilgang
		(-)	
372502	-	(22 645 000)	(22 645 000)
72501	172 570 000	-	172 570 000

Note 2 Lønn og sosiale kostnader

	31.12.2015	31.12.2014
Lønninger	91 394 298	94 673 933
Feriepenger	11 341 057	11 829 998
Arbeidsgiveravgift	16 360 567	17 067 185
Pensjonskostnader*	15 413 485	16 080 145
Sykepenger og andre refusjoner	-4 307 400	-3 433 984
Andre ytelser	2 341 238	2 852 164
Sum lønn og sosiale kostnader	132 543 245	139 069 441
Antall årsverk:	156	170

*** Nærmere om pensjonskostnader**

Kunnskapssenteret betaler ikke selv pensjonspremie til Statens pensjonskasse (SPK), og kostnad til premie er heller ikke dekket av virksomhetens bevilgning. Premien finansieres ved en samlet bevilgning fra staten til SPK. Det er i regnskapet lagt til grunn en estimert sats for beregning av pensjonskostnad. Pensjonene er kostnadsført basert på denne satsen multiplisert med påløpt pensjonsgrunnlag i virksomheten. Vi viser for øvrig til note 1 om resultatføring av inntekter til dekning av pensjonskostnader (resultatnøytral løsning).

Note 3 Andre driftskostnader

	31.12.2015	31.12.2014
Husleie	13 221 400	12 998 248
Vedlikehold egne bygg og anlegg	0	0
Vedlikehold og ombygging av leide lokaler	0	0
Andre kostnader til drift av eiendom og lokaler	3 461 432	4 698 002
Reparasjon og vedlikehold av maskiner, utstyr mv.	558 465	402 782
Mindre utstyrsanskaffelser	700 245	511 833
Leie av maskiner, inventar og lignende	45 150 734	46 389 461
Konsulenter og andre kjøp av tjenester fra eksterne	14 283 460	21 153 620
Reiser og diett	5 768 120	7 019 009
Øvrige driftskostnader*	9 569 838	12 109 909
Sum andre driftskostnader	92 713 695	105 282 863

Note 4 Immaterielle eiendeler

	Rettigheter mv.	Sum
Anskaffelseskost pr. 01.01.2015	3 286 813	3 286 813
Tilgang 2015	0	0
Avgang anskaffelseskost i 2015 (1)	-2 727 329	-2 727 329
Fra immaterielle eiendeler under utførelse til annen gruppe i 2015	0	0
Anskaffelseskost 31.12.2015	559 484	559 484
Akkumulerte nedskrivninger 01.01.2015	0	0
Nedskrivninger i 2015	0	0
Akkumulerte avskrivninger pr. 01.01.2015	1 316 500	1 316 500
Ordinære avskrivninger i 2015	580 984	580 984
Akkumulerte avskrivninger avgang i 2015 (1)	-1 757 237	-1 757 237
Balanseført verdi 31.12.2015	419 238	419 238
Avskrivningssatser (levetider)	5 år / lineært	

Note 5 Varige driftsmidler

	Inventar (kontorinventar, innredninger m.m.)	Datamaskiner og annet IKT-utstyr	Kopimaskiner (kombinert skrivere)	Sum
Anskaffelseskost 01.01.2015	6 217 653	7 106 575	335 768	13 659 995
Tilgang i 2015	0	206 596	0	206 596
Avgang anskaffelseskost i 2015	0	-3 950 277	-335 768	-4 286 045
Fra anlegg under utførelse til annen gruppe i 2015	0	0	0	0
Anskaffelseskost 31.14.2015	6 217 653	3 362 894	0	9 580 547
Akkumulerte nedskrivninger 01.01.2015	0	0	0	0
Nedskrivninger i 2015	0	0	0	0
Akkumulerte avskrivninger 01.01.2015	5 321 905	4 733 219	241 021	10 296 145
Ordinære avskrivninger i 2015	613 449	1 204 632	47 247	1 865 327
Akkumulerte avskrivninger avgang i 2015	0	-3 833 062	-288 267	-4 121 329
Balanseført verdi 31.14.2015	282 299	1 258 105	0	1 540 404
Avskrivningssatser (levetider)	10 år lineært	3-8 år lineært	5 år lineært	
<u>Avhendelse av varige driftsmidler i 2015:</u>				
Vederlag ved avhendelse av anleggsmidler				0
- Bokført verdi avhendede anleggsmidler		117 215	47 501	164 716
= Regnskapsmessig tap	0	117 215	47 501	164 716

Note 6 Finansinntekter og finanskostnader			
	31.12.2015	31.12.2014	
Finansinntekter			
Renteinntekter	0	0	
Agiogevinst	0	0	
Annen finansinntekt	0	0	
Sum finansinntekter	0	0	
Finanskostnader			
Rentekostnad	0	0	
Nedskrivning av aksjer	0	0	
Agiotap	5 044	7 756	
Annen finanskostnad	0	0	
Sum finanskostnader	5 044	7 756	
Utbytte fra selskaper mv.			
Mottatt utbytte fra selskap 1	0	0	
Mottatt utbytte fra selskap 2	0	0	
Mottatt utbytte fra selskap 3...	0	0	
Sum mottatt utbytte	0	0	
Grunnlag beregning av rentekostnad på investert kapital			
	31.12.2015	31.12.2014	Gjennomsnitt i perioden
Balanseført verdi immaterielle eiendeler	419 238	1 970 313	1 194 776
Balanseført verdi varige driftsmidler	1 540 404	3 363 851	2 452 127
Sum	1 959 641	5 334 164	3 646 903
Antall måneder på rapporteringstidspunktet:			12
Gjennomsnittlig kapitalbinding i år 2015:			3 646 903
Fastsatt rente for år 2015:			0,0205
Beregnet rentekostnad på investert kapital:*			74 762
<i>*Beregnet rentekostnad på investert kapital skal kun gis som noteopplysning. Den beregnede rentekostnaden skal ikke regnskapsføres.</i>			

Note 7A Sammenheng mellom avregning med statskassen og mellomværende med statskassen (bruttobudsjetterte virksomheter)

	31.12.2015	31.12.2014	Endring
A) Avregning med statskassen			
Finansielle anleggsmidler			
Finansielle anleggsmidler	0	0	0
<i>Sum</i>	0	0	0
Omløpsmidler			
Varebeholdninger og forskudd til leverandører	0	0	0
Kundefordringer	785 698	3 040 449	-2 254 751
Andre fordringer	150 668	2 321 667	-2 170 998
Opptjente, ikke fakturerte inntekter	0	0	0
Kasse og bank	0	-31 414	31 414
<i>Sum</i>	936 367	5 330 702	-4 394 335
Annem langsiktig gjeld			
Annem langsiktig gjeld	0	0	0
<i>Sum</i>	0	0	0
Kortsiktig gjeld			
Leverandørgjeld	60 591	-1 324 528	1 385 119
Skyldig skattetrekk	0	-4 899 402	4 899 402
Skyldige offentlige avgifter	-1 611 274	-3 480 185	1 868 911
Avsatte feriepenger	132 258	-11 167 603	11 299 861
Forskuddsbetalte, ikke opptjente inntekter	-313 257	-3 255 635	2 942 377
Annem kortsiktig gjeld	-2 911 137	-3 524 758	613 621
<i>Sum</i>	-4 642 819	-27 652 111	23 009 292
Avregning med statskassen*	-3 706 453	-22 321 409	18 614 957
Endring i avsetning for feriepenger skyldes at saldo er overført til konto 1993 Korrigering av avsetning for feriepenger ved avvikling av virksomheten			
Avstemming av periodens resultat mot endring i avregning med statskassen (kongruensavvik)			
Konsernkonto utbetaling			-219 799 339
Konsernkonto innbetaling			50 282 674
<i>Netto trekk konsernkonto</i>			-169 516 665
Innbetaling innkrevingsvirksomhet			-5 836
Utbetaling tilskuddsforvaltning			0
Inntektsført fra bevilgning (kontogruppe 19)			156 791 500
Arbeidsgiveravgift/gruppeliv rapportert på kap. 5700/5309			-14 210 935
Nettoordning, statlig betalt merverdiavgift rapportert på statskonto 1633.01			15 093 762
Tilbakeførte utsatte inntekter ved avgang anleggsmidler, der forpliktelsen ikke er resultatført			0
Korrigering av avsetning for feriepenger (ansatte som går over i annen statlig stilling)			-12 511 652
Andre avstemningsposter (spesifiseres)			0
<i>Forskjell mellom resultatført og netto trekk på konsernkonto</i>			-24 359 826
Resultat av periodens aktiviteter før avregning mot statskassen			5 744 870
Sum endring i avregning med statskassen *			-18 614 957
*Sum endring i avregning med statskassen skal stemme med sum i endringskolonnen ovenfor.			

Note 7B Sammenheng mellom avregning med statskassen og mellomværende med statskassen (bruttobudsjetterte virksomheter)

B) Forskjellen mellom avregning med statskassen og mellomværende med statskassen				
		31.12.2015	31.12.2015	
		Spesifisering av bokført avregning med statskassen	Spesifisering av rapportert mellomværende med statskassen	Forskjell
Finansielle anleggsmidler				
	Finansielle anleggsmidler	0	0	0
	<i>Sum</i>	0	0	0
Omløpsmidler				
	Varebeholdninger og forskudd til leveranører	0	0	0
	Kundefordringer	785 698	0	785 698
	Andre fordringer	150 668	150 668	0
	Opptjente, ikke fakturerte inntekter	0	0	0
	Kasse og bank	0	0	0
	<i>Sum</i>	936 367	150 668	785 698
Annen langsiktig gjeld				
	Annen langsiktig gjeld	0	0	0
	<i>Sum</i>	0	0	0
Kortsiktig gjeld				
	Leverandørgjeld	60 591	0	60 591
	Skyldig skattetrekk	0	0	0
	Skyldige offentlige avgifter	-1 611 274	-10 567	-1 600 707
	Avsatte feriepenger	132 258	0	132 258
	Forskuddsbetalte, ikke opptjente inntekter	-313 257	0	-313 257
	Annen kortsiktig gjeld	-2 911 137	14 596	-2 925 733
	<i>Sum</i>	-4 642 819	4 029	-4 646 848
	Sum	-3 706 453	154 697	-3 861 150

Note 9 Innkrevingsvirksomhet og andre overføringer til staten

	31.12.2015	31.12.2014
Overføring fra andre statlige regnskaper	0	0
Overføring fra kommunenes/fylkeskommunenes forvaltningsbudsjett	0	0
Skatter og avgifter, renteinntekter og utbytte m.m	5 836	-100
Sum avgifter og gebyrer direkte til statskassen	5 836	-100

Note 13 Kundefordringer

	31.12.2015	31.12.2014
Kundefordringer til pålydende	785 698	3 040 449
Avsatt til forventet tap (-)	0	0
Sum kundefordringer	785 698	3 040 449

Note 14 Andre kortsiktige fordringer

	31.12.2015	31.12.2014
Forskuddsbetalt lønn	17 000	14 377
Reiseforskudd	0	45 776
Personallån	0	0
Andre fordringer på ansatte	133 668	59 859
Forskuddsbetalte kostnader	0	1 401 655
Andre fordringer	0	800 000
Fordring på datterselskap mv.	0	0
Sum andre kortsiktige fordringer	150 668	2 321 667

Note 17 Bankinnskudd, kontanter og lignende

	31.12.2015	31.12.2014
Innskudd statens konsernkonto (nettobudsjetterte virksomheter)	0	0
Øvrige bankkontoer	0	-31 414
Håndkasser og andre kontantbeholdninger	0	0
Sum bankinnskudd og kontanter	0	-31 414

Note 18 Annen kortsiktig gjeld

	31.12.2015	31.12.2014
Skyldig lønn	14 596	6 062
Skyldige reiseutgifter	0	0
Annen gjeld til ansatte	-2 925 733	-2 952 306
Påløpte kostnader	0	-578 572
Annen kortsiktig gjeld	-313 257	-3 255 577
Gjeld til datterselskap mv.	0	0
Sum annen kortsiktig gjeld	-3 224 395	-6 780 393

Vedlegg

Vedlegg 1: Liste over publikasjoner 2015

Austvoll-Dahlgren, Astrid; Lidal, Ingeborg Beate; Mosdøl, Annhild; Odgaard-Jensen, Jan; Denison, Eva Marie-Louise; Vist, Gunn Elisabeth.

Effekter av befolkningsrettede opplysnings- og motivasjonstiltak for å fremme fysisk aktivitet og én eller flere andre sunne levevaner. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten 2015 (ISBN 978-82-8121-954-0) 176 s. Rapport fra Kunnskapssenteret(9)

NOKC

Austvoll-Dahlgren, Astrid; Straumann, Gyri Synnøve Hval; Utheim, May-Britt Gjengstø.

Tiltak for elektronisk deling av pasientinformasjon. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten 2015 (ISBN 978-82-8121-971-7) 109 s.

NOKC

Dahm, Kristin Thuve; Dalsbø, Therese Kristine.

Koordinerende tiltak kan gi bedre livskvalitet for pårørende til personer med demens (Cochrane-omtale). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten 2015

NOKC

Dahm, Kristin Thuve; Dalsbø, Therese Kristine; Kirkehei, Ingvild; Reinar, Liv Merete.

Effekt av fluorpensling til barn under tre år. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten 2015 (ISBN 978-82-8121-986-1) 59 s. Rapport fra Kunnskapssenteret(20)

NOKC

Dalsbø, Therese Kristine; Brurberg, Kjetil Gundro.

Bedre helse med treningsbehandling for personer med kronisk utmattelsessyndrom (Cochrane-omtale). : Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten 2015 3 s.

NOKC

Dalsbø, Therese Kristine; Dahm, Kristin Thuve.

Fluorgel forebygger trolig karies (Cochrane-omtale). : Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten 2015 2 s.

NOKC

Dalsbø, Therese Kristine; Dahm, Kristin Thuve.

Personer med demens kan få en bedre hverdag ved å trene (Cochrane-omtale). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten 2015 2 s.

NOKC

Dalsbø, Therese Kristine; Dahm, Kristin Thuve.

Undervisning om seksuelle overgrep virker trolig forebyggende (Cochrane-omtale). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten 2015 2 s.

NOKC

Dalsbø, Therese Kristine; Dahm, Kristin Thuve; Reinar, Liv Merete.

Hva er effekten av vedlikeholdsbehandling med antipsykotika for personer med schizofreni?. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten 2015 (ISBN 978-82-8121-958-8) 32 s.

NOKC

Dalsbø, Therese Kristine; Fure, Brynjar.

Mindre mandelbetennelse med operasjon (Cochrane-omtale). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten 2015 2 s.

NOKC UiT

Dalsbø, Therese Kristine; Fønhus, Marita Sporstøl.

Røykeslutt før operasjon reduserer risiko for komplikasjoner etter operasjon (Cochrane-omtale). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten 2015 2 s.

NOKC

Dalsbø, Therese Kristine; Fønhus, Marita Sporstøl.

Trolig slutter flere å røyke etter motiverende intervju (Cochrane-omtale). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten 2015 2 s.

NOKC

Dalsbø, Therese Kristine; Knapstad, Marit.

Arbeidsplass tiltak får trolig flere sykemeldte tilbake på jobb (Cochrane-omtale). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten 2015 2 s.

NOKC UiB

Dalsbø, Therese Kristine; Leiknes, Kari Ann.

Kognitiv atferdsterapi hjelper trolig mot legemiddelavhengighet (Cochrane-omtale). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten 2015 2 s.

NOKC

Dalsbø, Therese Kristine; Siqveland, Johan.

Internettbasert kognitiv atferdsterapi kan være nyttig ved angst (Cochrane-omtale). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten 2015 2 s.
NOKC UiO

Danielsen, Kirsten; Haugum, Mona; Bjertnæs, Øyvind Andresen; Lindahl, Anne Karin.

Pasientsikkerhet og kvalitet i helsetjenesten i 2015 og endringer over tid: undersøkelser med basis i Gallup-panelet. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten 2015 (ISBN 978-82-8121-988-5) 41 s.
NOKC UiO

Filges, Trine; Smedslund, Geir; Knudsen, Anne-Sofie Due; Jørgensen, Anne-Marie Klint.

Active Labour Market Programme Participation for Unemployment Insurance Recipients: A Systematic Review.. : Campbell Collaboration 2015 342 s. The Campbell collaboration library of systematic reviews(2)
NOKC

Fretheim, Atle; Flottorp, Signe Agnes; Oxman, Andrew David.

Effekt av tiltak for implementering av kliniske retningslinjer. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten 2015 (ISBN 978-82-8121-959-5) 202 s. Rapport fra Kunnskapssenteret(10)
NOKC

Frønsdal, Katrine; Kvamme, Maria Knoph; Stoinska-Schneider, Anna; Giske, Liv; Straumann, Gyri Synnøve Hval; Flesland, Øystein; Fure, Brynjar.

Alternativer for plasma for transfusjon til pasienter. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten 2015 (ISBN 978-82-8121-946-5) 138 s. Rapport fra Kunnskapssenteret(5)
NOKC

Fønhus, Marita Sporstøl.

Do incentives and enablers improve adherence to tuberculosis treatment? (Cochrane-dissemination). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten 2015 2 s.
NOKC

Fønhus, Marita Sporstøl.

Synet blir bedre med VEGF-hemmer hos personer som har aldersrelatert makuladegenerasjon (Cochrane-omtale). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten 2015 2 s.
NOKC

Fønhus, Marita Sporstøl; Dalsbø, Therese Kristine; Flottorp, Signe Agnes.

Er medikamenter effektive når man har medisinsk uforklarte plager og symptomer?

(Cochrane-omtale). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten 2015 2 s.
NOKC UiO

Fønhus, Marita Sporstøl; Dalsbø, Therese Kristine; Flottorp, Signe Agnes.
Er psykologiske tiltak effektive når man har medisinsk uforklarte plager og symptomer?
(Cochrane-omtale). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten 2015 2 s.
NOKC UiO

Fønhus, Marita Sporstøl; Flottorp, Signe Agnes.
Personer som har bakterier i urinen uten symptomer har trolig ingen nytte av antibiotika
(Cochrane-omtale). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten 2015 2 s.
NOKC UiO

Fønhus, Marita Sporstøl; Fretheim, Atle.
Melatonin demper operasjonsangst (Cochrane-omtale). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter
for helsetjenesten 2015 2 s.
NOKC UiO

Fønhus, Marita Sporstøl; Mosdøl, Annhild.
Diabetesrelatert øyeskade – effektivt med blodtrykkskontroll? (Cochrane-omtale). Oslo: Na-
sjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten 2015 2 s.
HIOA NOKC

Fønhus, Marita Sporstøl; Stenberg, Una; Hafstad, Elisabet.
Mestringstiltak med brukermedvirkning for personer som har langvarige helseutfordringer.
Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten 2015 (ISBN 9788281219649) 60 s.
NOKC OUS UiO

**Giske, Liv; Frønsdal, Katrine; Lauvrak, Vigdis; Kvamme, Maria Knoph; Orm-
stad, Sari Susanna; Fure, Brynjar.**
Autolog stamcellebehandling for multippel sklerose. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for
helsetjenesten 2015 80 s.
NOKC OUS UiO UiT

Hammerstrøm, Karianne; Blaasvær, Nora.
Effekt av samlivstiltak. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten 2015 (ISBN 978-
82-8121-953-3) 86 s.
NOKC

Helland, Ylva; Iversen, Hilde Hestad; Bjertnæs, Øyvind Andresen.
Pasienterfaringer blant hjertesviktpasienter ved Medisinsk avdeling, Bærum sykehus. Oslo:
Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten 2015 (ISBN 978-82-8121-973-1) 28 s.

NOKC

Holmboe, Olaf.

Pasienterfaringer med Lovisenberg diakonale sykehus 2015.. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten 2015 (ISBN 978-82-8121-980-9) 30 s.

NOKC

Holmboe, Olaf.

Pasienterfaringer med medisinske sengeposter ved Helse Møre og Romsdal HF 2015.. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten 2015 (ISBN 978-82-8121-977-9) 30 s.

NOKC

Holmboe, Olaf; Bjertnæs, Øyvind Andresen.

Pasienterfaringer med norske sykehus i 2014: nasjonale resultater. Oslo, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten 2015 (ISBN 978-82-8121-961-8) 17 s. PasOpp-rapport(2)

NOKC

Holmboe, Olaf; Danielsen, Kirsten; Iversen, Hilde Hestad.

Utvikling av metode for måling av pasienters erfaringer med fastleger. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten 2015 (ISBN 978-82-8121-936-6) 64 s. PasOpp-rapport(1)

NOKC

Holte, Hilde H.; Hafstad, Elisabet; Vist, Gunn Elisabeth.

Oppsummering av systematiske oversikter om effekt av samstemming av legemiddellister. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten 2015 (ISBN 978-82-8121-948-9) 55 s. Rapport fra Kunnskapssenteret(7)

NOKC

Holte, Hilde H.; Underland, Vigdis; Hafstad, Elisabet.

Forebygging av infeksjoner ved bruk av sentralt venekateter. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten 2015 (ISBN 978-82-8121-972-4) 53 s. Rapport fra Kunnskapssenteret(19)

NOKC

Holte, Hilde H.; Underland, Vigdis; Hafstad, Elisabet.

Oppsummering av systematiske oversikter om forebygging av fall i institusjoner. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten 2015 (ISBN 978-82-8121-963-2) 56 s. Rapport fra Kunnskapssenteret(13)

NOKC

Iversen, Hilde; Bjertnæs, Øyvind Andresen; Holmboe, Olaf.

Pakkeforløp for kreft: nullpunktmåling med basis i spørreskjemaundersøkelser blant befolkningen, pasienter og fastleger. : Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten 2015 (ISBN 978-82-93479-06-2) 51 s.

NOKC

Jimenez, Enrique; Torkilseng, Einar Bjørner; Klemp, Marianne.

Cost-effectiveness of HPV-vaccination of boys aged 12 in a Norwegian setting. Oslo: Norwegian Knowledge Centre for the Health Services 2015 (ISBN 978-82-8121-938-0) 130 s. Rapport fra Kunnskapssenteret(2)

NOKC

Juvet, Lene Kristine; Sæterdal, Ingvil von Mehren; Couto, Elisabeth; Harboe, Ingrid; Klemp, Marianne.

Effect of HPV-vaccination of boys. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten 2015 (ISBN 978-82-8121-937-3) 59 s. Rapport fra Kunnskapssenteret(1)

NOKC

Klem, Kristin; Saastad, Eli; Hafstad, Elisabet; Flesland, Øystein.

Uønskede hendelser med metotreksat i sykehus - kan de forebygges?. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten 2015 (ISBN 9788281219670) 31 s.

NOKC

Konsmo, Trulte; de Vibe, Michael; Bakke, Toril; Udness, Ellen; Eggesvik, Siri; Nordheim, Geir; Brudvik, Marie; Vege, Anders.

Modell for kvalitetsforbedring: utvikling og bruk av modellen i praktisk forbedringsarbeid. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten 2015 (ISBN 978-82-8121-500-9) 35 s.

NOKC

Konsmo, Trulte; de Vibe, Michael; Vege, Anders.

Utvikling, spredning og resultater av Lyst på livet: et helsefremmende konsept for eldre. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten 2015 (ISBN 978-82-8121-984-7) 83 s.

NOKC

Krogstad, Unni; Lindahl, Anne Karin; Saastad, Eli; Hafstad, Elisabet.

Akuttmottak – risikosone for pasientsikkerhet. Oslo: Nasjonalt Kunnskapssenter for helse-tjenesten 2015 (ISBN 978-82-8121-980-9) 48 s.

NOKC UiO

Krogstad, Unni; Saastad, Eli; Hafstad, Elisabet; Enger, Øystein; Kolseth, Asbjørn; Flesland, Øystein.

Meldinger om vold og aggresjon i spesialisthelsetjenesten – et pasientsikkerhetsperspektiv. Oslo: Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten 2015 (ISBN 978-82-8121-949-6) 41 s.

NOKC

Kurtze, Nanna; Berg, Rigmor.

Effekt av motiverende samtale på alkohol, tobakk, fysisk aktivitet og ernæring. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten 2015 (ISBN 978-82-8121-941-0) 28 s.

NOKC

Kurtze, Nanna; Fønhus, Marita Sporstøl.

Blir man mer fysisk aktiv av motiverende samtale? (Omtale av systematisk oversikt). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten 2015 2 s.

NOKC

Kvernmo, Hebe Desiree; Hove, Leiv M; Frønsdal, Katrine Bjørnebek; Harboe, Ingrid; Odinsson, Adalsteinn; Krukhaug, Yngvar.

Treatment of distal radius fractures in adults. (www.magicapp.org/app#/guidelines). Oslo: Norwegian Orthopaedic Association/The Norwegian Medical Association 2015 111 s.

NOKC UiB UiT

Lauvrak, Vigdis; Frønsdal, Katrine; Ormstad, Sari Susanna; Vaagbø, Guro; Fure, Brynjar.

Effekt av hyperbar oksygenbehandling ved senskader etter stråleterapi eller diabetiske fotsår. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten 2015 (ISBN 978-82-8121-945-8) 79 s. Rapport fra Kunnskapssenteret(4)

HAUKELAND NOKC

Leiknes, Kari Ann; Dalsbø, Therese Kristine.

Elektrokonvulsiv behandling (ECT) og selvmord. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten 2015 (ISBN 978-82-8121-957-1) 50 s.

NOKC

Lidal, Ingeborg Beate; Berg, Rigmor C.; Austvoll-Dahlgren, Astrid; Straumann, Gyri Synnøve Hval; Vist, Gunn Elisabeth.

Smittevern i barnehager: Effekt av håndhygiene, opplæring og fysiske tiltak. : Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten 2015 (ISBN 978-82-8121-947-2) Rapport fra Kunnskapssenteret(6)

NOKC

Lindahl, Anne Karin; Saastad, Eli.

Uønskede hendelser ved ernæring i sykehus. Læringsnotat.. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten 2015 (ISBN 978-82-8121-951-9) 15 s.

NOKC UiO

Lindman, Anja Schou; Kristoffersen, Doris Tove; Hassani, Sahar; Tomic, Oliver; Helgeland, Jon.

30-dagers reinnleggelse av eldre 2011–2013. Resultater for sykehus og kommuner. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten 2015 (ISBN 978-82-8121-950-2) 58 s.
NOKC UiO NMBU

Lindman, Anja Schou; Tomic, Oliver; Hassani, Sahar; Kristoffersen, Doris Tove; Helgeland, Jon.

30-dagers overlevelse - institusjonsrapporter - 2. utgave. Oslo: Norwegian Knowledge Centre for the Health Services 2015 (ISBN 978-82-8121-940-3) 1650 s.
NOKC UiO NMBU

Lund Håheim, Lise.

Evaluering av 32 prioriteringsveiledere: en systemintervensjon for å redusere ventetider til elektiv behandling i spesialisthelsetjenesten. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten 2015 (ISBN 978-82-8121-943-4) 390 s. Rapport fra Kunnskapssenteret(17)
NOKC

Mosdøl, Annhild; Forsetlund, Louise; Straumann, Gyri Synnøve Hval.

Effekt av foreldreopplæring for å forebygge karies hos førskolebarn.. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten 2015 (ISBN 978-82-8121-991-5) 97 s. Rapport fra Kunnskapssenteret(24)
NOKC

Müller, Anne Marie; Bakke, Toril; Jacobsen, Pål.

Brukerorientering i Kunnskapssenteret: status, ideer, utfordringer og planer. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten 2015 (ISBN 978-82-8121-935-9) 21 s.
NOKC

Munthe-Kaas, Heather Menzies; Wollscheid, Sabine; Hammerstrøm, Karianne; Blaasvær, Nora; Johansen, Sissel; Kurtze, Nanna; Gundersen, Malene Wøhlk.

Effekt av og erfaringer med tolketjenester i offentlig sektor. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten 2015 (ISBN 978-82-8121-942-7) 138 s.
NIFU NOKC

Myrhaug, Hilde Tinderholt; Strøm, Vegard; Hafstad, Elisabet; Kirkehei, Ingvild; Reinar, Liv Merete.

Effekt av trening i varmtvannsbasseng for personer med muskelskjelettlidelser. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten 2015 (ISBN 978-82-8121-960-1) 93 s. Rapport fra Kunnskapssenteret(11)
NOKC

Nilsen, Wendy; Johansen, Sissel; Blaasvær, Nora; Hammerstrøm, Karianne; Berg, Rigmor C..

Effekt av tiltak rettet mot innsatte foreldre og deres barn. Oslo, Norge: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, Kunnskapssenteret nr. 15 – 2015 2015 (ISBN 978-82-8121-966-3) 226 s.

FHI NOKC RBUP-ØS

Nøkleby, Heid.

Sammenheng mellom arbeid og god helse (omtale av systematisk oversikt). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten 2015 3 s.

NOKC

Nøkleby, Heid; Berg, Rigmor; Nguyen, Lien; Blaasvær, Nora; Kurtze, Nanna.

Helseeffekter av arbeid. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten 2015 (ISBN 978-82-8121-969-4) 37 s.

NOKC

Nøkleby, Heid; Nguyen, Lien; Berg, Rigmor.

Effekt av det å være i arbeid på bruk av helsetjenester. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten 2015 (ISBN 978-82-8121-976-2) 28 s.

NOKC

Pike, Eva; Torkilseng, Einar Bjørner; Sæterdal, Ingvil von Mehren; Jimenez, Enrique; Odgaard-Jensen, Jan; Harboe, Ingrid; Klemp, Marianne.

A health technology assessment of the new drugs for inoperable or metastatic malignant melanoma patients. Oslo: Norwegian Knowledge Centre for the Health Services 2015 (ISBN 978-82-8121-983-0) 118 s.

NOKC

Reinar, Liv Merete; Straumann, Gyri Synnøve Hval; Myrhaug, Hilde Tindereholt; Vist, Gunn Elisabeth.

Ingen effektstudier om behandling av gravide med spiseforstyrrelse. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten 2015 (ISBN 978-82-8121-956-4) 43 s. Rapport fra Kunnskapssenteret(14)

NOKC

Ringerike, Tove; Pike, Eva; Nevjar, Janicke; Klemp, Marianne.

Bruk av naltrekson i lave doser utenfor godkjent bruksområde. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten 2015 (ISBN 978-82-8121-952-6) 89 s. Rapport fra Kunnskapssenteret(8)

NOKC

Saastad, Eli.

Gruppe B-streptokokkar hos gravide og fødande - kan oppfølginga bli betre?. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetenesta 2015 (ISBN 978-82-8121-975-5) 18 s.

NOKC

Saastad, Eli.

Hendelser vedrørende uklare eller manglende retningslinjer ved hjerneslag. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten 2015 11 s.

NOKC

Saastad, Eli.

Parenteral ernæring - en kompleks behandling. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten 2015 (ISBN 978-82-93479-02-4) 2 s.

NOKC

Saastad, Eli; Flesland, Øystein.

Årsrapport 2014 for meldeordningen for uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten 2015 (ISBN 978-82-8121-965-6) 62 s.

NOKC

Saunes, Ingrid Sperre; Helgeland, Jon; Tomic, Oliver; Lindahl, Anne Karin.

Norsk helsetjeneste sammenliknet med andre OECD-land 2015. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten 2015 (ISBN 978-82-8121-996-0) 36 s.

NOKC

Skudal, Kjersti Eeg.

Kunnskapssenterets måleinstrument for brukererfaringer ved rehabiliteringsinstitusjoner: en kartlegging av erfaringer blant ansatte ved institusjonene. Oslo: Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten 2015 (ISBN 978-82-8121-955-7) 18 s.

NOKC

Smedslund, Geir; Giske, Liv; Fleitscher, Hilde; Brurberg, Kjetil Gundro.

Screeningverktøy for kognitiv funksjon og bilkjøring.. Oslo: Nasjonalt kunnskapssentere for helsetjenesten 2015 (ISBN 978-82-8121-985-4) ;Volum 2015.131 s. Rapport fra Kunnskapssenteret(21)

OUS NOKC

Smedslund, Geir; Siqveland, Johan; Leiknes, Kari Ann.

Måleegenskaper ved klokketesten. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten 2015 (ISBN 978-82-8121-968-7) 23 s. Rapport fra Kunnskapssenteret(16)

NOKC

Steiro, Asbjørn; Haugum, Mona; Sjetne, Ingeborg Strømseng; Bjertnæs, Øyvind Andresen; Lindahl, Anne Karin; Nylenna, Magne.

Commonwealth Fund-undersøkelse blant allmennleger i ti land: norske resultater i 2015 og utvikling over tid.. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten 2015 (ISBN 978-82-93479-00-0) 78 s. Rapport fra Kunnskapssenteret(Nr. 26 – 2015)

NOKC UiO

Straumann, Gyri Synnøve Hval; Vist, Gunn Elisabeth.

Effekt av time-samme-dag i primærhelsetjenesten. : Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten 2015 (ISBN 978-82-8121-974-8) 37 s.

NOKC

Strøm, Vegard; Scheel, Inger; Dalsbø, Therese Kristine; Kirkehei, Ingvild.

Effekt av arbeidsmarkedstiltak på deltakelse i arbeidslivet for innvandrere. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten 2015 (ISBN 978-82-8121-962-5) 72 s. Rapport fra Kunnskapssenteret(12)

NOKC SUNNAAS

Strømme, Hilde; Jeppesen, Elisabeth; Reinar, Liv Merete.

Førstehjelpsopplæring kan gi bedre førstehjelpsferdigheter. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten 2015 (ISBN 978-82-8121-979-3) 60 s.

NOKC

Sæterdal, Ingvil von Mehren; Holte, Hilde H.; Harboe, Ingrid; Klemp, Marianne.

Effect of using aminoglycosides for treatment of sepsis. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten 2015 (ISBN 978-82-8121-939-7) 53 s. Rapport fra Kunnskapssenteret(3)

NOKC

Vist, Gunn Elisabeth; Jamtvedt, Gro.

Informasjon om kunnskapshull fra Kunnskapssenterets systematiske oversikter og metodevurderinger publisert i 2014. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten 2015 (ISBN 978-82-8121-978-6) 31 s.

NOKC

Vist, Gunn Elisabeth; Reinar, Liv Merete; Straumann, Gyri Synnøve Hval; Wisting, Line Norøm.

Behandling av personer som både har spiseforstyrrelse og diabeto. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten 2015 (ISBN 978-82-8121-970-0) 59 s. Rapport fra Kunnskapssenteret(18)

NOKC UiO

Vedlegg 3: Liste over vitenskapelig artikler 2015

Shin, Aesun; Sandin, Sven; Löf, Marie; Margolis, Karen L.; Kim, Kyeezu; Couto, Elisabeth; Adami, Hans Olov; Weiderpass, Elisabete.

Alcohol consumption, body mass index and breast cancer risk by hormone receptor status: Women' Lifestyle and Health Study. *BMC Cancer* 2015 ;Volum 15:881.

KREFTREG NOKC UiT

Aakhus, Eivind; Granlund, Ingeborg; Oxman, Andrew David; Flottorp, Signe Agnes.

Tailoring interventions to implement recommendations for the treatment of elderly patients with depression: A qualitative study. *International Journal of Mental Health Systems* 2015 ;Volum 9:36. s. -

NOKC SI UiO

Akl, Elie A.; Kahale, Lara A.; Agoritsas, Thomas; Brignardello-Petersen, Romina; Busse, Jason W.; Carrasco-Labra, Alonso; Ebrahim, Shanil; Johnston, Bradley C.; Neumann, Ignacio; Sola, Ivan; Sun, Xin; Vandvik, Per Olav; Zhang, Yuqing; Alonso-Coello, Pablo; Guyatt, Gordon.

Handling trial participants with missing outcome data when conducting a meta-analysis: A systematic survey of proposed approaches. *Systematic Reviews* 2015 ;Volum 4:98.

NOKC

Altmann, Marianne; Thommessen, Bente; Rønning, Ole M.; REICHENBACH, ANTJE; Fure, Brynjar.

Blood pressure differences between patients with lacunar and nonlacunar infarcts. *Brain and Behavior* 2015 ;Volum 5.(8)

AHUS NOKC OUS UiO

Ames, Heather; Njang, Diangha Mabel; Glenton, Claire; Fretheim, Atle; Kaufman, Jessica; Hill, Sophie; Oku, Afiong; Cliff, Julie; Cartier, Yuri; Bosch-Capblanch, Xavier; Rada, Gabriel; Muloliwa, Artur Manuel; Oyo-Ita, Angela; Lewin, Simon.

Mapping how information about childhood vaccination is communicated in two regions of Cameroon: What is done and where are the gaps?. *BMC Public Health* 2015 ;Volum 15.

NOKC UiO

Austvoll-Dahlgren, Astrid; Oxman, Andrew David; Chalmers, Iain; Nsangi, Allen; Glenton, Claire; Lewin, Simon; Morelli, Angela; Rosenbaum, Sarah Ellen; Semakula, Daniel; Sewankambo, Nelson.

Key concepts that people need to understand to assess claims about treatment effects. *Journal of Evidence-Based Medicine* 2015 ;Volum 8.(3) s. 112-125

NOKC

Berdal, Gunnhild; Smedslund, Geir; Dagfinrud, Hanne; Hagen, Kåre Birger; Kjekken, Ingvild.

Design and effects of supportive followup interventions in clinical care of patients with rheumatic diseases: A systematic review with meta-analysis. *Arthritis care & research*

Berg, Marie; Dolva, Anne-Stine; Kleiven, Jo; Lena, Krumlinde-Sundholm.
Normative Scores for the Pediatric Evaluation of Disability Inventory in Norway. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics* 2015 s. -
HIL HIOA NOKC

Berg, Rigmor C.; Gamst, are; Said, Maryan; Aas, Kristin Bårdsen; Songe, Solveig Helene; Fangen, Kim; Rysstad, Ole.
True user involvement by people living with HIV is possible: description of a user-driven HIV clinic in Norway. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care* 2015 ;Volum 26.(6) s. 732-742
NOKC SSHF

Berg, Rigmor C.; Weatherburn, Peter; Ross, Michael W; Schmidt, Axel J..
The relationship of internalised homonegativity to sexual health and well-being among men who have sex with men in 38 European countries. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health* 2015 ;Volum 19.(3) s. 285-302
NOKC

Bjertnæs, Øyvind Andresen; Deilkås, Ellen C Tveter; Skudal, Kjersti Eeg; Iversen, Hilde Hestad; Bjerkan, Anne Mette.
The association between patient-reported incidents in hospitals and estimated rates of patient harm. *International Journal for Quality in Health Care* 2015 ;Volum 27.(1) s. 26-30
AHUS NOKC

Bjertnæs, Øyvind Andresen; Iversen, Hilde Hestad; Kjøllesdal, Johanne Gran.
PIPEQ-OS: an instrument for on-site measurements of the experiences of inpatients at psychiatric institutions. *BMC Psychiatry* 2015 ;Volum 15. s. -
NOKC

Carrasco-Labra, Alonso; Brignardello-Petersen, Romina; Santesso, Nancy; Neumann, Ignacio; Mustafa, Reem A.; Mbuagbaw, Lawrence; Ikobaltzeta, Itziar Etxeandia; De Stio, Catherine; McCullagh, Lauren J.; Alonso-Coello, Pablo; Meerpohl, Jörg J.; Vandvik, Per Olav; Brozek, Jan L.; Akl, Elie A.; Bossuyt, Patrick M.M.; Churchill, Rachel; Glenton, Claire; Rosenbaum, Sarah Ellen; Tugwell, Peter; Welch, Vivian; Guyatt, Gordon Henry; Schünemann, Holger J..
Comparison between the standard and a new alternative format of the Summary-of-Findings tables in Cochrane review users: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials* 2015 ;Volum 16.(1) s. -
NOKC SI

Church, Kathryn; Wringe, Alison; Lewin, Simon; Ploubidis, George B.; Fakudze, Phelele; Initiative, Integra; Mayhew, Susannah H.
Exploring the feasibility of service integration in a low-income setting: A mixed methods investigation into different models of reproductive health and HIV care in Swaziland. *PLoS*

ONE 2015 ;Volum 10.(5)

NOKC

Claesson, J.; Freundlich, M.; Gunnarsson, I.; Laake, Jon Henrik; Vandvik, Per Olav; Varpula, T.; Aasmundstad, Tor Aksel.

Scandinavian clinical practice guideline on mechanical ventilation in adults with the acute respiratory distress syndrome. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica* 2015 ;Volum 59.(3) s. 286-297

NOKC OUS SI

de Vibe, Michael; Solhaug, Ida; Tyssen, Reidar; Friberg, Oddgeir; Rosenvinge, Jan H; Sørli, Tore; Halland, Even; Bjørndal, Arild.

Does Personality Moderate the Effects of Mindfulness Training for Medical and Psychology Students?. *Mindfulness* 2015 ;Volum 6.(2) s. 281-289

LDS NOKC RBUP-ØS UiO UiT

Eiring, Øystein; Nylenna, Magne; Nytrøen, Kari.

Patient-Important Outcomes in the Long-Term Treatment of Bipolar Disorder: A Mixed-Methods Approach Investigating Relative Preferences and a Proposed Taxonomy. *Patient* 2015 s. -

NOKC OUS UiO

Ellingjord-Dale, Merete; dos-Santos-Silva, Isabel; Grotmol, Tom; Sakhi, Amrit Kaur; Hofvind, Solveig; Qureshi, Samera Azeem; Markussen, Marianne Skov; Couto, Elisabeth; Vos, Linda; Ursin, Giske.

Vitamin D intake, month the mammogram was taken and mammographic density in Norwegian women aged 50-69. *PLoS ONE* 2015 ;Volum 10.(5)

FHI KREFTREG NOKC UiO

Forsetlund, Louise; Austvoll-Dahlgren, Astrid; Johansen, Marit; Lidal, Ingeborg Beate; Odgaard-Jensen, Jan; Vist, Gunn Elisabeth.

A case study of the organisation of research knowledge by systematic reviews within the mental health care field. *Health Information and Libraries Journal* 2015 ;Volum 32.(3) s. 206-219

NOKC

Fretheim, Atle; Zhang, Fang; Ross-Degnan, Dennis; Oxman, Andrew David; Cheyne, H; Foy, Robbie; Goodacre, S; Herrin, Jeph; Kerse, N; McKinlay, RJ; Wright, A; Soumerai, Stephen B..

A reanalysis of cluster randomized trials showed interrupted time-series studies were valuable in health system evaluation. *Journal of Clinical Epidemiology* 2015 ;Volum 68.(3) s. 324-333

NOKC UiO

Garnweidner-Holme, Lisa; Dolvik, Stina; Cathrine, Frisvold; Mosdøl, Annhild.

Suitability Assessment of Printed Dietary Guidelines for Pregnant Women and Parents of

Infants and Toddlers From 7 European Countries. *Journal of nutrition education and behavior* 2015 ;Volum 15. s. -
HIOA NOKC

Garratt, Andrew.

Evaluation of the stages of completion and scoring of the Patient Generated Index (PGI) in patients with rheumatic diseases. *Quality of Life Research* 2015 ;Volum 24.(11) s. 2625-2635
NOKC

Grewal, Navnit Kaur; Andersen, Lene Frost; Sellen, Daniel W; Mosdøl, Annhild; Torheim, Liv Elin.

Breast-feeding and complementary feeding practices in the first 6 months of life among Norwegian-Somali and Norwegian-Iraqi infants: the InnBaKost survey. *Public Health Nutrition* 2015 s. -
FAFO HIOA NOKC UiO

Hassani, Sahar; Lindman, Anja Schou; Kristoffersen, Doris Tove; Tomic, Oliver; Helgeland, Jon.

30-Day Survival Probabilities as a Quality Indicator for Norwegian Hospitals: Data Management and Analysis. *PLoS ONE* 2015 ;Volum 10.(9) s. -
NOKC OUS UiO

Hussain, Amjad; Garratt, Andrew; Beitnes, Jan Otto; Gullestad, Lars; Pettersen, Kjell.

Validity of standard gamble utilities in patients referred for aortic valve replacement. *Quality of Life Research* 2015 s. 1-10
NOKC OUS

Hyldmo, Per Kristian; Vist, Gunn Elisabeth; Feyling, Anders Christian; Rognås, Leif Kåre; Magnusson, Vidar; Sandberg, Mårten; Søreide, Eldar.

Is the supine position associated with loss of airway patency in unconscious trauma patients? A systematic review and meta-analysis. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine* 2015 ;Volum 23.(1)
NOKC OUS SSHF SUS UiO UIS

Hyldmo, Per Kristian; Vist, Gunn Elisabeth; Feyling, Anders Christian; Rognås, Leif; Magnusson, Vidar; Sandberg, Mårten; Søreide, Eldar.

Does turning trauma patients with an unstable spinal injury from the supine to a lateral position increase the risk of neurological deterioration? - A systematic review. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine* 2015 ;Volum 23:65.
NOKC OUS SSHF SUS UiO UIS

Ihle-Hansen, Hege; Thommessen, Bente; Fagerland, Morten; Øksengård, Anne Rita; Wyller, Torgeir Bruun; Engedal, Knut; Fure, Brynjar.

Blood pressure control to prevent decline in cognition after stroke. *Vascular Health and Risk Management* 2015 ;Volum 11. s. 311-316

Jamtvedt, Gro; Klemp, Marianne; Mørland, Berit; Nylenna, Magne.

Responsibility and accountability for well informed health-care decisions: a global challenge. *The Lancet* 2015

NOKC

Kaufman, Jessica; Ryan, Rebecca; Bosch-Capblanch, Xavier; Cartier, Yuri; Cliff, Julie; Glenton, Claire; Lewin, Simon; Rada, Gabriel; Ames, Heather; Muloliwa, Artur Manuel; Oku, Afiong; Oyo-Ita, Angela; Hill, Sophie.

Outcomes mapping study for childhood vaccination communication: too few concepts were measured in too many ways. *Journal of Clinical Epidemiology* 2015 s. -

NOKC

Kristiansen, Annette; Brandt, Linn; Alonso-Coello, Pablo; Agoritsas, Thomas; Akl, Elie A.; Conboy, Tara; Elbarbary, Mahmoud; Ferwana, Mazen; Medani, Wedad; Murad, Mohammad Hassan; Rigau, David; Rosenbaum, Sarah Ellen; Spencer, Frederick A.; Treweek, Shaun; Guyatt, Gordon; Vandvik, Per Olav.

Development of a novel, multilayered presentation format for clinical practice guidelines. *Chest* 2015 ;Volum 147.(3) s. 754-763

DIAKON NOKC SI UiO

Kristoffersen, Doris Tove; Helgeland, Jon; Waage, Halfrid; Thalamus, Jacob; Clemens, Dirk; Lindman, Anja Schou; Rygh, Liv Helen; Tjomsland, Ole.

Survival curves to support quality improvement in hospitals with excess 30-day mortality after acute myocardial infarction, cerebral stroke and hip fracture: A before-after study.

BMJ Open 2015 ;Volum 5.(3) s. -

NOKC SI STHF

Kvamme, Maria Knoph; Lie, Elisabeth; Uhlig, Till; Moger, Tron Anders; Kvien, Tore Kristian; Kristiansen, Ivar Sønbo.

Cost-effectiveness of TNF inhibitors vs synthetic disease-modifying antirheumatic drugs in patients with rheumatoid arthritis: A Markov model study based on two longitudinal observational studies. *Rheumatology* 2015 ;Volum 54.(7) s. 1226-1235

DIAKON NOKC UiO

Lampe, Kristian; Pasternack, Iris; Saarekas, Oskari; Raustia, Leena; Clempcut, Irina; Corio, Mirella; Endel, Gottfried; Frønsdal, Katrine; Imaz, Iñaki; Kleijnen, Sarah; Kristensen, Finn; Rüter, Alric; Werkö, Sophie; Cerbo, Marina; Akiola, Linda; de Laet, Chris; Filippi, Chiara; Gasparetto, Teresa; Goettsch, Wim; Grilli, Roberto; Jamtvedt, Gro; Jefferson, Thomas; Perrini, Maria Rosaria; Rosén, Måns; Sæterdal, Ingvil von Mehren; Vicari, Nicola.

Developing the HTA core model for the online environment. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 2015 ;Volum 30.(5) s. 478-487

NOKC

Latif, Fahim; Helgeland, Jon; Bukholm, Geir; Bukholm, Ida Rashida Khan.
Ethnicity differences in breast cancer stage at the time of diagnosis in Norway. *Scandinavian Journal of Surgery* 2015 ;Volum 104.(4) s. 248-253
AHUS FHI NOKC UiO NMBU

Lavis, John N.; Wilson, Michael G.; Moat, Kaelan A.; Hammill, Amanda C.; Boyko, Jennifer A.; Grimshaw, Jeremy Michael; Flottorp, Signe Agnes.
Developing and refining the methods for a 'one-stop shop' for research evidence about health systems. *Health Research Policy and Systems* 2015 ;Volum 13.(1)
NOKC

Lewin, Simon; Glenton, Claire; Munthe-Kaas, Heather Menzies; Carlsen, Benedicte; Colvin, Christopher J.; Gulmezoglu, Metin; Noyes, Jane; Booth, Andrew; Garside, Ruth; Rashidian, Arash.
Using Qualitative Evidence in Decision Making for Health and Social Interventions: An Approach to Assess Confidence in Findings from Qualitative Evidence Syntheses (GRADE-CERQual). *PLoS Medicine* 2015 ;Volum 12.(10) s. -
NOKC UNI

Marcus, Ulrich; Hickson, Ford; Weatherburn, Peter; Furegato, Martina; Breveglieri, Michele; Berg, Rigmor C.; Schmidt, Axel J..
Antiretroviral therapy and reasons for not taking it among men having sex with men (MSM) - Results from the European MSM Internet Survey (EMIS). *PLoS ONE* 2015 ;Volum 10.(3)
NOKC

Moberg, Jenny; Kramer, Michael.
A brief history of the cluster randomised trial design. *Journal of the Royal Society of Medicine* 2015 ;Volum 108.(5) s. 192-198
NOKC

Nylenna, Magne; Bjertnæs, Øyvind Andresen; Saunes, Ingrid Sperre; Lindahl, Anne Karin.
What is Good Quality of Health Care?. *Professions and Professionalism* 2015 ;Volum 5.(1) s. 909-924
NOKC UiO

Pavlovic, Mira; Teljeur, Conor; Wieseler, Beate; Gjertsen, Marianne Klemp; Cleemput, Irina; Neyt, Mattias.
Endpoints for relative effectiveness assessment (REA) of pharmaceuticals. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 2015 ;Volum 30.(5) s. 508-513
NOKC

Pettersen, Kjell Sverre; Resaland, Erik; Friis Pedersen, Lise; Semb Andenæs, Turid; Terragni, Laura; Mosdøl, Annhild.
Helsesøstres oppfatninger av mødres interaktive ernæringsfremmende allmenndannelse. *Sykepleien Forskning* 2015 (3) s. 267-276

Piot, Peter; Abdool Karim, Salim S.; Hecht, Robert; Legido-Quigley, Helena; Buse, Kent; Stover, John; Resch, Stephen; Ryckman, Theresa; Møgedal, Si-grun; Dybul, Mark; Goosby, Eric; Watts, Charlotte; Kilonzo, Nduku; McManus, Joanne; Sidibé, Michel.

Defeating AIDS - Advancing global health. *The Lancet* 2015 ;Volum 386.(9989) s. 171-218
NOKC

Rosenthal, Rachel; Kasenda, Benjamin; Dell-Kuster, Salome; von Elm, Erik B.; You, John; Blümle, Anette; Tomonaga, Yuki; Saccilotto, Ramon; Amstutz, Alain; Bengough, Theresa; Meerpohl, Joerg J.; Stegert, Mihaela; Tikkinen, Kari A. O.; Neumann, Ignacio; Carrasco-Labra, Alonso; Faulhaber, Markus; Mulla, Sohail; Mertz, Dominik; Akl, Elie A.; Bassler, Dirk; Busse, Jason W.; Ferreira-Gonzalez, Ignacio; Lamontagne, Francois; Nordmann, Alain; Gloy, Viktoria; Olu, Kelechi K.; Raatz, Heike; Moja, Lorenzo; Ebrahim, Shanil; Schandelmaier, Stefan; Sun, Xin; Vandvik, Per Olav; Johnston, Bradley C.; Walter, Martin A.; Burnand, Bernard; Schwenkglenks, Matthias; Hemkens, Lars G.; Bucher, Heiner C.; Guyatt, Gordon H.; Briel, Matthias.

Completion and Publication Rates of Randomized Controlled Trials in Surgery: An Empirical Study. *Annals of Surgery* 2015 ;Volum 262.(1) s. 68-73

NOKC SI

Rødbotten, Marit; Tomic, Oliver; Grini, Ida Synnøve Bårvåg; Holtekjølen, Ann Katrin; Lea, Per; Granli, Britt Signe; Grimsby, Sveinung; Sahlstrøm, Stefan.

Barley bread with normal and low content of salt; sensory profile and consumer preference in five European countries. *Journal of Cereal Science* 2015 ;Volum 64. s. 176-182

NOKC NOFIMA

Santesso, Nancy; Rader, Tamara; Nilsen, Elin Strømme; Glenton, Claire; Rosenbaum, Sarah Ellen; Ciapponi, Agustin; Moja, Lorenzo; Pardo, Jordi Pardo; Zhou, Qi; Schunemann, Holger J.

A summary to communicate evidence from systematic reviews to the public improved understanding and accessibility of information: a randomized controlled trial. *Journal of Clinical Epidemiology* 2015 ;Volum 68.(2) s. 182-190

NOKC

Semakula, Daniel; Nsangi, Allen; Oxman, Andrew David; Sewankambo, Nelson K..

Priority setting for resources to improve the understanding of information about claims of treatment effects in the mass media. *Journal of Evidence-Based Medicine* 2015 ;Volum 8.(2) s. 84-90

NOKC UiO

Sjetne, Ingeborg Strømseng; Iversen, Hilde Hestad; Kjøllesdal, Johanne Gran.

A questionnaire to measure women's experiences with pregnancy, birth and postnatal care: instrument development and assessment following a national survey in Norway. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2015 ;Volum 15. s. -

NOKC

Tomic, Oliver; Berget, Ingunn; Næs, Tormod.

A comparison of generalised procrustes analysis and multiple factor analysis for projective mapping data. *Food Quality and Preference* 2015 ;Volum 43. s. 34-46

NOKC NOFIMA

Tvete, Ingunn Fride; Natvig, Bent; Gåsemyr, Jørund Inge; Meland, Nils; Marianne, Røine; Klemp, Marianne.

Comparing Effects of Biologic Agents in Treating Patients with Rheumatoid Arthritis: A Multiple Treatment Comparison Regression Analysis. *PLoS ONE* 2015 ;Volum 10.(9)

NOKC NR UiO

Underland, Vigdis; Denison, Eva Marie-Louise.

Trening kan muligens påvirke beintetthet i lårhalsen hos kvinner etter overgangsalderen. Omtale av oversikt.. *Fysioterapeuten* 2015 (8) s. 33-33

NOKC

Ursin, Marie Helene; Bergland, Astrid; Fure, Brynjar; Tørstad, Audhild; Tveit, Arnljot; Ihle-Hansen, Hege.

Balance and Mobility as Predictors of Post-Stroke Cognitive Impairment. *Dementia and geriatric cognitive disorders extra* 2015 ;Volum 5.(2)

HIOA NOKC VV

Ursin, Marie Helene; Ihle-Hansen, Hege; Fure, Brynjar; Tveit, Arnljot; Bergland, Astrid.

Effects of premorbid physical activity on stroke severity and post-stroke functioning. *Journal of Rehabilitation Medicine* 2015 ;Volum 47.(7) s. 612-617

HIOA NOKC VV

Årdal, Christine Oline; Røttingen, John-Arne.

An open source business model for malaria. *PLoS ONE* 2015 ;Volum 10.(2)

FHI NOKC UiO

Vedlegg 3: Liste over pågående prosjekter

Avdeling for kunnskapsoppsummering:

Prosjektnr.	Prosjektnavn	Prosjektleder	Oppdr. giver	Produkt	Dato fra	Sluttdato.	Status-farge.
726	GREAT	Glenton, Claire	INT	100	01.06.2012	31.12.2017	
770	Anxiolytika og hypnotika/sedativa og mortalitet	Couto, Elisabeth	SLV	100	19.08.2013	31.03.2016	
778	Science communicaton: Action and Reactions on the 2009 swine flu outbreak	Glenton, Claire	UNIV	100	25.11.2013	30.06.2016	
781	Kunnskapsgrunnlaget for pasientsikkerhetskampanjen	Holte, Hilde H.	RHF	100	08.01.2014	31.07.2016	
789	Dentale komposittmaterialer; trygghet og holdbarhet	Strøm, Vegard	HDIR	100	01.02.2014	31.12.2015	
798	Effekten av forebyggende tiltak for demens	Berg, Rigmor	ANNET	100	01.05.2014	01.04.2016	
1001	Vil bruk av strukturerte skjema eller algorimter øke kvaliteten på diabeteskontrollen?	Larun, Lilabeth	PF	100	01.04.2014	01.04.2016	
1017	Effekt av massemediekommunikasjon for å nå innvandrergrupper med forebyggende helsearbeid	Mosdøl, Annhild	HDIR	100	15.06.2014	01.04.2016	
1018	Effekt av kognitiv metode for å endre levevaner relatert til røyking, fysisk aktivitet og ernæring.	Berg, Rigmor	HDIR	100	14.08.2014	01.04.2016	
1024	Housing programs and case management	Munthe-Kaas, Heather Menzies	HUSB	100	12.09.2014	30.03.2016	
1036	Fysisk aktivitet for personer med kreft	Dahm, Kristin Thuve	KREFTF	100	16.02.2015	31.12.2015	
1038	Oppfølging av ekstremt premature barn	Myrhaug, Hilde Tinderholt	KVPR	100	05.03.2015	05.03.2016	
1042	Effekt av ulike organiseringsformer for kommunerehabilitering	Lidal, Ingeborg	HDIR	100	23.03.2015	01.04.2016	

1045	Effekt av manuelle intervensjoner for behandling av nakkeleddsinduserte symmetri- forstyrrelser (KISS)	Brurberg, Kjetil Gundro	PF	100	04.05.2015	21.12.2015	
1046	Effekt av tidlig samtale om sunne levevaner for gravide	Mosdøl, Annhild	HDIR	100	04.05.2015	28.02.2016	
1047	Effekt av pasienter/brukere som endringsagenter for endring av profesjonell praksis i helsetjenesten	Fønhus, Marita Sporstøl	KREFTF	100	01.05.2015	01.09.2016	
1051	Forebygging av selvskading og selvmordsforsøk	Smedslund, Geir	HDIR	100	25.06.2015	25.06.2016	
1062	Effekt av samtalegrupper for barn og ungdom som opplever samlivsbrudd	Forsetlund, Signe Louise	HDIR	100	16.10.2015	24.03.2016	
1063	Pasientvolum og kvalitet for karkirurgi	Austvoll-Dahlgren, Astrid	RHF	100	12.10.2015	12.10.2016	
1064	Kjeveortopedi	Håheim, Lise Lund	HDIR	100	30.09.2015	01.10.2016	
1066	Effekten av CBT sammenlignet med annen psykoterapi for personer med bulimi	Vist, Gunn Elisabeth	ANNET	100	15.10.2015	01.04.2016	
1067	Trombolytisk behandling 3 til 4,5 timer etter hjerneslag	Smedslund, Geir	HDIR	100	01.11.2015	01.04.2016	
9120	Cochraneovers:Lepra-Interventions for skin changes	Reinar, Liv Merete	INTERNT	100	01.01.2003	31.12.2099	
9357	Lay Health Workers in Primary and Com. health care	Lewin, Simon	ANNET	100	01.06.2006	31.12.2099	
9412	Kronisk utmattelsessyndrom (CFS) og fysisk trening	Larun, Lil- lebeth	INTERNT	100	15.05.2007	31.12.2099	
9489	Tiltak for å redusere frafall fra rusbehandlingen	Dalsbø, Therese Kristine	RHF	100	01.06.2008	31.12.2099	
9496	ECT for depression	Leiknes, Kari Ann	HDIR	100	11.08.2008	31.12.2099	
9636	Velferdstjenester	Berg, Rig- mor	HDIR	100	01.12.2010	31.12.2099	
9645	Effekt av etterutdanning av helsepersonell	For- setlund, Signe Louise	COC	100	13.12.2010	31.12.2099	

9728	Effect of computerized brief interventions on risky alcohol and cannabis use among young people.	Larun, Lil- lebeth	INTERNT	100	15.06.2012	31.12.2099	
9898	Cochrane-oversikter	Fretheim, Atle	INTERNT	100	07.05.2013	31.12.2099	
9937	The Cochrane Collaboration - EPOC satelitt	Oxman, Andrew David	UNIV	100	01.07.2006	31.12.2099	
9986	Evaluering av nytte og bruk av våre kunnskapsoppsum- meringer	Jamtvedt, Gro	INTERNT	100	01.01.2011	31.12.2099	
9990	Metodevarsler	Arentz- Hansen, Helene	INTERNT	101	01.01.2008	31.12.2099	
9900	Hurtigoversikt / raske opp- summeringer	Jamtvedt, Gro	HDIR	102	01.01.2004	31.12.2099	
9927	Søk og sorter	Jamtvedt, Gro	ANNET	103	01.01.2009	31.12.2099	
679	Behandling av fedme hos barn	Elvsaa, Ida-Kris- tin Ørja- sæter	HF	104	15.08.2011	31.12.2015	
777	Konservativ behandling for pasienter med knearthrose	Flottorp, Signe Ag- nes	INTERNT	104	04.12.2013	31.07.2017	
792	Effekt og kostnadseffektivitet av influensavaksinasjon	Sæterdal, Ingvil von Mehren	FHI	104	21.02.2014	15.06.2016	
1019	Bruk av MR ved diagnostikk av arvelig ca mamma med BRCA genfeil	Couto, Elisabeth	HDIR	104	13.08.2014	30.04.2016	
1030	Legemidler ved multippel sklerose	Couto, Elisabeth	RHF	104	03.12.2014	31.03.2016	
1033	Legemidler til bruk ved me- tastaserende prostatakreft	Sæterdal, Ingvil von Mehren	RHF	104	07.01.2015	30.04.2016	
1040	Diagnostikk av trisomi 21,18 og 13 hos foster basert på blodprøve fra den gravide	Juvet, Lene Kris- tine	INTERNT	104	26.02.2015	01.09.2015	
1057	Mekanisk trombektomi for behandling av akutt hjerne- infarkt	Frønsdal, Katrine Bjørne- bekk	HF	104	06.06.2015	30.03.2016	
9914	MedNytt	Lauvrak, Vigdis	RHF	160	01.10.2007	31.12.2099	

9926	Formidling av internasjonale oversikter	Fretheim, Atle	INTERNT	162	01.01.2006	31.12.2099	
534	Kvalitet av norske randomiserte kontrollerte forøk	Forsetlund, Signe Louise	INTERNT	170	16.03.2009	01.01.2020	
635	DECIDE (EU prosjekt fra 01.01.11, 5 år)	Oxman, Andrew David	EU	170	01.07.2010	01.03.2016	
735	SIHCLIC	Austvoll-Dahlgren, Astrid	INT	170	01.11.2011	31.12.2017	
743	Skilled Attendants at Every Birth: Essential requirements for delivery of basic obstetric emergency care	Fretheim, Atle	NFR	170	01.10.2012	31.12.2016	
747	COMMVAC 2	Lewin, Simon	NFR	170	01.01.2013	31.12.2016	
1025	Conditionaonal cash transfer and the moral dimension	Johansen, Marit	NORAD	170	15.09.2014	31.12.2016	
1055	GUIDES (Marie Curie 15.07.2015-15.07.2017)	Van de Velde, Stijn	EU	170	15.07.2015	15.07.2017	
1059	WHO Portela	Scheel, Inger	NORAD	170	01.07.2015	31.12.2017	
9648	Kostnader til økonomisk evaluering	Klemp, Marianne	SLV	170	15.01.2011	31.12.2099	
9666	Helseøkonomisk metodeutvikling	Klemp, Marianne	INTERNT	170	01.04.2011	31.12.2099	
9776	Tool to assess the Certainty of the Qualitative Evidence (CerQual)	Munthe-Kaas, Heather Menzies	NORAD	170	19.11.2013	31.12.2099	
9928	Innføring av nye, kostnads-krevende behandlingsmet.	Jamtvedt, Gro	HDIR	170	07.10.2005	31.12.2099	
9936	The Cochrane Collaboration - metodegruppe	Oxman, Andrew David	HOD	170	01.07.1994	31.12.2099	
9938	GRADE - Grading of Recommendations	Vist, Gunn Elisabeth	INTERNT	170	01.01.2004	31.12.2099	
9906	Internundervisning i kunnskapshåndtering	Jamtvedt, Gro	ANNET	171	01.01.2002	31.12.2099	
9901	Undervisning og støtte til kunnskapshåndtering	Jamtvedt, Gro	ANNET	172	01.01.2002	31.12.2099	

9908	Kunnskaps Workshop	Håvelsrud, Kari	INTERNT	172	01.09.2006	01.09.2009	
9987	PhD-kurs: systematiske oversikter og metaanalyse	Brurberg, Kjetil Gundro	UNIV	172	01.09.2010	31.12.2009	
9516	Kliniske tester	Leiknes, Kari Ann	HDIR	173	01.01.2009	31.12.2009	
764	Comparative Effectiveness Research	Denison, Eva	HDIR	174	01.06.2013	31.12.2017	
9931	Internasjonalt samarbeid Cochrane	Fretheim, Atle	ANNET	174	01.01.2006	31.12.2009	
9933	Internasjonalt samarbeid INAHTA, HTAi	Jamtvedt, Gro	ANNET	174	01.01.2006	31.12.2009	
9934	Internasjonalt samarbeid diverse	Jamtvedt, Gro	ANNET	174	01.01.2006	31.12.2009	
724	Globale initiativer	Fretheim, Atle	NORAD	180	01.01.2012	30.06.2015	
9969	Støtte til retningslinjearbeid	Jamtvedt, Gro	HDIR	185	01.01.2010	31.12.2009	
9992	Krefthandlingsplaner	Juvet, Lene Kristine	HDIR	185	01.01.2011	31.12.2009	
9997	Kliniske prosedyrer	Borgen, Karin	INTERNT	185	01.10.2009	31.12.2009	
9996	Mini-HTA	Arentz-Hansen, Helene	HOD	186	01.12.2011	31.12.2009	
9444	Hovedkontor for The Campbell Collaboration	Noonan, Eamonn	ANNET	201	01.09.2007	31.12.2009	
690	Professorat, Mälardalen högskola, Sverige	Denison, Eva	ANNET	999	01.10.2011	01.10.2017	
1006	Slab	Scheel, Inger	NORAD	999	01.01.2014	31.12.2016	
9618	Norad/UD - støtte i deres arbeid	Fretheim, Atle	NORAD	999	01.05.2010	31.12.2009	
9921	Fremme samarbeid om internasjonal helse	Fretheim, Atle	INTERNT	999	01.03.2000	31.12.2009	
9978	Støtte til norske myndigheters WHO arbeid	Fretheim, Atle	ANNET	999	05.05.2010	31.12.2009	
9979	Støtte til WHO arbeid	Fretheim, Atle	ANNET	999	05.05.2010	31.12.2009	
9995	Global helse: Støtte for kunnskapsbasert politikk	Fretheim, Atle	NORAD	999	01.01.2010	31.12.2009	

Avdeling for kvalitet og pasientsikkerhet:

Prosjektnr.	Prosjektnavn	Prosjektleder	Oppdr. giver	Produkt	Dato fra	Sluttdato.	Statusfarge.
1023	Nasjonale kreftforløpssaker: spørreskjemaundersøkelse	Iversen, Hilde	HDIR	100	01.08.2014	31.12.2015	
554	Praksis ved bruk av prioriteringsveiledere i spesialisthelsetjenesten	Håheim, Lise Lund	HDIR	120	01.06.2009	01.01.2017	
712	Patient Reported Outcomes (PROs) and quality indicators	Garratt, Andrew Malcolm	INTERNT	120	01.01.2012	30.06.2016	
1011	Pasienterfaringer med norske sykehus: Helse Møre og Romsdal	Sjetne, Ingeborg Strømseng	HF	120	11.06.2014	31.12.2015	
9991	Metodeprosjekt KKM	Helgeland, Jon	INTERNT	120	01.12.2010	31.12.2099	
336	Validering av dødelighetsdata	Helgeland, Jon	HDIR	122	01.05.2006	30.12.2015	
550	Effekter knyttet til offentliggjøring av kvalitetsindikatorer – en kritisk evaluering av teoretiske og metodiske tilnærminger	Kristoffersen, Doris Tove	INTERNT	122	01.03.2009	01.01.2017	
749	Pasientrapporterte utfallsmål-instrumenter (PRO) på nett	Garratt, Andrew Malcolm	INTERNT	122	01.01.2013	31.12.2015	
1002	Utvikling og testing av 1-3 generiske spørsmål om brukeropplevd kvalitet	Bjertnæs, Øyvind Andresen	INTERNT	123	04.04.2014	31.12.2016	
1014	Utvikling av verktøy for måling av brukererfaringer med kommunale helse- og omsorgstjenester (PasOppKHOT)	Sjetne, Ingeborg Strømseng	INTERNT	123	03.06.2014	01.05.2016	
1021	Utvikling av instrument for å måle barn/unges erfaringer med BUP	Haugum, Mona	HDIR	123	01.08.2014	15.09.2016	
1028	Pasientrapporterte data i Barnediabetesregisteret	Iversen, Hilde	ANNET	123	01.10.2014	10.11.2016	
1039	Inpatients' experiences with interdisciplinary treatment for substance dependence.	Haugum, Mona	INTERNT	123	01.01.2015	31.12.2018	
1052	Pasienterfaringer med norske sykehus 2015	Bjertnæs, Øyvind Andresen	HDIR	123	15.06.2015	31.12.2016	

1053	Pasienterfaringer med norske sykehus 2015 - Sengepostnivå Helse Sør-Øst	Bjertnæs, Øyvind Andresen	HF	123	15.06.2015	31.12.2016	
1054	Nasjonal undersøkelse av pasienterfaringer med tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2015	Haugum, Mona	HF	123	18.06.2015	31.12.2016	
1060	Administrativ del av data-innsamling for PasOppIS og PasOppPost 2015	Boehlke, Nina	HDIR	123	10.09.2015	31.12.2016	
9970	PasOpp Generelt	Bjertnæs, Øyvind Andresen	HOD	123	01.01.2007	31.12.2099	
9971	PasOpp Metodeutvikling	Iversen, Hilde	HOD	123	01.01.2007	31.12.2099	
1031	Kvalitet og arbeidsvilkår i kommunale helse- og omsorgstjenester	Sjetne, Ingeborg Strømseng	PF	124	09.12.2014	09.12.2017	
9001	PROMs metodeutvikling	Garratt, Andrew Malcolm	IN-TERNT	124	01.07.2014	31.12.2099	
9525	Commonwealth survey	Bjertnæs, Øyvind Andresen	INT	124	15.01.2009	31.12.2099	
9659	Befolkningsundersøkelse om pasientsikkerhet	Danielson, Kirsten	ANNET	124	01.12.2010	31.12.2099	
9520	Koordinering av indikatorer til OECD og NOMESKO	Hassani, Sahar	HDIR	125	01.12.2008	31.12.2099	
9945	OECD - Health Care Quality Indicators Project	Lindahl, Anne Karin	HOD	125	05.11.2008	31.12.2099	
9954	Gjennomføringsprosjektet for dødelighetsindikatorer	Lindman, Anja Schou	HDIR	125	01.02.2008	31.12.2099	
9913	Pasientsikkerhet - Hemovigilans	Flesland, Øystein	HDIR	130	15.04.2007	31.12.2099	
9943	Meldesystem Celler og vev	Flesland, Øystein	HOD	131	01.01.2010	31.12.2099	
1034	Pasienterfaringer på sengepostnivå på Lovisenberg	Bjertnæs, Øyvind Andresen	HF	132	12.02.2015	31.12.2015	
9788	Register -alvorlige uønskede hendelser ved transplantasjon	Flesland, Øystein	HDIR	132	14.02.2014	31.12.2099	
9912	Pasientsikkerhet	Lindahl, Anne Karin	HOD	132	15.04.2007	31.12.2099	

9916	Nasjonale nettverk Pasientsikkerhet	Flesland, Øystein	IN-TERNT	132	01.01.2008	31.12.2099	
9917	Norsk nettverk for forskning i pasientsikkerhet	Lindahl, Anne Karin	IN-TERNT	132	02.01.2008	31.12.2099	
9952	Nasjonal konferanse for pasientsikkerhet	Flesland, Øystein	IN-TERNT	132	25.02.2008	31.12.2099	
9953	Eksterne foredrag, forelesning e.l. ang. pasientsikkerhet	Flesland, Øystein	ANNET	132	01.01.2009	31.12.2099	
9973	Juridiske spørsmål vedrørende pasientsikkerhet	Tinnå, Marianne	HOD	132	15.01.2010	31.12.2099	
9999	Meldeordningen	Flesland, Øystein	HOD	132	25.06.2012	31.12.2099	
766	Utvikling av reinnleggelse som kvalitetsindikator	Lindman, Anja Schou	IN-TERNT	150	05.06.2013	31.12.2016	
9041	Interaktivt kart med Kunnskapssenterdata	Håheim, Lise Lund	IN-TERNT	150	05.03.2015	31.12.2099	
9751	Sammenlignende helsetjenesteanalyser	Lindahl, Anne Karin	IN-TERNT	151	01.01.2013	31.12.2099	
1061	MOCHA - (EU 12.01.2015). Studie av primærhelsetjenesten i 30 europeiske land	Lindahl, Anne Karin	EU	174	01.06.2015	12.01.2018	
9785	European Observatory Health Systems Policy Monitor	Saunes, Ingrid Sperre	IN-TERNT	174	01.01.2014	31.12.2099	
604	Lyst på livet	Konsmo, Trulte	KOM	180	01.01.2010	31.12.2017	
531	Styrke utøverkvalitet gjennom stressmestring for medisins- og psykologistudentene	de Vibe, Michael F.	IN-TERNT	181	01.01.2009	31.12.2017	
502	Mindfulness Based Stress Reduction programs	de Vibe, Michael F.	ANNET	182	01.01.2008	31.12.2015	
674	Nasjonalt kvalitetsforbedringsprosjekt innen samhandling	Vege, Anders	KOM	182	01.03.2011	31.12.2019	
701	Veiledning av nettverk for kvalitetsforbedring i Lofoten	Vege, Anders	HF	182	02.01.2012	31.12.2017	
721	Prosjektgruppe i Hdir for nasjonale kvalitetsindikatorer i pleie og omsorgstjenester	Vege, Anders	HDIR	182	01.04.2012	31.12.2015	
9977	Nettverksbygging	Vege, Anders	ANNET	182	01.04.2010	30.12.2099	
9985	Veiledning og utvikling innen lederutvikling	Vege, Anders	ANNET	182	01.10.2010	31.12.2099	

9949	Styrke kvalitet ved undervisning i stressmestring for ansatte og ledere	de Vibe, Michael F.	IN-TERNT	183	01.01.2009	31.12.2099	
9951	Kurs i SPC og bruk av Epi-Data Analysis	Vege, Anders	HDIR	183	01.01.2007	31.12.2099	
9956	Bokkapittel og artikkelskriving GRUK	Vege, Anders	IN-TERNT	183	01.06.2009	30.12.2099	
9975	Kunnskapsformidling av kvalitetsforbedring	Vege, Anders	ANNET	183	01.01.2010	30.12.2099	
9976	Foredrag - GRUK	Vege, Anders	ANNET	183	01.01.2010	30.12.2099	
9947	Nasjonalt Helseregister	Helgeland, Jon	HOD	184	19.12.2008	31.12.2099	
9998	Personellsurveyer - Metodutvikling	Sjetne, Ingeborg Strømseng	IN-TERNT	184	01.03.2012	31.12.2099	
685	Etnisitet og kreftoverlevelse	Helgeland, Jon	IN-TERNT	999	31.08.2011	01.01.2017	
9918	Veilede i utviklingen av felles kvalitetssystem	Vege, Anders	ANNET	999	01.06.2006	31.12.2099	
9942	Planlegging / innsalg prosjekter GRUK	Vege, Anders	IN-TERNT	999	01.01.2007	30.12.2099	

Avdeling for formidling:

Prosjektnr.	Prosjektnavn	Prosjektleder	Oppdr. giver	Produkt	Dato fra	Sluttdato.	Status-farge.
553	Norsk oversettelse av Medical Subject Headings (MeSH)	Aasen, Sigrun E.	IN-TERNT	163	22.06.2009	31.12.2016	
580	Evicare - Helsebiblioteket	Eiring, Øystein	IN-TERNT	163	01.07.2009	01.10.2016	
784	Søketjenesten - veiviser til oppsummert forskning	Brendryen, Ingunn Mikes	IN-TERNT	163	13.02.2014	31.12.2016	
9960	Helsebiblioteket - generelt	Underdal, Hege	HDIR	163	01.01.2007	31.12.2099	
9961	Helsebibl. - Emnebibliotek psykisk helse	Eiring, Øystein	HDIR	163	01.01.2007	31.12.2099	
9962	Helsebibl. - Emnebibliotek for folkehelse og samfunnsmedisin	Underdal, Hege	HDIR	163	01.01.2007	31.12.2099	
9963	Helsebibl. - Emnebibliotek for legemidler	Underdal, Hege	IN-TERNT	163	01.01.2007	31.12.2099	

9965	Helsebibl. - Emnebibliotek for forgiftninger	Underdal, Hege	IN-TERNT	163	01.01.2007	31.12.2099	
9966	Helsebibl. - Emnebibliotek for fengselshelsetjen.	Røsvik, Anne Hilde	IN-TERNT	163	03.09.2007	31.12.2099	
9968	Nasjonal retningslinjedatabase	Røsvik, Anne Hilde	HDIR	163	01.08.2007	31.12.2099	
1027	Antidotdatabasen	Kværnbraaten, Reidun	HDIR	999	01.11.2014	15.11.2015	

Avdeling for fellesfunksjoner og sekretariatet for Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering:

Prosjektnr.	Prosjektnavn	Prosjektleder	Oppdr. giver	Produkt	Dato fra	Sluttdato.	Statusfarge.
684	FS datainnsamling for DIANOR	Dimoski, Tomislav	IN-TERNT	123	01.08.2011	31.12.2015	
793	FS Datainnsamling for brukererfaringer med fastleger 2014	Dimoski, Tomislav	IN-TERNT	123	01.03.2014	31.12.2016	
1056	FS Datainnsamling for Pas-Opp 2015	Dimoski, Tomislav	IN-TERNT	123	01.08.2015	31.12.2016	
9980	Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering	Høymork, Siv Cathrine	HOD	202	01.04.2007	30.12.2099	
9981	Nasjonalt råd - konferanse	Høymork, Siv Cathrine	HOD	202	01.08.2008	31.12.2099	
9982	Nasjonalt råd -artikkelskriving	Høymork, Siv Cathrine	IN-TERNT	202	01.08.2008	31.12.2099	
9993	Offentlig initierte kliniske studier	Høymork, Siv Cathrine	HOD	202	01.01.2011	31.12.2016	
9899	Faglig veiledning	Jacobsen, Pål	IN-TERNT	998	01.01.2012	31.12.2099	
9910	Deltagelse eksternt arbeidsgruppe/eksternt prosjekt	Jacobsen, Pål	ANNET	999	01.01.2004	31.12.2099	
9911	Eksterne fagmøter, rådgivning og høring	Jacobsen, Pål	IN-TERNT	999	01.04.2007	31.12.2099	
9920	Foredrag - eksternt	Jacobsen, Pål	ANNET	999	01.01.2004	31.12.2099	
9940	Prosjektutvikling	Jacobsen, Pål	ANNET	999	01.01.2004	31.12.2099	

9941	Evaluering og etterarbeid	Jacobsen, Pål	IN- TERNT	999	23.08.2006	31.12.2099	
------	---------------------------	------------------	--------------	-----	------------	------------	--

Vedlegg 4: Månedsværk per tjenesteområde

Aktiviteter / produkter / tjenester	Mnd verk 2013	Mnd verk 2014	Mnd verk 2015
100 Systematisk oversikt	250,2	277,57	190,4
101 Metodevarsel	6,9	5,31	0,3
102 Hurtig oversikt	16,0	8,32	9,3
103 Systematisk litteratursøk med sortering	14,0	8,79	27,3
104 HTA rapport	59,2	72,65	111,0
Oppsummering av forskning om effekt	346,2	372,6	338,2
120 Kvalitetsmåling rapport	24,3	18,64	12,1
122 Metoderapport	7,2	6,28	9,9
123 Brukererfæringsundersøkelser	83,1	84,05	81,1
124 Andre spørreskjemaundersøkelser	6,5	6,07	16,3
125 Fortløpende måling av kvalitetsindikatorer	32,1	41,43	34,8
Spørreskjema- og registerbasert kvalitetsmåling	153,2	156,5	154,2
130 Hemovigilans	10,1	19,81	22,1
131 Celler og vev	1,2	3,31	3,3
132 Pasientrelaterte uønskede hendelser	142,2	148,58	139,0
Analysar av uønskede hendelser	153,4	171,7	164,4
150 Nasjonale analyser	8,2	0,24	2,4
151 Sammenlignende analyser	7,0	3,16	7,1
Analysar av helsesystemer	15,2	3,4	9,6
160 MedNytt	12,6	6,57	14,1
161 Formidling av egne produkter	37,7	30,83	31,2
162 Formidling av andres produkter	6,8	12,55	13,5
163 Helsebiblioteket	150,1	149,5	166,0
Helsebiblioteket og annen formidling	207,2	199,5	224,8
170 Metodeutvikling / forskning	122,7	128,47	158,8
171 Intern undervisning	4,0	6,61	3,9
172 Ekstern undervisning	37,2	25,05	24,8
173 Utvikling av ressurser for å bidra til støtte til bruk av kunnskapsbasert praksis, pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring.	9,5	14,47	11,9
174 Deltakelse i internasjonale nettverk	38,5	45,23	29,5
Undervisning og metodeutvikling/forskning	211,8	219,8	228,8
180 Støtte til prosesser for å styrke brukeren	4,2	3,08	8,0
181 Støtte til prosesser for å styrke utøveren	4,0	1,45	0,7
182 Støtte til prosesser for å forbedre ledelse og organisasjon	37,1	54,47	42,5
183 Støtte forbedringskunnskapen	22,3	11,04	10,5
184 Støtte til evaluering av tjenestene	0,5	0,33	0,9
185 Støtte til retningslinje- og fagprosedyreprosesser	35,3	55,21	54,5
186 MiniHTA	2,9	1,9	8,9
Støtte til kvalitetsforbedring inklusive andres prosesser	106,3	127,5	126,0
201 Sekretariatsfunksjon Campbell Collaboration	30,2	27,35	19,2
202 Sekretariatsfunksjon Nasjonalt råd	50,9	41,11	36,5
203 Sekretariatsfunksjon Pasientsikkerhet	130,8	63,89	0,0
Sekretariatsfunksjoner	211,9	132,4	55,7
998 Faglig veiledning	3,5	0,7	1,2
999 Annet og forskning	139,2	224,39	171,1
Annet og forskning	142,7	225,1	172,3
TOTALT	1 547,9	1 608,4	1473,9