



## Årsrapport 2016

# Innhold

1. LEDERS BERETNING .....	3
2. INTRODUKSJON TIL VIRKSOMHETEN OG HOVEDTALL .....	8
2.1 OMTALE AV VIRKSOMHETEN OG SAMFUNNSOPPDRAG 2016.....	8
2.2 OMTALE AV ORGANISASJONEN.....	9
2.3 NØKKELTALL FRA ÅRSREGNSKAPET.....	11
3. ÅRETS AKTIVITETER OG RESULTATER .....	12
3.1 FOLKEHELSE.....	12
3.2 STRÅLEVERNOMRÅDET – ETATSTYRERS VURDERING.....	18
3.3 KOMMUNALE HELSE- OG OMSORGSTJENESTER.....	21
3.3.1 Omsorgstjenester .....	21
3.3.2 Primærhelsetjenester .....	27
3.3.3 Psykisk helse og rus.....	36
3.3.4 Tannhelsetjenester .....	41
3.4 SPESIALISTHELSETJENESTER .....	43
3.5 BEREDSKAP .....	46
3.6 FINANSIERING OG HELSEREFUSJONER .....	49
3.7 INTERNASJONALT ARBEID .....	58
3.8 KVALITET, PASIENTSIKKERHET OG BRUKERINVOLVERING.....	60
3.9 FORSKNING OG INNOVASJON .....	65
3.10 PERSONELL OG KOMPETANSE.....	68
3.11 ADMINISTRATIVE RUTINER .....	76
3.11.1 Fellesføringer .....	76
3.11.2 Internrevisjon.....	76
3.11.3 Intern sikkerhet og beredskap i Helsedirektoratet.....	77
3.11.4 Tilskuddsforvaltning.....	77
3.11.5 Nye styringsparametere for fagrollen og forvaltningsrollen .....	78
3.11.6 Etablering av IKT-plattform.....	79
4. STYRING OG KONTROLL I VIRKSOMHETEN.....	81
5. VURDERING AV FRAMTIDSUTSIKTER.....	82
6. ÅRSREGNSKAP .....	83
6.1 SAMMENSTILT ÅRSREGNSKAP HELSEDIREKTORATET (INKL. HELFO OG STATENS STRÅLEVERN) .....	83
7. ETATSTYRERS VURDERING AV YTRE OG UNDERLIGGENDE ETATER.....	966
7.1 PASIENT OG BRUKEROMBUDET (POBO).....	966
7.2 HELSEØKONOMIFORVALTNINGEN (HELFO) .....	977
7.3 STATENS STRÅLEVERN.....	1011

## **Vedlegg:**

1. Nye oppgaver fra HOD
2. R-115 - Årsregnskap Helsedirektoratet
3. Årsrapport 2016 Helseøkonomiforvaltningen (HELFO)
4. Årsrapport 2016 Statens strålevern
5. Årsrapport 2016 Pasient- og brukerombudene (POBO)

# 1. LEDERS BERETNING



Helsedirektør Bjørn Guldvog. Foto: Rebecca Ravneberg, Helsedirektoratet.

Det store bildet er at mye går bra i Norge. På flere områder er vi i verdenstoppen. Vi har den laveste barnedødeligheten i Europa, og høy overlevelse av alvorlig sykdom som kreft, hjerne- og hjerteinfarkt. Vi har de siste 15 årene hatt den største nedgangen i tobakksrøyking i Europa og vi har et forholdsvis lavt alkoholkonsum blant unge.

Ungdom – som gruppe – har aldri hatt det bedre. Dagens unge er veltilpasset, aktive, har gjennomgående god fysisk og psykisk helse og kommer godt ut sammenliknet med denne aldersgruppen i andre europeiske land. 93-94 prosent av ungdommene trives på skolen. Likevel er det bekymringsfullt at for mange unge går glipp av tilstrekkelig utdanning og dermed står i fare for ikke å komme seg inn i arbeid og samfunnsdeltagelse. Dette gir helseutfordringer for resten av livet.

- Én av fem fullfører ikke videregående skole, og om lag én av ti faller helt utenfor både skole- og arbeidsliv. Dette har vært nesten uendret de siste 20 årene.
- Det er en tendens at ungdommer er mer stresset og de sover altfor lite. Ungdom mellom 16 og 19 år sover i snitt to timer mindre enn anbefalt.
- Ungdom melder om psykiske symptomer og lav selvfølelse.
- Flere familier er blitt fattige. Sosial ulikhet disponerer for sykdom og utenforskap.

## Tidlig innsats

Når vi skal planlegge for god helse må vi starte i barneårene. Det gjøres en stor innsats i helsestasjonene, i barnehagene og i skolene med å hjelpe barn og familiene deres tidlig. Dette må fortsette og forsterkes, fordi tidlig innsats er nøkkelen for å kunne avbryte og endre skadelige livsmønstre. Utdanning er den viktigste mekanismen for å utjevne sosiale forskjeller. Utdannelse er gratis i Norge, og dersom fattige barn og unge mestrer og gjennomfører utdanning, er sjansen større for at de lykkes i arbeidsmarkedet og kan bygge en trygg fremtid for seg selv og sine barn. Statistisk lever mennesker med høy utdanning lenger, de har sunnere livsstil og bedre helse enn mennesker med lav eller ingen utdanning.

## Kostbart i kroner og lidelse

I NAVs nyeste statistikk er det 13 046 uføre mellom 20 og 29 år. Tallet er så godt som doblet de ti siste årene. Den raskest voksende gruppen uføre er unge under 30 år med psykiske vansker. Blant uføre under 39 år skyldes nesten 60 prosent psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser.

Det representerer tapte muligheter og mye unødvendige lidelse for enkeltmennesker. Det er avgjørende for samfunnsutviklingen, bærekraften og produktiviteten at flere sektorer også har god helse som mål. Løsningen ligger ikke i reparasjon i helsesektoren, den ligger i å forebygge. Da vet vi at skole, arbeid og økonomi er avgjørende faktorer.

Helsedirektoratet skal bidra til at flere har god helse og at flere får god og sikker behandling. Direktoratet understøtter også at pasienter og brukere skal få møte en samordnet tjeneste.

Hovedaktivitetene er å

- Gi råd om kosthold, fysisk aktivitet, psykisk helse, alkohol og tobakk
- samarbeide med andre sektorer for å gjøre skole, transport, nærmiljø og arbeidsliv bedre for helsen
- sammen med helsepersonell og brukere utvikle tjenestene
- bidra til at pasientene får oppfylt sine rettigheter og påvirker behandling og tjenestetilbud
- videreutvikle og drifte finansieringsordningene for helsetjenestene og pasientene
- sikre at pasienter møter helsepersonell som har riktig utdanning og kompetanse
- ta ansvar for å koordinere helsetjenesten i en stor krise
- følge med på helseutviklingen og foreslå tiltak som skal gi folk bedre helse

## 2016

Det har vært stor aktivitet i 2016 og direktoratet vil trekke frem følgende hovedleveranser:

### Folkehelse

På området barne- og ungdomshelse har direktoratet iverksatt flere tiltak. Vi deltar i styringsgruppen for 0-24 samarbeidet med fire andre direktorater for å øke gjennomføringsgraden i skolen. Tidlig innsats ivaretas gjennom implementering av samarbeidsmodellen Bedre tverrfaglig innsats og opplæringsprogrammet Tidlig inn som er evaluert som et godt virkemiddel i arbeidet for å avdekke vold, rus og psykisk helse hos omsorgspersoner.

Arbeidet med mobbing og psykisk helse barn og unge følges opp i samarbeid med Utdanningsdirektoratet.

Forebyggende arbeid på levevaneområdene ivaretas bl.a. av opplæringsprogrammet FRI, retningslinjer for mat og måltider i skolen og Mat og måltider barnehagen.

Arbeidet med å redusere sosiale helseforskjeller på tvers av sektorer og forvaltningsnivåer har vært prioritert, bl.a. gjennom kunnskaps- og kompetansespredning. Direktoratet har utarbeidet utkast til veileder i helse- og fordelingskonsekvensutredning.

Det tverrsektorielle samarbeidet på nasjonalt nivå om folkehelsepolitikken har vært videreført gjennom samarbeidsavtaler og konkrete samarbeidsprosjekter med mange direktorater. Direktoratet har brukt vesentlige ressurser til å bistå HOD med utviklingen av Program folkehelsearbeid i kommunene.

### Strålevernet

Statens Strålevern er utviklet for å dekke regjeringens behov på området som dekker oppgaver for en rekke departementer HOD, KLD, UD og FD, men også NFD og JD. I 2016 har Strålevernet vært en etat i Helsedirektoratet, men ved utgangen av året utredes disse departementene (unntatt NFD) på ny fremtidig organisatorisk løsning for Strålevernet. Oppgaveløsningen Strålevernets 3-årige strategiske plan skal i løpet av 2017 utarbeides for 2018-2020. Et godt grunnlag for videre utvikling av dette området vil være å invitere IAEA til å gjennomføre en «Integrated Regulatory Review Service (IRRS)» i Norge slik IAEA har gjennomført i nær alle land i Europa. Sikringsarbeidet ved nukleære anlegg er fulgt opp blant annet i tråd med tilrådingene i IAEA/IPPAS. Nytt koordineringsforum med NSM, PST, POD og Tolletaten er etablert. En ny trusselvurdering fra PST er nær ferdigstilt og vil danne grunnlag for beslutninger om nye tiltak. Strålevernet har fortsatt videreutvikling av forvaltningen av oppfølging av radonkravene i strålevernforskriften når det gjelder skoler, barnehager og utleieboliger og fortsette kartleggingen i Norge og bidra til veiledning til de som er berørt og har startet arbeidet med å utarbeide innstilling til fornyet konsesjon for de nukleære anleggene på Kjeller.

## Kommunale helse- og omsorgstjenester

Andelen av totale helse- og omsorgstjenester i kommunene vokser mest. Det er viktig å utnytte alle kilder til bedring av folkehelsen, egenmestring og enklere arbeidsprosesser. Nasjonalt program for utvikling og implementering av velferdsteknologi er ett tiltak. I 2016 har 31 programkommuner arbeidet for å tilrettelegge for gevinstrealisering og nye tjenester og teknologi, slik at det blir en ordinær del av tjenestetilbudet. De første rapportene viser at brukerne setter pris på økt egenmestring og trygghet ved hjelp av teknologi. Programmet er i rute og fra 2017 går vi fra utprøving og pilotering til innføring og spredning i nye kommuner. I tillegg til det forebyggende arbeidet må det arbeides systematisk med behandling. I 2016 har vi avsluttet oppdateringen av retningslinjer for behandling av hjerte-karsykdommer og diabetes for å understøtte dette. Det er viktig å delta i arbeidslivet og få tidlig hjelp, også for personer med psykisk lidelse. To tiltak er i utvikling og med gode resultater ACT-team er en metode rask psykisk helsehjelp og reduserer behovet for lange døgnopphold i spesialisthelsetjenesten. Individuell jobbstøtte (IPS) gir betydelig bedre livskvalitet, bedre selvopplevd helse og bedre funksjonsnivå

## Spesialisthelsetjenesten

Pasientens ferd mot bedre helse og et likeverdig og kvalitativt helsetilbud går primært i det enkelte pasientforløp. Pasienter og brukere opplever for ofte at helsetjenestene ikke henger sammen. Brudd i pasientforløpet og manglende informasjonsflyt er blant de viktigste årsakene til feil i helsetjenesten, og gir redusert brukertilfredshet.

I Helsedirektoratet er det i 2016 jobbet med flere oppgaver som skal bidra til at pasientens helsetjeneste henger bedre sammen. 28 Pakkeforløp for kreft er revidert. Arbeidet med utarbeidelse av Pakkeforløp for psykisk helse og rus er startet. De første implementeres i 2018.

ParkinsonNet skal på systematisk og oversiktlig vis tilgjengeliggjøre helsetjenestene parkinsonpasienter trenger, når de trenger det og på tvers av omsorgsnivåene. Metodikken kan brukes også på andre pasientgrupper. Pasientforløp skal ikke bare sikres mellom omsorgsnivåene, men også innenfor det enkelte helseforetak. Kontaktlegeordningen som ble innført i sykehus i 2016 skal sikre pasienter med komplekse behov god koordinering.

Helsedirektoratet har flere oppgaver som skal øke kvaliteten på tjenestene til den enkelte pasient.

Helsedirektoratet har en overordnet normerende rolle og har i 2016 gitt anbefalinger om utredning, diagnostikk, behandling, kompetanse og organisering gjennom retningslinjer og veiledere. Pasientsikkerhetsprogrammet jobber tett med helsetjenesten for å hindre eller redusere feil og uheldige hendelser, samt bidra til forbedring.

## Personell og kompetanse

Personell er den største ressursen og viktigste innsatsfaktoren i helse- og omsorgstjenesten.

Kvalitet og pasientsikkerhet er avhengig av kvalifisert og kompetent helsepersonell i tilstrekkelig omfang. I helse- og omsorgstjenestene ble det utført ca. 260 700 årsverk i 2015, en økning i antall årsverk i spesialisthelsetjenesten med 6,1 prosent fra 2014, mens det for primærhelsetjenesten var en økning på 1,0 prosent. Dette er ikke i tråd med regjeringens forutsetninger om at personellveksten fortrinnsvis skal skje i kommunene.

Fra 2016 har Helsedirektoratet overtatt ansvaret autorisering, som skal sikre at pasienter møter helsepersonell som har riktig utdanning og kompetanse. Det er i 2016 behandlet over 20 000 søknader om autorisasjon og lisens fra søkere over hele verden, i tillegg til 1 679 søknader om spesialistgodkjenning. Det arbeides kontinuerlig med effektivisering og digitalisering, samt bedring av kommunikasjon på området.

Helsedirektoratet utarbeidet våren 2016 plan for gjennomføring av Kompetanseløft 2020. Videre har arbeidet med ny spesialistutdanning for leger nådd viktige milepæler. Ny spesialistforskrift iverksettes 1.mars 2017 og ny forskrift for personell utdannet utenfor EØS implementeres 1.1.2017.

## Finansiering

I tett samarbeid med spesialisthelsetjenesten har direktoratet utviklet og implementert en ny ISF-basert finansieringsmodell for polikliniske tjenester innen psykisk helsevern og TSB. Flere nye typer legemiddelbehandlinger er inkludert i ISF-finansieringen, og det arbeides for ytterligere utvidelse av denne ordningen (overføring av finansieringsansvaret for legemidler til de regionale helseforetakene).

Automatisering av egenandelstak 2 ble ferdigstilt og iverksatt fra 1.1.17.

Direktoratet leverer god styringsinformasjon gjennom utleveringer av data, statistikk og analyser formidlet i nye publiseringsløsninger. Det tilrettelegges for deling og gjenbruk av data i Norsk pasientregister (NPR) og nytt Kommunalt bruker- og pasientregister (KPR). Gjennom arbeidet med KPR er det gjennomført analyser av kommunale helse- og omsorgstjenester, og dette har resultert i rapporten Samdata kommune. I tillegg til de årlige analysene har Samdata spesialisthelsetjenesten gjennomført analyser rettet mot variasjoner i effektivitet og kapasitetsutnyttelse.

Det er nå utviklet 148 nasjonale kvalitetsindikatorer, også på dette området vil videreutvikling ha særlig fokus på de kommunale helse- og omsorgstjenestene i tiden fremover.

Nye nasjonale IKT-løsninger for administrasjon av fastlegeordningen ble migrert ut av NAV og lansert i begynnelsen av juni. Ventelister for fastleger med fulle lister kom som ny funksjonalitet i november 2016. Løsningen innebærer økt sikkerhet av systemene, bedre funksjonalitet for innbyggerne, fastlegene og Helfo.

## Helfo

Helfo har det siste året opplevd økt saksvolum og økt antall henvendelser på flere tjenesteområder. I 2016 mottok Helfo i alt 729 000 telefonhenvendelser, en økning på nær 4 prosent fra 2015. Antall henvendelser til Helfo på 800HELSE var vel 500 000. Brukertilfredshet på telefon var på 88 prosent til tross for noe lang ventetid. Kvaliteten på tjenesten er meget god og i 2016 fikk Helfo for tredje gang utmerkelse for beste kundeservicemiljø innen offentlig forvaltning. Innsikt i brukernes behov og atferd er et viktig satsingsområde. Refusjonskrav til helseaktører i Norge er utbetalt til rett tid. 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.

Det er manglende måloppnåelse for saksbehandlingstider på legemiddelområdet. Helfo behandlet nær 160 000 saker i 2016. Prioriterte legemiddelsaker behandles innen fristen, men for øvrige saker har det vært for lange saksbehandlingstider. Det er også restanser på behandling av refusjon for utlandsbehandling. Igangsatte tiltak følges opp og vil forsterkes og forbedres utover i 2017.

## Digitalisering

Helsedirektoratet jobber systematisk med digitalisering for å effektivisere arbeidsprosesser og skape bedre tjenester for brukere og befolkningen.

Vi har gjennom 2016 utnyttet potensialet i IKT plattformen til blant annet å modernisere og automatisere bytte av fastlege for innbyggere via Helsenorge.no Helsedirektoratet har også automatisert saksbehandlingen rundt autorisasjon av nyutdannet helsepersonell fra godkjente Norske lærersteder, som har redusert saksbehandlingstiden fra 4-6 uker til samme dag.

Digitalisering av retningslinjer og normerende innhold har vært et annet fokusområde der verktøy og verdikjeder har blitt forbedret og modernisert for å bedre kunne produsere normerende innhold digitalt. Det normerende innholdet blir lagret og tilgjengeliggjort gjennom åpne digitale grensesnitt (API) slik at eksterne aktører kan koble seg på dette og presentere innholdet direkte fra oppdatert kilde i sine brukerflater, for eksempel i elektronisk pasientjournal (EPJ), Norsk elektronisk legehåndbok (NEL) og på helsebiblioteket.no. Dette forenkler distribusjonen der man unngår dobbeltlagring og sikrer at aktørene til enhver tid har tilgang til og tilbyr de siste oppdaterte retningslinjene og anbefalingene fra direktoratet.

I tillegg til dette er det gjennomført en rekke digitaliserings og moderniseringsaktiviteter for å effektivisere direktoratets interne IKT verdikjede for økt leveransetakt, økt krav til integrering mot eksterne tjenester og tilrettelegging av fagmoduler for videre digitalisering og effektiv utnyttelse av offentlige felleskomponenter.

Digitalisering og IKT er i økende grad en naturlig del av all oppdragsgjennomføringen i direktoratet, og i 2016 ble det derfor etablert porteføljestyring av alle IKT-relaterte prosjekter for å sikre ledelsesmessig prioritering, koordinering og oppfølging av IKT-porteføljen i direktoratet.

## Omstilling i Helsedirektoratet

Helsedirektoratet har høsten 2016 startet en endringsprosess for et fornyet direktorat med følgende hovedmålsettinger:

1. Vi skal gjøre de riktige oppgavene
  - Vi må kritisk vurdere oppgavene våre med hensyn til relevans og verdi for oppdragsgiver, tjenesten og brukerne
2. Vi må vise god gjennomføringsevne og få til god effekt av alle leveranser
  - Vi må sørge for gode overleveringer til sektoren og ta ansvar for effekt helt ut til bruker
3. Vi skal være et enkelt, effektivt og samordnet Helsedirektorat
  - Brukerne må oppleve at det er enkelt å forholde seg til oss og at våre tjenester er godt koordinert og effektivt levert.

Oslo, 14. mars 2017



Bjørn Guldvog  
Helsedirektør

# 2. INTRODUKSJON TIL VIRKSOMHETEN OG HOVEDTALL

## 2.1 Omtale av virksomheten og samfunnsoppdrag 2016

---

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 2016 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.

Fra 1.1.2016 ble det gjennomført vesentlige endringer i helseforvaltningen. Helsedirektoratet opprettet Direktoratet for e-helse, Statens autorisasjonskontor ble en del av Helsedirektoratet og etatsstyringsansvaret for Statens strålevern ble gitt til Helsedirektøren.

### 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

Helsedirektoratet ble i 2016 ledet av helsedirektør Bjørn Guldvog og assisterende direktør Olav Valen Slåttebrekk. Fra 1.1.2016 ble Helsedirektoratets underliggende etater, Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (SAK) og deler av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (NAKS) virksomhetsoverdratt til direktoratet, og Statens strålevern har fra samme dato vært en etat i Helsedirektoratet.

Etter at Divisjon for E-helse ble skilt ut som eget direktorat 1.1.2016, og divisjonene Administrasjon og Digitale tjenester ble slått sammen til Divisjon utvikling og digitalisering fra samme dato, har Helsedirektoratet bestått av 6 divisjoner:

- Utvikling og digitalisering, som ledes av Jan Arild Lyngstad
- Folkehelse, som ledes av Linda Granlund
- Helseøkonomi og finansiering, som ledes av Sissel Husøy
- Spesialisthelsetjenester, som ledes av Johan Georg Røstad Torgersen
- Kompetanse og personell, som ledes av Karin Straume
- Primærhelsetjenesten, som ledes av Svein Lie



Helsedirektoratet inkl. Pasient- og brukerombudene har totalt 823 ansatte ved utgangen av 2016. Pasient- og brukerombudene (POBO) har 72 ansatte og kjernedirektoratet har 751.

Pasient- og brukerombudene er selvstendige og uavhengige, men ordningen er administrativt knyttet til Helsedirektoratet og er en del av direktoratets juridiske organisasjon. Helseøkonomiforvaltningen (HELFO) er en del av Helsedirektoratet og defineres som en ytre etat.

Helsedirektoratet har arbeidssted i Oslo (674 ansatte) og Trondheim (77 ansatte). Pasient- og brukerombudene har representasjon i alle fylker, og har tilsammen 72 ansatte. Helseøkonomiforvaltningen (HELFO) har 572 ansatte i 543 årsverk ved utgangen av 2016.

Statens strålevern har 129 ansatte og 118 årsverk ved utgangen av 2016.

### **Likestilling i Helsedirektoratet**

Helsedirektoratet hadde per 31.12.2016 i alt 823 ansatte, en nedgang på 222 ansatte. Det var 67 prosent kvinner i direktoratet. 2 prosentpoeng mer enn i 2015. Til tross for særlige tiltak i lokale forhandlinger har menn gjennomgående høyere lønn enn kvinner. Den høyeste kvinneandelen ser vi i lønnsgruppene saksbehandlere, kontorstillinger og rådgivere, mens gruppa spesialstillinger har den laveste kvinneandelen.

### **Overtid**

29 % av de ansatte arbeidet overtid i 2016, 28 % av kvinnene og 30 % av mennene. Antall ansatte som arbeider overtid har gått ned fra 280 til 240. Gjennomsnittlig timesats var kr 473. For kvinner kr 435, og menn var kr 529.

### **Velferds- og omsorgspermisjoner med lønn**

33 % av de ansatte avviklet velferdspermisjon i 2015, 35 % av kvinnene og 27 % av mennene.

### **HMS/arbeidsmiljø**

I 2016 ble Helsedirektoratets systematiske HMS-system gjennomført i praksis ved at alle avdelinger og POBO kontor har avholdt HMS-møter og utarbeidet HMS-handlingsplaner. Handlingsplanene er samlet for divisjonene og resultatet presentert for AMU. Vernetjenesten har i tillegg gjennomført vernerunder (fysisk arbeidsmiljø) i alle avdelinger i Oslo med tiltaksplaner. Det er også gjennomført tre førstehjelpskurs i Helsedirektoratet i Oslo.

### **Status IA-arbeid**

IA-handlingsplan for Helsedirektoratet for perioden 2014-2018 ble vedtatt i januar 2015. IA-møter ble avholdt i februar og november 2016. IA-møtets representanter er AMUs representanter med tillegg av representanter fra UNIO og Helsedirektoratets kontakt ved NAV Arbeidslivssenter. Det er opprettet én IA-plass i Helsedirektoratet i 2016. I november ble det arrangert HMS-dag (3 timer) for alle ansatte i Helsedirektoratet og ca. 300 møtte. Hovedtema for dagen var Helsefremmende arbeidsplasser. Programmet ble utarbeidet i samarbeid med bl.a. NAV-arbeidslivssenter og interne krefter sørget for innslagene i programmet.

### **Sykefravær**

Direktoratet har i all hovedsak et stabilt sykefravær, med en meget svak oppgang i 2016. Totalt sykefravær (egenmeldt og legemeldt) i 2016 var 5,22 % og 2015 var det 5,10 %.

### **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. Alle kunngjøringer blir utlyst på inkludi.no.

I 2016 hadde ca. 13,0 % av alle søkerne til ledige stillinger ikke-vestlig innvandrerbakgrunn. Ca. 9,3 % av disse søkerne ble innkalt til intervju og ca. 2,3 % ble innstilt. Helsedirektoratet har ansatte totalt 49 søkere etter kunngjøring i 2016. 1 av disse hadde innvandrerbakgrunn, dvs. 0,5 %.

## 2.3 Nøkkeltall fra årsregnskapet

---

<b>Helsedirektoratet</b>	<b>2016*</b>	<b>2015</b>	<b>2014</b>
Antall årsverk	735	903	826
Samlet tildeling post 01-99 (mill. kroner)	7 142	14 954	13 543
Utnyttelsesgrad post 01-29	93 %	91 %	84 %
Sum driftsutgifter (mill. kroner)	1 239	1 683	1 527
Lønnsandel av driftsutgifter	47 %	42 %	42 %
Lønnsutgifter per årsverk (hele tusen)	789	791	772

\*) Per 1. januar 2016 ble Helsedirektoratets underliggende etater, Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (SAK) og deler av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (NAKS) overført til direktoratet, Statens strålevern ble en etat i Helsedirektoratet, og divisjon for E-helse ble skilt ut som eget direktorat.

# 3. ÅRETS AKTIVITETER OG RESULTATER

Årsrapportens kapittel 3 er inndelt etter tildelingsbrevets struktur fordelt på virksomhetsområder

Forklaring til statuskode mht. måloppnåelse:

● Stor sannsynlighet for at målet ikke nås    ● Fare for at målet ikke nås    ● Sannsynlig at målet nås

## 3.1 Folkehelse

### Langsiktige mål

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

**Kommentar** Det tverrsektorielle samarbeidet på nasjonalt nivå omfatter stadig flere områder. Stadig flere kommuner har etablert et systematisk folkehelsearbeid. Det foretas ikke årlige kartlegginger av planforankringen av folkehelsearbeidet. For innværende år er derfor dette styringsparametret endret og bedre avstemt med rapporteringer fra fylkesmennene.

#### ● Reduserte sosiale forskjeller i helse

**Kommentar** Det er stadig tegn til en forsiktig nedgang i sosioøkonomiske helseforskjeller i befolkningen, men utfordringene er fortsatt store, og vi vet for lite om hvilken effekt helsesystemet har på forskjellene.

#### ● Psykisk helse er integrert i folkehelsearbeidet

**Kommentar** Forsterket innsats gjennom rapportserie og program. Direktoratet har laget en intern strategi for psykisk helse og vil bidra inn i arbeidet med HOD sin strategi. Det er fokus på å implementere psykisk helse i kampanjearbeidet på levevaneområdene.

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

**Kommentar** Kommunikasjonstiltak, regulatoriske og andre systematiske tiltak er iverksatt som planlagt for å nå målet. Arbeidet må videreføres. Samarbeid og dialog med matvarebransjen fungerer bra.

### Samlet vurdering

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

Direktoratet lanserte i januar Folkehelsepolitisk rapport 2015. Rapporten var et resultat av et tverrsektorielt utviklings- og rapporteringssamarbeid på nasjonalt nivå som dekker innsatsområdene i Folkehelsemeldingen. Det tverrsektorielle samarbeidet om folkehelsepolitikken har også vært videreført gjennom samarbeidsavtaler og konkrete samarbeidsprosjekter med mange direktorater, inkludert Utdanningsdirektoratet (Udir), Integrerings- og mangfoldsdirektoratet (IMDi), Arbeids- og velferdsdirektoratet (AVdir), Barne-, ungdoms og familiedirektoratet (BufDir) og Husbanken.

Arbeidet med å understøtte regional og kommunal forvaltningsansvar etter folkehelseloven har i 2016 vært videreført i samarbeid med Folkehelseinstituttet, bl.a. gjennom kurs i oversiktsarbeid rettet mot kommuner som har kommet kort i det systematiske folkehelsearbeidet (jf. Riksrevisjonens undersøkelse). Omkring 85 prosent av kommunene oppga at de hadde oversikt over folkehelse og påvirkningsfaktorer etter folkehelseloven ved forrige telling (NIBR 2014). Det er grunn til å tro at denne andelen nå har økt ytterligere.

Direktoratet har i 2016 brukt vesentlige ressurser til å bistå HOD med utviklingen av Program for folkehelsearbeid

i kommunene, som ble lansert med statsbudsjettet for 2016.

Direktoratet deltar i styringsgruppen for 0-24 samarbeidet om økt gjennomføringsgrad i videregående skole sammen med fire andre direktorater. 0-24-samarbeidet skal avdekke felles utfordringer og fremme felles tiltak og strategier for bedre oppfølging av utsatte barn og unge.

Direktoratet deltar i programstyrene for delprogrammene oppvekst og utdanning og nærmiljø i Groruddalssatsningen. Staten og Oslo kommune har inngått en intensjonsavtale for ti nye år. Det er forventninger om at dette samarbeidet vil generere ny kunnskap om både tjenesteproduksjon og lokalsamfunnsutvikling. For å implementere samarbeidsmodellen, «Bedre tverrfaglig innstas (BTI)», er det arrangert en konferanse for 90 kommuner. HelseDirektoratet har samarbeidet med Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet for å vurdere en samordning av tilskudd til BTI og Utvikling av modellkommuneforsøket. I 2016 søkte 77 kommuner om 26,3 mill.kr. i tilskudd på en tilskuddspott på 3,3 mill.kr. Fra tilskuddsordningen ble etablert i 2014 til 2016 har drøyt 90 kommuner søkt midler og ytterligere kommuner ønsker å delta i ordningen og nettverk, som er etablert i regionen i samarbeid med kompetansesentrene på rusfeltet, Korusene. Nettverkene utvikles i retning av samarbeid mellom relevante kompetansesentre og KS.

Revideringen av veilederen «Fra bekymring til handling» er startet opp med omfattende kunnskapssøk.

Evaluering av Opplæringsprogrammet Tidlig Inn er gjennomført og viser til gode resultater, hvor programmet fremstår som et godt virkemiddel ut mot kommunene.

### 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 høyt fokus. Anbefalinger på ernæring er formidlet til befolkningen gjennom målrettet informasjons- og kampanjearbeid. TV, radio og digitale flater, inkludert sosiale medier, er benyttet. Oppdatert nettinformasjon brukes aktivt. I tillegg er det lagt stor vekt på PR-arbeid. Arbeidet med brukerinvolvering er ytterligere styrket i 2016 og samarbeid med alliansepartnere og videreformidlere av våre anbefalinger er tillagt stor vekt. 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 2016 har det vært et spesielt fokus på Nøkkelhullet og tilpassing av nye kriterier og salt i samarbeid med matvarebransjen. I tillegg er det etablert et kommunikasjonssamarbeid på kostholds- og fysisk aktivitetsområdet som legger vekt på ikke å gå for hardt ut, men heller ta de små grepene.

Direktoratet har videreutviklet samarbeidet med dagligvare- og næringsmiddelbransjen gjennom partnerskap for saltreduksjon, arbeidet med Nøkkelhullet og reduksjon av mettet fett og sukker. I saltpartnerskapet har nå 62 aktører undertegnet en intensjonsavtale med HelseDirektoratet. I tillegg til matvarebransjen inkluderer dette forskningsmiljø, serveringsbransje, forbruker- og bransjeorganisasjoner og frivillige organisasjoner.

HelseDirektoratet har ledet arbeidet med å utarbeide en overordnet intensjonsavtale for samarbeidet mellom matvarebransjen og helsemyndighetene. Avtalen ble signert av helseministeren og matvarebransjen 6. desember 2016.

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.

Antall abonnenter i skolefruktordningen var høsten 2016 ca. 67.000, dvs.ca 10 % av grunnskoleelevene. Av disse fikk ca. 15.300 gratis frukt og grønt fra kommune/lokale aktører.

Alternativ bruk av skolefruktmidler i 2015 har vært å utvikle kurs for kantineansatte i ungdomsskoler samt kommunikasjonstiltak mot ungdomsskoleelever. 31 skoler har deltatt i pilot for å teste kursopplegg og ca. 90 lag fra skoler over hele landet deltok i skolematkonkurransen «NM i lunsj». Opplysningskontorene i landbruket, Sjømatrådet og Nasjonalt senter for mat, helse og fysisk aktivitet har vært samarbeidspartnere i prosjektene. Retningslinjen for spedbarnsernæring ble lansert i oktober. Retningslinjen for mat og måltider i skolen er i samarbeid med Nasjonalt senter for mat helse og fysisk aktivitet implementert med 14 konferanser og understøttet med skolematprosjektet som har utarbeidet film og kantinekurs for ungdomsskolen samt NM i lunsj. Kokeboka for alle er digitalisert.

Når det gjelder andel av befolkningen som har hørt om/kjenner til og har tillit til helsemyndighetenes kostråd, har 83 % kjennskap til og 66 % tillit til disse i januar 2016. Både kjennskap og tillit til kostrådene har hatt en positiv utvikling de siste årene. Det er tildelt 8 855 000 kroner til 24 tiltak i 21 kommuner under tilskuddsordningen «Lokalt samarbeid om organisering av matordninger på skolen».

På alkoholovsområdet har tilsyn med statlige bevillinger og utarbeidelse av merknader til nye lov- og forskriftsendringer vært prioritert i 2016. Arbeidet med endringer i alkoholregelverket i 2015 og 2016, økning i

antall søknader om tilvirkningsbevilling og et stort antall henvendelser har lagt beslag på mye saksbehandlingsressurser. Dette har medført at revisjonen av veileder i alkoholloven er forsinket. Det finnes ikke lenger noen oversikt over hvor mange kommuner som har helhetlige ruspolitiske handlingsplaner. Kvalitative undersøkelser, blant annet Rambølls rapport om *Ansvarlig alkoholhåndtering i ti kommuner*, kan tyde på at kommuner i liten grad benytter seg av alkohollovens virkemidler for lokal tilpasning som begrenset skjenketid, vilkår for skjenkebevilling eller tak på antall skjenkesteder.

Direktoratets innsatsområde rusmiddelforebygging i utdanning og arbeidsliv har i 2016 vært konsentrert rundt kunnskapsutvikling, ikke minst for å forberede det kommende arbeidet med faglige råd for rusmiddelforebygging i offentlig sektor. En egen evaluering av direktoratets satsninger på studenter som målgruppe, har vist at det er behov for en mer samlet innsats på dette området (FHI 2016).

De sju regionale kompetansesentrene på rus har vært videreført som viktige bindeledd mellom forskning og forvaltning på flere nivåer. En evaluering viste nylig at 86 prosent av kommunene har vært i kontakt med et Korus i 2016 og de fleste har også god nytte av dem (Sintef 2016).

Direktoratet forvalter også flere andre tilskuddsordninger innenfor rusmiddelforebyggende arbeid.

Direktoratet har i 2016 publisert en veileder for kommunens tilsyn med miljørettet helsevern og bidratt i arbeidet med ytterligere kunnskapsgrunnlag for barnas arbeidsmiljø.

Flere lov- og forskriftsendringer er utredet og vedtatt på tobakksfeltet, i hovedsak knyttet til implementering av EUs tobakksproduktdirektiv. Det er videre utredet og igangsatt utvikling av et nasjonalt tobakkssalgsregister. Det er ført stedlig tilsyn og tilsyn på internett, produsert informasjon til nett, samt gjennomført veiledning av både bransjeaktører og befolkning. Det er gjennomført flere tobakkskampanjer med hovedsatsing på snus og gravide. Kampanjen bidro til å øke bevisstheten rundt skadevirkningene av snusing i svangerskapet i målgruppen.

Motivasjon og hjelp til røyke- og snusslutt er jevnlig promotert gjennom året via sosiale medier og PR-arbeid.

Kampanjene har bidratt til økt nedlastning av Slutta-appen. Røyketelefonen ble vedtatt lagt ned med virkning fra 1.1.2017.

Helsedirektoratet har fått i oppdrag å følge opp regjeringens strategi for en moderne eldrepolitikk.

Helsedirektoratet er bl.a. bedt om å bidra til kunnskapsutvikling og kunnskapsspredning om aldersvennlig samfunn og aktiv aldring. Strategien er formidlet utad, og det er satt i gang fire FoU-prosjekter. Ett skal bidra til å styrke medvirkning og deltakelse fra eldre innbyggere mht. utvikling av eget nærmiljø og i kommunale planprosesser, et annet prosjekt skal bidra til samarbeid med treningsbransjen for å ta i bruk kunnskapsbaserte treningsmetoder for sunn aldring, et tredje skal innhente planer og erfaringer og prøve ut tiltak i kommuner som har høy andel eldre, og et fjerde prosjekt/framtidsscenario skal peke på samfunnskONSEKVENSER, utover de økonomiske, av om mange flere eldre fortsetter i arbeidslivet til de er 70 år.

Alle prosjektene er nylig igangsatt. Tilskuddsordningen Aktivitet for seniorer og eldre innvilget i 2016 58 søknader.

Det har vært stor aktivitet, og god framdrift i prosjektet «Kartlegging og utviklingsarbeid om nærmiljø og lokalsamfunns som fremmer helse» i kommuner og fylker. Nasjonal evaluator av prosjektet er valgt.

Direktoratet har deltatt i arbeidet med programbeskrivelse for videre innsats i Groruddalen, og prosjektet om økt fysisk aktivitet i ungdomskolen er fulgt opp med Utdanningsdirektoratet. Helsedirektoratet har fått utarbeidet en rapport som bl.a. viser at til tross for at myndighetene har vektlagt at en større andel av spillemidlene skal gå til egenorganisert fysisk aktivitet, søker ikke kommunene om midler til dette. Tre foldere er utgitt om fallforebygging hjemme. Sammen med STAMI og Arbeidstilsynet er det utgitt et faktaark om fysisk aktivitet i arbeidslivet.

Kampanjen Dine30 er fornyet, men i hovedtrekk videreført. Nytt i 2016 er et tett samarbeid med kostholdsatsingen Små grep. Det brede samarbeidet med frivillige, offentlige og private aktører er videreført og utvidet. Mht. resultater avventer vi en analyse fra Hemil/Universitetet i Bergen for kjennskap, kunnskap og atferdsendringer. Tallene for betalt rekkevidde viser at nær 80 prosent har sett kampanjen på TV, menn mellom 30 og 50 år i snitt 6,7 ganger. 1, 6 millioner har sett filmene eller annet innhold på Facebook, og 2,2 millioner har sett kampanjefilmene i andre digitale kanaler.

Helsekort for gravide er revidert og digitaliseringen av dette er startet opp. Revisjon av retningslinjene for svangerskapsomsorgen er start opp. Retningslinjene for fellesdelen og helsestasjonen er i sluttfasen.

Anmodningsvedtak 626 – utrede bindende minimumsnorm, her er første deloppdrag levert i oktober «Kartlegging av årsverksrapport i helsestasjon og skolehelsetjeneste».

Samordning av digitale helsefremmende tjenester ble gjennomført siste halvdel av desember og var operativt fra årsskifte. Kunnskapsoppsummering og anbefalinger til HOD om preeksporeringsprofylakse mot hiv, PrEP, ble

levert i oktober. Den nasjonale kondomordningen ble gjennomgått og lagt ut på nytt anbud for perioden 2017-2022. Implementering av utvidet rekvireringsrett for jordmødre og helsesøster er ivarettatt med stimuleringsmidler fordelt til utdanningsinstitusjoner for helsesøstre og jordmødre samt tilskuddsordningene for seksuell helse.

Til sammen ble det fordelt nær 57 millioner kroner i tilskudd til målrettet arbeid med å fremme seksuell helse i regi av frivillige organisasjoner, kommuner, helseforetak og stiftelser.

### Reduserte sosiale forskjeller i helse

Bidrag til arbeidet med å redusere sosiale helseforskjeller har fra direktoratets side i 2016 bl.a. bestått i kunnskaps- og kompetansespredning i form av fagseminarer. Direktoratet har dessuten utarbeidet utkast til veileder i helse- og fordelingskonsekvensutredning etter utredningsinstruksen. De siste to årene har vi for første gang på lenge registrert tendenser til at de sosiale helseforskjellene i befolkningen flater ut eller til og med minker på enkelte områder, men utfordringene er fortsatt store.

### Psykisk helse er integrert i folkehelsearbeidet

Arbeidet med å integrere psykisk helse som en likeverdig del av folkehelsearbeidet har i 2016 fortsatt dels som et utredningsarbeid, bl.a. i form av tre nye fagrapporter (om hhv. ensomhet; mestring og stress; og aldring). Dels er dette arbeidet nå også over i en implementeringsfase: i 2016 har direktoratet utarbeidet en intern strategi om psykisk helse i folkehelsearbeidet og forslag til en nasjonal strategi for måling av livskvalitet (overlevert helseministeren i juni). Vi har også arrangert en rekke formidlingsseminarer. Siste halvdel av året har direktoratet hatt ansvaret for å forberede Nordisk toppmøte om psykisk helse, som arrangeres i Oslo i slutten av februar 2017.

Psykisk helse barn og unge er i samarbeid med Utdanningsdirektoratet fulgt opp gjennom FoU «Skolen som arena for barn og unges helse». For å få mer kunnskap om årsaker til stress, press og mestring fikk NOVA i oppdrag å lage en kunnskapsoppsummering om årsaker som ble presentert på Arendals uka. Helsedirektoratet deltar i partnerskap mot mobbing og bidratt til utarbeiding av en handlingsplan for partnerskapet 2017 – 2020. Det er blitt utdelt ca. 17,2 mill. kroner til 29 tiltak gjennom tilskuddsordningen «Psykisk helse i skolen». Totalt mottok vi 24 søknader på i alt ca. 34 mill. kroner.

### NCD

Helsedirektoratet har arbeidet med intern koordinering av innsatsen under Nasjonal strategi for NCD (ikke-smittsomme sykdommer) som har som mål å oppnå 25 prosent reduksjon av prematur død av ikke-smittsomme sykdommer innen 2025. Det er ansatt en prosjektleder og etablert et programstyre. En gjennomgang av strategien viser at mange av tiltakene i strategien er gjennomført, blant annet forebyggende tiltak som omhandler risikoområdene tobakk, ernæring, fysisk aktivitet og alkohol, kampanjer, nye retningslinjer og standardiserte forløp på flere områder. Det er, under Folkehelseinstituttets ledelse, etablert en nasjonal arbeidsgruppe som jobber med de 25 indikatorene som WHO har etablert under NCD-målet. Helsedirektoratet har tre medlemmer i denne gruppen.

## Styringsparameter

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

---

**Kommentar** Andel av befolkningen som har hørt om/kjenner til og har tillit til helsemyndighetenes kostråd, har 83 % kjennskap og 66 % tillit til disse i januar 2016. Både kjennskap og tillit til kostrådene har hatt en positiv utvikling de siste årene.

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

**Kommentar** Pr. 1.halvår 2016 var det 1419 nøkkelhullsmerkede produkter i dagligvarehandelen. Nedgangen fra 1978 produkter i 2014 skyldes i hovedsak at ICAs nøkkelhullsprodukter er tatt ut av markedet. Revidert nøkkelhullsforskrift med strengere kriterier kan også forklare noe av nedgangen. I kiosk, bensinstasjons- og serveringsmarkedet (KBS) var det en liten økning i antall nøkkelhullsprodukter som det er registrert omsetning av. KBS-tallene omfatter kun salgssteder som fører dagligvarer. Seks av ti vet at Nøkkelhullet er myndighetenes merkeordning. Denne andelen økte i aldersgruppene under 50 år.

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

**Kommentar** Det foretas ikke årlige kartlegginger av planforankringen av folkehelsearbeidet. For innværende år er derfor dette styringsparametret endret og bedre avstemt med rapporteringer fra fylkesmennene.

### Antall kommuner som har helhetlige rusmiddelpolitiske handlingsplaner

**Kommentar** Det foretas ikke lenger årlige kartlegginger av rusmiddelpolitiske handlingsplaner, og det arbeides derfor med å utvikle en ny styringsparameter for kommunal ruspolitikk.

## Oppgaver

### ● Oppfølging av Riksrevisjonens anbefalinger i Dok. 3:11 (2014-2015)

I rute

**Beskrivelse** Riksrevisjonen har gjennomført en forvaltningsrevisjon av folkehelsearbeidet, herunder i hvilken grad kommunenes og fylkeskommunenes folkehelsearbeid er systematisk og langsiktig, og i hvilken grad de statlige virkemidlene understøtter dette arbeidet. Direktoratet skal prioritere å følge opp Riksrevisjonens anbefalinger i Dokument 3:11 (2014–2015).

**Kommentar** Risikoen knyttet til arbeidet er per 31/12 betydelig redusert som en følge av at bemanning er på plass. I tillegg bidrar det nye Program for folkehelse i kommunene langt på vei til å møte RRs anbefalinger.

### ● Utredning av tax-freeordningen, jfr. anmodningsvedtak nr. 71 (2014 – 2015)

Ikke startet

**Beskrivelse** Helsedirektoratet må påregne oppdrag i forbindelse med utredning av tax-freeordningen, jfr. anmodningsvedtak nr. 71 (2014 – 2015).

**Kommentar** Anmodningsvedtaket ble utkvittert av HOD gjennom omtale i Prop. 1 LS (2016-17) etter innspill fra Folkehelseinstituttet, Vinmonopolet og Avinor, samt en juridisk vurdering fra Advokatfirmaet Lund og Co. Helsedirektoratet mottok aldri noe oppdrag.


### ● Sekretariatsansvar for utarbeidelse av Handlingsplan om kosthold

I rute

**Beskrivelse** Helsedirektoratet skal ha sekretariatsansvar for utarbeidelse av Handlingsplan om kosthold. Nærmere spesifisering av oppdraget følger i eget brev.

**Kommentar** Sekretær er engasjert som hospitant i HOD, i 50 % stilling, fra 1. januar til 7. mars 2017. Planen ferdigstilles i februar og lanseres 7. mars 2017. Helsedirektoratet har hatt ansvar for å skaffe til veie fotografier til planen. Denne oppgaven er utført og godkjent av HOD.



 **Delta i arbeidet med programbeskrivelse for videre områderettet innsats i Groruddalen etter 2016** Ferdig

**Beskrivelse** Helsedirektoratet skal delta i arbeidet med programbeskrivelse for videre områderettet innsats i Groruddalen etter 2016.

**Kommentar** Helsedirektoratet har deltatt i arbeidsgruppe for programbeskrivelse for ny Groruddalssatsing. Helsedirektoratets bidrag er avsluttet.

 **Bidra i arbeid om mer tid til fysisk aktivitet og kroppsøving i ungdomstrinnet** I rute


**Beskrivelse** Departementet samarbeider med Kunnskapsdepartementet om et forsøk på ungdomstrinnet med mer tid til fysisk aktivitet og kroppsøving og der virkningen på elevenes fysiske og psykiske helse, på læringsmiljø og læringsutbytte skal studeres. Helsedirektoratet skal bidra i arbeidet med forsøket, herunder delta i et samarbeid med Utdanningsdirektoratet, jf. eget oppdragsbrev fra Kunnskapsdepartementet.

**Kommentar** Arbeidet er i gang og god samhandling med Utdanningsdirektoratet. Kunnskapssentret for utdanning har levert en kunnskapsoppsummering. Norges idrettshøgskole (NIH) skal evaluere prosjektet. I oktober 2016 startet et pilotprosjekt på 7 skoler i Oslo og Akershus hvor man skal teste ut de to ulike intervensjonene og testene. Pilot avsluttes mars 2017. Hovedstudie starter august 2017. NIH retter økt oppmerksomhet rundt arbeid med forankring av arbeidet til skolene i hovedstudien.

 **Tilsyn med og forvaltning av tobakkskadeloven og alkoholloven med forskrifter, samt informasjonstiltak og andre implementeringstiltak tilknyttet regelverksarbeid** I rute

**Beskrivelse** Direktoratet skal prioritere tilsyn med og forvaltning av tobakkskadeloven og alkoholloven med forskrifter, samt informasjonstiltak og andre implementeringstiltak tilknyttet regelverksarbeid. Oppdragene vil bli nærmere spesifisert i tillegg til tildelingsbrev.

**Kommentar** Når det gjelder tobakkskadeloven er det ført stedlig tilsyn på flyplasser, i dagligvare, kiosk og bensinstasjoner. Det er ført tilsyn på internett, produsert informasjon til nett, samt gjennomført veiledning av både bransjeaktører og befolkning. Direktoratet har hatt tett samarbeid med andre helseetater, som Statens legemiddelverk.

 **Delta i arbeidet med å gjennomgå regelverket for fysisk og psykososialt miljø i barnehager og skoler, jfr. Meld. St. 19 (2014-2015) Folkehelsemeldingen** I rute

**Beskrivelse** Helsedirektoratet skal delta i arbeidet med å gjennomgå regelverket for fysisk og psykososialt miljø i barnehager og skoler, jfr. Meld. St. 19 (2014-2015) Folkehelsemeldingen, herunder spesielt kunnskap om dagens tilstand i barnehager og skoler og de tilknyttede helsemessige konsekvenser.

**Kommentar** FHI og Helsedirektoratet har i løpet av året utarbeidet et notat som dokumenterer kunnskapsstatus og -behov knyttet til fysiske forhold i skoler og barnehager, og helsemessige konsekvenser som følge av dårlig innemiljø. Dokumentet, som er under ferdigstilling, skal undertegnes av FHI og Helsedirektoratet og bidragsyterne fra Direktoratet for byggkvalitet, Arbeidstilsynet, Utdanningsdirektoratet, Astma- og allergiforbundet, Norsk Forum for Bedre Innemiljø for Barn og Elevorganisasjonen før oversendelse til HOD.

 **Oppfølging og koordinering av Regjeringens strategi for en moderne eldrepolitikk** I rute

**Beskrivelse** Regjeringens strategi for en moderne eldrepolitikk legges frem i 2016. Helsedirektoratet skal bidra i oppfølgingen av strategien, herunder bidra med å koordinere andre virksomheter og sektorer. Oppdraget vil bli nærmere beskrevet i tillegg til tildelingsbrev. Det vises til at det er satt av 2 mill. kroner til arbeidet med strategien under kap. 761, post 21.

**Kommentar** Bevilgningen er bl.a. benyttet til flere FOU-prosjekter: Et prosjekt skal bidra til å styrke medvirkning og deltakelse fra eldre innbyggere slik at deres behov og ønsker fanges opp bedre i utvikling av eget nærmiljø og i kommunale planprosesser, et prosjekt skal bidra til samarbeid med treningsbransjen for å ta i bruk kunnskapsbaserte treningsmetoder for sunn aldring, et prosjekt skal innhente planer og erfaringer og prøve ut tiltak i kommuner som har høy andel eldre, og et prosjekt/framtidsscenario vil peke på samfunnskONSEKVENSER, utover de økonomiske, om mange flere eldre fortsetter i arbeidslivet til de er 70 år.

 <b>Implementere Handlingsplan for å redusere antibiotikabruken i befolkningen med 30 % innen utløpet av 2020</b>	I rute
<b>Beskrivelse</b>	Departementet arbeider med å ferdigstille Handlingsplan for å redusere antibiotikabruken i befolkningen med 30 % innen utløpet av 2020. Fristen for dette er utgangen av året. HelseDirektoratet skal ha en sentral rolle i forbindelse med implementering av handlingsplanen. SP (ved SPML) skal bemanne og drifte sekretariatet for handlingsplanen, og PH er ansvarlig for å lede styringsgruppen.
<b>Kommentar</b>	HelseDirektoratet leder styringsgruppen for handlingsplanen mot antibiotikaresistens, og ivaretar løpende oppgaver i tilknytning til handlingsplanen og styringsgruppens arbeid.

## 3.2 Strålevernområdet – etatsstyrers vurdering

### Langsiktige mål

- Stråletrygghet
- Riktig bruk av stråling
- Operativ nasjonal atomberedskap og krisehåndteringsevne basert på samvirke
- Tilgjengelig kunnskap om stråling og risiko

### Samlet vurdering

#### Overordnet status på området sett i forhold til langsiktige mål

Strålevernets myndighetsrolle på det nukleære området er krevende. Norges nukleære virksomhet står overfor store utfordringer når det gjelder helhetlig sikkerhet (inkl. sikring), videre drift, planlegging av dekommisjonering og håndtering av brukt brensel og radioaktivt avfall. Regjeringens beslutning om NFDs ansvar for finansiering av sikringstiltak der IFEs økonomi ikke strekker til, er viktig. Sikring av et stort antall sterke strålekilder i bruk i landet er også en betydelig utfordring.

Den nylig vedtatte CBRNe-strategien legger føringer for beredskapsarbeidet. Trusselbildet er i endring (geopolitisk og terrorrelatert). Kriseutvalget for atomberedskap (KU) er aktivt med i videreutvikling av beredskapen og sikrer trygg tverrsektoriell håndteringsevne.

Kreftrisiko som skyldes UV og radon er for høy og krever myndighetenes fokus og forebyggende innsats i overskuelig fremtid.

I spesialisthelsetjenesten er det fortsatt utfordringer knyttet til optimalisering i diagnostikk og særlig til berettiget bruk av røntgenbaserte modaliteter. Strålevernet har etablert god oversikt over strålekilder i landet i et fulldigitalisert og brukerstyrt register.

For øvrig betjener Strålevernet KLD (forurensningsloven, miljøovervåkning o.a.), UD (Regjeringens handlingsplan, oppfølging av IAEA, nedrustning og ikke-spredning, konvensjonsforpliktelser, EØS-program o.a.) og FD (anløp av reaktordrevne fartøy). På KLD- og UD-områdene vises det til Årsrapporten som ferdigstilles 31.1.2017.

#### Vesentlige leveranser innenfor virksomhetsområdet i 2016

Sikringsarbeidet ved nukleære anlegg er fulgt opp blant annet i tråd med tilrådingene i IAEA/IPPAS. Nytt koordineringsforum med NSM, PST, POD og Tolletaten er etablert. En ny trusselvurdering fra PST er nær ferdigstilt og vil danne grunnlag for beslutninger om nye tiltak.

Strålevernet har behandlet et økende antall konsesjonssaker for anløp av reaktordrevne fartøy i norske farvann (4-doblet antall siden 2012), og har understøttet Forsvaret i forbindelse med etablering av en eventuell ny havn i nord. Risiko- og sårbarhetsanalyser er gjennomført.

På beredkapsområdet er en hendelse ved Haldenreaktoren håndtert av intern beredskapsstab, KU og HOD er holdt orientert. Hendelsen ble fulgt opp med forsterket tilsyn gjennom 5 uker. Nytt nasjonalt laboratorienettverk er satt i drift i nært samarbeid med Mattilsynet. Strålevernet har videre styrket sin egenberedskap. KU har gjennomført årlig øvelse med et scenario med flere samtidige nasjonale beredskapsutfordringer. Strålevernet har bidratt i utredningsarbeid vedr nasjonal helseberedskap.

Ny Strålevernforskrift ble vedtatt i desember 2016 etter omfattende arbeid med utarbeidelse av utkastet og gjennomføring av høring.

På e-helseområdet er målet god og rasjonell rapportering av dose- og frekvensdata, og samarbeidsavtale med NPR er inngått. På terapi-området kom mye slik rapportering på plass i 2016.

Kunnskapsproduksjon til støtte for forvaltningen er videreført med finansiering fra EU, nordisk samarbeid (NKS), og NFR blant annet til «CERAD - Centre of excellence».

### Utfordringer av vesentlig betydning for måloppnåelse på virksomhetsområdet, herunder en vurdering av vesentlige avvik og risiko

Intensivert tilsyn og årvåkenhet overfor nukleær virksomhet er en realitet og styrkes ytterligere (sivil virksomhet i IFE og anløp av reaktordrevne allierte fartøy).

I henhold til CBRNe-strategien skal Kriseutvalget for atomberedskap videreføres og har i tillegg til å vedlikeholde 24/7-beredskap også nye utfordringer på sitt bord. Dette gjelder særlig utvikling av beredskap for det såkalte «7de scenariet».

Strålevernets tilsyn har hatt dokumentert god effekt og er et prioritert og potent virkemiddel for å bidra til nødvendige endringer. I tilsyn med spesialisthelsetjenesten er økt samarbeid med Helsetilsynet både en realitet og en forutsetning for rasjonell gjennomføring. På e-helseområdet, i vurderinger av nye metoder og i etableringen av partikkelterapi er det en forutsetning at vi lykkes med egen innsats i samarbeid med øvrige aktører i helsesektoren.

«Kvalitet i stråleterapi og trygg overvåkning av stråling til yrkeseksponerte og befolkning» er Strålevernets innspill til store satsinger 2018 og krever ekstraordinær finansiering utover rammen. Tiltakene vil blant annet sikre fortsatt trygg dosimetri i stråleterapi, videreført etterspurt nasjonal overvåkning av UV fra sola og et digitalisert yrkesdoseregister.

Strålevernet er avhengig av forvaltningsnær FoU for å gjennomføre trygg og oppdatert forvaltning.

### Fremtidige, planlagte leveranser av vesentlig betydning for virksomhetsområdet, herunder forbedringstiltak

IFE pålegges å gjennomføre tiltak i oppfølging av ny grunnleggende trussel- og sikkerhets-vurdering. Strålevernet ferdigstiller innstilling til konsesjon for Kjeller-reaktoren.

På beredkapsområdet skal det gjennomføres en stor nasjonal øvelse 2019, og planleggingen starter i 2017. KU utvikler beredskap for «det 7de scenariet».

På linje med Regjeringens radonstrategi som gjelder til 2020 og som Strålevernet har tverrsektorielt koordineringsansvar for, skal Strålevernet i 2017 ha ansvar for å etablere og koordinere en nasjonal gruppe for å utvikle en UV- og hudkreftstrategi. Målenettverket for UV fra sola skal fornyes.

### Hvilke strategiske vurderinger gjør direktøren seg

Strålevernet er utviklet for å dekke regjeringens behov på området. Dette har skapt et komplett og robust fag- og forvaltningsmiljø som særlig understøtter HOD, KLD, UD og FD, men også NFD og JD. Disse departementene (unntatt NFD) utreder nå fremtidig organisatorisk løsning for Strålevernet. En forutsetning er etter mitt syn fortsatt at det helhetlige miljøet holdes samlet for å dekke samfunnets behov for strålevern (menneske og miljø), atomsikkerhet og tverrsektoriell beredskap på optimal måte. Forebygging av ulykker og hendelser i inn- og utland ligger til grunn for virksomheten, mens restrisikoen må kunne håndteres med adekvat beredskap.

Strålevernets 3-årige strategiske plan skal i løpet av 2017 utarbeides for 2018-2020. Et godt grunnlag for videre utvikling av dette området vil være å invitere IAEA til å gjennomføre en «Integrated Regulatory Review Service (IRRS)» i Norge slik IAEA har gjennomført i nær alle land i Europa.

## Styringsparameter

- Avdekke avvik gjennom tilsyn
- Antall tilsyn ved norske atomanlegg
- Antall avvik som avdekkes gjennom tilsyn
- Føre detaljert oversikt over nukleært materiale i Norge (Safeguards)

## Oppgaver

- Strålevernet skal i 2016 bidra til en revisjon av strålevernforskriften. Strålevernet skal også implementere nye bestemmelser om solarier og følge opp forbudet mot sterke laserepekere.
- Strålevernets persondosimetritjeneste tilbyr doseovervåking av yrkeseksponerte arbeidstakere. Strålevernet skal modernisere og videreutvikle tjenesten i tråd med internasjonale føringer.
- Følge opp anbefalingene i rapporten fra gjennomført IAEA/IPPAS
- Virksomhetsrapportering og overvåking av doser innen medisinsk strålebruk
- Strålevernet skal i samarbeid med involverte aktører videreutvikle sin rolle i Nasjonalt system for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten.
- Strålevernet har i løpet av 2015 bidratt aktivt til utfasing av noen av landets sterkeste radioaktive kilder og gjort tiltak for å bedre sikringen av de gjenværende. I 2016 skal Strålevernet utarbeide nye retningslinjer for sikring av et større spekter av radioaktive kilder.
- Strålevernet skal fortsette å videreutvikle forvaltningen av oppfølging av radonkravene i strålevernforskriften når det gjelder skoler, barnehager og utleieboliger og fortsette kartleggingen i Norge og bidra til veiledning til de som er berørt.
- Starte arbeid med å utarbeide innstilling til fornyet konsesjon for de nukleære anleggene på Kjeller
- Følge opp de to konseptvalgutredningene (KVU-ene) vedrørende dekommisjonering og mellomagring av brukt brensel.
- Strålevernet skal i 2016 bygge opp kunnskap om partikkelterapi og påbegynne utviklingen av et forvaltingsregime i sammenheng med at det er besluttet å etablere partikkelterapi i Norge.
- Statens strålevern skal videreføre samarbeidet med CERAD, senter for fremragende forskning, i 2016 med vekt på å øke kunnskapen om effekter av stråling ved forskning på økosystemer.
- Det operative nettverket for radioaktivitetsmålinger skal styrkes med tanke på overvåking og beredskap i samarbeid med Mattilsynet.
- Statens strålevern skal utarbeide nye retningslinjer for sikring av et større spekter av radioaktive kilder og ha et spesielt fokus på kildebruken ved Institutt for energiteknikk.
- Den nasjonale strategien for å redusere radoneksponeringen i Norge videreføres. Strålevernet skal arbeide med koordinering og oppfølging av strategien.
- Strålevernet skal fortsette å følge opp RHFenes og utdanningsinstitusjonenes tiltak for å sikre tilstrekkelig kompetanse i strålevern i tråd med langsiktige mål i 3.8.1.
- Gi konsesjon til og styrke beredskap og tilsyn i forbindelse med et økende antall anløp av reaktordrevne fartøy.
- Strålevernet skal bidra til at forslagene i Folkehelseinstituttets kunnskapsoversikt om føflekkreft (Føflekkreft - forekomst, årsaker og forebyggende tiltak. En kunnskapsoversikt. Februar 2015) følges opp.
- Institutt for energiteknikk (IFE) er en av landets største og mest komplekse strålebrukere, i 2016 skal Strålevernet styrke tilsynet med strålebruken på IFE.

## 3.3 Kommunale helse- og omsorgstjenester

---

### 3.3.1 Omsorgstjenester

#### Langsiktige mål

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

---

**Kommentar** Andelen årsverk med relevant høyere utdanning har økt fra 24 prosent i 2005 til 34 prosent i 2015, som forventet i St.meld. nr. 25 (2005-2006). I 2015 ble 73,2 prosent av årsverkene utført av personell med relevant fagutdanning. Andelen var 71,4 prosent i 2007, slik at økningen i perioden har vært på 1,8 prosentpoeng. Større faglig bredde er skapt ved flere faggrupper i sektoren og utvidet tilgang på ulike behandlings- og miljøterapeutiske arbeidsmetoder overfor brukergrupper.

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

---

**Kommentar** Det har de siste ti årene vært en betydelig kapasitetsvekst i pleie- og omsorgstjenestene. I 2015 ble det utført 135 433 årsverk i pleie- og omsorgstjeneste i kommunene, en økning på 28 362 årsverk fra 2005. Begge årsverksmålene til Stoltenberg II-regjeringen i perioden ble overoppfyllt. Måltallet om tilsagn til 12000 nye heldøgns omsorgsplasser under Omsorgsplan 2015 er nådd, og pr. 31.12.2016, er det 14 823 boenheter som er godkjent for tilskudd. I 2016 er det 2.519 boenheter som er godkjent for tilskudd. Husbanken rapporterer direkte til HOD og KMD i forhold til utbyggingstakten. Antall heldøgns omsorgsplasser tilpasset mennesker med demens og kognitiv svikt med tilsagn om tilskudd er i hele perioden 2008-2016 på 5 024 plasser. I 2016 er det gitt tilsagn om 917 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.

- Tilrettelagt tjenestetilbud til personer med demens og deres pårørende.

**Kommentar** Helsedirektoratet har i 2016 laget en helhetlig plan for gjennomføring av Demensplan 2020, og arbeidet med å videreføre tiltak fra Demensplan 2015 gjennomført. Hoveddelen av Nasjonal faglig retningslinjen om demens ble sendt på ekstern høring høsten 2016 og ferdigstilles vinter/vår 2017. Andre del av retningslinjen planlegges også ferdig i løpet av 2017. Av nye tiltak kan nevnes at undersøkelsen av forekomsten av demens i Norge er planlagt og startet opp, med første datainnsamling i 2017. Kartlegging av brukerbehov som grunnlag for verktøy for brukerinvolvering m.m. er også startet opp. Høsten 2016 ble 15 kommuner valgt ut og fikk tilskudd til å delta i utviklingsprogram om systematisk oppfølging etter diagnose, og Helsedirektoratet arrangerer første samling for kommunene i januar 2017, i samarbeid med Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse og Nasjonalforeningen for folkehelsen. Utprøving av «Brukerskoler» vil skje som del av dette programmet. Utviklingsprogram om tjenester til hjemmeboende starter opp i 2017. Opplæringsverktøyene Demensomsorgens ABC/Eldreomsorgens ABC ble i planperioden for Demensplan 2015 tatt i bruk av 96 % av kommunene, og om lag 22 000 deltagere ble registrert. I 2016 ble 2460 nye deltagere registrert, slik at det totale antallet ved utgangen av 2016 var 24 469. Det ble gjennomført 216 fagseminar med til sammen 8 760 deltagere. I 2016 er det også etablert et digitalt registreringssystem over deltagere. Eldreomsorgens ABC er nyrevidert, og i 2016 startet arbeidet med revidering og oppdatering av Demensomsorgens ABC, slik at opplæringsmateriellet blir mest mulig i tråd med Nasjonal faglig retningslinje om demens, samt føringer om personsentrert

omsorg, lindrende behandling, tvungen helsehjelp m.m. I tillegg til ABC-opplæringen er flere opplæringstiltak fra Demensplan 2015 er videreført i 2016, blant annet om utredning av demens og tjenester til personer med spesielle behov. Helsedirektoratet ga i 2016 tilskudd til 641 nye hele plasser til dagaktivitetstilbud for personer med demens. Det er også gitt tilskudd til videreføring av 2343 plasser opprettet i perioden 2012-2015, slik at tilskuddsordningen i 2016 totalt har bidratt til drift av 2984 hele plasser med om lag 6360 brukere. Til sammen har det vært brukt kr. 209 683 328 av budsjettet på kr 296 000 000. På tross av intensivert markedsføring av tilskuddsordningen, har det ikke vært mulig å utnytte tilskuddsrammen fullt ut. Når det gjelder tiltak gjennomført med tilskudd fra Demensplan 2020 som retter seg mot pårørende til personer med demens, så ble det i 2016 gjennomført 150 pårørendeskoler og 123 samtalegrupper. Av de totalt 273 tiltakene var 58 gjennomført som samarbeid mellom flere kommuner eller mellom kommuner/helseforetak. 112 søkerinstanser oppga samarbeid med 117 frivillige organisasjoner. Totalt 232 kommuner (54 %) har arrangert tilbud i 2016. I tillegg har 7 søkere fra helseforetak arrangert totalt 22 tilbud. Tilbudene i regi av spesialisthelsetjenesten retter seg mot pårørende til yngre personer med demens og der det nylig er gitt en demensdiagnose. Når det gjelder nasjonale kurstilbud rettet mot pårørende til yngre personer med demens, så ble det i 2016 gjennomført 6 basiskurs og 2 oppfølgingskurs av «Møteplass for mestring» med totalt 139 deltagere, 2 helgekurs «Tid til å være ung» med totalt 31 deltagere, og én sommerleir «Hvem ser meg?» med 15 deltagere. Deltagelse i internasjonalt samarbeid om demens, som «Joint Action on Dementia» i EU/EØS og Nordisk demensnettverk i regi av Nordens velferdssenter, er i 2016 gjennomført som planlagt. Antall heldøgns omsorgsplasser tilpasset mennesker med demens og kognitiv svikt med tilsagn om tilskudd er i hele perioden 2008-2016 på 5 024 plasser. I 2016 er det gitt tilsagn om 917 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.

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

**Kommentar** Viser til Resultatevaluering av Omsorgsplan 2015. Resultatene fra kapittel 3 antyder at 41 prosent av alle landets kommuner har utarbeidet en lokal delplan for pleie- og omsorgssektor per 1. mars 2013. Tar vi også høyde for 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, som 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. Det arbeides for å få et felles verktøy for veiledning av kommunene for at de skal nå dette målet, og videre planlegges det også et felles kartleggingsverktøy for å innhente god og differensiert informasjon fra kommunene på dette styringsparametret.

### Samlet vurdering

De langsiktige målene for dette virksomhetsområdet er knyttet til kapasitet og kvalitet i omsorgstjenestene, et bedre tilrettelagt tilbud innen demensomsorgen, og kommunenes helhetlige planlegging for å møte fremtidens omsorgsutfordringer. Helsedirektoratets arbeid med kommunale helse- og omsorgstjenester er i rute. De

spesielle oppdragene i tildelingsbrevet er enten gjennomført eller i rute. Det utarbeides en egen rapport på Styringsparametret som er knyttet til endringer og utviklingstrekk i sektoren. Rapporten vil oversendes innen HOD 1.2.2017.

Målet om 12 000 nye årsverk for perioden 2008-2015 ble oppfylt. Resultatet ble 14 224 nye årsverk. Andelen årsverk med relevant høyere utdanning har økt fra 24 prosent i 2005 til 34 prosent i 2015, som forventet i St.meld. nr. 25 (2005-2006). I 2015 ble 73,2 prosent av årsverkene utført av personell med relevant fagutdanning. Andelen var 71,4 prosent i 2007, slik at økningen i perioden har vært på 1,8 prosentpoeng.

Måltallet om tilsagn til 12000 nye heldøgns omsorgsplasser under Omsorgsplan 2015 er nådd og pr. 31.12.2016, er det 14 823 boenheter som er godkjent for tilskudd. Helsedirektoratet har i 2016 laget en helhetlig plan for gjennomføring av Demensplan 2020, og arbeidet med å videreføre tiltak fra Demensplan 2015 er gjennomført. Resultatevalueringen av Omsorgsplan 2015 viser at det er 55 % av landets kommuner har satt de fremtidige omsorgsutfordringene på dagsorden i kommunal planlegging. Det jobbes med tiltak for å bedre resultatet, og i forhold til å få en god og differensiert rapport fra kommunene på dette området.

I 2016 er det forvaltet drøyt 11,1 milliarder kroner til omsorgstjenestene, hvorav 8,64 milliarder er tilskudd til særlig ressurskrevende helse- og omsorgstjenester. Andre oppgaver og prosjekter som har vært prioritert i 2016 er innen områdene;

#### Velferdsteknologi

Nasjonalt program for utvikling og implementering av velferdsteknologi 2014-2020. I 2016 ble det lagt ned betydelig innsats i 31 programkommuner for å tilrettelegge for gevinstrealisering og implementere nye tjenester og teknologi, slik at det blir en ordinær del av tjenestetilbudet. Dette arbeidet er tilfredsstillende utført hos majoriteten av kommunene i programmet, som nå skal ta en rolle for å veilede andre kommuner. Tiltaket er således i rute – og vil fra 2017 gå over i en spredningsfase hvor tyngdepunktet flyttes fra utprøving og pilotering over på innføring og spredning i nye kommuner.

Det er bevilget midler til utvikling og utprøving av teknologiske verktøy som kan mobilisere pårørende, unge og eldre på måter som kan motvirke ensomhet og som kan bidra til å vedlikeholde og styrke eldres muligheter til å opprettholde sitt sosiale nettverk. Tiltaket er i rute. Flere frivillige organisasjoner nå har gjennomført kurs i digitalisering for eldre, samt utviklet innovative løsninger for å underbygge målet.

Støtte til barn og unge med nedsatt funksjonsevne. Tiltaket er i rute ved at flere kommuner har mottatt tilskudd for å sette i gang prosjekter som bidra til en bedre hverdag for barn og unge med funksjonsnedsettelse. Nasjonalt senter for e-helse (NSE) har publisert en forskningsrapport som kartlegger muligheter og behov innenfor dette temaet.

Avstandsoppfølging og Be Healthy Be Mobile er oppdrag gitt Direktoratet for E-helse, og inngår E-helsedirektoratets årsrapport.

Pårørendeprogrammet er i rute. Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten er ferdigstilt. Hovedmålgruppen er ledere, fagansvarlige og ansatte i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i spesialisthelsetjenesten. I 2016 er det gitt tilskudd til totalt 23 prosjekter under tilskuddsordningen «Utvikling av helhetlige tilbud til pårørende med krevende omsorgsoppgaver». Fire kommuner: Fredrikstad, Stavanger, Sandefjord og Larvik har opprettet et kommunalt pårørendesenter og/eller pårørendekoordinator. Fredrikstad har pårørende innen psykisk helse som målgruppe. De øvrige er diagnoseuavhengige. Øvrige prosjekter handler blant annet om utvikling av fleksible avlastningstjenester.

Oppdraget om å forberede forsøket med Statlig finansiering av omsorgstjenesten er gjennomført. Forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenester ble iverksatt 1.5.2016. Seks kommuner deltar i forsøket og fire av disse har tatt i bruk nye kriterier for tjenestetildeling. Finansieringsmodellen er fasett inn ved gjennomgang og koding av alle vedtak om omsorgstjenester. Det utredes hvordan IPLOS kan brukes i større grad enn i dag på nasjonalt og lokalt nivå, det er igangsatt arbeid med EPJ-utvikling for å understøtte forsøket og det er utviklet et e-

læringsprogram i saksbehandling for omsorgstjenesten. Første evalueringsrapport foreligger fra Agenda Kaupang der status for kommunene før forsøkets oppstart beskrives.

Det er i overensstemmelse med Helse- og omsorgsdepartementet gitt ny frist for Arbeidet med utforming av veiledningsmaterieill i lindrende behandling mot livets slutt. Ny frist for ferdigstilling av veiledningsmateriellet er første juli 2018. Evalueringen av det palliative feltet er gjennomført og vil blant annet bli benyttet inn i arbeidet med NOU på feltet og inn i arbeidet med veiledningsmateriellet. Det jobbes med å utvikle ny modul i Demensomsorgens ABC som omhandler lindrende behandling og omsorg til personer med demens. Det utvikles også et e-læringsprogram innen samme tema for helsepersonell med ulike fagbakgrunn. Opplæringspakke for helsefagarbeidere og ufaglærte er utarbeidet og piloteres i 12 kommuner i to ulike fylker. Opplæringspakken skal deretter oppdateres i tråd med erfaringene i pilotkommunene før videre spredning.

Prosjekt for Utvikling av trygghetsstandard for sykehjem ble etablert i 2015. Arbeidet er i rute. Det er utarbeidet et nettbasert verktøy (trygghetsstandard) som skal benyttes i de fire pilotkommunene. Pilotene skal følge-evalueres/resultat-evalueres.

Tilskuddsordningen "Kompetanse og innovasjon" er et virkemiddel for å fremme innovasjonsprosjekter i kommunene. Det er etablert en tett dialog med Fylkesmennene knyttet til dette. Tilskuddet er fordelt i tråd med regelverket, og det rapporteres til Helsedirektoratet innen 1.5.2017.

Under de ulike områdene i Omsorg2020 er det etablert en struktur for å kunne identifisere og analysere utviklingstrekk og endringer i sektoren. Rapporten blir levert Helse- og omsorgsdepartementet innen 1.2.2017. Samlet rapport for Omsorgsplan 2015 (2007-2015) oversendes Helse- og omsorgsdepartementet 1.2.2017. Årsrapport for Omsorg2020 leveres 1.12.2017.

## IPLOS

Det har vært en stabil drift av IPLOS-registeret i 2016, og kvaliteten har blitt forbedret. Alle landets kommuner sendt inn data for 2015 pr. januar/februar 2016 og var med i KOSTRA publiseringen per 15. mars 2016.

Det har i 2016 vært spesiell oppmerksomhet på å bedre datakvaliteten, herunder underreportering av diagnoser, bedre data om rusproblemer og psykiske helseproblemer i kommunene og rehabilitering.

Det er tilrettelagt for innrapportering av en ny funksjonsvariabel, Ivareta egen økonomi, samt 2 nye variabler knyttet til helseopplysninger: opplysning om legemiddelgjennomgang og ernæring, for 2016. I tillegg kan kommunene fra og med 2016 registrere ressursinnsats ift. ulike tjenester.

Prosjekt Innsending IPLOS-data via Norsk Helsenett er videreført i 2016 og gjennomført vellykket testinnsending over helsenettet høsten 2016 der 275 kommuner deltok. Det har i 2016 vært videreført fokus på økt bruk av registerdata til statistikk, bl.a. forløpsstatistikk, bistandsbehov og tjenestetildeling, og analyse, forskning og register-kobling. IPLOS temadager 2016 ble gjennomført i henhold til plan i samarbeid med fylkesmannsrepresentanter.

Det har i 2016 blitt utviklet 8 nye nasjonale kvalitetsindikatorer med IPLOS-registeret som datakilde. Disse er:

- Mottakere av habilitering og rehabilitering på institusjon med individuell plan (IP)
- Mottakere av habilitering og rehabilitering i hjemmet med individuell plan (IP)
- Bistand til å delta i arbeid og utdanning
- Bistand til å delta i organisasjon, kultur eller fritidsaktiviteter
- Hjelp til reise til og fra arbeid og utdanning
- Hjelp til reise til og fra organisasjon, kultur eller fritidsaktiviteter
- Ventetid på sykehjemsplass
- Ventetid på dagaktivitetstilbud
- Ventetid på støttekontakt
- Ventetid på hjemmetjenester



## Strategiske vurderinger

Omsorgstjenestene utfordres i flere retninger, både på kvalitet, kapasitet, kompetanse og samarbeid i en stadig mer spesialisert tjeneste.

Kvalitetsutfordringen har minst to dimensjoner. Den ene er økt krav om at kommunesektoren skal behandle og gi omsorg til mennesker har stort behov for helsehjelp, slik det blant annet følger av målet med Samhandlingsreformen og etablering av kommunale akutte døgnplasser. Den andre dimensjonen finner en i den gjentatte påpekningen om at helse- og omsorgstjenestene ikke skal styre andres liv, men understøtte, lindre og behandle sykdom for å gi rom til livet og bidra til mestring.

Velferdsteknologi kan både bidra til mestring og egenkontroll for brukerne og mer rasjonelle tjenester.

Utviklingen er fortsatt avhengig av utvikling på flere fronter; infrastruktur for digitale tjenester, kommunal kompetanse om bruk og muligheten for gevinst og fagpersoner som kan vurdere hvilke tiltak som er mulig og hensiktsmessig. I tillegg må det være leverandører med tilstrekkelig kompetanse. Dette krever godt samarbeid mellom direktorat og kommunesektoren og tett samarbeidet mellom e-helsedirektoratet og Helsedirektoratet, og tilsvarende enhetlig styring fra departementet. Det er fremdeles behov for midler til utvikling innovasjon og økonomiske ressurser slik at kommunesektoren kan prøve ut alternative løsninger uten at en alltid kan vite på forhånd at det vil gi umiddelbar økonomisk gevinst.

De må etableres samarbeid og felles verktøy for å følge opp kvalitet i pasientbehandlingen for kommunene og spesialisthelsetjenesten.

## Styringsparameter


Identifisert og analysert 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.

Kommentar Det utarbeides en egen rapport på Styringsparametret som er knyttet til endringer og utviklingstrekk i sektoren. Rapporten vil oversendes innen HOD 1.2.2017.

Innhentet og spredt kunnskap om systematisk kvalitetsutviklingsarbeid i tjenestene.

Kommentar Det utarbeides en egen rapport på Styringsparametret som er knyttet til endringer og utviklingstrekk i sektoren. Rapporten vil oversendes innen HOD 1. 2.2017. Rapporten gir en oversikt over innhentet kunnskap bl.a. annet om systematisk kvalitetsutviklingsarbeid i tjenestene. De viktigste arenaene for å spre kunnskap Omsorgsbiblioteket, som samler dokumentasjon fra innovasjonsprosjekter, utviklingsarbeid og resultater fra følgeforskning. Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester har også en viktig rolle i forhold til spredning av kunnskap og metoder på feltet. Arbeidet med utvikling av trygghetsstandard for sykehjem og prosjektet med statlig finansiering av omsorgstjenestene har gitt viktige innspill til kunnskap om kvalitetsutviklingsarbeid i tjenestene.

## Oppgaver

 Gjennomføre et forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenestene, i tråd med oppdragsbrev at 27. mars 2015.	I rute
Beskrivelse	Forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenestene skal iverksettes i mai 2016. Forsøkskommunene skal ta i bruk nye kriterier for tjenestetildeling, og aktuell finansieringsmodell tas i bruk.
Kommentar	Forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenester ble iverksatt 1.5.2016. 6 kommuner deltar i forsøket og fire av disse har tatt i bruk nye kriterier for tjenestetildeling. Finansieringsmodellen er fasett inn ved gjennomgang og koding av alle vedtak om omsorgstjenester. Det utredes hvordan IPLOS kan brukes i større grad enn i dag på nasjonalt og lokalt nivå, det er igangsatt arbeid med EPJ-utvikling for å understøtte forsøket og det er utviklet et e-læringsprogram i saksbehandling for omsorgstjenesten. Første evalueringsrapport foreligger fra Agenda Kaupang der status for kommunene før forsøkets oppstart beskrives.

## ● Utarbeide årsrapport for Omsorg 2020 i samarbeid med Husbanken

I rute

- Beskrivelse** Innen 1. desember påfølgende år skal Helsedirektoratet utarbeide årsrapport for Omsorg 2020 i samarbeid med Husbanken, som oppsummerer og analyserer effekter og resultater av planen sett i sammenheng med statistikk og forskning om utviklingen i sektoren. Årsrapporten suppleres med nye vurderinger av resultatdata bl.a. fra fylkesmannsembetene så snart de foreligger, og med statistikk fra Iplos og Kostra innen 1. august til bruk i budsjettarbeidet. Resultatmål: Dokumentere oppfølgingen av Omsorg2020.
- Kommentar** Årsrapport for Omsorg 2020 for 2016 vil utarbeides og oversendes HOD innen 1.12.2017. Det er utarbeidet en plan for helhetlig gjennomføring av Omsorg 2020. Denne vil ajourføres og revideres jevnlig slik at den er oppdatert på de ulike aktiviteter som ligger til planen eller er relatert til denne. Rapport for hele planperioden for Omsorgsplan 2015 vil bli ferdigstilt innen 1.2.2017.

## ● Helsedirektoratet rapporterer fortløpende på status, framdrift og avvik i de faste samarbeidsmøtene med departementet om Omsorg 2020, herunder disponering av tilskuddsmidler med vurdering av risiko og behov for justeringer.

I rute

- Kommentar** Det avholdes månedlige samarbeidsmøter med HOD og Helsedirektoratet om Omsorg 2020. Helsedirektoratet informerer fortløpende på status framdrift og avvik på de ulike oppdragene under Omsorg 2020.

## ● Gjennomføre Omsorg 2020 som en helhetlig plan

I rute

- Beskrivelse** Helsedirektoratet skal bidra til å gjennomføre Omsorg 2020 som en helhetlig plan i tråd med Prop. 1 S (2015-2016), herunder bl.a. Demensplan 2020, innovasjonsatsing, pårørendeprogram, velferdsteknologiprogram, frivillighetsstrategi og Husbankens investeringsordning til sykehjem og omsorgsboliger, samt Kompetanseløftet 2020 som nå skal dekke hele den kommunale helse- og omsorgstjenesten.
- Kommentar** Det er utarbeidet en overordnet plan for gjennomføring av Omsorg 2020, med oversikt over status på alle oppdrag/tiltak under Omsorg 2020. Arbeidet er i rute. Ad pårørende-programmet: Veilederen publiseres 12.1.2017. Det jobbes nå med plan for implementering av veilederen. Helsedirektoratet har tett dialog med Fylkesmennene knyttet til gjennomføring av Omsorg 2020. De har mottatt mange søknader på tilskuddsordningen for kompetanse og innovasjon (kap. 0761.68) som er et virkemiddel for å fremme innovasjonsprosjekter i kommunene. Det er et tett samarbeid opp mot Kompetanseløft 2020 som gjennomføres som egen plan. Velferdsteknologiprogrammet har kommet med anbefalinger som fremmer tjenesteinnovasjon og som nå skal implementeres i flere kommuner. Helsedirektoratet jobber med å etablere samarbeidsstrukturer med relevante aktører som kan bidra inn i innovasjonsarbeidet innenfor helse- og omsorgstjenestene, og leverer i disse dager en plan for innovasjon til HOD. Helsedirektoratet utarbeider en analyserapport hvor utviklingstrekk innen de kommunale helse- og omsorgstjenester identifiseres, som skal ferdigstilles pr 1.2.2017.

## ● Departementet vil komme tilbake med eget oppdragsbrev for den nye Demensplan 2020 og Kompetanseløft 2020

I rute

- Beskrivelse** Departementet vil oversende et eget oppdragsbrev for Demensplan 2020 og Kompetanseløft 2020 som skal være et utgangspunkt for arbeidet med planene.
- Kommentar** Mottok oppdragsbrev 14.1.2016. Dette er utgangspunktet for gjennomføring av arbeidet med demensplanen.

I stedet for årsrapport for 2015, utarbeider Helsedirektoratet i samarbeid med

- Husbanken i løpet av 2016 en samlet rapport for Omsorgsplan 2015, som oppsummerer og vurderer resultatene for hele planperioden.

I rute

Beskrivelse Resultatmål: Dokumentasjon på gjennomføringen av Omsorgsplan 2015

Kommentar Helsedirektoratet har fått utsatt frist for levering av rapporten til 1.2.2017.

### 3.3.2 Primærhelsetjenester

#### Langsiktige mål

- Økt kompetanse, bedre ledelse og mer tverrfaglighet i kommunale helse- og omsorgstjenester.

Kommentar Kompetanseutfordringene er størst i omsorgstjenestene, hvor kompetansenivået er stigende og nye opplæringsprogrammer tas i bruk. I 2015 ble 73,2 prosent av årsverkene utført av personell med relevant fagutdanning. Andelen var 71,4 prosent i 2007, slik at økningen har vært på 1,8 prosentpoeng. Andelen årsverk utført av høgskoleutdannede har økt særlig mye og utgjorde 34 prosent i 2015, mot 29 prosent i 2007. Økende arbeidsinnvandring har bidratt til årsverksvekst, og gjør seg gjeldende på alle kompetansenivåer. Nye opplæringsprogram er utviklet og tatt i bruk innen i aktiv omsorg og musikkbasert miljøbehandling i demensomsorgen. 21 prosent av kommunene har deltatt i utdanningstilbudet Lederutdanning helse og omsorg, utviklet av Høgskolen i Hedmark. En ny lederutdanning, Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten, er utviklet på mastergradsnivå. Høsten 2015 startet to klasser med totalt 106 studenter utdanningen. Opplæringspakken Velferdsteknologiens ABC ble utviklet i 2016, og er klar til å tas i bruk.

- Mer likeverdige helse- og omsorgstjenester til innvandrerbefolkningen.

Kommentar Arbeidet inngås som en del av oppfølgingen av primærhelsemeldingen. Helsedirektoratet er sekretariat for SOHEMI. Fagrådet har behov for en mer definert rolle og funksjon. I den forbindelse vil fagrådet få en ny leder og ny sammensetning i 2017 samtidig som mandatet blir revidert. I samarbeid med IMDi var 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 ble iverksatt i 2016 og kunnskapsoppsummeringen forventes ferdig i 2017. Kunnskapsoppsummeringen fra NAKMI og Kreftregisteret (2015) konstaterer at det er lite kunnskap om kreft blant norske innvandrere, og at det ikke er mulig å overvåke dette systematisk. Det er påpekt fra flere fagmiljøer, inkludert Kreftregisteret, at det er en utfordring at det ikke er hjemmel i Kreftregisterforskriften til at Kreftregisteret kan ha informasjon om landbakgrunn/fødested. Dette medfører at det er begrenset kunnskap om kreftforekomst i innvandrerbefolkningen. Det er også begrenset kunnskap om årsakene til sen utredning og forsinket diagnose av brystkreft hos innvandrerkvinner. Det er satt i gang flere forskningsprosjekter som omhandler brystkreft, screening og kvinner med innvandrerbakgrunn (Kreftregisteret og NAKMI). Kreftforeningen har inkludert innvandrere i sine kampanjer og legger til rette for informasjon på relevante språk. Helsedirektoratet har i samarbeid med Kreftregisteret, Kreftforeningen og NAKMI utarbeidet anbefalinger for oppfølging av tiltaket, jfr. brev til Helse- og omsorgsdepartementet datert 20.12.2016. Anbefalingene omfatter blant annet at informasjon om screening og invitasjon til screening bør tilpasses målgruppene. For kvinner med innvandrerbakgrunn med begrensede norskkunnskaper betyr det at

informasjonen bør være så enkel som mulig og vurderes oversatt til relevante språk. Kreftforeningens oppsøkende arbeid på arenaer hvor innvandrere kan nås bør videreutvikles og gjennomføres i større omfang. I NOU2014:8 Tolking i offentlig sektor dokumenteres det et underforbruk av tolk i offentlig sektor og i helsetjenestene. Det dokumenteres også et behov for at tjenesteytere, inkludert helsepersonell, i større grad sikrer at tolken har nødvendige kvalifikasjoner. I 2016 vedtok regjeringen et forbud mot å bruke barn som tolk eller til annen formidling av informasjon mellom offentlige tjenesteytere og personer med begrensede norskkunnskaper. Det har imidlertid ikke vært foretatt noen kartlegging av bruk av telefon- og skjermtolking men det rapporteres om utstrakt bruk av telefontolking i helsetjenestene. Oslo universitetssykehus, seksjon for likeverdig helsetjeneste, har etablert en tolkesentral som er tilgjengelig for deler av helse Sør-Øst. Tolkesentralen har bidratt til bedre tilgang til kvalifiserte tolker og bedre rutiner for tolkebruk på sykehusene i regionen. Folkehelseinstituttet har innenfor egne rammer avsatt midler til å gjøre koblinger av registerdata for mer kunnskap om innvandreres helse og bruk av helsetjenester. Det er blant annet gjort koblinger som har gitt økt kunnskap om innvandrersgrupper bruk av fastlege ved psykiske plager, sammenlignet med majoritetsbefolkningen. Helsedirektoratet har i 2016 gjennomført et nasjonalt dialogseminar med likeverdige helse- og omsorgstjenester for innvandrerbefolkningen som tema. Det ble gjennomført parallellsesjoner om aktuelle tema med mulighet for dialog. Det planlegges en større konferanse i 2017 i samarbeid med NAKMI, FHI, IMDi, Diabetesforbundet, Kreftforeningen, Kreftregisteret, seksjon for likeverdige helsetjenester (OUS) og fagrådet SOHEMI. Helsedirektoratet deltar på møter og fagsamlinger i Kompetanseteamet, hvor blant annet tvangsekteskap og psykisk helse har vært tema. Det har vært få henvendelser om kjønnglemløst rett til Kompetanseteamet ved Helsedirektoratets representant. Direktoratet har også deltatt på møter og fagsamlinger for KOM-nettverket og vil i 2017 ha en rolle i oppfølgingen av regjeringens nye handlingsplan mot menneskehandel. I 2016 ble det fordelt tilskuddsmidler til RVTS-ene, NAKMI og Diabetesforbundet for videreføring av pågående arbeid på feltet.

### ● Styrket forebyggende og helsefremmende innsats og økt mestringstilbud i kommunale helse- og omsorgstjenester.

**Kommentar** Det har vært en vekst i antall mottakere av habilitering og rehabilitering både i og utenfor institusjon i kommunene. For habilitering og rehabilitering i institusjon har antall mottakere økt med nesten 3 300 i perioden 2010-2015, noe som tilsvarer 27 prosent. Den tilsvarende veksten for habilitering og rehabilitering utenfor institusjon har vært nesten 5 600, eller 19 prosent. Det er mindre underrapportering på området, og statistikken tilsier at flere kommuner nå rapporterer på området, selv om vi fortsatt mangler data fra over halvparten av kommunene innen habilitering og rehabilitering utenfor institusjon. Mange kommuner satser på hverdagsrehabilitering til hjemmetjenestens målgrupper, og enkeltkommuner kan vise til at dette har ført til en dreining av aktivitet i form av mer satsing på rehabilitering. Det har imidlertid vært en økning i antall årsverk for ergoterapeuter og fysioterapeuter på fast lønn i kommunene. I 2015 var det 1 029 ergoterapeutårsverk innen pleie- og omsorgssektoren, noe som er en økning på nesten 300 eller 40 prosent siden 2010. Veksten i fysioterapeutårsverk har også vært om lag 300 i tilsvarende periode, noe som tilsvarer 20 prosent.

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

---

**Kommentar** Helsedirektoratet har problemer med å ferdigstille Veileder for helse- og omsorgstjenestenes arbeid med vold i nære relasjoner i vår nye elektroniske plattform for nasjonale publikasjoner. Veilederen vil derfor bli ytterligere forsinket. NKVTS har på oppdrag fra Helsedirektoratet laget og levert et ferdig faglig utkast til veileder, men som ikke lenger passer overens med de elektroniske publikasjonstypene som Helsedirektoratet har vedtatt. Det vil kreve en stor omarbeiding av materialet, og denne veilederen er ikke nådd opp med prioritet for bistand fra avdeling kommunikasjon i Helsedir, som en nødvendig aktør i bearbeidingen videre. Intern arbeidsgruppe i Helsedir er bredt sammensatt og har jobbet godt med innholdet. Det er også etablert en styringsgruppe i Helsedir for veilederen, som nå må være med på videre veivalg for å muliggjøre ferdigstilling.

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

---

**Kommentar** Ansvar for å følge opp kommunale øyeblikkelig hjelp døgnopphold i kommunene ble overført fra PHOT til PHAH i 2016. Tilbudet utvides til også å gjelde for psykiatri og rus - pasienter som kommunen kan behandle med sine resurser fra 1.1.2017. Det ble i 2016 utarbeidet revidert veileder som følge av utvidelse av ordningen til psykiatri og rus.

### ● Bedre oppfølging av personer med kronisk sykdom.

**Kommentar** NCD strategien 2013-2017 og den kommende handlingsplanen for NCD i Norge er basert på vår forpliktelse i WHA til å redusere for tidlig død (død før 70 år) av de 4 NCD-sykdommene med 25 % i perioden fra 2010 til 2025. Norge ser ut til å nå disse målene, men vi har i NCD strategien satt oss enda høyere mål, som går ut på å være blant de 3 landene med høyest levealder innen 2025.

Hvis vi ser på de 4 sykdommene som utgjør NCD-sykdommene vil vi se at nedgangen i dødelighet særlig slår ut på den vanligste dødsårsaken - som er hjerte-kardødelighet. Det gjør at kreftsykdommene etter hvert ser ut til å bli viktigste årsak til for tidlig død. Dødeligheten av kols og diabetes har ikke gått ned i samme grad som hjertekar dødeligheten, men synes å være nokså konstant. Dette fordi de fleste med kols og diabetes dør av hjertekarsykdom, «rene» kols eller diabetes dødsfall er således ikke tallmessig store, og bidrar ikke mye til målsetning på 25 % reduksjon. FHI holder sammen med helsedirektoratet på med et indikatorprosjekt som vil gi bedre tall for å følge med på området allerede i 2017.

Norges egen ambisjon om å bli blant de 3 landene i verden med høyest levealder krever fortsatt høyt fokus på NCD-sykdommene og risikofaktorene, da vi fortsatt ikke er nær dette målet.

Helsedirektoratet har i løpet av 2016 utarbeidet en diabetesplan. Planen var ferdigstilt og overlevert Helse- og omsorgsdepartementet 15. desember 2016. Videre prosess og oppfølging av planen vil bli avklart med departementet i løpet av januar 2017.

Utkast til retningslinjen er ferdigstilt i 2016 og er på eksterne høring. I 2017 vil starte arbeidet med å samordne rådene med hensyn til forebygging og tidlig intervensjon, da risikofaktorene for sykdommene er relativt like.

Det vises for øvrig til omtale av arbeidet med demens under resultatområdet Omsorgstjenester, samt til omtale under resultatområde Psykisk helse og rus. Nasjonal retningslinje for diabetes er ferdigstilt og implementeres i samarbeid med eksterne fagmiljø. Nasjonal faglig retningslinje for individuell primærforebygging av hjerte- og karsykdommer er utarbeidet sammen med tjenesten og er i ferd med å ferdigstilles. Mennesker med langvarige og sammensatte behov får ikke dekket sine behov for primærhelsetjenester på en god nok måte og det er behov for

samordning. Det er utredet hvordan tjenesten kan styrkes gjennom etablering av primærhelseteam med utgangspunkt i fastlegekontorene. Utredningen belyser de organisatoriske og finansielle sidene ved etablering av teamene.

## ● Redusert uberettiget variasjon i kommunale helse- og omsorgstjenester.

---

**Kommentar** Følgende oppdrag skal redusere uberettiget variasjon i kommunale helse- og omsorgstjenester innenfor allmennhelsetjenestene, herunder legevakt og fastlegeordning.

PHAH følger opp revidert akuttmedisinforskrift fra 2015, herunder kompetansekrav til legevaktpersonell, utstyr i legevakt og krav til utrykning. Det er utarbeidet nødvendige kurs for leger og sykepleiere i legevakt innenfor områdene akuttmedisin og volds- og overgrepshåndtering. Kursene starter opp i 2017. Fastlegene er pålagt kurs i volds- og overgrepshåndtering.

Det ble i 2016 utarbeidet en skisse til en modell for Primærhelseteam (PHT). Dette er en oppfølging av primærhelsemeldingen, og et tilbud til grupper med store og sammensatte behov. Teamet skal bestå av fastlege og sykepleier. Sistnevnte skal være ansatt ved fastlegekontoret. Prosjektet skal videreføres i 2017.

PHAH har fra 2016 følge-med-ansvaret for øyeblikkelig hjelp døgnopphold i kommunene. Tilbudet vil fra 1.1.2017 bli utvidet til rus- og psykiatri, og veilederen ble revidert i 2016.

Det må jobbes med å få på plass indikatorer for uberettiget variasjon og verktøy som kan måle forekomsten av dette. Per i dag finnes det noe statistikk på kvantitet innenfor disse tjenestene, mens det vedrørende kvalitet er svært begrenset hva som forefinnes.

### Samlet vurdering

#### Økt kompetanse, bedre ledelse og mer tverrfaglighet i kommunale helse- og omsorgstjenester

Kompetanseutfordringene er størst i omsorgstjenestene, hvor kompetansenivået er stigende og nye opplæringsprogrammer tas i bruk. I 2015 ble 73,2 prosent av årsverkene utført av personell med relevant fagutdanning. Andelen var 71,4 prosent i 2007, slik at økningen har vært på 1,8 prosentpoeng. Andelen årsverk utført av høgskoleutdannede har økt særlig mye og utgjorde 34 prosent i 2015, mot 29 prosent i 2007. Økende arbeidsinnvandring har bidratt til årsverksvekst, og gjør seg gjeldende på alle kompetansenivåer. Nye opplæringsprogram er utviklet og tatt i bruk innen i aktiv omsorg og musikkbasert miljøbehandling i demensomsorgen. 21 prosent av kommunene har deltatt i utdanningstilbudet Lederutdanning helse og omsorg, utviklet av Høgskolen i Hedmark. En ny lederutdanning, Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten, er utviklet på mastergradsnivå. Høsten 2015 startet to klasser med totalt 106 studenter utdanningen. Opplæringspakken Velferdsteknologiens ABC ble utviklet i 2016, og er klar til å tas i bruk.

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

Helsedirektoratet leverte forslag til mulig modell for et forsøk med primærhelseteam (IS-2546) 1. november 2016. En revidert versjon med ytterligere vurderinger er overlevert Helse- og omsorgsdepartementet 16. november 2016 (IS-2546-2).

På oppdrag fra Helsedirektoratet, har NKLM i løpet av 2016 utviklet et nettbasert kurs i akuttmedisin for legevaktpersonell, og et kurs om volds- og overgrepshåndtering. Kursene blir tilgjengeliggjort på en egen læringsportal i 2017. Det er nå totalt 10 tilbydere av kurs i akuttmedisin og det forventes en betydelig økning i kursaktiviteten i løpet av 2017.

Direktoratet har gitt i oppdrag til NKLM og NSDM om å se nærmere på kompetanse- og personellutviklingen på legevakt og i kommunene. Spørreundersøkelser vil bli distribuert til legevakter og kommuner i løpet av mars 2017. Deres rapporter vil sammen med innhenting av registerdata fra interne databaser danne grunnlaget for hvordan oppdraget blir besvart innen fristen 31. januar 2018. I tillegg vil det bli tatt kontakt med Legeforeningen og Sykepleieforbundet for å informere om oppdraget og få synspunkter fra deres side samtidig som kontakten med KS vil bli opprettholdt.

Felles legevaktnummer 116 117 har 1. sept. 2016 vært i drift ett år. I løpet av 2016 er det ca. 45 % av innringerne til legevaktsentralene som benytter 116 117. Det er fortsatt behov for informasjonsarbeid overfor befolkningen. Det jobbes med å finne bedre tekniskløsninger og bedre markedsføring slik at dekningsgraden kan øke.

### Bedre oppfølging av personer med kronisk sykdom

NCD-strategien 2013-2017 og den kommende handlingsplanen for NCD i Norge er basert på vår forpliktelse i WHA til å redusere for tidlig død (død før 70 år) av de 4 NCD-sykdommene med 25 % i perioden fra 2010 til 2025. Norge ser ut til å nå disse målene, men vi har i NCD-strategien satt oss enda høyere mål, som går ut på å være blant de 3 landene med høyest levealder innen 2025.

Hvis vi ser på de 4 sykdommene som utgjør NCD -sykdommene vil vi se at nedgangen i dødelighet særlig slår ut på den vanligste dødsårsaken- som er hjerte-kardødelighet. Det gjør at kreftsykdommene etter hvert ser ut til å bli viktigste årsak til for tidlig død. Dødeligheten av kols og diabetes har ikke gått ned i samme grad som hjertekar dødeligheten, men synes å være nokså konstant. Dette fordi de fleste med kols og diabetes dør av hjerte-karsykdom, «rene» kols eller diabetes dødsfall er således ikke tallmessig store, og bidrar ikke mye til målsetning på 25 % reduksjon. FHI holder sammen med helsedirektoratet på med et indikatorprosjekt som vil gi bedre tall for å følge med på området allerede i 2017.

Norges egen ambisjon om å bli blant de 3 landene i verden med høyest levealder krever fortsatt høyt fokus på NCD -sykdommene og risikofaktorene, da vi fortsatt ikke er nær dette målet.

Helsedirektoratet har i løpet av 2016 utarbeidet en diabetesplan. Planen var ferdigstilt og overlevert Helse- og omsorgsdepartementet 15. desember 2016. Videre prosess og oppfølging av planen vil bli avklart med departementet i løpet av januar 2017.

Utkast til retningslinjen er ferdigstilt i 2016 og er på eksterne høring. I 2017 vil starte arbeidet med å samordne rådene med hensyn til forebygging og tidlig intervensjon, da risikofaktorene for sykdommene er relativt like.

Det vises for øvrig til omtale av arbeidet med demens under resultatområdet Omsorgstjenester, samt til omtale under resultatområde Psykisk helse og rus.

### Redusert uberettiget variasjon i kommunale helse- og omsorgstjenester

Helsedirektoratet følger opp revidert akuttmedisinforskrift fra 2015, herunder kompetansekrav til legevaktpersonell, utstyr i legevakt og krav til uttrykning. Det er utarbeidet nødvendige kurs for leger og sykepleiere i legevakt innenfor områdene akuttmedisin og volds- og overgrepshåndtering. Kursene starter opp i 2017. Fastlegene er pålagt kurs i volds- og overgrepshåndtering.

Det ble i 2016 utarbeidet en skisse til en modell for Primærhelseteam (PHT). Dette er en oppfølging av primærhelsemeldingen, og et tilbud til grupper med store og sammensatte behov. Teamet skal bestå av fastlege og sykepleier. Sistnevnte skal være ansatt ved fastlegekontoret. Prosjektet skal videreføres i 2017

Direktoratet har fra 2016 følge-med ansvaret for øyeblikkelig hjelp døgnopphold i kommunene. Tilbudet vil fra 1.1.2017 bli utvidet til rus- og psykiatri, og veilederen ble revidert i 2016.

Det må jobbes med å få på plass indikatorer for uberettiget variasjon og verktøy som kan måle forekomsten av dette. Pr i dag finnes det noe statistikk på kvantitet innenfor disse tjenestene, mens det vedrørende kvalitet er svært begrenset hva som forefinnes.

### Smittevern og beredskap

Helsedirektoratet har hatt mye aktivitet rettet mot implementering av antibiotikaretningslinjer og tiltak mot AMR gjennom hjelp til planlegging og gjennomføring av de fylkesvise smittevernkonferansene i 2016.

Helsedirektoratet har i 2016 arbeidet mye med planverk i beredskapssammenheng, med spørsmål og problemstillinger knyttet til smittevernlovgivningen og konkrete tilstander som zikainfeksjoner, flyktninger, tuberkulose, borreliose og resistensproblematikken.

Direktoratet har også arbeidet med internasjonale spørsmål i forbindelse med oppfølgingen etter ebolasituasjonen og implementering av internasjonale helsereglementet (IHR-forskriften 2005).

### Barn- og ungdomshelse

Utkast til ungdomshelsestrategien ble overlevert Helse- og omsorgsdepartementet mandag 18. januar 2016. Kostnadsberegninger og prioritering av tiltak i ungdomshelsestrategien ble etter avtale ettersendt til HOD

mandag 29. februar 2016.

Helsedirektoratet har i arbeidet med ungdomshelsestrategien, fått god oversikt over ungdomshelse på de ulike tjenesteområdene som folkehelse, primærhelse og i spesialisthelsetjenesten.

Helsedirektoratet har utredet mulige løsninger for, og virkninger av, en bindende minimumsnorm i skolehelsetjeneste sett i sammenheng med helsestasjonstjenesten. Kartlegging av årsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten ble lansert 10. oktober 2016.

### Styrket forebyggende og helsefremmende innsats og økt mestringstilbud i kommunale helse- og omsorgstjenester

Det har vært en vekst i antall mottakere av habilitering og rehabilitering både i og utenfor institusjon i kommunene. For habilitering og rehabilitering i institusjon har antall mottakere økt med nesten 3 300 i perioden 2010-2015, noe som tilsvarer 27 prosent. Den tilsvarende veksten for habilitering og rehabilitering utenfor institusjon har vært nesten 5 600, eller 19 prosent. Det er mindre underrapportering på området, og statistikken tilsier at flere kommuner nå rapporterer på området, selv om vi fortsatt mangler data fra over halvparten av kommunene innen habilitering og rehabilitering utenfor institusjon. Mange kommuner satser på hverdagsrehabilitering til hjemmetjenestens målgrupper, og enkeltkommuner kan vise til at dette har ført til en dreining av aktivitet i form av mer satsing på rehabilitering. Det har imidlertid vært en økning i antall årsverk for ergoterapeuter og fysioterapeuter på fast lønn i kommunene. I 2015 var det 1 029 ergoterapeutårsverk innen pleie- og omsorgssektoren, noe som er en økning på nesten 300 eller 40 prosent siden 2010. Veksten i fysioterapeutårsverk har også vært om lag 300 i tilsvarende periode, noe som tilsvarer 20 prosent.

### Friskliv- og mestring

I utgangen av 2015 hadde 258 kommuner/bydeler etablert frisklivssentraler eller frisklivs- og mestringstilbud. SSB rapporten «Frisklivssentraler i kommunane (2016)» viser at frisklivssentraler driver utstrakt samarbeid med andre deler av helsetjenesten, samt private og frivillige aktører. Den viser videre at frisklivssentralene når viktige målgrupper med tanke på utjevning av sosial ulikhet i helse, og at kommuner med frisklivssentraler bruker mer penger på forebyggende arbeid og har kommet lenger i det systematiske folkehelsearbeidet. Det jobbes kontinuerlig med å kvalitetssikre kompetanseheving for helsepersonell når det gjelder arbeid med levevaner, søvn og lettere psykiske plager. Veileder for kommunale frisklivssentraler ble i nært samarbeid med praksisfeltet oppdatert i 2016.»

### Mer likeverdige helse- og omsorgstjenester til innvandrerbefolkningen

Helsedirektoratet har fulgt opp Nasjonal strategi om innvandreres helse 2013 - 2017. Det ble gjennomført årlig nasjonal dialogkonferanse i 2016. I 2016 har Helsedirektoratet i samarbeid med Integrerings- og mangfoldsdirektoratet initiert en bestilling til Kunnskapsenteret 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 ble iverksatt i 2016 og kunnskapsoppsummeringen forventes ferdig i 2017.

Helsedirektoratet har i samarbeid med Kreftregisteret, Kreftforeningen og NAKMI utarbeidet anbefalinger, jfr. brev til Helse- og omsorgsdepartementet datert 20.12.2016, som omfatter blant annet informasjon om screening og invitasjon til screening bør tilpasses målgruppene. For kvinner med innvandrerbakgrunn med begrensede norskkunnskaper betyr det at informasjonen bør være så enkel som mulig og vurderes oversatt til relevante språk. Kreftforeningens oppsøkende arbeid på arenaer hvor innvandrere kan nås bør videreutvikles og gjennomføres i større omfang.

Oslo universitetssykehus, seksjon for likeverdig helsetjeneste, har etablert en tolkesentral som er tilgjengelig for deler av helse Sør-Øst. Tolkesentralen har bidratt til bedre tilgang til kvalifiserte tolker og bedre rutiner for tolkebruk på sykehusene i regionen. Folkehelseinstituttet har innenfor egne rammer avsatt midler til å gjøre koblinger av registerdata for mer kunnskap om innvandreres helse og bruk av helsetjenester. Det er blant annet gjort koblinger som har gitt økt kunnskap om innvandrergruppers bruk av fastlege ved psykiske plager, sammenlignet med majoritetsbefolkningen.



### Strategiske vurderinger

Det er et bredt målbilde for helsetjenesten i kommunene. Arbeidet med å forebygge helsesvikt skjer i alle sektorer og den ene hovedstrategien må være å holde høy bevissthet om helsehensyn i kommunenes planprosesser. Tjenestene preges av stor etterspørsel og økende spesialisering. Fastlegeordningen er sentral når det gjelder diagnose og behandling, men preges av at det ikke settes grense for hvilke oppgaver som forventes løst av fastlegene. Økte krav, omfattende ansvar og økt spesialisering kan møtes med nye arbeidsformer, som teamorganisering. Det er også behov for tydeligere prioritering i oppgavemengden og ledelse som kan følge opp og gjennomføre prioriteringene.

De må etableres samarbeid og felles verktøy for å følge opp kvalitet i pasientbehandlingen for kommunene og spesialisthelsetjenesten.

### Styringsparameter

#### Antall kommuner som har etablert frisklivs-, lærings- og mestringstilbud.

Kommentar 258 kommuner har etablert frisklivssentral, eventuelt frisklivs- og mestringssentral innen utgangen av 2015. Vi har ikke nye tall enda for 2016, men disse kommer i første halvår 2017. (KOSTRA)

#### Årsverksutviklingen i kommunale helse- og omsorgstjenester.

Kommentar Av totalt 260 760 årsverk i helse- og omsorgstjenestene i 2015 ble ca. 150 000 utført i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Mens antall årsverk i spesialist-helsetjenesten økte med 6,1 prosent fra 2014 til 2015, var det for de kommunale helse- og omsorgstjenestene en økning på 1,0 prosent. Veksttaket i 2015 er ikke i tråd med regjeringens forutsetning om at personellveksten fortrinnsvis skal skje i kommunene. Innenfor de kommunale helse- og omsorgstjenestene utføres 9 av 10 årsverk i omsorgstjenesten, hvor veksten ble 0,8 prosent. I et lengre tidsperspektiv har det imidlertid vært en betydelig årsvekstvekst i omsorgstjenestene, og regjeringens målsettinger i perioden 2005-2015 er blitt overoppfylt. For kommune-helsetjenesten var veksten på 2,3 prosent fra 2014 til 2015.

#### Antall sykepleiere med videreutdanning i helse- og omsorgstjenestene i kommunene

Kommentar Av totalt 29 343 sykepleiere i omsorgstjenestene i 2015 hadde 6 455 (22 prosent) videreutdanning, samme andel som i 2014. De fordelte seg på områdene psykiatrisk sykepleier inkl. psykisk helsearbeid (1 488), geriatrisk sykepleier (1 846), sykepleier med annen spes./videreutdanning (3 121). Det foreligger ikke samlet statistikk over sykepleiere med videreutdanning i de kommunale helsetjenestene. Helsedirektoratet har foretatt en kartlegging av årsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, som beskriver utviklingen for jordmødre, helsesøstre og andre (Rapport 10/2016). Helsedirektoratet har også fått utført en kartlegging av årsverk og kompetanse i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2016, som inneholder statistikk over hvor mange som har videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid. (SINTEF 2016).

#### Antall meldinger fra helsepersonell etter helsepersonelloven til barnevern og politi.

Kommentar Statistikk fra BUF-dir. viser at barnevern fikk i 2015 54 396 bekymringsmeldinger totalt, av disse er 8 268 bekymringsmeldinger fra helsepersonell, dette utgjør 15,2 % av total innmelding.

Følgende er de yrkesgruppene som har meldte inn bekymringsmelding til barnevern i 2015:

Helsestasjons og skolehelsetjenesten 2 557, dette utgjør 4,7 % av total melding;


Psykisk helsevern for barn og unge 1 197, dette utgjør 2,2 % av total melding;

Psykisk helsevern for voksne 1 360, dette utgjør 2,5 % av total melding;

Lege/sykehus/tannlege 3 155, dette utgjør 2,8 % av total melding.

Helsedirektoratet har ingen tall som kan vise antall meldinger som er sent fra helsepersonell til politi.

## Oppgaver

 Utrede et system for å sikre at helseopplysninger til asylsøkere følger søkeren fra transittmottak til endelig bosetting/avslag og retur.	Ferdig
---	--------

**Beskrivelse** Helsedirektoratet skal utrede konsept for kortsiktige løsninger og samt gjennomføre og implementere nødvendige endringer for å hente ut kortsiktige muligheter for å sikre at helseopplysninger følger asylsøker.

**Kommentar** Prosjektets formål var å "Sikre at asylsøkerne får tilgang til tjenestene de har rett og plikt til å motta og delta i. Helsedirektoratet skal bidra til at kommuner og helseforetak har ivaretatt sitt sørge-for ansvar knyttet til økt asylmottak".

Effektmål for prosjektet:

Alle asylsøkere identifiseres gjennom felles gjennomgående identifikasjon i alle helsejournaler.

Effektiv oppfølging av tuberkulose-screening og kontroll mellom helseaktører ved tilgang til adresseinformasjon for etterspørsel og ettersending av informasjon.

Resultatmål for prosjektet:

- D-nummer er tildelt alle asylsøkere ved ankomst (ved registrering hos PU)
- D-nummer er tilgjengelig for helsetjenesten til bruk ved registrering i helsejournaler
- Asylsøkernes adresseinformasjon er tilgjengelig for kommunelege/ helsetjenesten til oppfølging av lovpålagt tuberkulosekontroll

Prosjektets ferdige leveranser per 1. desember 2016:

1. Adresseinformasjon asylsøkere (v/Helfo veiledning for helseaktører). Oppslagsløsning for adresseinformasjon i FLYT-system (UDI)
2. D-nummer tildeles alle asylsøkere i ankomstsenter via FLYT systemet
3. PREG-oppslagsløsning (NHN) for D-nummer
4. Forvaltningsmodell for forvaltning av utarbeidede og implementerte løsninger

Leveres som følge av modernisert folkeregister i uke 4 2017:

5. D-nummer tildelt automatisk ved ankomst i modernisert folkeregister med løsning for tilgjengeliggjøring
6. Løsning for oppslag av adresseinformasjon for tuberkulose oppfølging

Leveranse i uke 11 2017:

7. D-nummer printes på asylsøkerkortet (i tillegg til DUF-nr. som allerede printes på kortet)

Restanse:

7. Etterregistrering av D-nummer for asylsøkere.

Det er et etterslep for asylsøkere ankommet frem til nå, som har fått tildelt DUF-nr., men ikke D-nummer (dersom de ikke har hatt kontakt med offentlige etater som har tildelt slik nummer). Tyngdepunktet av disse ankom høsten 2015. Det totale aktuelle antallet er ikke kjent (blant annet usikkert hvor mange som fremdeles befinner seg i Norge), men estimatet er i intervallet 6000-12000.

Det er ingen hjemmel for en slik etterregistrering av D-nummer. Prosjektet jobbet mot Skattedirektoratet for at den virksomheten skulle utføre denne oppgaven men dette lot seg ikke realisere.

Oppdrag knyttet til oppfølging av tiltak i primærhelsemeldingen, jf. også tillegg til TB nr. 10.4-10.6

I rute

- Beskrivelse** Oppdrag knyttet til videreutdanninger av helsepersonell. Utredning av organisering og finansiering av primærhelseteam. Bistå med faktaavklaringer og evt. kvalitetssikring av tekster vedrørende departementets juridiske arbeid med oppfølgingen av primærhelsetjeneste-meldingen. Utarbeide to veiledere: kommunens oppfølging av private aktører med driftsavtale og kommunens oppfølging av brukere med store og sammensatte behov. Oppdrag for oppfølging av rehabiliteringsfeltet inkludert fysioterapiområdet. Det vises til oppdraget under personell og kompetanse om kompetanseløft 2020 som må ses i sammenheng med oppdragene her. Utarbeide forslag til hvilke temaer som kan være gjenstand for diskusjon i en regelmessig faglig dialog mellom kolleger i primærhelse-tjenesten og primær- og spesialisthelsetjenesten.
- Kommentar** Helsedirektoratet mottok konkretisering av oppdragene knyttet til oppfølging av tiltak i primærhelsemeldingen i tillegg til tildelingsbrev nr. 17 og nr. 46. Viser til rapportering på følgende oppdrag: Tillegg til TB nr. 17 - Oppfølging av Primærhelsemeldingen - Faglig dialog mellom kolleger i primær- og spesialisthelsetjenesten, Tillegg til TB nr. 17 - Veileder store og sammensatte behov og Tillegg til TB nr. 46 - Oppdrag som oppfølging av Meld. St. 26 om fremtidens primærhelsetjeneste - Oppfølgingsteam.

Helsedirektoratet vil få oppgaver knyttet til å følge opp ny avtale med KS.

Ikke startet

- Beskrivelse** Det er etablert to læringsnettverk forankret i Kvalitetsavtalen mellom regjeringen og KS. Nasjonalt læringsnettverk for helhetlige, koordinerte og trygge pasientforløp for personer med psykiske helse- og/eller rusproblemer. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2020.
- Kommentar** Helsedirektoratet har ikke mottatt oppdrag knyttet til oppfølging av avtale med KS.

● Utarbeide en diabetesplan. Oppdraget vil bli spesifisert i eget brev.

Ferdig

- Beskrivelse** Det vises til brev om presisering av oppdrag - Diabetesplan fra Helse- og omsorgsdepartementet datert 3.2.2016. Planen utarbeides i lys av oppfølgingen av NCD-strategien, etablering av primærhelseteam og styrkede lærings- og mestringstilbud i kommunene. Det er av stor betydning at det enkelte RHF har strategier for å yte et godt tjenestetilbud, samt at Helsedirektoratet sørger for oppdaterte nasjonale faglige retningslinjer og implementeringen av disse, som en del av arbeidet med Diabetesplan. Planen ferdigstilles og leveres til Helse- og omsorgsdepartementet desember 2016.

**Kommentar** Helse- og omsorgsdepartementet fikk den 14. juli oversendt oversikt over ulike oppgaver/elementer i prosjektet med tidsplan og detaljert budsjett. Et viktig element for videre fremdrift er opprettelsen av intern referansegruppe (fra ulike avdelinger som har tangerende prosjekter med diabetes-feltet). Første møte den 1. september som Diabetesforbundet (DF) også er involvert (hatt 2 møter), og det vil også være en ekstern referansegruppe (bestående av medlemmer fra bl.a. Fagrådet og DF). Retningslinje-revisjonen har lagt grunnlaget for en del konkrete tiltak som skal inngå i utkast til planen, mens det parallelt trengs noe mer utredning av kunnskapsgrunnlaget, så noen utredningsprosjekter skal også foreslås at settes i gang som del av innholdet i planen. Utarbeidelse av «Utkast til Diabetesplan» ble gjort i en videre prosess i perioden oktober – desember med oppfølgingsmøte med intern referansegruppe (innspillrunde), samt at eksterne interessenter ble orientert og fikk fremlagt et preliminært utkast av «Utkast til Diabetesplan» og innkalt til et møte for innspill som ble avholdt i desember. Basert på disse innspillene ble prosjektet ferdigstilt og rapporten, i form av «Utkast til Diabetesplan», ble overlevert Helse- og omsorgsdepartementet innen fristen 15. des. Oppdraget, slik det var gitt i oppdragsbrevet fra HOD, er således ferdigstilt, men videreføring av prosjektet vil bero på føringer fra Helse- og omsorgsdepartementet, og videre oppfølging vil bestemmes i et møte med dem 25.01.17. Videreføring av prosjektet vil således evt. komme i form av et nytt oppdrag. Økonomirapporteringen sees i sammenheng med økonomirapporteringen under OP-32-1, kapittel 0762 post 21.

#### ● Øyeblikkelig hjelp

Ferdig

**Beskrivelse** Helsedirektoratet skal revidere veiledere for etablering og drift av øyeblikkelig hjelp døgntilbud til også å gjelde pasienter og brukere med psykiske lidelser og rusproblemer. Resultatmål: Kommunene har et godt verktøy/veiledningsmaterieell for å kunne etablere/utvikle et godt kommunalt øyeblikkelig hjelp tilbud.

**Kommentar** Veiledningsmateriellet ble revidert og publisert i juni 2016. Nå er tilbudet innen psykisk helse og rus-feltet tatt inn i veiledningsmateriellet.

### 3.3.3 Psykisk helse og rus

#### Langsiktige mål

##### ● Fremme selvstendighet og mestring

**Kommentar** Helsedirektoratet har igangsatt og gjennomført mange oppgaver og tiltak som bidrar til å fremme denne langsiktige målsettingen. Se nærmere omtale på samlet årsrapportering på virksomhetsområdet psykisk helse og rus.

##### ● Tilgjengelige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester av god kvalitet

**Kommentar** Helsedirektoratet er kjent med utfordringene knyttet til tilgjengelige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester og har iverksatt og fulgt opp en rekke tiltak for måloppnåelsen. Se nærmere omtale på samlet årsrapportering på virksomhetsområdet psykisk helse og rus.

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

**Kommentar** Flere retningslinjer og faglige råd er under arbeid og noen har blitt ferdigstilt. I tillegg har det blitt igangsatt pasienterfaringsundersøkelser og nasjonale kartlegginger er blitt gjennomført. Se nærmere omtale på samlet vurdering på virksomhetsområdet psykisk helse og rus.

- Bedre oversikt over forekomst og omfang av psykiske plager/lidelser og rusmiddelproblematikk blant befolkningen, samt hvilke kommunale tjenester og spesialisthelsetjenester disse mottar og/eller har behov for.

---

Kommentar Se nærmere omtale på samlet vurdering på virksomhetsområdet psykisk helse og rus.

## Samlet vurdering

### Pakkeforløp

Arbeidet med Pakkeforløp for psykisk helse og rus startet opp i januar 2016 som et ledd i å skape pasientenes helsetjeneste. Målsettingen med utviklingsarbeidet er økt forutsigbarhet og oversikt over forløpet, økt brukermedvirkning, bedre samhandling i tjenestene, og mindre uønsket variasjon i utredning og behandling. Helseledelsen leverte prosjektplan til HOD 1. april med en tentativ tidsplan for arbeidet. De første arbeidsgruppene startet september 2016 med å utarbeide de tre første pakkeforløpene. Utkastene skal leveres februar 2017. Arbeidsgruppene for de fire neste pakkeforløpene er etablert. Områder som skal inkluderes i alle pakkeforløp er blant annet ivaretagelse av somatisk helse og levevaner, barn som pårørende, og kartlegging av erfaringer med vold, overgrep og traumer. I tråd med prosjektplanen vil vi revidere prosjekt- og tidsplan etter erfaringer med de første pakkeforløpene. Flere pakkeforløp bør utredes nærmere, flere bør ses i sammenheng. Prosjektplanen vil revideres primo 2017 og oversendes HOD. Det forventes at de første pakkeforløpene er klare for implementering i tjenestene som planlagt i første del av 2018.

Opptappingsplan for rusfeltet (OP-Rus) skal bidra til en forbedret, forsterket, tverrsektoriell og samordnet innsats overfor personer med rusmiddelproblemer og deres pårørende. Hovedinnsatsen rettes mot å utvikle, øke og forbedre de kommunale tjenestene. Det vil etableres samhandlingsstrukturer med spesialisthelsetjenesten. Helseledelsen har i 2016 konsentrert arbeidet om å utvikle et godt samarbeid mellom direktoratene og å etablere en organisasjonsstruktur som sikrer framdrift og måloppnåelse. Helseledelsen vil i tilskuddsbrevene og i dialogen med kompetansesentrene på psykisk helse, rus, vold- og traumeområdet tilrettelegge for at kompetansesentrene samarbeider med fylkesmennenes rus- og psykisk helserådgivere i den regionale oppfølgingen av OP-Rus og i dialogen med kommunene. Det er initiert et evalueringsprogram for å følge resultatene av opptappingsplanen.

### Psykisk helse og barnevern

Overordnet politisk og faglig mål er å sikre barn i barnevernstjenester likeverdige psykisk helsetjenester. Man vil gi tilpasset hjelp slik at barna får best mulige betingelser for sine livsløp. Arbeidet gjøres i samarbeid med Bufdir., og departementene er tett på i prosessen.

Helseledelsen og Bufdir. leverte anbefalinger til HOD og BLD 1. november, og har fått likelydende oppdrag i tildelingsbrev 2017. Helse Sør-Øst prøver ut 3 modeller for å fange opp barn og unge med psykiske problemer i barnevernsinstitusjoner. Prosjektet støttes av Helseledelsen. Midtveiseevaluering foreligger 1. juni 2017. Endelig rapport leveres primo 2018.

### Overdoseforebygging

Alle tiltak i overdosestrategiens handlingsplan er igangsatt. Målsettingen om årlig nedgang i antall overdosedødsfall er ikke nådd. Strategien jobber gjennom sitt pilotkommuneprosjekt primært i 13 kommuner som overrepresentert med dødsfall ved overdose. En målsetting er at alle disse skal ha egne handlingsplaner for forebygging av overdose, rutiner for oppfølging etter overdose samt tilbud om utdeling av nalokson (motgift) innen utgangen av 2017. SWITCH med utdeling av røykefolie er innført i alle pilotkommunene. Det foreligger planer for videreføring av overdosearbeidet etter at strategiperioden utløper, men finansiering er ikke avklart. Et notat med strategiarbeidets status og utfordringer er levert HOD 23. november.

Opptappingsplan vold og overgrep: Det er over tid fremmet en rekke planer for å forebygge vold og å forbedre tjenestetilbudet til voldsutsatte. Helseledelsen har i 2016 gjennomgått og systematisert HODs tiltak og forpliktelser på vold og traumeområdet, herunder arbeidet med radikaliserings og voldelig ekstremisme. Oversikten, som ble benyttet i direktoratets faglige innspill og forslag til tiltak til regjeringens «Opptappingsplan mot vold og overgrep», vil være et sentralt grunnlagsdokument i direktoratets oppfølging av helsemyndighetenes tiltak i planen.

### ACT- og FACT-team

Helsedirektoratet tilrettelegger, gjennom tilskudd og NAPHAs opplæring i teamene og for at kommunene i samarbeid med spesialisthelsetjenesten etablerer ACT-team. Evalueringen av ACT-team i Norge viser svært gode resultater og tilsier at den oppsøkende og helhetlige tjenestetilnærmingen forebygger kriser, bidrar til innleggelse tidligere i et sykdomsforløp og reduserer behovet for lange døgnoophold i spesialisthelsetjenesten. Antall døgnoophold og tvangsvedtak i psykisk helsevern ble redusert betydelig. Brukere, pårørende og samarbeidspartnere har stor tro på ACT-modellen. Til tross for svært gode resultater av ordningen ble det etablert få nye ACT-team i 2016.

Oppfølgingsplan for arbeid og psykisk helse (2013 – 2016) ble avsluttet i 2016. Vellykkede kunnskapsbaserte satsninger, som Individuell jobbstøtte (IPS), forslås videreført. Resultatene fra IPS-utprøvingen viser signifikant positive effekt hos målgruppen. Foreløpige registerdata utover 18 måneder viser en økende tendens på arbeidsdeltakelse. IPS bidrar også til betydelig bedre livskvalitet, bedre selvopplevd helse, lavere symptomnivå på depresjon og bedre funksjonsnivå. Å utvikle virksomme tiltak fra småskala-prosjekter til implementering i ordinær drift på nasjonalt nivå er utfordrende, og forutsetter et tett og integrert samarbeid mellom helsetjenesten og NAV i tiden framover.

### Tvang i psykisk helsevern

Helsedirektoratet skal gjennom sitt arbeid med tvungent psykisk helsevern bidra til god rettssikkerhet for pasienter og pårørende. Det er gjennomført en kartlegging for å avdekke eventuell bruk av rettighetsinngripende tiltak i kommunale omsorgsboliger og private institusjoner med kommunal driftsavtale. Ordningen for tvungent psykisk helsevern uten døgnoophold er gjennomgått. Et nasjonalt prosjekt for å styrke etikkarbeidet i psykiske helsetjenester avsluttes primo 2017. Et saksbehandlingsrundskriv for å styrke kontrollkommisjonene ble ferdigstilt november 2016. Faglige råd for riktig bruk av tvang startet opp sent 2016 som grunnlag for pakkeforløp tvang. Datakvaliteten på tvungent psykisk helsevern er fortsatt ikke korrekt og komplett på sentrale områder. Denne utfordringen må det arbeides videre med i 2017.

### Nasjonalt strategi for boligsosialt arbeid

Helsedirektoratet har aktiv deltatt i utviklingen og oppfølgingen av strategien «Bolig for velferd» (2014 -2020). Hovedprioritet i 2016 har vært arbeid med den boligsosiale veiviseren som vil gi kommunene nyttige verktøy for å utvikle og forbedre det boligsosiale arbeid. Den ble lansert 1. november og har fått god mottakelse. En tverrdirektoral arbeidsgruppe jobber med ny tiltaksplan for 2017 - 2020. Tidligere samordningsgruppe omdefineres til styringsgruppe med virkning fra 2017.

Rask psykisk helsehjelp (RPH) er initiert, understøttet og finansiert med tilskuddsmidler. RPH har bidratt til mer tilgjengelige tjenester for personer med ulike typer angst, mild til moderat depresjon og evt. søvnproblemer. Ventetiden til behandling er vesentlig lavere enn for andre hjelpetilbud til målgruppen. Flere ble friske etter behandlingen og var i jobb uten trygd ved slutten av behandlingen. Resultatene er like gode som i England, der IAPT har blitt implementert nasjonalt. Helsedirektoratet har gitt Norsk forening for kognitiv terapi i oppdrag å gjennomføre videreutdanningen for kommunalt ansatte.

### Økt kunnskap og kompetanse

To retningslinjer innen rusfeltet har blitt ferdigstilt april 2016 og arbeidet med implementeringen er godt i gang. Veileder Rusmestringsenehetene og Tvang overfor personer med rusmiddelproblemer ble publisert desember 2016.

Tre nasjonale brukererfaringsundersøkelser er gitt i oppdrag til FHI: Undersøkelsen innen psykisk helsevern døgn er gjennomført. TSB døgn og Pårørende ved psykisk helsevern barn og unge gjennomføres i 2017. Alle undersøkelsene er tilpasset til å kunne måle effekten av pakkeforløpene. Utvikling av løpende undersøkelser innen døgn for TSB og psykisk helsevern voksne er planlagt.

Statistikk på psykisk helse- og rusfeltet Informasjons- og styringsgrunnlaget for kommunalt psykisk helse og rusarbeid er fortsatt mangelfullt. For å følge tjenesteutviklingen i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid har Helsedirektoratet iverksatt årlig rapportering fra kommunene. Tilsvarende innhentes informasjon om brukere av

tjenestene gjennom Brukerplan. I 2016 er det som en del av OP-Rus initiert en nasjonal brukerundersøkelse i kommunene. Statistikk er en viktig del av Helsedirektoratets følge-med-rolle, og benyttes som et grunnlag for egen fag- og tjenesteutvikling og HODs policyutvikling.

Kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern er forsinket grunnet saksbehandling av søknader om tillatelser og dispensasjon som har tatt fem måneder hittil. Systemet kan ikke tas i bruk før det er gitt tillatelser.

Kompetansesentrene innenfor psykisk helse, rus, vold og traumer er viktige samarbeidspartnere for kommunene og spesialisthelsetjenesten i utviklingen av gode tjenester og som støtte i det lokale folkehelsearbeidet. Kompetansesentrene bistår myndighetene i implementeringen av flere sentrale satsninger på psykisk helse- og rusfeltet; som psykologer i kommunene, RPH, ACT/Fact-team og Bedre samhandlingsmodeller for utsatte barn og unge, og er viktige samhandlings-partnere i informasjonsformidling og videreutvikling av tiltakene. Helsedirektoratet har arbeidet systematisk med å tilrettelegge for at sentrenes kompetanse og ressurser benyttes effektivt og målrettet iht. lokale behov og sentrale føringer og tråd i med statsstøtteregulverket og regelverket om offentlige anskaffelser. Det er i 2016 både foretatt en vurdering av eierskap og organisering av kompetansesentrene og en gjennomgang av Helsedirektoratets tilskuddsforvaltning. For å samordne fagområdene og målrette sentrenes innsats mot kommunene gir Helsedirektoratet felles tilskuddsbrev og gjennomfører fellessamlinger med lederne av kompetansesentrene.

### Sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri

Farlighet relatert til alvorlig psykisk sykdom og god behandling og samfunnsvern er sentralt i arbeidet med feltet sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri.

Helsedirektoratet og KDI oversendte i mai 2016 rapport til JD og HOD som anbefaler at tilbudet til innsatte om psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling styrkes slik at de får reell rett til helsehjelp. Dette er også omtalt i opptrappingsplan rus. Det er etablert et fagutviklingsprosjekt for utprøving av behandling og organisering av behandling for seksuallovbruddsdømte, inklusiv pedofile og unge overgripere under 18 år, med høy risiko for tilbakefall. Pilotprosjekt i rettspsykiatri utføres med målsetning å bedre domstolens og politi/påtalemyndighetens tilgang til sakkyndige av høy kvalitet. Utskrivningsklare pasienter til kommunen innen sikkerhetspsykiatriske avdelinger kartlegges med tanke på å identifisere årsaker til forsinket overføring. Revidering av voldsrisikorundskrivnet pågår med bistand fra SIFER.

### Spilleavhengighet

Helsedirektoratet har ansvar for å ivareta det helsemessige perspektivet i Handlingsplan mot spilleproblemer (2016-2018). I 2016 har Helsedirektoratet satt i gang en studie som skal se på pårørendes levekår, erfaringer og grad av involvering i behandlingen med tanke på å øke kunnskapen om denne gruppen. Rapport mottas 2017. Kompetansehevede tiltak videreføres, blant annet gjennom det nasjonale opplæringsprogrammet om pengespillavhengighet og problemskapende dataspilling. Helsedirektoratet har også støttet et forprosjekt med en nettsjeneste for å hjelpe personer som har problemer med pengespill eller dataspill.

### Interdirektoralt arbeid med asylsøkere og flyktninger

Økningen i antall asylsøkere og flyktninger til Norge krever at den psykososiale beredskapen i kommunene styrkes. Det er opprettet en tverrdirektoral gruppe om psykososial beredskap og oppfølging av asylsøkere og flyktninger for å samordne den statlige kompetansen på området. Helsedirektoratet har hatt begrenset kapasitet og ressurser til å følge opp arbeidet i 2016.

### Rettsaker

Pasienter i det psykiske helsevernet kan påklage vedtak om tvungent psykisk helsevern inn for domstolen. Ved rettslig overprøving av kontrollkommisjonens vedtak om opprettholdelse av tvungent psykisk helsevern, er det HOD som er saksøkt. HOD har delegert til Helsedirektoratet å opptre som stedfortreder i disse sakene. Helsedirektoratet forbereder alle rettssakene. I tillegg prosederer direktoratet 100 av ca. 240 årlige saker for ting- og lagmannsrett. Antall rettsaker øker stadig.

### Konsenskonferanse Lar og graviditet

Helsedirektoratet har i 2016 forberedt konsensuskonferanse om LAR og graviditet. Det er bestilt seks kunnskapsoppsummeringer og etablert et ekspertpanel som skal drøfte disse, samt lytte ut ulike problemstillinger fra sentrale aktører i inn- og utland i juni 2017.

### Strategiske vurdering

Tiltakene som fremmer samhandling mellom fagpersonell i kommunene og spesialisthelsetjenesten, og med arbeidslivet viser så positive resultater at en må legge vekt på å spre arbeidsmetodene til hele landet. Dette må prioriteres. Finansielle hindringer for samarbeid på DPS-nivå må finne løsning. Helsetjenestens bidrag til avdekking og behandling av vold og overgrep er viktig og krever kompetanse. Foreslåtte tiltak for å motvirke vold og overgrep må gjennomføres i alle sektorer, dette vurderes som viktigere enn å utvikle stadig nye tiltak. De må etableres samarbeid og felles verktøy for å følge opp kvalitet i pasientbehandlingen for kommunene og spesialisthelsetjenesten.

### Styringsparameter

#### Antall kommuner som har tatt i bruk BrukerPlan.

**Kommentar** Antall kommuner som kartlegger mottakere av helse-, omsorg-, og velferdstjenester med vurdert rusproblem og/eller psykisk helseproblematikk øker stadig. I 2014 var det 201 kommuner som deltok i BrukerPlan-kartleggingen og 17 500 brukere ble kartlagt. I 2015 kartla 222 kommuner situasjonen med den tradisjonelle BrukerPlan-modulen (rusmodul), og 126 kommuner med den nyutviklede psykisk helse-modulen. Antall kartlagte brukere doblet seg til ca. 35 000 brukere.

#### Antall meldinger fra helsepersonell etter helsepersonelloven til barnevern og politi.

**Kommentar** Siste tilgjengelige årsstatistikk i SSB sin statistikkbank, 2015, viser at det totalt gikk 9049 meldinger fra helsepersonell til barnevernet i 2015. Flest meldinger kom fra legevakt/sykehus/tannlege (3538), deretter helsestasjon- og skolehelsetjenesten (2553), psykisk helsevern for voksne (1511), psykisk helsevern for barn og unge (1231) og PPT (216). Vedrørende meldinger fra helsepersonell til politiet, så fører ikke Politidirektoratet eller andre instanser pr. dags dato nasjonal oversikt over antall bekymringsmeldinger fra helsepersonell.

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

**Kommentar** Helsedirektoratet har i 2016 gjennomført en nasjonal kartlegging av psykososial oppfølging og helsetjenestetilbud blant kommuner med mottak og/eller omsorgssenter, samt blant landets DPS'er og BUP'er. BrukerPlan-kartleggingen omfatter stadig flere kommuner, og gir et rikt tilfang av informasjon om brukere med rus- og/eller psykisk helseproblem sine levekår, tjenester de mottar og tjenester de evt. har behov for. Statistikken vurderes å være representativt på nasjonalt nivå. Helsedirektoratet har i 2016 brukt betydelige ressurser på å utvikle en status- og utviklingstrekkrapport over kommunale helse- og omsorgstjenester, som deriblant inneholder sentrale utviklingstrekk på psykisk helse- og rusfeltet.



## Økt bruk og oppfølging av jevnlig nasjonale brukerundersøkelser.

**Kommentar** Flere nasjonale brukererfaringsundersøkelser er gitt i oppdrag i 2016 til Folkehelseinstituttet: Undersøkelsen innen psykisk helsevern døgn er gjennomført. TSB døgn og Pårørende ved psykisk helsevern barn og unge gjennomføres i 2017. Disse undersøkelsene er tilpasset til å kunne måle effekten av pakkeforløpene. Utvikling av løpende undersøkelser innen døgn for TSB og psykisk helsevern voksne er planlagt. I tillegg har Helsedirektoratet inngått avtale med KoRus Midt-Norge om utvikling og gjennomføring av nasjonal representativ brukerundersøkelse blant brukere av kommunale rustjenester i løpet av 2017. I avtalen ligger det opsjonsmulighet for gjennomføring av undersøkelsen også i 2018/2019 og i 2020. Denne undersøkelsen er en del av Helsedirektoratets evaluering- og følge-med-program knyttet til Opptappingsplan for rusfeltet (2016-2020).

### Oppgaver

#### ● Pakkeforløp innen psykisk helse og rus

Ferdig

**Beskrivelse** Helsedirektoratet gis i oppdrag i samarbeid med brukerorganisasjoner, regionale helseforetak/relevante fagmiljøer og KS å iverksette et utviklingsarbeid om pakkeforløp både på psykisk helseområdet og rusområdet. Det bes om en prosess- og tidsplan for arbeidet innen 1. april 2016. Implementeringsplan forutsettes inkludert i arbeidet.

**Kommentar** Oppstartsmøte ble holdt 15. september. De første arbeidsgruppene er i rute med sitt arbeid, arbeidsgrupper for de neste pakkeforløpene er etablert. Første referansegruppemøte ble holdt 8. desember.

#### ● Vurdere tiltak som finansieres gjennom prosjektmidler

I rute

**Beskrivelse** Helsedirektoratet skal vurdere hvordan tiltak som i dag finansieres gjennom prosjektmidler, men som er ferdig evaluert eller blir ferdig evaluert i 2016, kan videreføres i tjenestenes ordinære drift eller eventuelt avvikles. Dette gjelder for eksempel, men ikke begrenset til, tiltak som Rask psykisk helsehjelp og tiltak i Oppfølgingsplanen for arbeid og psykisk helse. Jf. spesielle oppdrag 2.3.3.4 punkt 3 - TB 2016

**Kommentar** Vurderinger knyttet til IPS og Rask psykisk helsehjelp er omtalt i oppsummeringen som Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet, med innspill fra Utdanningsdirektoratet, har gjort av tiltakene i Oppfølgingsplan for arbeid og psykisk helse (2013-2016). Det er gitt felles anbefalinger på hvordan virksomme tiltak som finansieres gjennom prosjektmidler kan videreføres, spres og implementeres i ordinær drift. Dette inkluderer også forslag til fremtidig finansiering. Notatet omtaler blant annet tiltakene Rask psykisk helsehjelp, Individuell jobbstøtte og Jobbmestrende oppfølging som i dag finansieres av tilskuddsmidler fra Helsedirektoratet. Endelig ferdigstilling av fellesnotatet foreligger, og oversendes ASD og HOD i første halvdel av januar 2017.

### 3.3.4 Tannhelsetjenester

#### Langsiktige mål

##### ● Likeverdig tilgjengelighet til nødvendige tannhelsetjenester av god kvalitet.

**Kommentar** Helsedirektoratet har dialog med tjenesten ved Fylkestannlegene og kompetansesentrene. I tillegg har Helsedirektoratet et prosjekt om sosial ulikhet. Det jobbes med å bygge opp tannhelsetilbud til tortur- og overgrepsofsatte og personer med odontofobi. (TOO).

- 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. Helsedirektoratet kartlegger tannhelseforholdene til andre prioriterte grupper i samarbeid med fylkeskommunene, kommunene, spesialisthelsetjenesten, regionale odontologiske kompetansesentre samt universitetene.

### Samlet vurdering

Helsedirektoratet har i 2016 slutført en retningslinje om TMD og er i slutfase for del 1 av retningslinjen med arbeidstittel TannBarn. Årets oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet "Spesialistutdanning av tannleger som en integrert samarbeidsmodell mellom Universitetene og ROK" ble levert høst 2016. Arbeidet med å etablere en prosjektorganisasjon med styringsgruppe og arbeidsgrupper i Klinisk odontologi (arbeidstittel Multidisiplinær odontologi) har vært prioritert i 2016. Helsedirektoratet har forvaltet flere tilskuddsordninger knyttet til tannhelse. Forsøksordningen med orale helsetjenester i tverrfaglig miljø i sykehus har hatt flere arbeidsgruppemøter med prosjektledere. Det sees som viktig å oppmuntre til samarbeid mellom dette prosjektet og ROK sine forskningsenheter. Direktoratet har nær dialog med tjenesten, universitetene og tannlegeforeningen, og har styringsdialogmøter med BVG, NIOM og de odontologiske kompetansesentrene (ROK). Direktoratet har også dialog med tjenesten ved Fylkestannlegene og kompetansesentrene. I tillegg har Helsedirektoratet et prosjekt om sosial ulikhet. Det jobbes med å bygge opp tannhelsetilbud til tortur- og overgrepsofsatte og personer med odontofobi. (TOO).

Fylkeskommunene arbeider med å gjøre tilbudet til personer med lovfestede rettigheter etter tannhelsetjenesteloven så tilgjengelig som mulig. Helsedirektoratet kartlegger tannhelseforholdene til andre prioriterte grupper i samarbeid med fylkeskommunene, kommunene, spesialisthelsetjenesten, regionale odontologiske kompetansesentre samt universitetene.

Tannhelsetjenestens kompetansesentre er under oppbygning. Basert på tilskuddssøknadene fra ROKene ser forskningsaktiviteten ut til å øke. 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. Det er varierende grad av samarbeid mellom kompetansesentrene og de odontologiske fakultetene.

Andelen barn og unge som er under oppfølging av den fylkeskommunale tannhelsetjenesten i 2015 er 89,1 %, jfr. tall fra Statistisk sentralbyrå.

### Strategiske vurderinger

Det er igangsatt og varslet flere strukturendringer for tannhelsetjenesten. Oppbygging av kompetanse er i gang. Kommunenes nye rolle må også forberedes dersom de skal overta ansvar for tannhelsetjenesten fra 2020. Helsedirektoratet har i 2016 slutført en retningslinje om TMD og er i slutfase for del 1 av retningslinjen med arbeidstittel TannBarn. Årets oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet "Spesialistutdanning av tannleger som en integrert samarbeidsmodell mellom Universitetene og ROK" ble levert høst 2016. Arbeidet med å etablere en prosjektorganisasjon med styringsgruppe og arbeidsgrupper i Klinisk odontologi (arbeidstittel Multidisiplinær odontologi) har vært prioritert i 2016.

## Styringsparameter

Aktivitet knyttet til forskning og fagutvikling ved de regionale odontologiske kompetansesentrene, og forskningsstøtte fra UiO og UiB til kompetansesentrene og til UiT.

Kommentar Tannhelsetjenestens kompetansesentre er under oppbygning. Basert på tilskuddssøknadene fra ROKene ser forskningsaktiviteten ut til å øke. 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. Det er varierende grad av samarbeid mellom kompetansesentrene og de odontologiske fakultetene.

Andelen barn og unge som er under oppfølging av den fylkeskommunale tannhelsetjenesten.

Kommentar Endelige tall fra SSB om andel barn og unge under oppfølging av den fylkeskommunale tannhelsetjenesten i 2015 er 89,1 %

## 3.4 Spesialisthelsetjenester

### Langsiktige mål

- 1. Relevant og pålitelig styringsinformasjon
- 2. Tilstrekkelig kapasitet og gode pasientforløp
- 3. Høy kvalitet og pasientsikkerhet i spesialisthelsetjenesten pasientsikkerhet

### Samlet vurdering

#### 1. Relevant og pålitelig styringsinformasjon

##### Nye metoder

Helsedirektoratet er sekretariatet for Nasjonalt system for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten, Nye metoder. Sekretariatet har ansvar for saksforberedelse og oppfølging av vedtak i Bestillerforum RHF, og drifter nettstedet [www.nyemetoder.no](http://www.nyemetoder.no). Det har kommet inn 103 forslag og metodevarsler til Nye metoder i 2016. De var alle oppe i Bestillerforum RHF som ga 69 oppdrag om metodevurdering.

Det er iverksatt en rekke utviklingsløp for Nye metoder. Blant de viktigste er styrking av Medisinsk utstyr-feltet i Nye metoder og koordinering av Nye metoder med innkjøpsprosessene i Sykehusinnkjøp HF.

Sekretariatet følger opp internasjonale prosesser som har betydning for Nye metoder, spesielt i regi av EU og WHO. Joint Action 3 ble startet i 2016. Sekretariatet deltar på aktuelle områder som evidensgenerering samt nasjonal implementering og gjenbruk av metodevurderinger som produseres i det europeiske samarbeidet.

##### Helseregistre

Rapporten «Områder i helsetjenesten med mangelfullt kunnskapsgrunnlag og mulig etablering av kvalitetsregistre» er levert HOD i 2016. Helsedirektoratet deltar i Arbeidsutvalget i Nasjonalt helseregisterprosjekt som ledes av Direktoratet for e-helse.

##### Retningslinjer/veiledere/informasjonskriv

10 nye retningslinjer og 6 nye veiledere er publisert i 2016. Blant disse er Nasjonal faglig retningslinje for bruk av antibiotika i sykehus, Nasjonal faglig retningslinje for palliasjon til barn og unge uavhengig diagnose og Nasjonal faglig retningslinje for undersøkelse av syn hørsel og språk hos barn. Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet og for avrusning fra rusmidler og vanedannende legemidler ble ferdigstilt april 2016, og arbeidet med implementeringen er godt i gang. Veileder Rusmestringsenehetene og Tvang overfor personer med rusmiddelproblemer ble publisert desember 2016.

18 retningslinje- og veilederprosjekter hadde oppstart før 2016 og 5 nye ble påbegynt i 2016. Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten ble påbegynt i 2016 og ferdigstilles i begynnelsen av 2017. Retningslinje om kvalitet og kompetansekrav til nyfødttintensivavdelingen er sendt på høring og planlegges utgitt i 2017. Også revisjon av nasjonal faglig retningslinje for multipel sklerose er sendt på ekstern høring.

Det foreligger totalt 28 Pakkeforløp for kreft (26 organspesifikke, ett for Metastaser med ukjent utgangspunkt og ett Diagnostisk Pakkeforløp). Samtlige er revidert i 2016, implementert i helsetjenesten fra 1. september 2016. 18 Nasjonale handlingsprogram for kreft utgis av Helsedirektoratet. Disse oppdateres jevnlig (årlig). Seks nye er under arbeid og vil utgis i løpet av 2017/ 2018.

Som en del av oppfølgingen av Nasjonal helse og sykehusplan arbeider Helsedirektoratet med å etablere nasjonale retningslinjer, veiledere og standarder på det akuttmedisinske området. Det skal etableres fagråd/fagnettverk. Fagnettverk skal blant annet gjennomgå behovet for normerende dokumenter på det akuttmedisinske området og vurdere hva som bør utarbeides av Helsedirektoratet og hva som bør være en oppgave for fagmiljøene i helsetjenesten. Drøftingsmøter med bl.a. RHF-ene er gjennomført og en «Fagnettverkstruktur» vil være på plass før sommeren i 2017.

## 2. Tilstrekkelig kapasitet og gode pasientforløp

Helsedirektoratet fortsetter arbeid med utvikling og implementering av pakkeforløp.

### ParkinsonNet

På oppdrag fra HOD har Helsedirektoratet utarbeidet prosjektforslag for utprøving av ParkinsonNet i Norge. Prosjektforslaget er utarbeidet i samarbeid med den nasjonale kompetansetjenesten for bevegelsesforstyrrelser, Norsk Parkinsonforbund og Direktoratet for e-helse. Prosjektet startes i begynnelsen av 2017, og Helsedirektoratet og kompetansetjenesten koordinerer gjennomføringen.

### Pasientforløp:

Kontaktlegeordningen: Helsedirektoratet har i samarbeid med tjenesten utarbeidet en veileder for Kontaktlegeordningen og utarbeidet implementeringsplan. Målet med ordningen er bedre pasientforløp i spesialisthelsetjenesten, trygghet for pasientene og bedre samarbeid med fastlegene.

Avtalespesialistprosjektet: Prosjektet hvor avtalespesialister får rett til å rettighetsvurdere etter pasient- og brukerrettighetsloven, er forsinket. Årsaken er primært betydelige utfordringer med å utvikle nødvendige EPJ og IKT endringer.

### Kreftstrategi, pakkeforløp og screening

Alle pakkeforløpene med diagnoseveiledere er revidert.

Helsedirektoratet har levert sine anbefalinger på oppdrag om innvandrerkvinner og brystkreft, samt på tilleggsoppdrag fra HOD om tiltak for å øke oppslutning om livmorhalsprogrammet. Prosjektet som utreder et nasjonalt tarmscreeningprogram utvikler dette videre i 2017 etter vedtak i Nasjonalt råd for prioritering i september 2016.

Beslutningsstøtteverktøy for pasienter med prostatakreft er i samarbeid med UNN og Direktoratet for e-helse ferdigstilt og lagt ut på helsenorge.no.

### Pakkeforløp for psykisk helse og rus

Arbeidet med Pakkeforløp for psykisk helse og rus startet i januar 2016. Målsettingen er økt forutsigbarhet og trygghet for pasienter og pårørende, økt brukermedvirkning, bedre samhandling i tjenestene, og mindre uønsket variasjon i utredning og behandling.

Mer informasjon finnes under området Psykisk helse og rus, kap. 3.3.3.

### Utarbeidelse av statusrapport om hjernehelse i kommune og spesialisthelsetjenesten

Statusrapport hjernehelse er slutført og oversendt Helse- og omsorgsdepartementet. I forbindelse med statusrapporten ble det gjennomført en kartlegging av tjenester i primær- og spesialisthelsetjenesten, der egen rapport foreligger. Som en del av arbeidet ble det arrangert dialogkonferanse med brukerorganisasjoner,

profesjonsorganisasjoner og representanter fra både spesialist- og primærhelsetjenesten, som oppsummeres i egen rapport (vedlegg til statusrapporten).

#### Velg behandlingssted

Velg behandlingssted er informasjonstjenesten for Fritt behandlingsvalg. Tjenesten gir pasienter og fastleger informasjon om behandlingssteder, tilbud og ventetider i spesialisthelsetjenesten. Pasientrådgiverne i telefontjenesten er tilgjengelige via 800HELSE (800 43 743).

I 2016 er innholdet i nettsidene på [helsenorge.no/velg-behandlingssted](http://helsenorge.no/velg-behandlingssted) revidert.

Bruk av Velgebehandlingssted i 2016:

- Besøk på nettsiden: 407 513
- Unike besøkende: 230 590
- Telefonhenvendelser: 28 997

#### Legemiddelområdet

Helsedirektoratet arbeider med å samordne sine aktiviteter på legemiddelområdet, også opp mot Direktoratet for e-helse.

Helsedirektoratet har i 2016 utarbeidet Nasjonal strategi for persontilpasset medisin. I 2017 har Helsedirektoratet en overordnet koordinerende rolle for implementering av planen.

Utarbeidelse av en overordnet policy for samarbeid med industri og næringsliv er startet og ferdigstilles i 2017.

Helsedirektoratet er sekretariat for styringsgruppen for handlingsplanen mot antibiotikaresistens.

Styringsgruppen koordinerer aktørenes arbeid med implementering av handlingsplanen. Helsedirektoratet deltar også som partner i EUs Joint Action om antimikrobiell resistens.

I 2017 fortsetter direktoratet å arbeide med oppdrag om inhalasjonsveiledning, oppstartsveiledning, samt ulikheter mellom kjønn i bruk av legemidler. Helsedirektoratet bidrar i oppdrag forankret i Kontaktpunktet for tverretattlig legemiddelinformasjon om legemiddelinformasjon til helsepersonell og pasienter.

### 3. Høy kvalitet og pasientsikkerhet i spesialisthelsetjenesten

#### Kvalitet

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. Det er økt oppmerksomhet på implementering.

I 2016 startet Helsedirektoratet, i samarbeid med helse- og omsorgstjenesten, revisjon av kvalitetsstrategien "... Og bedre skal det bli". Evalueringen ferdigstilles innen april 2017.

#### Medisinsk utstyr

Som fagmyndighet for medisinsk utstyr følger Helsedirektoratet aktivt med på EUs arbeid med innskjerping av produktregelverket for medisinsk utstyr. Nye forordninger ventes vedtatt i 2017, og tilhørende utarbeidelse av gjennomføringsrettsakter har allerede startet.

Oppdraget til Helsedirektoratet/Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap i parallell om å se på dagens delte forvaltning av produktregelverket for medisinsk utstyr, samt foreslå en mer hensiktsmessig organisering, er ferdigstilt og rapport levert HOD i november 2016.

Helsedirektoratet har i 2016 styrket sin kompetanse på klinisk utprøving og klinisk dokumentasjon, og arbeidet med å videreutvikle verktøy og strategier for tilsyn med medisinsk utstyr på markedet i Norge.

Helsedirektoratet har på oppdrag fra HOD utredet videre om regelverket for medisinsk utstyr skal gjelde på Svalbard. Høringsbrev og forskriftsutkast, er levert HOD. Videre er vurdering av en egen forskrift om reklame for medisinsk utstyr levert HOD. Også prosess med utpeking av nytt norsk teknisk kontrollorgan under EU-kommisjonens Joint Assessment-program er sluttført i 2016.

## Styringsparameter

### Kort saksbehandlingstid på enkeltsaker

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

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

Kommentar Gjennomsnittlig saksbehandlingstid er nå nede på 10 måneder. Det er totalt 70 restanser, hvorav 15 er fra 2015 og 55 er fra 2016. Det er stort fokus på å holde den gjennomsnittlige saksbehandlingstiden under 12 måneder.

## Oppgaver

### Vurdering av kapasitetsbehovet for transplantasjoner Ferdig

Beskrivelse I finansinnstillingen står følgende anmodningsvedtak: Stortinget ber regjeringen i statsbudsjettet for 2017 komme tilbake med en vurdering av kapasitetsbehovet for transplantasjoner. Helsedirektoratet bes om å foreta vurderingen. Oppdraget må ses i sammenheng med etablert prosess om nye søknader om nasjonale tjenester fra RHF-ene.

Kommentar Vurdering av kapasitetsbehov for transplantasjoner ble levert HOD september 2016.

### Helsedirektoratet gis i oppdrag å utarbeide informasjonsmaterieil til foreldre og helsepersonell knyttet til tilbudet om rituell omskjæring, jf. lov om rituell omskjæring av gutter av 20. juni 2014 nr. 40. I rute

Kommentar I samarbeid med HOD er det laget ferdig utkast til to informasjonsbrosjyrer til foreldre og helsepersonell tilknyttet tilbudet om rituell omskjæring. Det planlegges oversettelse til flere språk. Ferdigstilles etter tilbakemelding fra HOD i løpet av våren 2017.

### Helsedirektoratet skal utarbeide faglige krav til tilbud til barn og voksne utsatt for seksuelle overgrep. Forsinket

Beskrivelse 1.1.2016 ble lovverket endret slik at ansvaret for drift av overgrepsmottak ved seksuelle overgrep ble lagt til spesialisthelsetjenesten, også når det gjelder voksne. Fra oppdragsdokument til RHF 2016: «Ha ansvar for tilbud til voksne og barn utsatt for seksuelle overgrep, herunder ha inngått avtaler med videreførte robuste kommunale overgrepsmottak, fra 1. januar 2016. For helseforetak og kommuner som ikke har inngått slike avtaler per 1. januar 2016, settes endelig frist for avtaleinngåelse til 1. juli 2016, jf. brev av 11. november 2015.»

Kommentar Oppdraget er forsinket grunnet kapasitetsutfordringer.

## 3.5 Beredskap

### Langsiktige mål

 Verne befolkningens liv og helse og bidra til at nødvendig helsehjelp kan tilbys ved krig og kriser og katastrofer i fredstid

Kommentar Se nærmere omtale på samlet årsrapportering på virksomhetsområdet beredskap.

### Samlet vurdering

Direktoratet vurderer at helse- og omsorgssektorens evne til krisehåndtering generelt sett er god. Vurderingen er basert på sektorens håndtering av reelle hendelser og på erfaringer fra øvelser.

Den uavklarte situasjonen med Strålevernet og omstillingsprosessen i direktoratet innebærer en økt risiko som må adresseres særskilt.

Direktoratet utarbeider i 2017 overordnet oversikt over risiko og sårbarhet i sektoren. Hensikten er å gi departementet informasjon basert på analyser og erfaringer fra øvelser og reelle hendelser som er relevant for styringen av sektoren. Andre viktige saker blir oppfølging av CBRNE-strategien, utvikling av en mer helhetlig nasjonal helseberedskap og styrking av det sivil-militære samarbeidet.

Nedenfor rapporteres etter de fire langsiktige mål departementet har trukket opp som mål og resultatkrav for beredskapsområdet i tildelingsbrevet (TB).

Verne befolkningens liv og helse, og bidra til at nødvendig helsehjelp kan tilbys ved krig og kriser og katastrofer i fredstid ved å:

### **1. Styrke sektorens krisehåndteringsevne basert på øvelser og hendelse, jf. også TB kap 5.3**

Helsedirektoratet var involvert i 36 reelle hendelser av ulik størrelse og alvorlighetsgrad i 2016. Den mest omfattende og krevende av disse var arbeidet med zika-epidemien. Flere terrorhendelser og uroligheter i utlandet var svært dramatiske, men førte kun til kortvarig innsats fra Helsedirektoratet. Øvelser er omtalt under rapportering på spesielle oppdrag.

Justis- og beredskapsdepartementets rapport etter tilsynet med Helse- og omsorgsdepartementets arbeid med beredskap og samfunnssikkerhet gir god karakter til Helsedirektoratets beredskap og krisehåndteringsevne (ingen avvik). Rapporten etterlyser dokumentasjon på system for hvordan erfaring og læring etter hendelser og øvelser følges opp, og i hvilken grad disse ligger til grunn for valg av nye øvingstema. Helsedirektoratet følger dette opp med forbedringstiltak i oppdraget med systematisk oversikt over risiko og sårbarhet for helse- og omsorgssektoren.

Helsedirektoratet leverte rapport på utredningsoppdrag om integrert beredskapsmodell for den sentrale helseforvaltningen. Vi avventer departementets beslutninger knyttet til rapportens anbefalinger.

Helsedirektoratet har levert vurdering av behovet for endringer i lov om helsemessig og sosial beredskap med forskrifter. Arbeidet følges opp med nærmere utredning med sikte på at HOD kan bruke dette i en lovproposisjon.

Grunnet budsjettssituasjonen ble det i 2016 ikke avholdt noen nasjonal helseberedskapskonferanse. Det planlegges slik konferanse i 2017.

Prosedyre for håndtering av Pågående livstruende vold (PLIVO) er etablert, opplæring av innsatspersonell og implementering i tjenesten er gjennomført. Det er påbegynt et arbeid for å revidere prosedyren.

Rundskriv for utlevering av taushetsbelagte opplysninger til politiet er revidert i 2016 for å ivareta at utlevering av taushetsbelagte opplysninger i forbindelse med trafikkulykker er i henhold til veitrafikkloven.

Helsedirektoratet har i samarbeid med politidirektoratet utarbeidet et rundskriv for politiets bruk av ambulanseressurser som er distribuert til berørte virksomheter.

Nasjonal veileder for helsetjenestens organisering på skadested er ferdigstilt og distribuert, Helsedirektoratet har gitt NAKOS oppdrag å utvikle et e-læringsprogram for å understøtte implementering. E- læringsmodulen skal være ferdigstilt innen første kvartal 2017.

Helsedirektoratet deltar i revisjon av felles sambandsreglement for nødetatene og andre beredskapsbrukere og vil i samarbeid med sektoren revidere veileder for bruk av nødnett i helsetjenesten i tråd med endringer i felles sambandsreglement.

Helsedirektoratet utarbeider rammebetingelser for drift, opplæring, prosedyrer og tekniske krav knyttet til kommunikasjonsutstyr. Arbeidet er diskutert med sektoren og er nær 80 % ferdigstilt.

Helsedirektoratet arbeider med implementering av revidert nasjonal pandemiplan. Direktoratet har utarbeidet en mal for pandemiplanlegging i spesialisthelsetjenesten og i primærhelsetjenesten. Begge malene har vært diskutert i Pandemi- og epidemikomiteén, det ble og opprettet en referansegruppe fra spesialistsektoren knyttet til arbeidet. Det pågår nå et arbeid med å samordne og koordinere de to malene slik at de kan publiseres sammen som et dokument på våre nettsider i løpet av våren 2017.

Helsedirektoratet har utarbeidet to veiledere om vurdering og bruk av hjemtransportordningen, en veileder knyttet til psykisk sykdom og en knyttet til alvorlig somatisk sykdom. Veilederne har vært på høring hos berørte samarbeidspartnere og ferdigstilles nå.

## 2. Videreføre robust forsyningssikkerhet i helsetjenesten og næringen

Helsedirektoratet har ansvar for å koordinere arbeidet med forsyningssikkerhet av legemidler i Norge. Organiseringen av legemiddelberedskapen er nå i tråd med anbefalingene Helsedirektoratet ga i 2012. RHF-ene har ansvar for beredskapssikring av legemidler for spesialisthelsetjenesten. Fra 1. januar 2016 ble grossister som distribuerer legemidler til apotek pålagt å beredskapssikre enkelte legemidler for primærhelsetjenesten. Undersøkelser Legemiddelverket har gjennomført i 2016 viser at denne grossistmodellen har gitt økte lagernivå for disse legemidlene i Norge.

Helsedirektoratet forvalter et lager av helseberedskapsmateriell (feltsykehus og 100/10-enheter). En stor forsendelse til Irak på nyåret 2017 gir anledning til rulling av 100-10 enhetene. Direktoratet vil i løpet av 2017 foreta en gjennomgang med sikte på å anbefale innhold og størrelse på dette lageret fremover.

## 3. Styrke CBRNE-beredskapen

Direktoratet har bidratt vesentlig i arbeidet med å utarbeide regjeringens CBRNE-strategi, som ble ferdigstilt høsten 2016.

Direktoratet har sendt på intern og ekstern høring utkast til nasjonal faglig retningslinje for håndtering av CBRNE-hendelser med personskade.

Helsedirektoratet har finansiert og distribuert Håndbok for nødetatene - Farlige stoffer-CBRNe til alle prehospitale virksomheter i spesialisthelsetjenesten.

Direktoratet vil i 2017 følge opp den nasjonale CBRNE-strategien. Direktoratet vil også slutføre arbeidet med faglig retningslinje på området.

## 4. Videreføre et godt nasjonalt og internasjonalt helseberedskapssamarbeid

Innen det sivil-militære samarbeidet er arbeid knyttet til Helseberedskapsrådet sentralt. Arbeidet er knyttet opp mot revisjon av Sivilt beredskapssystem og implementering av NATOs 7 grunnleggende krav og omfatter blant annet samarbeid og støtte under sikkerhetspolitiske kriser og krig. Det er satt i gang flere arbeider i regi av rådet, blant annet innenfor ledelse og samvirke og personell. Arbeid om samarbeid på logistikkområdet startes opp. Arbeidet følges opp i 2017.

Helsedirektoratet deltar i det nordiske Helseberedskapssamarbeidet under Nordisk ministerråd. Det har i 2016 blitt arbeidet med et utkast til en ny strategi for gruppen. Direktoratet ivaretar formannskapet i dette samarbeidet i 2017.

Helsedirektoratet har deltatt i konferanser, workshop og oppfølgingsarbeid i regi av EU og WHO knyttet til legemiddelberedskap, Emergency Medical Teams, håndtering av masseskadehendelser og brannskadehendelser. For øvrig vises det til rapportering på de enkelte oppgaver.

### Oppgaver



Helsedirektoratet skal ivareta oppgaven som statlig samvirkepartner i tråd med redningstjenestens organisasjonsplan

I rute

**Beskrivelse** Helsedirektoratet skal ivareta oppgaven som statlig samvirkepartner i tråd med redningstjenestens organisasjonsplan, jf. kgl. res. av 19. juni 2015 nr. 677 og slik det framgår av organisasjonsplanen og mandat fra Justis- og beredskapsdepartementet. Med denne planen har Helsedirektoratet fått en ny rolle som statlig samvirkepartner i redningsledelsen ved hovedredningssentralene og i lokale redningssentraler. Helse- og omsorgsdepartementet vil invitere til et møte for å avklare håndteringen av oppdraget.

**Kommentar** Helsedirektoratet har utpekt representanter til redningsledelse ved hovedredningssentralene og lokale redningssentraler. Helsedirektoratet er i dialog med hovedredningssentralen om oppfølging av ressurser og representasjon i framtiden.



● Etter at utredning utredning av integrert beredskapsmodell foreligger og modellen fastsatt, implementere integrert beredskapsmodell i samarbeid med berørte parter. I rute

Beskrivelse Delmål: På bakgrunn av oppdrag fra 2015, levere rapport i februar 2016. Ytterligere mål og oppgavebeskrivelse avhenger av departementets beslutninger.

Kommentar Helsedirektoratet leverte rapport på utredningsoppdrag om integrert beredskapsmodell for den sentrale helseforvaltningen. Vi avventer departementets beslutninger knyttet til rapportens anbefalinger.

● Delta i prosjekt, ledet av departementet, som skal revidere nasjonale planverk, herunder Nasjonal helseberedskapsplan og Sivilt beredskapssystem I rute

Beskrivelse Delta i prosjektet, ledet av departementet. Mål og oppgavebeskrivelse avhenger av departementets beslutninger. Resultatmål: Styrke helsesektorens krisehåndteringsevne.

Kommentar Helsedirektoratet deltar fortløpende i arbeidet HOD leder med revisjon av Sivilt beredskapssystem for sektoren, og har spilt inn forslag til revisjon av Nasjonal helseberedskapsplan.

● Arrangere Nasjonal helseøvelse i 2016 og koordinere sektorens deltakelse i øvelser. I rute

Beskrivelse Planlegge, gjennomføre og evaluere øvelser. Resultatmål: Styrke helsesektorens krisehåndteringsevne.

Kommentar Årets nasjonale helseøvelse var Øvelse IKT16 (Sivil-nasjonal øvelse). Erfaringene fra øvelse IKT-16 vil bli redegjort for i form av egen evalueringsrapport. Førsteintrykket var at dette var en meget god øvelse for direktoratet og sektoren (Norsk Helsenett, Direktoratet for E-helse og HOD). Det er identifisert flere områder som skal drøftes videre mellom aktørene i helseforvaltningen. I tillegg har direktoratet hatt flere interne øvelser for vårt kriseutvalg og deltatt på flere øvelser med andre samarbeidspartnere som for eksempel Øvelse GRAM med Forsvaret, Utenriksdepartementets øvelse Rio med liaison i UD's krisestab. Direktoratet og de regionale helseforetakene benyttet også øvelsen til å teste varsling, etablering og utsendelse av helseteam til konsulært oppdrag.

### 3.6 Finansiering og helserefusjoner

---

#### Langsiktige mål

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

Kommentar Divisjonen har flere pågående oppgaver som bygger opp under dette langsiktige målet. Oppgavene ansees i hovedsak å være i rute.

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

Kommentar Norsk pasientregister arbeider for å levere styringsinformasjon av god kvalitet både gjennom utleveringer av data/statistikk og gjennom utvikling av nye publiseringsløsninger. I 2017 ble det utført nærmere 900 utleveringer av data og statistikk. Ventelistestatistikk er tilgjengeliggjort i nye publiseringsløsninger, klinisk relevant tilbakemelding er satt i produksjon og det arbeides med flere nye publiseringsløsninger. Indikatorer for kapasitetsutnyttelse, effektivitet og ressursplanlegging har hatt spesiell oppmerksomhet høsten 2016 og en ny publiseringsløsning vil bli driftssatt innen utgangen av januar 2017

- Redusere rapporterings- og registreringsbyrde i helse- og omsorgssektoren gjennom tilrettelegging for deling og gjenbruk av data i Norsk pasientregister (NPR) og nytt Kommunalt bruker- og pasientregister (KPR).

---

**Kommentar** Nøkkeregisterprosjektet til NPR er delt i tre delprosjekter. Når det gjelder gjenbruk av data fra NPR i Statens strålevern og Kreftregisteret er en avhengig av data fra radiologiske enheter og stråleterapienheter. Det er utarbeidet informasjonsmodell, men det vil ta tid før alle rapporterende enheter har implementert uttrekk i sine systemer. Tredje delprosjekt gjelder forenklet rapportering for avtalespesialister, her er det etablert et prosjekt i samarbeid med Direktoratet for e-helse. Prosjektet krever større tekniske endringer i NPR, p.t mangler ressurser for gjennomføring.

### Samlet vurdering

De langsiktige målene for dette virksomhetsområdet er knyttet til finansieringsordninger som bidrar til likeverdige og effektive helsetjenester av god kvalitet, leveranse av styringsinformasjon av god kvalitet til Helse- og omsorgsdepartementet, de regionale helseforetakene og kommunene, og i tillegg bidra til å redusere rapporterings- og registreringsbyrde i helse- og omsorgssektoren gjennom tilrettelegging for deling og gjenbruk av data i Norsk pasientregister (NPR) og nytt Kommunalt bruker- og pasientregister (KPR).

For å bidra til likeverdige og effektive helsetjenester av god kvalitet har Helsedirektoratet har gjennom 2016 utviklet og implementert en ny ISF-basert finansieringsmodell for polikliniske tjenester innen psykisk helsevern og TSB, til erstatning for tidligere takstsystem. Arbeidet har funnet sted i tett samarbeid med aktørene i spesialisthelsetjenesten. Arbeidet har funnet sted i tillegg til ordinær videreutvikling av ISF-ordningen for somatiske tjenester, herunder inklusjon av flere nye typer legemiddelbehandling i beregningsmodellen. Helsedirektoratet har også gjennomført utredningsoppgaver med betydning for videreutvikling av finansieringsordningene, herunder evaluering av den kvalitetsbaserte finansieringsordningen og vurderinger knyttet til finansiering av legemiddelbehandling og dagkirurgi.

Helsedirektoratet har bidratt i arbeidet med Kvalitetsbasert Finansiering (KBF) ved å anbefale nye nasjonale kvalitets-indikatorer inn i ordningen og levere datagrunnlaget for beregningene.

Det har oppstått forsinkelser i arbeidet med finansieringsordning for laboratoriene og HOD har utsatt fristen for leveranse ett år frem i tid.

Helsedirektoratet har hatt stor aktivitet på oppfølging av Legemiddelmeldingen og Prioriteringsmeldingen. De fleste oppdrag er levert i henhold til plan med unntak av kartlegging av legemidler brukt utenfor godkjent indikasjon. Foreløpig rapport ble sendt ultimo desember, men pga. problemer med data-uttrekk vil endelig rapport først leveres ultimo januar. Kjeveortopedirapporten leveres senere etter avtale med HOD pga. forsinket kunnskapsoppsummering i FHI.

Helsedirektoratet arbeider for å levere styringsinformasjon av god kvalitet både gjennom utleveringer av data/statistikk og gjennom utvikling av nye publiseringsløsninger. I 2016 ble det utført nærmere 900 utleveringer av data og statistikk. Ventelistestatistikk er tilgjengeliggjort i nye publiseringsløsninger, klinisk relevant tilbakemelding er satt i produksjon, HOD Dashboard er etablert og det arbeides med flere nye publiseringsløsninger. Indikatorer for kapasitetsutnyttelse, effektivitet og ressursplanlegging har hatt spesiell oppmerksomhet høsten 2016 og en ny publiseringsløsning vil bli driftsatt innen utgangen av januar 2017.

Helsedirektoratet har i 2016 gjennomført analyser og utarbeidet rapporter på områder som vi årlig utfører, herunder for spesialisthelsetjenesten generelt (Samdata), utvikling for DPS-tjenester, bruk av tvang innen psykisk helsevern og en del andre tema. I tillegg til dette har det også vært økt ressursinnsats på analyser av kommunale helse- og omsorgstjenester, blant annet gjennom arbeidet med KPR. Rapporten Samdata Kommune er resultatet av dette arbeidet, en rapport som publiseres i mars 2017. Etableringen av et forvaltningssystem for nøytral merverdiavgift i helseforetak er en oppgave som på slutten av 2016 har blitt prioritert ressursmessig. Arbeidet med KPP-systemer og - data har også vært en sentral oppgave for direktoratet i 2016.

Som en del av arbeidet med å redusere rapporteringsbyrden i helse- og omsorgssektoren arbeider NPR med Nøkkeregisterprosjektet som er delt i tre delprosjekter. Når det gjelder gjenbruk av data fra NPR i Statens strålevern og Kreftregisteret er en avhengig av data fra radiologiske enheter og stråleterapienheter. Det er utarbeidet informasjonsmodell, men det vil ta tid før alle rapporterende enheter har implementert uttrekk i sine systemer. Tredje delprosjekt gjelder forenklet rapportering for avtalespesialister, her er det etablert et prosjekt i samarbeid med Direktoratet for e-helse. Prosjektet krever større tekniske endringer i NPR, p.t mangler ressurser for gjennomføring.

I 2016 har Helsedirektoratet, parallelt med hjemmelsarbeidet i HOD, arbeidet med å bygge en registerkjerne og videreført arbeidet med analyser av eksisterende data for KPR. Lov og forskrift vil gi rammer for hvilke opplysninger KPR kan inneholde, samt avklare forholdet mellom KPR og eksisterende registre (IPLOS og KUHR) som mulige datakilder for KPR. Dette er forhold som direkte påvirker omfang av og kompleksitet i tekniske løsninger som må utvikles og forvaltes. Etter at lovproposisjonen ble behandlet i Stortinget 9. juni ble det klart at IPLOS og KUHR var forventet første steg, uten reservasjon for innhenting av data. Detaljer om formål og reservasjon vil behandles i forskrift. Forskrift ble sendt på høring 23. desember. Programmet har fra begynnelsen av 2016 tilført egen sentral registerkompetanse og omprioritert viktige ressurser innen analyse, IKT, statistikk og publisering for å styrke leveringsevnen. KPR-programmet har i 2016 rapportert forsinkelser i arbeidet med etablering av den tekniske løsningen for KPR. Dette skyldes i hovedsak sen tilgang til faktiske data og at det har tatt lengre tid å detaljere løsningsbeskrivelse for de ulike komponentene, blant annet som et resultat av at hjemmelsarbeidet har tatt lenger tid enn forutsatt.

## Styringsparameter

### Inngått avtaler med relevante aktører om deling og gjenbruk av NPR-data, for helse- og kvalitetsregistre, forskning og andre nasjonale mål.

**Kommentar** Arbeidet er igangsatt og avtale er inngått med HKR, Kjernejournal, Kreftregisteret og Mine pasientreiser. I 2016 ble det inngått avtale med Statens strålevern for overføring av data fra NPR. Det er i tillegg besluttet at det i 2017 skal gjennomføres en pilot hvor data overføres til kvalitetsregisteret NORKAR.

### Brukertilfredshet

**Kommentar** 800 HELSE e-post: 83 %. 800HELSE telefon: 85 %. Helfos tjenester på Helsenorge.no: Ikke målt. Fristbruddordningen: Ikke målt. Helseaktører: Behandlingsrefusjon - epost: 84 %, telefon: 88 %. Legemidler og med. forbruksmateriell - epost: 63 %, telefon: 77 %. Det foreligger kun resultat per 2. tertial 2016.

### Servicenivå

**Kommentar** Andel bestillinger helsetrygdkort via selvbetjeningsløsning: 89 %. Andel fastlegebytter via selvbetjeningsløsning: Ikke målt. Andel facebookhenvendelser besvart innen 1 virkedag: 100 %. Andel kontaktskjema/e-posthenvendelser (innbygger 800HELSE) besvart innen 2 virkedager: 100 %. Andel telefonhenvendelser til 800HELSE besvart: 77 %. Gjennomsnittlig ventetid telefonhenvendelser 800HELSE: 127 sekunder. Andel e-posthenvendelser (helseaktør) besvart innen 2 virkedager: 100 %. Andel telefonhenvendelser helseaktører besvart: 85 %. Gjennomsnittlig ventetid telefon helseaktører: 33 sekunder. Andel eposthenvendelser (innbyggere legemiddelområdet) besvart innen 2 virkedager: 100 %. Andel telefonhenvendelser (innbyggere legemiddelområdet) besvart: 89 %. Gjennomsnittlig ventetid telefon (innbyggere legemiddelområdet): 78 sekunder.

### Antall registrerte fristbrudd

**Kommentar** Fristbrudd varslet til Helfo: 4.368

### Antall formidlede pasienter som følge av fristbrudd

Kommentar Antall formidlede pasienter var ca. 1.650

### Gjennomsnittlig behandlingstid for frikort

Kommentar 9 dager

### Saksbehandlingstidene i Helfo på klagesaksområdet skal ligge på samme nivå som i 2015

Kommentar Antall klagesaker over ytre grense (2. tertial 2015 i parentes): Legemidler 1. instans: 139 (249), Legemidler 2. instans 99 (22), Legemidler ankesaker: 3 (3). Behandlingsrefusjoner 1. instans 145 (292), Behandlingsrefusjoner 2. instans: 141 (81), Behandlingsrefusjoner ankesaker: 13 (11). Det foreligger kun tall per 2. tertial 2016.



### Ordning for forvaltning av nøytral mva. i helseforetakene skal være etablert innen 1.1.2017.

Kommentar Ordningen er innført 1.1.2017

### Gjennomsnittlig saksbehandlingstid innen de største stønadsområdene

Kommentar Tann: 38,8 dager. Bidrag 5-22: 19,4 dager. Legemidler: 26,2 dager. Utland 5-24: 38,96 dager, Utland 5-24a: 92,59 dager. Det foreligger kun tall per 2. tertial 2016.

## Oppgaver

	Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse skal innen 15. februar utarbeide forslag til disponering av bevilgningene over kap. 701.21 for nødvendig IKT-utvikling for gjennomføring av KPR, Nasjonalt kvalitetsindikatorsystem, oppfølging Pasient- og brukerrettighetsloven og Fritt behandlingsvalg.	Ferdig
Beskrivelse	Vi viser til tildelingsbrevene til Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse for 2016 hvor departementet ber om forslag til disponering av bevilgning over kapittel 701 post 21 om IKT utvikling IKT.	
Kommentar	Vi viser til omforent tilbakemelding fra Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet 15. februar 2016 som legger til grunn at hele bevilgningen på 28 mill. kroner til KPR skal disponeres av Helsedirektoratet	
	Stortingsmelding om prioriteringer i helsesektoren	I rute
Beskrivelse	I forbindelse med oppfølging av stortingsmelding om prioriteringer i helsesektoren vil Helsedirektoratet i eget brev bli bedt om å bidra i arbeidet og gi innspill på særskilte temaer.	
Kommentar	Høsten 2016 deltok Helsedirektoratet i arbeidsgruppe sammen med SLV, FHI, RHFene og LIS i denne oppfølgingen av prioriteringsmeldingen. Arbeidsgruppen leverte i november 2016 rapporter på temaene «Beregning av alvorlighet i metodevurderinger», «Budsjettkonsekvenser og usikkerhet i skjønnsmessige vurderinger» og «Ordning for særskilt små pasientgrupper med svært alvorlig sykdom». I løpet av 2017 vil den samme arbeidsgruppen fortsette oppdraget. Fokus vil da være på revisjon av retningslinjer og veiledere for økonomiske evaluering slik at disse blir i samsvar med prioriteringsmeldingen.	

## ● Innføring av nøytral merverdiavgift i helseforetakene

Ferdig

- Beskrivelse** I forbindelse med at Regjeringen tar sikte på å innføre en ordning med nøytral merverdiavgift i helseforetakene fra 1. januar 2017 bes Helsedirektoratet i 2016 om å bidra i arbeidet med etablering og utforming av regelverket for en slik ordning. Administrasjon av ordningen vil bli lagt til Helsedirektoratet. Helsedirektoratet må sørge for å ha tilstrekkelig kompetanse og kapasitet for å håndtere ordningen, herunder etablere systemer og rutiner for mottak av krav, kontroll og utbetaling. Arbeidet må skje i samarbeid med Helse- og omsorgsdepartementet og de regionale helseforetakene. Helse- og omsorgsdepartementet vil om nødvendig komme tilbake til ytterligere presiseringer av oppdraget.
- Kommentar** Prosjektfasen med etableringen av regelverk for ordningen ble lagt til Helfo og styrt fra finansieringsdivisjonen i direktoratet. Helfo etablerte et regelverk i samarbeid med RHF-ene og HOD. Etter prosjektfasen ble ansvaret for forvaltning av ordningen lagt til finansieringsdivisjonen ved avdeling for økonomi og analyse. Dette skjedde i månedsskiftet oktober/november. Avdeling økonomi og analyse fortsatte arbeidet med å presisere veiledninger, og å etablere nettsider for informasjon til helseforetakene – samarbeid med RHF-ene og HOD. Arbeidet med å etablere systemer for mottak, kontroll og utbetalinger ble også startet opp på slutten av året.

## ● Utviklingsoppdrag i forbindelse med avtalespesialistordningen

I rute

- Beskrivelse** Det pågår flere endringsprosesser knyttet til avtalespesialistordningen. Helsedirektoratet og de regionale helseforetakene har leveringsansvar for disse. Det er en forutsetning at Helsedirektoratet sørger for å koordinere de prosesser direktoratet har leveringsansvar for med de regionale helseforetakene, herunder yte den nødvendige bistand. Det vises i denne anledning også til Riksrevisjonens anbefalinger knyttet til revisjonsrapporten om de regionale helseforetakenes forvaltning av ordningen med private lege- og psykologspesialister. Helsedirektoratet leverte primo desember 2015 forslag til pilotprosjektet knyttet til avtalespesialistenes vurdering og tildeling av pasient- og brukerrettigheter. Helsedirektoratet skal, med bakgrunn i departementets beslutning knyttet til forslaget, starte opp pilotprosjektet. Helsedirektoratet skal, med bakgrunn i tidligere arbeid med ev. korreksjoner, videreføre pilotprosjekt på utdanning av legespesialister i avtalepraksis med følgende volum: Helse Sør-Øst: Minst fire piloter, Helse Vest: minst tre piloter, Helse Midt-Norge: Minst en pilot, Helse Nord: minst en pilot. Helsedirektoratet skal utføre utrednings- og utviklingsarbeider i tilknytning til mulig endring i avtalespesialistenes inntektssystem.
- Kommentar** Oppdraget videreføres i 2017. Oppdraget er hovedsakelig i rute, et delprosjekt er forsinket.

## ● Finansieringsansvar for legemidler

Ferdig

**Beskrivelse** De regionale helseforetakene får overført finansieringsansvaret for legemidler innenfor følgende legemiddelgrupper fra folketrygden: Veksthormoner, blodkoagulasjonsfaktorer, immunstimulerende legemidler, anemilegemidler og nye legemidler til behandling av hepatitt C. I tillegg skal de regionale helseforetakene ha finansieringsansvaret for alle legemidler til bruk ved våt makuladegenerasjon. Det vises til omtale i Prop. 1 S (2015-2016). HelseDirektoratet skal inkludere disse legemidlene i ISF fra 2017. HelseDirektoratet får fullmakt til å fatte beslutning om hvem som skal finansiere nye legemidler som kommer på markedet innenfor nevnte legemiddelgrupper og som er alternativer til legemidler som allerede er finansiert av sykehusene. Fullmakten gjelder på samme måte som direktoratets fullmakt til å fatte beslutninger om nye legemidler i gruppen TNF-hemmere, nye legemidler til behandling av MS og nye legemidler innenfor kreftområdet

**Kommentar** Oppdraget «Finansieringsansvar for legemidler» er ferdigstilt og ble oversendt til HOD innen frist den 15. desember 2016.

● Fristen for oppdrag gitt i tillegg nr. 27 til tildelingsbrevet for 2015 om å utrede videreutvikling av finansieringsordningen relatert til teknologisk innovasjon utsettes til april 2017.

Ikke startet

**Beskrivelse** HelseDirektoratet skal utrede videreutviklingen av finansieringsordningen med sikte på å understøtte medisinsk praksis som følger av teknologisk innovasjon. Herunder ligger problematikk knyttet til definisjonen av aktivitet; hvordan denne skal registreres, måles og telles; samt hvordan aktiviteten best kan inkluderes (pasientforløp eller enkelthendelser) i aktivitetsbasert finansiering. Frist: 1. mai 2016. HelseDirektoratet skal legge til rette for at nettbasert behandling kan inkluderes i aktivitetsbasert finansiering av psykisk helsevern og TSB fra 1.1.2016. Frist for oppdraget er 15.11.2015. Oppdraget inkluderer beregning av eventuelle økonomiske konsekvenser. Dersom eventuelle endringer har budsjettkonsekvenser, er frist for å sende inn budsjettmessige anslag 15. august 2015.

**Kommentar** Ny frist for leveranse er satt til april 2017.

## ● Evaluering av Kvalitetsbasert finansiering (KBF)

Ferdig

**Beskrivelse** HelseDirektoratet skal på bakgrunn av den eksterne evalueringen i 2015 vurdere om ordningen bør videreføres og om det eventuelt bør gjøres endringer i ordningen. Frist for oppdraget er 1. april 2016.

**Kommentar** Oppdraget «Evaluering av Kvalitetsbasert finansiering (KBF) er ferdigstilt og ble oversendt til HOD innen 15. april 2016.

● HelseDirektoratet skal, i samarbeid med Direktoratet for e-helse, utrede personvernløsninger for helseregistre HelseDirektoratet er ansvarlig for, og oversende rapport til HOD innen 1.5.2016. Personvern- løsninger omfatter i denne sammenheng løsninger for innsyn, logging, reservasjonsrett evt. samtykke.

Ferdig

**Kommentar** Utredningen er gjennomført og ferdigstilt. Rapport levert HOD innen frist.

## ● Kostnad per pasient (KPP)

I rute

- Beskrivelse** Helsedirektoratet skal gjennomføre en pilot i et utvalg helseforetak av nasjonal KPP spesifisering innenfor psykisk helsevern og rus. Det er ikke fastsatt en eksakt frist for dette, men skal starte opp i 2016. Helsedirektoratet skal utrede og planlegge en løsning for nasjonale KPP-data i NPR med sikte på etablering fra 1.1.2018. Helsedirektoratet skal innen 1. mai 2016 utrede økonomisk administrative konsekvenser, herunder om det er behov for å gjøre endringer i lov og forskrift.
- Kommentar** Helsedirektoratet har igangsatt en pilotering av KPP-spesifisering for psykisk helsevern og TSB. Oppstartsmøte med deltakende helseforetak ble gjennomført i begynnelsen av desember. Piloteringen vil etter planen gjennomføres første halvår 2017, med rapportering til HOD innen 1. oktober. Direktoratet utredet mulighetene for en nasjonal KPP-database innen fristen 1. mai 2016. Det ble i etterkant av dette besluttet fra HOD at det skal jobbes videre med etablering av en slik database inn mot fristen 1.1.2018, og at KPP-databasen skal etableres med sikte på alternativ 1 (kostnader per tjeneste per pasient per episode). Direktoratet er i startfasen av å planlegge etablering av en slik database.

## ● Etablering av følge-med-opplegg for fritt behandlingsvalg

Forsinket

- Beskrivelse** Det fremgår av St. prp. nr. 1 (2015-2016), s 74, at det skal gjennomføres en forskningsbasert følgeevaluering av fritt behandlingsvalg. Det foreslås 10 mill. kroner til formålet som en engangsbevilgning i statsbudsjettet for 2016. Midlene stilles til disposisjon for Norges forskningsråd (NFR). Det vil nødvendigvis ta noe tid før resultatene fra evalueringen vil foreligge. Det skal derfor i tillegg etableres et forvaltningsmessig følge-med-opplegg i regi av Helsedirektoratet. Formålet med følge med-opplegget er å gi en mer løpende informasjon om utviklingen i sentrale størrelser relevant for ordningen. Helsedirektoratet skal utrede og etablere et slikt følge med-opplegg. Frist for oppdraget settes til 1. mai 2016. Helsedirektoratet har bedt om utsatt frist for dette til 1. oktober og fått aksept for det. I tillegg er dette en løpende oppgave slik at frist for hele oppgaven bør være 31.12.16. Resultatmål:- I 2016 skal det etableres et følge-med opplegg som skal driftes i de kommende årene. Beskrivelsen av dette følge-med opplegget skal sendes HOD senest 1. oktober 2016.- I 2016 skal det utarbeides et følge-med notat for FBV innen medio mai. Det skal videre utarbeides en følge-med rapport innen medio desember, basert på den beskrivelsen som er oversendt HOD 1. oktober. Risikomomenter:- Kapasitetsutfordringer ved for lav bemanning i relevante avdelinger i Helsedirektoratet. Lav risiko. Samhandling:- Det er etablert en arbeidsgruppe med medlemmer fra relevante avdelinger i Helsedirektoratet og Helfo. Arbeidsgruppen vil involveres i utarbeidelsen av følge-med dokumenter.
- Kommentar** Beskrivelsen av følge-med opplegg for FBV ble oversendt HOD i medio oktober i tråd med revidert plan. Der legges det opp til 2 følge-med rapporter per år, samt mer løpende presentasjon av noen hovedtall på web. HOD har tilbakemeldt at det beskrevne opplegget er tilstrekkelig. I tråd med dette ble det i desember 2016 oversendt en følge-med rapport til HOD. I tillegg til dette mottar HOD månedlig statistikk for aktivitet og kostnader innen godkjenningsordningen i FBV. Etableringen av nettside for mer løpende publisering av hovedtall for FBV er noe forsinket, men arbeidet har startet opp. Tentativ tidsplan for sistnevnte arbeid er å etablere en webløsning innen utgangen av mars.

## ● Prioritere analyser av variasjon i effektivitet og kapasitetsutnyttelse.

I rute

- Beskrivelse** For å understøtte departementets og RHFene sine behov i styringen av spesialisthelsetjenesten skal Helsedirektoratet i sitt analysearbeid i 2016, i samråd med departementet, prioritere analyser av variasjon i effektivitet og kapasitetsutnyttelse. Helsedirektoratet skal samarbeide med og bistå RHF i utvikling og publisering av indikatorer som måler kapasitetsutnyttelse, effektivitet og ressursplanlegging. Helsedirektoratet v/Norsk pasientregister og avdeling økonomi og analyse skal videre delta i nettverket som er etablert mellom RHF med formål å utveksle erfaringer og utvikle metodikk knyttet til arbeid for å redusere ventetider, øke effektivitet og kapasitetsutnyttelse. Det utarbeides årlig styringsinformasjon som viser variasjon i effektivitet og kapasitetsutnyttelse i ulike deler av spesialisthelsetjenesten. Oppdraget er å prioritere analyser av denne type data. Målet med analysene er å gi ledere på ulike nivå i helsetjenesten kunnskap om eksisterende variasjoner og evt. årsaker til disse. Basert på dette kan det igangsettes tiltak lokalt som i neste omgang kan gi gevinster i form av bedre effektivitet og kapasitetsutnyttelse. Resultatmål: Analyser av variasjon i effektivitet og kapasitetsutnyttelse skal bidra til at aktører på ulike nivå i spesialisthelsetjenesten får et bedre grunnlag for å treffe beslutninger som bidrar til redusert variasjon og positiv utvikling i ressursutnyttelsen.
- Kommentar** Helsedirektoratet gjennomfører årlig analyser om spesialisthelsetjenesten hvor fokuset også er rettet mot variasjoner i effektivitet og kapasitetsutnyttelse. I årets Samdata spesialisthelsetjenesten ble det fokusert mer eksplisitt enn tidligere på variasjoner på lavere nivå også i rapporten. I tillegg til dette har direktoratet deltatt i RHF-enes arbeid med å utvikle nye indikatorer for kapasitet og kapasitetsutnyttelse, samt identifisering av pasientgrupper aktuelle i forhold til variasjoner i andel dagbehandling og liggetid.

## ● Ambulant behandling - mobile radiologiske tjenester

Ferdig

- Beskrivelse** Helsedirektoratet skal utrede i hvilke tilfeller og under hvilke betingelser det kan være aktuelt å knytte særskilt aktivitetsbasert finansiering til mobile radiologiske tjenester. Det må avklares hvilke kostnader kommunene ev. skal dekke. Oppdraget må ses i sammenheng med oppdrag vedr. ambulante tjenester i tillegg til tildelingsbrev nr. 27 i 2015.
- Kommentar** Oppdraget er besvart med brev til Helse- og omsorgsdepartementet.

## ● Ny refusjonsordning basert på nasjonalt laboratoriekodeverk

Forsinket

- Beskrivelse** Nytt aktivitetsbasert refusjonssystem basert på Nasjonalt laboratoriekodeverk skal tas i bruk fra 1.1.2017. Omleggingen omfatter både offentlige og private medisinske laboratorier. Omleggingen skal skje budsjettneutrylt. Endring i finansieringsmodellen for medisinske obduksjoner skal inngå i den nye refusjonsordningen. Helsedirektoratet skal oversende forslag til nytt refusjonssystem til departementet innen 18. mars. Oversendelsen skal inneholde en beskrivelse av hvordan systemet er bygget opp, hvilke økonomiske analyser som er lagt til grunn, risikovurderinger og hvordan risiko er søkt håndtert. Forslag til videre risikohåndtering må spesifiseres. Oversendelsen skal også inneholde en beskrivelse av løpende forvaltning av systemet.
- Kommentar** Innføringen av ny finansieringsordning for poliklinisk laboratorievirksomhet er ikke gjennomført i 2016, jf. notat vedrørende risikovurdering sendt til Helse- og omsorgsdepartementet datert 31.5.2016. Bakgrunnen er forsinkelser i implementeringen av NLK i helseforetakene. Innføringen er utsatt til 1.1.2018.



● Planlegge og gjennomføre automatisering av egenandelstak 2 fra 1.1.17. Ferdig

Kommentar Automatisk løsning ble levert 1.1.17. Prosjektet er planlagt overført til linjen 1.4.17.

● Bistå departementet i arbeidet med å vurdere mulige ordninger for å få lavere priser på legemidler, som for eksempel refusjonskontrakter innenfor blåreseptordningen. Ferdig

Kommentar Oppdraget er avsluttet. Det er fulgt opp med et konkret oppdrag (gitt til Legemiddelverket) på forhandlinger med to legemiddelfirmaer (se annet oppdrag fra HOD).

● Under forutsetning av Stortingets godkjenning skal direktoratet som oppfølging av Legemiddelmeldingen: Ferdig

Beskrivelse Oppheve det generelle vilkåret om spesialistinstituering for søknader om individuell stønad. - Avvikle ordningen med forskningsblå.

Kommentar Det generelle vilkåret om spesialistinstituering ble fjernet med virkning fra 1. september 2016. Ordningen med forskningsblå er avviklet og tatt ut av rundskrivsteksten.

● Oppfølging av forslag i rapport fra 12/2014 om kjeveortopedi (bittanomalier) i henhold til direktoratets brev av 22.4.2015. Utredningen skal omfatte vilkårene for stønad og systematikk ved henvisninger og epikriser. Utredningen skal også omfatte forslag til endringer i takstsystem/takster og søskenmoderasjonsordningen. Sammenlikninger med øvrige nordiske land vil være sentralt i arbeidet. I rute

Kommentar Avventer kunnskapsoppdatering fra FHI vedrørende rapport om vilkår for stønad, takstsystem, søskenmoderasjon som er forsinket. Innspill til regelverksendring er levert.

● Poliklinisk radiologi Ferdig

Beskrivelse Helsedirektoratet skal utarbeide et forslag til en strategi som har som målsetning at riktig type og mengde poliklinisk billediagnostikk skal anvendes til den enkelte pasient, innenfor et tidsrom som er faglig riktig. Strategien skal adressere utfordringer knyttet til bl.a. samhandling mellom involverte aktører (bl.a. fastleger, sykehusenes poliklinikker, private røntgeninstitutter), unødvendig duplisering av bilder, standardisering, IKT-systemer og beslutningsstøtteverktøy. Arbeidet skal gjennomføres i samarbeid med Direktoratet for e-helse og de regionale helseforetakene. Forslaget kan omhandle mange tiltak, eksempelvis utvikling av beslutningsstøtteverktøy, samarbeidsmodeller, standardiseringsarbeid mv. Forslaget til strategi må inkludere en prioritert plan for hvilke aktiviteter som bør gjennomføres. Økonomiske og administrative konsekvenser må utredes. Forslaget til strategi skal leveres departementet innen 31.12.2016

Kommentar Årsrapport 2016/Notat om rasjonell bruk av billediagnostikk ble levert HOD juni 2016. Oppdraget om poliklinisk radiologi (strategi for billediagnostikk) er foreslått omformet og utvidet, og er overført til 2017.

● Det vises til utredningen knyttet til oppbevaring av pasientjournaler hos landets fylkesmenn datert 30. juni 2015. HOD ber om at direktoratet foretar en utdypende vurdering av de økonomiske og administrative konsekvenser av forslaget i direktoratets utredning. Frist for arbeidet er 15. april 2016.

Ferdig

- Beskrivelse Det vises til oppdrag fra HOD, datert 16.9.2014 om utredning av problemstillinger knyttet til oppbevaring av pasientjournaler hos landets fylkesmenn. Utredningen utarbeides i lys av den nye pasientjournalloven av 20. juni 2014 og oppfølging av Meld. St.9 (2012-13) En innbygger - en journal. Oppdraget skal også sees i lys av NOU 2006:5 Norsk helsearkiv - siste stopp for pasientjournalene, kap. 12.3.
- Kommentar Utredningen ble levert til departementet 13.4.2016.

### 3.7 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 Har gode rutiner for forberedelser og tett dialog med relevant avdeling i HOD. På større møter er våre budskap avklart i forkant

- God nasjonal oppfølging av saker som fremmes internasjonalt.

Kommentar Prinsippet er at fagansvaret internasjonalt følger det nasjonale fagansvaret i direktoratet

#### Samlet vurdering

Det vises til faste oppgaver for Helsedirektoratet pkt. 3.3. På EU/EØS-området har Helsedirektoratet bidratt på minst samme nivå som før, men i WHO arbeidet er innsatsen noe endret. Inn mot OECD og Europarådet, og i Barents-samarbeidet, nordisk samarbeid og innen helseberedskap er aktivitetsnivået uendret. Direktoratets følge-med oppgave om migrasjonsutviklingen på det europeiske kontinent ble intensivert i 2015 og i starten av 2016 som følge av økt asylankomst. Innsatsen var høy på helseberedskap blant annen som virkning av ebolakrisen.

Direktoratet har oppnådd sine mål for deltakelse i internasjonale fora. Selv om Norge ikke sitter i WHO sine styrever, deltar direktoratet aktivt inn mot styrende organer og ved oppfølging av fagsakene. På EU / EØS området er målene nådd gjennom myndighetssamarbeid og under EØS-midlene i pakt med Helsedirektoratets EU-strategi 2015-2017 og Regjeringens mål om proaktiv tilnærming og tidlig deltakelse i prosesser og politikktutforming i EU. Det er startet opp arbeid i forhold til FNs bærekraftsmål (SDG) delmål 3 som gjelder helse, mens leveransene til departementet kommer først i 2017. Det skal utarbeides forslag til strategi for Norges helsesektors internasjonale innsats for den globale måloppnåelsen og innspill til norsk helsesektors oppfølging i Norge. De ulike fagavdelingenes internasjonale arbeid er videreført som forventet. Økt asylankomst rundt forrige årsskiftet førte til økt innsats i følge-med arbeidet i forhold til migrasjonsstrømmen til Europa og økt samarbeid med UDI. Samarbeidet med Folkehelseinstituttet er styrket i 2016 på flere områder som berører internasjonalt arbeid. Direktoratet bidro i ebolainnsatsen og oppfølgingen i etterkant og med oppdraget om Emergency Medical Teams.

#### Arbeidet med prioriterte oppdrag/aktiviteter i 2016

- EUs tredje helseprogram inklusiv Joint Actions  
Helsedirektoratet er nasjonalt kontaktpunkt for EUs tredje helseprogram (2014 – 2020). Helsedirektoratet deltok i 2016 som fullverdig partner i åtte Joint Actions på helseområdet. Arbeidet er finansiert av EUs helseprogram. Én Joint Action ble avsluttet i 2016 (alkoholskader) og to startet i 2016 (medisinsk metodevurdering og demens). Fem andre som startet før 2016 er videreført (kroniske sykdommer, database for sjeldne sykdommer, ernæring og fysisk aktivitet, blod og celler, resterilisering av kirurgisk utstyr).

Direktoratet har bidratt i HODs nominering av kommende Joint Actions. Helsedirektoratet vil i 2017 delta i tre av disse innen antibiotikaresistens, som fullverdig partner.

#### ▪ EØS-finansieringsordningene

Siden 2011 har direktoratet vært donor programpartner under EØS-finansieringsmekanismene innen vold i nære relasjoner i Slovakia og Estland og sosiale ulikheter i helse i Polen. I 2016 har det vært et fortsatt høyt aktivitetsnivå i programmene, men Estland avsluttet programmet midt i året. Mot slutten av 2016 fulgte direktoratet med i planleggingen av neste programperiode 2014-2021 der direktoratet vil bidra som partner også i Romania (folkehelse) og Slovakia (familievold). Eventuell videreføring av arbeidet i Polen og Estland avhenger av resultatet av de landvise forhandlingene.

#### ▪ Nærområdene

Helsedirektoratet er engasjert i helsesamarbeid med nærområdene og deltar i programkomiteen for Barents helse- og sosialprogram som ledes av HOD. Programkomiteen vurderer søknader og fordelte i 2016 12,5 millioner kroner til prosjektsamarbeid mellom Norge og Russland. Direktoratet deltar i ekspertkomiteen for Barents Hiv/Aids Program samt i to arbeidsgrupper på Fengselshelse og Primærhelse i Den nordlige dimensjons partnerskap om helse og livskvalitet.

### Oppgaver

#### ● Direktoratet skal bidra til utvikling av forslag til norske innsatser for oppnåelse av FNs bærekraftsmål (SDG) på helseområdet. 1 rute

**Beskrivelse** Utvikle et forslag til en strategi for Norges helsesektors internasjonale innsats for den globale oppnåelsen av bærekraftmålene, og koordinere helsesektorenes aktører i utviklingen av det faglige grunnlaget for strategien. Med basis i forslaget til internasjonal strategi, gi innspill til Helse- og omsorgsdepartementet om hvordan norsk helsesektor bør følge opp helsemålet i en norsk kontekst. Direktoratet kan i denne forbindelse, dersom det anses som relevant, innlede dialog med andre sektoreter som ledd i å foreslå sektorovergripende samarbeid

**Kommentar** Arbeidet er igangsatt og videreføres for leveranser til HOD i 2017.

#### ● Deltakelse i regelverks- og programsamarbeid i EU 1 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** Arbeidet under EUs 3. helseprogram inklusiv deltakelse i 8 Joint Actions er gjennomført som planlagt. 5 Joint Actions videreføres til 2017 i tillegg til de 3 som startes opp i 2017.

#### ● Direktoratet skal delta i nordisk samarbeid om høyspesialisert behandling, herunder sekretariatsfunksjonen for tre-årig prosjekt. 1 rute

**Beskrivelse** Denne oppgaven er registrert dobbelt. All oppfølging av oppdraget, inkludert avvikrapporing, vil gjennomføres under det identiske oppdraget med navn: Nordisk samarbeid høyspesialisert medisin.

**Kommentar** Årsrapport 2016Prosjektet er avsluttet. Endelig rapport ferdigstilles i 2017.

Beskrivelse	<p>Oppgaven er tildelt Helsedirektoratet som spesielt oppdrag i tildelingsbrevet i 2014, 2015, 2016 og 2017. Direktoratet skal delta i oppfølgingen av OECDs Global Science Forums rapport om kliniske studier, herunder understøtte Kunnskapssenteret/Folkehelseinstituttet i deres ansvar med å lede en arbeidsgruppe om Comparative Effectiveness Research gjennom WHO/NIH. OECDs oppfølgingsprosjekt for globalt samarbeid om kliniske studier vil startes opp i høst. Prosjektet har fått navnet Clinical Research Initiative for Global Health (CRIGH) Oppstarten skjer etter gjennomført høring fra OECDs side i medlemslandene om prosjektet, innspill fra EU-kommisjonen og aktiv involvering fra WHO sin side i forberedelsene. Det legges opp til at sekretariatsfunksjonen vil bli koordinert i et samarbeid mellom National Cancer Institute, NIH, US og ECRIN, Paris. Norge vil lede ett av seks prosjekter; Comparative Effectiveness Research (CER) med sekretariat ved Folkehelseinstituttet. Dette prosjektet vil særlig sikte mot å utvikle metodologiene for sammenlikning av behandlingsmodaliteter og slik sett har dette arbeidet høy relevans for den videre utviklingen av HTA-området i Nye metoder. Samtidig representerer inklusjonen av CER-feltet i oppfølgingsprosjektet CRIGH et nytt grep ved å kople det kliniske forskningsområdet tettere opp mot HTA-feltet, noe som potensielt kan skape synergier og understøtte mer helhetlige tilnærminger. Det innbetales en årlig medlemsavgift på 5000 \$ (~40000 NOK) til CRIGH.</p>
Kommentar	<p>Clinical Research Initiative for Global Health (CRIGH) starter formelt opp 1.1.2017. Sekretariatet blir delt mellom ECRIN i Paris og NIH i Washington. Det startes opp 7 forskjellige prosjekter hvorav Norge har hovedansvar for ett innenfor området Comparative Effectiveness Research (CER) med sekretariat ved Folkehelseinstituttet. Dette prosjektet har høy relevans for Nye metoder ved at det går inn i kjerneområdet for Health Technology Assessment (HTA). Helsedirektoratet har over lengre tid deltatt i Core Team for etableringen av CRIGH som en oppfølging av det opprinnelige OECD-prosjektet. CRIGH blir basert på medlemskap fra institusjoner og organisasjoner fra alle verdensdeler i tillegg til en rekke observatører. Fra starten av vil finansieringen av prosjektet bli basert på en innbetaling av en medlemskontingent i tillegg til at de enkelte prosjektene forventes å søke egne midler. For CER prosjektet som ledes fra Norge er det allerede sikret finansiering av sekretariatet for en 3 årsperiode. Et viktig nytt grep i CRIGH totalt sett er at man ser på feltene klinisk forskning og evaluering av forskningsresultater gjennom CER i et helhetlig bilde. Blant de viktige aktørene som vil delta i prosjektet er WHO, noe som anses som svært viktig for den langsiktige implementering av prosjektets resultater.</p>

### 3.8 Kvalitet, pasientsikkerhet og brukerinvolvering

#### Langsiktige mål

- Et mer brukerorientert og pasientsentrert helse- og omsorgstilbud
- Ha kunnskap om kvalitet og pasientsikkerhet i tjenesten, samt oversikt over områder hvor det er behov for kvalitetsforbedring, mindre variasjon og økt kunnskap
- Bedre pasientsikkerhet og færre uønskede hendelser

## Samlet vurdering

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

#### Brukerinvolvering

Brukerrådet ble opprettet i slutten av 2015. 2016 har vært første ordinære år. Det er avholdt fire møter. Helseledelse og samfunnsoppdrag og roller har vært hovedtema på flere av møtene for å etablere en felles plattform for hva brukermedvirkning på et direktoratsnivå bør være. Det er vedtatt endelige mandater både for brukerråd og arbeidsutvalg. Det er fremmet en rekke saker både fra divisjonene i Helseledelse og fra brukerrepresentantene i brukerrådet. På siste møte i 2016 ble det vedtatt å foreta en evaluering av det første året. Denne vil være klar i første halvdel av 2017.

Strategi og verktøykasse for brukermedvirkning planlegges utarbeidet i 2017.

#### Uønsket variasjon

Helseledelse har levert innspill til melding om Kvalitet og pasientsikkerhet hvor uønsket variasjon er tema. Det er avklart med HOD at opprinnelige oppdrag om oppfølging av rapporten om overdiagnostikk - og behandling, ikke gjennomføres.

### 2. Ha kunnskap om kvalitet og pasientsikkerhet i tjenesten, samt oversikt over områder hvor det er behov for kvalitetsforbedring, mindre variasjon og økt kunnskap

#### Nasjonale medisinske kvalitetsregistre

Helseledelse har vært observatør i den Interregionale styringsgruppen for medisinske kvalitetsregistre og har bidratt aktivt i arbeidet med å utarbeide en strategi og handlingsplan for kvalitetsregistrene.

#### Nasjonalt kvalitetsindikatorsystem

Arbeidet med å videreutvikle og forvalte det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet er for de fleste utviklingsområdene gjennomført i henhold til virksomhetsplan 2016. Grunnet redusert kapasitet er arbeid med flere kvalitetsindikatorgrupper utsatt, nedskalert eller avsluttet. Det er totalt 159 nasjonale kvalitetsindikatorer hvorav 67 er nylig publiserte ((hjerte- og karsykdommer, fødselsomsorg, psykisk helse, kreft, kommunale helse- og omsorgssenter og akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus).

Ferdigstilling av revidert rammeverk og kommunikasjonsstrategi er utsatt til 2017. Følgende bestillinger fra HOD er svart ut:

- Utredning av nasjonale bruker- og pårørendeundersøkelser i omsorgssektoren
- Utvikling av nasjonale kvalitetsindikatorer som måler muligheten til å ha en aktiv og meningsfull tilværelse sammen med andre
- Forslag til utvikling av kvalitetsindikatorer relatert til arbeidet med strategi for psykisk helse for barn og unge

Analyser av pakker av indikatorer og trender over tid er gjennomført som del av innspill til årlig stortingsmelding for Kvalitet og Pasientsikkerhet.

### 2. Bedre pasientsikkerhet og færre uønskede hendelser

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

Helseledelse 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 2016 mottok seksjonen rundt 10 000 meldinger til meldeordningen etter § 3-3 i spesialisthelsetjenesteloven. Antall meldinger er stabilt siden 2013.

Det er ferdigstilt seks læringsnotater til tjenesten, og årsrapport for 2015 er publisert. Helseledelse har ledet arbeidet med et felles nasjonalt klassifikasjonssystem for uønskede hendelser. Flere helseforetak har tatt systemet i bruk i 2016.

I 2016 har Meldeordningen arrangert to-dagers kurs i årsaksanalyse og pasientsikkerhet, ett to-dagers kurs i kommunikasjon med pasienter og pårørende «Når skaden er skjedd», samt den årlige nasjonale pasientsikkerhetskonferansen i samarbeid med Helse Nord RHF.

Seksjonen driftet også Hemovigilanssystemet og meldeordningen for Celler og vev.. Det planlegges å opprette meldesystem for organtransplantasjoner.

### En vei inn

Det er etablert et forprosjekt «En vei inn». Hovedmålet er en IT-løsning som gjør det enkelt for helsepersonell å melde uønskede hendelser til alle relevante aktører i en felles prosess.

### 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. Årets melding peker blant annet på gjennomgående utfordringer med kommunikasjon og involvering av pasienter og pårørende, kompetanse, læring og ledelse.

### Pasientsikkerhetsprogrammet: Overordnet status

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

- **Vesentlige leveranser i 2016**

Utvidelsen av konseptet pasient- og brukersikre kommuner er prioritert i 2016. Fire nye kommuner er valgt ut som piloter. I 64 prosent av norske kommuner jobber sykehjem og/eller hjemmetjenester med ett eller flere innsatsområder.

Pasientsikkerhetsprogrammet har utviklet tre nye innsatsområder som ble pilotert i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i spesialisthelsetjenesten i 2016. Innsatsområdene er tidlig oppdagelse av forverret tilstand, forebygging og behandling av underernæring, samtidig oppdagelse og behandling av sepsis.

For å sikre varige strukturer, er kompetansebygging i forbedringskunnskap høyt prioritert i 2016. Det er arrangert Forbedringssamlingen med 750 deltakere fra hele Norge. Videre har programmet arrangert forbedringsutdannelse for leger i samarbeid med Legeforeningen, forbedringsagentutdannelse i samarbeid med Dansk Selskab for Patientsikkerhed, samt to opplærings-programmer for helsepersonell i samarbeid med Institute for Healthcare Improvement.

Brukermedvirkning har stått sentralt i 2016, og det arbeides med konkrete verktøy for brukermedvirkning. Informasjonskampanjen «Bare spør!» og en visittstol, hvor legene setter seg ned under visitten er tatt godt i mot i tjenesten. Formålet er å redusere risikoen for feil og misforståelser gjennom god dialog. I 2016 har 14 helseforetak gjennomførte informasjonskampanjen, og tatt i bruk visittstolen.

- **Utfordringer av vesentlig betydning for måloppnåelse**

For å oppnå målet om 25 prosent reduksjon av pasientskader, må ytterligere innsats for å redusere andel pasientskader iverksettes. Helseforetakene ble derfor i 2016 bedt om å intensivere den systematiske innsatsen mot de vanligste pasientskadene, spesielt legemiddelrelaterte skader og infeksjoner.

Pasientsikkerhetsprogrammet har hatt som mål at alle relevante tiltakspakker skulle testes, implementeres og spres til alle relevante enheter/avdelinger i spesialisthelsetjenesten innen utgangen av 2016. Det gjenstår noe arbeid før dette målet er nådd.

- **Fremtidige, planlagte leveranser**

Pasientsikkerhetsprogrammet vil fremover bygge kompetanse og varige strukturer i helse- og omsorgstjenesten. I 2017 er det planlagt flere opplæringsprogrammer for helsepersonell, og flere oppgaver i programmets portefølje vil overføres til helseforetak og andre aktører.

De mest sentrale oppgavene i 2017 er å sette i gang pilotene i de fire nye pasient- og brukersikre

kommunene, få flere kommuner til å jobbe med innsatsområder, samt implementering av de tre nye innsatsområdene. Programmet skal blant annet arrangere læringsnettverk for innsatsområdene i samarbeid med de regionale helseforetakene, og det vil bli arrangert et læringsnettverk for brukermedvirkning.

## Styringsparameter

### Antall nasjonale kvalitetsindikatorer

---

**Kommentar** Oppnådd resultat i 2016 avviker fra virksomhetsplan for utvikling av nasjonale kvalitetsindikatorer innen somatisk helse og kommunale helse- og omsorgstjenester på grunn av kapasitetsutfordringer.

### Antall kommuner som har tatt i bruk en eller flere tiltakspakker fra pasientsikkerhetsprogrammet

---

**Kommentar** Sykehjem og/eller hjemmetjenester i 64 prosent av norske kommuner jobber med ett eller flere innsatsområder. Tiltakene implementeres i stadig flere avdelinger og enheter i alle landets foretak.

## Oppgaver

### ● 10 pst reduksjon i hoftebrudd

Ikke  
startet

**Beskrivelse** Det vises til omtale av at målet om 10 prosent reduksjon i hoftebrudd i Meld. St. 19 (2014-2015) Folkehelsemeldingen, og Mestring og Muligheter. Ovennevnte må sees i sammenheng med regjeringens strategi for en moderne eldrepolitikk. Helsedirektoratet skal bruke sine virkemidler innen folkehelseområdet og helse- og omsorgstjenestene til å bidra til å nå målet og gi en særskilt rapportering på status på forekomst og iverksatte tiltak innen 15. september 2016.

### ● Sikre videreføring av drift og videreutvikling av meldeordningen

I rute

**Beskrivelse** Helsedirektoratet skal sikre videreføring av drift og videreutvikling av meldeordningen etter spesialisthelsetjenestelovens § 3-3, og sørge for god informasjon til spesialisthelsetjenesten om endringene. Det er viktig å få frem at det kun er adressat som er endret, ikke formål og innhold i ordningen.

**Kommentar** Meldeordningen mottar meldinger om uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten, som har ført til eller kunne ha ført til alvorlig skade. Meldingene skal brukes til å avklare årsaker til hendelser og for å forebygge at tilsvarende skjer igjen. Helsedirektoratet har mottatt, vurdert og besvart rundt 10.000 meldinger om uønskede hendelser i 2016. Med utgangspunkt i analyserte og aggregerte data er risikoområder identifisert, og sekslæringsnotater og en årsrapport er publisert.

## ● Oppfølging av legemiddelmeldingen - Inhalasjonsveiledning i apotek

Ferdig

- Beskrivelse** Endelig tildelingsbrev: Direktoratet skal utrede hvordan en veiledningstjeneste i apotek, mht. inhalasjonsteknikk for astma/kols pasienter, skal gjennomføres fra senest medio 2016, jf. oppdrag gitt i brev av 7. oktober 2015. Eldre tekst: 14/10188-79 Helse- og omsorgsdepartementet ber Helsedirektoratet å utrede hvordan en utvidet veilednings-tjeneste 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 arbeidet.
- Kommentar** Inhalasjonsveiledning til pasienter med astma/KOLS: Utredning om hvordan en utvidet veiledningstjeneste til pasienter med astma/KOLS kan innføres i apotekene er oversendt HOD i februar 2016.

## ● Helsedirektoratet skal utarbeide faglige kriterier for samvalgsverktøy. Oppdraget vil bli spesifisert i eget brev

I rute

- Beskrivelse** I tildelingsbrevet for 2016 er følgende oppdrag gitt under 3.4 Kvalitet, pasientsikkerhet og brukermedvirkning, 3.4.4. Spesielle oppdrag: Helsedirektoratet skal utarbeide faglige kriterier for samvalgsverktøy. Oppdraget vil bli spesifisert i eget brev. Spesifikasjon av oppdraget: Helsedirektoratet skal utarbeide nasjonale kvalitetskrav til samvalgsverktøy. Verktøy som utarbeides av ulike interessenter (helseforetak, pasientorganisasjoner eller andre) må tilfredsstillende disse kravene for at samvalgsverktøyet skal kunne publiseres på [www.helsenorge.no](http://www.helsenorge.no)
- Kommentar** Nasjonale kvalitetskrav til samvalgsverktøy ble levert i henhold til oppdraget i desember 2016.

## ● Levere innspill til årlig melding om kvalitet og pasientsikkerhet innen 10. juni 2016.

Ferdig

- Beskrivelse** Levere innspill til årlig melding om kvalitet og pasientsikkerhet innen 10. juni 2016.
- Kommentar** Oppdrag er levert HOD innen fristen. Helsedirektoratet har utover høsten bistått med ferdigstilling av stortingsmeldingen.

## ● Direktoratet bes om å vurdere en oppdatering av de tidligere faglige retningslinjene for forebygging og behandling av osteoporose og osteoporotiske brudd.

I rute

- Beskrivelse** Dette er et spesielt oppdrag i Tildelingsbrev 2016, punkt 3.4.4 kulepunkt nr. 3 s. 34. Oppdraget ligger under fagområde Kvalitet, pasientsikkerhet og brukerinvolvering.
- Kommentar** Denne oppgaven er nedprioritert i 2016. Nasjonal faglig retningslinje for forebygging og behandling av osteoporose og osteoporotiske brudd er ikke oppdatert. Helsedirektoratet vurderer for tiden på hvilke områder vi skal lage faglige retningslinjer, og på hvilke områder dette bør overlates til fagmiljøene.



Beskrivelse	Nasjonalt råd for prioritering i helse- og omsorgstjenesten. Sekretariatet til rådet skal fra 1. januar 2016 være organisatorisk forankret i Helsedirektoratet. Det vises for øvrig til oppdragsbrev datert 4.9.15. Her presiseres blant annet at Sekretariatet for Nasjonalt råd for prioritering skal ha samme størrelse som i perioden 2011-2014, det vil si ca. fire stillinger.
Kommentar	<p>Sekretariatet har i 2016 arrangert fire møter og et opplæringsseminar for rådet. I tillegg har sekretariatet arrangert en heldags prioriteringskonferanse med 230 deltakere i oktober 2016.</p> <p>Flere av sakene som har vært til behandling i rådet dette året har fått medieoppmerksomhet. Behandlingen av Prioriteringsmeldingen på Stortinget høsten 2016 har medført en del arbeid for sekretariatet.</p> <p>Redusert bemanning og begrensede ressurser i sekretariatet har gitt noe mindre rom for synliggjøring av rådet ved ekstern aktivitet, og redesign av nettsiden er ikke igangsatt. Rådets nettside har imidlertid fungert godt gjennom hele året og har vært jevnlig oppdatert.</p>

### 3.9 Forskning og innovasjon

#### Langsiktige mål

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

Kommentar	Helsedirektoratet har bl.a. via deltakelse i ulike program, i ulike møtearenaer og via HelseOmsorg21-arenaer bidratt i arbeidet. Viser her til kommentarene under samlet vurdering.
-----------	---

#### Samlet vurdering

##### Forskning

Programmet Gode og effektive helse-, omsorgs- og velferdstjenester (HELSEVEL) er den viktigste og største enkeltaktiviteten i Forskningsrådets hovedsatsing Flere aktive og sunne år (FASE). Programmet er finansiert av; Helse- og omsorgsdepartementet, Arbeids- og sosialdepartementet, Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet, samt Kunnskapsdepartementet. Det er i alt 17 personer i programstyre. Av disse er det 7 som representerer myndighetsorganer som departement og direktorat. Helsedirektoratet er representert med en observatør i programstyret. Det er gjennomført tre utlysninger i 2016.

Programmet God og treffsikker diagnostikk, behandling og rehabilitering (BEHANDLING) skal gjennom klinisk forskning bidra til at pasienten får god og treffsikker diagnostikk, behandling og rehabilitering gjennom hele sykdomsforløpet. Programmet bevilget i 2016 120 millioner til forskning inne psykisk helse, rus, og rehabilitering. Å fremme tilfanget av gode tverrfaglige prosjektsøknader på tvers av tjenestenivå er en prioritert utfordring. Helsedirektoratet er representert med en observatør i programstyret.

Programmet Bedre helse og livskvalitet (BEDREHELSE) har som hovedmål å støtte forskning og innovasjon som har høy kvalitet og er nyttig for at befolkningen skal oppleve flere leveår med god helse og trivsel, og for å redusere sosiale helseforskjeller. I 2016 bevilget programmet 120 millioner til intervensjonsforskning. Barn, unge, eldre og minoriteter er de viktigste gruppene for programmet. Helsedirektoratet er representert med en observatør i programstyret.

Forskningsprogrammet GLOBVAC er finansiert med midler fra Utenriksdepartementet via Norad og årlig 10 mill. fra Helse- og omsorgsdepartementet. I 2016 har det ikke vært gjennomført utlysninger for nye prosjekter da Norad måtte avklare sitt bidrag utover støtte til allerede inngåtte kontrakter. Etter at Norge besluttet å bli del av det Europeiske samarbeidsprogrammet EDCTP2, besluttet programstyre at midler fra Helse- og omsorgsdepartementet burde avsettes som strategiske samfinansieringsmidler innrettet mot EDCTP prosjekter. Dette for å muliggjøre tilsvarende støtte fra EDCTP. Et anbefalingsbrev sendt fra Norad til Utenriksdepartementet på slutten av 2016 om videre finansiering av GLOBVAC åpner opp for at GLOBVAC vil kunne følge opp samfinansieringsprosjekter med EDCTP. Helsedirektoratet har i 2016 vært Norsk representant i General Assembly

(styret) i EDCTP med vara fra Forskningsrådet. Helsedirektoratet er representert med et medlem i programstyret for GLOBVAC.

EU kommisjonen krever at de Europeiske medlemslandene skal garantere for eventuelle uregelmessigheter ved finansieringen av EDCTP prosjekter. For 2016 har Tyskland, Storbritannia og Frankrike underskrevet en garantiavtale på veiene av hele EDCTP. Forskningsrådet er interessert i å signere en garantiavtale på veiene av Norge. Endelig avtaletext er ikke klar og Tyskland, Storbritannia og Frankrike er positive til å videreføre avtalen for 2016 ut 2017.

Program for Sykefravær, arbeid og helse har vært en tiårig satsning finansiert av Arbeids- og sosialdepartementet. Programmet gikk ut i 2016, og det er foreløpig ikke kjent om det blir videreført. Helsedirektoratet har deltatt som møtende varamedlem i programstyret på vegne av Helse og omsorgsdepartementet.

Midlene til koordinering av 22. juli-forskning er blant annet brukt til å finansiere utgivelsen av en antologi om forskningsetiske spørsmål i 22. juli-forskningen. Boken, som er en Open Access bok, er et samarbeid mellom Helsedirektoratet og De nasjonale forskningsetiske komiteene. Helsedirektoratet har videre brukt midlene til å gi Norsk senter for forskningsdata (NSD) i oppdrag å sammenstille og tilgjengelig gjøre metadata fra forskningen etter 22. juli. Dette er et anbefalt tiltak i koordineringsgruppens sluttrapport fra 2015. Det ble avholdt ett møte i koordineringsgruppa i 2016.

Helsedirektoratet gir tilskudd til 36 regionale og nasjonale kunnskaps- og kompetanssentere utenfor spesialisthelsetjenesten. Forskningsaktiviteten fra disse senterne rapporteres i CRISTin og fra 2017 til HelseOmsorg 21 Monitor.

Helsedirektoratet har to personer som er blitt tatt opp til [Forskningsrådet sitt program for offentlig sektor-Ph.D.](#) Den ene er forankret i Folkehelsedivisjonen og handler om implementering av Retningslinjer for Mat og Måltider i skolen, med barneskoler og SFO som målgruppe. En viktig målsetting er å hjelpe oss med å arbeide mer systematisk med implementering av retningslinjer.

## Innovasjon

InnoMed (nasjonalt kompetansenettverk for behovsdrivet innovasjon i helse- og omsorgssektoren) sitt sekretariat utarbeider årsrapport for InnoMeds sekretariat og for de regionale innovasjonsrådgiverne. Styringsgruppen for InnoMed avvikles fra 1.1.2017 og et koordineringsutvalg oppnevnes med følgende deltagere: Helsedirektoratet/InnoMed (ledelse), KS, de regionale helseforetakene, Forskningsrådet, Innovasjon Norge og Universitets- og høyskolerådet.

Etableringen av Veikart for tjenesteinnovasjon ble etablert i 2015 og driftes i dag av KS. Dette arbeidet inngår i virksomheten til InnoMed for å styrke satsingen mot kommunene. Helsedirektoratet samarbeidet med KS om utviklingen av dette veikartet. I 2016 har formidling og spredning av Veikartet for tjenesteinnovasjon ut mot norske kommuner stått sentralt, i tillegg til ferdigstilling av moduler i Velferdsteknologiens ABC til opplæringsøyemed i norske kommuner, herunder implementeringsplan.

Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse startet i september 2016 å utrede et helhetlig nasjonalt innovasjonssystem og innovasjonsmodell for helse- og omsorgstjenestene; på grunnlag av kartlegging av dagens innovasjonssystem, og foreslå organisering av et helhetlig nasjonalt innovasjonssystem innenfor helse- og omsorgssektoren. Utredningen skal ses i sammenheng med organiseringen av øvrig innovasjonsarbeid i offentlig sektor og skje i samarbeid med InnoMed, DIFI, Norsk design- og arkitektursenter, RHFene, Innovasjon Norge, Norges forskningsråd og KS.

Det ble levert en foreløpig rapport, som innspill til statsbudsjettet for 2018, innen utsatt frist 5. januar 2017. Rapporten er foreløpig da mange av forslagene krever ytterligere utredning.

## Oppgaver

●	Helsedirektoratet bes om å sikre at forskningssentrene og kunnskaps- og kompetansetjenestene utenfor spesialisthelsetjenesten benytter og rapporterer forskning ved bruk av Health Research Classification System som ledd i arbeidet med etablering av HelseOmsorg 21 Monitor.	I rute
Beskrivelse	Målet er en bedre samordning av rapporteringen fra sentrene på forskning, slik at de kan sammenliknes innbyrdes og inngå i HelseOmsorg21 Monitor.	
Kommentar	I september og oktober ble følgende epost sendt alle sentrene: Viser til årets tilskuddsbrev fra Helsedirektoratet og omtalen av Norges forskningsråds arbeid med HelseOmsorg21 Monitor. Forskningsrådet skal fra 2016 fremskaffe helhetlig informasjon om ressurser som brukes til forskning, resultater og effekter av forskning. I tillegg ønsker Helsedirektoratet ensartet rapportering om forskningsaktiviteten ved kunnskaps- og kompetansesentrene, jf. nytt samfunnsoppdrag for disse. Vi har derfor i dialog med Forskningsrådet og NIFU utvikler et skjema for å fange opp forskningsaktiviteten og sammenstille denne på tvers av sentrene. Enheter som rapporterer publikasjoner i CRISTin trenger bare å oppgi stillinger og ekstern finansiering til forskningsaktivitet. Hvert senter setter sin hovedsaksbehandler i Helsedirektoratet i kopi når rapporteringsskjema sendes. For å unngå dobbelrapportering kan sentrene evt. vise til rapporteringen knyttet til HelseOmsorg 21 Monitor, i den årlige tilskuddsrapporteringen til Helsedirektoratet. Det må sikres at de to rapporteringene samlet gir Helsedirektoratet det nødvendige bildet av aktiviteten – i tråd med direktoratets føringer for tilskuddsrapportering.	
●	Helsedirektoratet bes om å vurdere egnet metode for å få en oversikt over omfang av utprøvende behandling i spesialisthelsetjenesten, utenfor kliniske studier.	Ferdig
Beskrivelse	Oppdraget er en oppfølging av Meld. St. 28 (2014–2015) - Legemiddelmeldingen og Meld. St. 10 (2012–2013) God kvalitet – trygge tjenester – Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten. I begge meldingene pekes det på behov for en bedre oversikt over all utprøvende behandling. Målet er å foreslå en eller flere metoder for dette basert på informasjon som allerede finnes eller som eventuelt må skaffes til veie.	
Kommentar	Notat ble levert HOD i desember 2016.	
●	I samarbeid med fylkesmennene forvalte innovasjons- og kompetanetilskuddet i tråd med formålet og sørge for at innovasjonsprosjektene blir oppsummert og evaluert med sikte på spredning.	I rute
Beskrivelse	Resultatmål: Kommunene møter fremtidens utfordringer på helse- og omsorgsfeltet med bærekraftige og gode tiltak og tjenester.	
Kommentar	Midlene er fordelt til Fylkesmennene, regelverket for tilskuddsordningen er oppdatert i tråd med føringene i Prop. 1 S. Fylkesmennene har behandlet søknader og fordelt tilskudd til kommunene i tråd med regelverket. Prosjektrapporter, eventuelle forskningsrapporter og annen dokumentasjon fra innovasjonsprosjekter under denne tilskuddsordningen skal sendes Senter for Omsorgsforskning, som har fått i oppdrag å fungere som dokumentasjonssenter i forhold til spredning og en eventuell evaluering. Fylkesmennene skal også gi en overordnet vurdering av prosjektene i 2016 i særskilt rapportering til Helsedirektoratet innen 1.5.2017.	

## 3.10 Personell og kompetanse

---

### Langsiktige mål

#### Tilstrekkelig tilgang på kvalifisert personell med riktig kompetanse i helse- og omsorgssektoren

---

**Kommentar** Dette er et langsiktig mål som omfatter hele divisjonens arbeidsområde, og status og utfordringer på dette området er grundig omtalt under «Samlet vurdering» for divisjonen i årsrapporteringen. Overordnet sett vurderer vi at vi er i rute med våre bidrag til å oppnå dette målet.

#### God ivaretagelse av autorisasjons- og godkjenningsordninger for helsepersonell

---

**Kommentar** Dette er også omtalt under «Samlet vurdering» på personellområdet, og kommer til erstatning for det som tidligere var Årsmelding fra Statens autorisasjonskontor. Det er fremdeles mange utfordringer på autorisasjonsområdet, men på de fleste områder er vi i rute.

#### Bidra til godt kunnskapsgrunnlag og analyser av utfordringer, behov og løsninger på området

---

**Kommentar** Helsedirektoratet arbeider videre innenfor de gitte rammer i god samarbeid med direktoratet for e-helse for god datakvalitet på Helsepersonellregisteret og Legestillingsregisteret. Det er også god kvalitet på de data vi innhenter i samarbeid med SSB. Innhenting av kunnskapsgrunnlag for kvalitative data og således bedre analyser, har måttet nedskaleres i 2016 pga. de økonomiske rammene, og ligger an til det samme i 2017. Kompetanseløft 2020 bidrar til måloppnåelse på dette feltet, og det arbeidet er i god fremdrift.

### Samlet vurdering

Personell er den største ressursen og den viktigste innsatsfaktoren i helse- og omsorgstjenesten. Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgssektoren er avhengig av kvalifisert og kompetent helsepersonell i tilstrekkelig omfang. For å lykkes med dette er bl. annet gode beslutningsgrunnlag for personellplanlegging, godt datagrunnlag for analyse og framskrivning av helsepersonellbehov, og riktig utnyttelse av personell, viktige faktorer. Ellers må godt samarbeid med utdanningssektoren bidra til at utdanning, kvalitet og kapasitet av helsepersonell samsvarer med tjenestenes behov, både i dag og i årene fremover. God forvaltning av autorisasjons- og godkjenningsordninger, herunder riktig behandling av søknader om autorisasjon, er spesielt viktig for å sikre befolkningens tillit til helsepersonellens kompetanse og kvalifikasjoner. For å styrke innsatsen og arbeide mer helhetlig på autorisasjons- og godkjenningsfeltet, ble Statens autorisasjonskontor integrert i Helsedirektoratet fra 1. jan 2016. Dette har gitt gode effekter gjennom kompetansedeling og muligheter for å bruke informasjonen fra autorisasjonsarbeidet i planlegging og utvikling.

#### Tilstrekkelig tilgang på kvalifisert personell med riktig kompetanse i helse- og omsorgssektoren

I helse- og omsorgstjenestene ble det utført ca. 260 760 årsverk i 2015. Fra 2014 til 2015 økte antall årsverk i spesialisthelsetjenesten med 6,1 prosent, mens det for primærhelsetjenesten var en økning på 1,0 prosent. Dette er ikke i tråd med regjeringens forutsetninger om at personellveksten fortrinnsvis skal skje i kommunene. I primærhelsetjenesten utføres 9 av 10 årsverk i omsorgstjenesten, hvor veksten ble på bare 0,8 prosent. For kommunehelsetjenesten for øvrig var veksten på 2,3 prosent. Antall leger i spesialisthelsetjenesten øker også betydelig mer enn antall leger i primærhelsetjenesten. Det er grunn til å ha oppmerksomhet på dette fremover, dersom samhandlingsreformen skal lykkes

## Viktige leveranser og aktiviteter

### ▪ Kompetanseløft 2020

Hesledirektoratet har våren 2016 utarbeidet en plan for gjennomføring av Kompetanseløft 2020 som ble godkjent av HOD i september 2016. Den omfatter bl.a. planer for å utvikle dekkende statistikk for personell- og kompetanseløftet, for følgeevaluering av K2020 og for formidling og spredning av Kompetanseløft 2020 med alle tiltak. Det er etablert regelmessige samarbeidsmøter mellom Hesledirektoratet og KS om gjennomføring av K2020, og med fylkesmennenes rådgivere i Omsorg 2020.

Et sentralt og meget etterspurt tiltak i K2020 er gjennomføring av nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten. Våren 2016 fullførte 102 studenter ved de to første pilotklassene, og i september startet tre nye klasser med 160 studenter. Det planlegges å starte en klasse i Nord Norge høsten 2017.

Lønnstilskuddsordningen for kommuner med sykepleiere som tar en mastergrad i avansert klinisk sykepleie har blitt benyttet langt mer i 2016 enn i 2015. Totalt 67 sykepleiere fikk støtte til å ta utdanning i 2016, mot 27 i 2015.

### ▪ Sluttrapport for Omsorgsplan 2015, herunder Kompetanseløftet 2015

Hesledirektoratet har høsten 2016 utarbeidet en sluttrapport for gjennomført planperiode 2007 – 2015 for Kompetanseløftet 2015. Resultater viser at bl.a. at årsverksveksten er sterk særlig de første årene, og målsettinger for årsverksvekst ble overoppfylt, i all hovedsak med fagutdannet personell. I 2015 ble 73,2 prosent av årsverkene utført av personell med relevant fagutdanning. Andelen årsverk utført av høgskoleutdannede har økt særlig mye og utgjorde 34 prosent i 2015. Økende arbeidsinnvandring har bidratt til årsverksveksten, og gjør seg gjeldende på alle kompetansenivåer.

### ▪ Ny spesialistutdanning for leger

Arbeidet med ny spesialistutdanning for leger har nådd viktige milepæler i 2016. Ny spesialistforskrift iverksettes 1.mars 2017. Det ble utarbeidet læringsmål for del 1 og felles kompetansemøduler del 1-3, og læringsmålene for 45 medisinske spesialiteter ble sendt på offentlig høring 15. desember. Arbeidet har vært utført i godt samarbeid mellom Legeforeningen, RHF og et stort antall fagpersoner har bidratt. Læringsmål for ny spesialitet i akutt- og mottaksmedisin er også ferdigstilt.

### ▪ Implementering av ny forskrift for personell utdannet utenfor EØS

Forskriften implementeres fra 1.1.2017. Alle nødvendige avtaler om tilleggskrav (fagprøver, nasjonale fag mm) er inngått ved utgangen av 2016, med unntak av fagprøve for tannleger som forventes inngått i løpet av våren 2017. Det er gjennomført en rekke informasjonstiltak i forbindelse med den nye autorisasjonsordningen.

## Utfordringsbildet

Rask teknologisk og medisinsk utvikling medfører endringer i kompetansebehov raskere enn utdanningene greier å følge med. Den demografiske utviklingen med stadig flere eldre som lever lenge med kroniske sykdommer, kan føre til mangel på viktige helsepersonellgrupper. Allerede nå melder Fylkesmennene om rekrutteringsproblemer i kommunale omsorgstjenester, og for helsepersonell med høyere utdanning i utkantstrøk. Det er også dårlig utnyttelse av personellet: Deltidskultur og høyt sykefravær i pleie- og omsorgstjenesten medfører at vi må utdanne 2-3 ganger så mange helsefagarbeidere og sykepleiere som vi egentlig trenger.

Kommunene skal overta en større del av kompetansekrevene behandling og oppfølging av stadig mer alvorlige og kompliserte lidelser. Selv om det er en gledelig utvikling i retning av stadig høyere utdanningsnivå i primærhelsetjenesten, bekles fremdeles en fjerdedel av årsverkene i kommunale helse- og omsorgstjenester av ufaglærte. I spesialistutdanningen peker RHFene på at områdene gastrokirurgi, infeksjonssykdommer og bryst-/endokrinkirurgi kan bli sårbare i årene framover.

## Fremtidige planlagte leveranser og strategiske vurderinger

### Ny spesialistutdanning for leger

Ny spesialistutdanning for leger skal iverksettes høsten 2017. Turnustjenesten opphører og erstattes av en felles første del i spesialiseringssløpet. Læringsmål for del 2 og 3 skal ferdigstilles og besluttes, og læringsmål, -aktiviteter og vurderingsformer skal tilpasses og legges inn i elektronisk verktøy, som også skal brukes i godkjenning av de ferdige spesialistene. Rutine for godkjenning av utdanningsvirksomheter må etableres og veileder for vurdering ferdigstilles. Ny spesialitet i akutt- og mottaksmedisin skal implementeres.

### Videreutdanningstilbud for sykepleiere og tjenestenes kompetansebehov

Oppdrag om kartlegging av videreutdanningstilbud for sykepleiere og vurdering av behov for oppretting av nye, bredere videreutdanninger, skal leveres våren 2017. Dette prosjektet skal kartlegge de mange videreutdanningstilbud for sykepleiere, og hvordan disse samsvarer med tjenestenes behov.

Det er behov for å heve formalkompetansen, særlig i kommunale helse- og omsorgstjenester, og i øke andelen sykepleiere og andre faggrupper med videreutdanning og forskerkompetanse. Det må arbeides videre med å etablere en heltidskultur i pleie- og omsorgstjenesten for å oppnå mer stabil personellgruppe inn mot sårbare brukere med omfattende tjenestebehov. Det bør også vurderes hvordan helseutdanningene kan innrettes bedre for å tiltrekke seg mannlige søkere.

## God ivaretagelse av autorisasjons- og godkjenningsordningen

Fra 2016 har Helsedirektoratet overtatt ansvaret autorisering, som skal sikre at pasienter møter helsepersonell som har riktig utdanning og kompetanse. Det er behandlet over 20 000 søknader om autorisasjon og lisens fra søkere over hele verden i 2016. Innlemmingen av SAK i Helsedirektoratet har tydeliggjort autorisasjons- og godkjenningsfeltets strategiske plass i helsepersonellområdet og bidratt til faglig styrking av feltet.

## Viktige leveranser og aktiviteter

### Autorisasjoner og lisenser

I 2016 ble det innvilget 17.263 autorisasjoner og 3.135 lisenser fordelt på 29 helseprofesjoner. Det ble gitt 1.228 avslag, noe som utgjør ca. 6 % av de behandlede søknadene. Det er innvilget flest autorisasjoner innenfor profesjonene sykepleiere (5.184), helsefagarbeidere (5.098), leger (1.658), og vernepleiere (885).

Autorisasjoner og lisenser i 2016	
Utdanningsregion	Antall
Norge	13.659
Norden	2.162
EU/EØS	2.618
Utenfor EU/EØS	1.960
<b>Totalt</b>	<b>20.398</b>

### Oversikt over autorisasjoner og lisenser i 2016 fordelt på utdanningsregioner

Når det gjelder saksbehandlingstiden, har hovedvekten av søknadene behandlet innenfor gjeldende saksbehandlingstid. Det er ved utgangen av 2016 en overskredet saksbehandlingstid på 20 % av de søknadene som ligger til behandling. Det har vært utfordringer i å overholde saksbehandlingstiden for enkelte søkergrupper, spesielt noen profesjoner med utdanning fra EU/EØS og for klagesaker. Dette gjelder særlig grupper der det har vært nødvendig med spesielle avklaringer, så som tannleger utdannet i Latvia, leger og tannleger med utdannet i Polen og psykologer utdannet i Ungarn.

Autorisasjoner og lisenser i 2016	
Utdanningsregion	Saksbehandlingstid
Norge	Inntil 6 uker
Norden	Inntil 6 uker
EU/EØS	Inntil 4 måneder
Utenfor EU/EØS	Inntil 7 måneder
Klagesaker	Inntil 4 måneder

#### *Saksbehandlingstid i 2016 fordelt på utdanningsregion*

Det er i 2016 registrert en betydelig nedgang i autorisasjonssøknader fra nordiske søkere, og da spesielt fra Sverige med en reduksjon på 35 % fra 2015 til 2016.

Det har i løpet av 2016 kommet inn 358 klager på vedtak innenfor autorisasjons- og godkjenningsområdet, og av disse er 106 klager oversendt til Helseklage. Helsedirektoratets vedtak har blitt stadfestet i 94 % av de behandlede sakene. På bakgrunn av opplysninger fra ungarske helsemyndigheter endret Helsedirektoratet godkjenningspraksisen for psykologer utdanningen fra ELTE-universitetet. Det innebærer at studenter som har gjennomført den ungarske utdanningen ikke får lisens eller autorisasjon i Norge. Ca. 50 klagesaker er knyttet til denne endringen. Disse klagesakene har vært gjenstand for oppmerksomhet fra media høsten 2016.

Ny forskrift for helsepersonell utdannet utenfor EU/EØS blir innført fra 1.1.2017, og i de siste ukene av 2016 innkom det store mengder søknader innenfor alle profesjoner da forskriftsendringen ble kjent. Dette har også medført et økende antall henvendelser fra søkere. Det er igangsatt flere informasjonstiltak for å sikre god informasjon og forutsigbarhet for søkere som blir omfattet av forskriftsendringen. Det er besluttet en overgangsordning for en del søkere som allerede er i et kvalifiseringsløp, og denne gruppen blir kontaktet direkte med informasjon om overgangsordningen.

#### ▪ **Spesialistgodkjenning**

Det er blitt behandlet 1679 av totalt 1910 søknader om spesialist godkjenning i 2016. Det ble gitt 45 avslag, som utgjør 2,6 % av de behandlede søknadene. Av de 1634 godkjenningene som ble innvilget, er det 479 resertifiseringer, 167 allmenntidmedisin, 692 sykehusspesialiteter og 193 konverteringer fra EU/EØS-spesialiteter.

Hovedvekten av søknaden har blitt behandlet innenfor normert saksbehandlingstid, som varierer noe mellom spesialitetene og utdanningsland. Spesialistgodkjenning og resertifisering i allmenntidmedisin er prioritert, med saksbehandlingstid på henholdsvis 3 måneder og 6 uker. I 2016 har det også vært prioritert å behandle søknader om spesialistgodkjenning i rus- og avhengighetsmedisin for å få på plass godkjente utdanningsinstitusjoner på området.

#### ▪ **Kundekontakt og kommunikasjon**

Det er i 2016 gjort flere tiltak for å bedre informasjon og veiledning for kundene på autorisasjons- og godkjenningsområdet. Kundesenteret mottok i 2016 ca. 30 000 eposter, og 29 000 telefonhenvendelser med en svarprosent (før kunden velger å legge på) på 85 %. Dette er noe under vårt ambisjonsnivå, som er på 90 %. Responstid på e-posthenvendelser i kundesenteret er i hovedsak innenfor resultatkravet på 3 dager. En ny sentralbordløsning for kundesenteret er tatt i bruk i 2016 Dette har gitt noe forbedret funksjonalitet, men har også medført noen utfordringer som har ført til lavere servicegrad overfor kundene i perioder.

For å bedre kundekontakten har vi også etablert et språkprosjekt i hele divisjonen, som har jobbet med klarspråk i den skriftlige kommunikasjonen med søkere og samarbeidspartnere. Videre er det startet opp et arbeid med å analysere kundehenvendelsene slik at nettsider og annen informasjon blir mer tilpasset de ulike målgruppene. Det er en ambisjon om at divisjonen skal bli mer tilgjengelig, åpne og proaktive overfor kundegruppene.

### ▪ Effektivisering og digitalisering

I løpet av 2016 har en helautomatisk løsning for innmelding av helsepersonell som har fullført sin utdanning i Norge, blitt tatt i bruk. I underkant av 8000 søknader fra helsepersonell har kommet inn via innmeldingslister fra norske utdanningsinstitusjoner. Dette utgjør ca. 60 % av alle søknader fra norske utdanninger. Løsningen baserer seg på felleskomponenten Altinn med tilhørende betalingsløsning. Også for enkeltsøknader kan Altinn nå benyttes både for autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning. Disse digitale løsningene fører til at kundene får sine søknader raskere behandlet, direktoratet utnytter saksbehandlingsressursene mer effektivt og helsetjenesten får raskere tilgang på kvalifisert personell.

### ▪ Regelverksarbeid

#### ○ EØS og ny forskrift:

Det er vedtatt endringsdirektiv 2013/55 til yrkeskvalifikasjonsdirektivet 2005/36. Endringene er trådt i kraft i EU-landene og er nå tatt inn i EØS-avtalen. For at endringene skal bli gjeldende i norsk rett, skal det utarbeides forskrifter for å implementere endringsdirektivet. Kunnskapsdepartementet utarbeider en horisontal forskrift, mens Helse- og omsorgsdepartementet vedtar en forskrift for helseyrkene, og direktoratet har bistått HOD med forslag og løsninger.

#### ○ Ny spesialistforskrift:

Vi har også bistått i utarbeidelsen av Forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger (spesialistforskriften).

### ▪ Kvalitet og verifikasjoner

I starten av 2016 ble det gjennomført en omfattende risikokartlegging og vurderingen som har blitt fulgt opp gjennom året. Direktoratet gjennomfører intern revisjon av 10 tilfeldig valgte saker hver måned, for å kontrollere at saksbehandler har fulgt gjeldene regelverk, prosedyrer og sjekklister i behandlingen av søknader om autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning. Det foretas også et tilsvarende antall verifikasjoner av ektheten av dokumenter, i tillegg til grundig undersøkelse av de 17 tipsene/bekymringsmeldingene som ble mottatt til vår tipsmail. To av disse har blitt fulgt opp videre med tanke på politianmeldelse.

### Utfordringsbildet

Helsedirektoratet behandlet over 20.000 saker om autorisasjon og lisens fra søkere fra hele verden i 2016. Globalt er det mer enn 25.000 universiteter og høyskoler, i tillegg til en stor mengde fagskoler på lavere nivå. Ved behandling av søknader om autorisasjon med utdanning fra utlandet skal vi sikre at utdanning og kompetanse er jevn god med den man ville ha fått ved tilsvarende utdanning i Norge.

Kompleksiteten i sakene varierer, og kan strekke seg fra enkel ekspedering via innmeldingslister fra norske utdanningsinstitusjoner til gjennomgang av hundrevis av dokumenter, fagplaner, diplomer og kursbevis. Dette utgjør en betydelig utfordring i saksbehandlingen og i kommunikasjonen med søkerne.

Det er stadig flere norske ungdommer som velger å ta sin utdanning utenfor Norge, og mange europeiske utdanningsinstitusjoner er populære innenfor flere av helseprofesjonene. Endringer ved enkelte av disse utdanningene og ny informasjon om regulering av utdanninger i utdanningslandet, har bidratt til omlegging av praksis og endring i saksbehandlingen for enkelte grupper. Dette medfører utfordringer for den enkelte student som står i fare for ikke å få sin utdanning godkjent i Norge etter endt utdanning, og det medfører videre en utfordring i forhold til kommunikasjon med studentene i forkant av utdanningsvalg og gjennom studieforløpet. Det er en generell oppfatning blant en del studenter at studiefinansiering gjennom Lånekassen er en garanti for at utdanningen vil bli godkjent og føre til en autorisasjon. Det er i fremtiden viktig å nå denne målgruppen med god informasjon i de rette kanaler før de velger utdanningssted.

Innføring av ny forskrift for helsepersonell utdannet utenfor EU/EØS med påfølgende økte kostnader for dem som søker autorisasjon, kan forventes å føre til en nedgang av søknader fra enkelte regioner og profesjoner.



Dette kan få konsekvenser for rekrutteringen blant annet av helsefagarbeidere, der søkere utenfor EU/EØS utgjorde 17 % av de innvilgede autorisasjonene i 2016.

### Fremtidige planlagte leveranser og strategiske vurderinger

- **Videreutvikling av digitale løsninger:**  
For å oppnå full effekt av de digitale løsningene som er utviklet på autorisasjons- og godkjenningssområdet, gjenstår det fortsatt flere tiltak. Det må være en uttalt ambisjon og få alle norske utdanningsinstitusjoner til å ta i bruk digital innmeldingsliste. Dette vil gi betydelige effekter både for den enkelte student/elev, Helsedirektoratet og helsetjenesten som vil få raskere tilgang på helsepersonell.
- **Kommunikasjon og kundekontakt**  
Det pågående arbeidet med å bedre kundekontakten vil bli videreført i 2017. Det er av vesentlig betydning at det legges til rette for at Helsedirektoratet blir mer åpne, tilgjengelige og proaktive i sin kommunikasjon med ulike målgrupper på autorisasjons- og godkjenningssfeltet. Flere tiltak er iverksatt og vil bli videreført:
  - Klarspråkarbeidet videreføres med bistand fra Språkrådet for å sikre at søkerne blir gitt riktig og forståelig informasjon, og derved reduserer unødvendig tidsbruk både for kundene og for forvaltningen.
  - Målrettet informasjon mot ulike søkergrupper og med ulike virkemidler og på forskjellige kanaler og arenaer for å nå de ulike gruppene.
  - Få en bedre innsikt i hvilke behov de ulike målgruppene har for informasjon og benytte dette i arbeidet med å forbedre informasjonen.
  - Lytte til kundene gjennom å legge til rette for tilbakemeldinger ved bruk av kundeundersøkelser.

### Andre planlagte leveranser:

- Arbeidet med innføringen av profesjonskortet og varslingsmekanisme i endret yrkeskvalifikasjonsdirektiv.
- I sammenheng med den nye godkjenningsordningen som trer i kraft 1.1.2017 er vil det være viktig og følge med på hvordan denne ordningen påvirker søknadsinngangen.
- Norge har i år formannskapet i Nordisk gruppe for helsepersonell. Det skal avholdes møte i Norge vår og høst 2017.

### Bidra til godt kunnskapsgrunnlag og analyser av utfordringer, behov og løsninger på området

#### Viktige leveranser og aktiviteter

- **Framskrivninger**  
Helsedirektoratet skal bistå beslutningstakerne med relevante analyser av helsepersonellbeholdningen knyttet til kompetanse og omfang av behov for ulike personellgrupper. 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 ble isteden gjennomført en evaluering av HELSEMOD i 2016 (SSB Rapport 2016/19) for å styrke grunnlaget for videre framskrivninger. Arbeidet er blitt understøttet gjennom videreutvikling av helsepersonellregistrene, kartleggende dialog om mulighetene videre med eksterne aktører og samarbeid med Helse Vest om Nasjonal bemanning modell for spesialisthelsetjenesten.
- **HRH**  
Direktoratet har i 2016 laget en oppsummering av forslag til nasjonal oppfølging av WHO's Global Strategy for Human Resources for Health (HRH) og Høynivåkommisjonens anbefalinger. Selv om disse to internasjonale handlingsplanene har hovedfokus mot lav- og middels- inntektsland, inneholder de mange gode tiltak som Norge også vil ha glede av.

### Utfordringsbildet og fremtidige planlagte leveranser og strategiske vurderinger

Arbeidet med monitorering og fremskriving av behov bør fortsatt forbedres. Det vil være avgjørende for

Helsedirektoratets arbeid med å sikre tilstrekkelig tilgang på kvalifisert personell med riktig kompetanse, at det utvikles nye fremskrivningsmodeller og at det brukes scenariometodikk for å visualisere og tallfeste utfallet av ulike fremtidsbilder.

## Styringsparameter

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

---

**Kommentar** Legestillingsregisteret (LSR) inneholder pr. i dag leger i spesialisthelsetjenesten og fastleger. Sikring av datakvalitet har hatt høy oppmerksomhet, og datakvaliteten blir stadig bedre. Alle fire RHF-ene har eller har besluttet at de skal ha direkte, automatisk integrasjon med HF-enes lønns- og personaldatasystemer. Noe opprydding pågår fortsatt. Vi har ikke fått noen klager på datakvalitet for 2016 fra RHFene.

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

---

**Kommentar** Det er gjennomført en evaluering av Helsemod (SSB Rapport 2016/19) for å styrke grunnlaget for fremskrivninger. Vi arbeider videre sammen med HOD for å finne gode metoder for å monitorere og fremskrive behov for helsepersonell.

### Risikovurdering av autorisasjons- og godkjenningsområdet er gjennomført og fulgt opp.

---

**Kommentar** Det ble gjennomført en omfattende risikokartlegging og vurderingen i mars 2016 som har blitt fulgt opp gjennom året. Dette arbeidet følges opp kontinuerlig og vil fortsatt være i fokus i 2017.

### Nyttiggjøre Nasjonal bemanningsmodell utarbeidet av RHF som en kunnskapskilde på fremskrivningsområdet

---


**Kommentar** Nasjonal bemanning modell, koordinert av Helse Vest, skal fremskrive RHF-enes behov for helsepersonell. Helsedirektoratet er i dialog med RHF-ene om å nyttiggjøre Nasjonal bemanningsmodell som kunnskapskilde for fremskrivning av spesifikke utdanningsgrupper. Vi har hatt mye dialog med Helse-Vest i løpet av året om nasjonal bemanningsmodellen. Modellen var ikke kommet langt nok til å levere konkrete bidrag til rapporten «Leger i primær- og spesialisthelsetjenesten» i 2016, men samarbeidet fortsetter. Også når det gjelder behov for sykepleiere med videreutdanning på masternivå er vi i dialog med Helse-Vest om data fra bemanningsmodellen.

### Har systemer som sikrer at behandlingen av søknader om autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning er slik at kun søknader som oppfyller krav innvilges.

---

**Kommentar** Det gjennomføres fortløpende interne revisjoner av saksbehandling for å kontrollere at saksbehandler har fulgt gjeldene lover, forskrifter, prosedyrer og sjekklister i behandlingen av søknader om autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning, totalt 110 saker i 2016. Det ble tatt stikkprøver fra søkere med utdanning fra et variert utvalg av land. I tillegg ble det gjennomført ekthetskontroll av innsendte dokumenter ved 120 stikkprøvekontroller, og foretatt grundig undersøkelse av de 17 tipsene/bekyringsmeldingene som ble mottatt til vår tipsmail.

## Oppgaver

 Gjennom integrering av SAK i Helsedirektoratet sikre mer helhetlig og forbedret ivaretagelse av autorisasjon og godkjenning av helsepersonell.

Ferdig


**Beskrivelse** Informasjon fra saksbehandlingen av autorisasjoner og godkjenninger benyttes aktivt i utviklingsarbeidet på personellfeltet. Utdanningsfaglig kompetanse i divisjonen brukes til kompetanseheving av saksbehandlere på autorisasjonsfeltet.

**Kommentar** Det er nå ett år siden Statens autorisasjonskontor (SAK) ble integrert i Helsedirektoratet. Formålet med integreringen var å se autorisasjons- og godkjenningsfeltet i en styrket og helhetlig sammenheng. Denne målsetningen må anses å være oppnådd: Det har vært lettere for ledelsen å kvalitetssikre saksbehandlingen når saksbehandlerne har lettere tilgang på ekspertisen i Helsedirektoratet. Det blir også tydeligere hvordan praksisendringer på autorisasjonsfeltet slår ut for bemanningssituasjonen. Datafangst fra autorisasjonsområdet kan utnyttes i framskrivings- og utviklingsarbeid. Det blir også synliggjort hvordan den enkeltes medarbeidernes bidrag er betydningsfullt i hele verdikjeden på personellfeltet, og vi er godt i gang med å bygge en felles kultur.

 **Spesialistutdanning for leger, læringsmål del 1 og ny spesialitet i akutt- og mottaksmedisin** I rute


**Beskrivelse** Tildelingsbrevet 2016, spesielle oppdrag: Ved omleggingen av legers spesialistutdanning skal Helsedirektoratet innen juli 2016 utarbeide læringsmål for del 1 i utdanningen, og for ny spesialitet for sykehusenes akuttmottak. Arbeidet med læringsmål for utdanningens del 2 og 3 skal starte opp. Resultatmål: Læringsmål for del 1 er etablert. Læringsmål for ny spesialitet i akutt- og mottaksmedisin er etablert. Arbeid med læringsmål i del 2 og 3 er startet.

**Kommentar** Ny forskrift for spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger ble vedtatt og publisert 9.12.2016. Læringsmål for felles kompetansemøduler gjennom hele spesialistløpet og kliniske læringsmål for felles Del 1 (tidligere turnustjeneste) er ferdigstilt og vedtas i januar 2017, og publiseres deretter som vedlegg til forskrift. Utkast til læringsmål i del 2 og 3 for 45 spesialiteter ble etablert og sendt på høring 15.12.2016. Høringsfrist 1.4.2017. Endelige læringsmål for spesialiteten akutt- og mottaksmedisin ble oversendt 9.12.2016 og vedtatt av HOD i januar 2017.

 **Bistå med faktaavklaringer og evt. kvalitetssikring av tekster vedrørende departementets arbeid med forskrift om spesialistutdanning for leger og forskriftsendringer for implementering av yrkeskvalifikasjonsdirektivet.** I rute

**Beskrivelse** Det skal utarbeides forslag til innhold i ny forskrift ifm. endringsdirektiv 2013/55 til yrkeskvalifikasjonsdirektivet 2005/36.  
Resultatmål: Direktoratets bidrag er levert innen gitt frist med god kvalitet.

**Kommentar** Til endringsdirektiv 2013/55 utarbeider Kunnskapsdepartementet en horisontal forskrift, mens Helse- og omsorgsdepartementet vedtar en forskrift for helseyrkene som skal erstatte forskrift FOR-2008-10-08-1130. Avdeling godkjenning og regelverk har ferdigstilt oppdrag fra departementet med bidrag til utarbeidelsen av ny forskrift.

 **Iverksette endret godkjenningsordning for helsepersonell med utdanning fra land utenfor EØS og Sveits, i samsvar med vedtatt lovforslag og forskrift.** Forsinket

**Beskrivelse** Det skaffes til veie alle læringsaktiviteter som er nødvendige for å oppfylle tilleggskrav i forskriften (fagprøver, nasjonale fag mm)  
Resultatmål: Alle kvalifiseringstiltak er tilgjengelige for søkere når forskriften trer i kraft.

**Kommentar** Forskriften implementeres fra 1.1.2017. Det ble i 2016 inngått avtaler om fagprøver for leger og helsefagarbeidere, samt utløst opsjon på avtaler om kurs i nasjonale fag. Avtale om fagprøve for sykepleiere ble inngått i 2015, slik at alle nødvendige avtaler om tilleggskrav, med unntak av avtale om fagprøve for tannleger, er inngått ved utgangen av 2016. Det forventes at avtalen om fagprøve for tannleger vil være inngått i løpet av våren 2017 (kravet om fagprøve for tannleger er midlertidig utsatt i forskriften). Direktoratet har informert om den nye autorisasjons-ordningen på direktoratets nettsider, direkte til søkere i brev/vedtak, og i fagmedia.

## ● Helhetlig plan for rekruttering, kompetanse og fagutvikling (Kompetanseløft 2020)

I rute

Beskrivelse	Følge opp/gjennomføre Kompetanseløft 2020 som en helhetlig plan for rekruttering, kompetanse og fagutvikling, i tråd med Prop. 1 S (2015 – 2016). Departementet vil komme tilbake med eget oppdragsbrev. Oppdraget er politisk forankret.
Kommentar	Helsedirektoratet har våren 2016 utarbeidet en samlet plan for gjennomføring av Kompetanseløft 2020. Denne ble godkjent av HOD i brev av 9. september 2016. Parallelt har ulike avdelinger i direktoratet arbeidet med iverksetting og gjennomføring av de ulike tiltak i planen, både videreførte tiltak fra 2015 og nye oppdrag og tiltak som er kommet i løpet av 2016.

### 3.11 Administrative rutiner

---

#### 3.11.1 Fellesføringer

##### ● Fellesføringer: Kartlegging av hvordan brukere opplever virksomheten.

I rute

Beskrivelse	Etaten står fritt til selv å velge metode for kartleggingen. På bakgrunn av kartleggingen skal Helsedirektoratet vurdere og eventuelt ta initiativ til tiltak som kan forbedre tjenestene. I årsrapporten for 2016 skal Helsedirektoratet rapportere og kommentere hva som ble avdekket i kartleggingen og eventuelt beskrive hvilke tiltak som planlegges eller allerede er i iverksatt. Av hensyn til behovet for gjensidig læring og kontakt mellom brukerne og virksomhetene oppfordres virksomhetene til å legge ut informasjon om resultatene ut på sine hjemmesider.
Kommentar	Direktoratet har ulike metoder for å følge med på hvordan ulike brukere opplever virksomheten. Det gjennomføres en rekke enkeltevalueringer knyttet til spesifikke temaer og leveranser. Det er i 2016 bygget opp et KPI (key performance indicators)-regime for å forbedre direktoratets digitale kanaler. <a href="http://beta.helsedirektoratet.no/nokkeltall-for-digitalt-innhold/">http://beta.helsedirektoratet.no/nokkeltall-for-digitalt-innhold/</a> I tillegg benyttes filming av brukeratferd på nett. I sosiale medier får vi løpende tilbakemeldinger. Direktoratet følger med på utviklingen i Ipsos, MMIs omdømmeundersøkelse i befolkningen. Det er en jevn positiv utvikling de siste årene. Dette kan nok særlig forklares med at direktoratet er mer tilstede nærmere brukerne i sosiale medier og at flere (særlig unge) får en oppfatning og kontakt med direktoratet. Det planlegges en brukerundersøkelse i januar til de mest sentrale målgruppene for direktoratet utenom befolkningen. Denne knyttes til endringsprosessen som er i gang.

#### 3.11.2 Internrevisjon

Helsedirektoratet har vurdert behovet for å etablere internrevisjon i henhold til vurderingskriteriene gitt i R-117 - «Internrevisjon i statlige virksomheter», og HOD har gitt i oppdrag å etablere en internrevisjonsenhet med virkning fra 1.1.2018.

### 3.11.3 Intern sikkerhet og beredskap i Helsedirektoratet

#### Intern sikkerhet

I 2016 ble det gjennomført en revisjon av sikkerhetsarbeidet, som dannet grunnlaget for en egen gradert rapport sendt HOD. Det ble også gjennomført en gradert rapportering på sikkerhetstilstanden etter bestilling fra Justis- og beredskapsdepartementet, som også ble oversendt HOD. Sikkerhetsrevisjonen dannet grunnlaget for blant annet følgende tiltak; gjennomføring av nasjonal sikkerhetsmåned, implementering av system for avvikshåndtering, videreutvikling av grunnlagsdokumentasjonen for sikkerhet, samt utvikling av kompetanseplan og sikkerhetsforum for sikkerhetsorganisasjonen. Alle disse tiltakene er gjennomført.

De gjennomførte tiltakene har bidratt til å heve sikkerhetsnivået i direktoratet. Likevel gjenstår det fremdeles arbeid på dette området. Planlagte tiltak for 2017 er blant annet gjennomgang av ansvar og linjer innenfor sikkerhetsområdet, helhetlig sikringsrisikoanalyse, revisjon og videreutvikling av grunnlagsdokumentasjonen, samt videreføring av arbeidet med personellsikkerhet, kompetanseheving og sikkerhetskultur. Det er også behov for å anskaffe ytterligere fasiliteter for gradert kommunikasjon, samt videre satsning på fysisk sikring. Se nevnte graderte rapporteringer for detaljer.

#### Informasjonssikkerhet og personvern

Året har vært preget av iverksettelse og gjennomføring av samarbeidsavtalen med Direktoratet for e-helse på områdene informasjonssikkerhet og personvern. Dette har gitt synergier på begge kanter gjennom nyttig samkjøring og erfaringsutveksling.

Det er startet forberedelser til hvordan direktoratet skal møte de nye, skjerpede reglene i den nye EU-forordningen for personvern. Denne kommer til å erstatte personopplysningsloven fra mai 2018 og krever bl.a. at vi setter oss inn nye regler, lager nye rutiner for «innebygget personvern» og lærer opp ansatte på dette viktige området.

Tidens største nasjonale IKT-øvelse i Norge ble avholdt 29. og 30. november. Scenarioet inneholdt omfattende IKT-angrep som lammet flere sektorer og forvaltningsområder. Formålet med øvelsen var å sette Norge bedre i stand til å håndtere et større cyberangrep som rammet på tvers av sektorer og vi tok med oss viktige lærepunkt tilbake etter et par hektiske dager.

Det har vært jobbet jevnt med å få til en endra bedre sikkerhetskultur i direktoratet. I tillegg til jevnlig kursing og opplæring var Sikkerhetsdagen i oktober et viktig bidrag. Det var 3. gang denne ble gjennomført og med bidrag fra både PST og NSM på trusselbildet og med ekte, live hacking fra NorSIS fikk våre ansatte et bredt og variert innblikk.

### 3.11.4 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 160 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 gis midler til.

De fleste ordninger forvalter direktoratet selv, men for noen ordninger er forvaltningen delegert til andre, for eksempel Fylkesmannen eller fylkeskommunene.

I 2016 utbetalte direktoratet ca. 13 mrd. kr i tilskudd, hvorav den største ordningen «Særlig ressurskrevende helse- og omsorgstjenester» utgjorde i overkant av 8,6 mrd. kr.

Direktoratet rapporterer årlig tilbake til Helse- og omsorgsdepartementet på måloppnåelse for de ulike ordningene. I tillegg blir det etter behov gjennomført evalueringer av ordninger.

I 2016 ble følgende evalueringer gjennomført:

Kap.post	Navn på tilskuddsordningen	Navn på evaluering
761.68	Kommunalt kompetanse- og innovasjonstilskudd (tidligere <i>Opplæringstiltak i kommunene</i> )	«Rekruttering og kompetanseheving i kommunal pleie og omsorg» <a href="http://www.hioa.no/Om-HiOA/Senter-for-velferds-og-arbeidslivsforskning/NIBR/Publikasjoner/Rekruttering-og-kompetanseheving-i-kommunal-pleie-og-omsorg">http://www.hioa.no/Om-HiOA/Senter-for-velferds-og-arbeidslivsforskning/NIBR/Publikasjoner/Rekruttering-og-kompetanseheving-i-kommunal-pleie-og-omsorg</a>
761.79 762.60	Modeller for hverdagsrehabilitering	«Modeller for hverdagsrehabilitering - en følgeevaluering i norske kommuner» <a href="https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/id/424231/Rapport6_16_web.pdf">https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/id/424231/Rapport6_16_web.pdf</a>
719.60	Helsesatsinger i Groruddalen og Bydel Søndre Nordstrand	Inngår i «Sluttevaluering av Groruddalssatsingen» <a href="https://www.oslo.kommune.no/getfile.php/Innhold/Politikk%20og%20administrasjon/Slik%20bygger%20vi%20Oslo/Groruddalssatsingen%202007-2016/Dokumenter%20Groruddalssatsingen%202007-2016/Sluttevaluering%20av%20Groruddalssatsingen.pdf">https://www.oslo.kommune.no/getfile.php/Innhold/Politikk%20og%20administrasjon/Slik%20bygger%20vi%20Oslo/Groruddalssatsingen%202007-2016/Dokumenter%20Groruddalssatsingen%202007-2016/Sluttevaluering%20av%20Groruddalssatsingen.pdf</a>
765.60	Rask psykisk helsehjelp	«Rask psykisk helsehjelp: Evaluering av de første 12 pilotene i Norge» <a href="https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/rask_psykisk_helsehjelp_evalueringsrapp_12_piloter.pdf">https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/rask_psykisk_helsehjelp_evalueringsrapp_12_piloter.pdf</a>

Helsedirektoratets tilskuddsordninger kunngjøres på [www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no), slik at alle potensielle søkere skal kunne søke.

Flere av ordningene er kunngjøringspliktige, mens enkelte er unntatt fra kunngjøring.

For mange av ordningene mottar vi søknader og rapporteringer elektronisk via Altinn.

Det jobbes kontinuerlig med å forbedre å øke digitaliseringen av tilskuddsforvaltningen.

### 3.11.5 Nye styringsparametere for fagrollen og forvaltningsrollen

#### Nye styringsparametere for fagrollen og forvaltningsrollen

I rute

Ansvarlig 2540 UDOS - Avd. økonomi og styring  
enhet

Beskrivelse Det vises til omtalen i tildelingsbrevet for 2015, og senere dialog om dette arbeidet. Som følge av at omorganiseringen av den sentrale helseforvaltning får store utslag for Helsedirektoratets samfunnsoppdrag og aktiviteter, skal arbeidet med å utvikle relevante indikatorer for hhv fag- og forvaltningsrollen fortsette inn i 2016 og 2017.

Kommentar    Direktoratet har i løpet av 2016 utarbeidet en foreløpig kategorisering av hvilke områder det er ønskelig å utvikle styringsparametere på. Hovedproduktområdene er:

- Normerende- og faglig produkt
- Tilskudd- og finansieringsordning
- Lov- og regelverksfortolkning
- Autorisasjon, lisenser og godkjenninger
- Statistikk og analyser (Følge med ansvar)
- Helseregistre

For hvert av hovedproduktområdene er det en målsetning å utarbeide styringsparametere innenfor tre av nivåene i verdikjeden:

- produkter/tjenester
- brukereffekt
- samfunnseffekt

### 3.11.6 Etablering av IKT-plattform

#### ● Særskilte rapporteringer: IKT-plattform

I rute

Beskrivelse    I årsrapporten skal direktoratet gi en status for etatens arbeid med å videreutvikle sin IKT-plattform.

Helsedirektoratets IKT plattform spiller en viktig rolle i den daglige oppgaveløsningen gjennom ulike tjenester og systemer. Plattformen, som ble implementert i 2012, har blitt kontinuerlig vedlikeholdt og oppgradert. Fra 2016 benyttes også plattformen av andre virksomheter, som Direktoratet for e-helse, HELFO og POBO, hvor plattformen er grunnlaget for elektronisk utbetaling og forvaltning av tilskudd- og helsefusjonsmidler som Helsedirektoratet har ansvaret for.

I 2016 ble det gjennomført flere IKT prosjekter i Helsedirektoratet i tillegg til vedlikehold, modernisering og nødvendige oppgraderinger for at plattformen skal kunne ha nødvendig fleksibilitet til å støtte de endringer i organisasjon og virksomheten som kommer.

Digitalisering av retningslinjer og normerende innhold har vært et viktig område der IKT-verktøy og verdikjeder er blitt forbedret, bl.a. gjennom innføring av forfatterverktøyet MAGICapp, for bedre å kunne produsere normerende innhold digitalt. Det normerende innholdet blir lagret og tilgjengeliggjort gjennom åpne digitale grensesnitt (API), slik at eksterne aktører kan koble seg på dette og presentere innholdet direkte fra direktoratets oppdaterte database og innholdskilde i sine brukerflater, for eksempel i elektronisk pasientjournal (EPJ), Norsk elektronisk legehåndbok (NEL) og på helsebiblioteket.no.

HEGO er en ny fagmodul til elektronisk saksbehandling for autorisasjon for helsepersonell, som erstatter den manuelle saksbehandlingen av skolelister fra norske lærersteder med en automatisert saksbehandling basert på innmeldingslister som sendes inn via Altinn. Fagmodulen reduserte saksbehandlingstiden fra tidligere 4-6 uker til godkjenning samme dag listen blir sendt inn via Altinn, da den ble lansert 6. juni 2016.

Mandag 6. juni 2016 lanserte Helsedirektoratet en ny nasjonal IKT-løsning for fastlegeordningen, med mulighet for å legge inn delelister og bedre informasjon om fastlegen og fastlegekontoret. Fastlegeordningen har frem til lanseringen vært basert på NAV sin IKT plattform, men ble i 2016 modernisert og automatisert da den ble flyttet til Helsedirektoratet. Fra 28. november 2016 kan man også via tjenesten "Bytt fastlege" på Helsenorge.no, sette seg på venteliste til den fastlegen man ønsker. Det første døgnet etter lansering av ventelister, satte over 4000 innbyggere seg opp på én leges venteliste. Løsningen håndterer daglig omtrent 1000 innbyggere som av eget valg ønsker å bytte fastlege. Løsningen er laget i samarbeid med Norsk Helsenett og Direktoratet for e-helse.

Det er også gjort endringer i andre fagmoduler for å støtte flytting av klagesaker til den nye enheten Helseklage i Bergen, og HESA, som er HELFO sin fagmodul, har fått implementert ny funksjonalitet tilknyttet økonomi, tatt i bruk NHN sin personvernkomponent og utbedret funksjonalitet for bruk av Altinn som alle effektiviserer HELFO sin saksbehandling.

I likhet med fagmoduler er det gjort et stort arbeid med å isolere integrasjoner i egne komponenter. Før har integrasjonene vært implementert delvis i arkivsystem, fagmoduler og egen kode.

Endringer som er gjort tilknyttet fagmoduler og integrasjoner muliggjør hyppigere leveranser isolert i hver enkelt modul. Disse leveransene kan i stor grad utføres mens øvrige deler av plattformen er tilgjengelig for fagmiljøenes brukere. Videreutvikling vil bli mer kosteffektiv blant annet gjennom mulighet for automatisering av testing. Frigjøring av fagmoduler løsriver arkivløsningen fra saksbehandlingsløsningen. Dette fasiliterer innføring av konsernmodell og etablering av tjenestesenteret hos NHN.

I 2016 har plattformen blitt modernisert med tanke på fremtidige behov som økt leveransetakt, økt krav til integrering mot eksterne tjenester og tilrettelegging av fagmoduler for videre digitalisering og effektiv utnyttelse av offentlige felleskomponenter.

En Innsynsmodul er innført i arkivløsningen. Denne modulen letter dialogen med befolkningen når det opprettes innsynsbegjæringer.

Plattformen har i 2016 blitt videreutviklet som en sentral komponent for andre løsninger. Den nye Fastlege-løsningen benytter tjenester som arkivering, dokumentproduksjon og økonomibehandling i plattformen.

Ny og forbedret frikorttjeneste og egenandelstak 2 hos NAV er også utviklet og tatt i bruk.



# 4. STYRING OG KONTROLL I VIRKSOMHETEN

Tildelingsbrevet, samt 46 tillegg til tildelingsbrev, har gitt føringer på nye oppdrag i løpet av 2016. 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 2016. 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 de tre rollene til direktoratet.

## Virksomhetsstyringssystem

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

## Risikostyring

Helsedirektoratet har vedtatt policy og innført enhetlig metode for risikostyring i 2016. Risikoreducerende tiltak skal inngå i virksomhetsplaner og ledelsen vil følge opp utviklingen på de mest kritiske områdene. Risikostyring er integrert i virksomhetsstyringsverktøyet Puls.

## Riksrevisjonen

Revisjonsresultatet for 2016 foreligger ikke på det tidspunkt årsrapporten produseres. For revisjonene fra 2015 er det ikke funnet noen vesentlige feil i årsregnskapet eller at bevilgningene er brukt i strid med regelverk for økonomistyring (Økonomiregelverket og Bevilgningsreglementet), hverken for Helsedirektoratet eller underlagte etater.

Fra revisjon av utvalgte saksforhold har Riksrevisjonen følgende merknader:

- Manglende rapportering fra tilskuddsmottakere om resultater av tilskuddsordningen for kommunalt rusarbeid og svakheter i koordineringen av tilskuddsregelverk.
- Dårlig fremdrift i arbeidet med hensiktsmessige sanksjoner mot misbruk av blåreseptordningen.

Direktoratet jobber aktivt for å lukke avvik som fremkommer igjennom revisjoner og tilsyn. Herunder blir rutiner og retningslinjer kvalitetssikret. Områder som er beheftet med mulig mislighold, gjennomføres det risikovurderinger for å sette inn kontrolltiltak og ressurser der effekten er størst.

# 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. Dagens unge er veltilpasset, aktive, har gjennomgående god fysisk og psykisk helse og kommer godt ut sammenliknet med denne aldersgruppen i andre europeiske land. 93-94 prosent av ungdommene trives på skolen. Likevel er det bekymringsfullt at for mange unge går glipp av tilstrekkelig utdanning og dermed står i fare for å ikke komme seg inn i arbeid og samfunnsdeltagelse. Dette gir helseutfordringer for resten av livet.

Én av fem fullfører ikke videregående skole, og om lag én av ti faller helt utenfor både skole- og arbeidsliv. Dette har vært nesten uendret de siste 20 årene.

Det er en tendens at ungdommer er mer stresset og de sover altfor lite. Ungdom mellom 16 og 19 år sover i snitt to timer mindre enn anbefalt.

Ungdom melder om psykiske symptomer og lav selvfølelse.

Flere familier er blitt fattige. Sosial ulikhet disponerer for sykdom og utenforskap.

NAV's nyeste statistikk viser 13 046 uføre mellom 20 og 29 år. Den raskest voksende gruppen uføre er unge under 30 år med psykiske vansker. Blant uføre under 39 år skyldes nesten 60 prosent psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser.

Det representerer tapte muligheter og mye unødvendige lidelse for enkeltmennesker. Det er avgjørende for samfunnsutviklingen, bærekraften og produktiviteten at flere sektorer også har god helse som mål. Løsningen ligger ikke i reparasjon i helsesektoren, den ligger i å forebygge. Da vet vi at skole, arbeid og økonomi er avgjørende faktorer.

## Tidlig innsats

Når vi skal planlegge for god helse må vi starte i barneårene. Det gjøres en stor innsats i helsestasjonene, i barnehagene og i skolene med å hjelpe barn og familiene deres tidlig. Dette må fortsette og forsterkes, fordi tidlig innsats er nøkkelen for å kunne avbryte og endre skadelige livsmønstre. Utdanning er den viktigste mekanismen for å utjevne sosiale forskjeller. Utdannelse er gratis i Norge, og dersom fattige barn og unge mestrer og gjennomfører utdanning, er sjansen større for at de lykkes i arbeidsmarkedet og kan bygge en trygg fremtid for seg selv og sine barn. Statistisk lever mennesker med høy utdanning lenger, de har sunnere livsstil og bedre helse enn mennesker med lav eller ingen utdanning.

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. Vi trenger mer kunnskap, forskning, datafangst og analyse som grunnlag for å kunne måle kvalitet og identifisere sviktområder. Vi ser at det er betydelige samhandlingsutfordringer mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenestene og at pasientene opplever svikt under mangelen på et felles ansvar. Mangel på samhandling og informasjonsflyt er en stor pasientsikkerhetsrisiko.

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

# 6. ÅRSREGNSKAP

## 6.1 Sammenstilt årsregnskap Helsedirektoratet (inkl. Helfo og Statens strålevern)

---

### 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

Fra 1.1.2016 ble det gjennomført vesentlige endringer i helseforvaltningen. Helsedirektoratet opprettet Direktoratet for e-helse, Statens autorisasjonskontor ble en del av Helsedirektoratet og etatsstyringsansvaret for Statens strålevern ble gitt til Helsedirektøren. Verdiene i årsregnskapet er derfor svært avvikende fra 2015 til 2016.

#### 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 2017. Beretningen vil bli publisert på Helsedirektoratets nettside så snart dokumentet er offentlig.

Oslo, 14. mars 2017



Bjørn Guldvog  
Helsedirektør

## Prinsippnote årsregnskapet

Årsregnskapet for Helsedirektoratet 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, 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 å 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. Helsedirektoratet har en trekkrettighet på konsernkonto i Norges Bank. Tildelingene er ikke inntektsført og derfor ikke vist som inntekt i oppstillingen.

## Oppstilling av bevilgningsrapportering 31.12.2016

Utgifts-kapittel	Kapittelnavn	Post	Posttekst	Note	Samlet tildeling*	Regnskap 2016	Merutgift (-) og mindreutgift
0720	Helsedirektoratet - drift	01	Driftsutgifter	A, B	1 122 384 700	1 089 827 150	32 557 550
0720	Spesielle driftsutgifter	21	Spesielle driftsutgifter	A, B	46 030 000	38 785 453	7 244 547
0720	Maskiner,EDB,ADK (gyldig fra 201601)	45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold	A, B	4 369 000	2 848 477	1 520 523
0720	Helsedirektoratet	70	Helsetjenester i annet EØS-land	A, B	46 305 000	41 265 149	5 039 851
0720	Helsedirektoratet	71	Oppgjørsordning h-reseptlegemidler	A, B	0	25 479 305	-25 479 305
0720	Helsedirektoratet	72	Oppgjørsordning fritt behandlingsvalg	A, B	0	-4 545 100	4 545 100
1423	Radioaktiv forurensning i det ytre miljø (gy	01	Driftsutgifter	A, B	14 293 000	14 282 573	10 427
0118	Nordområdetiltak m.v. Driftsutgifter	01	Driftsutgifter	A, B	22 619 788	22 224 462	395 326
0118	Nordområdetiltak og prosjektsamarbeid me	70	Tilskudd	A, B	46 300 000	43 385 164	2 914 836
0118	Støtte til utvikling av samfunn, demokrati o	71	Tilskudd	A, B	3 063 715	3 063 715	0
0163	Tilskudd til nødhjelp og humanitær bistand	70	Tilskudd	B	0	36 572 272	
0575	Toppfinansieringordning	60	Diverse	B	0	8 643 849 000	
0701	Spesielle driftsmidler	21	Spesielle driftsutgifter	A, B	30 000 000	27 938 024	2 061 976
0702	Beredskap	21	Spesielle driftsutgifter	A, B	18 633 000	15 070 077	3 562 923
0702	Tilskudd, beredskap	70	Tilskudd	A, B	3 762 000	3 762 000	0
0714	Spesielle driftsutgifter	21	Spesielle driftsutgifter	A, B	145 760 000	132 825 165	12 934 835
0714	Kommunale tiltak	60	Diverse	A, B	43 900 000	42 682 688	1 217 312
0714	Rusmiddeltiltak	70	Tilskudd	A, B	130 728 000	128 775 282	1 952 718
0714	Skolefrukt	74	Tilskudd	A, B	33 502 000	35 985 000	-2 483 000
0714	Andre tilskudd	79	Tilskudd	A, B	32 137 000	30 716 600	1 420 400
0723	Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten	01	Driftsutgifter	B	0	9 117 128	
0729	POBO - drift	01	Driftsutgifter	A, B	61 981 000	60 235 020	1 745 980
0732	Spesielle driftsmidler	21	Spesielle driftsutgifter	A, B	250 000	95 286	154 714
0732	Regionale helseforetak	77	Poliklinisk virksomhet	A, B	4 090 000 000	4 056 724 372	33 275 628
0733	Spesielle driftsmidler	21	Spesielle driftsutgifter	A, B	22 526 000	23 044 165	-518 165
0733	Kjøp av oppretning	72	Tilskudd	A, B	3 374 000	759 106	2 614 894
0733	Andre tilskudd	79	Tilskudd	A, B	16 253 000	12 310 286	3 942 714
0734	Særskilte tilskudd til psykisk helse og rusti	01	Driftsutgifter	A, B	56 351 000	2 045 907	54 305 093
0734	Spesielle driftsmidler	21	Spesielle driftsutgifter	A, B	14 881 000	14 892 765	-11 765
0734	Tvungen psykisk helsevern	70	Tilskudd	A,B	9 063 000	0	9 063 000
0734	Utviklingsområder	72	Tilskudd	A, B	16 593 000	16 298 824	294 176
0751	Spesielle driftsutgifter	21	Spesielle driftsutgifter	A, B	4 000 000	3 933 155	66 845
0751	Legemiddeltiltak	70	Tilskudd	A, B	6 000 000	6 000 000	0
0761	Spesielle driftsmidler	21	Spesielle driftsutgifter	A, B	142 434 000	97 069 283	45 364 717
0761	Kommunale kompetansetiltak	60	Diverse	A, B	115 603 000	115 118 565	484 435
0761	Vertskommuner	61	Diverse	A, B	940 115 000	940 115 000	0
0761	Dagaktivitetstilbud	62	Diverse	A, B	251 333 000	208 022 704	43 310 296
0761	Forsøk med statlig finansiering av omsorgs	65	Diverse	A, B	656 200 000	612 724 806	43 475 194
0761	Kompetansetiltak i kommunene	67	Diverse	A, B	84 850 000	69 454 000	15 396 000
0761	Kompetanse og innovasjon	68	Diverse	A, B	351 010 000	-46 671	351 056 671
0761	Frivillig arbeid	71	Tilskudd	A, B	16 109 000	16 108 204	796
0761	Landsbystiftelsen	72	Tilskudd	A, B	74 566 000	74 566 000	0
0761	Særlige omsorgsbehov	73	Tilskudd	A, B	22 850 000	22 234 889	615 111
0761	Andre kompetansetiltak	75	Tilskudd	A, B	11 040 000	11 040 000	0
0761	Andre tilskudd	79	Tilskudd	A, B	100 962 000	118 887 545	-17 925 545
0762	Spesielle driftsmidler	21	Spesielle driftsutgifter	A, B	70 219 000	34 115 197	36 103 803
0762	Forebyggende helsetiltak	60	Diverse	A, B	155 182 000	137 682 000	17 500 000
0762	Fengselshelsetjeneste	61	Diverse	A, B	150 545 000	150 478 615	66 385
0762	Allmannlegetjenester	63	Diverse	A, B	36 500 000	35 489 406	1 010 594
0762	Tilskudd	70	Tilskudd	A, B	49 796 000	58 582 750	-8 786 750
0762	Forebygging av uønskede svangerskap og	73	Tilskudd	A, B	58 931 000	45 922 955	13 008 045
0765	Spesielle driftsmidler	21	Spesielle driftsutgifter	A, B	122 702 000	83 726 841	38 975 159
0765	Kommunale tjenester	60	Diverse	A, B	348 792 000	16 794 906	331 997 094
0765	Rusarbeid	62	Diverse	A,B	468 590 000	0	468 590 000
0765	Brukere og pårørende	71	Tilskudd	A, B	138 175 000	137 772 018	402 982
0765	Frivillig arbeid mv.	72	Tilskudd	A, B	258 878 000	258 591 175	286 825
0765	Utviklings tiltak mv.	73	Tilskudd	A, B	129 440 000	128 794 778	645 222
0765	Kompetansesentre	74	Tilskudd	A, B	297 094 000	297 093 103	897
0765	Vold og traumatisk stress	75	Tilskudd	A, B	161 520 000	161 278 574	241 246
0769	Spesielle driftsutgifter	21	Spesielle driftsutgifter	A, B	10 000 000	6 219 338	3 780 662
0769	Tilskudd	70	Tilskudd	A, B	0	1 203 820	
0770	Spesielle driftsutgifter	21	Spesielle driftsutgifter	A, B	6 049 000	12 360 879	-6 311 879
0770	Tilskudd	70	Tilskudd	A, B	237 721 000	228 425 451	9 295 549
0781	Spesielle driftsutgifter	21	Spesielle driftsutgifter	A, B	77 000 000	69 757 954	7 242 046
0781	Andre tilskudd	79	Tilskudd	A, B	50 910 000	50 237 486	672 514
0783	Spesielle driftsmidler	21	Spesielle driftsutgifter	A, B	39 979 000	26 194 345	13 784 655
0783	Kompetansetiltak i kommunene	61	Diverse	A, B	131 661 000	131 869 749	-208 749
0783	Andre tilskudd	79	Tilskudd	A, B	24 894 000	16 151 774	8 742 226
0846	Spesielle driftsmidler	21	Spesielle driftsutgifter	B	0	300 000	
0854	Spesielle driftsmidler	21	Spesielle driftsutgifter	B	0	500 000	
0858	Driftsutgifter	01	Driftsutgifter	B	0	314 895	
1410	Miljøvernforknig og miljøovervåking	21	Spesielle driftsutgifter	A, B	4 394 000	4 394 000	-2
2711	Spesialisthelsetjeneste	70	Spesialisthjelp	A, B	1 862 875 000	1 859 302 392	3 572 608
2711	Spesialisthelsetjeneste	71	Psykologhjelp	A, B	281 000 000	276 252 067	4 747 933
2711	Spesialisthelsetjeneste	72	Spesialisthelsetjeneste - tannlegehjelp	A, B	2 350 000 000	2 329 772 174	20 227 826
2711	Spesialisthelsetjeneste	76	Private laboratorier og røntgeninstitt	A, B	850 000 000	856 920 339	-6 920 339
2751	Legemidler mv.	70	Legemidler	A, B	9 940 000 000	10 010 385 847	-70 385 847
2751	Legemidler mv.	71	Legeerklæringer	A, B	5 500 000	5 668 840	-168 840
2751	Legemidler mv.	72	Medisinsk forbruksmateriell	A, B	1 860 000 000	1 848 860 706	11 139 294
2752	Refusjon av egenbetaling	70	Egenandelstak 1	A, B	4 700 000 000	4 597 431 502	102 568 498
2752	Refusjon av egenbetaling	71	Egenandelstak 2	A, B	168 000 000	167 111 892	888 108
2755	Helsetjenester i kommunene mv.	62	Fastlønnsordning fysioterapeuter	A, B	341 000 000	347 926 866	-6 926 866
2755	Helsetjenester i kommunene mv.	70	Allmennegehjelp	A, B	4 668 625 000	4 530 498 986	138 126 014
2755	Helsetjenester i kommunene mv.	71	Fysioterapi	A, B	1 963 500 000	1 958 456 811	5 043 189
2755	Helsetjenester i kommunene mv.	72	Jordmorhjelp	A, B	58 000 000	57 025 004	974 996
2755	Helsetjenester i kommunene mv.	73	Kiropraktorbehandling	A, B	144 000 000	143 837 181	162 819
2755	Helsetjenester i kommunene mv.	75	Logopedisk og ortopedisk behandling	A, B	130 000 000	131 254 349	-1 254 349
2756	Andre helsetjenester	70	Helsetjenester i annet EØS-land	A, B	20 000 000	20 511 805	-511 805
2756	Andre helsetjenester	71	Helsetjenester i utlandet	A, B	410 000 000	429 578 283	-19 578 283
2756	Andre helsetjenester	72	Helsetjenester til utenlandsboende mv.	A, B	190 000 000	175 323 296	14 676 704
2790	Andre helsetiltak	70	Bidrag	A, B	199 000 000	201 271 283	-2 271 283
2651	Arbeidsavklaringspenger	72	Driftsutgifter	B	0	349 497 775	
2661	Grunn- og hjelpestønad, hjelpemidler mv.	77	Legeerklæringer	B	0	25 102 395	
1633	Nettoordning for mva i staten	01	Ortopediske hjelpemidler		0	88 885 760	
Sum utgiftsført					41 982 603 203	49 370 670 537	

## Oppstilling av bevilgningsrapportering 31.12.2016

Inntekts- kapittel	Kapittelnavn	Post	Posttekst		Samlet tildeling*	Regnskap 2016	Merinntekt (-) og mindreinntekt
3714	Gebyrer	04	Ymse	B	39 528 000	38 707 792	820 208
3720	Salgs - og leieinntekter	02	Diverse inntekter	B	31 268 000	49 163 797	-17 895 797
3720	Helsedirektoratet	03	Helsetjenester i annet EØS-land	B	46 028 000	39 677 418	6 350 582
3720	Gebyrinntekter	04	Gebyrer mm - driftsinntekt	B	5 616 000	77 364 412	-71 748 412
3720	Helsedirektoratet	05	Helsetjenestertil utenlandsboende nv.	B	65 000 000	62 096 624	2 903 376
5309	Tilfeldige inntekter	29	Tilfeldige inntekter, ymse		0	3 689 050	
5605	Renter av statskassensbeholdninger og an	83	Renter av statskassensbeholdninger og andre for		0	6 619	
5700	Arbeids giveravgift	72	Arbeids giveravgift mm - driftsinntekt		0	246 328 993	
5701	Diverse inntekter	80	Renter		0	168 639	
5701	Diverse inntekter	86	Innkrevning feilutbetalinger		0	54 033 145	
5701	Diverse inntekter	87	Diverse inntekter		0	8 722 566	
<b>Sum inntektsført</b>					<b>187 440 000</b>	<b>579 959 053</b>	
<b>Netto rapportert til bevilgningsregnskapet</b>					<b>48 713 989 416</b>		
<b>Kapitalkontoer</b>							
60077101	Norges Bank KK /innbetalinger, Helsedirektoratet					32 297 487	
60077102	Norges Bank KK/utbetalinger, Helsedirektoratet					0	
707002	Endring i mellomværende med statskassen, Helsedirektoratet					0	
60050701	Norges Bank KK /innbetalinger , Statens Strålevern					31 258 005	
60050702	Norges Bank KK/utbetalinger, Statens Strålevern					-199 062 536	
707005	Endring i mellomværende med statskassen, Statens Strålevern					3 534 774	
60092501	Norges Bank KK /innbetalinger , HELFO					462 342 586	
60092502	Norges Bank KK/utbetalinger, HELFO					-895 456 444	
NAV	Oppgjørskonto NAV					-34 177 158 339	
707013	Endring i mellomværende med statskassen, HELFO					844 329	
NAV	Helfos andel av endring i mellomværende med statskassen					1 802 599	
<b>Sum rapportert</b>					<b>13 974 391 877</b>		
<b>Beholdninger rapportert til kapitalregnskapet (31.12)</b>							
					<b>31.12.2016</b>	<b>31.12.2015</b>	<b>Endring</b>
707002	Mellomværende med statskassen, Helsedirektoratet				0	0	0
707005	Mellomværende med statskassen, Statens Strålevern				-12 915 452	-16 450 226	3 534 774
707013	Mellomværende med statskassen, HELFO				-9 636 793	-10 481 122	844 329
84.00.07.01	Oppgjørordningen H-reseptmidler				25 479 305	0	25 479 305
84.00.07.02	Oppgjørordningen for fritt behandlingsvalg				-4 545 100	0	-4 545 100
NAV	Helfos andel av mellomværende med statskassen				-2 359 816	-4 162 415	1 802 599

\* 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
011801	0	22 619 788	22 619 788
011870	0	46 300 000	46 300 000
011871	0	3 063 715	3 063 715
070121	0	30 000 000	30 000 000
070221	0	18 633 000	18 633 000
070270	0	3 762 000	3 762 000
071421	4 600 000	141 160 000	145 760 000
071460	0	43 900 000	43 900 000
071470	0	130 728 000	130 728 000
071474	0	33 502 000	33 502 000
071479	0	32 137 000	32 137 000
072001	0	1 122 384 700	1 122 384 700
072021	0	46 030 000	46 030 000
072045	261 000	4 108 000	4 369 000
072070	0	46 305 000	46 305 000
072901	0	61 981 000	61 981 000
073221	0	250 000	250 000
073277	0	4 090 000 000	4 090 000 000
073321	0	22 526 000	22 526 000
073372	0	3 374 000	3 374 000
073379	0	16 253 000	16 253 000
073401	0	56 351 000	56 351 000
073421	300 000	14 581 000	14 881 000
073470	0	9 063 000	9 063 000
073472	0	16 593 000	16 593 000
075121	0	4 000 000	4 000 000
075170	0	6 000 000	6 000 000
076121	5 318 000	137 116 000	142 434 000
076160	5 453 000	110 150 000	115 603 000
076161	0	940 115 000	940 115 000
076162	0	251 333 000	251 333 000
076165	0	656 200 000	656 200 000
076167	0	84 850 000	84 850 000
076168	0	351 010 000	351 010 000
076171	0	16 109 000	16 109 000
076172	0	74 566 000	74 566 000
076173	0	22 850 000	22 850 000
076175	0	11 040 000	11 040 000
076179	0	100 962 000	100 962 000
076221	8 800 000	61 419 000	70 219 000
076260	0	155 182 000	155 182 000
076261	0	150 545 000	150 545 000
076263	0	36 500 000	36 500 000
076270	0	49 796 000	49 796 000
076273	0	58 931 000	58 931 000
076521	10 202 000	112 500 000	122 702 000
076560	12 421 000	336 371 000	348 792 000
076562	6 699 000	461 891 000	468 590 000
076571	1 257 000	136 918 000	138 175 000
076572	0	258 878 000	258 878 000
076573	0	129 440 000	129 440 000
076574	0	297 094 000	297 094 000
076575	0	161 520 000	161 520 000
076921	0	10 000 000	10 000 000
077021	0	6 049 000	6 049 000
077070	1 115 000	236 606 000	237 721 000
078121	0	77 000 000	77 000 000
078179	0	50 910 000	50 910 000
078321	0	39 979 000	39 979 000
078361	0	131 661 000	131 661 000
078379	0	24 894 000	24 894 000
141021	0	4 394 000	4 394 000
142301	0	14 293 000	14 293 000
271170	0	1 862 875 000	1 862 875 000
271171	0	281 000 000	281 000 000
271172	0	2 350 000 000	2 350 000 000
271176	0	850 000 000	850 000 000
275170	0	9 940 000 000	9 940 000 000
275171	0	5 500 000	5 500 000
275172	0	1 860 000 000	1 860 000 000
275270	0	4 700 000 000	4 700 000 000
275271	0	168 000 000	168 000 000
275562	0	341 000 000	341 000 000
275570	0	4 668 625 000	4 668 625 000
275571	0	1 963 500 000	1 963 500 000
275572	0	58 000 000	58 000 000
275573	0	144 000 000	144 000 000
275575	0	130 000 000	130 000 000
275670	0	20 000 000	20 000 000
275671	0	410 000 000	410 000 000
275672	0	190 000 000	190 000 000
279070	0	199 000 000	199 000 000
	56 426 000	41 926 177 203	41 982 603 203

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

Kapittel og post	Stikkord	Merutgift(-)/ månede utgift	Utgiftsført av andre iht. av gitte belastnings- fullmakter(-)	Merutgift(-)/ mindreutgift etter av gitte belastnings- fullmakter	Merinntekter / mindreinntekter(-) iht. merinntektsfullmakt	Sum grunnlag for overføring	Maks. overførbart beløp *	Mulig overførbart beløp beregnet av virksomheten
072001		32 557 550	-53 440 891	-20 883 341		-20 883 341		
072021	"kan overføres"	7 244 547	-2 759 929	4 484 618		4 484 618		
072045	"kan overføres"	1 520 523		1 520 523		1 520 523		1 520 523
072070		5 039 851		5 039 851		5 039 851		
072071		-25 479 305		-25 479 305		-25 479 305		
072072		4 545 100		4 545 100		4 545 100		
142301		10 427		10 427		10 427		
011801		395 326		395 326		395 326		
011870		2 914 836		2 914 836		2 914 836		
011871		-		0		0		
016370		-		0		0		
057560		-		0		0		
070121	"kan overføres"	2 061 976	-2 475 400	-413 424		-413 424		
070221	"kan overføres, kan nyttes under post 70"	3 562 923		3 562 923		3 562 923		3 562 923
070270	"kan overføres, kan nyttes under post 21"	-		0		-		
071421	"kan overføres, kan nyttes under post 70, 74 og 79"	12 934 835	-3 768 770	9 166 065		9 166 065		9 166 065
071460	"kan overføres, kan nyttes under post 21"	1 217 312		1 217 312		1 217 312		1 217 312
071470	"kan overføres, kan nyttes under post 21"	1 952 718		1 952 718		1 952 718		1 952 718
071474	"kan overføres, kan nyttes under post 21"	-2 483 000		-2 483 000		-2 483 000		
071479	"kan overføres, kan nyttes under post 21"	1 420 400		1 420 400		1 420 400		1 420 400
072301		-		0		0		
072901		1 745 980		1 745 980		1 745 980		
073221	"kan overføres"	154 714		154 714		154 714		154 714
073277		33 275 628		33 275 628		33 275 628		
073321	"kan nyttes under post 79"	-518 165		-518 165		-518 165		
073372	"kan overføres"	2 614 894		2 614 894		2 614 894		2 614 894
073379	"kan nyttes under post 21"	3 942 714		3 942 714		3 942 714		3 942 714
073401		54 305 093	-54 511 588	-206 495		-206 495		
073421		-11 765		-11 765		-11 765		
073470		9 063 000	-7 520 325	1 542 675		1 542 675		
073472		294 176		294 176		294 176		
075121	"kan overføres"	66 845		66 845		66 845		66 845
075170		-		0		0		
076121	"kan nyttes under post 79"	45 364 717	-16 675 891	28 688 826		28 688 826		28 688 826
076160	"kan overføres"	484 435		484 435		484 435		484 435
076161		-		0		0		
076162	"kan overføres"	43 310 296		43 310 296		43 310 296		43 310 296
076165	"overslagsbevilgning"	43 475 194		43 475 194		43 475 194		
076167		15 396 000	-15 217 062	178 938		178 938		
076168		351 056 671	-346 605 279	4 451 392		4 451 392		
076171		796		796		796		
076172		-		0		0		
076173		615 111		615 111		615 111		
076175		-		0		0		
076179	"kan nyttes under post 21"	-17 925 545		-17 925 545		-17 925 545		
076221	"kan nyttes under post 70"	36 103 803	-20 570 523	15 533 280		15 533 280		15 533 280
076260		17 500 000	-17 417 525	82 475		82 475		
076261		66 385		66 385		66 385		
076263		1 010 594		1 010 594		1 010 594		
076270	"kan nyttes under post 21"	-8 786 750		-8 786 750		-8 786 750		
076273	"kan overføres"	13 008 045	-12 345 208	662 837		662 837		662 837
076521	"kan nyttes under post 72, kan overføres"	38 975 159	-31 824 801	7 150 358		7 150 358		7 150 358
076560	"kan overføres"	331 997 094	-296 354 364	35 642 730		35 642 730		35 642 730
076562	"kan overføres"	468 590 000	-466 067 013	2 522 987		2 522 987		2 522 987
076571	"kan overføres"	402 982		402 982		402 982		402 982
076572	"kan nyttes under post 72, kan overføres"	286 825		286 825		286 825		286 825
076573		645 222		645 222		645 222		
076574		897		897		897		
076575		241 246		241 246		241 246		241 246
076921	"kan nyttes under post 70"	3 780 662	-926 426	2 854 236		2 854 236	500 000	500 000
076970	"kan nyttes under post 21"	-		0		0		
077021	"kan nyttes under post 70"	-6 311 879		-6 311 879		-6 311 879		
077070	"kan nyttes under post 21, kan overføres"	9 295 549		9 295 549		9 295 549		9 295 549
078121	"kan nyttes under post 79"	7 242 046	-750 079	6 491 967		6 491 967	3 850 000	3 850 000
078179	"kan nyttes under post 21"	672 514		672 514		672 514		
078321	"kan nyttes under post 79"	13 784 655	-20 071 887	-6 287 232		-6 287 232		
078361		-208 749		-208 749		-208 749		
078379	"kan nyttes under post 21"	8 742 226		8 742 226		8 742 226		
084621		-		0		0		
085421		-		0		0		
085801		-		0		0		
141021	"overslagsbevilgning"	-2		-2		-2		
271170		3 572 608		3 572 608		3 572 608		
271171		4 747 933	-870 000	3 877 933		3 877 933		
271172		20 227 826	-11 292 252	8 935 574		8 935 574		
271176		-6 920 339		-6 920 339		-6 920 339		
275170		-70 385 847		-70 385 847		-70 385 847		
275171		-168 840		-168 840		-168 840		
275172		11 139 294		11 139 294		11 139 294		
275270		102 568 498		102 568 498		102 568 498		
275271		888 108		888 108		888 108		
275562		-6 926 866		-6 926 866		-6 926 866		
275570		138 126 014	-91 158 000	46 968 014		46 968 014		
275571		5 043 189	-15 350 000	-10 306 811		-10 306 811		
275572		974 996		974 996		974 996		
275573		162 819	-1 075 534	-912 715		-912 715		
275575		-1 254 349		-1 254 349		-1 254 349		
275670		-511 805		-511 805		-511 805		
275671		-19 578 283		-19 578 283		-19 578 283		
275672		14 676 704		14 676 704		14 676 704		
279070		-2 271 283		-2 271 283		-2 271 283		
265172		-		0		0		
266177		-		0		0		
371404		-		-703 571		-703 571		
372002		-		-2 474 526		-2 474 526		
372003		-		6 350 582		6 350 582		
372004		-		820 208		820 208		
372005		-		2 903 376		2 903 376		



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

### Forklaring til bruk av budsjettfullmakter, Helseidirektoratet

#### Mottatte belastningsfullmakter

Helseidirektoratet har mottatt belastningsfullmakt fra Barne- ungdoms- og familiedirektoratet på kapittel/post 085801 på kr 315.000. Det er benyttet kr 314.895 av belastningsfullmakten.

Helseidirektoratet har mottatt belastningsfullmakt fra Barne- ungdoms- og familiedirektoratet på kapittel/post 085421 på kr 500.000. Hele belastningsfullmakten er benyttet.

Helseidirektoratet har mottatt belastningsfullmakt fra Barne- ungdoms- og familiedirektoratet på kapittel/post 084621 på kr 300.000. Hele belastningsfullmakten er benyttet.

Helseidirektoratet har mottatt belastningsfullmakt fra Direktoratet for e-helse på kapittel/post 070101 på kr 2.000.000. Det er benyttet kr 1.000.000 av belastningsfullmakten.

Helseidirektoratet har mottatt belastningsfullmakt fra Kommunal- og moderniseringsdepartementet på kapittel/post 057560 på kr 8.643.849.000. Hele belastningsfullmakten er benyttet.

Helseidirektoratet har mottatt belastningsfullmakt fra Utenriksdepartementet på kapittel/post 016370 på kr 36.600.000. Det er benyttet kr 36.572.272.

#### Avgitte belastningsfullmakter (utgiftsført av andre)

- Helseidirektoratet har gitt belastningsfullmakt til Arbeids- og velferdsetaten på tilsammen kr 52.400.000 på kapittel/post 072001. Arbeids- og velferdsetaten har rapportert kr 53.200.821 på kapittel/post 072001. Helseidirektoratets mer-/mindreutgifter er korrigert for utgifter rapportert av Arbeids- og velferdsetaten og viser en merutgift på kr 25.405.760 på kapittel/post 072001.

- Helseidirektoratet har gitt belastningsfullmakt til Helfo på tilsammen kr 7.858.000 på kapittel/post 072021. Helfo har rapportert kr 7.299.606 på kapittel/post 072021. Helseidirektoratets mer-/mindreutgifter er korrigert for utgifter rapportert av Helfo og viser en merutgift på kr 3.263.477 på kapittel/post 072021.

- Tilsammen har Helseidirektoratet avgitt belastningsfullmakter på kr 1.327.705.597 og det er utgiftsført totalt kr 1.373.602.56, som gir et merforbruk på kr 45.896.971.

- Helseidirektoratet har gitt belastningsfullmakt til Fylkesmenn på tilsammen kr 1.219.332.662.

### Forklaring til bruk av budsjettfullmakter, Helfo

#### Mottatte belastningsfullmakter

Helfo (Hdir) har mottatt belastningsfullmakt fra Arbeids- og velferdsetaten for å belaste kapittel/post 265172 Legeerklæringer på inntil kr 355 000 000. Belastet beløp er på kr 349 497 775.

Helfo (Hdir) har mottatt belastningsfullmakt fra Arbeids- og velferdsetaten for å belaste kapittel/post 266177 Ortopediske hjelpemidler på inntil kr 25 000 000. Belastes beløp er på kr 25 102 395 .

Helfo (Hdir) har mottatt belastningsfullmakt fra Arbeids- og velferdsetaten for å belaste kapittel/post 570186 Innkreving feilutbetalinger. Disponeres ihht gjeldende lover og forskrifter.

Helfo har mottatt belastningsfullmakt fra Helseidirektoratet på kapittel/post 072021 Spesielle driftsutgifter til "automatisering av egenandelstak 2" på kr 4 858 000. Belastet beløp er på kr 4 539 677.

Helfo har mottatt belastningsfullmakt fra Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten på kapittel/post 072301 Driftsutgifter til "avlønning årsverk" på kr 9 123 000. Belastet beløp er på kr 9 117 128.

#### 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 Helseidirektoratets 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 allmennelegehjelp, 2755.71 Refusjon fysioterapi, 2755.73 Refusjon Kiropraktorbehandling). Beløp utbetalte fondsmidler er oppført i kolonnen "Utgiftsført av andre ihht. avgitte belastningsfullmakter".

Fom. juli 2016 har Helfo utbetalt tilskuddene selv og regnskapsført i eget regnskap.

Helfo har avgitt belastningsfullmakt til NAV på Helseidirektoratets kapittel/post 072001 Driftsutgifter til forvaltnings- og utviklingskostnader på inntil kr 250 000.

#### Fullmakt til å overskride driftsbevilgninger mot tilsvarende merinntekter

Merinntekter på kapittel/post 372002 på kr 553 825 er med på å øke mindreforbruket under driftsposten 072001.

### Forklaring til bruk av budsjettfullmakter, Statens Strålevern

#### **Kommentarer til mindreutgifter post 01 - søkes overført til 2017**

Mindre utgift post 01 skyldes forskyvning av levering til 2017 på bestilt og planlagt levert utstyr, samt forsinkeles av medlemskontingent

#### **Kommentarer til mindreutgifter post 21 - ses i sammenheng med mindre inntekter post 02**

Mindre utgift post 21 skyldes lavere aktivitet i eksternfinansierte prosjekter. Ingen vesentlig avvik ifh rapport per 31.8.16

#### **Kommentarer til mindreutgifter post 45 - overføres til 2017**

Mindre utgifter post 45 kr. 1 520 523 søkes overført til 2017 til bestilt utstyr med levering i 2017.

#### **Kommentarer til mindreinntekter post 02 - ses i sammenheng med mindre utgifter post 21**

#### **Mindre inntekter skyldes:**

1) Omfanget av oppdrag i 2016 er totalt mindre enn samlet budsjett for posten, i tillegg er inntekter basert på eksternfinansiering av prosjekter hvor utgifter fremkommer på post 21. **Ingen avvik ifh rapport per 30.4 og 31.8**

2) Det har vært lavere aktivitet i eksternfinansiert prosjekter. Ingen vesentlig avvik ifh rapport per 31.8.16

## Oppstilling av artskontorrapporteringen 31.12.2016

	Note	2016	2015
<b>Driftsinntekter rapportert til bevilgningsregnskapet</b>			
Innbetalinger fra gebyrer	1	46 246 116	13 455 812
Innbetalinger fra tilskudd og overføringer	1	31 072 393	29 362 848
Salgs- og leieinnbetalinger	1	52 105 942	108 407 200
Andre innbetalinger	1	0	0
<i>Sum innbetalinger fra drift</i>		129 424 451	151 225 861
<b>Driftsutgifter rapportert til bevilgningsregnskapet</b>			
Utbetalinger til lønn	2	957 485 916	1 086 682 022
Andre utbetalinger til drift	3	777 605 728	1 103 926 170
<i>Sum utbetalinger til drift</i>		1 735 091 644	2 190 608 192
<b>Netto rapporterte driftsutgifter</b>		<b>1 605 667 193</b>	<b>2 039 382 331</b>
<b>Investerings- og finansinntekter rapportert til bevilgningsregnskapet</b>			
Innbetaling av finansinntekter	4	26 567	0
<i>Sum investerings- og finansinntekter</i>		26 567	0
<b>Investerings- og finansutgifter rapportert til bevilgningsregnskapet</b>			
Utbetaling til investeringer	5	22 566 565	34 539 720
Utbetaling til kjøp av aksjer	5,8B	0	0
Utbetaling av finansutgifter	4	35 637	30 933
<i>Sum investerings- og finansutgifter</i>		22 602 202	34 570 652
<b>Netto rapporterte investerings- og finansutgifter</b>		<b>22 575 635</b>	<b>34 570 652</b>
<b>Innkreivingsvirksomhet og andre overføringer til staten</b>			
Innbetaling av skatter, avgifter, gebyrer m.m.	6	170 494 903	185 611 238
<i>Sum innkreivingsvirksomhet og andre overføringer til staten</i>		170 494 903	185 611 238
<b>Tilskuddsforvaltning og andre overføringer fra staten</b>			
Utbetalinger av tilskudd og stønader	7	47 503 186 856	45 739 242 184
<i>Sum tilskuddsforvaltning og andre overføringer fra staten</i>		47 503 186 856	45 739 242 184
<b>Inntekter og utgifter rapportert på felleskapitler *</b>			
Tilfeldige Lønninntekter fra tidligere år (ref. kap. 5309, inntekt)		2 748 645	2 028 099
Gruppelivs forsikring konto 1985 (ref. kap. 5309, inntekt)		2 074 729	2 188 755
Arbeidsgiveravgift konto 1986 (ref. kap. 5700, inntekt)		115 971 059	132 488 483
Nettoføringsordning for merverdiavgift konto 1987 (ref. kap. 1633, utgift)		88 885 760	168 375 030
<i>Netto rapporterte utgifter på felleskapitler</i>		-31 908 673	31 669 693
<b>Netto rapportert til bevilgningsregnskapet</b>		<b>48 929 026 108</b>	<b>47 659 253 623</b>

### Oversikt over mellomværende med statskassen, Helsedirektoratet

Eiendeler og gjeld		2016	2015
Fordringer		13 608	185 873
Skyldig skattetrekk		-24 886 535	-31 483 226
Skyldige offentlige avgifter		435 753	1 020 784
Annen gjeld		-7 238 453	-33 725 515
<b>Sum mellomværende med statskassen</b>	8	<b>-31 675 627</b>	<b>-64 002 084</b>

### Oversikt over mellomværende med statskassen, HELFO

Eiendeler og gjeld		2016	2015
<b>Drift:</b>			
Fordringer		593 618	890 014
Skyldig skattetrekk		-11 439 094	-11 331 153
Annen gjeld		-2 104	-3 326
<b>Stønad:</b>			
Fordringer		1 435 466	0
Skyldig påleggstrekk		-1 306 273	-1 574 404
Annen gjeld		-1 278 221	-2 624 669
<b>Sum mellomværende med statskassen</b>	8	<b>-11 996 609</b>	<b>-14 643 538</b>

### Oversikt over mellomværende med statskassen, Statens Strålevern

Eiendeler og gjeld		2016	2015
Fordringer	8	2 475	60 878
Kasse		0	0
Bankkontoer med statlige midler utenfor Norges Bank		0	0
Skyldig skattetrekk	8	-3 703 772	-3 669 454
Skyldige offentlige avgifter	8	-582 804	-1 502 689
Annen gjeld	8	-8 631 351	-11 338 961
<b>Sum mellomværende med statskassen</b>	8	<b>-12 915 452</b>	<b>-16 450 226</b>

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

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

<b>Note 1 Innbetalinger fra drift</b>		
	<b>31.12.2016</b>	<b>31.12.2015</b>
<i>Innbetalinger fra gebyrer</i>		
Gebyr for søknadsbehandling, tilvirkning av alkohol	510 500	303 000
Gebyr for autorisasjon	6 732 187	6 179 612
Gebyrer m.m. - driftsinntekt	5 616 000	5 506 000
Andre gebyrinntekter, tilvirkningsgebyr alkohol	1 480 571	1 467 200
Ordinære forhåndsinnbetalinger (vanlig autorisasjonssøknader)	31 906 858	0
<b>Sum innbetalinger fra gebyrer</b>	<b>46 246 116</b>	<b>13 455 812</b>
<i>Innbetalinger fra tilskudd og overføringer</i>		
Tilskudd fra andre statlige virksomheter	9 219 427	29 239 800
Tilskudd fra andre departement	5 600 000	1 390 242
Tilskudd fra EU	3 878 319	7 743 220
Tilskudd fra organisasjoner og stiftelser	288 246	1 622 358
Andre tilskudd og overføringer	3 545 715	-17 927 664
Oppdragsinntekter	8 540 686	7 294 893
<b>Sum innbetalinger fra tilskudd og overføringer</b>	<b>31 072 393</b>	<b>29 362 848</b>
<i>Salgs- og leieinnbetalinger</i>		
Salgsinntekt varer, avgiftspliktig	0	7 000
Salgsinntekt tjenester, avgiftspliktig	8 242 043	8 103 778
Salgsinntekt varer, avgiftsfri	129 556	3 393 390
Salgsinntekt tjenester, avgiftsfri	27 606 209	804 100
Refusjon, eksteme prosjekter	14 285 529	94 454 795
Inntekter v/utsending trykksaker	386 864	411 010
Kantinesalg	169 299	139 639
Tilfeldige inntekter (diverse inntekter post 01-29)	1 286 442	1 093 487
<b>Sum salgs- og leieinnbetalinger</b>	<b>52 105 942</b>	<b>108 407 200</b>
<i>Andre innbetalinger</i>		
<b>Sum andre innbetalinger</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Sum innbetalinger fra drift</b>	<b>129 424 451</b>	<b>151 225 861</b>

<b>Note 2 Utbetalinger til lønn</b>		
	<b>31.12.2016</b>	<b>31.12.2015</b>
Lønn	880 373 875	990 267 040
Arbeidsgiveravgift	115 969 673	132 488 483
Pensjonsutgifter*	0	0
Sykepenger og andre refusjoner (-)	-58 687 053	-59 356 424
Andre ytelser	19 829 422	23 282 923
<b>Sum utbetalinger til lønn</b>	<b>957 485 916</b>	<b>1 086 682 022</b>
<i>* Denne linjen benyttes av virksomheter som innbetaler pensjonspremie til SPK.</i>		
<b>Antall årsverk:</b>	1366,9	1617

<b>Note 3 Andre utbetalinger til drift</b>		
	<b>31.12.2016</b>	<b>31.12.2015</b>
Husleie	128 355 650	128 204 072
Vedlikehold egne bygg og anlegg	0	0
Vedlikehold og ombygging av leide lokaler	685 258	334 888
Andre utgifter til drift av eiendom og lokaler	27 525 646	28 722 416
Reparasjon og vedlikehold av maskiner, utstyr mv.	9 036 133	8 045 752
Mindre utstyrsanskaffelser	5 267 544	16 579 846
Leie av maskiner, inventar og lignende	19 554 235	32 974 039
Kjøp av fremmede tjenester	455 060 440	714 220 601
Reiser og diett	39 224 400	47 911 097
Øvrige driftsutgifter	92 896 422	126 933 460
<b>Sum andre utbetalinger til drift</b>	<b>777 605 728</b>	<b>1 103 926 170</b>

<b>Note 4 Finansinntekter og finansutgifter</b>		
	<b>31.12.2016</b>	<b>31.12.2015</b>
<i>Innbetaling av finansinntekter</i>		
Renteinntekter	0	0
Valutagevinst	26 567	0
Annen finansinntekt	0	0
<b>Sum innbetaling av finansinntekter</b>	<b>26 567</b>	<b>0</b>
<i>Utbetaling av finansutgifter</i>		
Renteutgifter	35 476	30 644
Valutatap	161	289
Annen finansutgift	0	0
<b>Sum utbetaling av finansutgifter</b>	<b>35 637</b>	<b>30 933</b>

<b>Note 5 Utbetaling til investeringer og kjøp av aksjer</b>		
	<b>31.12.2016</b>	<b>31.12.2015</b>
<i>Utbetaling til investeringer</i>		
Immaterielle eiendeler og lignende	4 761 082	3 037 660
Tomter, bygninger og annen fast eiendom	0	0
Beredskapsanskaffelser	0	3 164 384
Infrastruktureiendeler	0	0
Maskiner og transportmidler	4 271 720	3 673 152
Driftsløsøre, inventar, verktøy og lignende	13 533 763	24 664 523
<b>Sum utbetaling til investeringer</b>	<b>22 566 565</b>	<b>34 539 720</b>
<i>Utbetaling til kjøp av aksjer</i>		
Kapitalinnskudd	0	0
Obligasjoner	0	0
Investeringer i aksjer og andeler	0	0
<b>Sum utbetaling til kjøp av aksjer</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

<b>Note 6 Innkreivingsvirksomhet og andre overføringer til staten</b>		
	<b>31.12.2016</b>	<b>31.12.2015</b>
Oppgjørstjenester	-20 934 205	0
Refusjon til staten for helsetjenester	110 496 607	106 122 687
Tilbakebetaling feilutbetalingsaker	54 201 783	50 495 268
Renteinntekter	6 619	13 698
Tilfeldige og andre inntekter (Statskonto 530929)	26 724 098	28 979 585
<b>Sum innkreivingsvirksomhet og andre overføringer til staten</b>	<b>170 494 902</b>	<b>185 611 238</b>

<b>Note 7 Tilskuddsforvaltning og andre overføringer fra staten</b>		
	<b>31.12.2016</b>	<b>31.12.2015</b>
Tilskudd til kommuner og IKS	11 044 728 946	10 311 674 688
Tilskudd til fylkeskommuner	272 658 013	220 725 584
Tilskudd til private bedrifter	907 669 828	896 788 826
Tilskudd til privatpersoner	3 331 308	5 623 179
Tilskudd til organisasjoner og stiftelser	578 517 407	579 335 415
Tilskudd til universiteter og høyskoler	236 865 164	152 752 417
Tilskudd til ikke-finansielle foretak	2 843 109	17 962 119
Tilskudd til finansielle foretak	7 411 354	1 663 832
Tilskudd til husholdninger*	34 248 659 070	33 475 121 524
Tilskudd til ideelle organisasjoner	142 248 578	25 806 261
Tilskudd til statsforvaltningen	12 190 499	20 471 218
Tilskudd til utlandet	46 063 581	31 317 121
<b>Sum tilskuddsforvaltning og andre overføringer fra staten</b>	<b>47 503 186 856</b>	<b>45 739 242 184</b>

*Helfo utbetalte i 2016 ca. 34,4 milliarder kroner. Dette var fordelt på 285 000 krav fra privatpersoner og 710 000 krav fra ulike helseaktører. Krav fra helseaktører utgjør det alt vesentlige av de samlede utbetalingene fra Helfo med ca. 34 milliarder.*

*Krav fra helseaktører knyttes til ulike direkteoppgjørsordninger som baserer seg på at pasient slipper å legge ut for hele kostnaden, og hvor helseaktør i stedet fremmer krav ovenfor Helfo for refusjon. Helseaktør har ansvar for at kravene som sendes er korrekte og i tråd med regelverket. Kravene blir, så langt dagens regelverk, teknologiske løsninger og kvalitet i de mottatte data tillater, automatisk kontrollert i ulike fagsystemer. Helsedirektoratet og Helfo arbeider løpende med å forbedre de automatiske kontrollene, men det er fortsatt ikke mulig å maskinelt kontrollere alle opplysninger i kravene. Helfo gjennomfører derfor egne kontroller utover de maskinelle.*

*Basert på samlet innsikt i områdene, og på grunnlag av en risikotilnærming, har Helfo gjennomført et omfattende kontrollarbeid i 2016. I etterkontrollene er det gjort funn som blant annet har medført at 190 helseaktører er pålagt å endre praksis, samt at det er gjort vedtak om å kreve tilbake 54 millioner kroner. Etterkontrollene i 2016 var rettet mot helseaktører hvor risiko for feil bruk av takster var vurdert som høy.*

*Helfo finner at når regelverket ikke kan etterprøves fullt ut i de systemene som brukes, vil det være en usikkerhet knyttet til gyldigheten av disse transaksjonene. Gjennom den samlede oppfølging av områdene og basert på dagens regelverk, teknologi og tilgjengelige ressurser, vurderes likevel risiko for unøyaktighet og feil å være akseptabel.*

**Note 8 Sammenheng mellom avregning med statskassen og mellomværende med statskassen****Del A Forskjellen mellom avregning med statskassen og mellomværende med statskassen**

	31.12.2016	31.12.2016	
	Spesifisering av bokført avregning med statskassen	Spesifisering av rapportert mellomværende med statskassen	Forskjell
Finansielle anleggsmidler			
Investeringer i aksjer og andeler*	0	0	0
Obligasjoner	0	0	0
Sum	0	0	0
Omløpsmidler			
Kundefordringer	90 425 049	0	90 425 049
Andre fordringer	2 045 168	2 045 168	0
Bankinnskudd, kontanter og lignende	0	0	0
Sum	92 470 216	2 045 168	90 425 048
Langsiktig gjeld			
Annen langsiktig gjeld	0	0	0
Sum	0	0	0
Kortsiktig gjeld			
Leverandørgjeld	-17 158 406	0	-17 158 406
Skyldig skattetrekk	-41 335 674	-41 335 674	0
Skyldige offentlige avgifter	-252 060	-147 051	-105 009
Annen kortsiktig gjeld	-17 485 624	-17 150 130	-335 494
Sum	-76 231 764	-58 632 855	-17 598 909
<b>Sum</b>	<b>16 238 452</b>	<b>-56 587 687</b>	<b>72 826 139</b>

\* 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**

						Balanseført egenkapital i selskapet	Balanseført verdi i regnskap*
	Ervervsdato	Antall aksjer	Eierandel	Stemmeandel	Årets resultat i selskapet		
Aksjer							
Selskap 1							
Selskap 2							
Selskap 3							
<b>Balanseført verdi 31.12.2016</b>							<b>0</b>

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

## Note 9 - Periodisering av faktura med fakturadato i 2016, som er bokført i 2017

Helsedirektoratet har foretatt en vurdering av behovet for periodisering og har valgt å ikke periodisere gjelden. Helsedirektoratet benytter virksomhetsstyringsverktøyet PULS i sin rapportering. I PULS benyttes virksomhetsregnskapstallene. Ved å periodisere gjelden ville det gitt uheldig utslag på denne rapporteringen.

AO16 Fakt.dato 2016, bokført...							
Legg til felt Legg til/endre formel Legg til relasjon Legg til fleksifelt Legg til tre Utvid datagrunnlag Slett felt Slett alle felt Søkebetingelser Kolonneform							
1 - Oppsett		2 - Søkebet		3 - Resultat			
Bilagsnr	Periode	Konto	Konto(T)	Fakturadato	Beløp	Bokført i hovedbok	
Σ1		6540	Kjøp av Inventar under 30.000		17 212,38		
Σ1		6550	Kjøp av IT - maskinvare under 30.000		22 198,40		
Σ1		6560	Kjøp av mobiltelefoner, Ipad, og andre kontormaskiner		125 762,40		
Σ1		6590	Kjøp av annet driftsmateriale		67 405,55		
Σ1		6630	Reparasjon og vedlikehold leide lokaler		4 065,60		
Σ1		6660	Reparasjon og vedlikehold av verktøy og maskiner		7 321,77		
Σ1		6661	Service og vedlikehold på IT-maskinvare		15 160,75		
Σ1		6662	Service og vedlikehold på software		61 650,00		
Σ1		6710	Kjøp av tjenester til utvikling av programvare, IKT-løsninger mv		607 825,00		
Σ1		6720	Kjøp av tjenester til løpende driftsoppgaver, IKT		35 796,80		
Σ1		6740	Innleid personell fra vikarbyrå o.l.		61 724,00		
Σ1		6790	Kjøp av andre fremmede tjenester		3 223 663,99		
Σ1		6791	Ledelsesutviklingskostnader og coaching		550,00		
Σ1		6793	Juridisk bistand, kommunikasjonsrådgivning, oversettelsestjenester		625,60		
Σ1		6796	Frakt, transport, budtjeneste o.a.		1 594,85		
Σ1		6800	Kontorrekvisita		13 014,50		
Σ1		6801	Datarekvisita		8 489,93		
Σ1		6820	Trykksaker, grafisk design, trykkeritjenester		117 708,95		
Σ1		6830	Annonser og kunngjøring		49 437,24		
Σ1		6831	Stillingsannonser		22 500,00		
Σ1		6840	Aviser, tidsskrifter, bøker, faglitteratur o.l		35 425,09		
Σ1		6860	Møter og møtemat		57 185,99		
Σ1		6861	Konferanser arrangert av Hdir		254 840,00		
Σ1		6863	Ledermøter		202 556,09		
Σ1		6870	Kurs og seminarer for egne ansatte		400 752,45		
Σ1		6880	Kurs og seminar for eksterne deltakere		605 468,24		
Σ1		6881	Konferanser arrangert av Hdir (eksterne deltakere)		30 729,84		
Σ1		6891	Annen kontorkostnad		19 197,13		
Σ1		6901	Kontortelefoni (også mobil), kontorbredbånd/internett, nettverk, linjeleie, dor		223 481,17		
Σ1		6902	Tjenestemobil (bruk og abonnement) og tjenestebredbånd/internett		118 807,67		
Σ1		6940	Porto og frimerker		80 685,40		
Σ1		7132	Reiseutgifter - faktura		266 564,92		
Σ1		7133	Reiseutgifter - faktura - IKKE egne ansatte		115 911,48		
Σ1		7350	Representasjon(eksterne deltakere må delta)		35 230,36		
Σ1		7410	Gaver og blomster til eksterne		2 545,00		
Σ1		7770	Bank- og kortgebyr		1 280,41		
Σ1		7771	Andre gebyrer		673,84		
Σ1		8150	Rentekostnader fra leverandører		1 429,15		
Σ					7 887 038,85		

# 7. ETATSTYRERS VURDERING AV YTRE OG UNDERLIGGENDE ETATER

## 7.1 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

Rundt 15 000 personer tok kontakt med pasient- og brukerombudene i 2016. Totalt dreide det seg om 17 600 ulike problemstillinger knyttet til helsetjenestene. 60 % av klagesakene gjaldt spesialisthelsetjenesten og 40 % gjaldt kommunal helse- og omsorgstjeneste. Tallene har vært stabile i forhold til tidligere år. Ombudene skal være et tilgjengelig lavterskeltilbud for de som har spørsmål, tilbakemeldinger eller klager i tilknytning til helse- og omsorgstjenestetilbudene.

Ombudenes arbeid kjennetegnes ved tett og direkte kontakt med pasienter, brukere, pårørende og tjenestestedene.

### Klagerett kun på papiret?

Det er et alvorlig rettssikkerhetsproblem at kunnskapen om klagesaksbehandling og pasientrettigheter er mangelfull i helsetjenestene. Ombudene er også bekymret for den lange saksbehandlingstiden hos enkelte fylkesmannsembeter. Ombudene anbefaler en informasjonskampanje rettet mot landets innbyggere for å skape kunnskap om pasient- og brukerrettighetene, samt en tilsvarende kampanje rettet mot tjenesteyterne. Tilsynsordningen bør også styrkes.

### Helseklage – det går fortsatt for tregt

Saksbehandlingstiden er for lang.

### Behandlingsfristen går på bekostning av det totale pasientforløpet

Ombudene er bekymret for at fokuset på å unngå fristbrudd for oppstart behandling går ut over kvaliteten på det totale pasientforløpet i spesialisthelsetjenesten. Pasienter melder at de kommer raskt inn til første konsultasjon. Deretter skjer det lite.

### Barn og unge

Pårørende til barn opplever at deres vurdering av behov for hjelp ikke imøtekommes. Tilbudet varierer mellom kommunene, både når det gjelder kompetanse, organisering og ressursbruk.

### Pasienter med behov for psykisk helsehjelp

Ombudene erfarer at overgangen fra spesialisthelsetjenesten til kommunal behandling og oppfølging kan være mangelfull og representerer en utfordring for pasienten.

Etterspørsel av medikamentfri behandling er stor i enkelte grupper. Dette tilbudet må komme på plass i hele landet.

### Nye tilsynsmetoder gir grunnlag for bedre tjenester

Arbeidet til sivilombudsmannens forebyggingsenhet kan virke preventivt og forebygge lovbrudd overfor en sårbar pasientgruppe. Det bør vurderes om det er behov for et utviklingsarbeid for å sikre bedre metoder for fylkesmennenes arbeid i de alvorligste sakene. Underrapporteringen av



beltelegging i psykisk helsevern er uholdbar. Det må raskt komme på plass konkrete tiltak som sikrer bedre og enklere rapportering av tvangsmiddelbruk.

### **Mangel på samhandling og medvirkning for rusavhengige**

Tverrfaglig spesialisert behandling kan vise seg nærmest bortkastet dersom pasienten ikke mottar et godt og tilpasset botilbud etter utskriving.

I mange saker kommer det frem at pasienten verken har kjennskap til eller har fått tilbud om individuell plan (IP), eller at de har en IP som er utdatert og ikke blir benyttet.

### **Kunnskap er nøkkelen til likeverdige tjenester**

Fremmedspråklige pasienter har ikke fått den helsehjelp og informasjon de skal, fordi tolk ikke har vært benyttet. For pasienter med psykiske lidelser har enkelte fått avslag på nødvendig helsehjelp, rett og slett fordi tjenestestedet mener det av faglige årsaker ikke kan gis ved bruk av tolk.

### **Fyller fastlegene oppdaget?**

Pasientene erfarer at telefontilgjengeligheten er dårligere enn fastlegeforskriften fastsetter. Det er også utfordringer knyttet til rekruttering av fastleger i distriktene. Fastlegeordningen bør evalueres. Pasienter som venter over en time etter fastsatt tid hos fastlegen bør slippe å betale, på samme måte som i spesialisthelsetjenesten. Ungdom mellom 16 og 18 år bør av hensyn til taushetsplikten slippe å betale egenandel, slik at de kan gå til fastlege uten å måtte be foresatte om penger.

### **«Det er denne samhandlinga»**

Samspillet rundt de utskrivningsklare pasientene er fortsatt en utfordring over hele landet. Spesielt ser ombudene store utfordringer i totaltilbudet innen rehabilitering og habilitering.

### **Eldre må si i fra!**

Det er fortsatt en utbredt klagefrykt hos eldre. Mange pasienter og brukere vil ikke være til bryderi og de ønsker ikke å framstå som utakknemlige. Ombudene er særlig bekymret for eldre eller syke mennesker som er alene og som ikke etterspør hjelp.

### **Økonomi**

Regnskapsresultat per 31.12.2016 viser et mindreforbruk på 1,7 mill. kroner av et tildelt budsjett på 62 mill. kroner. Mindreforbruket skyldes midlertidige og uforutsette vakanser i stillinger samt større sykepengerefusjoner enn forventet. Direktoratet har vært informert om usikkerhet rundt vakanser og refusjoner. Etatsstyrers vurdering er at POBO har en god økonomistyring.

## **7.2 Helseøkonomiforvaltningen (HELFO)**

---

Helfos samfunnsoppdrag og ansvarsområde er å ivareta brukernes rettigheter og yte profesjonell service til behandlere og innbyggere gjennom veiledning og informasjon om helsetjenesten. Virksomheten skal forvalte rettigheter gitt gjennom folketrygdlovens kapittel 5 (stønad ved helsetjenester), bidra til god etterlevelse og at pasientrettigheter oppfylles.

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 Helfos ansvarsområder

Etatsstyrers vurdering tar utgangspunkt i Helfos årsrapport for 2016. 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](http://helsenorge.no). Besøkstallene til [helsenorge.no](http://helsenorge.no) har økt betydelig i 2016. I slutten av 2015 hadde nettsidene nær 1 million besøk per måned, mens gjennomsnittlig besøk per måned i 2016 er 1,34 millioner.

79 prosent av fastlegebyttene ble foretatt gjennom selvbetjeningsløsningene på [helsenorge.no](http://helsenorge.no), en økning på 2 prosent fra 2015. 87 prosent bestilte europeisk helsetrygdkort via selvbetjeningsløsningen. Krav til saksbehandling av europeiske helsetrygdkort som av ulike grunner går til manuell behandling er 5 dager. I 2016 ble 84 prosent behandlet innen frist.

I 2016 mottok Helfo i alt 729 000 telefonhenvendelser, en økning på nær 4 prosent fra 2015. Antall henvendelser til Helfo på 800HELSE var vel 500 000 i 2016, en økning på 19 prosent i forhold til 2015. Det er stadig flere tjenesteleverandører og henvendelser, og aktiviteten på dette området vil fortsette å øke.

Bruk av kontaktskjema og epost har økt med 24 prosent siste året. Det er en ressurskrevende kanal og ikke en ønsket utvikling. Helfo har i 2016 prioritert kanalutvikling og flerkanalbruk gjennom bl.a. nyhetsbrev for helseaktører, økt bruk av sosiale medier og infografikk. Målet er å tilrettelegge for rett kanalvalg blant brukerne.

Innsikt i brukernes behov og atferd er et annet viktig satsingsområde. Et elektronisk innbyggerpanel med 750 deltakere brukes til å teste nettinhold, brukervennlighet, klart språk osv. Videre er det investert i kontaktsenterløsning med tidsriktig brukerfunksjonalitet som tastevalg, tilbakeringfunksjon og løsninger for økt brukerinnsikt og bemanningsplanlegging.

82 prosent av henvendelsene til 800HELSE ble besvart, mens kravet til tjenesten er 90 prosent. Gjennomsnittlig ventetid på telefon var 113 sek. Tilsvarende målinger for 2015 viser at henholdsvis 87 prosent av henvendelsene ble besvart og at gjennomsnittlig ventetid var 93 sek. Krav til gjennomsnittlig ventetid for 800HELSE er 80 sek. Brukertilfredshet på telefon er på 88 prosent til tross for noe lang ventetid, mens brukertilfredshet på epost er 78 prosent. Kravet til brukertilfredshet er henholdsvis 85 og 80 prosent.

Etatsstyrers vurdering er at Helfo har en profesjonell informasjons- og veiledningstjeneste. Kvaliteten på tjenesten er meget god, noe som bekreftes gjennom at Helfo i 2016 for tredje gang ble kåret til det beste kundeservicemiljø innen offentlig forvaltning. Produktiviteten er i tillegg høy per dagsverk. Ventetidene på telefon innebærer at krav til tilgjengelighet til tjenestene ikke ble oppfylt i 2016. Økningen i ventetid og manglende måloppfyllelse har sammenheng med økningen i antall henvendelser til 800HELSE.

Ordnningen Fritt behandlingsvalg ble innført i november 2015 og erstatter og utvider den tidligere ordningen Fritt sykehusvalg. Helfo behandler søknader fra private behandlingstilbud om å bli godkjent som helsetilbud i den nye ordningen. Per 2016 er det om lag 30 leverandører i godkjenningsordningen i Fritt behandlingsvalg. Helfo har i 2016 registrert 4368 fristbrudd. Av disse har 1618 pasienter mottatt tilbud om helsehjelp via Helfo.

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. Kravet til saksbehandlingstid er oppfylt for 75 prosent av søknadene, mens tilsvarende for formidling av fristbruddpasienter er 65 prosent. Utvikling av prosesser og rutiner knyttet til fristbruddsordningen og Fritt behandlingsvalg har hatt stort fokus i 2016, og det er behov for bedre systemstøtte på området.

## 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 2016 på 22,4 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 over linje er i 2016 økt fra 62 til 68 prosent. Saksbehandlingstid for refusjon til behandlere er godt innenfor prestasjonsmålene, med unntak av tjenester med manuell behandling.

For saker som behandles etter folketrygdlovens § 5-24 a – Stønad til helsetjenester i et annet EØS-land, har det i 2016 vært lange saksbehandlingstider og mange saker hvor bruker må vente lengre enn fastsatte målkrav. Det samme gjelder for diverse E-blanketter (refusjonskrav fra borgere og informasjon mellom 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. Helfo.no hadde i 2016 om lag 1,7 millioner nettbesøk, noe som tilsvarer en økning på 20 prosent fra 2015. Det er fortsatt privatpersoner som søker helfo.no, men en rekke virksomme tiltak har ført til at stadig flere ledes til de rette kanalene – helfo.no for helseaktører og helsenorge.no for privatpersoner. Brukertilfredsheten for helfo.no ble målt til 84 prosent.

Veiledningstelefonen for helseaktører hadde en økning i antall henvendelser på 10 prosent i 2016. 85 prosent av henvendelsene ble besvart og gjennomsnittlig ventetid på telefon var 53 sek.

Brukertilfredsheten er på 89 prosent, noe som ligger godt over fastsatt krav på 85 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. I 2016 innførte Helfo nyhetsbrev til helseaktørene (abonnementsløsning).

Etatsstyrer er generelt tilfreds med resultatoppnåelsen innen tjenesteområdet behandlingsrefusjon. Refusjonskrav til helseaktører i Norge er utbetalt til rett tid. 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.

Etatsstyrer er ikke tilfreds med saksbehandlingstiden for stønad til helsetjenester i et annet EØS-land (folketrygdloven § 5-24 a), og enkelte av E-blankettområdene. Det er omfattende restanser på begge områdene og mange brukere har opplevd å vente lenge på å få sine refusjonskrav behandlet. Utvikling og effekt av tiltak vil bli fulgt opp i styringsdialogen.

## Tjenesteområde legemidler og medisinsk forbruksmateriell

Tjenesteområdet legemidler og medisinsk forbruksmateriell inkluderer 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 2016 på 11,9 milliarder kroner.

I likhet med i 2014 og 2015 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 klar forbedring i 3. tertial 2015 og frem til og med 2. tertial 2016. Gjennomsnittlig saksbehandlingstid for forhåndstilsagn legemidler var i 2015 i overkant av 36 dager, mens gjennomsnittet for 2016 er 40 dager. Tilsvarende for bidrag (§ 5-22) var nær 24 dager (32 dager i 2015). Saksinngangen for legemiddelsaker økte med 11 prosent fra 2015 til 2016. Ved årets slutt var det nær 2 750 saker over ytre grense, om lag som ved inngangen til 2016. Etatsstyrer er opptatt av at lange saksbehandlingstider på legemiddelområdet er svært uheldig for brukerne. Det er spesielt uheldig når situasjonen vedvarer over tid. Saksbehandlingstider for

legemiddelområdet har hatt særskilt fokus i styringsdialogen. Det er sammensatte årsaksforhold, som bl.a. økning i antall saker, begrenset tilgang på farmasøyter, ytelsesproblematikk i saksbehandlingssystemet m.m. Et av tiltakene for 2017 er omprioritering av ressurser i Helfo. Videre utvikles en løsning for automatisert saksbehandling for et utvalg type legemiddelsaker (introduksjon i mai 2017). Utvikling og effekt av tiltak vil bli fulgt opp i styringsdialogen.

### Spesielt om Helfos arbeid med etterlevelse

Med mål om rett behandlingsrefusjon og bedre etterlevelse av regelverket, har Helfo forsterket arbeidet med en mer kunnskapsdrevet kontrollvirksomhet i 2016. Strategien for å sikre bedre etterlevelse er en variert og kunnskapsbasert virkemiddelbruk. Følgende prinsipper ligger til grunn i arbeidet med å unngå feilaktige refusjonskrav og -utbetalinger:

Informativt og veiledende, gjennom god service og veiledning til refusjonsmottakerne

Preventivt, gjennom å synliggjøre for refusjonsmottakerne at kravene blir kontrollert

Korrigerende og sanksjonerende

I fagsystemene gjennomføres elektroniske kontroller hver gang en behandler sender inn refusjonskrav (jf. regelmotor og et sett av kontrollparametere og grenseverdier). Refusjonskrav og enkeltregninger som fanges opp av kontrollene skiller enten ut til manuell behandling og oppfølging i funnlister, eller avvises direkte.

Helfos etterkontroller siktes inn mot områder og refusjonsmottakere med stor risiko og vesentlighet. 89 prosent av de planlagte kontrollene ble gjennomført i 2016. 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 automatiserte kontroller, regelverksendringer, informasjonstiltak ol.

Medisinsk forbruksmateriell (både blåreseptkontroll og apotek/bandasjist), leger, fysioterapeuter og tannleger var prioritert for målrettet virkemiddelbruk i 2016. Resultater er 5 anmeldelser (6 anmeldelser i 2015), 11 behandlere ble fratatt retten til å praktisere for trygdens regning (2 behandlere i 2015), 190 behandlere ble pålagt å endre praksis (147 behandlere i 2015) og det ble tilbakekrevd nær 54 mill. kr (nær 90 mill. kr i 2015 hvor en vesentlig andel av tilbakekrevingsbeløpet var knyttet til én sak).

Helfo igangsatte effektvurderinger i 2015 for å øke kunnskapen om hvilke virkemidler som gir størst endring av adferd hos refusjonsmottakerne. Prosjekt ble etablert i forhold til fysioterapi-området og arbeidet har gitt interessante og nyttige funn. Effektvurderinger er i 2016 utvidet til lege- og tannhelseområdet.

Det siste året er synligheten av kontrollarbeidet økt, bl.a. for å bidra til større opplevd oppdagelsesrisiko og bedret etterlevelse. Det innebærer publisering og synliggjøring av kontrollrapporter og -resultater, systematisk arbeid med informasjon gjennom profesjonsforeninger og bedre synlighet av selve kontrollaktivitetene.

Etatsstyrer er godt tilfreds med at Helfo vektlegger en kunnskapsbasert virkemiddelbruk og herunder fokus på effektvurderinger. For økt etterlevelse er det sentralt med en aktiv informasjons- og veiledningstjeneste hvor etableringen av helfo.no, veiledningstelefonen for helseaktører og den proaktive tjenesten er elementer i en samlet og bevisst satsing. Etterkontroll er spisset mot områder og refusjonsmottakere med vesentlig risiko for manglende etterlevelse. Treffsikkerheten for etterkontrollene er høy og pålegg om endring av praksis har økt fra 2015 til 2016, samt antall behandlere som er fratatt retten til å praktisere for trygdens regning.

Samtidig har Riksrevisjonens i sin gjennomgang av etterlevelse på helserefusjonsområdet i 2016 påpekt høy sannsynlighet for urettmessige utbetalinger. Revisjonen har gitt flere anbefalinger til forbedringsområder i sin rapport. Tiltak er ivaretatt i en felles handlingsplan for direktoratet og Helfo som følges opp i styringsdialogen.

Fra 1.1.2017 håndteres klagesaker (2.instans), anker og sivile saker av Helseklage i Bergen. Helfo har i 2016 arbeidet med forberedelse av overføring av fagområdet og opplæring av medarbeidere til det nye klageorganet. Saksproduksjonen er samtidig opprettholdt.

Antall klagesaker behandlet i 2016 er 779 saker (som i 2015). Saksinngangen har vært på 1086 saker, en økning på 49 prosent fra 2015. Antallet klagesaker over ytre grense var 96 ved inngangen til 2016

og 294 ved utgangen av 2016. 50 klagesaker ble tatt videre til trygderetten og kun 4 av sakene ble omgjort.

Etatsstyrers vurdering er at lav omgjøringsprosent i trygderetten er en klar indikasjon på god kvalitet i klagesaksbehandlingen. Økningen av saksinnang i 2016 og oppgaver knyttet til etablering av Helseklage har medført at antall saker over ytre grense er tredoblet. Det er spesielt uheldig for brukerne 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. Resultater og fremdrift for tjenesteområdene, styringslinjene og prosjektene følges opp ukentlig, månedlig og tertialvis. Risikostyring er en vesentlig og integrert del av Helfos virksomhetsstyring. Det er etablert rutiner og arbeidsprosesser inkludert kvalitetssikring for å sikre intern kontroll.

Helfo har i 2015 og 2016 gjennomført et prosjekt hvor produktivitet er kartlagt og estimert for utvalgte områder av virksomheten. Internt i styringssammenheng og i tertialrapporteringen til direktoratet har Helfo introdusert produktivitet som indikator. Målet er å utvikle metoder og tilrettelegge datagrunnlag for måling av produktivitet som basis for effektiv forvaltning, gevinstrealisering og økonomisk omstilling.

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**

Helfos totale driftsbudsjett var i 2016 på 353,7 mill. kroner (kap. 720 post 01). Årsresultatet viser et mindreforbruk på 4,3 mill. kroner i forhold til tildelt budsjett (et avvik på 1,2 prosent).

Stønadsbudsjettet på programområde 30 Helserefusjoner ble bevilget i Prop 1 S (2015-2016) med videre delegasjon til Helfo i mål- og disponeringsbrev, og var i 2016 på 34,6 milliarder kroner (inkl. justeringer gjennom året). Stønader etter folketrygdloven er rettighetsbasert og budsjettet er følgelig en overslagsbevilgning. Avvik stønadsbudsjett og -regnskap gir et merforbruk på 178 mill. kr som tilsvarer 0,5 prosent.

NAV gjennomførte i 2016 et prosjekt for terminering av Regnskapsrutinen i Infotrygd.

Helsedirektoratet og Helfo har i den forbindelse gjennomført en rekke tiltak i egne systemer, slik at Helfo ikke lenger utbetaler fra Infotrygd. Denne utfasingen fra Infotrygd inngår i den langsiktige målsettingen om å samle alle Helfos regnskapsoppgaver på DFØs Agresso-plattform.

Per 31.12.2016 hadde Helfo 543 årsverk. Det er en nedgang på 18 årsverk fra utgangen av 2015.

Årsverkene består av 572 ansatte lokalisert til 23 steder i landet. Sykefraværet var på 7,0 prosent mot 7,1 prosent i 2015.

## **7.3 Statens strålevern**

---

### **Årsrapport**

Årsrapporteringen tyder på at alle langsiktige mål og oppdrag er i rute/ferdige. Avvik varslet ved forrige tertial ble lukket. Det gjelder spesielt avvik under administrative områder der etaten har gjennomført alle aktiviteter i tråd med bestillinger fra Helsedirektoratet.

### **Foreløpig økonomirapportering**

#### **Kap.720.01 Drift**

Etaten har meddelt i foreløpig økonomirapportering av 12. januar et overforbruk på 11.096 kr. Den 18. januar ble det likevel avklart at etaten ikke har disponert lønnskompensasjonen og at det foreløpige årsresultatet viser om lag 700.000 kr mindreforbruk. Etaten selv begrunner dette med en misforståelse ift. budsjettmessig virkning (delårvirkning) og søker om overføring av ubrukte midler

til 2017. Muligheten for overføring vil måtte avgjøres av HOD. Det kan tenkes at departementet ser 720.01 i sammenheng med mindreinntektene på kap 3720.02.

Det foreløpige årsresultatet viser likevel at det er rom for innsparinger innenfor kap. 720.01.

#### **Kap.720.21 Spesielle driftsmidler og 3720 Diverse inntekter**

Post 21 omfatter oppdrag/prosjekt for/fra EU, EØS, NKS, CERAD, NFR, overvåkning mv.

Mindreforbruket på årsbasis er på om lag 7,7 mill. kr eller 30 % og utgjør en økning på 10,6 % ift. prognose ved forrige tertial. Ved forrige tertial bemerket vi at regnskapet ikke var periodisert og at regnskapet viste et for lavt forbruk ift. prognose. Avviket ved årets slutt begrunnes av etaten med mindre aktivitet i prosjektene. Etatsstyreren vurderer det foreløpige årsresultatet på post 21 som vesentlig avvik.

Det foreløpige årsresultatet på kap.3720 er i tråd med prognose ved forrige tertial og utgjør om lag 10 mill. kr i mindreforbruk (mindreinntekt). Kap.720.21 og kap.3720 går ikke i balanse ved utgangen av året som tidligere varslet.

#### **Andre kapitler (KLD, UD)**

Etaten har ingen vesentlige avvik under kapitler til KLD og UD.

Post 21 omfatter oppdrag/prosjekt for/fra EU, EØS, NKS, CERAD, NFR, overvåkning mv.

Mindreforbruket på årsbasis er på om lag 7,7 mill. kr eller 30 % og utgjør en økning på 10,6 % ift. prognose ved forrige tertial. Ved forrige tertial bemerket vi at regnskapet ikke var periodisert og at regnskapet viste et for lavt forbruk ift. prognose. Avviket ved årets slutt begrunnes av etaten med mindre aktivitet i prosjektene. Etatsstyreren vurderer det foreløpige årsresultatet på post 21 som vesentlig avvik.

Det foreløpige årsresultatet på kap.3720 er i tråd med prognose ved forrige tertial og utgjør om lag 10 mill. kr i mindreforbruk (mindreinntekt). Kap.720.21 og kap.3720 går ikke i balanse ved utgangen av året som tidligere varslet.

#### **Andre kapitler (KLD, UD)**

Etaten har ingen vesentlige avvik under kapitler til KLD og UD.



**Helsedirektoratet**

**Postadresse:** Pb. 7000,  
St. Olavs plass, 0130 Oslo

**Telefon:** +47 810 20 050

**Faks:** +47 24 16 30 01

**E-post:** [postmottak@helsedir.no](mailto:postmottak@helsedir.no)

[www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)