



## Årsrapport 2017

# Innhold

1. LEDERS BERETNING .....	3
2. INTRODUKSJON TIL VIRKSOMHETEN OG HOVEDTALL .....	9
2.1 OMTALE AV VIRKSOMHETEN OG SAMFUNNSOPPDRAG 2017 .....	9
2.2 OMTALE AV ORGANISASJONEN .....	10
2.3 NØKKELTALL FRA ÅRSREGNSKAPET .....	12
3. ÅRETS AKTIVITETER OG RESULTATER .....	13
3.1 FOLKEHELSE .....	13
3.2 STRÅLEVERNOMRÅDET .....	21
3.3 KOMMUNALE HELSE- OG OMSORGSTJENESTER .....	22
3.3.1 Omsorgstjenester .....	22
3.3.2 Primærhelsetjenester .....	28
3.3.3 Psykisk helse og rus .....	38
3.3.4 Tannhelsetjenester .....	44
3.4 SPESIALISTHELSETJENESTER .....	46
3.5 AKUTTMEDISINSKE TJENESTER UTENFOR SYKEHUS .....	52
3.6 BEREDSKAP .....	54
3.7 PRIORITERINGER .....	57
3.8 FINANSIERING, HELSEREFUSJONER OG HELSEREGISTRE .....	58
3.9 INTERNASJONALT ARBEID .....	67
3.10 KVALITET, PASIENTSIKKERHET OG BRUKERINVOLVERING .....	70
3.11 FORSKNING OG INNOVASJON .....	74
3.12 PERSONELL OG KOMPETANSE .....	77
3.13 ADMINISTRATIVE RUTINER .....	87
3.13.1 Fellesføringer .....	87
3.13.2 Intern sikkerhet og beredskap i Helsedirektoratet .....	90
3.13.3 Konsernmodell for administrative tjenester .....	90
3.13.4 Internrevisjon .....	91
3.13.5 Tilskuddsforvaltning .....	91
3.13.6 Nye styringsparametere for fagrollen og forvaltningsrollen .....	92
4. STYRING OG KONTROLL I VIRKSOMHETEN .....	94
5. VURDERING AV FRAMTIDSUTSIKTER .....	96
6. ÅRSREGNSKAP .....	97
6.1 SAMMENSTILT ÅRSREGNSKAP HELSEDIREKTORATET (INKL. HELFO) .....	97
7. ETATSTYRERS VURDERING AV YTRE OG UNDERLIGGENDE ETATER .....	109
7.1 PASIENT OG BRUKEROMBUDET (POBO) .....	109
7.2 HELSEØKONOMIFORVALTNINGEN (HELFO) .....	111

## Vedlegg

1. Nye oppgaver fra HOD 2017
2. Videreførte oppdrag fra HOD
3. R-115 - Årsregnskap Helsedirektoratet
4. Årsrapport 2017 Helseøkonomiforvaltningen (HELFO)
5. Årsrapport 2017 Pasient- og brukerombudene (POBO)

# 1. LEDERS BERETNING



Helsedirektør Bjørn Guldvog.

Foto: Rebecca Ravneberg

Nordmenns helse blir hele tiden bedre. Norge er blant de tre landene i Europa hvor befolkningen kan forvente å leve lengst uten alvorlige helseproblemer<sup>1</sup>. Samtidig ser vi betydelige sosiale ulikheter i helse. Hovedutfordringen for folkehelsen er at helse i varierende grad blir tatt hensyn til i den brede samfunnsplanleggingen. Det innebærer at ulike mennesker fremdeles har ganske ulike forutsetninger for å oppnå god helse gjennom hele livet.

Kommunene og sykehusene gir stadig flere, bedre og bredere helsetjenestetilbud. Hovedutfordringen for helsetjenesten er at det er for store forskjeller i hvordan tjenestene treffer brukere og pasienter. Det gir seg utslag i store variasjoner både geografisk og mellom ulike tjenesteområder i kommunene og i spesialisthelsetjenesten. Det gjelder pasientsikkerhet, kvalitet i behandlingen, produktivitet og effektivitet, samt behandlingsresultater.

På flere områder er vi i verdenstoppen, for eksempel høy overlevelse av alvorlig sykdom som kreft, hjerne- og hjerteinfarkt. Som et eksempel viser OECD sin helsestatistikk at norske pasienter har høyest 30 dager overlevelse etter hjerteinfarkt og hjerneslag samlet. På den annen side strever vi med å gi like gjennomført gode tjenester til mennesker med behov for sammensatt hjelp og god samhandling over tid. Det gjelder f. eks. tjenestetilbudet til pasienter med kroniske lungesykdommer (KOLS), psykiske lidelser og rusproblemer.

Det er mange positive trekk på folkehelseområdet. Stadig færre røyker og alkoholkonsumet hos unge er relativt lavt. Dagens unge er som gruppe veltilpasset, aktive, har gjennomgående god fysisk og psykisk helse og kommer godt ut sammenliknet med denne aldersgruppen i andre europeiske land. Samtidig ser vi at flere ungdommer nå enn tidligere plages av ensomhet, og at en av fem ikke fullfører videregående skole. De står i fare for å ikke komme inn i arbeid og samfunnsdeltakelse. Dette utenforskapet koster for mye, både for den enkelte og for samfunnet. I barne- og ungdomsårene har vi en unik mulighet til å påvirke, og bidra til et godt

---

<sup>1</sup> Healthy Life Years Indicator fra European Core Health Indicators (EU).

grunnlag for god helse gjennom livet. Dette er et ansvar vi må ta på tvers av samfunnssektorer og nivåer i forvaltningen. Vi må samhandle til beste for innbyggerne.

For å være trygge på at pasientene har likeverdig tjenestetilbud i hele landet, må alle vi som arbeider med helse og omsorg interessere oss for forskjellene både generelt, men særlig i egen virksomhet. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgssektoren trådte i kraft 1.1.2017, og vi ga samme vår ut en veileder med råd om hvordan ledere kan etterleve kravene. Gjennom å analysere egen virksomhet, sammenligne oss med andre og lære av hverandre kan vi identifisere tiltak som kan gi befolkningen enda bedre helse- og omsorgstjenester i fremtiden. God ledelse i alle ledd er en forutsetning for å lykkes.

I Pasientsikkerhetsprogrammet 24-7 jobber vi tett sammen med helsetjenesten for å hindre eller redusere feil og uheldige hendelser, samt bidra til forbedringer. Det er nødvendig å forsterke arbeidet med pasientsikkerhet og kvalitet i helse- og omsorgssektoren for å redusere uønsket variasjon.

Helsedirektoratets virksomhet gjennom året skal bidra til at flere har god helse og at flere får god og sikker behandling. Vi skal også understøtte at pasienter og brukere møter en samordnet tjeneste.

Våre hovedaktiviteter er å:

- gi råd om helse og livsmestring herunder kosthold, fysisk aktivitet, søvn, rusmidler og tobakk
- fremme helse og redusere helseforskjeller i befolkningen ved å arbeide bredt med samfunnsmessige forhold som påvirker helse og livskvalitet, bl.a. ved samarbeid med andre sektorer som skole og utdanning, arbeidsliv, transport, nærmiljø og samfunnsplanlegging
- utvikle tjenestene sammen med helsepersonell og brukere
- 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

## 2017

Helsedirektoratet vil trekke frem følgende hovedleveranser fra 2017:

### Folkehelse

Vårt arbeid på folkehelseområdet retter seg både mot befolkningen, mot andre aktører på nasjonalt nivå og mot lokal og regional forvaltning. Grunnlaget for god helse legges i barne- og ungdomsårene. For å få til bedre samordnede tjenester og mer helhetlig innsats for utsatte barn og unge under 24 år og deres familier samarbeider vi tett med fire andre direktorater (0-24 samarbeidet). I 2017 er en ny strategi vedtatt. Fra vår side har vi vektlagt implementeringen av Nasjonale faglige retningslinjer for helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Folkehelsearbeid må skje i alle deler av samfunnet og på alle nivåer. Det tverrsektorielle samarbeidet på nasjonalt nivå om folkehelsepolitikken er videreført gjennom samarbeidsavtaler og konkrete samarbeidsprosjekter med mange direktorater. Program for folkehelsearbeid i kommunene startet opp i 2017, og fem nyetablerte programfylker fikk tilskudd fra programmet. Vi har også inngått samarbeid med frivillige organisasjoner om dette arbeidet. Et viktig perspektiv for oss har vært å integrere psykisk helse som en likeverdig del av folkehelsearbeidet, og vi følger opp på hvilken måte dette skjer regional og i kommunene. Det er lagt til rette for evaluering og vurderinger for å følge med på om arbeidet etter hvert er i tråd med intensjonene.

Det er nødvendig å se folkehelsearbeidet i et livsløpsperspektiv, og i den sammenheng har vi bidratt med faglige underlag til regjeringens strategi Mestre hele livet.

Sunnere levevaner og god kunnskap om dette i befolkningen har stor betydning for helsa. Helhetlig og koordinert innsats for å nå dette langsiktige målet har stått høyt på agendaen i 2017. Ved siden av å utgi og formidle generelle kostholdsråd gjennom retningslinjearbeid og informasjon, har vi i 2017 jobbet mye med

samarbeid med matvarebransjen for å bedre kostholdet. Saltpartnerskapet og samarbeid med matvarebransjen om et sunnere kosthold i befolkningen, er eksempler på dette. For de aller yngste har vi jobbet med implementering av Nasjonal faglig retningslinje for spedbarns ernæring.

Alkohol og tobakk er fremdeles blant de fremste helsetruslene i Norge. I arbeidet for å redusere skadelige virkninger av alkohol har vi i 2017 spesielt utviklet og lansert råd om rus-policy i offentlig sektor. På tobakksfeltet har vi jobbet særlig med kommunikasjon om nøytral emballasje på tobakksprodukter. Dette er tiltak som i andre land har vist seg effektive for å redusere forbruk og helseskader.

### Kommunale helse- og omsorgstjenester

Vi vil få stadig flere eldre, og behovet for helsetjenester vil bli større. Da må vi satse på tiltak som gir folk gode liv lenger, forebygging og tidlige tiltak for de «yngre eldre». Når det nærmer seg slutten, vil ressursbehovet øke for de fleste av oss.

Opgavene i primærhelsetjenesten øker og endrer seg. Fastlegeordningen må utvikles for å kunne løse de nye oppgavene. Det er viktig å ta inn over seg de store endringene som skjer blant fastlegene. I løpet av få år er den gjennomsnittlige fastlege mye yngre enn for 5-10 år tilbake, og økningen er størst blant unge kvinner. Dette stiller andre krav til rammene for fastlegene. Samtidig er erfaringene at fastlegene jobber mye, og kanskje mer enn før. Forsøk med primærhelseteam er ett av tiltakene som skal bidra til bedre tjenester for mennesker med store helsetjenestebehov i kommunene.

For å arbeide effektivt må helse- og omsorgstjenestene ha enkel tilgang til kunnskap og anbefalinger. I 2017 har vi blant annet gitt ut retningslinjer om demens, svangerskapsdiabetes og skolehelsetjenesten. På noen områder mottar Helsedirektoratet kritikk fordi retningslinjene samlet blir vanskelig å gjennomføre i kommunene. Dette er tilbakemeldinger vi benytter i vårt forbedringsarbeid.

Helse- og omsorgstjenestene i kommunene må også arbeide på nye måter: Om lag 200 kommuner er nå med i det nasjonale programmet for velferdsteknologi, og målet er at slike tjenester skal bli en integrert del av helse- og omsorgstjenesten innen utgangen av 2020. Et ledd i dette arbeidet er utprøving av medisinsk avstandsoppfølging, og det er utarbeidet et nettbasert verktøy for trygghetsstandard for sykehjem som legger grunnlag for arbeidet i fire pilotkommuner.

Pasienter og brukere opplever for ofte at helsetjenestene ikke henger sammen. I 2017 ga vi ut en veileder for å bidra til bedre og mer helhetlige tjenester til personer med store og sammensatte behov. Innen psykisk helse og rus er ACT (Assertive Community Treatment) og FACT-team (Flexible Assertive Community Treatment) modeller for å gi oppsøkende og helhetlige tjenester til mennesker med alvorlige lidelser. Modellene som er utviklet i Storbritannia, har vist gode resultater også i Norge, og i 2017 ble det etablert 14 nye FACT- prosjekter rundt om i landet. Totalt ble det gitt tilskudd til 10 ACT-team og 31 FACT-team/ forprosjekter.

### Spesialisthelsetjenesten

Helsedirektoratet har flere oppgaver som skal øke kvaliteten på tjenestene til den enkelte pasient, og som skal bidra til at pasientens helsetjeneste realiseres, og at forløpet oppleves helhetlig fra pasientens ståsted. I 2017 har vi fortsatt arbeidet med utvikling av pasientforløp i spesialisthelsetjenesten. Pakkeforløp for hjerneslag, kreft og psykisk helse og rus, samt handlingsprogram for kreft er eksempler på nye og oppdaterte forløp i 2017. ParkinsonNet skal på systematisk og oversiktlig vis tilgjengeliggjøre helsetjenestene parkinsonpasienter trenger, når de trenger det og på tvers av omsorgsnivåene.

I 2017 har vi gjennom retningslinjer og veiledere gitt anbefalinger om utredning, diagnostikk, behandling, kompetanse og organisering på mange fagområder som demens, helsestasjon og skolehelsetjeneste, håndtering av CBRNE (Chemical, biological, radionuclear, explosives) hendelser, spiseforstyrrelser, svangerskapsdiabetes, ECT (elektrokonvulsiv)-behandling, ernæring for barn og spedbarn, kompetanse og kvalitet på nyfødt intensivavdelinger samt hørselsundersøkelse av nyfødte. Vi har videre revidert tidligere utgitte retningslinjer på hjerneslag, multippel sklerose og hjerte/kar-sykdommer.

Helsedirektoratet er sekretariat for styringsgruppen for handlingsplanen mot antibiotikaresistens. Styringsgruppen koordinerer aktørenes arbeid med implementering av handlingsplanen.

Helsedirektoratet har vært sekretariat for Nasjonalt system for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten, "Nye metoder". Dette er flyttet til Helse Sør-Øst fra 1.1.2018.

### Personell og kompetanse

Personell er den største ressursen og den viktigste innsatsfaktoren i helse- og omsorgstjenesten. Overordnet sett er vi godt dekket med helsepersonell i Norge når vi sammenligner oss med resten av Europa. Sammenholdt med den demografiske utviklingen og befolkningens forventninger, vil vi i fremtiden ende opp med et underskudd på helsepersonell. Dette er også et argument for at vi må arbeide på nye måter og utnytte helsepersonellens kompetanse annerledes.

Helsedirektoratet har i 2017 arbeidet med Kompetanseløft 2020 som bidrar både til rekruttering og stabilisering av helsepersonell, og til å heve deres kompetanse, spesielt i primærhelsetjenesten. Ny spesialistutdanning skal sørge for at legenes kompetanse blir lettere å oppdatere i takt med den medisinske utviklingen. Dette har vært en stor arbeidsøkt der Legeforeningens spesialitetskomiteer og RHFene har bidratt til at vi har fått gode læringsmål for alle de 46 spesialitetene. Også for andre yrkesgrupper, som sykepleiere og fysioterapeut har vi utredet videreutdanninger som skal heve kompetansen.

Helsedirektoratet har også en viktig oppgave i å autorisere helsepersonell og å gi spesialistgodkjenninger. Med over 24 000 søknader om autorisasjon, lisens og godkjenninger er effektivisering, digitalisering og god kommunikasjon med søkerne et viktig og kontinuerlig arbeid for direktoratet. En ny digital løsning for helsepersonell utdannet i Norge gir muligheter for rask autorisering av disse. Personell utdannet i andre land er også et viktig bidrag til den norske helsetjenesten. Her kan ulike utdanningssystemer, tilpasset det enkelte utdanningslandets helsesystem, noen ganger skape utfordringer.

Ledelse av helsetjenestene er et viktig virkemiddel, og Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten er utviklet for å styrke ledelse i helse- og omsorgstjenesten i kommunene og tannhelsetjenesten i fylkeskommunene. Ved utgangen av 2017 var 270 ledere ferdig utdannet, mens tre nye kull med 162 studenter forventes ferdig utdannet våren 2018.

### Finansiering

Helsedirektoratet har et helhetlig ansvar for forvaltning og videreutvikling av finansieringsordningene slik at de bidrar til likeverdige og effektive helsetjenester av god kvalitet i helsetjenesten.

Innen spesialisthelsetjenesten er arbeidet rettet mot innsatsstyrt finansiering (ISF) og tiltak for å tilpasse ordningen nye arbeidsformer og teknologisk utvikling. ISF-ordningen er omfattende endret i løpet av 2017 på flere områder, herunder psykisk helsevern og rus, dagkirurgi og nye metoder for asynkron, telemedisinsk oppfølging. Det er også lagt en strategi for den langsiktige videreutviklingen av spesialisthelsetjenestens finansieringssystem, med vekt på tiltak for økt forløpsorientering av aktivitetsbaserte finansiering.

Det er utviklet en ny finansieringsordning for poliklinisk laboratorievirksomhet, som ble tatt i bruk 1.1.2018. Den nye ordningen skal blant annet gi riktig og forutsigbar inntekt for laboratorievirksomhetene basert på faktiske kostnader, gi grunnlag for å sammenligne aktivitet mellom HF/RHF, se hvilke aktiviteter som vokser og sørge for god utgiftskontroll for staten.

For kommunale helse- og omsorgstjenester har utviklingsarbeidet i 2017 særlig vært knyttet til utvikling av finansieringsmodeller for understøttelse av bl.a. primærhelseteam og nye modeller for legevakt. Et nytt system for refusjon av legemidler etter individuell søknad innenfor blåreseptordningen er innført.

Direktoratet leverer styringsinformasjon gjennom utleveringer av data, statistikk og analyser. Det tilrettelegges for deling og gjenbruk av data i Norsk pasientregister (NPR) og nytt Kommunalt bruker- og pasientregister (KPR) som ble satt i drift 1.12.2017. Helsedirektoratet har i 2017 videreført og videreutviklet arbeidet med helsetjenesteanalyser. Gjennom SAMDATA Spesialisthelsetjenesten og SAMDATA Kommune er det utarbeidet en rekke analyser. Det er fortsatt høy etterspørsel etter data og statistikk fra Norsk

pasientregister, og det ble i 2017 utført omlag 1100 utleveringer. Det er nå utviklet 171 nasjonale kvalitetsindikatorer.

I 2016 og 2017 har Helsedirektoratet arbeidet med å finne tiltak for å få ned saksbehandlingstiden og ressursbruken ved søknadshåndtering i Helfo, blant annet ved hjelp av automatisert saksbehandling.

### Helfo

Helfo har i 2017 hatt en bedre måloppnåelse enn tidligere år, og har levert de beste resultatene siden omorganiseringen i 2014. Perioden 2014-2016 var preget av lange saksbehandlingstider og manglende måloppnåelse for spesielt legemiddelområdet og utlandsområdet. Ved inngangen til 2017 så man tydelige effekter av iverksatte tiltak, og den positive utviklingen fortsatte videre utover i året. Saksbehandlingstider er forbedret, og brukerundersøkelsene viser også at brukerne i all hovedsak er godt tilfreds med de tjenestene som Helfo yter. Samtidig er det manglende måloppnåelse på enkelte områder som tilgjengelighet til telefontjenestene for helseaktørene, saksbehandlingstid for kontrollsaker og klagesaker, samt Fritt behandlingsvalg og fristbrudd.

Helfo har jobbet målbevisst for å tilrettelegge for rett kanalvalg blant brukerne, og utviklingen viser overgang fra personbetjente kanaler til informasjon og veiledning på nett og selvbetjeningsløsninger. Det gir mer effektive tjenester og økt tilgjengelighet for brukerne. Hele 81,5 prosent bytter fastlege via selvbetjeningsløsninger på helsenorge.no, og 89,4 prosent bestilte europeisk helsetrygdkort i løsningen. Antall telefonhenvendelser til Helfo er redusert med vel 20 prosent i 2017 og det er også en svak nedgang i antall epost-henvendelser.

### Digitalisering

Helsedirektoratet jobber systematisk med digitalisering for å effektivisere arbeidsprosesser og skape bedre tjenester for brukere og befolkningen. Digitalisering og IKT er etter hvert en naturlig del i gjennomføringen av Helsedirektoratets oppdrag.

Helsedirektoratets IKT-plattform har gjennom året blitt ytterligere forbedret.

Det er arbeidet med løsninger for rapportering av nøkkeltall og styringsindikatorer på flere områder. Det er også lagt til rette for enklere og mer effektiv forvaltning når det gjelder autorisasjon av helsepersonell, spesialistgodkjenninger samt tilskudd.

Vi har utviklet et nytt lovpålagt tobakksalgsregister som en teknisk løsning der alle virksomheter som selger tobakksvarer og tobakksurrogater skal registrere seg, og som skal brukes av landets kommuner til å føre tilsyn. Registeret er utviklet i samme løsning som Bevilgningsregisteret for alkoholbevilgninger for best mulig effektivitet i kommunene.

Første versjon av Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) ble etablert i 2017. Registeret skal gi sentrale og kommunale myndigheter grunnlag for planlegging, styring, finansiering og evaluering av kommunale helse- og omsorgstjenester.

### Omstilling i Helsedirektoratet

Helsedirektoratet har i 2016 og 2017 gått gjennom en endringsprosess for et fornyet direktorat med følgende hovedmålsettinger:

1. Vi skal gjøre de riktige oppgavene
2. Vi må vise god gjennomføringsevne og få til god effekt av alle leveranser
3. Vi skal være et enkelt, effektivt og samordnet Helsedirektorat

Omstillingen har en viktig milepæl 1.3.2018, da ny organisering av direktoratet trer i kraft. Hovedgrep i den nye organiseringen inn i 2018 er:

- Gå fra å være fag- og forvaltningsorganisert til mer leveranseorganisert
- Se psykisk helse, folkehelse og somatikk i sammenheng
- Mer analyse og følge med-virksomhet
- Understøtte gode tjeneste- og sykdomsforløp
- Brukerorientering og digitalisering
- Se finansiering, tilskudd og forvaltning mer i sammenheng

- Bedre porteføljestyring – tydeligere prioritering og ressursallokering
- Tydeligere «en vei inn» på oppdrag – og tydeligere samordning av direktoratets anbefalinger ut
- Bedre samhandling på tvers i program, prosjekt og lag

Oslo, 12. april 2018

  
Bjørn Guldvog  
helsedirektør



# 2. INTRODUKSJON TIL VIRKSOMHETEN OG HOVEDTALL

## 2.1 Omtale av virksomheten og samfunnsoppdrag 2017

---

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 2017 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.

### 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.

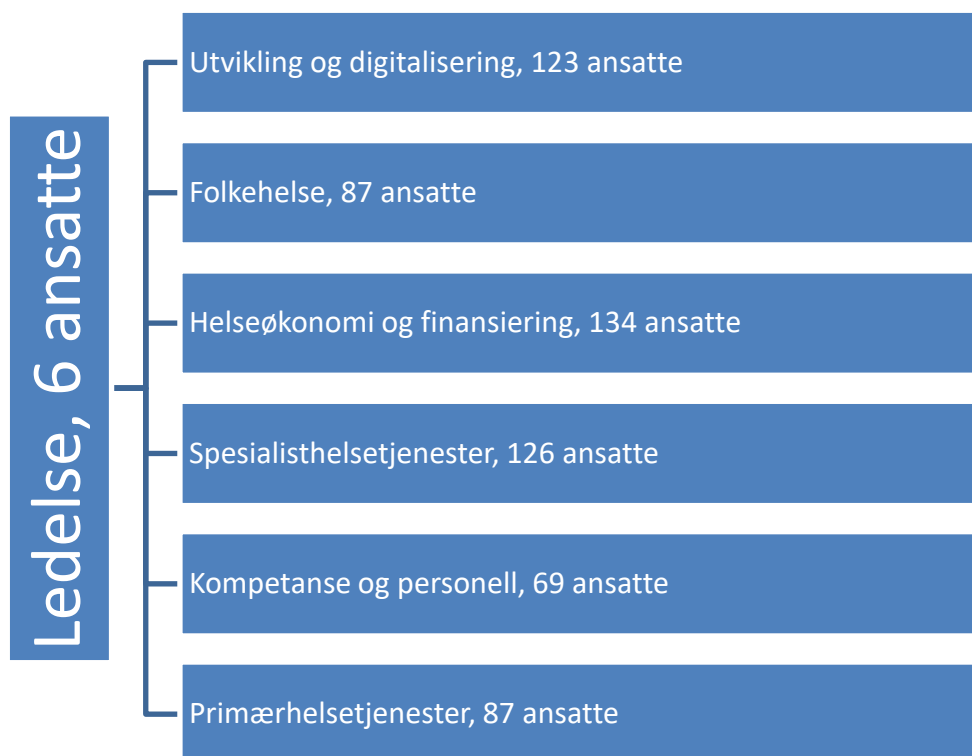
## 2.2 Omtale av organisasjonen

Helsedirektoratet ble i 2017 ledet av helsedirektør Bjørn Guldvog og assisterende direktør Olav Valen Slåttebrekk. 43 ansatte ble virksomhetsoverdratt fra Helsedirektoratet til Norsk helsenett pr. 01.01.17. Helsedirektoratet har jobbet med forberedelser til virksomhetsoverdragelse av 3 ansatte til Helse Sør-Øst og 7 personer til Statens legemiddelverk. Disse blir overført 01.01.18.

Helsedirektoratet (uten Pasient- og brukerombudene) har nedbemannet med 60 årsverk i løpet av 2017. Måltall på 571 årsverk ved utgangen av året ble nådd.

Helsedirektoratet har 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 698 ansatte ved utgangen av 2017. Pasient- og brukerombudene (POBO) har 66 ansatte og resten av Helsedirektoratet har 632.

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 (558 ansatte) og Trondheim (74 ansatte). Pasient- og brukerombudene har representasjon i alle fylker, og har tilsammen 66 ansatte.

Helseøkonomiforvaltningen (Helfo) har per 31.12.2017 527 forpliktete årsverk (inkludert permisjoner, sykefravær etc.) hvorav 502 årsverk var faktisk avlønnete. Totalt antall ansatte var 553.

### Likestilling i Helsedirektoratet

Helsedirektoratet hadde pr. 31.12.17 i alt 698 ansatte. Det var 69 prosent kvinner i direktoratet, 2 prosentpoeng mer enn i 2016. I de lokale forhandlingene 2.5.1. fikk alle ansatte et flatt tillegg uavhengig av kjønn, i tillegg var det individuelle vurderinger. Gjennomsnittlig årslønn var kr 655.135, kvinner kr 631.611 og menn kr 707.601.

### HMS/arbeidsmiljø

I 2017 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. Helsedirektoratet har en velfungerende vernetjeneste, og denne er meget aktivt involvert i det systematiske HMS-arbeidet.

NHN har gjennomført en anskaffelsesprosess for bedriftshelsetjeneste (BHT) og representanter for Helsedirektoratet har vært sentrale i dette arbeidet. Det ble signert en avtale med Stamina Helse i slutten av desember 2017. Ledelsen i Helsedirektoratet har vedtatt å anskaffe BHT og arbeidet med lokal kontrakt med Stamina Helse vil starte tidlig i 2018.

I tillegg har Helsedirektoratet gjennomført en mindre anskaffelse av BHT/psykologhjelp som forebyggende tiltak i forbindelse med nedbemanningprosess og OU prosjekt.

Det har også vært gjennomført et større arbeid med å få på plass et HMS forbedring/avvikssystem. Dette vil komme endelig på plass tidlig i 2018.

### Status IA-arbeid

IA-handlingsplan for Helsedirektoratet for perioden 2014-2018 ble vedtatt i januar 2015. IA-møte ble avholdt i november 2017. IA-møtets representanter er AMUs representanter med tillegg av representanter fra UNIO og Helsedirektoratets kontakt ved NAV Arbeidslivssenter. I november ble det arrangert tre divisjonsvise HMS-dager (à 3 timer) for alle ansatte i Helsedirektoratet og ca. 300 møtte. Ekstern foredragsholder var leid inn og Hovedtema for dagen dreide seg i hovedsak om endringsarbeid, med tittelen «Fremtiden er det eneste sted vi kan gå til» I tillegg var det bla innslag hvor nye kontorlokale ble presentert og de ansatte kunne komme med innspill til dette. Tilretteleggingstilskuddet som vi ble tildelt fra NAV Oslo og Trondheim for HMS – dagen 2016 ble i sin helhet benyttet til dette arrangementet. Det er søkt og innvilget nytt tilretteleggingstilskudd fra NAV for årets arrangement, dette blir benyttet til et lignende tiltak i 2018.

### Sykefravær

Direktoratet har i all hovedsak et stabilt sykefravær, med en svak nedgang i 2017. Totalt sykefravær (egenmeldt og legemeldt) i 2017 var 4,96 % og i 2016 var det 5,22 %.

## Helsedirektoratet har fokus på rekruttering av søkere med ikke-vestlig bakgrunn og personer med nedsatt funksjonsevne

Helsedirektoratet 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 inkkudi.no.

I 2017 hadde ca. 9,6 % av alle søkerne til ledige stillinger ikke-vestlig innvandrerbakgrunn. Ca. 10,8 % av disse søkerne ble innkalt til intervju og ca. 3,9 % ble innstilt. Helsedirektoratet har ansatt totalt 38 søkere etter kunngjøring i 2017. 4 av disse hadde innvandrerbakgrunn, dvs. 10,5 %. 1 av de som er tilsatt har nedsatt funksjonsevne, dvs. ca. 2,6 %.

### 2.3 Nøkkeltall fra årsregnskapet

Helsedirektoratet (inkl. POBO)	2017*	2016	2015	2014
Antall årsverk	655	735	903	826
Samlet tildeling post 01-99 (mill. kroner)	8 509	7 142	14 954	13 543
Utnyttelsesgrad post 01-29	97 %	93 %	91 %	84 %
Sum driftsutgifter (mill. kroner)	1 328	1 239	1 683	1 527
Lønnsandel av driftsutgifter	46 %	47 %	42 %	42 %
Lønnsutgifter per årsverk (hele tusen)	931	789	791	772

\*) Fra og med 1. januar 2017 inngår Helsedirektoratets betaling av pensjonspremie til SPK i lønnsutgiftene.

# 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

● Et livsløpsperspektiv for sunn og aktiv aldring er integrert i folkehelsearbeidet

**Kommentar** Integrering av et livsløpsperspektiv for sunn og aktiv aldring i folkehelsearbeidet er pågående arbeid, som følges opp blant annet med flere igangsatte FoU-prosjekter i 2016/2017. Flere tiltak og aktiviteter er gjennomført i 2017, som eksempelvis fagseminar om aldersvennlige samfunn og erfaringskonferanse for tilskuddsordning rettet mot seniorer og eldre. Internt er det tett samarbeid med blant annet fysisk aktivitet, nærmiljøarbeid og psykisk helse. Det er blant annet satt fokus på fallforebygging. Aldring skal ivaretas i Helsedirektoratets folkehelsepolitisk rapport, der det er relevant. Samarbeidsforum for aldring er tidligere etablert på tvers av divisjoner. Her deltar relevante avdelinger/personer. Av saker som har vært oppe, kan nevnes eldre og selvmord, trygghetsstandard for sykehjem og forebyggende hjemmebesøk, samt regjeringens strategi for et aldersvennlig samfunn og kvalitetsreformen «Leve hele livet». Sistnevnte er det også gitt innspill til via egne møter. Divisjonen har holdt et internseminar om eldre og alkohol. Det jobbes med å etablere en nettside for sunn og aktiv aldring i folkehelsearbeidet på Helsedirektoratets hjemmeside. Informasjon om pågående prosjekter og andre tiltak, er også gitt via ulike kanaler og i nyhetsbrev.

● God forankring av folkehelsearbeidet på tvers av sektorer og forvaltningsnivåer

**Kommentar** For å følge av Riksrevisjonens undersøkelse om lokalt folkehelsearbeid har vi i 2016 og primo 2017 bl.a. gjennomført kurs i oversiktsarbeid etter folkehelseloven rettet mot kommuner som har kommet kort, i samarbeid med fylkeskommunene. Program for folkehelsearbeid i kommunene, som direktoratet implementerer i 2017, har som målsetning å utvikle kunnskapsbaserte tiltak i kommunene, og vil bidra til å styrke fylkeskommunenes kommunerettede arbeid etter folkehelseloven. Det tverrsektorielle samarbeidet om folkehelsepolitikken har også vært videreført gjennom samarbeidsavtaler og konkrete samarbeidsprosjekter med flere direktorater.

● God kunnskap om og sunnere levevaner i befolkningen

**Kommentar** Helhetlig og koordinert innsats for å nå det langsiktige målet om god kunnskap og sunnere levevaner i befolkningen har hatt høyt fokus. Dette er gjennomført 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 og samarbeid med alliansepartnere og viderefremidlere av våre anbefalinger er tillagt stor vekt. Nye forbrukertall om kostrådene og Nøkkelhullet viser at vi kan høste frukter fra et kontinuerlig og langsiktig arbeid rundt kostrådene og Nøkkelhullet – bl.a. gjennom Helsemyndighetenes kommunikasjonsatsing Små grep, stor forskjell. Det gjennomføres årlige forbrukerundersøkelser som måler befolkningens kjennskap og tillit til kostrådene. *I 2017 viser tallene at 68 prosent har ganske eller svært stor tillit til kostrådene.* Vi ser også en økende positiv utvikling fra 2016-2017 blant menn og aldergruppen 30-39 år. Også kjennskap til innholdet i hvert enkelt kostråd har økt.

I oppfølgingen av Snakk om det! Nasjonal strategi for seksuell helse (2017-2022) er tiltak og utviklingsarbeid rettet til grupper med særlig sårbarhet for seksuell uhelse prioritert. Det gjelder blant annet etniske- og seksuelle minoritetsgrupper, samt personer med funksjonsnedsettelse. Videre har arbeid med å øke tilgjengelighet og bruk av langstidsvirkende, reversibel prevensjon (LARC) blant kvinner og implementering av PrEP som hivforebygging, hatt høy prioritet.

---

### ● Psykisk helse og livskvalitet er integrert i folkehelsearbeidet

---

**Kommentar** Integreringen av psykisk helse i folkehelsearbeidet følges for tiden blant annet opp gjennom utviklingen av verktøy for å måle livskvalitet i befolkningen, og gjennom bidrag til departementets strategi for psykisk helse.

Psykisk helse barn og unge er i samarbeid med Utdanningsdirektoratet fulgt opp gjennom FoU «Skolen som arena for barn og unges helse». Det er blitt arrangert en nasjonal avslutningskonferanse for FOU-prosjektet, som formelt avsluttes i 2018. For å få mer kunnskap om årsaker til stress, press og mestring har NOVA fått et forskningsoppdrag om stress og press blant dagens ungdom.

Hesledirektoratet organiserer, sammen med Utdanningsdirektoratet, Partnerskap mot mobbing på vegne av regjeringen. Det er 13 partnere, og ny i 2017 var Landsgruppen av helsesøstre.

### ● Reduserte sosiale forskjeller i helse

---

**Kommentar** Det har de siste årene vært forsiktige tendenser til reduserte ulikheter i helse i noen indikatorer. Dette er imidlertid et langsiktig arbeid, og det er fortsatt behov for bred oppmerksomhet på fordelingseffekter. Vi har startet opp arbeidet med et særskilt fokus på ulikhet i helsetjenestene.

Den tiårige Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller går ut i 2017, og det planlegges en sluttkonferanse til høsten.

### Samlet vurdering

Det har vært stor aktivitet i 2017 og direktoratet vil trekke frem følgende hovedleveranser:

Direktoratets arbeid på folkehelseområdet retter seg både mot befolkningen, mot andre aktører på nasjonalt nivå og mot regional og kommunal forvaltning. Direktoratet har hatt leveranser på alle områdene.

Program for folkehelsearbeid i kommunene bevilget i 2017 tilskudd til 5(6) nyetablerte programfylker. Det er gjennomført en nullpunktsundersøkelse som skal ligge til grunn for kommende vurderinger av programmet og startet opp en følgeevaluering som skal bidra til å få informasjon om innretningen på programmet og arbeidet i programfylkene i tråd med intensjonene. Direktoratet har også bidratt med ulike innspill til regjeringens strategi Mestre hele livet. På regionalt og lokalt nivå er arbeidet med å integrere psykisk helse som en likeverdig del av folkehelsearbeidet fulgt opp gjennom Program for folkehelsearbeid i kommunene.

Direktoratet deltar i styringsgruppen for 0-24 samarbeidet som har et overordnet mål om bedre samordnede tjenester og mer helhetlig innsats for utsatte barn og unge under 24 år og deres familier. Styringsgruppen for programmet har i 2017 vedtatt en ny strategi som viser videre retning for utvikling av samarbeidet.

Regjeringens strategi for å redusere sosiale helseforskjeller (St.meld. nr. 20 2006-2007) var i 2017 inne i sitt siste år. Foreløpige tall viser at det fortsatt er behov for mer innsats på dette området. Selv om det er positive tendenser i retning reduserte forskjeller på enkelte påvirkningsområder (så som helseatferd), øker forskjellene på andre områder (for eksempel økonomiske levekår), slik at resultatet på litt lengre sikt kan bli økende forskjeller i helse.

Nasjonale faglige retningslinjer for helsestasjons- og skolehelsetjenesten er implementert på 21 nasjonale og fylkesvise konferanser.

Helhetlig og koordinert innsats for å nå det langsiktige målet om god kunnskap og sunnere levevaner i befolkningen har stått høyt på agendaen i 2017. Følgende kan spesielt trekkes frem:

- Saltpartnerskap og samarbeid med matvarebransjen om et sunnere kosthold i befolkningen
- Kommunikasjonsaktiviteter med fokus på reduksjon av sukker og informasjon om Nøkkelhullsordningen.
- Det er gjennomført pilot «Matjungelen» om mulige tiltak for å skape engasjement blant barn og unge om mat og matens betydning for helse og miljø.
- Nasjonal faglig retningslinje for spedbarnsernæring er blitt implementert ved presentasjon på 8 ulike nasjonale og fylkesvise konferanser.
- Lansering av råd om rus-policy i offentlig sektor
- Lansering av tobakksalgsregister og alkoholbevillingsregister
- Kommunikasjonskampanjer i forhold til nøytral emballasje på tobakksprodukter

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

Direktoratet har videreført samarbeidsavtaler og konkrete samarbeidsprosjekter med mange direktorater, inkludert Utdanningsdirektoratet, Integrerings og mangfoldsdirektoratet, Arbeids- og velferdsdirektoratet, Barne-, ungdoms og familiedirektoratet og Husbanken. God oversikt over helse og påvirkningsfaktorer og kunnskap om årsaker og effektive tiltak er viktig for å videreutvikle folkehelsearbeidet. Nærmere 90 prosent av kommunene oppga i 2017 at de hadde oversikt over folkehelse og påvirkningsfaktorer. Dette er noe mer enn ved forrige telling (2014).

Under Program for folkehelsearbeid i kommunene ble det i 2017 gitt tilskudd til 5(6) nyetablerte programfylker. I implementeringen av programmet har direktoratet bl.a. arrangert en oppstartskonferanse, fulgt opp fylkene som fikk innvilget tilskudd, hatt dialog med alle kompetansesentrene, samt samarbeidet med KS om læringsnettverk og med FHI om tiltaksevaluering. Det er inngått samarbeid med frivilligheten (Ungdom og Fritid og Frivillighet Norge). Det er gjennomført en nullpunktsundersøkelse som skal ligge til grunn for kommende vurderinger av programmet. Det ble også startet opp en følgeevaluering som skal bidra til at vi får informasjon om innretningen på programmet og arbeidet i programfylkene er i tråd med intensjonene.

I samarbeid med NOVA og KoRus øst er det gjennomført pilotering av Ungdata Junior (5.–7. trinn). Direktoratet deltar i styringsgruppen for 0-24 samarbeidet som har det overordnede målet om bedre samordnede tjenester og mer helhetlig innsats for utsatte barn og unge under 24 år og deres familier. Styringsgruppen for programmet har i 2017 vedtatt en ny strategi som viser videre retning for og utvikling av samarbeidet. Fortsatt er det en del risiko knyttet til samarbeidet. Det er nødvendig at departementene gir like styringssignaler til de involverte direktoratene.

Direktoratet deltar i programstyrene for delprogrammene oppvekst, utdanning og nærmiljø i Groruddalssatsningen. Det er forventninger om at dette samarbeidet vil generere ny kunnskap om både tjenesteproduksjon og lokalsamfunnsutvikling.

### 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 stått høyt på agendaen i 2017. Satsingen «Små grep – stor forskjell» er sentral for å øke befolkningens kunnskap og tillitt til kostrådene og Nøkkelhullet. Det er gjennomført to større kampanjer: sukkerkampanjen og nøkkelhullskampanjen. Sukkerekampanjen hadde som utgangspunkt at befolkningen, særlig skolebarn og ungdom, spiser for mye sukker. Kampanjen hadde tre hovedpilarer; et massemedieløp, et løp mot forebyggende helsetjenester og et alliansesamarbeid med fotballen.

Nøkkelhullskampanjen hadde fokus på nøkkelhullskriterier og avsenderidentitet. I tillegg til hovedkampanjene er det gjennomført et mindre kampanjeløp på salt, inkluderer et nordisk kommunikasjonssamarbeid. Det har også vært løpende kommunikasjon og mindre kampanjetopper med fokus på enkeltvise kostråd gjennom året. Overbygningen for kampanje- og kommunikasjonsarbeidet 2017 er Nasjonal handlingsplan for kosthold og innsatsområdene, som er definert i intensjonsavtalen mellom myndigheter og bransje.

Direktoratet har videreutviklet samarbeidet med dagligvare- og næringsmiddelbransjen gjennom partnerskap for saltreduksjon, arbeidet med Nøkkelhullet og intensjonsavtalen om tilrettelegging for et sunnere kosthold 2017-2021. Antall nøkkelhullsprodukter har økt fra 1980 produkter i 2014 til ca. 2200 i 2017. Gjennom intensjonsavtalen forplikter partene seg til å bidra til å redusere innholdet av salt, tilsatt sukker og mettet fett, samt øke inntaket av frukt og grønt, fisk og sjømat og grove kornprodukter i befolkningen. I tillegg skal alle aktører bidra til å endre forbrukeratferd og til monitorering av måloppnåelse. Per 2017 har 74 virksomheter og organisasjoner sluttet seg til avtalen. Det er i 2017 utviklet et rammeverk for arbeidet med avtalen og en ekstern følgeevaluering er satt i gang. En ekstern referansegruppe er etablert og det er åpnet for at serveringsbransje kan tilslutte seg arbeidet på lik linje med de øvrige aktørene i matbransjen.

Antall abonnenter i skolefruktordningen var høsten 2017 ca. 63.800, dvs. ca 10 % av grunnskoleelevene. Av disse fikk ca. 21.500 gratis frukt og grønt fra kommune/lokale aktører. Kommunikasjon om Skolefrukt og skolemat sees i sammenheng med det samlede kommunikasjons- arbeidet knyttet til kostrådene.

Nasjonal faglig retningslinje for spedbarnsernæring er blitt implementert ved presentasjon på 8 ulike nasjonale og fylkesvise konferanser. Brosjyren «Mat og måltider for spedbarn» er revidert og oversatt til flere språk. Det ble i 2017 igangsatt et arbeid for å utvikle en digital løsning beregnet på foreldre.

Det er gjennomført en pilot om mulige tiltak for å skape engasjement blant barn og unge om mat og matens betydning for helse og miljø. Piloten «Matjungelen» er et aktivitetsopplegg for barn på SFO og tiltaket er gjennomført på seks skoler. Dette har resultert i en rapport som har konkludert med at barna er engasjerte i å utforske mat som er bra for kropp og miljø.

Andel av befolkningen som har kjennskap og tillit til Helsedirektoratets kostråd har økt jevnt og trutt siden 2013. I 2017 er det 46 prosent som kjenner til myndighetenes kostråd. Når det gjelder tillit til kostrådene, viser tallene i 2017 at 68 prosent har stor eller svært stor tillit til dem.

Kjennskapen til de enkelte kostrådene er god. For eksempel kjenner to av tre til anbefalingen om «fem om dagen», mens syv av ti kjenner til anbefalingen om fisk til middag to til tre ganger i uken. Tre av fire kjenner til at det er anbefalt å spise grove kornprodukter daglig. Både kjennskap og tillit til kostrådene har hatt en positiv utvikling de siste årene.

På innsatsområdet rusmiddelforebygging i utdanning og arbeidsliv har direktoratet i 2017 utarbeidet Råd om rus i offentlig sektor (Rusoff) i samarbeid med parter og kompetansemiljøer. Rusoff-rådene gir veiledning om hvordan utvikle og følge opp en rusmiddelpolicy på arbeidsplassen. Rådene er spesielt tilpasset arbeidsplasser i offentlig sektor, men kan også benyttes av andre sektorer.

Den rusmiddelforebyggende innsatsen rettet mot studenter og læresteder har først og fremst vært ivaretatt gjennom utviklingen av en ny tilskuddsordning der rus og psykisk helse blant studenter sees i sammenheng. Direktoratets kommunikasjonsarbeidet på alkoholområdet har i 2017 hovedsakelig vært konsentrert om utviklingen av en kampanje for å implementere de faglige rådene om rus i arbeidslivet (Rusoff).

De syv regionale kompetansesentrene rus (KoRus) utgjør et viktig regionalt ledd i myndighetenes arbeid innenfor rusmiddelforebygging og folkehelse. Deres dekningsgrad ut mot kommunene gir derfor en indikasjon på implementeringen av satsninger som Ansvarlig alkoholhåndtering, UngData, Program for folkehelsearbeid i kommunene, rusmiddelforebygging blant studenter m.m. Sintefs årlige rapport om psykisk helse og rusarbeid viser fortsatt økning (for fjerde år på rad) i antall kommuner som har vært i kontakt med KoRusene (89 prosent). Langt de fleste kommunene oppgir også at de er fornøyd (51 prosent) eller svært fornøyd (41 prosent) med denne kontakten.

Direktoratet forvalter flere tilskuddsordninger innenfor rusmiddelforebyggende arbeid, bl.a. to ordninger rettet mot frivillige organisasjoner og en rekke øremerkede tilskudd (bl.a. til Actis, Akan kompetansesenter, kampanjeorganisasjonen Av-og-til og Rusmiddeltelefonen). Akan kompetansesenter har vært evaluert i 2017 og evalueringen vil bli fulgt opp i 2018.



I oppfølgingen av Snakk om det! Nasjonal strategi for seksuell helse (2017-2022) er tiltak og utviklingsarbeid rettet til grupper med særlig sårbarhet for seksuell uhelse prioritert. Det gjelder blant annet etniske- og seksuelle minoritetsgrupper samt personer med funksjonsnedsettelse. Videre har arbeid med å øke tilgjengelighet og bruk av langstidsvirkende, reversibel prevensjon -(LARC) blant kvinner og implementering av PrEP som hivforebygging - hatt høy prioritet.

Det er det gjennomført flere kommunikasjonstiltak mot unge jenter. I samarbeid med bruker- og interesseorganisasjoner er det gjennomført kondomkampanjer og informasjon om testtilbud for hiv til befolkningsgrupper med særlig høy smitterisiko.

Helsedirektoratet har i samarbeid med Folkehelseinstituttet og Helseutvalget for bedre homohelse bidratt til ny gjennomføring av den andre europeiske undersøkelsen EMIS blant menn som har sex med menn.

Fra 2017 ble svartjenestene Klara Klok og Ung slått sammen. Det er besvart omtrent dobbelt så mange spørsmål som i 2016, og med høy grad av tilfredsstillhet hos brukerne.

På tilsynsområdet for alkohol har vi i 2017 ført dokumentbasert kontroll med innehavere av statlige tilvirkningsbevilling. Det har vært lagt ned vesentlige ressurser i arbeid med nytt bevillingsregister, som ble lansert i november.

Direktoratet har i 2017 hatt ressursmangel på alkohollovsområdet. Dette har ført til forsinkelser i flere utredningsoppdrag (veileder i alkohollov og -forskrift samt kartlegging av nettsalg).

Et nasjonalt tobakksalgsregister ble satt i drift 1. november. Utviklingen skjedde parallelt med utarbeidelsen av nytt regelverk. For å få flest mulig til å registrere seg, ble det gjennomført en liten kampanje i relevante kanaler, i tillegg til at bransjen og kommunene har fått tilsendt informasjon på epost og som brev.

Det er også satset betydelig på andre digitale virkemidler. Skoleprogrammet FRI ble heldigitalisert. FRI ble relansert i september gjennom en liten, målrettet kampanje. Slutta-appen kom i ny versjon på våren og er siden det lastet ned 80 000 ganger.

Det ble gjennomført en kampanje om standardisert innpakning av røyk og snus i mai/juni, og kampanjen oppnådde gode resultater. Befolkningens forståelse for denne lovendringen økte betydelig i løpet av kampanjeperioden. Motivasjon og hjelp til røyke- og snuslutt er jevnlig promotert gjennom året via sosiale medier og PR-arbeid. Kampanjene har bidratt til økt nedlastning av Slutta-appen. Lovendringen trådte i kraft 1.7.2017, med ett års overgangsperiode.

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

I kampanjen Dine30 oppfordret vi til å ta en lavterskel web-basert test for fysisk form. Testen ble fulgt opp med konkrete råd for å komme i gang med fysisk aktivitet. Drøyt 300 000 gjennomførte testen. Det brede samarbeidet med frivillige, offentlige og private aktører er videreført og utvidet.

Nasjonale faglige retningslinjer for helsestasjons- og skolehelsetjenesten er implementert på 21 nasjonale og fylkesvise konferanser. Helsedirektoratet har levert svar på Anmodningsvedtak 626 Utrede bindende minimumsnorm der direktoratet foreslår en anbefalt, ikke-bindende, bemanningsnorm som omfatter lege, helsesøster, jordmor og fysioterapeut.

### Reduserte sosiale forskjeller i helse

Regjeringens strategi for å redusere sosiale helseforskjeller (St.meld. nr. 20 2006-2007) var i 2017 inne i sitt siste år. Foreløpige tall viser at det fortsatt er behov for innsats for å redusere helseforskjeller. Selv om det er positive tendenser i retning reduserte forskjeller på enkelte påvirkningsområder (så som helseatferd), øker forskjellene på andre områder (for eksempel økonomiske levekår), slik at resultatet på litt lengre sikt kan bli økende forskjeller i helse. Når det gjelder mulige sosiale ulikheter i helsetjenesten, har SSB på oppdrag fra direktoratet foretatt en kartlegging (SSB 2017:16). Kort utdanning og lav inntekt henger sammen med høyere sykkelighet, og også et høyere forbruk av helsetjenester. Samtidig er det en sosial skjevfordeling av en del

tjenester i favør av de med høyere inntekt, men dette mønsteret gjør seg ikke gjeldende i forhold til utdanningsnivå.

### Psykisk helse er integrert i folkehelsearbeidet

Helsedirektoratet har i samarbeid med Folkehelseinstituttet, Høgskolen i Oslo og Akershus og Statistisk sentralbyrå utarbeidet et spørreskjemabasert verktøy for å måle livskvalitet i befolkningen. Direktoratet har også bidratt med ulike innspill til regjeringens strategi Mestres hele livet. På regionalt og lokalt nivå er arbeidet med å integrere psykisk helse som en likeverdig del av folkehelsearbeidet fulgt opp gjennom Program for folkehelsearbeid i kommunene.

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 har NOVA fått et forskningsoppdrag om stress og press blant dagens ungdom.

Det er blitt utdelt ca. 19 mill. kroner til 12 tiltak gjennom tilskuddsordningen «Psykisk helse i skolen».

I 2017 fikk Helsedirektoratet overført tilskuddsordningen «Styrking av studenters psykiske helse». 13 tiltak fikk innvilget total 5 mill. kroner. Det ble søkt om ca. 6,5 mill. kroner i ordningen.

Helsedirektoratet organiserer, sammen med Utdanningsdirektoratet, Partnerskap mot mobbing på vegne av regjeringen. Det er 13 partnere, og ny i 2017 var Landsgruppen av helsesøstre.

Helsedirektoratet har arbeidet med oppfølging av den nasjonale strategien for reduksjon av for tidlig død av ikke-smittsomme sykdommer (NCD) med målsetting om 25 prosent reduksjon innen 2025.

Helsedirektoratet har deltatt i en nasjonal indikatorgruppe på NCD. Tall og utvikling på de 25 indikatorene WHO har vedtatt på NCD ble lansert i november 2017 på Folkehelseinstituttets nettsider. Helsedirektoratet deltok i oktober 2017 i norsk delegasjon til WHO's NCD konferanse i Montevideo, og deltok med innlegg om samarbeid med matvareindustrien og mulige interessekonflikter i samarbeidet

Den norske NCD-strategien hadde varighet til 31.12.2017. Det er foretatt en gjennomgang av måloppnåelse for strategiperioden innen de ulike områdene, og det er gjennomført mange tiltak på levevaneområdene for å påvirke de felles risikofaktorene for de ikke-smittsomme sykdommene. Flere er gjengitt i teksten over.

- Det er videre utviklet og implementert 28 pakkeforløp for kreft. Det har vært slagkampanje med gode resultater. Pakkeforløp hjerneslag kom i desember 2017.
- Det er sammen med nye retningslinjer for primærforebygging av hjerte- og karsykdommer utviklet ny risikokalkulator for hjerte- og karsykdom som tar hensyn til sykkelighet i tillegg til dødelighet
- Nye retningslinjer for diabetes kom i 2016 og svangerskapsdiabetes i 2017 og det er igangsatt et stort implementeringsarbeid.
- Kols: Det er gjennomført mange tiltak for røykeslutt, blant annet Slutta app, og nye retningslinjer for røykavvenning (2016) som har eget underkapittel om kols. Det er igangsatt er arbeid med revidering av retningslinjer på kols.

### Et livsløpsperspektiv for sunn og aktiv aldring er integrert i folkehelsearbeidet

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. Et 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.

## Styringsparameter

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

Kommentar Årlig forbrukerundersøkelse i januar gir måltall for kosthold.

### ● Andel kommuner som har etablert et systematisk og langsiktig folkehelsearbeid

Kommentar Tall for dette styringsparameteret for 2017 vil først foreligge med FM-embetenes årsrapportering.

### ● Antall kommuner som har helhetlige rusmiddelpolitiske handlingsplaner

Kommentar Dette styringsparameteret har vi ikke lenger tall for. Det arbeides med å finne en bedre parameter.

### ● Antall nøkkelhullsprodukter i butikkene

Kommentar Tall for 2017 vil først foreligge til høsten.

## Oppgaver

### ● Ansvar for implementering av program for folkehelsearbeid i kommunene

I rute

Beskrivelse Ansvar for implementering av program for folkehelsearbeid i kommunene. Underoppgaver og budsjett på OP-503.

Kommentar 5 (6 før sammenslåing av Aust- og Vest-Agder) programfylker er etablert i 2017. I tillegg har vi bl.a. arrangert en nasjonal oppstarts-konferanse, fulgt opp fylkene som fikk innvilget tilskudd, hatt dialog med alle kompetansesentrene (RBUP/RKBU, KoRusUS, RVTS), samarbeidet med KS om læringsnettverk og med FHI om tiltaksevaluering, samt etablert et samarbeid med frivilligheten.

### ● Ansvar for å følge opp nasjonal strategi mot virale leverbetennelser (hepatitter)

I rute

Beskrivelse Ansvar for å følge opp nasjonal strategi mot virale leverbetennelser (hepatitter)Helsedirektoratet har ifølge tildelingsbrevet for 2017 «ansvar for å følge opp nasjonal strategi mot virale leverbetennelser (hepatitter)». Oppdraget er gitt under 2.1.4 Spesielle oppdrag – styringssignaler, Folkehelse. Det er behov for en avklaring med HOD om forventningene til dette oppdraget. Helsedirektoratet må også ta stilling til hvordan dette oppdraget skal forankres i egen organisasjon. Etter vår vurdering bør det tverrgående smittevernteamet ha en sentral rolle i den interne koordineringen av dette arbeidet.

Kommentar Helsedirektoratet har vært i flere møter med FHI og HOD om emnet i november 2017, og anbefaling om videre oppfølging av strategien vil bli oversendt HOD i løpet av januar 2018


### ● Arbeidet med kosthold og ernæring knyttet til Norges formannskap i Nordisk ministerråd 2017


I rute


Beskrivelse Helsedirektoratet skal bistå i arbeidet med kosthold og ernæring knyttet til Norges formannskap i Nordisk ministerråd 2017, samt internasjonalt arbeid på dette området.


Kommentar Det ble arrangert nordisk Jod-seminar i oktober 2017 og seminar om kosthold og bærekraft i november 2017 i Oslo. Helsedirektoratet har deltatt på møter i EK-livs.

●	Direktoratet skal i samarbeid med aktuelle etater og forskningsmiljøer følge opp rapporten Gode liv i Norge	I rute
Beskrivelse	Direktoratet skal i samarbeid med aktuelle etater og forskningsmiljøer følge opp rapporten Gode liv i Norge. Utredning om måling av befolkningens livskvalitet.	
Kommentar	Arbeidet med oppfølging av rapporten har i 2017 vært konsentrert rundt utarbeidelsen av et måleopplegg for livskvalitet i befolkningen. Ved utgangen av året er vi i ferd med å slutføre dette arbeidet, i samarbeid med FHI, NOVA og SSB.	
●	Helsedirektoratet skal bidra i arbeidet med å gjennomgå regelverket for fysisk og psykososialt miljø i barnehager og skoler	I rute
Beskrivelse	Helsedirektoratet skal bidra i arbeidet med å gjennomgå regelverket for fysisk og psykososialt miljø i barnehager og skoler, jfr. Meld. St. 19 (2014-2015) Folkehelsemeldingen, herunder vurdering av regelverkets bruk av rettighets- og pliktbestemmelser.	
Kommentar	Helsedirektoratet har deltatt i en arbeidsgruppe ledet av HOD. Vi har deltatt i en rekke møter og levert skriftlige bidrag.	
●	Helsedirektoratet skal bistå departementet i arbeidet med strategi for å inkludere psykisk helse som en likeverdig del av folkehelsearbeidet	I rute
Beskrivelse	Helsedirektoratet skal bistå departementet i arbeidet med strategi for å inkludere psykisk helse som en likeverdig del av folkehelsearbeidet.	
Kommentar	Vi har bl.a. bistått departementet i utarbeidelsen av Mestre hele livet (regjeringens strategi for god psykisk helse).	
●	Helsedirektoratet skal bistå departementet med faglig ressursinnsats i miljø- og helseprosessen i regi av WHO Europa.	I rute
Beskrivelse	Helsedirektoratet skal bistå departementet med faglig ressursinnsats i miljø- og helseprosessen i regi av WHO Europa.	
●	Helsedirektoratet skal etablere og drifte sekretariatsfunksjon for intensjonsavtale med næringslivet på matområdet	I rute
Beskrivelse	Helsedirektoratet skal etablere og drifte sekretariatsfunksjon for intensjonsavtale med næringslivet på matområdet.	
Kommentar	Intensjonsavtalen om tilrettelegging for et sunnere kosthold 2017-2021 omfatter 6 innsatsområder. Gjennom avtalen forplikter partene seg til å bidra til å redusere innholdet av salt, tilsatt sukker og mettet fett, samt øke inntaket av frukt og grønt, fisk og sjømat og grove kornprodukter i befolkningen. I tillegg skal alle aktører bidra til å endre forbrukeratferd og til monitorering av måloppnåelse. Per 2017 har 74 virksomheter og organisasjoner sluttet seg til avtalen. Direktoratet har sekretariatsfunksjon for avtalen og ekstern tredjepart har ansvar for å evaluere arbeidet gjennom avtaleperioden. Person til sekretariatet er ansatt. Det er i 2017 gjennomført 4 møter i koordineringsgruppen, to møter i næringslivsgruppen og 6 workshops i innsatsområdene. Referansegruppe er etablert og det er åpnet for at serveringsbransje kan tilslutte seg arbeidet på lik linje med de øvrige aktørene i matbransjen.	

 Helse­direkto­ratet skal revidere veilederen Helseeffekter i samfunnsøkonomiske analyser	I rute
Beskrivelse	Helse­direkto­ratet skal revidere veilederen Helseeffekter i samfunnsøkonomiske analyser bl.a. basert på Finansdepartementets nye tall for verdien av et statistisk liv.
Kommentar	Helse­direkto­ratet har utarbeidet førsteutkast og påbegynt samarbeid med eksterne interessenter om veilederen. Grunnet behov for å avvente innretning av bl.a. ny legemiddelforskrift og sikring av konsistens med andre relaterte veiledere, er frist for slutføring av arbeidet satt til juni 2018.

 Helse­direkto­ratet skal øke oppmerksomheten om narkotikaforebygging, blant annet i forbindelse med utelivet	I rute
Beskrivelse	Helse­direkto­ratet skal øke oppmerksomheten om narkotikaforebygging, blant annet i forbindelse med utelivet. Oppfølging av Utelivsstudien 2017, et oppdrag gitt til FHI.
Kommentar	Arbeidsgruppe med bl. a. POD og bransjeaktører er etablert. Gruppen skal bidra til bedre samarbeid mellom aktørene i utelivet. I tillegg driver KoRusene et utviklingsarbeid regionalt.

 Tilsyn med og forvaltning av tobakk- og alkohollovgivningen skal prioriteres i 2017	Ferdig
Beskrivelse	Tilsyn med og forvaltning av tobakk- og alkohollovgivningen skal prioriteres i 2017. Helse­direkto­ratet skal sikre god informasjon til kommuner, virksomheter og befolkningen om regelverksendringer. Helse­direkto­ratet skal kartlegge behovet for endringer i alkoholregelverket som følge av økt forekomst av salg av dagligvarer over internett. I arbeidet med tobakksforebygging skal oppfølging av lovforslagene om standardiserte tobakkspakninger og gjennomføring av det nye EU-tobakksdirektivet prioriteres. I forlengelsen av dette bes direktoratet utvide sin slutteveiledning til å omfatte hjelp til å slutte med e-sigaretter.
Kommentar	Tilsyn har vært konsentrert om tobakksvarer, og har blitt nedprioritert for e-sigaretter i påvente av nytt regelverk. Siden innlemmelsen av tobakksprodukt­direktivet i EØS-avtalen er forsinket, er direktoratets oppgaver tilsvarende forskjøvet, men i rute etter forholdene. Arbeidet med informasjon til befolkning, bransje og kommuner om vedtatte endringer av regelverk er i rute. Videre informasjonsarbeid i 2018 er under planlegging. Oppgaven med å utvide slutteveiledning til å omfatte hjelp til å slutte med e-sigaretter har ikke blitt prioritert.»

 Utarbeide klare faglige kriterier for hvem som skal kunne få tilbud om legemiddel for preeksponeringsprofylakse (PrEP) for hiv og hvordan oppstart av PrEP-behandling skal skje i helsetjenesten	I rute
Beskrivelse	Utarbeide klare faglige kriterier for hvem som skal kunne få tilbud om legemiddel for preeksponeringsprofylakse (PrEP) for hiv og hvordan oppstart av PrEP-behandling skal skje i helsetjenesten
Kommentar	Alt i rute med å etablere tilbud om Prep til grupper med signifikant risiko for hiv infeksjon, som et supplement til annen forebygging av hiv. Sikre en god monitorering av implementeringen og av resultater.

### 3.2 Strålevernområdet

Helse­direkto­ratet hadde fram til 1.7.2017 etatsstyringsansvaret for Statens strålevern. Bevilgningene til Strålevernet ble gjennom revidert nasjonalbudsjett 2017 flyttet fra kapittel 720 til nytt kapittel 747 Statens strålevern. Regnskapet for Statens strålevern for 1. halvår 2017 ble ompostert til det nye kapitlet.

Fra 1.juli 2017 ble Strålevernet direkte underlagt departementet. Regelverk, budsjett, tildelingsbrev og instruks kom på plass til rett tid. Ved overføringstidspunktet var Strålevernet i all hovedsak i rute med gjennomføring av oppgavene i mål og disponeringsskriv fra Helsedirektoratet. Det ble påbegynt to omfattende interne prosesser i 2017; reorganisering med vurdering av avdeling Overvåkning og forskning, og ferdigstilling av strategisk handlingsplan 2018 – 2020. Det ble også arbeidet med tilpasninger til innføringen av konsernmodell-løsningen. Når det gjelder det samlede resultatet for 2017 vises det til årsrapport fra Statens strålevern.

## 3.3 Kommunale helse- og omsorgstjenester

---

### 3.3.1 Omsorgstjenester

#### Langsiktige mål

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

---

**Kommentar** I resultatevalueringen av Omsorgsplan 2020 antyder resultatene at 41 prosent av alle landets kommuner har utarbeidet en lokal delplan for pleie- og omsorgssektor per 1. mars 2013 og at cirka 55 prosent har satt de fremtidige omsorgsutfordringene på dagsorden i kommunal planlegging. Det er betydelige fylkesvise variasjoner.

Fylkesmennene skal rapportere på dette styringsparameteret i årsrapporten for 2017. Det er utarbeidet et felles verktøy for veiledning av kommunene for at de skal nå dette målet. Det er også utarbeidet et felles kartleggingsverktøy for å innhente god og differensiert informasjon fra kommunene på denne styringsparameteren. 15 av fylkesmannsembetene har tatt i bruk kartleggingsverktøyet i 2017.

---

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

---

**Kommentar** I helse- og omsorgstjenestene ble det utført ca. 265 656 årsverk i 2016. Fra 2015 til 2016 økte antall årsverk i spesialisthelsetjenesten med 1,6 prosent, mens det for primærhelsetjenesten var en økning på 2,1 prosent. Det var en samlet økning på 3 150 årsverk i helse- og omsorgstjenesten i kommunene fra 2015 til 2016. Dette tilsvarer en økning på 2,1 prosent. Årsverksveksten er i både omsorgstjenestene, helsestasjons- og skolehelsetjenesten og lege- og fysioterapitjenesten (inkludert private og fastlønnede). Det har vært en særlig stor økning i antall årsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten fra 2015 til 2016 med om lag 10 prosent (389 årsverk).

Omsorgstjenestene omfatter både hjemmebaserte tjenester og tjenester i institusjoner og sykehjem. Dette er det klart største tjenesteområde i kommunal helse- og omsorgstjeneste og står for den største økningen i reelle tall fra 2015 til 2016 med hele 2 517 årsverk, tilsvarende 1,9 prosent.

Den største yrkesgruppen i omsorgstjenestene er helsefagarbeidergruppen. Denne yrkesgruppen har økt med 2 prosent det siste året, noe som tilsvarer om lag 900 årsverk. Utdanningstallene, viser at det er færre som utdannes til helsefagarbeideryrket i dag enn det var før år 2010. I tillegg er om lag 35 prosent av de sysselsatte i denne gruppen 55 år eller eldre. Det er viktig å følge med på denne yrkesgruppen framover.

## ● Tilrettelagt tjenestetilbud til personer med demens og deres pårørende

**Kommentar** Helsedirektoratet har i 2017 arbeidet med iverksetting av tiltak i Demensplan 2020 i henhold til styringsdokument utarbeidet i 2016. Arbeidet knyttet til demensplanen er i rute. Nasjonal faglig retningslinjen om demens ble publisert i to omganger høsten 2017 og behørig lansert på Demensdagene i desember 2017. Arbeidet med en håndbok om demensutredning er blant annet startet opp i 2017.

Datasamling for undersøkelsen av forekomsten av demens i Norge startet opp i de første kommunene i september 2017. Undersøkelsen gjennomføres hovedsakelig i regi av HUNT4, men det planlegges å supplere med storbydata fra Trondheim.

I 2017 startet også planleggingen av neste nasjonale kartlegging av kommunenes tilrettelagte tjenestetilbud for personer med demens, som gjennomføres i oktober 2018.

Nesten alle kommuner i landet har eller har hatt ansatte med i

kompetansehevingsprogrammene Demensomsorgens ABC og Eldreomsorgens ABC. Ved årsslutt 2017 var det registrert 6.201 aktive deltakere for Demensomsorgens ABC og Eldreomsorgens ABC. I alt 27 725 unike individer har deltatt i Eldreomsorgens ABC og Demensomsorgens ABC siden oppstart 1.1.2005 t.o.m. 31.12.2017.

Helsedirektoratet ga i 2017 tilskudd til 628 nye hele plasser til dagaktivitetstilbud for personer med demens. Det er også gitt tilskudd til videreføring av 2 878 hele plasser opprettet i perioden 2012-2016, slik at tilskuddsordningen i 2017 totalt har bidratt til drift av 3 505 hele plasser med om lag 7700 brukere.

Når det gjelder tiltak gjennomført med tilskudd fra Demensplan 2020 som retter seg mot pårørende til personer med demens, så ble det i 2017 gitt tilskudd til gjennomføring av totalt 299 tilbud, herunder 96 pårørendeskoler i én kommune, 51 interkommunale pårørendeskoler og 152 samtalegrupper. Tilbudene fordeler seg på 258 kommuner, dvs. 60 prosent av kommunene. Det ble registrert 3076 deltagere på pårørendeskolene og 1268 deltakere i samtalegruppene. I 2017 var det 103 søkerinstanser som oppga at de samarbeidet med til sammen 108 frivillige organisasjoner, herav 82 instanser i Nasjonalforening for folkehelsen. Tiltak rettet mot pårørende til yngre personer med demens er gjennomført på nivå med tidligere år.

Det er i 2017 også arbeidet med veiledningsmateriell rettet mot den samiske befolkningen.

I 2017 er det gitt tilsagn om 1 031 plasser der personer med demens er oppført som målgruppe for det aktuelle prosjektet - alle boenheter som er godkjent for tilskudd er i utgangspunktet tilrettelagt for personer med demens.

---

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

---

**Kommentar** Det har siden 2007 vært en betydelig kapasitetsvekst i omsorgstjenestene. I 2016 ble det utført 137 950 årsverk i omsorgstjenestene i kommunene, en økning på 19 764 årsverk fra 2007. Tilsagnsrammen for 2017 er etter Stortingets behandling av revidert nasjonalbudsjett på 5 124 mill. kroner tilsvarende om lag 3 100 heldøgns omsorgsplasser. Tilsagnsrammen er dermed styrket med 2,152 mrd. kroner i 2017. Resultatet for 2017 ble 2 942 boenheter fordelt på 1 131 omsorgsboliger og 1 811 sykehjemsplasser. Nettotilveksten utgjorde 1 215 boenheter. I 2017 er det gitt tilsagn om 1 031 plasser der personer med demens er oppført som målgruppe for det aktuelle prosjektet - alle boenheter som er godkjent for tilskudd er i utgangspunktet tilrettelagt for personer med demens.

### Samlet vurdering

De langsiktige målene for virksomhetsområdet er knyttet til kapasitet og kvalitet i omsorgstjenestene, et bedre tilrettelagt tilbud innen demensomsorgen, og kommunenes helhetlige planlegging for å møte fremtidens omsorgsutfordringer. Helsedirektoratets arbeid med kommunale helse- og omsorgstjenester er i rute. De spesielle oppdragene i tildelingsbrevet er enten gjennomført eller i rute. Det utarbeides et eget analysenotat innen 1. mai 2018. I tillegg analyseres utviklingstrekk i årsrapport for 2017 for Omsorg2020.

Det har siden 2007 vært en betydelig kapasitetsvekst i omsorgstjenestene. I 2016 ble det utført 137 950 årsverk i omsorgstjenestene i kommunene, en økning på 19 764 årsverk fra 2007.

Tilsagnsrammen for heldøgns omsorgsplasser for 2017 er etter Stortingets behandling av revidert nasjonalbudsjett på 5 124 mill. kroner tilsvarende om lag 3 100 heldøgns omsorgsplasser. Tilsagnsrammen er dermed styrket med 2,152 mrd. kroner i 2017. Resultatet for 2017 ble 2 942 boenheter fordelt på 1 131 omsorgsboliger og 1 811 sykehjemsplasser. Nettotilveksten utgjorde 1 215 boenheter.

Helsedirektoratet har i 2017 arbeidet med tiltakene i Demensplanen i tråd med helhetlig plan for gjennomføring av Demensplan2020.

Resultatevalueringen av Omsorgsplan 2015 viste 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 det er utarbeidet et verktøy for å få god og differensiert rapport fra kommunene på dette området. Verktøyet er tatt i bruk av 15 fylkesmannsembeter i 2017.

I 2017 er det forvaltet i underkant av 11,2 milliarder kroner til omsorgstjenestene, hvorav 9,039 milliarder er tilskudd til særlig ressurskrevende helse- og omsorgstjenester. Andre oppgaver og prosjekter som har vært prioritert i 2017 er:

Nasjonalt program for utvikling og implementering av velferdsteknologi 2014-2020. 2017 markerte året da trygghet- og mestringsoppdraget gikk over i en spredningsfase på veien mot målet om at tjenester på denne måten skal bli en integrert del av helse- og omsorgstjenesten innen utgangen av 2020. Tyngdepunktet ble flyttet fra utprøving til implementering. Sprednings- og implementeringsfasen teller 28 prosjekter i det nasjonale programmet. Disse prosjektene representerer kommunale samarbeid, og utgjør rett over 200 kommuner, minst ett i hvert fylke. Det har vært et godt samarbeid med Fylkesmannen og KS. De kommunale spredningsprosjektene rapporterer månedlig til programmet sentralt. Det er hovedsakelig god fremdrift i prosjektene, men det skal ikke underkjennes at det er krevende omstillings- og innføringsprosesser som kommunene nå skal gjennom.

Utprøving av medisinsk avstandspåfølgning i Oslo, Stavanger, Sarpsborg og Trondheim hadde akseptabel fremdrift gjennom hele året, og ble forlenget til sommeren 2018. Opp mot 800 brukere har vært med i forsøkene. Evalueringsrapport i september 2017 pekte på gode resultater på brukersiden, men trakk ingen endelige konklusjoner på forbruk av helsetjenester. I 2017 ble planleggingen av nytt utprøvningsprosjekt satt i gang. Prosjektet skal gjennomføres både i primærhelseteam og i vanlig fastlegepraksis. Oppdraget kommer som følge av at dagens prosjekt har hatt utfordringer med å involvere fastlegen, og det er behov for i sterkere grad å tydeliggjøre effekter, også for spesialisthelsetjenesten, før man kan komme med nasjonale anbefalinger.

Arbeidet med å realisere velferdsteknologisk knutepunkt ble iverksatt i 2017, og er omtalt i rapporten fra Direktoratet for e-helse som eier dette tiltaket.

Satsningene innenfor støtte til barn og unge med nedsatt funksjonsevne ble gjennomført og utvidet med flere kommuner i 2017. Resultatene, fulgt opp av Nasjonalt senter for e-helseforskning, er svært lovende og tiltaket videreføres i 2018. Det samme gjelder for «sosial kontakt» for å motvirke ensomhet for eldre ved bruk av teknologiske verktøy.

Pårørendeprogrammet er i rute. Helsedirektoratet har presentert og gjort kjent Veileder om pårørende på fylkesmennenes konferanser om Omsorg 2020 der ledere og ansatte deltar. Veilederen er blitt oppdatert i samsvar med nytt lovverk på området. I 2017 er det gitt tilskudd til totalt 26 prosjekter under tilskuddsordningen «Utvikling av helhetlige tilbud til pårørende med krevende omsorgsoppgaver».

Forsøk med Statlig finansiering av omsorgstjenesten ble igangsatt 1.5.2016. 6 kommuner deltar i forsøket og 4 av disse deltar i modell A og 2 i modell B. Finansieringsmodellen er tatt i full bruk i 2017, med aktivitetsbasert finansiering av de tjenester det fattes vedtak om i modell A-kommuner. Det er utredet hvordan IPLOS kan



brukes i større grad enn i dag på nasjonalt og lokalt nivå. Det er utviklet samtaleguide, nytt søknadsskjema og sjekkliste som er tatt i bruk i alle A kommuner og kommunene har hatt veiledning i utforming av vedtak med fokus på innhold og klart språk. Videre er det for A-kommunene utviklet felles kommunale kriterier for rett til sykehjems plass og rett til å stå på venteliste til sykehjem. Agenda Kaupang har gjennomført undersøkelser av effekt av forsøksordningen i 2016 i alle 6 kommuner. Evalueringsrapport legges frem i januar 2017.

Arbeidet med utforming av veiledningsmateriell i lindrende behandling mot livets slutt er i rute og vil bli ferdigstilt innen fristen 1. juli 2018. Helsedirektoratet har bidratt med en ansatt i sekretariatet for NOU 2017:16 «På liv og død - Palliasjon til alvorlig syke og døende» som ble publisert 20.12.17. Det utvikles et nytt hefte i Demensomsorgens ABC som omhandler lindrende behandling og omsorg til personer med demens. Det lages også et e-læringsprogram innen samme tema for helsepersonell med ulik fagbakgrunn. Delen for målgruppen sykepleiere ferdigstilles i 2018. Opplæringspakke for helsefagarbeidere i lindrende behandling er utarbeidet og spredd ut til 8 fylker. Utviklingsentrene for sykehjem og hjemmesykepleie har en sentral rolle i spredningen og vil bistå i videre implementering av opplæringspakken i 2018.

Utvikling og pilotering av en trygghetsstandard for sykehjem startet høsten 2015. Arbeidet er i rute. Det er utarbeidet et nettbasert verktøy (trygghetsstandard) som legger grunnlag for arbeidet i fire pilotkommuner. Piloten avsluttes medio 2018. Piloten følge- /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.

## IPLOS

Det har vært en stabil drift av IPLOS-registeret i 2017, og kvaliteten er stadig bedre. Alle landets kommuner sendt inn data for 2016 pr. januar/februar 2017 og var med i KOSTRA publiseringen per 15. mars 2017. Nytt av året var at innsending av 2016-data ble sendt over Norsk Helsenett. Det har i 2017 vært fortsatt oppmerksomhet på å bedre datakvaliteten på noen utvalgte områder, som å forbedre datoregistering ift. dato for søknad, vedtak og tjenestestart, bedre rapportering av diagnoser samt øke rapporteringen av tjenesten rehabilitering/habilitering.

Mange aktiviteter i 2017 har vært knyttet til forberedelse og utvikling av IPLOS inn i KPR: ny kravspesifikasjon, Helsedirektoratets hjemmeside, informasjon og opplæringsmateriell (veileder) til kommunene, samt søknadsskjema om utlevering / koblete data fra IPLOS-registeret. Det har i 2017 vært videreført fokus på økt bruk av registerdata til statistikk, bl.a. forløpsstatistikk, bistandsbehov og tjenestetildeling, og analyse, forskning og register-kobling.

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.

## Kvalitetsindikatorer

Det har i 2017 blitt utviklet 5 nye nasjonale kvalitetsindikatorer med IPLOS-registeret som datakilde. Disse er:

- Legemiddelgjennomgang hos beboere på sykehjem
- Oppfølging av ernæring hos beboere på sykehjem
- Oppfølging av ernæring hos hjemmeboende
- Dagaktivitetstilbud hos personer med psykisk utviklingshemming
- Dagaktivitetstilbud hos personer med demens og/eller stor kognitiv svikt

## Bruker- og pårørendeundersøkelser

Helsedirektoratet mottok i 2015 tillegg til tildelingsbrev nr.8, der regjeringen ønsker å bedre kvaliteten i omsorgssektoren. Helsedirektoratet leverte rapporten «Utvikling av nasjonale bruker- og pårørendeundersøkelser. Kommunale helse- og omsorgstjenester» i juni 2016. Rapporten ga anbefalinger for hvordan bruker- og pårørendeundersøkelser for kommunale helse- og omsorgstjenester kan gjennomføres.

I 2017 startet bearbeiding av eksisterende undersøkelse som benyttes av en rekke kommuner gjennom bedrekommune.no i samarbeid med KS, Kommuneforlaget og FHI.

### Strategiske vurderinger

Omsorgstjenestene utfordres i flere retninger, både på kvalitet, kapasitet, kompetanse og samarbeid i en stadig mer spesialisert tjeneste. Kvalitetsutfordringen har minst tre 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. Kommunene er bare i noen grad er i stand til å møte de kravene til kompetanse som denne endringen krever, spesielt i hjemmetjenesten. Dette til tross for at det både er en generell økning i antall ansatte og deres kompetanse, en økning i forskningsaktiviteten og etablering av utviklingsentre for sykehjem og hjemmetjenester. Helsedirektoratet ønsker spesielt å trekke fram tjenester til utviklingshemmede som risikoområder. . Et godt samarbeid mellom kommunenes hjemmebaserte tjenester og fastlegene er helt avgjørende for at brukerne skal oppleve å være trygge i egne hjem. Økende kompleksitet i sykdomsbildet hos hjemmeboende utfordrer gamle organisatoriske strukturer. Svaret på denne utfordringen har vært styrking av samhandling gjennom prøveprosjekt med primærhelseteam og oppfølgingsteam. Det vil være behov for å følge utviklingen i behov for fastleger og andre helsefaglige grupper nøye, for å se om de er dimensjonert for å ta på seg de nye oppgavene. Det er også helt sentralt at utvikling av IKT verktøy, som bidrar til god informasjonsutveksling mellom aktørene, blir prioritert.

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. Det ikke er noen tydelig endring i brukernes rapporterte opplevelse av kvalitet på tjenestene de siste årene. Det ser ut til at brukerinvolvering bare i noen grad er en realitet i praktisk utføring av helse- og omsorgstjenestene. Det arbeides imidlertid aktivt med temaet i mange kommuner og innenfor flere fagfelt. Slik Helsedirektoratet vurderer det er mange kommuner kommet i fasen med utprøving av nye metoder og arbeidsformer for å involvere brukerne og pårørende. Erfaringsmessig tar denne type holdningsskapende arbeid tid. Kunnskapsgrunnlaget for hvordan man kan arbeide med temaet synes å være økende. Det mangler imidlertid forskning som viser om brukerne og pårørende opplever å være involvert i hvordan tjenesten utføres/ytes.

Den tredje dimensjonen er variasjonen mellom kommuner, både med hensyn til dimensjonering og kvaliteten på tjenestene. Små kommuner i innlandet og Nord-Norge vil møte betydelig større utfordringer enn de større tilflyttingskommunene. Behovet for planlegging, fornyelse og innovasjon vil derfor være ekstra stor i disse kommunene. Samtidig ser Helsedirektoratet at tilskuddsordninger som fremmer innovasjon og nye teknologiske løsninger i mindre grad benyttes av små kommuner i utkantstrøk. Det er derfor grunn til å vurdere ulike tiltak for å motvirke uønskete ulikheter i utviklingen av helsetjenestetilbudet mellom små kommuner i innlandet og Nord-Norge og store sentrale kommuner i årene som kommer.

### Styringsparameter






#### Identifisert og analysert utviklingstrekk og endringer som skjer i sektoren...


Kommentar Det utarbeides en egen rapport på styringsparameteret som er knyttet til endringer og utviklingstrekk i sektoren. Rapporten - Analyse av utviklingstrekk i omsorgstjenesten 2016, ble oversendt til HOD 1.2.2017.

## Innhentet og spredt kunnskap om systematisk kvalitetsutviklingsarbeid i tjenestene


**Kommentar** Det utarbeides et eget analysenotat på Styringsparameteret som er knyttet til endringer og utviklingstrekk i sektoren. Notatet og årsrapport for 2017 for Omsorg 2020 blir oversendt HOD. 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

	Bidra til å gjennomføre Omsorg 2020 som en helhetlig plan i tråd med Prop 1 S (2015-2016) samt Kompetanseløftet 2020	I rute
<b>Beskrivelse</b>	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, innovasjonsstrategi, pårørendeprogram, velferdsteknologiprogram, frivillighetsstrategi og Husbankens investeringsordning til sykehjem og omsorgsboliger, samt Kompetanseløftet 2020 som nå skal dekke hele den kommunale helse- og omsorgstjenesten.	
	Helsedirektoratet skal utrede å utvide virkeområdet til utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester til å gjelde hele den kommunale helse- og omsorgstjenesten	Ikke startet
<b>Beskrivelse</b>	Helsedirektoratet skal utrede å utvide virkeområdet til utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester til å gjelde hele den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Helse- og omsorgsdepartementet vil utarbeide et eget oppdragsbrev om dette. Helsedirektoratet skal videre utrede videreføringen av et eget utviklingssenter for den samiske befolkningen. Arbeidet skal se utviklingssenter for den samiske befolkningen i sammenheng med andre samiske kompetansemiljøer.	
<b>Kommentar</b>	Det er avklart med HOD at dette oppdraget utsettes da Helsedirektoratet ikke har kapasitet i 2017, samt at på grunn av reorganisering av utviklingssentrene er det mest hensiktsmessig å utsette dette oppdraget.	
	Helsedirektoratet skal i samarbeid med Arbeids- og velferdsdirektoratet, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, Husbanken, Integrerings- og mangfoldsdirektoratet og Kriminalomsorgsdirektoratet gjennomføre Bolig for velferd.	I rute
<b>Beskrivelse</b>	Den nasjonale strategien Bolig for velferd (2014-2020) angir retningen for det boligsosiale arbeidet fram mot 2020. Helsedirektoratet skal i samarbeid med Arbeids- og velferdsdirektoratet, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, Husbanken, Integrerings- og mangfoldsdirektoratet og Kriminalomsorgsdirektoratet gjennomføre Bolig for velferd. Husbanken har et koordineringsansvar i dette arbeidet. Hvert direktorat skal følge opp målsettinger og tiltaksplan for strategiperioden. Strategien skal midtveisevalueres, og Helsedirektoratet må være forberedt på å bidra i arbeidet i 2017.	
<b>Kommentar</b>	Arbeidet med å vedlikeholde og videreutvikle den nettbaserte tverrsektorielle veiviseren i boligsosialt arbeid ( <a href="http://www.veiviseren.no">www.veiviseren.no</a> ) har fortsatt stor prioritet i strategiarbeidet. Det må jobbes med å få på plass videre finansiering av veiviseren etter 2018. Veiviseren har stigende besøkstall, men arbeidet med å gjøre veiviseren kjent må fortsette. Oslo Economics har levert sin rapport etter gjennomgang av styringsinformasjonen og direktoratene skal jobbe videre med tilbakemeldinger og råd fra Oslo Economics. Den tverrdirektorale arbeidsgruppen jobber med ny tiltaksplan for perioden 2018 - 2020. Husbanken og Helsedirektoratet har startet arbeidet med nytt oppdrag knyttet til tillegg til tildelingsbrev for 2017 nr 39 - Samordning boligfremskaffelse og tjenesteutvikling rus- og psykisk helse. Dette oppdraget skal løses innenfor de etablerte samarbeidsstrukturene og vil inngå som et tiltak i ny tiltaksplan.	

 Rapportere fortløpende på status, framdrift og avvik i de faste samarbeidsmøtene med departementet om Omsorg 2020	I rute
---	--------

Beskrivelse 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. Se også punkt om Kompetanseløft 2020 under tverrgående satsinger.

 Utarbeide årsrapport for Omsorg 2020 i samarbeid med Husbanken innen 1. desember påfølgende år	Ferdig
--	--------

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.

### 3.3.2 Primærhelsetjenester

#### Langsiktige mål

 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 WHO 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-karddødelighet. 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. De første resultatene av dette arbeidet ble publisert i 2017.

Helsedirektoratet har i løpet av 2017 utgitt ny retningslinje for svangerskapsdiabetes og arbeidet videre med diabetesplanen, og da særlig med å utrede og styrke et system for systematisk øyeundersøkelse av personer med diabetes. Flere tiltak vil bli rullet ut i 2018.

Helsedirektoratet viser 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 ble publisert i august 2017. Helsedirektoratet har også begynt å revidere kols retningslinjene. 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. Det pågående prosjekt om medisinsk avstandsoppfølging viser allerede gode resultater knyttet til trygghet og mestring av egen sykdom og bedre helsetilstand. Endelig evaluering vil foreligge høsten 2018.

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

---

**Kommentar** Det viktigste tiltaket under målet er de kommunale øyeblikkelig hjelp døgnopphold sengene. Tilbudet ble fra 1. januar 2017 utvidet til også å gjelde for psykiatri og rus. Tidligere forskning i tilknytning til evalueringen av samhandlingsreformen har påvist en viss effekt av ØHD-tilbudet på ø-hjelp-innleggelseser for medisinsk behandling i sykehus og i SAMDATA kommune rapport 01/17 er det funnet en tilsvarende effekt for data fra 2016. Effekten på bruk av sykehus når det gjelder innleggelseser for øyeblikkelig hjelp for personer over 80 år er liten i relasjon til det totale omfanget av sykehusopphold, men indikerer at en innleggelse i en ØHD-enhet sparer sykehusopphold. Det foreligger foreløpig ingen data for 2017.

Det pågående prosjekt om medisinsk avstandsoppfølging viser allerede gode resultater knyttet til trygghet og mestring av egen sykdom og bedre helsetilstand.

## ● Mer likeverdig helse- og omsorgstjenester til innvandrerbefolkningen

---

**Kommentar** Det er store sosiale helseforskjeller i befolkningen. Dårlig økonomi er en av flere sårbarhetsfaktorer som noen innvandrergupper er mer utsatt for. Noen innvandrergupper er særlig sårbare, som for eksempel barnefamilier i asylmottak og enslige mindreårige asylsøkere mellom 15 og 18 år som bor i mottak. Det er behov for tiltak som kan styrke omsorgen og oppfølgingen av den enkelte. Dårlig økonomi, begrensede norskkunnskaper, liten helseinformasjonsforståelse og lite kunnskap om det norske helsesystemet utgjør barrierer for likeverdig tilgang til helsetjenester. Det er behov for tilrettelagt (oversatt) informasjon om rett til helsehjelp og om helsetjenestene. Helsepersonell trenger fortsatt økt kompetanse om innvandreres helse og bruk av tolk.

Helsedirektoratet har gjennomført to lyttmøter i 2017 om asylsøkeres helsetilstand og tilgang til helsehjelp, med transittmottakene, ankomstsenteret Råde, UDI og Røde Kors. Helsedirektoratet har deltatt på ulike konferanser og seminar om likeverdige helse- og omsorgstjenester til innvandrerbefolkningen, migrasjonshelse, asylsøkeres psykiske helse og helsehjelp til personer uten lovlig opphold. Helsedirektoratet har deltatt i referansegruppen til FHI/NAKMIs rapport om helseinformasjon i ankomstfasen. Helsedirektoratet har også deltatt i referansegruppen til Fafos rapport om evaluering av tilrettelagte avdelinger for beboere i asylmottak med særlige helseutfordringer. Helsedirektoratet samarbeider med IMDi og Bufdir og deltar i koordineringsgruppen for oppfølging av handlingsplan mot negativ sosial kontroll, tvangsekteskap og kjønnslemlestelse (2017-2020).

Helsedirektoratet gjennomfører fagrådsmøter i SOHEMI to ganger i halvåret for å bidra til Helsedirektoratets arbeid med likeverdige helse- og omsorgstjenester til innvandrerbefolkningen. SOHEMI har bidratt i arbeidet med å evaluere Nasjonal strategi om innvandreres helse 2013-2017 i 2017.

---

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

**Kommentar** Opptappingsplan mot Vold og overgrep og Opptappingsplan rus har diverse tiltak rettet mot dette målet. Det er etablert interne arbeidsgrupper for begge planene og Helsedirektoratet deltar i interdirektorale og interdepartementalt samarbeid for begge planene. For OP rus er det Helsedir som har hovedansvaret tverrsektorielt. I tillegg er det et pågående arbeid med tiltak i handlingsplanen mot vold i nære relasjoner (2014-2017) og tiltaksplanen for å bekjempe vold og seksuelle overgrep mot barn og ungdom (2014-2017).

Det er flere løpende tiltak på tvers i Helsedirektoratet som alle bidrar til måloppnåelse. Tiltak innen OP Vold og overgrep gjelder blant annet å styrke tilbud til voldsutøvere og overgripere, styrke kompetansen blant ansatte, tett oppfølging av tiltak via RVTS og andre kompetansesentre. Et stort nytt prosjekt som er igangsatt via NKVTS i samarbeid med FHI og RVTS: Utredning av kunnskapsgrunnlag for behandling og forløp for personer som utsettes for og som utøver vold.

Innen OP rus ser vi resultater med økt antall ansatte innen rusfeltet i kommunene og tiltak for å styrke den tverrfaglige kompetansen, blant annet gjennom rekruttering av psykologer i kommunen som også inkluderer personer med rus og voldsfeltet. BrukerPlan har det vært jobbet mye med og flere kommuner benytter resultatene til å utvikle bedre tjenester. Det er også gjennomført en nasjonal brukerundersøkelse i kommunene. Første delrapport i evalueringen av planen foreligger i løpet av mars -18.



### 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.

- A. Helsedirektoratet 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 startet opp i desember 2016 og ved utgangen av 2017 hadde over 2000 helsepersonell tatt kurset i akuttmedisin og i underkant av 1000 kurset i volds- og overgrepshåndtering. Det er også utarbeidet et kurs for fastleger innenfor vold i nære relasjoner, men dette er ikke gjort obligatorisk for spesialiteten i allmennmedisin.
- B. 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. Prosjektmidler er nå utlyst og primærhelseteam vil være på plass tidlig i 2018.
- C. Det er også i 2018 bevilget tilskudd med tanke på rekruttering av fastleger idet det er flere kommuner som sliter med både å nyrekruttere fastleger og å beholde fastlegene de har. Fastlegene har en viktig oppgave når det gjelder å redusere variasjon i den kommunale helsetjenesten  
Målet med forsøksordningene for Primærhelseteam, oppfølgingsteam og medisinsk avstandsoppfølging er bl.a. å gi bedre oppfølging av personer med kronisk sykdom. På dette området er det lite statistikk tilgjengelig og det må jobbes med å få på plass indikatorer for uberettiget variasjon og verktøy som kan måle forekomsten av dette. Det er også svært begrenset hva som forefinnes vedrørende kvalitet.



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

Kommentar

Samhandlingsreformen, folkehelsemeldingene, primærhelsemeldingen og NCD-strategien mm. har som mål å øke helsefremmende og forebyggende innsats, også i helsetjenesten, styrke samhandling mellom ulike nivå og sektorer og bidra til utjevning i sosiale helseforskjeller. Arbeidet med etablering og kvalitetsutvikling av kommunale frisklivssentraler bidrar til dette.

Helsedirektoratet har inngått avtale med ti frisklivssentraler, tre i Helseregion Nord og Sør-Øst og to i hver av de andre helseregionene, om å være utviklingsentraler. De bidrar til erfaringsutveksling, nettverks- og kompetansebygging, kvalitet og videreutvikling av frisklivsarbeidet nasjonalt. Det er foretatt en utvidet rapportering på Frisklivssentraler i

2016, slik som i 2013. Data ble publisert i 2017 og 2014. I 2014 publiserte SSB en rapport basert på dataene fra 2013. En tilsvarende rapport basert på 2016 tall er under utarbeidelse og vil bli publisert i løpet av 2018.

Helsedirektoratet vil fortsatt arbeide for å videreformidle/videreutvikle kurslederkurs innen Bra Mat, Snus- og røykeslutt, KiD, KiB, MI, Søvn og fysisk aktivitet, herunder fagdager for helsepersonell og utvikling av e-læringsprogram. Materiell til bruk i frisklivssentraler og andre helsetjenester oppdateres og utvikles fortløpende etter behov.

For å styrke tjenesteområdet helsestasjons – og skolehelsetjenesten må faglige retningslinjer, statistikk og indikatorer, forskrift og bemanningsnorm og tilskudd utvikles og ses i en sammenheng for å sikre et faglig forsvarlig tilbud til gravide, barn og ungdom. Nye reviderte Nasjonale faglige retningslinjer for svangerskapsomsorgen er utarbeidet og har vært på ekstern høring. Det legges vekt på tidlig livsstilsamtale, god kartlegging og individuelt tilpasset oppfølging.

Nasjonale faglige retningslinjer for helsestasjons- og skolehelsetjenesten ble ferdigstilt og er blitt implementert på 21 nasjonale og fylkesvise konferanser. Retningslinjen som omhandler det helsefremmende og forebyggende tilbudet til barn og ungdom har et særlig fokus på å utjevne sosiale ulikheter, økt gjennomføring av videregående skole, og på å forebygge, avverge, avdekke vold og overgrep.

Helsedirektoratet har levert svar på Anmodningsvedtak 626 Utrede bindende minimumsnorm der direktoratet foreslår en anbefalt, ikke-bindende, bemanningsnorm som omfatter lege, helsesøster, jordmor og fysioterapeut.

For å få bedre oversikt og utvikle kvalitetsindikatorer i tjenesten, er det behov for å hente data fra helsestasjons- og skolehelsetjenesten inn i kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) og arbeidet er igangsatt.

Det foreligger et nytt KOSTRA- skjema for rapportering fra 2017 med deltjenestene helsestasjon inkludert svangerskapsomsorgen, barneskole, ungdomsskole, videregående skole og helsestasjon for ungdom splittet opp.

Det er innvilget kr 285 000 000 i nye tilskudd til de tre tilskuddsordningene for helsestasjons- og skolehelsetjenesten i kommunene (Helsestasjons- og skolehelsetjenesten, Utvikling av skolehelsetjenesten i videregående skole og til områdesatsning Indre Oslo Øst).

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



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

Kommentar I følge SSB har det vært en økning på 2,1 prosent årsverk i kommunale helse- og omsorgstjenester fra 2015 til 2016. Dette omfatter vekst i både omsorgstjenesten, helsestasjons- og skolehelsetjenesten, psykisk helse- og rustjenester, kommunal legetjeneste (både private og fastlønnede leger) og for fysioterapitjenesten. Økningen i sykepleierårsverk i omsorgstjenesten har vært særlig stor, der over en tredjedel av disse er sykepleiere med videreutdanning. Dette bekrefter en utvikling der flere med høyere utdanning blir ansatt i kommunale tjenester.

Midler fra kompetanse- og innovasjonstilskuddet har bidratt til økt utdanning og kompetanseheving innen alle utdanningsnivå. I 2016 var opplæringsaktiviteten særlig rettet mot kvalifisering til helsefagarbeidere, bachelorutdanning til sykepleiere og vernepleiere og til en rekke videreutdanninger og masterutdanninger. Kommunene benytter mest midler til videreutdanning i ledelse. Kompetanseutviklingen i kommunene går i rett retning, men mye gjenstår før helse- og omsorgstjenesten er rustet til å klare fremtidens utfordringer. Kompetanseutfordringen er fortsatt stor i omsorgstjenesten. KOSTRA-tall for 2016 viser at 74,2 prosent av årsverkene i brukerrettet omsorgstjeneste blir utført av personell med helse- og sosialfaglig utdanning.

Det har vært en større vekst enn tidligere i antall ansatte i helse- og omsorgstjenesten som utdanner seg til sosialfaglige studieretninger. Flere profesjonsgrupper bidrar til større tverrfaglighet i tjenestene, noe som trengs i arbeid med brukere med sammensatte behov for hjelp og tjenester. Flere tiltak og tilskuddsordninger i Kompetanseløft 2020 bidrar til opplæring i nye arbeidsmetoder, ny kunnskap og fagutvikling. Eksempler på dette er nytt opplæringsprogram innen musikkbasert miljøbehandling, og ny ABC-opplæring som er rettet mot ansatte i tjenester til mennesker med utviklingshemming. Etablering av tverrfaglige team som primærhelseteam og oppfølgingsteam bidrar også til økt faglig bredde.

Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten er utviklet for å styrke ledelse i helse- og omsorgstjenesten i kommunene og tannhelsetjenesten i fylkeskommunene. Interessen og søkningen til utdanningen har vært stor siden oppstart høsten 2015. Ved utgangen av 2017 var 270 ledere ferdigutdannet, mens tre nye kull med 162 studenter startet høsten 2017 og forventes ferdig utdannet våren 2018. Rambølls hovedrapport for evalueringen av nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten ble levert i desember 2017. Evalueringen viser høy grad av tilfredshet med utdanningen og at utdanningen på mange områder møter deltakernes høye forventninger. Deltakerne rapporterer om betydelige endringer i ledertilnærming etter utdanningen. Også ledernes omgivelser opplever endringer, særlig med hensyn til relasjons- og endringsorientering.

### Samlet vurdering

Helsedirektoratet ferdigstilte og publiserte i november 2017 Veileder for oppfølging av personer med store og sammensatte behov. Veilederen har fått god mottagelse i tjenestene. Veilederen skal operasjonaliseres i en forsøksordning med Oppfølgingsteam. Pilot for oppfølgingsteam ble utredet i 2017 og skal igangsettes i 2018. Det er kunngjort anskaffelse av risikokartleggingsverktøy til bruk i forsøksordningen med oppfølgingsteam. Forslag til modell for «faglig dialog» mellom fastlegene og sykehusene, ble levert HOD i mars 2017. Oppdrag om igangsetting av «faglig dialog» ble endret av HOD høsten 2017. Ny utredning pågår og skal leveres medio februar 2018. Forsøksordning med Primærhelseteam ble utredet og forsøket er beskrevet i dokumentet kalt Kvalitet, ledelse og finansiering. Forsøket ble kunngjort og kommuner valgt ut for deltagelse.

Prosjekt for avstandsoppfølging av personer med kronisk sykdom (kols, diabetes og hjertesvikt) er et treårig prosjekt som ble startet i 2015. Prosjektet gjennomføres i Sarpsborg, Stavanger, Trondheim og Oslo (4 bydeler) og ved utgangen av 2017 er 822 pasienter inkludert. Prosjektet skal gi personer med kroniske sykdommer bedre mulighet til å mestre egen sykdom, ved hjelp av teknologi og bidra til god ressursbruk i helse- og omsorgstjenestene. Prosjektet følges av forskning. Første delrapport kom i september 2017. Den viser gode resultater for deltakerne i tråd med målsettingene. Det er foreløpig for tidlig å si noe om effekt på forbruk av helsetjenester. Sluttrapport for prosjektet kommer i september 2018. Det er gitt oppdrag om å gjennomføre et nytt prosjekt innen medisinsk avstandsoppfølging, der fastlegene er koblet tettere på og som



ses i sammenheng med primærhelseteam. Utredning av nytt prosjekt ble levert 1.11.17 til HOD og det er fulgt opp med oppdrag om igangsetting av ny pilotering med oppstart høsten 2018.

Helsedirektoratet har fulgt opp og koordinert arbeidet med opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering 2017 - 2019 (OP). Det er etablert god dialog med fylkesmennene (FM) som forvalter tilskuddet til kommunene. Det er i samarbeid med FM gjennomført en spørreundersøkelse hvor 364 kommuner har gitt sin egen vurdering av hvor de står i forhold til de ulike satsingsområdene i opptrappingsplanen. Undersøkelsen i 2017 vil utgjøre "baseline" for oppstart av OP, og den vil gjentas senere i planperioden for å følge med på utviklingen. Helsedirektoratet har hatt et eget møte med brukerorganisasjonene knyttet til OP (FFO, SAFO og Unge Funksjonshemmede) Det er planlagt ett møte i halvåret. Det er tildelt et mindre tilskudd til fire utviklingsentre for sykehjem og hjemmetjenester for å understøtte kompetanseutvikling i kommunene knyttet til OP. Indre Østfold medisinske kompetansesenter er tildelt tilskudd i tråd med øremerking i statsbudsjettet. Det ble avholdt eget møte i forbindelse med rapporteringen for 2016 med drøfting og innspill om status og fremdrift. Det arbeides kontinuerlig med forbedring av statistikken på området. Det er arbeidet med utredning av temaer for utvikling av nasjonale resultatindikatorer for rehabilitering i kommunene. Det er gjennomført en workshop med representanter for brukerne og tjenestene om utvikling av et konsept for nasjonal e-læringsmodul i koordinatorrollen. Det er stor interesse for dette fra tjenestene. Arbeide med å følge opp opptrappingsplanen er tett koblet til pågående arbeid gitt gjennom egne oppdrag, som eksempelvis satsinger knyttet til barn og unge herunder 0-24 samarbeidet, bedre oppfølging av brukere med store og sammensatte behov, bolig for velferd, ParkinsonNet, retningslinjer og pakkeforløp for hjerneslag m.m.

Nasjonal retningslinjer for forebygging av hjerte og karsykdommer ble publisert 24. august 2017.

Helsedirektoratet jobber med en kortversjon og vurderer et lanseringsseminar i februar/mars 2018. For implementering av Retningslinje for svangerskapsdiabetes, er det lagt en egen film som viser de viktigste elementene fra retningslinjen og forklarer forløpet, filmen forventes publisert i slutten av jan 2018.

Implementering av retningslinjen i form av foredrag i ulike fora er planlagt for 2018. For implementering av diabetesretningslinje, er det lagt en kort introduksjonsfilm. Filmen forventes å bli lansert i første kvartal av 2018. Videre implementering via ulike fylkesfora (gjennom Diabetesforbundet) vil skje i 2018. Det er satt i gang planlegging av Nasjonalt Diabetesforum 2019, der Helsedirektoratet er medarrangør. Revisjon av kolsretningslinjer startet i høst 2017, arbeidet ventes å avsluttes høsten 2019.

Strategien Arbeid og helse - et bedre samvirke følges opp gjennom en fast arbeidsgruppe med deltakere fra Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet. Direktoratene har i samarbeid etablert Nasjonalt fagråd for arbeid og helse. Fagrådet har arrangert møter og sekretariatsfunksjonen for 2017 og 2018. I tillegg har observatører fra ASD og HOD, arbeidslivets parter og aktuelle fagmiljøer deltatt. Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet har i samarbeid med nettverket Supported Employment Norge (SENO) arrangert en nasjonal konferanse INKO 17 den 18. og 19. september. Det ble i tillegg holdt en faglig dag 20. september, der eksterne samarbeidsparter var ansvarlige for innholdet.

Som et ledd i omlegging av Raskere tilbake ordningen, fikk de regionale helseforetakene i oppdrag å utrede hvilke tilbud som de mener bør videreføres. Helsedirektoratet fikk i oppdrag å bistå helseforetakene, og leverte en rapport med anbefalinger. I fagmiljøene som har vært aktive i Raskere tilbake ordningen, ble det identifisert et behov for å understøtte videre fagutvikling gjennom fortsatt registrering av aktivitet og resultater. Helsedirektoratet har sammen med aktuelle fagmiljøer deltatt i en møteserie om denne problemstillingen. Det ble også identifisert et behov for å informere om omleggingen av ordningen, med henvisende leger som hovedmålgruppe. Et møte med involverte konkluderte med at Helsedirektoratet skulle stå for informasjonen fra sentral helseforvaltning

I 2017 er det gjennomført tre møter i forvaltningsgruppen for utvikling og oppdatering av Faglig veileder for sykmelder med diagnosespesifikk beslutningsstøtte veilederen. Forvaltningsgruppen består av representanter fra AVDIR, HDIR og DNLF. Veilederen har i 2017 blitt fortløpende oppdatert etter innspill fra brukerne og fagfolk. Pr desember 2017 har ikke alle EPJ leverandørene integrert beslutningsstøtteløsningen i EPJ systemet. Dette har medført at implementeringsprosjektet er forsinket og ikke vil starte opp før i 2018. Evalueringen av kjennskap og bruken er også utsatt i påvente av integreringen i EPJ systemet. Statistikk-løsningen for sykmeldere er videreutviklet i samarbeid med NAV. I 2017 har representanter for prosjektet presentert verktøyet i forskjellige sammenhenger, herunder: Undervisning for medisinstudenter

ved NTNU, parallellsesjoner på INKO konferansen og stand på relevante konferanser.

### Likeverdige helse- og omsorgstjenester til innvandrerbefolkningen

Helsedirektoratet har fulgt opp aktuelle tiltak i Nasjonal strategi om innvandreres helse 2013-2017 og har gjennomført årlig nasjonal konferanse i november 2017, med god oppslutning. Helsedirektoratet fikk i oppdrag av HOD å evaluere nasjonal strategi om innvandreres helse med frist 1.januar 2018. Evalueringen ble oversendt HOD 5.januar 2018. Helsedirektoratet gjennomførte i november 2017 en questback for kommuner med asylmottak med spørsmål om gjennomføring av helseundersøkelse ved tre måneder for asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente. Resultatene viser at ca. 88 % av kommunene oppgir at det gis tilbud om helseundersøkelse til de ulike gruppene ved tre måneder, og at det store flertallet tar imot tilbudet. Resultatene viser også at veileder IS-1022 er godt kjent og at det oppdaterte skjemaet for helseundersøkelsen brukes i relativt stor grad.

### Helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel

Fagråd for fengselshelsetjenesten har bare hatt et møte i 2017 da personalressurs ble mer enn halvert. Helsedirektoratet har deltatt og holdt innlegg på fagdag i regi av FM Østfold, og samarbeidsmøter med KDI, blant annet om funksjonshemmede domsinnsatte, bygging av nye Agder fengsel. Helsedirektoratet har også deltatt internasjonalt i NDPHS Riga og Moskva, og WHO EU regionalt møte om innsatte og helse.

### Strategiske vurderinger

Opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering gir et grunnlag for tjenesteutvikling på området. Det vil være viktig fremover å bygge på tiltak som sikrer samhandling mellom aktørene på feltet, på tvers av nivåer, profesjoner og sektorer. Kommunene bør sikre samhandling til beste for pasientene gjennom ledelse og prioriteringer i samarbeid med privatpraktiserende fysioterapeuter og kommunehelsetjenesten forøvrig.

Folkehelseperspektivet bør i økende grad gjøres gjeldende også i fengselshelsetjenesten. Tid brukt til soning av straff kan med fordel også brukes til kartlegging, behandling og oppfølging av helsetilstanden til de innsatte. Opphold i fengsel gir mulighet til å gjennomføre behandling for infeksjonssykdommer som for eksempel hepatitter.

En stadig større andel av befolkningen har innvandrerbakgrunn. Det er viktig at helsesektoren holder oppmerksomhet på de særskilte utfordringene dette kan medføre i form av språkbarrierer, sykdomsforståelse og spesielle helseutfordringer for ulike grupper.

Etter 16 år er fastlegeordningen under press. Fastlegene melder at arbeidsoppgavene per pasient øker i omfang og faglig dybde uten at antall hjemler har økt mer enn befolkningsveksten. Det er også økende utfordringer med rekruttering.

Helsedirektoratet følger nøye med på utviklingen og jobber på flere områder og i kontakt med tjenestene. Helsedirektoratet har også iverksatt flere tiltak:

- Kartlegging av hvordan fastleger fordeler sin tid på ulike arbeidsoppgaver og pasientgrupper
- Evaluering av fastlegeordningen
- Bruk av videoteknologi i pasient- og samhandlingskontakt
- Spesialistutdanning i allmenntilleggsmedisin
- Kommunalt pasientregister (KPR)
- Helsedirektoratets fastlegekonferanse ble holdt 1.12.17

I 2018 er det bevilget tilskudd til rekruttering av fastleger, siden flere av kommunene sliter med både nyrekruttering av fastleger og å beholde fastlegene de har. Fastlegene har en viktig oppgave når det gjelder å redusere variasjon i den kommunale helsetjenesten.

## Styringsparameter

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

---

#### Kommentar

- Økningen i sykepleierårsverk har vært spesielt stor og på hele 818 årsverk fra 2015 til 2016, eller 2,8 prosent. 310 av disse er årsverk som blir utført av sykepleiere med videreutdanning. Dette bekrefter trenden at flere med høyere utdanning blir ansatt i kommunale helse- og omsorgstjenestene.
- Fylkesmennene administrerer kommunalt kompetanse- og innovasjonstilskudd som i 2017 er på 365,9 mill. kroner. Kommunene benytter det meste av tilskuddet til å kvalifisere ansatte, bl.a. til bachelorutdanning i sykepleie og videreutdanninger og masterutdanninger for sykepleiere. Sykepleiere utgjør den største faggruppen som midlene går til.
- Helsedirektoratet forvalter lønnstilskudd til kommunene for sykepleiere som tar videreutdanning i avansert klinisk sykepleie. Interessen for tilskuddsordningen er økende i kommunene (72 søknader i år mot 45 i fjor). Totalt 96 sykepleiere fikk støtte til å ta utdanning i 2017, mot 67 i 2016.
- Tilbakemeldinger fra kommuner viser at sykepleiere med master i AKS arbeider både med kliniske oppgaver overfor enkeltpasienter, og med kvalitets- og fagutviklingsoppgaver. Kunnskapen blir dermed brukt til fagutvikling for hele organisasjonen.

### ● Færre unødvendige innleggelser for blant annet personer med KOLS og astma, hjertesvikt og diabetes

---

#### Kommentar

Bedre diagnostikk, oppfølging og behandling av disse 4 store kroniske sykdommene vil innebære reduksjon i sykehusinnleggelser. FHI og Helsedir samarbeider om et nasjonalt indikatorprosjekt på NCD området der man også vil se på reduksjon i sykehusinnleggelser.

---






### ● Årsverk og kompetanseutviklingen i kommunale helse- og omsorgstjenester

---

#### Kommentar

- Totalt ble det utført 152 816 årsverk i kommunale helse og omsorgstjenester i 2016 mot 149 666 årsverk i 2015 som er en prosentvis vekst på 2,1. Det har vært en stigning i årsverk i omsorgstjenesten, helsestasjon- og skolehelsetjenesten, samt lege- og fysioterapeutårsverk i kommunehelsetjenesten fra 2015 til 2016. Den største veksten i absolutte tall finner vi i omsorgstjenesten der antall årsverk har økt med 2517 (1,9 prosents økning). Den største prosentvise økningen er i helsestasjon- og skolehelsetjenesten med 9,5 prosent (389 nye årsverk). Lege- og fysioterapeutårsverk har henholdsvis økt med 2,3 (128 legeårsverk) og 2,4 prosent (116 fysioterapeutårsverk). Antall fastleger har økt fra 4643 i 2016 til 4687 i 2017, mens den prosentvise veksten i dette tidsspennet er lavere enn året får. Fra 2016 til 2017 var den relative veksten på antall fastleger på 0,9 prosent mot perioden fra 2015 til 2016 da den relative veksten var på 1,8 prosent.
  - Det finnes marginale endringer i sammensetningen av ulike utdanningsgrupper i omsorgstjenesten i perioden. Den største yrkesgruppen i omsorgstjenesten er helsefagarbeidere som utgjorde 34 prosent av det totale antallet årsverk for både 2015 og 2016. Til tross for at helsefagarbeidergruppen har uendret andel av årsverk i omsorgstjenesten finner vi beskjedne endringer i andelen sykepleiere. I 2015 utgjorde sykepleierne omtrent 21,7 prosent av antallet årsverk i omsorgstjenesten, men økte til 21,9 prosent i 2016. Vi ser også at andelen sykepleiere med spesial- og/eller videreutdanning har hatt en marginal vekst fra 4,8 til 4,9 prosent fra 2015 til 2016.
  - Det har vært en generell økning i antall årsverk i helsestasjon- og skolehelsetjenesten på 418 årsverk fra 2015 til 2016 som tilsvarer 9,3 prosent. Helseøsterårsverk økte med 118, jordmorsårsverk med 39 og antall årsverk utført av andre sykepleiere økte med 164. Antallet lege- og fysioterapeutårsverk økte med henholdsvis 3 og 29.
-

## Oppgaver

 Bidra til å gjennomføre tiltak i Meld. St. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet	I rute
Beskrivelse	Helsedirektoratet skal bidra til å gjennomføre tiltak i Meld. St. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet, jfr. Innst.40 S (2015-2016). Flere oppdrag er allerede konkretisert i egne oppdragsbrev og det vil fortløpende gis nye i egne oppdragsbrev etter nærmere avklaringer med Helsedirektoratet. Eksempel på oppdrag som er gitt, men der en viktig jobb må gjøres i 2017, er oppdragene knyttet til pilot for primærhelseteam og oppfølgingsteam og flere oppdrag innenfor kompetanseområdet. Oppdrag om pilot også på legevaktområdet vil bli presisert i brev tidlig i 2017. Resultatmål: Utforme modell for pilotering av primærhelseteam fra 1.4.2018.
 Bistå departementet i arbeidet med utvikling av ordningen knyttet til jordmortjenester mv ved hjemmefødsler	Ferdig
Beskrivelse	Helsedirektoratet skal bistå departementet i arbeidet med utvikling av ordningen knyttet til jordmortjenester mv ved hjemmefødsler.
Kommentar	Oppgaven er fullført.
 Bistå i arbeidet med å utrede varslet gjennomgang av rammeverket knyttet til logopedtjenester i kommunen	Ikke startet
Beskrivelse	Direktoratet skal bistå i arbeidet med å utrede varslet gjennomgang av rammeverket knyttet til logopedtjenester i kommunen, jf. opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering
Kommentar	I kontaktmøte med kommunetjenesteavdelingen i Helse- og omsorgsdepartementet tidligere på våren, har vi fått melding om at dette ikke har høyest prioritet. Oppdraget er videreført i 2018, jf. TB 2018 fra HOD til Helsedirektoratet.
 Gjennomføre en kartlegging av hvordan fastleger fordeler sin tid på ulike arbeidsoppgaver og pasientgrupper	I rute
Beskrivelse	Det bes om at Helsedirektoratet i løpet av 2017 gjennomfører en kartlegging av hvordan fastleger fordeler sin tid på ulike arbeidsoppgaver og pasientgrupper. Om nødvendig må oppdrag settes ut på anbud.
Kommentar	Prosjektet er i rute. Nklm har i samarbeid med Helsedirektoratet utarbeidet en spørreundersøkelse om fastlegers tidsbruk som skal sendes til landets fastleger 4. januar 2018. Helsedirektoratet har fått forlenget fristen på en første levering av hovedundersøkelsen til 28. februar 2018. Endelig rapport skal etter planen leveres HOD innen 28. februar. Det skal deretter gjennomføres en dybdeundersøkelse av tidsbruken hos et mindre utvalg av fastlegene. Dybdeundersøkelsen skal etter planen leveres før 1.1.2019. Begge oppdragene løses i samarbeid med Nklm.
 Utarbeide en veileder for legevakttjenesten	I rute
Beskrivelse	Helsedirektoratet skal, med utgangspunkt i NOU 2015:17 Først og fremst: utarbeide en veileder for legevaktvakttjenesten med utgangspunkt i gjeldende lov- og forskriftsverk og situasjonsbeskrivelse. Oppdraget vil bli spesifiseres i eget brev.
Kommentar	Nklm er i gang med arbeidet med nasjonal veileder for legevakt og planlagt levering fra deres side er 1. september 2018. Oppdraget er i rute.

● Utrede hvilke data fra fastlegeordningen som bør være tilgjengelig på hvilket nivå	I rute
Beskrivelse	Utrede hvilke data fra fastlegeordningen som bør være tilgjengelig på hvilket nivå, dvs. for den enkelte fastlege, for praksisen, for kommuneledelsen og på nasjonalt nivå for å sikre god styring, forvaltning og kvalitetsutvikling og hvilke data som skal være offentlig tilgjengelig for å legge til rette for brukervalg og åpenhet om tjenestenes kvalitet.
Kommentar	I henhold til avtale med HOD er det avgitt foreløpig svar 23. nov. 2017. Fristen for oppdraget er utsatt til 1. mars 2018.
● Utrede hvilke nasjonale kvalitetsindikatorer man kan få fra fastlegeordningen når KPR etableres og hvilke som bør prioriteres i tiden fremover	Forsinket
Beskrivelse	Utrede hvilke nasjonale kvalitetsindikatorer man kan få fra fastlegeordningen når KPR etableres og hvilke som bør prioriteres i tiden fremover.
Kommentar	Helsedirektoratet fikk i 2017 flere oppdrag som er til dels overlappende og som må ses i sammenheng. Dette oppdraget må ses i sammenheng med hvilke data som skal inn i KPR på sikt. Det er ikke utarbeidet noe eget løp på dette oppdraget, men ses sammen med oppdraget om å avklare hvilke data fra fastlegene som på sikt skal inn i KPR.
● Utrede hvordan fremtidige undersøkelser av brukererfaringer med norske fastleger bør gjennomføres	Forsinket
Beskrivelse	Utrede hvordan fremtidige undersøkelser av brukererfaringer med norske fastleger bør gjennomføres, herunder omfang, nivå og regelmessighet, samt administrative og økonomiske kostnader, basert på blant annet tilsvarende undersøkelser fra andre land
Kommentar	Helsedirektoratet fikk oppdraget i Statsbudsjettet 2017. Samtidig fikk FHI følgende oppdrag i sitt tildelingsbrev: "Gjennomføre en nasjonal måling av brukererfaringer med fastleger i Norge basert på tidligere utviklede instrumenter og innsamlingsmetoder for å måle brukererfaringer.» Helsedirektoratet har vært avhengig av FHIs rapport for å utkvittere sitt oppdrag. FHI leverte foreløpig utkast til rapport 18. desember 2017. Helsedir vil derfor levere notat på sitt oppdrag i uke 2 i 2018. FHI ble forsinket i sitt utkast til oppdrag. Ble sendt til HOD 18.12. Vi var avhengige av det utkastet før vi ferdigstilte vår oppdrag. Utkast til svar på oppdrag er sendt til FHI for innspill. Etter plan sendes svar på oppdrag til HOD i løpet av uke 2.
● Utrede kvalitetsmål for legevaktjenesten	I rute
Beskrivelse	Helsedirektoratet skal, med utgangspunkt i NOU 2015:17 Først og fremst: utrede kvalitetsmål for legevaktjenesten som kan inngå i et helhetlig kvalitetsindikatorsett for de prehospitaltjenestene på helsenorge.no.
Kommentar	Helsedirektoratet fikk oppdraget i tildelingsbrevet. Helsedirektoratet avholdt et møte med Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (Nklm) hvor mulige indikatorer ble diskutert. På møtet kom vi frem til at det ville være hensiktsmessig at Nklm utarbeidet forslag til nasjonale kvalitetsindikatorer, samtidig som de jobber med utarbeidelsen av veilederen for legevaktstjenesten. (Dette er et oppdrag Helsedirektoratet har fått av HOD, men som Helsedirektoratet har bedt Nklm om bistand til å utarbeide.) Forventet leveranse fra Nklm - høsten 2018.
Oppdragsbrev utarbeidet til NKLM. Oversendes i januar. HOD er informert om status.	

### 3.3.3 Psykisk helse og rus

#### Langsiktige mål

- 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 De fleste oppgavene/oppdragene og tiltak som bidrar til å fremme denne langsiktige målsettingen er i rute. Se nærmere omtale under avsnittet samlet vurdering på virksomhetsområdet psykisk helse og rus.

---

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

---

Kommentar De fleste oppgavene/oppdragene og tiltak som bidrar til å fremme denne langsiktige målsettingen er i rute. Se nærmere omtale på samlet rapportering på virksomhetsområdet psykisk helse og rus.

---

- Tilgjengelige, sammenhengende og koordinerte 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 rapportering på virksomhetsområdet psykisk helse og rus.

---

- Øke kunnskapen og kompetansen om psykiske problemer, rusproblemer og avhengighet, samt volds- og overgrepssvikt.

---

Kommentar De fleste oppgavene/oppdragene og tiltak som bidrar til å fremme denne langsiktige målsettingen er i rute. Se nærmere omtale på samlet rapportering på virksomhetsområdet psykisk helse og rus.

---

#### Samlet vurdering

##### Pakkeforløp i psykisk helse og rus

Pakkeforløp for psykisk helse og rus er et utviklingsarbeid med en overordnet målsetting om å sikre likeverdig tilbud til pasienter og pårørende uavhengig av hvor i landet de bor, og å unngå unødig ventetid for utredning, behandling og oppfølging. Helsedirektoratet leverte styringsdokument med revidert tidsplanplan til Helse- og omsorgsdepartementet april 2017. Det er bred involvering fra brukere og tjenester i utarbeidelse av pakkeforløpene. Det er holdt flere rådslag og 12 arbeidsgrupper er/har vært i arbeid. Nasjonal ressursgruppe for implementering er nedsatt. De første tre pakkeforløpene var på høring frem til 1. oktober, de neste fem ble sendt på høring 13. desember. I tillegg er to andre arbeidsgrupper i ferd med å ferdigstille utkast som skal på høring i løpet av 2018. Det forventes at de første pakkeforløpene er klare for implementering i tjenestene september 2018.

##### Opptappingsplan rusfeltet (2016-2020)

Helsedirektoratet koordinerer gjennomføringen av denne planen. I hovedsak er alle tiltak i planen igangsatt. Det er etablert et godt samarbeid og kontinuitet i direktoratsgruppen og i arbeidsutvalget (AU) for fylkesmennene (FM) og kompetansesentrene. RHF-ene innen Tverrfaglig spesialisert behandling er nå representert i AU med formål om å bidra til å styrke samhandlingen mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten regionalt. Innen februar 2018 skal AU ferdigstille en rådgivende strategi for FM og sentrenes regionale arbeid med OP-rus, som skal samstemmes med Helsedirektoratets strategi. Helsedirektoratet skal fremover prioritere å gjennomgå alle tiltak i planen, vurdere behov for nye tiltak/virkemidler samt videreutvikle direktoratets rapporteringsform til Helse- og omsorgsdepartementet. Dette arbeidet skal sees i sammenheng med funn i Fafos første delrapport i evalueringen av OP-rus som

foreligger i mars 2018. Det vises for øvrig til rapportering på styringsparametere i TB 2017, herunder nasjonal brukerundersøkelse, BrukerPlan og IS-24/8.

### Bedre helse til barn i barnevernet

Helsedirektoratet og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet har felles ansvar for oppdrag i tildelingsbrevene fra hhv BLD og HOD om å sikre helsehjelp til barn i barnevernet. Forslag om Samhandlingsforløp/pakkeforløp Barnevern – psykisk helse er under arbeid og leveres direktoratene 1. mai 2018. Implementering er planlagt vår 2019. Direktoratene har utarbeidet en beskrivelse av rutiner for funksjonen barnevernansvarlig i Psykisk helsevern for barn og unge som ble publisert desember 2017. For barn og unge med behov for langvarig omsorg utenfor hjemme og samtidig stort behov for psykisk helsehjelp skal det etableres to institusjoner i Bodø og Søgne høsten 2018. Arbeidet med felles beskrivelser av målgruppe, innhold og organisering av det nye institusjonstilbudet er forankret i Bufdir og RHF med bidrag fra Helsedirektoratet. Utvikling av nasjonale føringer for innhold i samarbeidsavtaler er startet opp og forventes ferdigstilt sommeren 2018. Direktoratene har også samarbeidet om tilrettelegging for bruk av digitale verktøy for å bedre tilgjengeligheten av psykiske helsetjenester til barn og unge i barneverninstitusjoner. Universitetet i Nord Norge har kartlagt dagens situasjon. Rapporten leveres slutten av januar 2018.

### Retningslinje for gravide i legemiddelassistert behandling (LAR)

Konsensuskonferanse ble arrangert i juni. Et konsensuspanel ble nedsatt av Helsedirektoratet og rapport ble overlevert Helsedirektoratet 1. desember. Det er besluttet at deler av «Nasjonale faglige retningslinje for gravide i LAR og oppfølging av familiene inntil barna når skolealder» skal revideres i løpet av første halvår 2018.

### Opptrappingsplanen mot vold og overgrep

Helsedirektoratet koordinerer helsetjenestens innsats i planen og har deltatt på interdepartementalt samarbeid om planen. Helsedirektoratet har levert kostnadsberegning av flere tiltak og anmodningsvedtak på bestilling fra Helse- og omsorgsdepartementet. Diverse tiltak pågår og følges opp av Helsedirektoratet; noen nye tiltak er igangsatt og andre er ikke startet enda. Det er etablert en arbeidsgruppe internt i Helsedirektoratet og samarbeid med andre direktorater er igangsatt.

### Overdosestrategien

Alle tiltak i overdosestrategiens handlingsplan er igangsatt. Overdosedata fra 2015 og 2016 viser en oppgang i 2015 og svak nedgang i 2016. Målsettingen om årlig nedgang i antall overdosedødsfall er dermed ikke nådd. Strategien har gjennom pilotkommunenettverket arbeidet i 9 pilotkommuner. Arbeidet i pilotkommunene er oppsummert i Veiviser i lokalt overdoseforebyggende arbeid. Egne handlingsplaner for overdoseforebygging er vedtatt eller i ferd med å vedtas i alle kommunene. SWITCH med utdeling av røykefolie er innført i alle pilotkommunene og flere andre kommuner. Nalokson neseppray er utplassert i 13 kommuner. Verdens overdosedag ble markert i 29 kommuner. Strategibevilgningen blir videreført i 2018. Målsettingen er å nå ut til 15 nye kommuner blant annet med nalokson neseppray og veiviseren. FHI evaluerer strategien og vil legge fram evaluering medio 2018.

### Tvang i psykisk helsevern og oppfølging av Kontrollkommisjonene

Helsedirektoratet skal gjennom sitt arbeid med tvungent psykisk helsevern bidra til økt frivillighet, god kvalitet og god rettssikkerhet for pasienter og pårørende. Et mangeårig prosjekt for å styrke etikkarbeidet i psykiske helsetjenester er ferdigstilt. Arbeidet har resultert blant annet i tre ressurshefter med praktisk veiledning for helsepersonell. Heftene omhandler bl.a. systematisk etikkrefleksjon i psykisk helsevern, og involvering og bruk av pasienters og pårørendes erfaringer med tvang i kvalitetsforbedringsarbeidet som har blitt publisert elektronisk og distribuert til helseforetakene via RHF. Legemiddelfrie behandlingstilbud for pasienter med alvorlig psykisk lidelse er i gang i alle helseregioner. Helsedirektoratet har bidratt med etablering av nettverk og tilrettelagt for evaluering av behandlingstilbudene. For å bedre datakvaliteten på rapportering i psykisk helsevern, er rapporteringsstandarden i elektronisk pasientjournal revidert. Når standarden tas i bruk, vil den legge til rette for kontroll og korrekt rapportering av vedtak.

Det er utarbeidet et rundskriv til psykisk helsevernloven i forbindelse med lovendringene som trådte i kraft i 2017. Det er avholdt to nasjonale informasjonsmøter knyttet til lovendringene for helseforetakene, landets fylkesmenn, Kontrollkommisjoner m.fl. Det vil bli laget et eget opplæringsprogram knyttet til vurdering av

samtykkekompetanse. For å styrke kontrollkomisjonenes arbeid, er det etablert et lederforum og et elektronisk opplæringsprogram for kontrollkomisjonsmedlemmer og helsepersonell er under utarbeiding. Én av kontrollkomisjonene har blitt utpekt for å bistå andre kommisjoner som har behov for det.

### Sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri

Samfunnsvern og behandling relatert til alvorlig psykisk sykdom er sentralt i arbeidet med sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri. SIFER kartlegger utskrivningsklare pasienter ved sikkerhetspsykiatriske avdelinger for å identifisere årsaker til forsinket overføring til kommunene/andre deler av behandlingsapparatet, på oppdrag fra Helsedirektoratet. Direktoratet har revidert voldsrisikorundskrivet. Faglige råd for voldsrisikovurdering skal etter planen utgis 2018. Det er behov for å styrke helsetjenester til innsatte med psykiske lidelser og rusmiddelproblemer. Dette er kartlagt i rapport utarbeidet av Kriminalomsorgsdirektoratet og Helsedirektoratet, oversendt Helse- og omsorgsdepartementet og Justisdepartementet i 2016. SIFER har sammen med fagfeltet utarbeidet anbefalinger om hvordan dette kan gjøres, på oppdrag fra Helsedirektoratet. Sluttrapporten ble levert desember 2017. Helsedirektoratet vurderer anbefalingene og vil oversende rapport til HOD februar 2018. Det gjennomføres et tverretattlig behandlingsprosjekt av seksuallovbruddsdømte, inklusiv pedofile, hvor identifisering av høyrisikogruppen for tilbakefall er sentralt i tillegg til utprøving av ny form for organisering av behandling og behandlingsmetodikk. Prosjektet leverte midtveisevaluering desember 2017. Prosjektet ferdigstilles medio 2019. Pilotprosjekt i rettspsykiatri utføres med målsetning å bedre domstolens og politi/påtalemyndighetens tilgang til sakkyndige av høy kvalitet. De siste utredningsoppdragene oversendes Helsedirektoratet januar 2018. Helsedirektoratet oversender rapport med anbefalinger til HOD og JD februar 2018. Nasjonal utrulling er planlagt fra mars 2018.

ACT/FACT-team er en viktig satsing i OP-Rus og i Mestre hele livet (2017-2020). Det ble i 2017 etablert 14 nye FACT-team/prosjekter rundt om i landet. Totalt ble det gitt tilskudd til 10 ACT-team og 31 FACT-team/forprosjekter over kapittel 765.60. Den nasjonale evalueringen av FACT-team er i rute og datainnsamlingen fullføres i løpet av 2018. Det er gjennomført opplæringskurs rettet mot ansatte i teamene, fylkesmenn, kompetansemiljøer, ledere i kommuner og helseforetak som ønsket å etablere nye team i 2017. Helsedirektoratet har også, i samarbeid med Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse og Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid i kommunen, arrangert en nasjonal konferanse om ACT- og FACT-team i 2017.

### Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading (2014-2017)

Helsedirektoratet har på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet foretatt en statusoppsummering av arbeidet med å forebygge selvmord og selvskading i perioden 2014 – 2017. Handlingsplanens overordnede mål var å redusere omfanget av selvmord og selvskading i befolkningen. Forekomsten av selvmord er ikke redusert i handlingsplanperioden. Det er likevel grunn til å anta at flere av tiltakene som er gjennomført eller igangsatt som del av handlingsplanen, bidrar til å forebygge selvmord og selvskading og at innsatsen vil gi resultater på sikt. Helsedirektoratet anbefaler at den videre innsatsen for å forebygge selvmord og selvskading intensiveres og målrettes og i større grad skjer i et samarbeid mellom sektorene. Selvskading forslås inn som eget tema i den varslede opptrappingsplanen for barn og unges psykiske helse. Bruker- og pårørendeorganisasjoner bør i økende involveres i tjenesteutviklingen, og være en sentral rådgiver for myndighetene i selvmordsforebyggende arbeidet.

### Arbeid og psykisk helse

Det er et nært samarbeid mellom Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet. Arbeidet er forankret i Mestre hele livet (2017-2022), og direktoratenes felles strategi Arbeid og helse – et tettere samvirke. Denne strategien har som formål å få til et mer strukturert samarbeid og mer samtidig bistand med utgangspunkt i de ordinære tjenestene. I 2017 har det spesielt vært arbeidet med å implementere arbeidsperspektivet i tjenestetilbud som Rask psykisk helsehjelp, ACT-/FACT-team og Fontenehus. De to direktoratene har også arbeidet med videreføring og spredning av Jobbmestrende oppfølging og Individuell jobb støtte (Individual Placement and Support). Disse tiltakene kombinerer behandling og arbeidsrettet oppfølging, og er et tilbud til personer med moderate til alvorlige psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer/-avhengighet.



## Rask psykisk helsehjelp

Helsedirektoratet har i 2017 gitt tilskudd til etablering av Rask psykisk helsehjelp i 17 nye kommuner/bydeler, slik at det er totalt 45 kommuner/bydeler som har etablert eller er i ferd med å etablere tilbudet.

Videreutdanningen i kognitiv terapi har blitt utvidet til også å gjelde rusmiddelproblemer for å styrke tilbudet til personer med rusmiddelproblemer. Prosjektet "Mestringsportal for angst og depresjon" vil styrke kapasitet og kvalitet i Rask psykisk helsehjelp dersom prosjektet får midler til videre drift i 2018.

Kunnskaps- og kompetansesentre utenfor spesialisthelsetjenesten mottar tilskudd fra Helsedirektoratet og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. Som et ledd i tilskuddsforvaltningen gjennomføres det årlige dialogmøter med eier og senterledere. For å sikre god samhandling mellom sentre og for å understøtte utviklingen av regionale samarbeidsstrukturer inviterer direktoratene alle senterlederne til et vårmøte, mens det på høsten gjennomføres regionale møter med kompetansesentrene. Det pågår fortiden et arbeid i samarbeid med kompetansesentrene, hvor en vurderer verdien av å opprette indikatorer i tilskuddsforvaltningen av de regionale kompetansesentrene. I 2017 opprettet Helsedirektoratet i samarbeid med Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet et nytt forum for fag- og kompetanseutvikling i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid, og skal være en arena for erfaringsutveksling. Formålet er å tilrettelegge for en god faglig dialog mellom brukerne, tjenestene og myndighetene. Forumet har medlemmer fra KS, kommunene, kompetansesentrene, bruker- og pårørendeorganisasjoner, fylkesmennene og Folkehelseinstituttet.

## Styringsparameter

### ● Antall bekymringsmeldinger fra helsepersonell etter helsepersonelloven til barnevern.

---

**Kommentar** Siste tilgjengelige årsstatistikk fra SSB, viser at det totalt ble sendt 9922 meldinger fra helsepersonell til barnevernet i 2016. Det er økning på 9,6 prosent fra 2015 (9049 meldinger). I 2016 ble det registrert 4112 meldinger fra legevakt/sykehus/tannlege, 2862 meldinger fra helsestasjon/skolehelsetjenesten, 1515 meldinger fra psykisk helsevern for voksne, 1216 meldinger fra psykisk helsevern for barn og unge og 216 meldinger fra PPT.

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

---

**Kommentar** I 2016 var det 264 kommuner som deltok i kartleggingen av brukere med rusmiddelproblemer (med eller uten psykisk tilleggspromblematikk), som er en betydelig økning fra 2015 hvor 222 kommuner gjennomførte kartleggingen. Kommunene som deltok i 2016 dekker 80 prosent av landets befolkning i alderen 18 år og oppover. I 2016 var det 219 kommuner som kartla brukere med psykisk helseproblematikk (uten antatt rusproblematikk). 26 000 brukere ble kartlagt. De 219 kommunene som deltok dekker 63 prosent av landets befolkning 18 år og over. Det er en markant økning fra 2015, hvor det var 126 kommuner som kartla. Totalt ble 46 500 brukere kartlagt med BrukerPlan i 2016, som er betydelig økning fra 2015 da 35000 brukere ble kartlagt.

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

---

**Kommentar** Helsedirektoratet har brukt betydelige ressurser på å utvikle status- og utviklingstrekkrapport over primærhelsetjenesten. Endelig rapport ble oversendt HOD februar 2017. I 2017 ble et omfattende prosess- og sluttevalueringsoppdrag av opptrappingsplanen for rusfeltet tildelt FAFO. Evalueringen vil gi svar på status og utvikling innenfor sentrale satsningsområder innenfor rusfeltet, særskilt innenfor de kommunale tjenestene.

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

---

**Kommentar** I 2017 gjennomførte KoRus Midt-Norge på oppdrag fra Helsedirektoratet en nasjonal representativ brukerundersøkelse blant mottakere av kommunale rustjenester. I tillegg publiserte Folkehelseinstituttet resultater fra nasjonale brukerundersøkelser innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (PasOpp-undersøkelser).


## Oppgaver

 Helsemyndighetene skal bidra til å gjennomføre Opptreppingsplanen for rusfeltet (Prop. 15 S (2015–2016)) og koordinere direktoratenes arbeid.	I rute
---	--------

Beskrivelse	Målet med opptreppingsplan for rusfeltet er å bidra til økt kapasitet og bedre kvalitet i tilbudet til personer med rusproblemer og deres pårørende. Opptreppingsplanen skal bidra til en forbedret, forsterket, tverrsektoriell og samordnet innsats overfor grupper som står i fare for eller er i ferd med å utvikle eller har lettere/moderate rusproblemer og for personer med alvorlig rusavhengighet, samt deres pårørende. Helsemyndighetene skal bidra til å gjennomføre Opptreppingsplanen for rusfeltet (Prop. 15 S (2015–2016)) som en helhetlig og tverrsektoriell plan, herunder å rapportere fortløpende på status, framdrift og avvik i de faste samarbeidsmøtene med departementet. Helsemyndighetene skal koordinere direktoratenes arbeid. Innen 15. januar 2018 skal Helsemyndighetene utarbeide årsrapport for 2016 for Opptreppingsplanen for rusfeltet, som oppsummerer og analyserer effekter og resultater av planen sett i sammenheng med statistikk og forskning om utviklingen i sektoren. Det vises i tillegg til tverrsektorielt oppdrag på Bolig for velferd under punkt 2.3.1.4.
Kommentar	Helsemyndighetene koordinerer gjennomføringen av opptreppingsplanen. I hovedsak er alle tiltak i planen igangsatt. Det er etablert godt samarbeid og kontinuitet i direktoratsgruppen og i arbeidsutvalget (AU) for fylkesmennene (FM) og kompetansesentrene. RHF-ene innen TSB er nå representert i AU med formål om å bidra til å styrke samhandlingen mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten regionalt. Innen februar 2018 skal AU ferdigstille en rådgivende strategi for FM og sentrenes regionale arbeid med OP-rus. Denne skal samstemmes med Helsemyndighetene. Direktoratet skal fremover prioritere å gjennomgå alle tiltak i planen, vurdere behov for nye tiltak/virkemidler samt videreutvikle direktoratets rapporteringsform til HOD. Dette arbeidet skal sees i sammenheng med funn i Fafos første delrapport i evalueringen av OP-rus som foreligger i mars. Det vises for øvrig til rapportering på styringsparametere i TB 2017, herunder nasjonal brukerundersøkelse, BrukerPlan og IS-24/8.

 Helsemyndighetene skal følge opp helsemyndighetenes tiltak i Opptreppingsplanen mot vold og overgrep og bistå i det videre tverrdepartementale arbeidet med planen.	I rute
---	--------

Kommentar	Helsemyndighetene følger opp helsemyndighetenes tiltak i Opptreppingsplanen mot vold og overgrep og deltar i det tverrdepartementale arbeidet med planen. Helsemyndighetenes nye oppgaver med utredningsoppdrag og kompetansehevende tiltak er igangsatt. Det er etablert intern arbeidsgruppe på tvers av divisjoner og avdelinger i Helsemyndighetene for oppfølging av helsemyndighetenes oppgaver i OP Vold og overgrep. Det er imidlertid en utfordring å delta i alle nye tiltak som igangsettes av andre, på grunn av kapasitet.
-----------	---

 Helsemyndighetene skal gjøre opp status for arbeidet mot selvmord og selvskading og fremme anbefalinger for videre arbeid på området etter handlingsplanens utløp i 2017.	I rute
---	--------

Kommentar	Helsemyndighetene har på oppdrag fra HOD foretatt en statusoppsummering av arbeidet med å forebygge selvmord og selvskading i perioden 2014 – 2017. Handlingsplanens overordnede mål var å redusere omfanget av selvmord og selvskading i befolkningen. Planen har både vektlagt generelle målsettinger, som god psykisk helse og mestring i befolkningen og spesifikk og målrettet innsats rettet mot personer med selvmords- og selvskadingsproblematikk og deres pårørende. Forekomsten av selvmord er ikke redusert i handlingsplanperioden. Det er likevel grunn til å anta at flere av tiltakene som er gjennomført eller igangsatt som del av handlingsplanen, bidrar til å forebygge selvmord og selvskading og at innsatsen vil gi resultater på sikt. Helsemyndighetene anbefaler at den videre innsatsen for å forebygge selvmord og selvskading intensiveres og målrettes og i større grad skjer i et samarbeid mellom sektorene. Selvskading forslås inn som eget tema i den varslede opptreppingsplanen for barn og unges psykiske helse. Bruker- og pårørendeorganisasjoner bør i økende grad involveres i tjenesteutviklingen, og være en sentral rådgiver for myndighetene i selvmordsforebyggende arbeidet.
-----------	---

●	Helsedirektoratet skal i samarbeid med RHF sørge for evaluering av prosjektene om legemiddelfrie behandlingstilbud for alvorlig psykisk syke pasienter.	I rute
Kommentar	Evalueringsoppdraget er satt ut til KBT Midt-Norge og skal ferdigstilles 2018. RHF har avholdt nettverkssamlinger ifm utvikling av legemiddelfritt behandlingstilbud. Siste møte vil være i mars 2018.	
●	Helsedirektoratet skal utarbeide et opplegg for, og gjennomføre en evaluering av forsøket med kommunal drift av DPS.	Ikke startet
Kommentar	Oppdraget er ikke igangsatt. Det er kun evalueringen som gjenstår knyttet til dette oppdraget. Alle faglige innspill er levert til HOD, og Helsedirektoratet avventer siste bestilling fra HOD.	
●	Helsedirektoratet skal vurdere hvilke grep som kan tas for å redusere forskrivningen av psykofarmaka til barn og unge, herunder særlig vurdere om dagens forskrivning av antidepressiva er faglig ønskelig.	Ikke startet
Beskrivelse	Leveranse: Notat til HOD. Avhengighet: Samtidig oppdrag til FHI. FHI har arbeidet med sin prosjektbeskrivelse. Direktoratet har hatt mulighet til å gi innspill på prosjektbeskrivelse og vil starte opp når rapporten fra FHI foreligger.	
Kommentar	Oppgaven er under planlegging. Planlagt oppstart uke 3, 2018. Det er gjort en tidlig avklaring med HOD om å levere en konseptutredning innen april 2018.	
●	Psykisk helsevern og barnevern; Bistå Bufdir med å tilrettelegge for bruk av digitale verktøy for psykisk helsehjelp til barn i barneverninstitusjon, med intensjon om oppstart i 2018.	I rute
Beskrivelse	Bistå Bufdir med å tilrettelegge for bruk av digitale verktøy for psykisk helsehjelp til barn i barneverninstitusjon, med intensjon om oppstart i 2018.	
Kommentar	Bufdir i samarbeid med Helsedirektoratet har satt ut oppdrag til UNN som skal beskrive forslag til en nasjonal løsning og implementering for bruk av digitale verktøy for psykisk helsehjelp til barn i barneverninstitusjon. Forslaget skal piloteres i to regioner i 2018.	
●	Psykisk helsevern og barnevern; Bistå RHF og Bufdir i å utarbeide felles beskrivelse av målgruppe, innhold og organisering for omsorgs- og behandlingsinstitusjoner for barn med behov for langvarig omsorg utenfor hjemmet og samtidig stort behov for psykisk helsehjelp	I rute
Beskrivelse	Bistå RHF og Bufdir i å utarbeide felles beskrivelse av målgruppe, innhold og organisering for omsorgs- og behandlingsinstitusjoner for barn med behov for langvarig omsorg utenfor hjemmet og samtidig stort behov for psykisk helsehjelp. Institusjonene skal reguleres i barnevernloven, hvor psykisk helsevern forpliktes til å yte helsehjelp i det omfang og på den måten som er nødvendig for det enkelte barn. Personell fra psykisk helsevern skal være ansatt i helseforetakene. Erfaringene fra hjemmesykehus for barn i andre deler av helsetjenesten skal legges til grunn for tilbudet. Det skal utpekes en omsorgs- og behandlingsinstitusjon i to regioner med sikte på oppstart høsten 2018, og med oppstart i alle regioner i 2020. Direktoratene i samarbeid med RHFene får ansvar for å iverksette en evaluering av de to første institusjonene, slik at nødvendige erfaringer høstes før oppstart i alle regioner.	
Kommentar	Prosjektorganiseringen er etablert. Arbeidet med felles beskrivelser av målgruppe, innhold og organisering av det nye institusjonstilbudet er forankret i Bufdir/Bufetat og RHF med bidrag fra Helsedirektoratet.	

●	Psykisk helsevern og barnevern; I samarbeid med Bufdir/Bufetat og de regionale helseforetakene utvikle modeller og systemer som sikrer at barn i barnevernet tidlig blir utredet for psykiske helseplager	I rute
Beskrivelse	I samarbeid med Bufdir/Bufetat og de regionale helseforetakene utvikle modeller og systemer som sikrer at barn i barnevernet tidlig blir utredet for psykiske helseplager, slik at de får nødvendig helsehjelp i kombinasjon med tiltak fra barnevernet. Implementeringen ønskes startet høsten 2018. Det vises til forslag angående dette fra direktoratene i felles rapport høsten 2016 og til arbeidet med pakkeforløp på psykisk helse og rusområdet.	
Kommentar	Forslag om Samhandlingsforløp/pakkeforløp Barnevern - psykisk helse er under arbeid. Implementering er planlagt vår 2019. Forskningsprosjektet CARE som utreder barn i forbindelse med vedtak om omsorgsplassering, er startet opp.	
●	Psykisk helsevern og barnevern; Sammen med Bufdir utarbeide nasjonale føringer for innhold i samarbeidsavtaler mellom kommunalt og statlig barnevern, kommune og spesialisthelsetjeneste, med sikte på implementering i 2018	Ikke startet
Beskrivelse	Sammen med Bufdir utarbeide nasjonale føringer for innhold i samarbeidsavtaler mellom kommunalt og statlig barnevern, kommune og spesialisthelsetjeneste, med sikte på implementering i 2018. Avtalene skal bl.a. bidra til å sikre at barn i barnevernsinstitusjoner får lett tilgjengelig psykisk helsehjelp, både ambulant og poliklinisk, samt at ansatte får nødvendig veiledning.	
Kommentar	Kartlegging av dagens samarbeidsavtaler er startet opp. Ulike samarbeidsavtaler er hentet inn. Forslag om nasjonale føringer for samarbeidsavtaler legges frem til beslutning i prosjektstyret i mai 2018. Nasjonale føringer fremgår av revidert felles rundskriv.	
●	Psykisk helsevern og barnevern; Understøtte de regionale helseforetakene i arbeidet med å etablere funksjon som "barnevernsansvarlig" i psykisk helsevern for barn og unge	Ferdig
Beskrivelse	Understøtte de regionale helseforetakene i arbeidet med å etablere funksjon som "barnevernsansvarlig" i psykisk helsevern for barn og unge, jf. felles rapport, herunder utarbeide kortfattet beskrivelse og rutiner for en slik funksjon. Disse skal gjøres godt kjent for psykisk helsevern og barneverninstitusjonene. Dette arbeidet skal utføres i samarbeid med Bufdir. Funksjonen forutsettes iverksatt høsten 2017.	
Kommentar	Beskrivelse av rutiner for funksjonen barnevernsansvarlig i Psykisk helsevern for barn og unge er utarbeidet og ble publisert desember 2017.	

### 3.3.4 Tannhelsetjenester

#### Langsiktige mål

- 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.

- Likeverdig tilgjengelighet til nødvendige tannhelsetjenester av god kvalitet

Kommentar Helsedirektoratet har dialog med tjenesten ved Fylkestannlegene og kompetansesentrene. I tillegg har Helsedirektoratet prosjekter om sosial utjevning. Vi bygger opp tannhelsetilbud til tortur- og overgrepsofsatte og personer med odontofobi (TOO).

## Samlet vurdering

Helsedirektoratet har i 2017 arbeidet videre med oppdraget om å utarbeide og igangsette et flerårig program for sosial ulikhet i tannhelse blant barn og unge. Nasjonal faglig retningslinje for tannhelsetjenester til barn og unge, som er under utvikling, må ses i sammenheng med oppdraget. Et hovedmål i retningslinjen er gode og tilpassede tjenester, samt reduksjon i sosiale tannhelseforskjeller blant barn og unge. For å bidra til at andre personer med lovfestede rettigheter får et godt og tilgjengelig tilbud, kan utvikling av en nasjonal faglig retningslinje være viktig.

Det ene av årets oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet «Spesialistutdanning av tannleger som en integrert samarbeidsmodell mellom universitetene og de regionale odontologiske kompetansesentrene, trinn 2» er prioritert, men likevel noe forsinket og leveres i mars 2018. Det andre oppdraget om kartlegging av spesialisttannhelsetjenester for tannhelsetjenestelovens prioriterte grupper blir også ferdigstilt i første kvartal 2018. Oppdraget er en del av et større arbeid «Organisering og finansiering av spesialisttannhelsetjenester».

Det har vært utfordringer med oppgaven om å vurdere ny spesialitet i klinisk-/multidisiplinær odontologi, og arbeidet er forsinket. Helsedirektoratet har plan om å reorganisere og intensivere arbeidet i 2018.

Helsedirektoratet forvalter 11 tilskuddsordninger knyttet til tannhelse, blant annet tannhelsetilbud til tortur- og overgrepsofsatte og personer med odontofobi (TOO) som har høy politisk prioritet. I forsøksordning med orale helsetjenester i tverrfaglig miljø i sykehus har Helsedirektoratet hatt flere arbeidsgruppemøter med prosjektledere, og dessuten forberedt evalueringen som gjennomføres i 2018. Direktoratet har hatt dialog med tjenesten, universitetene og tannlegeforeningen, og styringsdialogmøter med BVG, NIOM og de regionale odontologiske kompetansesentrene som er under utvikling.

## Strategiske vurderinger

De fleste oppdrag på tannhelsefeltet innebærer strukturelle endringer i tjenesten eller utdanning av personell. Regionale odontologiske kompetansesentre som skal drive forskning og fagutvikling, utdanning av tannlegespesialister og spesialistbehandling, er under oppbygging. En ny forskningsstrategi for tannhelsetjenesten kom i 2017. Strukturen for utdanning av tannlegespesialister er under omlegging, og en ny integrert samarbeidsmodell mellom universitetene og kompetansesentrene skal implementeres. Tilbudet av offentlig spesialistbehandling skal bygges ut for å ta hånd om det prioriterte klientellet og det prøves ut en ny tannlegespesialitet for behandling av voksne med komplekse odontologiske behov. Disse pasientene har gjerne medisinske- eller psykiske utfordringer i tillegg. To nye behandlingstilbud innenfor den offentlige tannhelsetjenesten er under utvikling; tilrettelagt tannhelsetilbud til tortur- og overgrepsofsatte og personer med odontofobi, og orale helsetjenester organisert i tverrfaglig miljø ved helseforetak. Det er nødvendig at den offentlige tannhelsetjenesten samarbeider med øvrig helsetjeneste om behandling pasienter med store og sammensatte behov, og strukturer som sikrer dette bør utvikles. Dette er krevende oppdrag som innebærer endringer for tjenesten og utdanningsinstitusjonene og Helsedirektoratet må ha en tett dialog med eksterne virksomheter og berørte aktører

## Styringsparameter

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

**Kommentar** Andelen barn og unge som er under oppfølging av den fylkeskommunale tannhelsetjenesten»

Andelen barn og unge 1-18 år som var under oppfølging av offentlig tannhelsetjeneste i 2016 er 89,7 %. Barn 1-2 år følges opp av helsestasjonen og henvises til tannhelsetjenesten ved behov, men det er ingen nasjonale tall for antall henviste. Når det gjelder ungdom 19-20 år er 76 % av under oppfølging. Kilde: Statistisk sentralbyrå.

I den nasjonale faglige retningslinjen Tannhelsetjenester til barn og unge (del 1 publiseres vår 2018) er det flere anbefalinger som berører barn under 3 år og samarbeid med helsestasjonen.

- Økt aktivitet knyttet til forskning og fagutvikling ved de regionale odontologiske kompetansesentrene og NIOM i henhold til enhetlige indikatorer som også inngår i HelseOmsorg21, og økt forskningsstøtte fra UiO og UiB til kompetansesentrene og til UiT

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

Det er opprettet et forskningsnettverk mellom kompetansesentrene som skal være en samarbeidsarena, et sted for kompetanseutveksling og deling av informasjon. Forskningsaktiviteten har økt de siste årene og forventes å øke ytterligere framover. Det er varierende grad av samarbeid mellom kompetansesentrene og de odontologiske fakultetene. Forskningsstrategien «Sammen om kunnskapsløft for oral helse» som ble lansert av regjeringen i september 2017, legger viktige føringer for forskningen på tannhelsefeltet. Den inneholder konkrete tiltak som skal følges opp, og gir råd til forskningsvirksomhetene, bla. om samarbeid og koordinering av forskningen.

### 3.4 Spesialisthelsetjenester

#### Langsiktige mål

- Høy kvalitet og pasientsikkerhet i spesialisthelsetjenesten
- Relevant og pålitelig styringsinformasjon
- Tilstrekkelig kapasitet og gode pasientforløp

#### Samlet vurdering

##### Retningslinjer/veiledere/informasjonskriv:

Helsedirektoratet ferdigstilte og publiserte 12 faglige retningslinjer i løpet av 2017. 9 av disse retningslinjene var nypublikasjoner (demens, helsestasjon og skolehelsetjeneste, håndtering av CBRNE hendelser, spiseforstyrrelser, svangerskapsdiabetes, ECT-behandling, ernæring for barn og spedbarn, kompetanse og kvalitet på nyfødt intensivavdelinger samt hørselsundersøkelse av nyfødte) og 3 resterende var revisjoner av tidligere utgitte retningslinjer (hjerneslag, multippel sklerose og hjerte/kar).

Helsedirektoratet vil i 2018 fortsette sitt arbeid med utvikling av nye nasjonale faglige retningslinjer (blant annet tannbehandling barn og ungdom, opioidavhengighet) og revisjon/oppdatering av tidligere utgitte retningslinjer (bl.a. antibiotika i primærhelsetjeneste, svangerskapsomsorgen, helsestasjon og skolehelsetjeneste, hjerneslag, LAR/gravide) med planlagt publisering i 2018-2019.

Felles retningslinje for Statens barnehus ble utarbeidet i 2016 i et samarbeid mellom Helse -, Poli- og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. Helsedirektoratet fulgte dette opp med en faglig råd for den medisinske undersøkelsen. På oppdrag fra HOD utarbeides også en mal for samarbeidsavtaler mellom Statens barnehus og helseforetak. Det er per i dag mangel på kompetanse, også på rettsmedisinsk undersøkelse og beskrivelse, uønsket variasjon i organisering og noen uklarheter om finansiering. Arbeidet ferdigstilles første halvdel av 2018.

Helsedirektoratet ferdigstilte i 2017 flere større juridiske utredninger. På oppdrag fra HOD ble rapporten «Bør pasientjournaler fortsatt være omfattet av virkeområdet til offentlighetsloven?». Rundskriv om helsepersonelloven ble oppdatert og digitalisert. Rundskriv om pasient- og brukerrettighetsloven ble oppdatert etter lovendringer som trådte i kraft fra 1.januar 2018. Dette er Helsedirektoratets viktige bidrag for å gjøre regelverket kjent og implementert i helse- og omsorgstjenesten.

### Pasientforløp:

Helsedirektoratet fortsetter sitt arbeid med utvikling av pasientforløp i spesialisthelsetjenesten.

De nasjonale handlingsprogrammene for kreft inneholder anbefalinger om diagnostikk, utredning og behandling. Handlingsprogrammene skal bidra til at det offentlige tilbudet i kreftomsorgen blir av god kvalitet og likeverdig over hele landet. Innholdet i de nasjonale handlingsprogrammene for kreft vurderes jevnlig og oppdateres årlig eller oftere om nødvendig. Oppdateringen av handlingsprogrammene utføres av Helsedirektoratet med bistand fra fagpersoner oppnevnt fra RHF-ene og Folkehelseinstituttet. Per 1. januar 2018 foreligger det 20 nasjonale handlingsprogrammer for kreft. I 2017 kom 8 av disse handlingsprogrammene i reviderte og oppdaterte utgaver og 2 kom med første utgave i 2017. Mange av handlingsprogrammene er under revisjon, og vil i løpet av våren 2018 komme i reviderte utgaver. Ytterligere 4 helt nye handlingsprogrammer ventes dessuten ferdig i 2018. Helsedirektoratet arbeider med videreutvikling av handlingsprogrammene til at alle skal omfatte fastlegenes oppgaver og anbefalinger for fastleger, arvelig kreft, patologi, radiologi, seneffekter og rehabilitering.

Pakkeforløp for kreft skal gi forutsigbarhet og trygghet for pasientene gjennom bedre pasientforløp ved mistanke om kreft. Pakkeforløpene angir normerende forløpstider. 28 Pakkeforløp for kreft med pasientinformasjon og 31 diagnoseveiledere for fastlegene ble etablert i 2015. Pakkeforløpene er implementert i helsetjenesten, men følges opp og revideres ved behov.

Pakkeforløp hjerneslag – fase 1 ble publisert 18. desember 2017 som planlagt. Fase 1 beskriver det anbefalte pasientforløpet, med koder og forløpstider så langt som vi kan få til med dagens system. I 2018 vil direktoratet jobbe videre med fase to av pakkeforløp hjerneslag hvor pakkeforløpet suppleres med de elementene som ikke kan måles akkurat nå, men når målemuligheter blir utviklet. Fokuset vil da være på rehabiliteringsdelen av forløpet. Helsedirektoratet vil også jobbe videre med forløpet som handler om kommunal rehabilitering og overgangen spesialisthelsetjeneste - kommune.

Pakkeforløp psykisk helse og rus omtales under psykisk helse kapittelet.

### Kreftstrategi

Status for kreftstrategien gjeldende ut 2017 er oversendt Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). Nesten alle delmål er enten gjennomført eller pågående/fortløpende aktivitet. Noen få er vurdert som uaktuelle. Helsedirektoratet utarbeidet innspill til ny kreftstrategi 2018 -2022 og nye delmål etter en omfattende prosess med innspill fra Partnerskapet mot kreft (Kreftforeningen, KS, de fire regionale helseforetakene, pasientorganisasjoner på kreftområdet, Kreftregisteret og Helsedirektoratet), fagmiljøene og innspill fra et stort rådslag arrangert i direktoratet.

### Screeningprogrammer

Det er to nasjonale screeningprogram mot kreft: Mammografiprogrammet og Livmorhalsprogrammet. I tillegg pågår et pilotprogram for tarmkreftscreening i Helse Sør-Øst. Helsedirektoratet har ledelse og sekretariat for styringsgruppene for disse screeningprogrammene. I 2017 har Helsedirektoratet utredet et nasjonalt screeningprogram mot tarmkreft- og hvordan dette skal organiseres. Basert på rapport fra Helsedirektoratet levert til HOD 30.06.17, er det besluttet at det skal igangsettes et nasjonalt screeningprogram mot tarmkreft i Norge fra 2019. Planlegging og forberedelse av dette vil foregå gjennom 2018. Helsedirektoratet leder styringsgruppe for det nasjonale programmet.

### Hjernehelse

Helse- og omsorgsdepartementet lanserte hjernehelsestrategien i desember 2017. I tillegg til å gi innspill til strategien, arrangerte Helsedirektoratet innspillkonferanse med ulike fagmiljøer og brukerorganisasjoner høsten 2017. Helsedirektoratet ga også ut en statusrapport for hjernehelseområdet, som Helse- og omsorgsdepartementet anvendte som kunnskapsgrunnlag for utarbeidelse av hjernehelsestrategien. En ny runde av informasjonskampanjen på hjerneslag ble gjennomført i slutten av 2017. Hjerneslagsregisteret har fått i oppdrag å evaluere også denne runden.

## Rasjonell billeddiagnostikk

Utarbeiding av strategi for rasjonell bildediagnostikk er av ressursmessige grunner utsatt til 2018, etter avtale med HOD.

## Bioteknologi

Helsedirektoratet arbeidet med tilrådninger til HOD om bruk av fosterdiagnostikk basert på analyse av fosterets DNA i mors blod; såkalt NIPT. Anbefalinger om godkjenning av NIPT for to bruksområder ble oversendt i 2017.

Den første er NIPT for å undersøke trisomi 13, 18 eller 21 hos fosteret. Metoden ble godkjent av departementet i tråd med direktoratets anbefaling. Gravide med økt risiko for å ha et foster med trisomi har til nå fått tilbud om ultralydundersøkelse i uke 12 kombinert med blodprøve (KUB), og morkakeprøve eller fostervannsprøve hvis KUB viser høy risiko for trisomi. Morkakeprøve og fostervannsprøve er invasive undersøkelser med 0,5-1 prosent risiko for prosedyrerelatert spontanabort. Direktoratet anbefalte at KUB videreføres og at NIPT godkjennes som alternativ til morkakeprøve eller fostervannsprøve når KUB viser høy risiko for trisomi hos foster.

Den andre NIPT er for å bestemme fosterets kjønn når det er risiko for alvorlig, arvelig kjønnsbundet sykdom hos fosteret. Gravide med risiko får i dag tilbud om målrettet genetisk analyse av morkakeprøve etter uke 10 eller fostervannsprøve etter uke 15. Innføring av NIPT vil redusere antall morkakeprøver og fostervannsprøver siden genetisk undersøkelse bare er aktuelt for guttoster. Direktoratet har anbefalt at NIPT godkjennes for dette formålet. Saken er til behandling i Helse- og omsorgsdepartementet.

## Persontilpasset medisin

Helsedirektoratet etablerte i 2017 et eget prosjekt for Nasjonal strategi for persontilpasset medisin 2017-2021, og har et overordnet koordinerende ansvar for implementering av strategien. Det er etablert en styringsgruppe med representasjon fra interne avdelinger og divisjoner, samt en bruker, RHF-ene, Legeforeningen, og industri ved Abelia og LMI. Det er utarbeidet en overordnet prosjektbeskrivelse og seks delprosjekter innen kreft, sjeldne diagnoser, infeksjonssykdommer, IKT og jus, utdanning og kommunikasjon med egne prosjektbeskrivelser.

Som en del av oppdraget med normering og standardisering har Helsedirektoratet i 2017 etablert en arbeidsgruppe med medisinske genetikere som har utarbeidet en veileder for bruk av genetiske undersøkelser. Veilederen sendes på høring i januar 2018. Helsedirektoratet bistår også i arbeidet med å videreutvikle genetikportalen ved Haukeland sykehus og understøtter planene om nasjonal implementering. Helsedirektoratet har etablert en Nasjonal faglig nettverksgruppe for arvelig kreft med medisinske genetikere og klinikere fra de fire RHF-ene. Gruppen utarbeider forslag til reviderte anbefalinger om arvelig kreft i Handlingsprogram for brystkreft. Tilsvarende arbeid med anbefalinger i Handlingsprogram for tykk- og endetarmskreft og gynekologisk kreft er startet.

Det er etablert en Nasjonal faglig nettverksgruppe for patologi som skal utarbeide faglige anbefalinger om molekylær patologi i de nasjonale handlingsprogrammene for kreft for å sikre enhetlig praksis. Det er videre etablert dialog med Kreftregisteret om inkludering av somatiske genetiske variasjoner i kvalitetsregistrene. Helsedirektoratet har gjennomført en todelt brukerundersøkelse. En kvantitativ undersøkelse i et representativt utvalg av Norges befolkning 18+ om deres holdninger, erfaringer, kunnskap, forventinger og informasjonsbehov til persontilpasset medisin, herunder gentesting. En kvalitativ undersøkelse med tilsvarende tema er gjennomført blant relevant personell i spesialisthelsetjenesten, fastleger, kvinner med brystkreft, samt pasienter/pårørende med sjeldne diagnoser. Brukerundersøkelsene gir kunnskapsgrunnlag for målrettede budskap og relevant informasjon til utvalgte målgrupper. Dette skal utarbeides og implementeres i 2018.

Helsedirektoratet startet arbeidet med en utredning av juridiske, tekniske og etiske sider ved trygg og sikker lagring av ny type helseopplysninger, inkludert mulighet for anonymisering av genetiske opplysninger. Behov for og eventuelt det rettslige grunnlaget for et nasjonalt personidentifiserbart register over genetiske varianter, utredes. I 2018 vil arbeidet med normering og standardisering videreføres. Den juridiske vurderingen prioriteres, og Helsedirektoratet følger opp sin nasjonale koordinerende rolle.



## Legemidler

Som oppfølging av Legemiddelmeldingen «Riktig bruk – bedre helse» har Helsedirektoratet i 2017 levert HOD en vurdering av prøveordningen på inhalasjonsveiledning og oppstartsveiledning i norske apotek. Helsedirektoratet har videre bidratt til leveranser om legemiddelinformasjon til helsepersonell og pasienter i regi av Kontaktpunktet for tverretattlig legemiddelinformasjon. Direktoratet har også bidratt inn i ulike legemiddelprosjekter som er forankret i Direktoratet for e-helse, bl.a. Pasientens legemiddelliste.

Ett av prioriterte områder er arbeid mot antimikrobiell resistens hvor 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.

Overordnet policy for samarbeid med industri og næringsliv er ferdigstilt 2017.

Helsedirektoratet leder arbeidet i legemiddelberedskapskomiteen som skal vurdere tilgang på kritiske legemidler.

## Nye metoder

Helsedirektoratet har vært 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 er iverksatt en rekke utviklingsløp for Nye metoder. Blant de viktigste er styrking av Medisinsk utstyrfeltet i Nye metoder og koordinering av Nye metoder med innkjøpsprosessene i Sykehusinnkjøp HF.

Sekretariatet deltar i EUs Joint Action på aktuelle områder som evidensgenerering samt nasjonal implementering og gjenbruk av metodevurderinger som produseres i det europeiske samarbeidet.

Etter beslutning av HOD fra mai 2017 overføres Sekretariatet for Nye metoder til de regionale helseforetakene ved Helse Sør-Øst RHF. Flyttingen av Sekretariatet til Helse Sør-Øst iverksettes fra 1. januar 2018.

## Medisinsk utstyr

Som fagmyndighet for medisinsk utstyr har Helsedirektoratet fulgt aktivt med på EUs arbeid med innskjerping av produktregelverket for medisinsk utstyr. Nye EU-forordninger ble vedtatt i 2017 og arbeidet med gjennomgang av forordningene og hvilke endringer i norsk regelverk som må foretas har hatt høy prioritering. Arbeidet med de nye forordningene fra EU har medført lavere tilsynsaktivitet enn ønskelig.

Helsedirektoratet har vært fag- og tilsynsmyndighet for medisinsk utstyr i Norge og ført tilsyn med produkter, produsenter og andre omsettere, samt tekniske kontrollorgan. Etter beslutning av HOD overføres Helsedirektoratets forvaltningsoppgaver knyttet til området medisinsk utstyr til Statens legemiddelverk. Departementet legger til grunn at det er naturlig å se en overføring av feltet fra Helsedirektoratet til Legemiddelverket i sammenheng med innføringen av nytt regelverk. Departementet har videre lagt vekt på at området medisinsk utstyr ligger under legemiddelverkene i Danmark og Sverige. Virksomhetsoverdragelsen av medisinsk utstyr ble gjennomført per 1.1.2018.

## Styringsparameter

### Kort saksbehandlingstid på enkeltsaker

Kommentar Mange av lovforklningssakene er svært kompliserte og krever større utredninger. Ressurssituasjonen i avdelingen har gjort at vi i perioder har vært nødt til å nedprioritere enkeltsaker.

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

Kommentar Per 31.12.2017 er det behandlet 48 saker gjennom hele året – 68 saker står i restanse, 20 av dem fra 2016 og 48 fra 2017. Vi fikk inn 48 søknader totalt i 2017. Gjennomsnittlig saksbehandlingstid er 17 måneder. På bakgrunn av personellsituasjonen og nedbemanningen i Helsedirektoratet har det ikke vært mulig å nå målet om maksimalt 12 måneders saksbehandlingstid.

### Oppgaver

● Bistå de regionale helseforetakene i arbeidet med å vurdere hvilke elementer i Raskere tilbake-ordningen som bør videreføres innenfor spesialisthelsetjenestens ordinære pasienttilbud Ferdig

Beskrivelse Det vises til at de regionale helseforetakene har fått i oppdrag med frist innen 1. mai 2017, å vurdere hvilke elementer i Raskere tilbake-ordningen som bør videreføres innenfor spesialisthelsetjenestens ordinære pasienttilbud. De regionale helseforetakene skal videre gi en vurdering av tilbud som har vist å være effektive, tverrfaglige tilbud og tilbud som stimulerer til samtidighet i behandling og arbeidsrettet bistand. Det forutsettes at de regionale helseforetakene innhenter eventuell erfaringer og vurderinger knyttet til ordningen fra Helsedirektoratet. Helsedirektoratet bes om, i samsvar med dette oppdraget og sin koordinerende rolle når det gjelder Raskere tilbake, bistå de regionale helseforetakene i arbeidet.

Kommentar Deltatt og holdt innlegg i møter med RHFene i deres prosess. Brev oversendt HOD og RHF med direktoratets innspill, i henhold til frist. Rapporten fra RHF er oversendt innen 1. mai 2017. Rapporten har mye innhold i tråd med Helsedirektoratets innspill.

● Helsedirektoratet skal utarbeide en strategi som skal legge til rette for en rasjonell bruk av billediagnostikk Ikke startet

Beskrivelse Helsedirektoratet skal utarbeide en strategi som skal legge til rette for en rasjonell bruk av billediagnostikk. Strategien skal baseres på en kartlegging av eksisterende forbruksmønstre med utilsiktede variasjoner. Dette krever at registrering av radiologiske undersøkelser til Norsk pasientregister ved hjelp av kodeverket NCRP blir iverksatt. Strategien skal beskrive organisatoriske, juridiske, faglige og økonomiske forhold som har innvirkning på en rasjonell utnyttelse av billediagnostikk. Dette innebærer: Samhandling mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten og mellom ulike deler av spesialisthelsetjenesten. Forhold knyttet til meldingsutveksling og henvisningsveiledning. Enklere tilgang til bilder og beskrivelser for aktørene, bl.a. for å begrense forekomst av dobbeltundersøkelser. System for vurdering av kunnskapsgrunnlag for anbefaling vedrørende billediagnostikk i nasjonale faglige retningslinjer. Hensiktsmessig bruk av økonomiske virkemidler knyttet til refusjoner, egenandeler mv. Strategien skal beskrive tiltak på kort (2-3 år) og lengre sikt, med angivelse av målbilde og økonomiske konsekvenser knyttet til de enkelte elementer. Strategien skal tilpasses de aktiviteter som allerede er iverksatt ved de regionale helseforetakene og utarbeides i samarbeid med dem. Helsedirektoratet skal levere forslag til en strategi innen 1.11.2017.

Kommentar Oppdraget er etter avtale med HOD utsatt til 2018

● Oppfølging av utredninger innenfor organdonasjon I rute

Beskrivelse Som det fremgår av Innst. 11 S (2016 – 2017) under kap, 781, post 21 mener komiteen at det må foretas flere utredninger innenfor organdonasjon. Helsedirektoratet må påregne oppfølgingsarbeid. Departementet vil komme tilbake til saken i eget møte.

Kommentar Etter dialog med HOD er oppdrag avklart og i gang, med særlig oppmerksomhet på organdonasjon etter hjerte og respirasjonsstans (DCD).

Beskrivelse	<p>Opggaven er forankret hos SPDD, SPBH, SPML, SPST, KP-divisjonen, Direktoratet for E-helse, og eventuelt andre bidrar med personell. Antatt årsverk er 3,4 årsverk plus prosjektdirektør ca. 80 prosent. Helsedirektoratet har hovedansvaret for å koordinere oppfølgingen av Nasjonal strategi for persontilpasset medisin i helsetjenesten 2017-2021. Dette innebærer et ansvar for å følge med på at alle ulike aktiviteter i strategien koordineres og følges opp på en hensiktsmessig måte. Helsedirektoratet har etablert en bredt sammensatt styringsgruppe inkludert eksterne og brukerrepresentant. Helsedirektoratet har etablert en prosjektgruppe hvor også E-helsedirektoratet er med. I 2017 prioriteres arbeidet med normering og standardisering, samt informasjon til befolkning og helsepersonell, inkludert personell i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Helsedirektoratet understøtter de regionale helseforetakenes arbeid med å etablere et nasjonalt nettverk av regionale kompetansesentre for persontilpasset medisin. Det er utarbeidet en prosjektplan og det etableres seks delprosjekt. I 2018 skal delprosjekt 1. Sjeldne diagnoser, delprosjekt 2. Kreft, delprosjekt 4. Utdanning, delprosjekt 5. IKT og helseregistre, samt delprosjekt 6. Kommunikasjon fortsette. Det skal utarbeides egne prosjektplaner for delprosjektene. Videre skal det etableres arbeidsgrupper hvor tjenesten, brukere og eventuelt andre er representert.</p>
Kommentar	<p>Helsedirektoratet har i 2017 etablert et eget prosjekt for Nasjonal strategi for persontilpasset medisin 2017-2021, og har et overordnet koordinerende ansvar for implementering av strategien. Det er etablert en styringsgruppe med representasjon fra interne avdelinger og divisjoner, samt en bruker, RHF-ene, Legeforeningen, og industri ved Abelica og LMI. Det er utarbeidet en overordnet prosjektbeskrivelse og seks delprosjekter innen kreft, sjeldne diagnoser, infeksjonssykdommer, IKT og jus, utdanning og kommunikasjon med egne prosjektbeskrivelser. Som en del av oppdraget med normering og standardisering har Helsedirektoratet i 2017 etablert en arbeidsgruppe med medisinske genetikere som har utarbeidet en veileder for bruk av genetiske undersøkelser. Veilederen sendes på høring i januar 2018. Helsedirektoratet bistår også i arbeidet med å videreutvikle genetikportalene ved Haukeland sykehus og understøtter planene om nasjonal implementering. Helsedirektoratet har etablert en Nasjonal faglig nettverksgruppe for arvelig kreft med medisinske genetikere og klinikere fra de fire RHF-ene. Gruppen utarbeider forslag til reviderte anbefalinger om arvelig kreft i Handlingsprogram for brystkreft. Tilsvarende arbeid med anbefalinger i Handlingsprogram for tykk- og endetarmskreft og gynekologisk kreft er startet. Det er etablert en Nasjonal faglig nettverksgruppe for patologi som skal utarbeide faglige anbefalinger om molekylær patologi i de nasjonale handlingsprogrammene for kreft for å sikre enhetlig praksis. Det er videre etablert dialog med Kreftregisteret om inkludering av somatiske genetiske variasjoner i kvalitetsregistrene. Helsedirektoratet har gjennomført en todelt brukerundersøkelse. En kvantitativ undersøkelse i et representativt utvalg av Norges befolkning 18+ om deres holdninger, erfaringer, kunnskap, forventinger og informasjonsbehov til persontilpasset medisin, herunder gentesting. En kvalitativ undersøkelse med tilsvarende tema er gjennomført blant relevant personell i spesialisthelsetjenesten, fastleger, kvinner med brystkreft, samt pasienter/pårørende med sjeldne diagnoser. Brukerundersøkelsene gir kunnskapsgrunnlag for målrettede budskap og relevant informasjon til utvalgte målgrupper. Dette skal utarbeides og implementeres i 2018. Helsedirektoratet har gitt innspill til læringsmål for leger i spesialisering, LIS 2 og LIS 3, og det er gjennomført en kartlegging av i hvilken grad persontilpasset medisin er dekket på pensum i relevante grunnutdanninger. Helsedirektoratet startet arbeidet med en utredning av juridiske, tekniske og etiske sider ved trygg og sikker lagring av ny type helseopplysninger, inkludert mulighet for anonymisering av genetiske opplysninger. Behov for og eventuelt det rettslige grunnlaget for et nasjonalt personidentifiserbart register over genetiske varianter, utredes. I 2018 vil arbeidet med normering og standardisering videreføres. De juridiske vurderingene prioriteres, og Helsedirektoratet følger opp sin nasjonale koordinerende rolle.</p>

●	Styrke kontrollkomisjonenes kompetanse og arbeidsmetodikk for å ivareta pasienters rettssikkerhet innen psykisk helsevern	I rute
Beskrivelse	Med bakgrunn i det som er avdekket om lovstridig og faglig problematisk bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern, er det i helse- og omsorgskomiteens innstilling til statsbudsjett for 2017 bevilget 5 mill. kr til å styrke kontrollkomisjonenes arbeid med å ivareta pasienters rettssikkerhet. Midlene tildeles Helsedirektoratet for styrking av komisjonenes kompetanse og arbeidsmetodikk rettet mot pasientenes situasjon. Det skal legges større vekt på brukerperspektivet, begrunnelsene for tvang skal etterprøves mer kritisk og det skal tas bedre hensyn til helheten i tvangstiltakene den enkelte pasient utsettes for. Kommisjonene skal også utøve en mer aktiv velferdskontroll.	
Kommentar	Det er etablert et nytt lederforum. Det har blitt tilrettelagt flere møtepunkter. Et elektronisk opplæringsprogram for kontrollkomisjonsmedlemmer og helsepersonell er under utarbeiding. En arbeidsgruppe med brukerrepresentasjon har blitt etablert for å gjennomgå og gi retningslinjer for hvordan komisjonene for både barn og voksne kan arbeide på en annen måte enn i dag for å bedre ivareta pasientens perspektiv og rettssikkerhet. Praktisnær veiledning og kvalitetssikring ivaretas av en superbrukerordning.	

●	Utarbeide normerende dokument/faglige anbefalinger om behandling av kjønnsdysfori og kjønnsinkongruens	Forsinket
Beskrivelse	Utarbeide normerende dokument/faglige anbefalinger om behandling av kjønnsdysfori og kjønnsinkongruens jf. tiltak 27 i regjeringens handlingsplan mot diskriminering på grunn av seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk (2017–2020).	
Kommentar	Oppdrag fra statsbudsjettet 2017; «Utarbeide normerende dokument/faglige anbefalinger om behandling av kjønnsdysfori og kjønnsinkongruens jf. tiltak 27 i regjeringens handlingsplan mot diskriminering på grunn av seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk (2017–2020)». Er i gang med beslutningspunkt 2, med alle de dokumenter og oppgaver som retningslinjemodellen tilsier. Oppdraget vil bli til dels kostnadskrevenende. Første arbeidsgruppemøter vil bli avholdt i februar og mars.	

●	Vurdere hjernehelsestrategi etter ferdigstilt kunnskapsinnhenting høsten/ vinteren 2016	Ferdig
Beskrivelse	Vurdere hjernehelsestrategi etter ferdigstilt kunnskapsinnhenting høsten/ vinteren 2016.	

### 3.5 Akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus

#### Samlet vurdering

##### Nødnett

Nasjonal utrulling av Nødnett ble ferdigstilt 3. november 2017 ved at verdens nordligste legevaktsentral i Honningsvåg ble koblet til nettet. Ved det ble det siste AMK-området i Finnmark bybygget. Nødnettet er nå i bruk av helsetjenesten i hele landet.

##### Førstehjelpsdugnaden






Helsedirektoratet har hatt ansvar for den Nasjonale Førstehjelpsdugnaden hvor Helsedirektoratet har sammen med de frivillige organisasjonene, flere stiftelser og andre sentrale samfunnsaktører, utarbeidet en nasjonal førstehjelpsstrategi – Sammen redder vi liv. Strategien skal bl.a. sikre livslang opplæring av befolkningen, bedre kunnskap om tiltak ved akutt sykdom og ulykke og gi raskere hjelp fra helsetjenesten.

##### Avdeling medisinsk nødmeldetjeneste

Avdelingen har arbeidet med innføringen av Nødnett, hvor den nasjonale utrulling av Nødnett ble ferdigstilt 3.

november 2017 ved at verdens nordligste legevaktsentral i Honningsvåg ble koblet til nettet. Ved det ble det siste AMK-området i Finnmark ubygget. Nødnettet er nå i bruk av helsetjenesten i hele landet.

## Oppgaver

 Følge opp bruk og utvikling av nødnett og andre systemer i nødmeldetjenesten	I rute
Beskrivelse	Helsedirektoratet skal i samarbeid med de andre nødnettene følge opp bruk og utvikling av nødnett og andre systemer i nødmeldetjenesten i tråd med det ansvar og den myndighet direktoratet er gitt blant annet i akuttmedisinforskriften.
 Gjennomgå behovet for normerende dokumenter på det akuttmedisinske området	I rute
Beskrivelse	Helsedirektoratet skal i tråd med tildelingsbrev nr. 20/2016 gjennomgå behovet for normerende dokumenter på det akuttmedisinske området og vurdere hva som eventuelt bør utarbeides av Helsedirektoratet, og hva som bør være oppgaver for fagmiljøene. Det bør særlig vurderes å utarbeide en veileder for legevaktstjenesten med utgangspunkt i gjeldende lov- og forskriftsverk og situasjonsbeskrivelse.
 Gjennomgå LMS/DMS' rolle i akuttberedskapen, omfang og innhold i dagens lokal- og distriktmedisinske sentre og foreslå tiltak for å stimulere til utbygging av flere LMS/DMS	Ikke startet
Beskrivelse	Helsedirektoratet skal gjennomgå LMS/DMS' rolle i akuttberedskapen, omfang og innhold i dagens lokal- og distriktmedisinske sentre og foreslå tiltak for å stimulere til utbygging av flere LMS/DMS.
Kommentar	Dette oppdraget har ikke vært prioritert på grunn av andre og til dels krevende oppdrag og en har heller ikke hatt ressurser til å starte med oppdraget siden siste rapportering.
 Utrede en pilot på legevaktområdet.	Ferdig
Beskrivelse	Helsedirektoratet skal utrede en pilot på legevaktområdet. Oppdraget er presisert i eget brev. Målet er å utrede modeller for organisering av helseberedskap som ivaretar befolkningens behov for øyeblikkelig helsetjenester samtidig som fastlegeressursene brukes mest mulig hensiktsmessig. Videre skal prosjektet beskrive hvordan modellene kan prøves ut i noen legevaktsdistrikt som har utfordringer i tjenesten i dag. Beskrivelsen skal inkludere nødvendige endringer i organisering, regulering og finansiering samt økonomisk administrative konsekvenser av implementering av modellene. Ordningen skal evalueres gjennom uttesting i piloter. Effektmål skal beskrives.
Kommentar	Oppdraget er besvart og rapport oversendt HOD innen avtalte tidsfrist 1.6.2017.
 Utrede kvalitetsmål for legevaktstjenesten som kan inngå i et helhetlig kvalitetsindikatorsett for de prehospitalene tjenestene på helsenorge.no.	I rute
Beskrivelse	Helsedirektoratet skal, med utgangspunkt i NOU 2015:17 Først og fremst: utrede kvalitetsmål for legevaktstjenesten som kan inngå i et helhetlig kvalitetsindikatorsett for de prehospitalene tjenestene på helsenorge.no.
Kommentar	Helsedirektoratet avholdt et møte med Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (Nklm) hvor mulige indikatorer ble diskutert. På møtet kom det frem at det ville være hensiktsmessig at Nklm utarbeidet forslag til nasjonale kvalitetsindikatorer, samtidig som de jobber med utarbeidelsen av veilederen for legevaktstjenesten. (Dette er et oppdrag Helsedirektoratet har fått av HOD, men som Helsedirektoratet har bedt Nklm om bistand til å utarbeide.) Forventet leveranse fra Nklm - høsten 2018. Det er avklart med HOD at oppdraget gis til miljøet i Bergen.

Beskrivelse HelseDirektoratet skal i tråd med anbefalingene i NOU 2015:17 Først og fremst, utvikle en nasjonal førstehjelpsstrategi for livslang læring.

### 3.6 Beredskap

#### Langsiktige mål

- Sikre god krisehåndteringsevne basert på oversikt over risiko, øvelser og hendelser
- Styrke beredskapen mot smittsomme sykdommer og farlige stoffer – CBRNE-beredskap
- Styrke sivil-militært samarbeid på helseberedskapsområdet
- Utvikle forsyningssikkerheten av legemidler, materiell, IKT og annen kritisk infrastruktur

#### Samlet vurdering

HelseDirektoratet mener at evnen til krisehåndtering i helse- og omsorgssektoren er god. Vurderingen er basert på sektorens håndtering av reelle hendelser, erfaringer fra øvelser og arbeidet med den overordnede risiko- og sårbarhetsvurderingen for sektoren. Beredskapen bør gjennomgås jevnlig og systematisk for å sikre at krisehåndteringsevnen holder seg god og forbedres der det er mulig. I ROS-rapporten identifiseres tiltak på flere områder som kan bidra til å styrke beredskapen.

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

HelseDirektoratet var involvert i 35 reelle hendelser av ulik størrelse og alvorlighetsgrad i 2017. Det er en betydelig vekst i antall IKT-hendelser. Flere terrorhendelser og naturkatastrofer i utlandet var svært alvorlige og dramatiske, men førte kun til kortvarig innsats fra HelseDirektoratet.

En av direktoratets viktige leveranser i 2017 var å etablere en overordnet risiko- og sårbarhetsvurdering for helse- og omsorgssektoren, i dialog med sektoren, med forslag til forbedringstiltak og system for oppfølging. Hensikten er å gi departementet informasjon basert på analyser og erfaringer fra øvelser og reelle hendelser som er relevant for styringen av sektoren. Gjennom dette arbeidet anser HelseDirektoratet å ha svart ut Justis- og beredskapsdepartementets anbefaling om å etablere et system for hvordan erfaringer og læring etter hendelser og øvelser følges opp.

Høsten 2017 deltok HelseDirektoratet i NATO-øvelsen Trident Javelin 2017 (TRJN17). Øvelsen var et ledd i forberedelsene til NATO-øvelsen i 2018. Gjennom øvelsen fikk vi testet ut og øvd samvirke med Forsvarets operative hovedkvarter blant annet gjennom liaisonfunksjon samt nytt samvirkekonsept mellom Helse og Forsvaret. Erfaringene fra øvelsen vil bli redegjort for i en egen evalueringsrapport, og vil være med på å danne grunnlaget for helsesektorens øvingsmål og øvingsinnspill i årets Nasjonale Helseøvelse.

Smittevern er en prioritert og viktig oppgave også i beredskapssammenheng og har de senere årene fått økt aktualitet både på grunn av klimaendringer og økt risiko for nye sykdommer i Europa og på grunn av økende antibiotikaresistens. Etter Ebola-epidemien i 2014 har smittevernet blitt aktualisert internasjonalt med økt fokus på IHR og fokus på forberedelse både i EU og i WHO.

HelseDirektoratet har deltatt internasjonalt på møter i EU om grenseoverskridende trusler. Direktoratet har ansvar for Ship San og utstedelse av hygiesertifikater for skip i Norge og er med i Joint Action på dette. Vi har også deltatt i JA på antibiotikaresistens. Nasjonalt har direktoratet jobbet med antibiotikaresistens, med truende nye sykdommer som Zika og reiseråd ved utbrudd av sykdommer i andre land slik som pestutbruddet

på Madagaskar. Direktoratet bidrar også inn i arbeidet med revisjon av smittevernloven der beredskapsaspektet er viktig ettersom det ved kriser forårsaket av smittsomme sykdommer åpnes for betydelige fullmakter for å hindre spredning av smitte.

Helsedirektoratet gjennomførte nasjonal helseberedskapskonferanse høsten 2017 i samarbeid med fylkesmannen i Sør- og Nord-Trøndelag, Møre og Romsdal og Helse Midt RHF. Konferansen hadde bred deltagelse og fikk gode tilbakemeldinger i egen questback.

Helsedirektoratet har i løpet av 2017 tatt i bruk gradert kommunikasjonsverktøy, og jobber med videreutvikling av dette for å sikre kommunikasjonen som en del av totalforsvaret.

Direktoratet jobber også med utvikling av e-læringsverktøy for opplæring i HelseCIM, og for sikkerhetskultur i Helsedirektoratet.

## 2. Videreføre robust forsyningssikkerhet i helsetjenesten og næringen

Legemiddelberedskap inngår som en viktig del av den samlede beredskap ved ulykker, katastrofer, krisetilstander eller situasjoner med forsyningssvikt. I tilknytning til arbeidet med pandemisk influensa har Helsedirektoratet i 2017 inngått en opsjonsavtale om anskaffelse av sprøyter og kanyler.

I 2014 konkluderte en utredning fra en arbeidsgruppe med representanter fra Statens strålevern, Helsedirektoratet og CBRNE-senteret at tilgang til jodtabletter er aktuelt for alle kommuner i Norge. På bakgrunn av denne utredningen ga Helse- og omsorgsdepartementet Helsedirektoratet i oppdrag å evaluere tre alternativer for distribusjon av jodtabletter via apotek eller helsestasjoner i samarbeid med Statens legemiddelverk og Statens strålevern. Helsedirektoratet har anbefalt en løsning med salg fra apotek, og det jobbes nå på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet med å følge opp anbefalingen. I tillegg har Helsedirektoratet et lager av jodtabletter som etter anbefaling fra Kriseutvalget for atomberedskap distribueres til landets kommuner.

Helsedirektoratet forvalter et lager av helseberedskapsmateriell (feltsykehus og 100/10-enheter). I 2017 ble det lånt ut 33 stk. 100-10-enheter. Utenriksdepartementet lånte 30, og Røde Kors lånte 3. Direktoratet har i løpet av 2017 foretatt en gjennomgang med sikte på å anbefale innhold og størrelse på dette lageret fremover.

## 3. Styrke CBRNE-beredskapen

Helsedirektoratet har i 2017 arbeidet med oppfølging av den Nasjonale CBRNE-strategien. CBRNE-senteret har som følge av dette fått i sitt oppdrag at de også skal drive rådgivning og veiledning til offentlige myndigheter og etater utenfor helsesektoren. Den nasjonal faglige retningslinjen for håndtering av CBRNE-hendelser med personskade er ferdig og distribuert ut. Det er utarbeidet et utkast til en overordnet avtale mellom Strålevernet, FHI og direktoratet om samarbeid på beredskaps og krisehåndteringsfeltet. I dette arbeidet er det avdekket en reell uenighet mellom FHI og Helsedirektoratet om ansvar og roller i smittevernberedskapssituasjoner. Vi viser til oversendelsesbrevet til avtaleutkastet.

Direktoratet har deltatt i utarbeidelsen til en handlingsplan for Samvirkeområdet kjemikalier og eksplosiver en myndighetsgruppe ledet av DSB. Helsedirektoratet deltar i kriseutvalget for atomberedskap. Direktoratet deltar i en arbeidsgruppe som er utpekt av Kriseutvalget for atomberedskap og ledet av Strålevernet som skal utarbeide et 7. scenario atomangrep på norsk jord.

## 4. Videreføre et godt nasjonalt og internasjonalt helseberedskapssamarbeid

I 2017 har Helsedirektoratet deltatt i arbeidet med revisjon av Sivilt beredskapssystem for sektoren. Det foreløpige planverket er ikke testet ut da det gjenstår en intern gjennomgang av tiltak. 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. Arbeidet følges opp i 2018. Helsedirektoratet har ivaretatt sekretariatsfunksjonen av Helseberedskapsrådet. Det ble gjennomført to møter i 2017, og det er pågående flere arbeidsgrupper i regi av rådet. Sekretariatet følger med og bistår arbeidsgruppene ved behov. Innen totalforsvarsprogrammet er Helsedirektoratet tillagt prosjekt 7 «evakuering av masseskader». Arbeidet startet medio 2017 og er ment ferdigstilt våren 2018 hvor konseptet øves i forbindelse med Nasjonal helseberedskapsøvelse og NATO-øvelsen Trident Juncture høsten 2018. Helsedirektoratet deltar i det nordiske Helseberedskapssamarbeidet under Nordisk ministerråd. I 2017 hadde Norge formannskapet i Nordisk

helseberedskapsgruppe (Svalbardgruppen). Fokuset i formannskapsperioden har vært ferdigstillelse av ny strategi for samarbeidet, sosial beredskap og sivilt-militært samarbeid. Den årlige nordiske konferansen ble avholdt på Svalbard. Det vises til en egen rapport fra formannskapet.

Direktoratet sitter i Joint Health Agriculture and Food Group i NATP på vegne av HOD. Gruppen har to årlige møter, som i 2017 ble avholdt hhv i mai og oktober. Hovedfokus har vært arbeid med NATO 7 grunnleggende krav til nasjonene.

Helsedirektoratet har gjennom det nordiske helseberedskapssamarbeidet bidratt til utarbeidelse av en plan for håndtering av masseskadesituasjoner med brannskader i Norden under den nordiske helseberedskapsavtalen. Planen sendes nå i årsskiftet til forankring i de nordiske landene og legges fram for nordisk ministerråd våren 2018. Helsedirektoratet har også bidratt i EUs arbeid med en Europeisk plan for håndtering av masseskadesituasjoner med brannskader.

I 2017 har Helsedirektoratet sammen med DSB, RHF, FHI, UD og FD etablert et Emergency Medical Team 1 i henhold til WHO-standarder. Den norske EMT-en er meldt in som en kapasitet i EUs voluntary pool. Endelig verifisering av den norske EMT-en gjøres i februar 2018 av WHO og EU og vil etter det være klar for internasjonal innsats på anmodning. 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.

## Oppgaver

- |   |  |
|---|--|
| ● <b>Delta i prosjekt som skal utarbeide Sivilt beredskapssystem for helsesektoren</b>        | I rute   |
| Kommentar   | I 2017 har Helsedirektoratet deltatt i arbeidet med revisjon av Sivilt beredskapssystem for sektoren. Det foreløpige planverket er ikke testet ut da det gjenstår en intern gjennomgang av tiltak.   |
| ● <b>Følge opp erfaringer fra øvelser og hendelser og planlegge Nasjonal helseøvelse 2018</b> | I rute   |
| Kommentar   | Helsedirektoratet har høsten 2017 deltatt i øvelsen TRJN17. Helse Vest RHF / Helse Stavanger HF har fått i oppdrag av helsedirektoratet å planlegge og gjennomføre LIVE- del av Nasjonal helseøvelse 2018.   |
| ● <b>Følge opp Nasjonal strategi for CBRNE-beredskap i samarbeid med berørte aktører</b>      | I rute   |
| Kommentar   | Helsedirektoratet har i 2017 arbeidet med oppfølging av den Nasjonale CBRNE-strategien. CBRNE-senteret har som følge av dette fått i sitt oppdrag at de også skal drive rådgivning og veiledning til offentlige myndigheter og etater utenfor helsesektoren. Den nasjonal faglige retningslinjen for håndtering av CBRNE-hendelser med personskaade er ferdig og distribuert ut. Det er utarbeidet et utkast til en overordnet avtale mellom Strålevernet, FHI og direktoratet om samarbeid på beredskaps og krisehåndteringsfeltet. I dette arbeidet er det avdekket en reell uenighet mellom FHI og Helsedirektoratet om ansvar og roller i smittevernberedskapssituasjoner. Vi viser til oversendelsesbrevet til avtaleutkastet. Direktoratet har deltatt i utarbeidelsen til en handlingsplan for Samvirkeområdet kjemikalier og eksplosiver en myndighetsgruppe ledet av DSB. Helsedirektoratet deltar i kriseutvalget for atomberedskap. Direktoratet deltar i en arbeidsgruppe som er utpekt av Kriseutvalget for atomberedskap og ledet av Strålevernet som skal utarbeide et 7. senario atomangrep på norsk jord. Videre har det vært utredet hvordan jod-tabletter kan distribueres ut i kommunene og gjøres tilgjengelig for folk der de bor eller oppholder seg. |



- Utdype behov for revisjon og bidra til høringsnotat om endringer i helseberedskapsloven Ikke startet

Beskrivelse	Utdype behov for revisjon og bidra til høringsnotat om endringer i helseberedskapsloven. Departementet vil presisere oppdraget i eget brev.
Kommentar	HOD har besluttet at oppgaven utsettes til 2018. Oppdraget vil bli presisert i eget brev fra HOD.

### 3.7 Prioriteringer

#### Langsiktige mål

- Innrette nasjonale faglige retningslinjer i tråd med prinsippene for prioritering. Det bør i utarbeidelsen av den enkelte faglige retningslinje så langt som mulig gjøres eksplisitte vurderinger av nytte, ressursbruk og alvorlighet som grunnlag for formulering av anbefalte tiltak.
- Vurdere hvordan prinsippene for prioritering bør påvirke innretningen av pågående utviklingsarbeid knyttet til hvilke normerende produkter som skal utarbeides og prosessene knyttet til dette

#### Oppgaver

- Bidra til utforming av ny blåreseptforskrift og sørge for nødvendige endringer i datasystemer I rute

Beskrivelse	Hesledirektoratet skal bidra i arbeidet med å utforme nytt regelverk for folketrygdfinansierte legemidler, og sørge for at berørte datasystemer legger til rette for implementering av regelverksendringene.
Kommentar	Endringer som følge av ny blåreseptforskrift er implementert i nytt rundskriv. Helfo er gitt tilstrekkelig informasjon og opplæring om nye vilkår for stønad. Informasjonsarbeid ut mot sektor og brukere er startet (og vil fortsette inn i 2018). Nødvendige endringer i M2 er startet, men vil ikke være på plass fra nyttår grunnet kort innføringstid av forskrift (og behov for lang implementering hos eksterne aktører), noe Helseledirektoratet tidlig gjorde HOD oppmerksom på. Se detaljer i tilknyttede kommentarer. Helseledirektoratet har også foreslått og innført kriterier for avvikling av bidragsordningen og enmånedsregelen med virkning fra og med 1.1.2018.

- Helseledirektoratet skal utrede om finansieringsordningene i tilstrekkelig grad understøtter ønsket faglig innretning på tilbudet til multisyke eldre Ferdig

Beskrivelse	Departementet viser til merknad fra Helse- og omsorgskomiteen på Stortinget i sin innstilling til Meld. St. 34 (2015-2016) Verdier i pasientens helsetjeneste – Melding om prioritering om tilbudet til multisyke eldre (Innst. 57 S (2016-2017) s. 20). Det bes det om at Helseledirektoratet utreder om finansieringsordningene i tilstrekkelig grad understøtter ønsket faglig innretning på tilbudet til multisyke eldre. Utredningen skal inneholde ev. konkrete forslag til forbedringer. Frist for leveranse til departementet er 1. mars 2017.
Kommentar	Helseledirektoratet utarbeidet kortfattet rapport med fremstilling av hvordan ulike tjenestetyper knyttet til multisyke eldre fanges opp og finansieres gjennom ISF-ordningen.

- Helseledirektoratet skal, i samarbeid med kliniske fagmiljøer, utarbeide et rammeverk for drøfting i klinikken av hvordan kriteriene for prioritering bør vurderes samlet. I rute

Kommentar	Etter ny avtale med HOD er frist for oppdraget planlagt til medio november, senest 1. desember 2018.
-----------	--

### 3.8 Finansiering, helserefusjoner og helseregistre

---

#### Langsiktige mål



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

---

**Kommentar** Helsedirektoratet har et helhetlig ansvar for forvaltning og videreutvikling av finansieringsystemene i helsetjenesten. Helsedirektoratet videreutvikler de ulike finansieringsordningene for helsesektoren i tråd med målsetningen om at disse skal bidra til likeverdige og effektive helsetjenester av god kvalitet. Innen spesialisthelsetjenesten er innsatsen særlig rettet mot innsatsstyrt finansierings (ISF) - ordningen og tiltak for å bidra til at den er tilpasset nye arbeidsformer og teknologisk utvikling, og slik at ISF-ordningen gir insentiver til effektive spesialisthelsetjenester uavhengig av organisering og gjennomføringsmåte. ISF-ordningen er omfattende endret til 2018 på flere områder i tråd med dette, herunder psykisk helsevern og rus, dagkirurgi og nye metoder for asynkron, telemedisinsk oppfølging. I tillegg har direktoratet lagt det prinsipielle og tekniske grunnlaget for raskere oppdatering av ISF-beregningssystemet gjennom året når nye metoder besluttes i Beslutningsforum.

Helsedirektoratet har gjennom særskilt utredningsarbeid lagt strategi for den langsiktige videreutviklingen av spesialisthelsetjenestens finansieringsystem, med vekt på tiltak for økt forløpsorientering av aktivitetsbaserte finansiering. For kommunale helse- og omsorgstjenester har utviklingsarbeidet særlig vært knyttet til utvikling av finansieringsmodeller for understøttelse av bl.a. primærhelseteam og nye modeller for legevakt. Innen helserefusjonsområdet har innsatsen særlig vært innrettet mot endringer innen individuell refusjon for legemidler og endringer i skjermingsordningene for egenandeler.

---



#### Leverer styringsinformasjon av god kvalitet til Helse- og omsorgsdepartementet, de regionale helseforetakene og kommunene

**Kommentar** Norsk pasientregister leverer styringsinformasjon både gjennom utleveringer av data/statistikk og gjennom utvikling av nye publiseringsløsninger. Det ble i 2017 utført om lag 1100 utleveringer av data og statistikk. Det er utarbeidet en ny avtale om månedlige leveranser av styringsdata til de regionale helseforetakene, og dashboard med nasjonale styringsmål for spesialisthelsetjenesten er utvidet med nye indikatorer. Videre er leveranser til helseforetakenes gjestepasientoppgjør utvidet med data om psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. NPR har også bidratt i arbeidet med å utrede registreringen av ventetidene i spesialisthelsetjenesten. Når det gjelder psykisk helsevern har det over lang tid vært jobbet med å få bedre nasjonal oversikt over vedtak om tvang og tvangsmiddelbruk. I 2017 ble det iverksatt et større arbeid for å få komplette data for perioden 2014-2016, kvalitet og kompletthet er nå betydelig forbedret. For IPLOS har vi i tillegg til publisering av årsrapport og kvalitetsrapport, i 2017 hatt oppmerksomhet på å bedre kvaliteten på datoregistreringer av søknad, vedtak og tjenestestart. Det har også vært arbeidet med å forbedre og utvikle IPLOS inn i KPR, dette vil gi nye muligheter leveranser av styringsinformasjon fra helse og omsorgstjenesten.

Helsedirektoratet utarbeider og publiserer i tillegg mye styringsinformasjon rettet mot ulike deler av helse- og omsorgstjenestene, både om ressursinnsats, aktivitet og bruk av tjenester, produktivitet og kvalitet og pasientsikkerhet.

SAMDATA

Spesialisthelsetjenesten utarbeidet 20 analyser i 2017 som samlet ga en bred beskrivelse av psykisk helsevern, TSB og somatisk virksomhet. Det ble samtidig videreutviklet webtjenester for lettere tilgjengeliggjøring av data og indikatorer. Prosjektet SAMDATA kommune opprettet i 2017 en ny webtjeneste som inneholder informasjon om ressursbruk (kostnader og årsverk) og mottakere av ulike helse- og omsorgstjenester på kommunenivå. Den brukerstyrte visningen gjør det mulig å sammenligne egen kommune med landsgjennomsnittet og andre kommuner.



**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), jf. målet om å etablere en plattform for helsedata.**

---

Kommentar	Aktiviteten i nøkkelregisterprosjektet ble betydelig redusert i 2017 pga. ressursituasjonen, dette ble varslet i Helse- og omsorgsdepartementets tertialoppfølingsmøte i februar 2017. Allerede etablerte løsninger (Hjerte- og karregisteret, Kreftregisteret, Mine pasientreiser, Kjernejournal) er fortsatt i drift, men det har vært begrenset kapasitet til å utvikle nye planlagte løsninger mot Statens strålevern og medisinske kvalitetsregistre.
-----------	--

### Samlet vurdering

For kommunale helse- og omsorgstjenester har utviklingsarbeidet særlig vært knyttet til utvikling av finansieringsmodeller for understøttelse av bl.a. primærhelseteam og nye modeller for legevakt. Innen helserefusjonsområdet har innsatsen særlig vært innrettet mot endringer innen individuell refusjon for legemidler og endringer i skjermingsordningene for egenandeler.

Etter mange års ihrdig arbeid er nytt system for refusjon av legemidler etter individuell søknad innenfor blåreseptordningen innført. Det har vært et pågående arbeid siden 2008 for å innføre like grunnvilkår for blåresept, som alvorlighet, langvarighet og krav til kostnadseffektivitet. Det er nå et klarer skille mellom folketrygdens og de regionale helseforetakenes finansieringsansvar for legemidler. Helsedirektoratet har hatt godt samarbeid med Legemiddelverket og departementet i utarbeidelse av en ny høring om endring i blåreseptforskriften og legemiddelforskriften. Forskriftene ble vedtatt og trådte i kraft 1. januar 2018.

I 2016 og 2017 har Helsedirektoratet arbeidet med å finne tiltak for å få ned saksbehandlingstiden og ressursbruken ved søknadshåndtering i Helfo. Ett av tiltakene som har blitt innført er automatisert saksbehandling av søknader om individuell stønad til legemidler og næringsmidler etter blåreseptforskriften. For en forhåndsbestemt bruk av en rekke legemidler og næringsmidler behandles søknadene fra lege nå kun av en datamaskin. Saksbehandlingstiden er gått fra å være opp til åtte uker, ned til under ett minutt. Automatiseringen er gjort på en måte som sikrer Helfos behov for kontroll av etterlevelsen av regelverket på en adekvat måte. På årsbasis vil automatiseringen gi en ressursbesparelse på to årsverk i Helfo, samt sikre raskere tilgang til offentlig finansiering av nødvendige legemidler og næringsmidler for borgerne. Det er også utviklet en ny finansieringsordning for privat og offentlige poliklinisk laboratorievirksomhet, som ble tatt i bruk 1.1.2018. Ordningen er basert på Norsk laboratoriekodeverk (NLK). Alle private og offentlige laboratorier vil fra 1.1.2018 sende NLK-koder i refusjonskravene til Helfo. Hver analysekode i NLK er samlet i refusjonskategorier og er tilordnet én unik refusjon som skal reflektere nasjonale gjennomsnittskostnader for alle analysene som er tilordnet refusjonskategorien.

Frikort egenandelstak 2 ble automatisert 1.1.2017. Automatiseringen har bidratt til en bedre tjeneste for brukerne og en mer effektiv bruk av samfunnets ressurser. En suksessfaktor for innføringen har vært tett samarbeid mellom Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet og Helfo. I tillegg har det vært avgjørende med tett og godt samarbeid med berørte aktører som behandlerforeninger, EPJ-leverandører, Norsk Helsenett osv. Automatiseringen har ført til lettere tilgjengelige tjenester for brukerne. 283 000 privatpersoner fikk innvilget frikort tak 2 i 2017 uten å søke om det og privatpersoner har tilgang på selvbetjeningsløsning på helsenorge.no for å se sine registrerte egenandeler og frikortstatus. Videre har ordningen medført at over 90 % av fysioterapeutene nå rapporterer egenandeler elektronisk, og har mulighet

for elektronisk samhandling med andre aktører. Som følge av automatiseringen vil det bli en gevinst på ressursbruken Helfo har på området på minst 50 %.

Helsedirektoratet har en rekke oppgaver knyttet til kvalitetsutviklingen i helse - og omsorgssektoren, som blant annet innebærer å utvikle kvalitetsindikatorer for å følge med på kvaliteten i helsetjenesten. I 2017 har det vært mindre rom for å videreutvikle nasjonale kvalitetsindikatorer i henhold til plan.

I tråd med plan for 2017 ble det gjennomført 5 publiseringer av oppdaterte resultater på de nasjonale kvalitetsindikatorene. Publiseringene var i februar, mai, juni, august og november. I løpet av 2017 har det blitt utviklet 19 nye kvalitetsindikatorer innen karkirurgi, abort, infeksjon på sykehjem og i sykehus, bruk av antibiotika på sykehus, nyresvikt, psykisk helse og rus, kreft, ernæring, legemiddelbruk og dagaktivitetstilbud i omsorgstjenesten. 7 kvalitetsindikatorer har blitt utfaset, mens 39 kvalitetsindikatorer har blitt revidert hvorav 33 innen området kreft og 6 innen infeksjon. For noen fagområder har det blitt utarbeidet pakker av ulike kvalitetsindikatorer. Hensikten med pakker er å gi mer helhetlig bilde av et fagområde. Kvalitetsindikatorsystemet har gått fra å bestå av 159 indikatorer ved utgangen til 2016, til 171 ved utgangen av 2017.

I 2017 ble det arbeidet videre med noen Kvalitetsindikator (KI) - grupper, mens andre KI- grupper ble avsluttet eller nedprioritert. Det ble arbeidet med KI - grupper innen graviditet og fødsel, aktiv og meningsfylt tilværelse, psykisk helse og rus, kreft, infeksjon og antibiotika, bruker- og pårørendeundersøkelser, og hjerte- og karsykdommer. Ved utgangen av 2017 er det 20 ulike dataleverandører som leverer data til kvalitetsindikatorsystemet. Dette er én dataleverandør mer enn det opprinnelige målet for 2017. Arbeidet med innføring av Kostnad Per Pasient (KPP) i helseforetakene går som planlagt. Alle helseforetak leverer KPP-data som grunnlag for kostnadsberegninger i 2017. I løpet av 2017 er det utarbeidet rapporteringsspesifikasjon som helseforetakene skal benytte når de skal innrapportere KPP-data på episodenivå til Norsk pasientregister (NPR). Dette arbeidet er gjennomført i samarbeid med helseforetakene. I 2017 har det også blitt gjennomført en pilotering av KPP-spesifikasjon for PHV og TSB i samarbeid med utvalgte helseforetak. Piloten viser at spesifikasjonen kan benyttes som grunnlag for KPP-modellering innen PHV/TSB.

God datakvalitet og styringsinformasjon av god kvalitet er et viktig grunnlag for likeverdige finansieringsordninger og god styring. Helsedirektoratet har i 2017 hatt svært høy aktivitet og mange leveranser på helseregisterområdet. Den viktigste leveransen var etableringen av Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) som ble satt i drift basert på gjenbruk av data fra Kontroll og utbetaling av helserefusjoner (KUHR) 1. desember 2017. Registeret oppdateres daglig og inneholder data fra og med 1. juli 2016. Offisielle data for 2017 ferdigstilles i mars og publiseres 5. april i 2018. Med opprettelsen av registeret er det utviklet løsninger for innsyn og reservasjon på Helsenorge.no, løsningene settes i produksjon 5. februar i år. For å understøtte enklere tilgang for brukere av registerdata, er felles søknadsskjema for utlevering av data fra Norsk pasientregister (NPR), KPR, KUHR, Individbasert pleie- og omsorgsstatistikk (IPLOS) og Fastlegeregisteret publisert. Når det gjelder omsorgstjenestene er nytt meldingsformat for IPLOS ferdigstilt og formidlet til systemleverandørene.

Det er fortsatt høy etterspørsel etter data og statistikk fra Norsk pasientregister. Det ble i 2017 utført omlag 1100 utleveringer. Selv om ca. 90 prosent av utleveringene ekspederes innen forskriftens frister, er det for lang ventetid på nye søknader som personidentifiserbare utleveringer, vi jobber med å iverksette tiltak for å forbedre situasjonen. Det er utarbeidet ny avtale om månedlige leveranser av styringsdata til de regionale helseforetakene og dashboard med nasjonale styringsmål for spesialisthelsetjenesten er utvidet med nye indikatorer. NPR har også gjennomført tiltak for å dokumentere innhold og forbedre kvaliteten i registeret. Sentrale tiltak er publisering av metadata på Health Registries for Research Norway, utredning av registrering av ventetider og forbedring av datakvalitet om bruken av tvang innenfor psykisk helsevern. Helsedirektoratet har i 2017 hatt bred deltakelse i Helsedataprogrammet hvor vi har vært representert og bidratt i relevante deler av programmet.

Grunnet ressursituasjonen har det vært nødvendig å utsette utviklingsarbeid på enkelte områder av spesialisthelsetjenesten. Dette gjelder blant annet data fra radiologiske enheter og prehospitaltjenester,

samt mottaksrutinene for Kostnad per pasient (KPP)-data. Det har heller ikke vært kapasitet til å videreutvikle NPR som nøkkelregister. Videre utvikling av de nevnte områdene vil bli vurdert på nytt i 2018 i dialog med HOD og andre sentrale brukere av registeret

Helsedirektoratet har i 2017 videreført og videreutviklet arbeidet med helsetjenesteanalyser, herunder utvikling av flere web-tjenester for tilgjengeliggjøring av styringsdata og -informasjon. Gjennom SAMDATA Spesialisthelsetjenesten og SAMDATA Kommune er det utarbeidet en rekke analyser med tilhørende og mer detaljerte data i nye web-tjenester.

Sekretariatet for Nasjonalt råd for prioritering i helse- og omsorgstjenesten har siden 2016 vært plassert i Helsedirektoratet. Nasjonalt råd for prioritering i helse - og omsorgstjenesten som skal bidra til mer helhetlig tilnærming til problemstillinger om prioritering i helse - og omsorgstjenesten. Sekretariatet har i 2017 utredet saker til og lagt til rette for 4 rådsmøter, samt at det har vært avholdt et frokostseminar om prioriteringsutfordringer som oppstår i grenseflaten mellom offentlig og privat helsetjeneste. Sekretariatet har arbeidet med faglig utvikling på og synliggjøring av prioriteringsfeltet, samt synliggjøring og daglig drift av rådets virksomhet.

### Styringsparameter

#### Antall formidlede pasienter som følge av fristbrudd

---

Kommentar Antall fristbruddsaker hvor pasient mottar helsehjelp via Helfo i Norge eller utlandet: 3576. I tillegg kommer 193 saker som per i dag ikke er registrert og ferdigstilt.

#### Antall registrerte fristbrudd

---

Kommentar Antall reelle fristbruddhenvendelser til Helfo: 8880

#### Behandlingstid på søknader om utlevering, antall behandlede søknader og antall utleveringer av data fra NPR til ulike formål

---

Kommentar Data fra NPR utleveres til en rekke faste formål – herunder styringsdata til RHF, nøkkelregisterrollen (HKR, Kreftregisteret), dekningsgradsanalyser for medisinske kvalitetsregistre, finansieringsordninger, kvalitetsindikatorer, SAMDATA, gjestepasientoppgjøret, kjernejournal og Mine pasientreiser. Disse leveransene gjøres med grunnlag i faste avtaler. Det har vært en økning i denne kategorien leveranser, hovedsakelig grunnet innføring av Mine pasientreiser og ISF for psykisk helsevern og rus. I tillegg utleveres opplysninger til enkeltprosjekter etter søknad. Søknadene gjelder både statistikk og personidentifiserbare data. For denne kategorien har det fra 2014 vært kraftig økning (46 prosent) i personidentifiserbare leveranser. I samme periode har det vært en svak nedgang (13 prosent) i antall statistiksaker, nedgangen forklares delvis ved at statistikk i økende grad gjøres tilgjengelig på nett. Samlet for alle formål og kategorier ble det gjort 1113 leveranser fra NPR i 2017. Når det gjelder behandlingstid ekspederes ca. 90 prosent av utleveringene innen forskriftens frister. For leveranser etter søknad ble hhv. 71 prosent (statistikk) og 59 prosent (personidentifiserbare) levert innen frist. Enkelte, særlig nye søknader om personidentifiserbare utleveringer, har svært lang saksbehandlingstid.

## ● Brukertilfredshet

Kommentar	Resultat	Prestasjonsmål
- Nett-tjenester; Helfos områder på helsenorge.no	86 %	80 %
- 800HELSE kontaktskjema/epost	79 %	80 %
- 800HELSE telefon	86 %	85 %
- Fristbruddpasienter (begrenset til Helfos tjenester)	96 %	95 %
- Helfos administrasjon av fastlegeordningen (komm.)	76 %	75 %
- Besvarelse epost til helseaktørene	68 %	80 %
- Telefontjenesten helseaktørene	85 %	85 %
- Besvarelse epost til private	63 %	70 %
- Telefon veiledning for private	73 %	80 %

## ● Gjennomsnittlig behandlingstid for frikort

Kommentar Tak 1: 8 dager  
Tak 2: 12 dager

## ● Gjennomsnittlig saksbehandlingstid innen de største stønadsområdene

Kommentar Saksbehandlingstider angitt per tertial (1. / 2. / 3. tertial 2017): § 5-24 ordinær refusjon: gjennomsnittlig saksbehandlingstid i 2017 var 33,28 / 53,19 / 43,38 dager. § 5-24 utvidet refusjon: gjennomsnittlig saksbehandlingstid i 2017 var 35,65 / 48,95 / 28,84 dager. § 5-24a forhåndstilsagn: gjennomsnittlig saksbehandlingstid i 2017 var 33,68 / 34,73 / 28,39 dager. § 5-24a refusjon: gjennomsnittlig saksbehandlingstid i 2017 var 52,97 / 31,61 / 25,23 dager. § 5-14 Legemidler: gjennomsnittlig saksbehandlingstid i 2017 var 7,93 / 4,72 / 5,55 dager (prioriterte saker) og 33,65 / 17,63 / 14,18 dager (øvrige saker). § 5-22 bidrag forhåndstilsagn: gjennomsnittlig saksbehandlingstid 2017 var 29,37 / 20,01 / 15,97 dager, § 5-22 bidrag refusjon: gjennomsnittlig saksbehandlingstid 2017 var 26,69 / 15,35 / 8,32 dager § 5-6(tannhelse refusjon): gjennomsnittlig saksbehandlingstid i 2017 var 45,72 / 44,81 / 13,76 dager.

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

Kommentar Styringsparameteren er knyttet til det langsiktige målet om å redusere rapporterings- og registreringsbyrde i helse- og omsorgssektoren gjennom deling og gjenbruk av data fra NPR og KPR. Arbeidet med å inngå nye avtaler om bruk av NPR som nøkkelregister ble parkert i 2017, dette ble kommunisert med Helse- og omsorgsdepartementet i tertialoppfølgingsmøtet i februar 2017.

## ● Saksbehandlingstidene i Helfo på klagesaksområdet skal ligge på samme nivå som i 2016

Kommentar For 2017 vil det kun rapporteres for klagesaker i 1. instans ettersom Helseklage har overtatt ansvaret for klagesaker på helserefusjonsområdet. Vi mottar ikke saksbehandlingstider for klagesaker, men Helfo rapporterer på omgjøringsprosenten for klagesaker per stønadsområde. Det er i 3. tertial 2017 høyest omgjøringsprosent 1. instans for utland (52 %), tann (38 %) og legemidler/næringsmidler (30 %).

Kommentar	Resultat	
	Prestasjonsmål	
- Ventetid 800HELSE totalt	66 sek	80 sek
- 800HELSE skjema/epost besvart innen 2 virkedager	99 %	100 %
- 800HELSE svarprosent	92 %	90 %
- Epost helseaktører besvart innen 2 virkedager	95 %	100 %
- Svarprosent telefon helseaktører	82 %	90 %
- Gj.snittlig ventetid telefon helseaktører	54 sek	40 sek
- Manuelle behandling europeisk helsetrygdkort	97 %	100 %
- FBV Godkjenning innen 4 uker	59 %	80 %
- Fristbrudd saksbehandlingstid innen 10 virkedager	59 %	100 %

## Oppgaver

### ● Analyse av utgiftsutvikling på programområde 30 Ikke startet

**Beskrivelse** Det foretas en analyse av utgiftsutviklingen på programområde 30 med en sammenligning mellom ulike tjenester og over flere år. Frist 1. august

**Kommentar** Oppdraget er utsatt til 2018.

### ● Avklare finansieringsansvar for nye legemidler I rute

**Beskrivelse** Finansieringsansvar for legemidler; De regionale helseforetakene får overført finansieringsansvaret for kreftlegemidler og legemidler til behandling av pulmonal arteriell hypertensjon (PAH). Helsedirektoratet skal inkludere disse legemidlene i ISF fra 2018. Helsedirektoratet får fullmakt til å fatte beslutning om hvem som skal finansiere nye legemidler som kommer på markedet og som er alternativer til eller ligger innenfor nevnte legemiddelgrupper. Helsedirektoratet vil, som ved tidligere overføringer, få fullmakt til å forvalte utvidet H-reseptordning.

**Kommentar** Finansieringsansvaret for 156 nye legemidler (virkestoff) ble plassert hos de regionale helseforetakene i 2017. Dette inkluderer både nye legemidler og etablerte legemidler innenfor de overførte terapiområdene, kreft og PAH. Oppgaven innebærer også oppdatering av forskrifter, internettsider, dialog med de forskjellige aktørene og svare på henvendelser.

### ● Bidra i arbeidet med utvikling av egenandels- og skjermingsordninger Ferdig

**Beskrivelse** Helsedirektoratet skal bidra i arbeidet med utvikling av egenandels- og skjermings-ordninger. HOD vil komme tilbake til oppdraget i eget brev. Oppdraget ble spesifisert i tillegg til tildelingsbrev nr. 23 – egenandelsområdet. Vi ber Helsedirektoratet vurdere effekter av et ev. sammenslått tak. I brev av 3.3.17 svarer direktoratet på deler av dette. I tillegg ber departementet om tall på virkningen i forhold til flere variabler for å beskrive effekt på gruppe. Dette er variabler som f.eks. hjelpestønad, grunnstønad, uføretrygd og inntekt. Dette er indikatorer på et stort behov for helsetjenester og økonomisk situasjon.

**Kommentar** Oppdraget ble gitt i tillegg til tildelingsbrev nr. 23. I dialog med departementet ble det konkludert med at det ikke foreligger hjemmel til å koble frikortdata med andre register. Dette medførte at oppdraget ikke kunne besvares ut over besvarelsen som ble gitt i tillegg til tildelingsbrev nr. 4.

●	Fremme konkrete forslag til Helse- og omsorgsdepartementet om hvordan økonomiske insentiver kan benyttes for å øke dekningsgraden i medisinske kvalitetsregistre innen 1. mai	Ferdig
---	---	--------

Beskrivelse	Helsedirektoratet skal innen 1. mai fremme konkrete forslag til Helse- og omsorgsdepartementet om hvordan økonomiske insentiver kan benyttes for å øke dekningsgraden i medisinske kvalitetsregistre. Det forutsettes at regionale helseforetak konsulteres i utredningsarbeidet.
Kommentar	Helsedirektoratet leverte utredning basert på samarbeid med RHF og SKDE. Rapporten påpeker vesentlige utfordringer på løsningsiden ved at det er problematisk å etablere økonomiske insentiver som på den ene siden oppleves tilstrekkelig treffsikre, og som på den andre siden ikke er uforholdsmessig administrativt krevende å gjennomføre.

●	Helsedirektoratet skal administrere ordningen med kompensasjon for merverdiavgift i helseforetakene fra 1. januar 2017	I rute
---	--	--------

Beskrivelse	Det innføres en ordning med kompensasjon for merverdiavgift i helseforetakene fra 1. januar 2017, jf. kap. 732.70 og 80. Helsedirektoratet skal administrere ordningen; forvalte regelverket for ordningen, motta og kontrollere kompensasjonskrav, som dernest sendes Helse- og omsorgsdepartementet for utbetaling innen to uker etter rapporteringstermin, sørge for utvikling av egne administrative rutiner og systemer, bistå i opplæring av personell og stimulere til en felles forståelse og håndtering av regelverket i helseforetakene. I samarbeid med departementet og de regionale helseforetakene skal Helsedirektoratet følge erfaringene med ordningen og eventuelt foreslå justeringer. Det er satt av 3 mill. kroner til administrasjon av ordningen over kap. 720.01.
Kommentar	I 2017 ble kravskjema fra de fire regionale helseforetakene kontrollert og beregnet 5 ganger. Helsedirektoratet har kontrollert at kravene kommer fra kompensasjonsberettiget virksomhet, at kravet er signert av RHF-et, kontrollsummert krav på foretaksnivå, kontrollert at grunnlagene for kravene er konsistente med kravene som framsettes og har beregnet endringer i krav per termin. Det er videre vurdert om utviklingen i merverdiavgiftskompensasjonen er konsistent med utviklingen i ISF-aktivitet. Det er utarbeidet prognoser for avvik mellom budsjett og utbetalinger. Prognosene danner grunnlag for eventuelle tilleggsbevilgninger i revidert nasjonalbudsjett. Arbeidet gjøres i forbindelse med oversendelse av Helsedirektoratets godkjente krav fra RHF-ene til HOD. I tillegg til ordinært prognosearbeid, ble det gjort tilleggsberegninger i forbindelse med merverdiavgift knyttet til nye legemidler i 2017, og økt minstesats for merverdiavgift i 2018. Helsedirektoratet har videre etablert og oppdatert nettsider for spørsmål og svar knyttet til ordningen. Helsedirektoratet har besvart henvendelser fra jurister både i helseforetak innenfor ordningen med nøytral merverdiavgift i helseforetak, og fra private aktører utenfor ordningen. Spørsmålene har i hovedsak kommet fordi at det har vært uklart for aktørene om hva og hvem som omfattes av ordningen. Det er gjennomført samarbeid og veiledning av RHF/HF knyttet til fortolkning av regelverket for ordningen. Eksempler på spørsmål som Helsedirektoratet og RHF-ene har samarbeidet om når det gjelder fortolkning av regelverk er forenkling av dokumentasjon/underlag for utleggrefusjoner, og mulighet for refusjon av skjønsmessig fastsatt innførselsverdi og dermed merverdiavgift for legemidler overført fra forskning til behandling.



●	Helsedirektoratet skal i samarbeid med Helfo utarbeide en plan for vurdering av kontorstrukturen i Helfo	I rute
Beskrivelse	Helsedirektoratet skal i samarbeid med Helfo utarbeide en plan for vurdering av kontorstrukturen i Helfo. Viktige kriterier er: Effektiv ressursbruk, størrelse på fagmiljøer, kompetansebehov, tilgang på kompetanse, tjenestetilbud, tilgjengelighet og kvalitet på tjenestene. God regional fordeling av arbeidsplasser. Det er ikke aktuelt å planlegge med samling av årsverk til Oslo. Oppdraget skal gjennomføres etter en ryddig og forutsigbar prosess, basert på rammebetingelser for omstillingsarbeid og medbestemmelse.	
●	Innen 1. mars levere rapport med strategisk vurdering av hvordan finansieringsordningene i spesialisthelsetjenesten bør videreutvikles på lengre sikt.	Ferdig
Beskrivelse	Helsedirektoratet skal innen 1. mars 2017 levere en rapport til departementet med en strategisk vurdering av hvordan finansieringsordningene i spesialisthelsetjenesten bør videreutvikles på lengre sikt.	
Kommentar	Helsedirektoratet leverte mars 2017 rapport med vurdering av sentrale endringsdrivere for spesialisthelsetjenesten på lengre sikt og hvordan dette kan og bør påvirke innretningen av finansieringsmodellen for spesialisthelsetjenesten. Rapporten konkluderer med at dagens blandingsmodell er god. Samtidig påpekes det at flere forhold som sterkt peker i retning av behov for å dreie den aktivitetsbaserte finansieringen av regionale helseforetak i forløpsorientert retning, med mindre grad av detaljert stykkprisbetaling for deltjenester.	
●	Kommunal plikt til å tilby øyeblikkelig hjelp døgnopphold for mennesker med psykisk helse- og/ eller rusmiddelproblemer innføres fra 2017	I rute
Beskrivelse	Kommunal plikt til å tilby øyeblikkelig hjelp døgnopphold for mennesker med psykisk helse- og/ eller rusmiddelproblemer innføres fra 2017. Det er overført 86,5 mill. kroner fra de regionale helseforetakene til kommunerammen fra 2017. Helsedirektoratet skal innhente informasjon om ordningen, herunder hvorledes midlene benyttes, beleggspersent m.m., jf. dagens oppfølging av plikten innen somatikk.	
Kommentar	Fra 1. januar 2016 fikk kommunene plikt til å opprette et kommunalt døgntilbud for helse- og omsorgstjenester til pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp. Fra 1. januar 2017 gjaldt plikten også for pasienter med psykisk helse- og rusmiddelproblemer. Helsedirektoratet ble gitt i oppgave av Helse- og omsorgsdepartementet å samle inn informasjon om tilbud og bruk av det kommunale døgntilbudet for øyeblikkelig hjelp. I 2017 ble det innsamlet data fra alle kommuner for 2016. Innsamlede data fra 2016 viser at bruken av det kommunale døgntilbudet for øyeblikkelig hjelp (ØHD) økte med 41 prosent for innleggelser og 35 prosent for estimerte liggedøgn siden forrige rapporteringsperiode (1. september 2014-31. august 2015). I Helsedirektoratets innsamling av opplysninger fra ØHD-tilbudene for 2016 mangler det opplysninger fra 52 kommuner. For 3 av disse var det ikke opprettet et tilbud, fra 13 vertskommuner og i alt 49 kommuner ble det ikke rapportert data. For ytterligere 5 kommuner er det rapportert 0 innleggelser. Bruken av det kommunale døgntilbudet for øyeblikkelig hjelp varierer betydelig mellom kommunene. Størst bruk finner vi i sykestuekommuner og vertskommuner. Små kommuner har høyere bruk av tilbudet enn store. Lavest bruk finner vi i kommuner med et nystartet tilbud i 2016. Når vi inkluderer sykestuene, tilsvarende bruken av det kommunale døgntilbudet for øyeblikkelig hjelp totalt sett 7,6 innleggelser og 20 liggedøgn per 1000 innbygger. Formålet med oppbyggingen av et kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp er å unngå innleggelser i spesialisthelsetjenesten når dette ikke er ønskelig eller nødvendig ut fra en helhetlig medisinsk og psykososial vurdering.	

Effekten på bruk av sykehus når det gjelder innleggelse for øyeblikkelig hjelp for personer over 80 år er liten i relasjon til det totale omfanget av sykehusopphold, men indikerer likevel at ØHD-enhetene bidrar til å redusere antallet sykehusopphold. I desember 2017 sendte Helsedirektoratet spørreskjema til alle kommuner om tilbud og bruk av det kommunale døgntilbudet for øyeblikkelig hjelp for 2017. Kommunene ble da også bedt om en særskilt rapportering av tilbud og aktivitet for pasienter med psykisk helse- og rusmiddelproblemer.

● **NPR skal bidra til at kvaliteten på registrering av utskrivningsklare i PH og rus blir bedre** Forsinket

Beskrivelse	NPR skal bidra til at kvaliteten på registrering av utskrivningsklare i PH og rus blir bedre. I Fremtidens primærhelsetjeneste ble det varslet at regjeringen tar sikte på å innføre betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter i PH og TSB, tidligst fra 2018.
Kommentar	Helsedirektoratet har i 2017 arbeidet med presiseringer i registreringsveileder og forbedringer av tilbakemeldingsrapporter til helseforetakene. Revidert registreringsveileder blir publisert i utgangen av januar 2018, og nye tilbakemeldingsrapporter blir implementert ifm rapportering av 2018-data. Videre vil data om utskrivningsklare pasienter også inkluderes i de månedlige styringsdataleveransene til de regionale helseforetakene i 2018, dette er et viktig tiltak for å forbedre kvaliteten på dataene.

● **Nytt kodeverksbasert refusjonssystem for polikliniske lab. analyser innføres fra 1.1.18.** Ferdig

Beskrivelse	Helsedirektoratet utvikler et nytt, kodeverksbasert refusjonssystem for polikliniske laboratorieanalyser. Det nye systemet skal innføres fra 1.1.18
Kommentar	Oppdraget er utført i henhold til fristen. Det er utviklet en ny finansieringsordning for privat og offentlige poliklinisk laborativ virksomhet, som ble tatt i bruk 1.1.2018. Ordningen er basert på Norsk laboratoriekodeverk (NLK). Alle private og offentlige laboratorier vil fra 1.1.2018 sende NLK-koder i refusjonskravene til Helfo. Hver analysekode i NLK er samlet i refusjonskategorier og er tilordnet én unik refusjon som skal reflektere nasjonale gjennomsnittskostnader for alle analysene som er tilordnet refusjonskategorien. Patologi og klinisk nevrofysiologi er ikke en del av ny refusjonsordning. Den nye ordningen skal blant annet gi riktig og forutsigbar inntekt for laborativ virksomhetene basert på faktiske kostnader, gi grunnlag for å sammenligne aktivitet mellom HF/RHF, se hvilke aktiviteter som vokser og sørge for god utgiftskontroll for staten.

● **Sanksjoner av leger som misbruker blåreseptordningen - bistå departementet i arbeidet med å foreslå endringer i folketrygdens kapittel 25 (overtredelsesgebyr)** I rute

Beskrivelse	I Riksrevisjonens rapport for budsjettåret 2015 får Helse- og omsorgsdepartementet kritikk for ikke å ha sørget for flere sanksjonsmuligheter mot leger som misbruker blåreseptordningen. Helsedirektoratet skal bistå departementet i arbeidet med å utrede hjemmel for overtredelsesgebyr og innspill til HODs arbeid med høringsnotat med forslag til endringer i folketrygdens kapittel 25. HOD vil komme tilbake til saken.
Kommentar	Helsedirektoratet mottok i desember 2017 oppdrag om Utredning av overtredelsesgebyr fra HOD med frist for innspill til fase 1, senest 1. juni 2018.

● **Sette KPR i ordinær drift med KUHR-data, sikre inkludering av IPLOS-data fra 1. januar 2018 og videreutvikle KPR** I rute

Beskrivelse	Sette KPR i ordinær drift med KUHR-data, sikre inkludering av IPLOS-data fra 1. januar 2018 og videreutvikle KPR med mer komplette data og bedre datakvalitet.
-------------	--

**Kommentar** KPR er satt i drift basert på gjenbruk av data fra KUHR. Data er mottatt for perioden 1.7.2016 til dagens dato, og oppdateres daglig med nye data. I tråd med plan for trinn 1 av KPR, arbeides det fortsatt med datavarehusutvikling og enkle publiseringsløsninger. Offisielle årsdata for i 2017 ferdigstilles i mars, og publiseres 5. april i år. Etter publisering av årsdata, vil publiseringsløsningene oppdateres månedlig med kommunene som prioritert målgruppe. Det er etablert eget fagteam med tilhørende prosedyrer for forvaltningen av KPR. Videreutviklet rapporteringsformat for omsorgstjenestene (IPLOS-melding til KPR) som skal gjelde for innsending av 2018 data i januar 2019, er ferdigstilt og formidlet til systemleverandørene. Tekniske løsninger for mottak av meldinger ble påbegynt i 2017, og ferdigstilles i løpet av 2018. Løsning for innsyn og reservasjon på Helsenorge.no ble utviklet i 2017 og settes i produksjon 5. februar. Det er også etablert løsning for at innbyggere som ikke kan eller ønsker å benytte digitale kanaler, kan be om innsyn og reservasjon per brev. For å understøtte enklere tilgang for brukere av registerdata, er felles søknadsskjema for utleveringer av data fra KPR, NPR, KUHR, IPLOS og Fastlegeregisteret publisert.

**● Videreutvikle NPR som et sentralt register i tråd med nasjonal helseregisterstrategi**

I rute

**Beskrivelse** Videreutvikle NPR som et sentralt register i tråd med nasjonal helseregisterstrategi, jf. også oppdraget til Direktoratet for e-helse om å etablere et program for fellesløsninger og legge frem en plan for utvikling av en plattform for helsedata.

**Kommentar** Nasjonal helseregisterstrategi har som mål bedre utnyttelse, bedre kvalitet og sikrere håndtering av data i de nasjonale helseregistrene. Helsedirektoratet har også i 2017 gjennomført en rekke tiltak av både teknisk og organisatorisk karakter som støtter opp under denne utviklingen. Nytt fra 2017 er at Helsedirektoratet har bidratt med sentrale ressurser fra vårt helseregistermiljø inn i Helsedataprogrammet, som er etablert som oppfølging av Nasjonal helseregisterstrategi. I tillegg er trinn 1 av Klinisk relevant tilbakemelding satt i produksjon.

### 3.9 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 og mot WHO har Helsedirektoratet bidratt på samme nivå som året før. Inn mot OECD og Europarådet, og i Barents-samarbeidet, nordisk samarbeid og innen helseberedskap er aktivitetsnivået uendret. Helsedirektoratet bidrar til, eller utvikler på egenhånd, svar til internasjonale rapporteringer og spørreundersøkelser. Dette gjøres ofte på kort varsel og i tillegg til de faste oppdragene og krever som regel tverrfaglig samarbeid internt, og med eksterne aktører. Direktoratet gjennomfører følge med oppgaver inn mot internasjonale organisasjoner og fagprosesser i global helse knyttet til alle deler av direktoratets virksomhet.

Direktoratet har oppnådd sine mål for deltakelse i internasjonale fora. WHO-forum avholdes i direktoratet i forkant av møter i WHOs styrende organer. Norge sitter ikke i WHOs styrende organer, og deltar direktoratet aktivt inn mot styrende organer og bidrar til utvikling av nasjonale posisjoner og 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 politikkutforming i EU.

Helsedirektoratet leverte i 2017 forslag til oppfølging av regjeringens prioriterte mål under FNs bærekraftsmål (SDG) delmål 3 som gjelder helse. I etterkant av dette arbeidet er det avgjort at det ikke skal utarbeides noen nasjonal strategi på området. Helsedirektoratet samarbeider med Folkehelseinstituttet om å legge til rette for oppfølging og rapportering på bærekraftsmålene. I tillegg gjøres det et større arbeid hva angår følge med arbeidet for Helsedirektoratet på bærekraftsmålene.

### Arbeidet med prioriterte oppdrag/aktiviteter i 2017

EUs tredje helseprogram inklusiv Joint Actions

Helsedirektoratet er nasjonalt kontaktpunkt for EUs tredje helseprogram (2014 – 2020). Helsedirektoratet deltok i 2017 som fullverdig partner i 7 Joint Actions på helseområdet. Arbeidet er finansiert av EUs helseprogram. I 2017 var Helsedirektoratet fullverdig partner i følgende JAs:

1. EU wide rare diseases information database (RD-ACTION)
2. Nutrition and physical activity (JANPA) (avsluttet medio november)
3. Blood transfusion and tissue and cell transplantation (VISTART)
4. Dementia (DEM2)
5. Health Technology Assessment cooperation (EUnetHTA JA3)
6. Joint Market Surveillance Actions on medical devices intended to be re-sterilised focusing on information in the Instruction for use and validation data necessary for the re-sterilisation by the user (COENJA2014) (avsluttet medio april).
7. Addressing chronic diseases and promoting healthy ageing across the life cycle (CHRODIS) (avsluttet medio mars).

+ oppstart av European Joint Action on antimicrobial resistance and associated infections (EU-JAMRAI). Helsedirektoratet deltar fra 2017 også i Joint Action on Tobacco Control som “collaborative partner”. Helsedirektoratet er vedtatt nominert partner i Joint Action Health Information med oppstart mars 2018.




### EØS-finansieringsordningene

Programperioden 2009-2014 for EØS-midlene ble avsluttet i 2017 og ny periode (2014-2021) ble startet opp hvor Helsedirektoratet er donorprogrampartner (DPP) på helseprogrammer i Romania og Polen samt på programmer om vold i nære relasjoner i Slovakia og Estland. Ressursrammene for institusjoner som er DPP er betydelig redusert i den nye perioden.

### 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 også i 2017 midler til prosjektsamarbeid mellom Norge og Russland gjennom to utlysingsrunder. 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

 <b>Direktoratet skal bidra til utvikling av forslag til tiltak for oppnåelse av FNs bærekraftsmål (SDG) på helseområdet.</b>	I rute
Beskrivelse	Direktoratet skal bidra til utvikling av forslag til tiltak for oppnåelse av FNs bærekraftsmål (SDG) på helseområdet.
Kommentar	Helsedirektoratet har vært i dialog med Folkehelseinstituttet om videre oppfølging og rapportering på Bærekraftsmålene.  Helsedirektoratet leverte i 2017 forslag til oppfølging av regjeringens prioriterte mål under FNs bærekraftsmål (SDG) delmål 3 som gjelder helse. I etterkant av dette arbeidet er det avgjort at det ikke skal utarbeides noen nasjonal strategi på området. Helsedirektoratet samarbeider med Folkehelseinstituttet om å legge til rette for oppfølging og rapportering på bærekraftsmålene. I tillegg gjøres det et større arbeid hva angår følge med arbeidet for Helsedirektoratet på bærekraftsmålene.
 <b>Helsedirektoratet skal delta i regelverk- og programsamarbeid i EU på sitt ansvarsområde</b>	I rute
Beskrivelse	I tråd med regjeringens politikk om tidlig påvirkning i EUs arbeid, skal Direktoratet delta i regelverk- og programsamarbeid i EU på sitt ansvarsområde, herunder myndighetssamarbeid mellom landene, såkalte Joint Actions.
Kommentar	Fagansvaret ligger i avdelingene. Avdeling global helse har ingen indikasjon på at direktoratets ulike avdelinger ikke deltar på aktuelle områder. Helsedirektoratet er på regelverksområdet ansvarlige på to områder: Medisinsk utstyr og blod, celler og vev. Helsedirektoratet deltar i EUs programsamarbeidet i myndighetssamarbeidet Joint Action. Ny Joint Action i 2017 er på området Helseinformasjon.
 <b>Helsedirektoratet skal, som en av de nasjonale programpartnerne under EØS-finansieringsordningene, bidra til norsk samarbeid med EU-mottakerlandene</b>	I rute
Beskrivelse	Helsedirektoratet skal, som en av de nasjonale programpartnerne under EØS-finansieringsordningene, bidra til norsk samarbeid med EU-mottakerlandene.
Kommentar	I 2017 har Helsedirektoratet vært Donor Program Partner (DPP) i programperioden 2009-2014 i Polen og Slovakia og for perioden 2014-2021 for Romania, Slovakia og Estland. I Romania og Polen er Helsedirektoratet DPP i folkehelseprogrammet, i Slovakia og Estland på vold i nære relasjoner-området. I 2017 ble programmene i Slovakia og Polen for perioden 2009-14 avsluttet med sluttkonferanser og andre arrangementer for å klargjøre arbeidet i neste programperioden. Arbeidet i Slovakia og Romania for perioden i 2014-2021 har vært fokusert på utvikling av programmene i tett kontakt med myndighetene i landene, FHI, Financial Mechanism Office (FMO) i Brussel og mange aktører fra sektoren. Helsedirektoratet har også gitt innspill til Utenriksdepartementet og FMO i flere anledninger basert på erfaringene fra forrige programperiode.

## 3.10 Kvalitet, pasientsikkerhet og brukerinvolvering

---

### Langsiktige mål

- Bedre pasientsikkerhet og færre uønskede hendelser

---

- 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

---

- Støtte tjenestens systematiske arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet, og bidra til å legge til rette for kommunenes deltakelse i pasientsikkerhetsprogrammet "I trygge hender".

### Samlet vurdering

#### Brukerinvolvering

God dialog og medvirkning er ett av sentrale mål i Helseidrettoratets strategi 2014-2018 med *Brukermedvirkning* som satsingsområdet for 2017. Helseidrettoratet fikk mange positive tilbakemeldinger fra brukerorganisasjonene på måten virksomheten jobber med å utvikle brukermedvirkning. Det er ulike nivåer av brukermedvirkning i mange arbeidsprosesser i direktoratet, men det er samtidig fremdeles utviklingspotensial.

Gjennom 2017 ble det gjennomført 4 møter i Brukerrådet som har som mål å gi råd og innspill til Helseidrettoratet i strategisk viktige saker og bidra til utvikling og oppfølging av direktoratets systematiske brukermedvirkning. Kontinuerlig forankring av arbeidet hos helseidrettor og i Helseidrettoratets ledermøter ga sakstilfang både fra Helseidrettoratet og brukerrepresentantene i rådet. Erfaringene fra de to første årene med Brukerråd i Helseidrettoratet ligger til grunn for Helseidrettoratets invitasjon til brukerorganisasjonene om å nominere deltakere til Helseidrettoratets Brukerråd 2018-2020.

Som en del av arbeidet med Brukermedvirkningsprosjekt ble det utviklet verktøy og metoder for brukermedvirkning i organisasjonen – redskap for å få til gode prosesser, systematikk og metodeutvikling for brukermedvirkning uavhengig av type oppdrag. Mål, tiltak og verktøykassen har blitt til i et samspill mellom Helseidrettoratet og brukerorganisasjonene. Det ble så utarbeidet «mål og tiltak for brukerstemmer i Helseidrettoratets arbeid». Det er ansatt en erfaringskonsulent fra Unge funksjonshemmede I Helseidrettoratet er det blitt etablert et internt nettverk av medarbeidere som har kunnskap og erfaring med brukermedvirkning. Fasiliteringskurs var et ledd i videre styrking av medarbeidernes kompetanse på prosessledelse av brukerinvolvering.

#### Nasjonalt kvalitetsindikatorssystem

Kvalitetsindikatorsystemet har gått fra å bestå av 159 indikatorer ved utgangen til 2016, til 171 ved utgangen av 2017. Videreutvikling av kvalitetsindikatorsystemet ble dessverre påvirket av gjennomført intern omorganisering og nedbemanning i Helseidrettoratet og satte mål for området ble kun delvis oppnådd.

I løpet av 2017 ble det utviklet 19 nye kvalitetsindikatorer innen karkirurgi, abort, infeksjon på sykehjem og i sykehus, bruk av antibiotika på sykehus, nyresvikt, psykisk helse og rus, kreft, ernæring, legemiddelbruk og dagaktivitetstilbud i omsorgstjenesten. Oppdaterte resultater på de nasjonale kvalitetsindikatorer ble publisert som planlagt i februar, mai, juni, august og november.

7 kvalitetsindikatorer ble utfaset i løpet året, mens 39 kvalitetsindikatorer ble revidert (33 av disse var innen kreftområdet og 6 innen infeksjon). For noen fagområder har det blitt utarbeidet pakker av ulike kvalitetsindikatorer. Hensikten med kvalitetsindikator-pakker er å gi mer helhetlig bilde av et fagområde.

I 2017 ble det arbeidet videre med noen kvalitetsindikator-grupper (KI-grupper), mens andre KI-grupper ble avsluttet eller nedprioritert. Det ble arbeidet med KI-grupper innen graviditet og fødsel, aktiv og meningsfylt tilværelse, psykisk helse og rus, kreft, infeksjon og antibiotika, bruker- og pårørendeundersøkelser, og hjerte-

og karsykdommer. Ved utgangen av 2017 er det 20 ulike dataleverandører som leverer data til kvalitetsindikatorsystemet. Dette er én dataleverandør mer enn det opprinnelige målet for 2017.

### Nasjonale behandlingstjenester

I 2017 ble det gjennomført en helhetlig 5-årsgjennomgang av nasjonale behandlingstjenester (5-års evaluering). Alle de ca. 50 behandlingstjenestene ble vurdert, med bidrag fra representanter for RHFene, etter innhenting av detaljert grunnlagsmateriale. Vurderingene er oversendt HOD. Ingen behandlingstjenester er foreslått nedlagt, men flere av evalueringene vil kreve oppfølging fra RHFene. I 2018 skal de nasjonale kompetansetjenestene underlegges 5-årsgjennomgang.

### Prosjekt Kvalitet i helsetjenesten

I 2017 ble det en endring av prosjektets innretning. Agenda Kaupang leverte rapporten som skisserer ulike utfordringer som helse- og omsorgstjenesten møter i sitt arbeid med systematisk kvalitetsforbedring. For å finne rotårsaken til noen av skisserte i rapporten utfordringer, gjennomførte prosjektet 3 dybdeintervjuer med en kommune.

Prosjektet er i slutfasen og vil levere sin sluttrapport ila første kvartal 2018. Basert på interne og eksterne funn kommer prosjektet med anbefalinger for Helsedirektoratets videre arbeid. Målet er å sikre både intern koordinering og samhandling på dette feltet, vellykket implementering av leveranser og at det vi gjør er i samsvar med tjenestens behov.

### Global Trigger Tool

I 2017 ble data ifm Global Trigger Tool-undersøkelsen samlet inn med påfølgende planlagte publisering av rapporten. I tillegg ble det sendt ut faktaark til samtlige HF til bruk i det lokale kvalitetsforbedringsarbeidet. Arbeid med å tilpasse undersøkelsen slik at den kan benyttes til sammenligning mellom helseforetak blir igangsatt i 2018.

### Meldeordning etter § 3-3 og meldesystemene

Meldeordningen etter spl § 3-3 driftes i henhold til plan. Meldeordningen har klassifisert og besvart ca. 10 000 innkomne meldinger. Også meldesystemene for celler og vev, organene samt hemovigilans driftes i henhold til planen. Nytt Norsk kodeverk for uønskede pasienthendelser (felles klassifikasjonssystem) er tatt i bruk og implementeres i nytt saksbehandlingssystem for Meldeordningen (MUPas), som tas i bruk i februar/ mars 2018.

Det ble avholdt tre kurs i hendelsesanalyse med til sammen ca. 90 deltakere. I samarbeid med firmaet SomSagt ble det avholdt ett kurs i kommunikasjonstrening for ledere, "Når skaden er skjedd". Det er i tillegg gjennomført flere foredrag på fagkonferanser og undervist i uønskede hendelser og pasientsikkerhet på høyskoler.

### En vei inn

Tidligere etablerte forprosjekt «En vei inn» ble avsluttet og sluttrapporten overlevert HOD. En pilot ble startet i august 2017 med planlagt avslutning i februar 2018. Meldeordningen og Statens legemiddelverk er første piloteringer for IKT-løsningen.

Ny saksbehandlingsløsning for Meldeordningen (MuPas). Utvikling av løsning ble noe forsinket i henhold til opprinnelig plan grunnet kapasitetsproblemer på tilgang til IKT-utviklere. Ny saksbehandlingsløsning testes og implementeres i februar/mars 2018.

### Innspill til årlig melding om kvalitet og pasientsikkerhet

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

## Veileder til forskrift om ledelse og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten

Helsedirektoratet har utarbeidet og publisert veilederen til forskrift om ledelse og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten.

### Pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge hender 24-7»

Pasientsikkerhetsprogrammet har som overordnede mål å redusere pasientskader, bygge varige strukturer for pasientsikkerhet samt forbedre pasientsikkerhetskulturen i helsetjenesten. Mye er oppnådd gjennom 2017 på disse viktige målområdene. En stor anerkjennelse av de siste års innsats i norsk helse- og omsorgstjeneste er at Pasientsikkerhetsprogrammet ble tildelt hedersprisen for kvalitet, sikkerhet og pasientsentrert omsorg ved World Hospital Congress i Taipei, Taiwan i 2017.

Reduksjon av pasientskader: Sykehjem og/eller hjemmetjenester i 67 prosent av norske kommuner jobber med ett eller flere innsatsområder. I helseforetakene implementeres tiltakene i stadig flere avdelinger og enheter. Det er startet opp fire nye innsatsområder: tidlig oppdagelse av forverret tilstand, forebygging og behandling av underernæring, tidlig oppdagelse og behandling av sepsis og trygg utskrivning. Det gjennomføres læringsnettverk i samarbeid med de regionale helseforetakene. Fem læringsnettverk i regi av Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester ble fullført i 2017, og ti nye startet opp.

Kompetansebygging i forbedringsarbeid: Det er gjennomført flere kurs i forbedringsarbeid, deriblant forbedringsutdannelse for leger, nordisk forbedringsagentutdannelse og Improvement Science in Action-kurs i samarbeid med Institute for Healthcare Improvement (IHI). Sammen med Meldeordningen gjennomførte Pasientsikkerhetsprogrammet Pasientsikkerhetskonferansen med ny deltakerrekord (1200 deltakere).

Bygge varige strukturer for pasientsikkerhet: Fire nye pasient- og brukersikre kommuner har kommet godt på vei med sitt arbeid og har deltatt på et eget læringsnettverk. De fire nye er Lier, Karmøy, Smøla og Vestvågøy, i tillegg til første pilotkommune Tønsberg.

Pasientsikkerhetsprogrammet utarbeidet en ny og samordnet pasientsikkerhetskultur-, medarbeider- og HMS-undersøkelse «ForBedring» for helseforetakene. Undersøkelsen skal gjennomføres blant 120 000 helsepersonell i februar 2018.

## Styringsparameter

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

**Kommentar** I den kommunale helsetjenesten skal minimum ett innsatsområde igangsettes i minimum en relevant avdeling /enhet i 75 % av norske kommuner innen utgangen av 2018. Siste optelling viser en aktivitet på 67 %. Det jobbes nå med å øke andelen ved ekstra innsats mot de kommuner som ikke har relevante aktiviteter gående.

### Antall nasjonale kvalitetsindikatorer

**Kommentar** I 2017 ble det utviklet 19 nye kvalitetsindikatorer, mens 7 eksisterende indikatorer ble utfaset. Det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet har gått fra totalt 159 indikatorer i 2016 til 171 indikatorer ved utgangen av 2017. Dette er et lite avvik fra målet for 2017 som iht. virksomhetsplanen var på 178 kvalitetsindikatorer. I 2017 har sekretariatet hatt enda større ressursutfordringer enn foregående år, og det har derfor vært nødvendig å gjøre harde prioriteringer, blant annet kutte i utviklingen av nye indikatorer.

## Oppgaver

### Bidra i arbeidet med forskrift for medisinske kvalitetsregistre

Ikke startet

**Beskrivelse** Bidra i arbeidet med forskrift for medisinske kvalitetsregistre

**Kommentar** Oppdrag er ikke mottatt.



●	Bistå tjenestene og følge opp implementering av ny forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten	Ferdig
Beskrivelse	Helsedirektoratet skal bistå tjenestene og følge opp implementering av ny forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, jfr. Helsedirektoratets veileder og direktoratets plan for implementering av forskriften.	
●	Følge opp Ariansonutvalget	Ikke startet
Beskrivelse	Følge opp Ariansonutvalget – oppdraget vil bli utdypet i eget brev.	
Kommentar	Oppdrag er ikke mottatt.	
●	Helsedirektoratet skal bistå departementet med å vurdere hvilke lov- og forskriftsendringer Europarådets konvensjon om forfalskninger av medisinsk utstyr foranlediger	Ikke startet
Beskrivelse	Helsedirektoratet skal bistå departementet med å vurdere hvilke lov- og forskriftsendringer Europarådets konvensjon om forfalskninger av medisinsk utstyr foranlediger. Avgrensningen som er foretatt av Justis- og beredskapsdepartementet vedr. straffelov og straffeprosesslov kan legges til grunn. Departementet kommer tilbake til saken i eget brev.	
Kommentar	Oppdraget er ikke startet, da vi ikke har mottatt presisering av oppdraget fra departementet. Området Medisinsk utstyr overføres til Statens legemiddelverk fra 1.1.2018.	
●	Levere innspill til årlig melding om kvalitet og pasientsikkerhet innen 16. juni 2017	Ferdig
Beskrivelse	Levere innspill til årlig melding om kvalitet og pasientsikkerhet innen 16. juni 2017.	
●	Medisinsk utstyr; Direktoratet bes utrede hvilke lover og forskriftsendringer de nye forordningene foranlediger	Ferdig
Beskrivelse	Medisinsk utstyr; EU antas våren 2017 å vedta nye forordninger som skal erstatte dagens direktiver om medisinsk utstyr. I tillegg vil et stort antall nye gjennomføringsrettsakter vedtas. Dette vil innebære betydelige innholdsmessige endringer i eksisterende regelverk. Direktoratet bes utrede hvilke lover og forskriftsendringer de nye forordningene foranlediger. Oppdraget vil bli spesifisert i eget brev, og vil blant annet inkludere bistand i arbeidet med utarbeidelse av høringsnotat og gjennomføring av høring. Dette oppdraget involverer alle i teamet, over 600 sider som må leses gjennom for bl.a. å identifisere behov for regelverksendringer innen regelverkets ulike områder.	
Kommentar	Har nedsatt et prosjekt for å utrede lov- og forskriftsendringer. Har hatt et møte med HOD i oktober 2017 for å gjennomgå resultat. Årets oppdrag er fullført og arbeidet videreføres gjennom SLV.	
●	Meldeordningen i henhold til sptjtl § 3-3 skal ta i bruk felles klassifikasjonssystem for uønskede hendelser, samt gjennomføre kurs i årsaksanalyse og kommunikasjonstrening	I rute
Beskrivelse	Meldeordningen i henhold til sptjtl § 3-3 skal ta i bruk felles klassifikasjonssystem for uønskede hendelser og vektlegge utarbeidning av kunnskapsbaserte læringsnotater fremfor tilbakemelding på enkelthendelser, samt gjennomføre kurs i årsaksanalyse og kommunikasjonstrening.	
Kommentar	Nytt Norsk kodeverk for uønskede pasienthendelser (felles klassifikasjonssystem) er tatt i bruk og implementeres i nytt saksbehandlingssystem for Meldeordningen (MUPas), som tas i bruk i februar/ mars 2018. Arbeidet med nytt saksbehandlingssystem har blitt litt forsinket grunnet kapasitetsproblemer på IKT-konsulenter. Vi har avholdt tre kurs i hendelsesanalyse og ett kurs i kommunikasjonstrening for ledere.	

●	Nasjonale tjenester: Helsedirektoratet bes om å gjennomføre en helhetlig gjennomgang	Ferdig
Beskrivelse	Nasjonale tjenester: Helsedirektoratet bes om å gjennomføre en helhetlig gjennomgang av alle nasjonale tjenester med hensyn til anbefaling om videreføring, alternative funksjonsendringer, avvikling eller desentralisering av nasjonale tjenester. Det bes om at nasjonale og flerregionale behandlingstjenester evalueres først og i forbindelse med oppdraget om utarbeidelse av kvalitetskrav. Nasjonale kompetansetjenester skal vurderes i andre omgang.	
Kommentar	Helhetlig gjennomgang av nasjonale behandlingstjenester er levert.	
●	Utrede behov for og eventuelt forslag til nasjonalt målbilde for legemiddelhåndtering i helsetjenesten	Forsinket
Beskrivelse	Helsetjenestens langsiktige mål er en felles, nasjonal løsning for klinisk dokumentasjon, prosessstøtte og pasient-/brukeradministrasjon (Stortingets innstilling 224 S(2012-2013). Realisering av det langsiktige målbildet vil kunne understøtte endringer i klinisk dokumentasjonspraksis og prosessstøtte for legemiddelhåndtering i helsetjenesten, eksempelvis ved innføring av lukket legemiddelsøyfe. Helsedirektoratet bes derfor utrede behov for og eventuelt forslag til nasjonalt målbilde for legemiddelhåndtering i helsetjenesten. Resultatmål: Leveranse til HOD innen gitt frist. Avhengighet: EIEJ, Helseplattformen og andre relevante IKT-prosjekter	
Kommentar	Konseptprosjektet; utrede behov for nasjonalt målbilde for legemiddelhåndtering i helsetjenesten ved å samle aktuelle aktører til en temadag. Deretter vurdere behovet for å utrede nasjonalt målbilde.	

### 3.11 Forskning og innovasjon

#### Langsiktige mål

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

Kommentar Det vises til Årsrapportering 2017 Forskning og innovasjon, internasjonal årsrapport for 2017 (under utarbeidelse), oppdrag om forskning rapportert andre steder og referat fra rådsmøter i HelseOmsorg21

#### 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 8 utlysninger i 2017.

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 2017 160 millioner til forskning innen diagnostikk, behandling og rehabilitering innen et bredt spekter av sykdomsområder. Å fremme tilfanget av gode tverrfaglige prosjektsøknader på tvers av tjenestenivå er en prioritert utfordring. Helsedirektoratet er representert med en observatør i programstyret.

Programmet BEDREHELSE bevilget i 2017 midler til 9 nye prosjekter med en totalsum på 112 millioner kroner.

I tillegg har programmet bidratt med midler til en utlysning på Kvinnehelse, hvor det ble innvilget 65 millioner kroner tilsammen for fem prosjekter. Bedrehelse-programmet har også hatt utlysning i samarbeid med India om antibiotikaresistens. 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 2017 har det ikke vært gjennomført utlysninger for nye prosjekter. Etter at Norge besluttet å bli del av det Europeiske samarbeidsprogrammet EDCTP2, besluttet programstyret at midler fra Helse- og omsorgsdepartementet burde avsettes som strategiske samfinansieringsmidler innrettet mot EDCTP prosjekter. Dette for å muliggjøre tilsvarende støtte fra EDCTP. Helsedirektoratet har t.o.m. 2016 vært Norsk representant i General Assembly (styret) i EDCTP med vara fra Forskningsrådet. Fra 2017 har Forskningsrådet overtatt ansvaret som Norsk representant med vara fra Helsedirektoratet. Helsedirektoratet har bistått Forskningsrådet i overgangsfasen. 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. Tyskland, Storbritannia og Frankrike underskrevet en garantiavtale på veiene av hele EDCTP med varighet ut 2018. Forskningsrådet er interessert i å signere en garantiavtale på veiene av Norge. Endelig avtaletekst er ikke klar.

Forskningsrådet har revidert alle helseprogramplanene med en struktur der hovedmål, delmål, aktivitet, resultat, virkning og samfunns effekt presiseres. Særlig de tre siste har relevans for Helsedirektoratets ansvarsområde og portefølje. Helsedirektoratet vil etter gjennomgang av Forskningsrådets programrapportering vurdere å utforme et innspill om forskningsbehov og forskningsprioriteringer for det enkelte program til bruk i politikktutforming.

Program for Sykefravær, arbeid og helse har vært en tiårig satsning finansiert av Arbeids- og sosialdepartementet. Programmet videreføres ut 2018. Programmet vil i større grad etterspørre kunnskap om betydningen av kompetanse, utdanning og ferdigheter for inkludering i arbeidslivet, og studier som kan kaste lys over sammenhenger mellom manglende ferdigheter og helse. I september 2017 mottok Forskningsrådet 19 søknader for utlyst 55 millioner kroner. Helsedirektoratet har tidligere deltatt som møtende varamedlem i programstyret på vegne av Helse- og omsorgsdepartementet.

Helsedirektoratet gir tilskudd til 36 regionale og nasjonale kunnskaps- og kompetanssentere utenfor spesialisthelsetjenesten. I tilskuddsbrevet fra Helsedirektoratet til senterne som har forskningsaktivitet så presiseres følgende «Sentret skal rapportere relevant aktivitet til CRISTin (Current research information system in Norway), og/eller på sikt som ledd i Norges forskningsråds arbeid med etablering av HelseOmsorg 21 Monitor. Det vises til brev datert 13. 11. 2017 fra Helse- og omsorgsdepartementet vedrørende omlegging av forskningsfinansieringen og innføring av indikatorer for måling av forskningsaktivitet».

Helsedirektoratet har to personer som er blitt tatt opp til Forskningsrådet sitt program for offentlig sektor-Ph.D. Den ene studerer fastlegers deltagelse i tverrfaglig samarbeid i primærhelsetjenesten og hvordan pasienter med diabetes opplever å bli fulgt opp av tverrfaglige team i allmennpraksis. Den andre 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 nasjonalt samarbeid om innovasjon og næringsutvikling - InnoMed ble avviklet i 2016. Det tidligere Koordineringsutvalget som har fulgt opp samarbeidsavtalen (tiårige satsingen på innovasjon og næringsutvikling), ble gjenoppnevnt som referansegruppe for oppdrag om nasjonalt system for tjenesteinnovasjon med deltagelse fra partene KS, de regionale helseforetakene, Forskningsrådet, Innovasjon Norge og Universitets- og høyskolerådet.

Høsten 2017 lanserte Helsedirektoratet «Verktøy for helseinnovasjon». Formålet med verktøy for helseinnovasjon er å gi helse- og omsorgssektoren et felles rammeverk for innovasjonsarbeid – et felles språk, metode og prosessbeskrivelse. Verktøyet kan brukes av alle som arbeider med innovasjon i helse- og omsorgssektoren og på tvers av fag, nivåer, sektorer og aktører.

Helsedirektoratet fikk i september 2016 et fornyet oppdrag om å utrede et helhetlig nasjonalt system for innovasjon i helse- og omsorgstjenestene. Helsedirektoratet har gjennomført en rekke sonderingsrunder med sentrale aktører på innovasjonsområdet, det innhentes eksterne kunnskapsoppsummeringer og rapport om hvordan andre land har tilrettelagt for innovasjon. Med dette som utgangspunkt er det identifisert mangler og utfordringer i dagens virkemidler og innretning av innovasjonsarbeidet. Sluttrapport som leveres HOD medio februar 2018 vil komme med forslag til anbefalinger for å øke innovasjonsevnen og innovasjonsaktiviteten i sektoren.

Som en del av oppfølgingen av HelseOmsorg21-arbeidet har Helse- og omsorgsdepartementet oppnevnt et råd som skal bidra til en samkjørt og helhetlig oppfølging av HelseOmsorg21-strategien. Divisjonsdirektør i Helsedirektoratet Svein Lie er medlem av rådet. Helsedirektoratets oppfølging av strategien og regjeringens handlingsplan på området kan knyttes til flere aktiviteter som f.eks. gjennom utredningen av et mer helhetlig system for tjenesteinnovasjon, publisering av Verktøy for helseinnovasjon, publisering av veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsarbeid som inkluderer forventning om innovasjon, og deltagelse som observatør i det nye Kommunenes strategiske forskningsorgan (KSF) og i RHFenes arbeidsgruppe for innovasjon, samt oppfølging av strategien i løpende dialog med alle aktuelle aktører. Helsedirektoratet har ikke laget en egen handlingsplan for å følge opp HelseOmsorg21-strategien.

## Oppgaver

●	Helsedirektoratet skal i samarbeid med Forskningsrådet forberede tiltak som må iverksettes for at overføring budsjettmidler til forskning rettet mot kommunale helse- og omsorgstjenester fra 2018-budsjettet gradvis overføres til Forskningsrådet	Ferdig
Beskrivelse	Helsedirektoratet bes om i samarbeide med Forskningsrådet å forberede de tiltak som må iverksettes for at budsjettmidler til forskning rettet mot kommunale helse- og omsorgstjenester fra 2018-budsjettet gradvis overføres Forskningsrådet i samsvar med omtalen i kap. 11 i Del III i 2017-budsjettet. Det skal utvikles enhetlige indikatorer for forskning for kompetansesentre utenfor spesialisthelsetjenesten. Indikatorene skal også inngå i HelseOmsorg21 Monitor. Forslag til indikatorer, samt skisse til slik overføring må oversendes departementet innen 1. mai 2017.	
Kommentar	«Skisse – overføring av budsjettmidler til forskning rettet mot kommunale helse- og omsorgstjenester» var sendt til intern høring i Helsedirektoratet med svarfrist 20. april 2017. Forslag ble sendt til HOD mai 2017.	
●	Innen 1. april i samarbeid med Direktoratet for e-helse fremlegge et felles forslag til organisering og gjennomføringsplan av velferdsteknologiprogrammet frem mot 2020.	Ferdig
Beskrivelse	Innen 1. april i samarbeid med Direktoratet for e-helse fremlegge et felles forslag til organisering og gjennomføringsplan av velferdsteknologiprogrammet frem mot 2020. Resultatmål: Velferdsteknologi skal være tatt i bruk i helse- og omsorgstjenestene innen 2020.	

## 3.12 Personell og kompetanse

---

### Langsiktige mål

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

---

**Kommentar** De mange aktørene på helsepersonellfeltet trenger gode beslutningsgrunnlag for sin planlegging. Helsetjenesteforskningen i Norge har i liten grad fokusert på personell- og kompetanseutfordringer. De tilgjengelige fremskrivningene av helsepersonellbehov har heller ikke greid å ta opp i seg alle nye utviklingstrekk og drivere i tilstrekkelig grad. De regionale helseforetakene har utviklet en modell, Nasjonalt bemanningsmodell for å forbedre fremskrivningene innenfor sitt ansvarsområde. Helsedirektoratet har i 2017 inngått avtaler med eksterne samarbeidspartnere for å forbedre og utvikle vårt arbeid med fremskrivninger av helsepersonellbehovet: SSB bidrar med statistiske analyser og Samfunnsøkonomisk analyse en scenariorapport. Begge leveranser skal understøtte en langsiktig avtale med SSB, som skal gi helsemyndighetene forbedrede modeller for fremskrivning av behov i tjenesten. Hvert år leverer Helsedirektoratet innspill til HODs dialog med Kunnskapsdepartementet om utdanningskapasiteten i helseutdanningene. En rekke av direktoratets leveranser og følge-med-oppgaver leverer viktige bidrag til våre vurderinger og analyser. Gjennom Kompetanseløft 2020 utprøves og implementeres nye løsninger for tjenesten. Det store arbeidet koordineres og driftes av Helsedirektoratet i tråd med vedtatt fremdriftsplan.

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

---

**Kommentar** Autorisering og spesialistgodkjenning av helsepersonell er en stor og viktig oppgave for Helsedirektoratet. Før innlemmingen av Statens autorisasjonskontor i Helsedirektoratet i 2016 ble det utgitt en egen årsrapport på dette området. Siden disse oppgavene ikke blir omtalt noe annet sted i direktoratets årsrapport, rapporterer vi ganske grundig på dem her.

#### **Autorisasjoner og lisenser**

Det er behandlet over 24 700 søknader om autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning i 2017. 17 748 autorisasjoner og 3 321 lisenser, fordelt på 29 profesjoner, ble innvilget. 5,2 % av de behandlede søknadene ble avslått, hvorav mange med veiledning om hva som mangler for å kunne innvilge. Se tabell 1.

Autorisasjon og lisens	Norge		Norden		EU/EØS		Andre		Totalsum	
	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017
Ambulansearbeider (AA)	349	338	7	7	11	10	2	1	369	356
Apotektekniker (AT)	219	223	2	0	24	10	48	26	293	259
Audiograf (AU)	26	38	0	1	0	0	0	0	26	39
Bioingeniør (BI)	247	226	12	10	12	11	42	19	313	266
Ergoterapeut (ET)	204	220	5	14	5	1	2	1	216	236
Provisorfarmasøyt (FA1)	192	199	15	11	55	47	13	11	275	268
Reseptarfarmasøyt (FA2)	104	108	10	8	6	3	301	541	421	660
Fiskehelsebiolog (FB)	20	16	0	0	0	0	0	0	20	16
Fotterapeut (FO)	56	44	0	1	0	1	0	0	56	46
Fysioterapeut (FT)	610	641	84	85	98	90	8	18	800	834
Helsesekretær (HE)	489	555	0	0	1	2	8	8	498	565
Helsefagarbeider (HF)	3887	3818	291	221	31	33	890	564	5099	4636
Hjelpepleier (HP)	5	2	0	0	0	0	0	0	5	2
Jordmor (JO)	127	109	97	94	12	34	0	0	236	237
Klinisk ernæringsfysiolog (KE)	26	17	2	7	0	0	0	0	28	24
Kiropraktor (KI)	0	0	4	5	91	75	25	19	120	99
Lege (LE)	1216	1607	464	481	1541	1567	448	748	3669	4403
Ortopediingeniør (OI)	8	0	3	5	2	0	1	1	14	6
Optiker (OP)	69	43	9	8	17	16	4	10	99	77
Ortoptist (OR)	0	0	1	1	3	4	0	2	4	7
Perfusjonist (PE)	0	0	5	1	0	0	0	0	5	1
Psykolog (PS)	279	254	224	253	42	50	14	8	559	565
Radiograf (RA)	139	161	15	8	6	11	4	4	164	184
Sykepleier (SP)	3904	4004	869	789	348	488	79	98	5200	5379
Tannhelsesekretær (TH)	214	191	9	3	7	9	6	12	236	215
Tannlege (TL)	149	127	15	19	153	174	51	23	368	343
Tannpleier (TP)	66	74	2	3	6	6	0	0	74	83
Tanntekniker (TT)	0	10	2	4	4	17	1	3	7	34
Veterinær (VE)	168	181	14	19	143	184	13	1	338	385
Vernepleier (VP)	886	844	0	0	0	0	0	0	886	844
<b>Totalsum</b>	<b>13659</b>	<b>14050</b>	<b>2161</b>	<b>2058</b>	<b>2618</b>	<b>2843</b>	<b>1960</b>	<b>2118</b>	<b>20398</b>	<b>21069</b>

Tabell 1

De største endringene i antall autorisasjoner finner vi for leger med en utdanning utenfor EU/EØS hvor økningen er 67 % og for reseptarfarmasøyter 79,73 %. Det er usikkert om dette avspeiler en reell økning i arbeidsinnvandringen for disse profesjonene, eller om det er uttrykk for at mange som har vært under kvalifisering en stund, nå har søkt innen utløpet av overgangsordningen for ny forskrift. Bare i desember 2017 mottok vi ca. 150 søknader om autorisasjon etter endt kvalifiseringsløp fra leger, provisorfarmasøyter og reseptarfarmasøyter. Etter den nye forskriften for personell utdannet utenfor EØS stilles det tilleggskrav om kurs og fagprøver som søkerne selv må bekoste. Søkere som tidligere hadde fått avslag med veiledning om kompletterende tiltak, ble særskilt informert om dette fra Helsedirektoratet tidlig i 2017.

Nedgangen i autorisasjoner for sykepleiere fra andre **nordiske land** fortsetter og var i 2017 på 10 %, mens sykepleiere med utdanning fra EU/EØS økte med 40,23 %. Spesielt er det registrert mange søknader fra spanske sykepleiere som søker seg til jobb i Norge via vikarbyråer som tilrettelegger søknadsprosessen.

Våren 2017 var første kull fra bachelorutdanningen i prehospitalt arbeid – paramedic ferdig ved Høgskolen i Oslo og Akershus. Det er ingen egen autorisasjon for denne gruppen, og det ble gitt autorisasjon som ambulansearbeider til 29 studenter som var ferdig uteksaminert.

### Spesialistgodkjenning

Det er behandlet 2 503 søknader om spesialistgodkjenning i 2017, hvorav 2 057 er mottatt i 2017. Det ble gitt 109 avslag, som utgjør 4,4 % av de behandlede søknadene. Av de 2 394 søknadene som ble innvilget er 620 forlengelser av tilleggstakstperiode (resertifiseringer i allmenntidmedisin),

293 førstegangsgodkjenning i allmenmedisin, 1057 sykehusspesialiteter, 334 konverteringer fra annet EU/EØS-land eller Sveits og 90 øvrige godkjenninger.

### Klagesaker

Helsedirektoratets vedtak i autorisasjons- og godkjenningssaker kan påklages til Helseklage. Det ble i 2017 oversendt 237 klagesaker, hvilket er en betydelig økning sammenliknet med 2016. Dette skyldes blant annet et høyt antall klager som følge av praksisendring og avslag på søknad om autorisasjon og lisens fra søkere med utdanning i psykologi fra Ungarn.

Klagesaker oversendt til/fra SHPN	2015		2016		2017	
	Autorisasjon	Spesialist-godkjenning	Autorisasjon	Spesialist-godkjenning	Autorisasjon	Spesialist-godkjenning
Antall klagesaker oversendt	112	6	101	6	223	14
Antall saker behandlet i nemda	145	8	68	5	124	6
Vedtak stadfestet	141 (97,2 %)	6 (75 %)	64 (94,1 %)	5 (100 %)	120 (96,8 %)	6 (100 %)
Vedtak omgjort helt eller delvis	4 (2,8 %)	2 (25 %)	4 (5,9 %)	0	4 (3,2 %)	0

Tabell 2

### Kvalitet og verifikasjoner

Helsedirektoratet benytter et elektronisk kvalitetsstyringsverktøy som inneholder de prosesskart, prosedyrer, sjekklister og kontrollverktøy som er nødvendige for korrekt og etterprøvable saksbehandling, samt styring og kontroll av virksomhetens øvrige aktiviteter og støttefunksjoner. Intern revisjon av saksbehandling gjennomføres etter at vedtakene er fattet for å kontrollere at saksbehandler har fulgt gjeldene lover, forskrifter, prosedyrer og sjekklister i behandlingen av søknader om autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning. I 2017 ble det kontrollert ti randomisert utvalgte saker pr. måned og 38 avvik avdekket. De fleste avvikene omhandler feil av lav alvorlighets-grad i innlagt data i saksbehandlingssystemet og var uten konsekvens for vurdering og vedtak. Internrevisjonene avdekker også behov for revisjon av interne arbeidsverktøy. Av totalt 40 forbedringsforslag i 2017 ble 35 identifisert gjennom revisjonene.

Antall Registreringer	2014	2015	2016	2017
Antall Avvik	22	46	33	41
Antall forbedringsforslag	139	80	79	40
Antall revisjoner av utført saksbehandling	10	120	110	120
Antall Stikkprøvekontroller/ verifisering fra søkers lærersted	90	103	120	12

Tabell 3

Vi gjennomfører også verifisering av utdanningsdokumenter for å hindre at autorisasjon innvilges til personer som utgir seg for å være en annen og/eller personer som på ulovlig vis har skaffet seg utdanningsdokumenter. Det gjør vi bl.a. gjennom målrettede stikkprøvekontroller.

I 2017 har fokus i disse kontrollene vært søknader fra definerte EU-land hvor alle søkere som har fremlagt utdanningsdokumenter fra bestemte universiteter har blitt verifisert direkte fra universitetet. I 2017 innførte Helsedirektoratet også særskilte dokumentasjonskrav for søkere

med utdanning fra noen utvalgte land utenfor EØS området. Vi har også videreført verifiseringskravene for leger, hvor vi ber om verifiseringsrapport for diplom og karakterutskrift utstedt av Educational Commission for foreign graduates (ECFMG). Det mest nyttige er imidlertid verifiseringskontroller på bakgrunn av tips fra publikum. I 2017 mottok direktoratet 20 tips og bekymringsmeldinger som alle ble fulgt opp. I forhold til den totale søkermassen finner man få tilfeller av falsk eller uriktig dokumentasjon, men de saker hvor det er uregelmessigheter undersøkes videre og vil rutinemessig bli anmeldt. I 2017 fortok Helsedirektoratet anmeldelse i 2 saker.

### Kundekontakt og kommunikasjon

Helsedirektoratet har et eget kundesenter som betjener henvendelser på autorisasjons- og godkjenningområdet. I 2017 mottok vi ca. 25 000 telefonhenvendelser og tilsvarende antall e-post. Svarprosent for telefonhenvendelsene var 85 %, noe som er litt under vårt ambisjonsnivå på 90 %. Responstid på e-post er godt innenfor resultatkravet på 3 dager.

Det har vært en reduksjon i antall henvendelser til kundesenteret på totalt ca. 15 % fra foregående år. Størst er nedgang siste tertial med over 30 %. Antall henvendelser til kundesenteret henger tett sammen med saksbehandlingstid og restanser i saksbehandlingen på autorisasjons- og godkjennings-søknader, og reduksjon i antall henvendelser er i stor grad knyttet til at saksbehandlingstiden er kortere og at antall søknader er redusert siste halvår i 2017. Helsedirektoratet arbeider også kontinuerlig med å forbedre informasjonen på sine nettsider, og samarbeider med NOKUT, ANSA og Lånekassen om å nå ut med informasjon til studenter og studiesøkende.

I 2017 har omtrent 80 % (ca. 10 000) av søknadene fra helsepersonell utdannet i Norge blitt behandlet automatisk gjennom digitale innmeldingslister fra norske utdanningsinstitusjoner. Andelen har økt fra 60 % i 2016. Det tyder på at løsningen nå er godt kjent for de fleste norske utdanningsinstitusjoner, og at flere institusjoner har tatt løsningen i bruk. Det er fortsatt utfordringer med at for mange av søknadene er dubletter: I 2017 var det 760 søknader hvor både utdanningsinstitusjon og elev/student selv hadde søkt om autorisasjon. Det jobbes fortløpende med informasjonstiltak for å redusere dubletter samt ytterligere å øke andelen søknader via innmeldingslister, da det her er store effektiviseringsgevinster både for Helsedirektoratet, for den enkelte søker og for tjenestene som får personell raskere ut i jobb.

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

**Kommentar** Oppnåelsen av dette langsiktige målet er avhengig av en rekke aktører, først og fremst arbeidsgiverne, kommuner og helseforetak, som oppretter stillinger og ansetter helsepersonell, utdanningssektoren osv. Helsedirektoratet skal understøtte disse aktørene, i tillegg til at vi har noen egne oppgaver på personellområdet. Vi vil derfor omtale noen trekk ved personellsituasjonen generelt, i tillegg til direktoratets egne oppgaver.

I helse- og omsorgstjenestene ble det utført ca. 265 656 årsverk i 2016. Fra 2015 til 2016 økte antall årsverk i spesialisthelsetjenesten med 1,6 prosent til totalt 112 840 årsverk, mens det for primærhelsetjenesten var en økning på 2,1 prosent til totalt 152 816 årsverk.

I kommunene var det en samlet økning på 3 150 årsverk til 152 816 i helse- og omsorgstjenesten fra 2015 til 2016. Dette tilsvarer en økning på 2,1 prosent. Årsverksveksten kom i både omsorgstjenestene, psykisk helse- og rustjenester, helsestasjons- og skolehelsetjenesten og lege- og fysioterapitjenesten (inkludert private og fastlønnede). Særlig stor var økningen i helsestasjons- og skolehelsetjenesten med om lag 10 prosent (389 årsverk).

Omsorgstjenestene, som omfatter både hjemmebaserte tjenester og institusjoner, er det klart største tjenesteområde i kommunal helse- og omsorgstjeneste, og har den største tallmessige veksten med 2 517 årsverk, tilsvarende 1,9 prosent.



Veksten i antall tjenestemottakere i omsorgstjenesten har imidlertid også økt betydelig fra 2015 til 2016, slik at årsverk per mottaker i 2016 er likt som de to foregående årene. Det har vært en økning av årsverk for mottakere over 80 år. Den største yrkesgruppen i omsorgstjenestene er helsefagarbeidergruppen. Denne yrkesgruppen har økt med 2 prosent det siste året, noe som tilsvarer om lag 900 årsverk. Utdanningstallene, viser at det er færre som utdannes til helsefagarbeideryrket i dag enn det var før år 2010. I tillegg er om lag 35 prosent av de sysselsatte i denne gruppen 55 år eller eldre. Det er viktig å følge med på denne yrkesgruppen framover.

Tiltak og tilskuddsordninger under Kompetanseløft 2015 og 2020 har bl.a. bidratt til økt kompetanse, styrket ledelseskunnskap og utvikling mot større faglig bredde i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Helsedirektoratet registrerer at kompetansenivået er stigende, ved at årsverksveksten gjennom en årrekke har vært høyere blant personell med høyere utdanning (sykepleiere) enn for helsefagarbeidere. Det er likevel fortsatt stort behov for å styrke kompetansen i enkelte deltjenester i kommunene. Det er fortsatt ca. 25 % av årsverkene i brukerrettet omsorgstjeneste som blir utført av personell uten helse- og sosialfaglig utdanning.

Medisinsk og demografisk utvikling og forflytning av oppgaver etter samhandlingsreformen krever ytterligere økt kompetanse hos helsepersonell, særlig hos sykepleiere i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. En større andel eldre og pasienter som har flere sykdommer samtidig, bidrar til økt kompleksitet i sykdomsbildet. Kortere liggetid for pasienter i sykehus og tidligere hjemsendelse eller overføring til kommunal oppfølging har gitt sykepleiere i kommunal helsetjeneste nye roller og oppgaver som krever bred vurderingskompetanse på et høyere nivå enn tidligere. Helsedirektoratet har derfor foreslått å etablere to nye masterutdanninger i avansert klinisk sykepleie som skal bidra til å heve kompetansen. Utdanningene foreslås etablert innen fagområdene allmennsykepleie og barn-, unge-, familiesykepleie.

Også legene i primærhelsetjenesten har fått nye og utvidede oppgaver. Den 1.mars 2017 ble det forskriftsfestet at alle fastleger skal være spesialister eller under spesialisering i allmennmedisin. Det har vært reist debatt om fastlegeordningen, og særlig rekrutteringsproblemer til denne som følge av arbeidsbelastningen. Helsedirektoratet utreder dette nærmere i 2018.

Ny spesialistutdanning for leger, basert på læringsmål fremfor tjenestetid, ble iverksatt 1. mars 2017. I første runde er den felles første delen, som erstatter tidligere turnustjeneste, som er i gang, mens resten av ordningen skal tre i kraft fra 2019. Helsedirektoratet har ansvar for å beslutte læringsmål og spesialitetsstruktur. Spesialitetskomiteene i Legeforeningen skal gi Helsedirektoratet råd og har nedlagt et betydelig arbeid i etablering av læringsmål for hver sine spesialiteter før disse ble sendt på høring våren 2017.

Det er lagt opp til 46 ulike spesialiteter. Innen kirurgi har det pågått en diskusjon om hensiktsmessigheten av å opprettholde spesialiteten generell kirurgi, eller om gastrokirurgien kunne overta som vaktbærende spesialitet. I høringsrunden og den offentlige debatt kom det mange innspill på at dette ikke ville være gjennomførbart, og at det ville føre til dårlig ivaretagelse av vaktberedskap ved mindre sykehus. Det er derfor besluttet at det skal opprettholdes en kirurgisk spesialitet som skal ivareta vaktberedskap ved mindre sykehus i tillegg til en gastrokirurgisk spesialitet.

Akutt- og mottaksmedisin er en ny spesialitet som ble etablert for tjeneste i akuttmottak. Læringsmålene ble vedtatt i desember 2016. Spesialiteten bygger på en indremedisinsk plattform, men har i tillegg egne læringsmål innen akuttmedisin.

Organisering av spesialistutdanningen i de tre spesialitetene utenfor sykehus; allmennsamfunns- og arbeidsmedisin, reiser spesielle problemer i ansvars- og oppgavefordelingen. Helsedirektoratet har levert forslag til hvordan roller, ansvar og organisering av spesialistutdanningen kan fordeles mellom kommunene/arbeidsgiver, Legeforeningen, de regionale Helseforetakene og Helsedirektoratet. Dette vil bli tatt inn i revidert spesialistforskrift som kommer på høring våren 2018.

## Samlet vurdering

### Overordnet status og utfordringer i helsepersonellsituasjon

Personell er den største ressursen og den viktigste innsatsfaktoren i helse- og omsorgstjenesten. Overordnet sett er vi godt dekket med helsepersonell i Norge. Med 17,2 sykepleiere og 4,6 leger pr. 1000 innbyggere ligger vi blant de beste i Europa. Vårt spredte bosettingsmønster med godt utbygde kommunale helse- og omsorgstjeneste der folk bor, er svært personellkrevende, og vår desentraliserte sykehusstruktur krever mye personell med høy kompetanse. Høyt lønnsnivå og gode arbeidsforhold gjør Norge til et attraktivt arbeidsmarked for helsepersonell fra andre land, men vi kan vise til god etterlevelse av WHO's retningslinjer for etisk rekruttering av helsepersonell fra de mest sårbare landene.

Den norske befolkningen har høye forventninger til helse- og omsorgstjenestene. Medisinske og teknologiske framskritt åpner et hav av nye utrednings- og behandlingsmuligheter som krever ny kompetanse, men innebærer også nye muligheter for bedre utnyttelse av kompetansen. Overordnet kan vi si at kompetansenivået i norsk helsetjeneste er høyt. De fleste helseprofesjonene har gode videre- og etterutdanningstilbud som bidrar til faglig oppdatering og utvikling, og til å fylle endrede kompetansebehov i tjenestene. Helsedirektoratet bidrar sterkt i den nye spesialistutdanningen for leger og utreder behov for videreutdanninger også innen andre profesjoner. Vi forvalter en rekke tilskuddsordninger som understøtter denne kompetanseutviklingen.

Helse er et viktig gode for befolkningen, og likeverdig tilgang til helse- og omsorgstjenester av god kvalitet er et viktig element i den norske velferdsstaten. Det har vært en mer eller mindre kontinuerlig utfordring i mer enn et halvt århundre å rekruttere tilstrekkelig helsepersonell til utkantstrøkene, og noen fagområder rekrutterer dårligere enn andre. Dette krever kontinuerlig oppmerksomhet og tiltak fra myndigheter og arbeidsgivere i helsetjenesten. Vi har begrenset kunnskap om hvilke tiltak som er mest effektive, og vi må fortsatt forbedre våre metoder for framskrivning av behovene for helsepersonell i fremtiden.

Uansett hvor nøkterne framskrivningsmodeller vi bruker, ender vi opp med et sannsynlig underskudd på helsepersonell i fremtiden. Hvis vi fortsetter å yte helse- og omsorgstjenester på samme måte som i dag, vil våre tjenester måtte legge beslag på 210 000 av de 300 000 nye årsverkene vi kan forvente i Norge fram til 2040. Det vil ikke være bærekraftig, så vi må begynne å arbeide på nye måter og utnytte helsepersonellens kompetanse annerledes.

Selv ikke i dag greier vi å utdanne alt vårt helsepersonell selv. Som det framgår av tabell 1 ovenfor, er bare to tredjedeler av det personellet som ble autorisert i 2017 utdannet i Norge. For leger er andelen bare 36 %. Dette avspeiler både en arbeidsinnvandring av helsepersonell og en «import av utdanning» ved at norske ungdommer med gunstig studiefinansiering reiser utenlands for å utdanne seg til videre arbeid her hjemme.

Alt tyder på at vi også i fremtiden vil være et attraktivt land for arbeidsinnvandring og import av utdanning. Dette reiser noen problemstillinger som vi vil løfte fram her:

Utenlandske helseutdanninger er i stor grad innrettet mot helsesystemet i det aktuelle landet, og treffer ikke alltid kvalifikasjonskravet til en av de 29 autoriserte profesjonene i Norge, og som befolkningen og arbeidsgivere forventer av personell med en bestemt yrkestittel. Internasjonale avtaler og nasjonal lovgivning setter rammene for hvordan disse sakene skal behandles, og kan skape inntrykk av uforutsigbarhet og urettferdighet.

Et eksempel på dette er psykologutdanningen fra Eötvös Loránd University (ELTE) i Polen. Som følge av ny informasjon fra ungarske myndigheter om at denne utdanningen ikke kvalifiserer for utøvelse av kliniske oppgaver i ungarsk helsevesen uten at dette skjer i et spesialiseringssløp, endret Helsedirektoratet høsten 2016 praksis for godkjenning av ungarsk utdanning i psykologi og av slo søknader om autorisasjon og lisens. Dette rammet et betydelig antall norske studenter, og de som fikk avslag på klagen avgjørelsen. Helseklage behandlet fire av klagen medio desember 2017 og stadfestet direktoratets vedtak. Helsedirektoratet har fått utredet mulige kvalifiseringstiltak som kan føre fram til autorisasjon for dem som ble rammet av dette. Slike utdanningstilbud er imidlertid ikke del av det ordinære tilbudet ved norske utdanningsinstitusjoner, og vil bli meget ressurskrevende. De kan derfor ikke tilbys til alle norske utenlandsstuderende innenfor dagens utdanningssystem.

Et annet eksempel på ulempene ved at utenlandske utdanninger ikke treffer helt på norske kvalifikasjonskrav, er sykepleierutdanninger fra en del land utenfor EØS: De ligger på et noe lavere nivå enn den norske bachelor i sykepleie, men høyere enn norsk helsefagarbeider. Fordi det er tidkrevende og kostbart for disse søkerne å kvalifisere seg opp til bachelor-nivå gjennom det vanlige utdanningssystemet, velger mange av dem å søke autorisasjon som helsefagarbeider. På den måten blir mye kompetanse stående ubenyttet i den norske helsetjenesten. Som et første steg for å løse denne utfordringen, har noen høgskoler nå begynt å opprette tilpassede tilleggsutdanninger for disse. I 2017 opprettet Høyskolen i Oslo og Akershus et kompletterende utdanningsløp for sykepleiere med en utdanning fra utenfor EU/EØS, opprinnelig beregnet på personer med fluktbakgrunn. Helsedirektoratet har bidratt i dette arbeidet og det er nå 16 sykepleiere som deltar i utdanningsløpet, med hensikt å oppnå autorisasjon når utdanningen avsluttes i 2018. En større satsing på kompletterende utdanninger kan være ett virkemiddel for å bedre tilgangen på kvalifisert helsepersonell i Norge.

Arbeidsinnvandring er konjunkturavhengig og vil variere med økonomisk utvikling både i Norge og i hjemlandet. Det blir derfor en lite påregnelig kilde til helsepersonell. Et eksempel på det er importen av svenske sykepleiere. I årene rundt 2010 var det mange svenske sykepleiere som arbeidet i Norge, enten fast eller periodevis i vikariat. Så ble lønns- og arbeidsforhold for sykepleiere betydelig bedret i Sverige, samtidig som det ble noe strammere økonomi i Norge, og tilstrømningen har avtatt betydelig.

Helsedirektoratet bistår hvert år HOD med innspill til ønsket utdanningskapasitet for de forskjellige helseutdanningene ved norske læresteder. Slik kan myndighetene tilpasse tilgangen på personell til behovet og betalingssevne i tjenestene. Når norske studenter reiser utenlands for å utdanne seg, velger de ofte utdanninger som har høy prestisje og der opptaket er begrenset i Norge. På den måten blir det vanskeligere å regulere personelltilgangen etter tjenestenes behov. Et eksempel på dette er at det utdannes flere norske tannleger i utlandet enn det offentlige anslår behov for i fremtiden.

### Viktige leveranser og aktiviteter

Helsedirektoratets bidrag til å skaffe tilstrekkelig, kvalifisert personell gjennom autorisasjonsordningen og framskrivninger av personellbehov og utdanningskapasitet, er omtalt ovenfor. Også våre viktigste bidrag til å heve kompetansen gjennom Kompetanseløft 2020, spesialistutdanning og videreutdanninger er allerede nevnt.

I tillegg ønsker direktoratet kort å fremheve Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten, som er utviklet for å styrke ledelse i helse- og omsorgstjenesten i kommunene og tannhelsetjenesten i fylkeskommunene. Interessen og søkningen til utdanningen har vært stor siden oppstart høsten 2015. Ved utgangen av 2017 var 270 ledere ferdig utdannet, mens tre nye kull med 162 studenter startet høsten 2017 og forventes ferdig utdannet våren 2018.

### Effektivisering og digitalisering

Med over 24 000 søknader om autorisasjon, lisens og godkjenninger arbeider vi kontinuerlig med å utvikle saksbehandlingsløsninger som er effektive både for oss og for søkerne. Med støtte fra DIFIs medfinansieringsordning har vi fortsatt arbeidet med bedre digital støtte i saksbehandlingsprosessene, som ble påbegynt i SAK før innlemmingen i Helsedirektoratet. Hovedprosjektet ble avsluttet ved overgangen til 2018, men ytterligere forbedringsbehov er allerede identifisert og må håndteres innenfor videre forvaltning av systemet. Stadig flere norske utdanningsinstitusjoner benytter digitale innmeldingslister over dem som har fullført utdanningen, og autorisasjon kan da gis få minutter etter at søkeren har betalt gebyret gjennom Altinn.

Helsedirektoratet skal ha en betydelig myndighets- og forvaltningsrolle i den nye spesialistutdanningen for leger som ble iverksatt 1. mars 2017. For utdanningskandidatene og – virksomhetene er det utviklet gode digitale løsninger, og vi arbeider med å utvikle tilsvarende verktøy for direktoratets oppgaver som kan kobles opp mot de eksterne. Vi tilstreber å utvikle løsninger som i størst mulig grad kan brukes også i spesialistgodkjenningen etter gammel ordning, som er en ressurskrevende oppgave for direktoratet.

## Strategiske vurderinger for Kompetanse- og personellfeltet

På bakgrunn av det utfordringsbildet vi har tegnet ovenfor, framstår en bærekraftig personellutvikling som den viktigste strategiske rettesnoren for videre satsinger. I tillegg til en god og effektiv forvaltning av de faste oppgavene Helsedirektoratet har på personellområdet, innebærer dette at vi må arbeide aktivt for å utnytte det personellet vi har tilgang på bedre, bl.a. gjennom:

- Bedre fordeling av personellet til fag- og geografiske områder som har underdekning
- Utnytte personellet bedre med heltidsstillinger og tilrettelegging for å stå lengre i jobb
- Øke kompetansen hos helsepersonellet i takt med den faglige utviklingen
- Utnytte nye teknologiske muligheter for å bruke personellens kompetanse på avstand
- Utnytte kompetansen hos utenlandsk utdannet personell bedre gjennom kompletterende utdanninger

## Styringsparameter

- **Andel saker på autorisasjons- og godkjenningområdet som er behandlet innenfor angitt saksbehandlingstid**

Kommentar	Land/ Region	Oppgitt saksbehandlingstid	Faktisk saksbehandlingstid
	Norden inkl. Norge	Inntil 6 uker	Samtlige søknader er behandlet innenfor gjeldende saksbehandlingstid. 80 % av norske søknader kom via innmeldingslister
	EU/EØS	Inntil 4 måneder	95 % av søknader fra sykepleiere, jordmødre og helsefagarbeider ble behandlet innenfor fristen. For noen av de ikke harmoniserte gruppene har saksbehandlingstiden i enkelte saker vært overskredet*.
	Utenfor EU/EØS	Inntil 7 måneder	95 % av søknadene fra de største søkergruppene: sykepleier og helsefagarbeider er behandlet innenfor gjeldende frist. Ca. 20 % av sakene for de andre profesjonene er ikke behandlet innenfor gjeldende frist.

Tabell 4

*\*Det har vært utfordringer i å overholde saksbehandlingstiden spesielt for noen profesjoner med utdanning fra EU/EØS. Dette gjelder særlig grupper der det har vært nødvendig med spesielle avklaringer, så som tannlege utdannet i Latvia, leger og tannleger i Polen og psykologer utdannet i Ungarn.*

Totalt ble det ferdigbehandlet 24 730 søknader på autorisasjons- og godkjenningområdet i 2017, og 87,5 % av disse ble behandlet innen fastsatt frist: 88 % av de 22 227 søknadene om autorisasjon og lisens, og 87 % av de 2 503 spesialist-godkjenningene. Dette er noe lavere enn målet vi har satt oss på 90 %, og vi jobber kontinuerlig med å effektivisere saksbehandlingen.

For spesialistgodkjenning ble saksbehandlingstiden overskredet i 13 % av sakene. Det har spesielt vært utfordrende å overholde saksbehandlingstiden for sykehusspesialiteter, og særlig innen spesialiteten rus- og avhengighetsmedisin. Langt over halvparten av søknadene er ikke komplette ved mottak, og ettersending av dokumentasjon forlenger behandlingstiden ytterligere. I andre kvartal 2017 var saksbehandlingstiden for sykehusspesialiteter over 7 måneder, og hele Helsedirektoratet igangsatte en intern dugnad, som reduserte restansene fra 700 saker til nærmere 350 saker på 6 uker. Helsedirektoratet intensiverte også arbeidet med forbedring av nettinformasjonen om spesialistgodkjenning og dokumentasjonskrav. Samtidig ble det igangsatt et utviklingsprosjekt for å vurdere muligheten for ytterligere effektivisering, og forenkling og brukerrosettning av søknadsprosessen. Ved utgangen av 2017 er saksbehandlingstiden redusert for alle sakstyper og er nå hovedsakelig innenfor 4 måneder, og lavere for resertifisering i allmenntilleggsmedisin og konvertering fra EØS-land.

## Oppgaver

### ● Forvalte ny godkjenningsordning for helsepersonell utdannet utenfor Europa

I rute

Beskrivelse Forvalte ny godkjenningsordning for helsepersonell utdannet utenfor Europa som implementeres med virkning f.o.m. 1.1.2017

Kommentar Forskrift om tilleggskrav for autorisasjon for helsepersonell med yrkeskvalifikasjoner fra land utenfor EØS og Sveits (tilleggskravforskriften) trådte i kraft 1.1.2017. Alle nødvendige avtaler med leverandører av tilleggskrav er nå inngått etter at avtale med leverandør av fagprøven for tannleger ble inngått i 2017. Dermed er implementeringen som forskriften forutsetter gjennomført.

### ● Implementere nødvendige tiltak som følger av at EUs direktiv 2013/55/EU blir tatt inn i EØS-avtalen

I rute

Beskrivelse Implementere nødvendige tiltak som følger av at EUs direktiv 2013/55/EU blir tatt inn i EØS-avtalen, herunder innføring av varslingsmekanisme og profesjonskort for helsepersonell

Kommentar 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 gjeldene 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.

### ● Innføring av ny spesialistutdanning

I rute

Beskrivelse Planlegging og Implementering av ny spesialistutdanning for leger vil pågå hele 2017. Utviklingen av spesialistutdanningen vil fortsette videre i flere år fremover. Oppgaver: Implementere del 1, inkludert første søknadsrunde og oppstart september 2017. Planlegge for iverksetting av ny spesialistutdanning for LIS2 og 3 i henhold til ny forskrift. Prioriterte oppgaver er å fastsette læringsmål og prosess for å godkjenne utdanningsvirksomheter Forberede praksis for vurdering og digitalisert behandling av godkjenningssøknader for ferdige spesialister i ny spesialistutdanning. Utrede organisering av spesialistutdanning i spesialitetene allmenn-, samfunns- og arbeidsmedisin.

Resultatmål: Del 1 i ny spesialistutdanning er implementert, og de første LIS 1 er startet i stillingene i september 2017 Læringsmål for Del 2 og 3 er fastsatt. Prosess for godkjenning av utdanningsvirksomheter og prosess for behandling av søknader for ferdige spesialister er igangsatt. Organisering av spesialistutdanning i allmenn-, samfunns- og arbeidsmedisin er utredet og levert til HOD.

Kommentar Ny spesialistforskrift trådte i kraft 1. mars 2017. Utdanningsløpet frem til ferdig spesialist basert på læringsmål og felles kompetansemøduler. Første del (Del 1) er felles for alle og erstatter den tidligere turnustjenesten. Den utgjør ett år på sykehus og et halvt år i kommunehelse-tjenesten. Del 1: Første "kull" som ble ansatt i del (første del av spesialistutdanningen) i henhold til ny spesialistforskrift startet 1.mars 2017. Prosessen med revidering av læringsmål er i gang. Forslag til reviderte læringsmål sendes på høring våren 2018, kan være klare innen september 2018 og kan implementeres fra februar 2019.

Del 2 og 3 trer i kraft fra 1. mars 2019: Læringsmål for alle de 46 spesialitetene er under utarbeidelse. Læringsmålene blir vedtatt av Helsedirektoratet i 3 puljer. De første 10 spesialitetene ble vedtatt 14.desember. Neste pulje vedtas ca. 15.januar og siste pulje vedtas 15.februar. Alle læringsmål vil være vedtatt av Helsedirektoratet før 1.mars 2018. Etter vedtak, sendes tekst til nye læringsmål til lovdata med anmodning om formell forskriftsendring.

Godkjenning av utdanningsvirksomheter: Mal for søknad om godkjenning som utdanningsvirksomhet er under utarbeidelse og vil bli ferdig innen 1. mars 2018.

Godkjenning av spesialister: Godkjenningen skal skje digitalt. Det er inngått avtale (anskaffelse) for utvikling av digital løsning.

Veileder for vurdering: Helsedirektoratets veileder for vurdering av oppnådde læringsmål er under utarbeidelse og skal ferdigstilles innen juni 2018.

Forslag til organisering og ansvarsfordeling for spesialistutdanning innen allmenn-, samfunns- og arbeidsmedisin er levert til HOD. Dette tas inn i HOD sitt arbeid med revidert spesialistforskrift som skal være klar før september 2018.

Følge med på helheten og kvaliteten i utdanningen: Arbeidet med å etablere system for å følge med på kvaliteten i utdanningen er i gang. Må samkjøres med kvalitetsarbeidet ellers i Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet har ansvar for å vedta læringsmål. Spesialitetskomiteene skal gi direktoratet råd, og de regionale helseforetakene skal iverksette utdanningen. Det er etablert et Forum for læringsmål som bistår Helsedirektoratet i prosessen med etablering av læringsmål. Forumet har bred representasjon fra KS, kommunene, Legeforeningen, de regionale helseforetakene i tillegg til Helsedirektoratet. Representanter fra forumet er også med på arbeidet med revidering av del 1.

● Kompetanseløft 2020 - oppfølging og rapportering som en helhetlig plan for rekruttering, kompetanse og fagutvikling		I rute
Beskrivelse	Følge opp Kompetanseløft 2020 som en helhetlig plan for rekruttering, kompetanse og fagutvikling, i tråd med Prop. 1 S (2016 – 2017) og gjennomføringsplanen, herunder at Helsedirektoratet rapporterer fortløpende på status, framdrift og avvik i de faste samarbeidsmøtene med departementet om Kompetanseløft 2020, og at Helsedirektoratet innen 1. desember påfølgende år skal utarbeide årsrapport for Kompetanseløft 2020. Se forøvrig omtale av Omsorg 2020.	
Kommentar	Driftsoppgaver og prosjekter (anskaffelser) er gjennomført i tråd med planen. Rapportering på kommunenes bruk av kompetanse- og innovasjonstilskudd, samt alle delprosjekter i Kompetanseløft 2020, er levert i henhold til plan. Likeledes er årlig rapport om utvikling av personell- og kompetansesituasjonen i kommunene basert på SSB-tall for 2016 levert. Årsrapporten for 2016 er basert på data fra disse rapporteringene. En følgeevaluering av Kompetanseløft 2020 er etablert fra 2017 under ledelse av Sintef i samarbeid med By- og regionforskningsinstituttet (NIBR) og Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning (NIFU). Første delrapport kommer våren 2018. Rambølls hovedrapport for evalueringen av nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten ble levert i desember 2017. Evalueringen viser høy grad av tilfredshet med utdanningen og at utdanningen på mange områder møter deltakernes høye forventninger. Deltakerne rapporterer om betydelige endringer i ledertilnærming etter utdanningen. Også ledernes omgivelser opplever endringer, særlig med hensyn til relasjons- og endringsorientering. Det var stor økning i antall søknader i lønnsstilskuddsordningen for kommuner med sykepleiere som tar en mastergrad i avansert klinisk sykepleie. Totalt fikk 96 sykepleiere støtte til å ta masterutdanning i 2017, mot 67 i 2016. Regelverket for lønnsstilskudd og tilleggsskjema ble revidert i 2017, og skal bidra til å forenkle søknadsprosessen, effektivisere saksbehandlingen og bedre statistikkgrunlaget.	

● Understøtte beslutningstakernes kapasitetsplanlegging på ulike nivåer med kunnskap om trender, framskrivning, utvikling og endringer

I rute

Beskrivelse	Understøtte beslutningstakernes kapasitetsplanlegging på ulike nivåer med kunnskap om: trender og framskrivning av behandlingsaktivitet i spesialist- og i primærhelsetjenesten utvikling og endringer i oppgavedeling mellom hhv spesialisthelsetjenesten og helse- og omsorgstjenestene med effekt for kapasitet i tjenestene. Departementet vil presisere oppdraget i eget møte.
Kommentar	Med hjelp fra Samfunnsøkonomisk analyse har Helsedirektoratet gjennomført et scenarioprojekt for tilbud og etterspørsel etter helsepersonell i fremtiden. Prosjektet ble ferdigstilt i 2017 og hovedfunnene ble presentert på Helsepersonellkonferansen samme år. Rapporten publiseres i januar 2018. I prosjektet vurderes betydningen av viktige drivkrefter for behovet for helsepersonell som det er knyttet stor grad av usikkerhet til. På grunnlag av en systematisk analyse av usikkerhet presenteres fire mulige fremtider. Disse fremtidene fører til ulikt behov for og tilbud av helsepersonell. Fremtidene synliggjør betydningen av å ha flere perspektiver når man planlegger for fremtiden ved å fremskrive tilbud og behov. Helsedirektoratet har også inngått kontrakt med SSB om gjennomføring av analyser av nåsituasjonen for helsepersonelldekningen i Norge samt forløpsanalyser av helsepersonell. Formålet med disse analysene (nåsituasjon og forløpsanalyser) er at de skal danne grunnlag for forbedret fremskrivingsmodell for tilbud og etterspørsel av helsepersonell. Forløpsanalysene skal leveres senest 1. april 2018. Helsedirektoratet har gjennom hele 2017 vært i dialog med HOD og SSB med mål om en ny avtale om fremskrivinger for hele helsefeltet. Med en ny avtale vil Helsedirektoratet trolig få en ny fremskriving av tilbud og etterspørsel etter helsepersonell i første kvartal 2019. Det vil opprettes et samarbeid der Helsedirektoratet er en av partene for videreutvikling og bruk av fremskrivingsmodeller. Dette vil gjøre at vi vil få en betydelig forbedret mulighet til å understøtte beslutningstakernes kapasitetsplanlegging på ulike nivåer med kunnskap om trender, framskrivning, utvikling og endringer.

### 3.13 Administrative rutiner

#### 3.13.1 Fellesføringer

##### Oppgaver

● Digitalisering av arbeidsprosesser og tjenester (digitalt førstevalg)

I rute

Beskrivelse	Helsedirektoratet skal arbeide systematisk med å utnytte tildelte ressurser bedre og øke produktiviteten. Digitalisering av arbeidsprosesser og tjenester (digitalt førstevalg) er et sentralt virkemiddel i dette arbeidet, sammen med f.eks. omorganisering, prosessforbedring og annen bruk av teknologi. I årsrapporten skal Helsedirektoratet gjøre rede for iverksatte og planlagte effektiviseringstiltak. Det skal her fremgå at tiltak som inneholder digitalisering av arbeidsprosesser og tjenester er særlig vurdert. Det skal også gjøres rede for hvordan effektiviseringsgevinstene av tiltakene hentes ut, slik at de kan omdisponeres til prioriterte områder.
Kommentar	Helsedirektoratet har i 2017 fortsatt moderniseringen av de eksisterende IKT-løsninger samtidig som en rekke nye digitaliseringstiltak har gitt økt effektivt, støtte og bedre styring internt i Direktoratet. De nye løsningene som er utviklet, eller er under utvikling, har fokus på automatisering, selvbetjening og mulighet for å tilgjengeliggjøre informasjon og data til andre på en enkel og sikker måte.

Prosjektet Styringsdata har etablert en løsning for rapportering av nøkkeltall og styringsindikatorer på flere områder. På områdene autorisasjon av helsepersonell og tilskudd er det lagt til rette for å ta ut nøkkeltall og tilgjengeliggjøre styringsdata om saksvolum og

saksbehandlingstid eller generere rapporter om søkere og mottakere innen de ulike tilskuddsordningene.

Innenfor autorisasjon og godkjenning av spesialistgodkjenning, er det levert et prosjekt for effektivisering av saksbehandling. Prosjektet har automatisert arbeidsprosessene for ettersendte dokumenter, dokumentasjon av kvalifiseringsløp og saksbehandlingsstatus.

Helsedirektoratet har utviklet en digital løsning for varsel av fristbrudd fra spesialisthelsetjenesten til Helfo, formidling av fristbruddpasienter til ny leverandør, samt saksbehandling og mulighet til å ta ut statistikk. Ved å få sykemeldte pasienter raskere til behandling kan sykemeldingsperioden kortes ned og gi vesentlige samfunnsøkonomiske gevinster.

Helsedirektoratet har også utviklet et nytt lovpålagt tobakksalgsregister der alle virksomheter som selger tobakksvarer og tobakkssurrogater skal registrere seg og som skal brukes av landets kommuner til å føre tilsyn.

Automatiseringen av frikort egenandelstak 2 har bidratt til en bedre tjeneste for brukerne og en mer effektiv bruk av samfunnets ressurser. 283 000 privatpersoner fikk i 2017 innvilget frikort tak 2 uten å søke om det. Privatpersoner har nå tilgang på selvbetjeningsløsningen på helsenorge.no for å se sine registrerte egenandeler og frikortstatus. Ressursbruken i Helfo på tak 2 området vil reduseres med minst 50 % som følge av automatiseringen.

Fra saksbehandlingssystemet HESA sendes det årlig ut hundretusenvis brev om vedtak, om innhenting av informasjon og andre forhold. Fra oktober 2017 ble disse sendt ut som digitale brev til Sikker digital postkasse (SDP). Tiltaket frigjør utgifter til porto, samt reduserer andelen feiladresserte brev. I tillegg er 90 % av alle varslingsbrev erstattet av SMS-varslings noe som både reduserer portokostnader ytterligere og gir innbyggere raskere beskjed om status på søknader.

Avdeling helseregistre har i 2017 levert første versjon av Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR). Sammen med direktoratet for e-helse har det blitt utviklet løsning for KPR hvor innbygger via helsenorge.no kan melde feil, kreve innsyn og reservere seg. På oppdrag fra HOD ble ytterligere styringsparametere utviklet for monitorering av uønsket variasjon innen spesialisthelsetjenesten. Parameterne og tallgrunlaget er tilgjengeliggjort via dashboard på Helsedirektoratet.no.

Løsning for monitorering av pakkeforløp for kreftbehandling ble etablert og satt i drift. Dette skal sikre at pasienter vil oppleve et godt organisert, helhetlig og forutsigbart forløp, og forhindre uønskede tidsavbrudd.

Prosjektet Ny digital innholdsplattform vil lage en løsning som vil gjøre alt innhold Helsedirektoratet og Helfo lager tilgjengelig som åpne data for eksterne aktører. Hensikten er at for eksempel anbefalingene i nasjonale faglige retningslinjer skal kunne gjenbrukes i elektroniske pasientjournaler, apper, felles nettløsning for spesialisthelsetjenesten med flere.

Det er levert ny løsning for nasjonale kvalitetsindikatorer som har gitt gevinster ved at flere tidkrevende rutiner for publisering, revidering og utvikling av kvalitetsindikatorer ble automatiserte. Datagrunlaget kan nå i større grad tilgjengeliggjøres til bruk for eksterne interessenter.

Det er utviklet nye saksbehandlingsløsninger for Meldeordningen § 3-3 og Meldeordningen for humane organer. Automatiserte saksbehandlingsoperasjoner og tilgjengeliggjøring av styringsdata har resultert i høyere kvalitet på saksbehandling, frigjøring av tid til arbeid med



læringsnotater og analyse/statistikk. Nå etableres et felles meldingssystem for uønskede hendelser i helsetjenesten (En vei inn) som skal bidra til økt kvalitet, bedre pasientsikkerhet og mer automatiserte prosesser. Viktige gevinster for helsetjenesten er at man sparer tid og får oppfylt meldeplikten. Frigjort tid kan brukes til å melde flere hendelser og for meldeordningene er de viktigste gevinstene flere og bedre meldinger i tillegg til at man sparer tid.

Innen området primærhelseteam har man utviklet tekniske løsninger slik at det er klart til å gjennomføre en pilot med oppstart 1. april 2018, med fokus på brukervennlige tjenester i fastlegepraksis. Velferdsteknologiprogrammet har fått tilskudd til gjennomføring av en pilot for avstandsoppfølging for kronisk syke 2015-2018. Bruker måler egne verdier, for eksempel puls, oksygenmetning, blodsukkerverdier og vektmålinger, som overføres til et nettbrett. Bruker svarer i tillegg på et persontilpasset skjema om dagsform og resultatene overføres digitalt til en kommunal responstjeneste. Tiltaket gir økt trygghet og mestring for pasientene, gjennom at pasienten lærer seg til å kjenne igjen reaksjoner og tegn til endring, slik at man tidlig kan iverksette tiltak selv for å unngå forverring. Avstandsoppfølging gir tettere og bedre oppfølging og kan føre til at behov for andre helsetjenester blir redusert eller utsatt.

Saksbehandlingsløsningen ELSA for Helfo erstatter landoppgjørsapplikasjonen innenfor fagområdet tilknyttet prosjektet European Exchange og Social Security Information (EESSI). Løsningen planlegges utviklet frem mot sommeren 2019. Løsningen skal utvikle integrasjoner og henting av data fra relevante informasjonskilder som for eksempel elektronisk søknadsskjema fra borger, eller opplysninger fra NAV. All kommunikasjon mellom Helfo og andre EØS-lands trygdemyndigheter skal på sikt kunne foregå digitalt gjennom strukturerte elektroniske dokumenter som sendes mellom landene. Løsningen skal videre legge til rette for automatisering av arbeidsprosesser i Helfo gjennom regelmotor og utvikle en mer brukervennlig løsning med en enhetlig arbeidsflate.

Prosjektet Automatisering av legemiddelsøknader ble satt i produksjon i mai 2017 og om lag 10 000 søknader er behandlet helautomatisk siden den gang. Dette frigjør saksbehandlingsressurser, samtidig som legen får svar på søknaden sin i løpet av samme dag.

Helsedirektoratet inngår tidlig i 2018 avtale med en ny forsikringsagent som skal sikre at medlemmene i norsk folketrygd får dekket sine behov for helsetjenester under opphold i USA.

Helfo trenger en omfattende fornyelse av tjenester og systemer for å kunne imøtekomme behov og forventinger om fremtidsrettede digitale tjenester hos sine brukere, og for å kunne effektivisere egen forvaltning- særlig på helserefusjonsområdet. Disse behovene er nedfelt i et digitaliseringsprogram som planlegges med oppstart i 2018 og skal vare i 3-4 år: Enklere digitale tjenester. Programmet vil legge til rette for digitale, sikre selvbetjenings- og kommunikasjonsløsninger mot innbyggere og helsepersonell. I tillegg vil man sikre bedre etterlevelse for helsepersonell, samt riktig fremsetning av refusjonskrav. Prosjektet En hovedbok for Helfo skal innen 2020 sørge for at 2,5 millioner utbetalinger/fakturaer fra Helfos fagsystemer som forvaltes av NAV IKT/økonomi blir overført via Helsedirektoratets IT-/regnskapsplattform, slik at hele regnskapet til Helfo samles i én hovedbok. Dette vil for det første sikre at Statens økonomiregelverk blir ivarettatt, i tillegg til en rekke tiltak som vil gi en mer automatisert overføringsprosess og forenklet informasjonsformidling til publikum. Tiltaket vil frigjøre ressurser som i dag innebærer en kostnad mot NAV, samt redusere oppgavemengden i Helfos regnskapsmiljø.

### 3.13.2 Intern sikkerhet og beredskap i Helsedirektoratet

#### Informasjonssikkerhet og personvern

Det gjennomføres i disse dager et GDPR prosjektet med tilhørende GAP-analyse rapport. I rapporten fremgår det hvilke tiltak, i egen virksomhet og for de helsefaglige register/systemene Helsedirektoratet har ansvaret for, som er nødvendige å etablere for å være i samsvar med personvernforordningen.

Det er gjennomført et betydelig antall risikovurderinger av utviklingsprosjekter og i system og register som behandler helse- og personopplysninger. Det er også videreutviklet bedre maler og verktøy for risikohåndtering.

Gjennom GDPR prosjektet oppdateres og videreutvikles Helsedirektoratets styringssystem for informasjonssikkerhet. Styringssystemet bygges etter ISO27001 for å imøtekomme myndighetskrav til informasjonssikkerhet.

Helsedirektoratet har i 2017 lagt ned betydelig arbeid for sikkerhet i utvikling av nye it-systemer og registre. Helsedirektoratet har oppdatert sin utviklingsmodell til å inneholde Innebygget personvern som beskrevet i Datatilsynets veiledning.

### 3.13.3 Konsernmodell for administrative tjenester

#### Tjenestesenter for anskaffelser, IKT, arkiv/dokumentforvaltning

Helsedirektoratet overførte både kompetanse og økonomiske ressurser innen IKT- og anskaffelsesområdet fra 1. januar 2017 til NHN. NHN og Helsedirektoratet har inngått tjenesteavtaler som regulerer leveransene. Det har vært tett dialog i løpet av 2017 mellom NHN og Helsedirektoratet for å utvikle tjenestemodellen og for å skape forutsigbarhet og gjensidig forståelse på leveransenes innhold.

Følgende funksjoner leveres fra NHN innen IKT-området:

Drift, vedlikehold, overvåkning, beredskap og administrasjon av infrastruktur

- Drift, vedlikehold, overvåkning, beredskap og administrasjon arbeidsflate og kontorstøtte
- Drift, vedlikehold, overvåkning, beredskap og administrasjon av applikasjoner og integrasjoner
- Kunde- og leverandør oppfølging
- Brukerstøtte
- Ledelse, rådgivning, arkitektur, prosjektledelse av tjenestene over

Følgende funksjoner leveres fra NHN innen anskaffelsesområdet:

- Strategisk planlegging av etatsovergrepene anskaffelser
- Gjennomføring av kategoribaserte anskaffelsesprosesser
- Gjennomføring av ikke planlagte anskaffelser
- Anskaffelsesrelaterte støttetjenester

#### Fullservicemodell for lønn, regnskap og reiseadministrasjon

1. januar 2017 ble Helsedirektoratet fullservicekunde av DFØ både på regnskaps- og lønnsområdet. Helsedirektoratet var fra før delservicekunde på regnskapsområdet, mens på lønnsområdet benyttet Helsedirektoratet en selvstendig lønnsløsning. Overgangen på lønnsområdet har derfor vært mest krevende. Det har vært flere dialoger mellom DFØ og Helsedirektoratet i løpet av 2017 for å tilpasse tjenestemodellen og for å skape forutsigbarhet og gjensidig forståelse på leveransenes innhold.

Følgende funksjoner leveres av DFØ:

- Regnskapstjenestene gir tilgang til regnskapssystem, registreringstjenester, betalingsformidling, elektronisk fakturabehandling og brukerstøtte

- Lønnstjenesten gir tilgang til lønssystem og tilhørende systemer, består av beregning og utbetaling av lønn, reise og andre ytelser, forskuddstrekk, formidlingstrekk, arbeidsgiveravgift, betalingsformidling, offentlig rapportering, lønnsinnberetning og brukerstøtte.
- Tilgjengeliggjøring av systemløsninger knyttet til applikasjoner innenfor lønn og regnskap, herunder:
  - drift av systemløsningene innen tjenestemålingene
  - generell tilgjengeliggjøring av ny eller forbedret funksjonalitet i systemløsningen avhengig av Leverandørens vurdering
  - forvaltning av systemløsningene, herunder brukerstøtte, vedlikehold mv.

### ● Helseforvaltningens HR-forum

I rute

**Beskrivelse** Helsedirektoratet har fått i oppdrag å sørge for etablering av Helseforvaltningens HR-forum innen utgangen av første kvartal 2017. Dette forumet skal legge til rette for standardisering av HR-systemer i alle etater, kompetansedeling, opplæring og erfaringsutveksling, og være arena for informasjonsutveksling i relevante HR-tema og når det gjelder kundeforhold til eksterne tjenesteleverandører. De øvrige virksomhetene skal bidra til prosess for etableringen og skal være representert v/HR-sjef i Forumet.

**Kommentar** Årsrapport levert HOD medio desember 2017

### 3.13.4 Internrevisjon

#### ● Internrevisjon

I rute

**Beskrivelse** Helsedirektoratet skal etablere internrevisjon med virkning fra 1. januar 2018, jf. eget brev fra departementet. Helsedirektoratet skal i 2017 starte arbeidet med slik etablering.

**Kommentar** I 2017 ble det gjennomført en anskaffelse på prosjektleder som skal bistå Helsedirektoratet med etablering av internrevisjon. BDO vant oppdraget. Helsedirektoratet har etablert internrevisjonsleder fra og med 2018, og videreutvikler internrevisjonsområdet.

### 3.13.5 Tilskuddsforvaltning

#### ● Tilskuddsprosjekt - oppdrag fra HOD

I rute

**Beskrivelse** Det vises til administrativt etatsstyringsmøte med Helsedirektoratet 25. november der HOD orienterte om gjennomgangen av direktoratets tilskuddsforvaltning, og hvor direktoratet fikk i oppdrag å velge ut aktuelle tilskuddsmottakere, både kommunale og private ideelle organisasjoner. HOD vil komme tilbake til arbeidet, som også må sees i sammenheng med intensjonene i Frivillighetserklæringen, der regjeringen blant annet har vedtatt et mål om at frivillige skal bruke mindre tid på søknad og rapportering og mer tid på aktivitet.

**Kommentar** Helsedirektoratet har valgt å omorganisere tilskuddsforvaltningen med virkning fra 1. mars 2018. Det vil bli en økt sentralisering av tilskuddsforvaltningen. Tilskuddsordninger med skjønnsmessige vurderinger vil fortsatt forvaltes i helsefagavdelingene.

Tilskudd er et viktig virkemiddel for å nå politiske mål innen helseområdet.

Helsedirektoratet er blant de største tilskuddsforvaltere i staten med ansvar for omlag 160 tilskuddsregelverk. Tilskuddsordningene direktoratet forvalter er svært 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 2017 utbetalte direktoratet ca. 16 mrd. kr i tilskudd, hvorav den største ordningen «Særlig ressurskrevende helse- og sosialtjenester» utgjorde 9 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 2017 ble følgende evaluering gjennomført:

Kap.post	Navn på tilskuddsordning	Navn på evaluering
714.70	Arbeidslivets kompetansesenter for rusmiddelspørsmål (Akan) - driftstilskudd	«Gjennomgang av AKAN – organisering og virkemidler» Rapport 2017 – 06, utført av Proba samfunnsanalyse. <a href="http://proba.no/app/uploads/sites/4/probarapport-2017-06-gjennomgang-av-akan-organisering-og-virkemidler.pdf">http://proba.no/app/uploads/sites/4/probarapport-2017-06-gjennomgang-av-akan-organisering-og-virkemidler.pdf</a>

Videre ble det satt i gang evalueringer av følgende ordninger i 2016; «Kommunalt rusarbeid», og i 2017; Frivillighet Norge – kampanje for felleskap og sosial støtte», «Tiltaksutvikling innen program for folkehelsearbeid i kommunene», «Kommunalt kompetanse- og innovasjonstilskudd», «Psykologer i de kommunale helse- og omsorgstjenestene». Disse evalueringene er fortsatt pågående.

Helsedirektoratets tilskuddsordninger kunngjøres på [www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no). Ordningene er kunngjøringspliktige, med noen unntak.

Tilskuddsforvaltningen er i stor grad digitalisert, gjennom tilskuddsverktøyet TIFO fra 2014 og elektroniske søknads- og rapporteringsskjema i Altinn. Verktøyet Power BI for analyse og rapportering på tilskuddsområdet ble tatt i bruk i 2017.

### 3.13.6 Nye styringsparametere for fagrollen og forvaltningsrollen

#### Nye styringsparametere

Forsinket

**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 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

I 2017 er det utarbeidet styringsparametere for to av produktområdene: Normerende- og faglig produkt samt for tilskudd.

#### Normerende:

##### a) Styringsparameter: Andel digitale retningslinjer

**Formål:** Gjøre vårt normerende innhold lettere tilgjengelig. Legge til rette for bruk av vårt normerende innhold i andre systemer (EPJ, NEL, kvalitetssystemer, etc.). Digitalisering av gamle PDF produkter innebærer også forenkling, forkorting og mer prioriterte anbefalinger. Målsetningen i 2017 var at 50 % av retningslinjene skulle være digitale. Vi gikk ut av året med 18 digitale retningslinjer av totalt 45 publiserte. Dette utgjør 40 % og er derfor noe mindre enn målet. Avviket skyldes at flere retningslinjeprojekter har tatt lengre tid enn forutsatt da målet ble satt, og disse vil først bli publisert i nytt digitalt strukturert format i 2018.

Tilskudd:

**a) Styringsparameter: Andel regelverk som er gjennomgått**

**Formål:** For å sikre effektiv og hensiktsmessig utforming og oppfølging av tilskuddsordningen, er det viktig at regelverket er i tråd med styringsdokumentene (prop1s og TB) og blir kontinuerlig forbedret i tråd med erfaringer fra tilskuddsforvaltere, evaluering og rapportering fra tilskuddsmottagerne (Økonomireglementet kap. 6.2).

Målsetning er at 1/3 av regelverkene gjennomgås årlig. I 2017 ble 62 regelverk oppdatert av 160, som utgjør 39 %.

**b) Styringsparameter: Andel evaluerte ordninger**

**Formål:** Evaluering er en viktig metode for å vurdere om tilskuddsordningen er effektiv i forhold til ressursbruk, organisering og fastsatte mål (Økonomireglementet 6.5).

Målsetning er at minimum 3 % av ordningene evalueres årlig. I 2017 ble en ordning evaluert av 157 som utgjør 1 %. Det er flere ordninger som er under evaluering og som vil bli fullført i 2018.

# 4. STYRING OG KONTROLL I VIRKSOMHETEN

Tildelingsbrevet, samt 53 tillegg til tildelingsbrev, har gitt føringer på nye oppdrag i løpet av 2017. 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 2017. I tillegg ble det gjennomført en økonomigjennomgang med divisjonene pr 31. oktober. 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 oppdrag gitt i tildelingsbrevet, tillegg til tildelingsbrev, strategisk plan, avdelingenes virksomhetsplaner og gjennomføre budsjettprosessen og intern/ekstern rapportering. I forbindelse med virksomhetsplanlegging for 2017 er effekt- og resultatmålene i direktoratets strategi konkretisert og avdelingene har med bakgrunn i forventet brukereffekt og resultat fokusert på aktivitets- og ressursplanlegging, for å styrke mål- og resultatstyringen. Alle prosessene i systemet er dokumentert og det tilbys regelmessig opplæring for alle brukere som er ledere, lederstøtte og saksbehandlere. Helsedirektøren benytter PULS i sine tertialsamtaler med divisjonsdirektørene.

Helsedirektoratet implementerte nytt tilskuddsforvaltningsverktøy (TIFO) fra og med 2015. Verktøyet er tilrettelagt for mottak av søknader, saksbehandling av ordninger, godkjenningssfunksjoner, utsending av tilskuddsbrev, mottak av aksept av vilkår, løsning for utbetaling, mottak og vurdering av rapporter. Fra 2018 er det koblet til et rapporteringsverktøy (Power BI) som gir store muligheter for sammenstilling og visualisering av nøkkeltall i tilskuddsforvaltningen og vil være nyttig i forbindelse med analyser og rapportering.

## Risikostyring

Helsedirektoratet vedtok policy for risikostyring og innførte enhetlig metode for risikostyring i 2016. Risikoreduserende tiltak skal inngå i virksomhetsplaner og ledelsen skal følge opp utviklingen på de mest kritiske områdene. I 2017 ble risikostyring integrert i virksomhetsstyringsverktøyet PULS. Direktoratet vil jobbe videre med implementeringen av risikostyringen i 2018, hvor vi vil fokusere på å identifisere risiko gjennom planprosessen, overvåke i gjennomføring av virksomheten, følge opp gjennom rapportering og håndtere risiko aktivt med rettede tiltak.

## Riksrevisjonen

Revisjonsresultatet for 2017 foreligger ikke på det tidspunkt årsrapporten produseres. For revisjonene fra 2016 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:

- Regelverket for helserefusjoner er dårlig tilpasset automatisert saksbehandling.

Helsedirektoratet har lagt følgende til grunn for å bedre på dette:

- regelverk/finansieringssystemer som støtter opp under riktig medisinsk praksis
- balanse mellom automatiske kontroller, og kompensierende kontrolltiltak når automatiske kontroller ikke er tilstrekkelig
- EPJ-systemer som bygger opp under effektive og automatiske kontroller
- tett samarbeid med de berørte helseprofesjonene

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 ikke å komme seg inn i arbeid og samfunnsdeltagelse. Dette gir helseutfordringer for resten av livet.

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. Å legge til rette for gode levekår for den oppvoksende generasjon er et samfunnsansvar. Vi må samarbeide på tvers av sektorer og nivåer for å gi dem en best mulig start i livet. Det vil også bidra til god helse og gode liv.

### **Brukermedvirkning**

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 skal fortsette arbeidet med å kartlegge og analysere data for å måle kvalitet og identifisere sviktområder. Med den nye forskriften om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten blir det slått tydelig fast at det er øverste leder som er ansvarlig for at virksomheten styres og forbedres systematisk. Helsedirektoratet skal understøtte helse- og omsorgstjenestene i dette arbeidet med styringsdata og analyser samt faglig kunnskapsgrunnlag.

Det er fortsatt store samhandlingsutfordringer mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, og mangelen på felles ansvar får konsekvenser for pasientene. Mangel på samhandling og informasjonsflyt er en stor pasientsikkerhetsrisiko.

Utfordringer fremover er blant annet mindre uønsket variasjon i tjenestenes aktivitet og kvalitet, 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, der målområdene er slik:

- Folkehelse og globalt perspektiv
- Dialog og brukermedvirkning
- Helseberedskap og samfunnsikkerhet
- Kvalitet og pasientsikkerhet
- Lærende og effektiv organisasjon



# 6. ÅRSREGNSKAP

## 6.1 Sammenstilt årsregnskap Helsedirektoratet (inkl. Helfo)

---

### Ledelseskomentarer

#### Formål

Helsedirektoratet ble dannet i 2002 og er underlagt Helse- og omsorgsdepartementet. Helsedirektoratet fører regnskap i henhold til kontantprinsippet, slik det fremgår av prinsippnoten til årsregnskapet. Årsregnskapet utgjør del VI av årsrapporten til Helsedirektoratet.

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

#### Bekreftelse

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

#### Vurdering av vesentlige forhold

Helsedirektoratet har hatt etatsstyringsansvar for Statens strålevern fram til 1.7.2017. Statens strålevern ble deretter direkte underlagt Helse og omsorgsdepartementet. Bevilgningene til Strålevernet ble gjennom revidert nasjonalbudsjett 2017 flyttet fra kapittel 720 til nytt kapittel 747. Regnskapet for Statens strålevern for 1. halvår 2017 ble ompostert til det nye kapitlet. Årsregnskapet til Helsedirektoratet inneholder derfor ikke data for Statens strålevern.

Helse og omsorgsdepartementet innførte konsernløsning for helseforvaltningen fra og med 1.1.2017. Direktoratet overførte IT- og anskaffelsesfunksjonene og ansatte til NHN. Verdiene for årsregnskapet 2017 avviker derfor fra 2016.

Helsedirektoratet ble fullservicekunde i DFØ fra 1.1.2017, hvor oppgaver ifm bokføring og avstemming utføres av DFØ.

#### Revisjonsordning

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 2018. Beretningen vil bli publisert på Helsedirektoratets nettside.

Oslo, 12. april 2018



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 31.12.2017

Utgifts-kapittel	Kapittelnavn	Post	Posttekst	Note	Samlet tildeling*	Regnskap 2017	Merutgift (-) og mindretgift
0720	Helsedirektoratet	01	Driftsutgifter	A,B	1 177 948 000	1 151 782 914	26 165 086
0720	Helsedirektoratet	21	Spesielle driftsutgifter	A,B	28 157 000	17 118 829	11 038 171
0720	Helsedirektoratet	60	Gjesteinnbyggeroppgjør for fastleger	A,B	80 000 000	77 804 007	2 195 993
0720	Helsedirektoratet	70	Helsetjenester i annet EØS-land	A,B	47 602 000	42 718 693	4 883 307
0720	Helsedirektoratet	71	Oppgjørsordning h-reseptlegemidler	A,B	0	-67 380 922	67 380 922
0720	Helsedirektoratet	72	Oppgjørsordning frittbehandlingsvalg	A,B	0	691 350	-691 350
0540	Medfinansieringsordning for lønnsomme	25	Medfinansieringsordning for lønnsomme IKT-prosjekter	B	0	2 500 000	
0575	Toppfinansieringsordning	60	Diverse	A,B	9 190 000 000	9 039 360 000	150 640 000
0701	Spesielle driftsmidler	21	Spesielle driftsutgifter	A,B	14 574 000	16 931 813	-2 357 813
0702	Beredskap	21	Spesielle driftsutgifter	A,B	17 013 023	12 260 571	4 752 452
0702	Tilskudd, beredskap	70	Tilskudd	A,B	3 820 000	6 120 000	-2 300 000
0714	Spesielle driftsutgifter	21	Spesielle driftsutgifter	A,B	135 692 193	136 980 484	-1 288 291
0714	Kommunale tiltak	60	Diverse	A,B	80 213 000	78 117 684	2 095 316
0714	Rusmiddeltiltak	70	Tilskudd	A,B	118 741 000	118 632 510	108 490
0714	Skolefrukt	74	Tilskudd	A,B	20 151 000	20 151 000	0
0714	Andre tilskudd	79	Tilskudd	A,B	35 730 000	31 996 738	3 733 262
0729	Pasient- og brukerombud	01	Driftsutgifter	A,B	70 233 000	69 208 492	1 024 508
0732	Spesielle driftsmidler	21	Spesielle driftsutgifter	A,B	1 000 000	989 128	10 872
0732	Regionale helseforetak	77	Poliklinisk virksomhet mv.	A,B	3 319 892 000	3 265 920 682	53 971 318
0733	Spesielle driftsmidler	21	Spesielle driftsutgifter	A,B	14 775 267	21 139 422	-6 364 155
0733	Kjøp av opptrening	72	Tilskudd	A,B	2 346 866	2 346 866	0
0733	Andre tilskudd	79	Tilskudd	A,B	6 000 000	0	6 000 000
0734	Særskilte tilskudd til psykisk helse og rustil	01	Driftsutgifter	A,B	60 841 949	2 314 856	58 527 093
0734	Spesielle driftsmidler	21	Spesielle driftsutgifter	A,B	18 568 027	18 322 364	245 663
0734	Tvunget psykisk helsevern	70	Tilskudd	A,B	4 035 000	314 734	3 720 266
0734	Utviklingsområder	72	Tilskudd	A,B	17 142 000	15 095 851	2 046 149
0751	Spesielle driftsutgifter	21	Spesielle driftsutgifter	A,B	4 245 191	3 931 851	313 340
0751	Legemiddeltiltak	70	Tilskudd	A,B	6 400 000	6 400 000	0
0761	Spesielle driftsmidler	21	Spesielle driftsutgifter	A,B	129 989 092	107 284 119	22 704 973
0761	Kommunale kompetansetiltak	60	Diverse	A,B	144 773 000	129 773 000	15 000 000
0761	Vertskommuner	61	Diverse	A,B	931 368 000	931 368 000	0
0761	Dagaktivitetstilbud	62	Diverse	A,B	281 575 000	254 539 094	27 035 906
0761	Forsøk med statlig finansiering av omsorgs	65	Diverse	A,B	1 319 042 000	1 337 866 000	-18 824 000
0761	Kompetansetiltak i kommunene	67	Diverse	A,B	85 908 000	70 315 000	15 593 000
0761	Frivillig arbeid	71	Tilskudd	A,B	16 560 000	16 548 257	11 743
0761	Landsbystiftelsen	72	Tilskudd	A,B	76 654 000	76 654 000	0
0761	Særlige omsorgsbehov	73	Tilskudd	A,B	23 490 000	21 079 700	2 410 300
0761	Andre kompetansetiltak	75	Tilskudd	A,B	11 211 000	8 194 762	3 016 238
0761	Andre tilskudd	79	Tilskudd	A,B	103 789 000	102 390 112	1 398 888
0762	Spesielle driftsmidler	21	Spesielle driftsutgifter	A,B	74 126 893	43 711 665	30 415 228
0762	Forebyggende helsetiltak	60	Diverse	A,B	307 511 000	289 811 000	17 700 000
0762	Fengselshelsetjeneste	61	Diverse	A,B	154 476 000	156 646 481	-2 170 481
0762	Allmannlegetjenester	63	Diverse	A,B	77 849 000	76 053 933	1 795 067
0762	Opptappingsplan habilitering og rehabilite	64	Opptappingsplan habilitering og rehabilite	A,B	91 000 000	0	91 000 000
0762	Tilskudd	70	Tilskudd	A,B	49 443 000	57 821 050	-8 378 050
0762	Forebygging av uønskede svangerskap og	73	Tilskudd	A,B	54 191 000	41 307 263	12 883 737
0765	Spesielle driftsmidler	21	Spesielle driftsutgifter	A,B	131 898 846	75 865 052	56 033 794
0765	Kommunale tjenester	60	Diverse	A,B	434 411 000	24 100 458	410 310 542
0765	Rusarbeid	62	Diverse	A,B	471 176 000	0	471 176 000
0765	Brukere og pårørende	71	Tilskudd	A,B	145 155 000	141 880 533	3 274 467
0765	Frivillig arbeid mv.	72	Tilskudd	A,B	371 232 000	309 016 388	62 215 612
0765	Utviklingstiltak mv.	73	Tilskudd	A,B	132 751 000	123 322 213	9 428 787
0765	Kompetansesentre	74	Tilskudd	A,B	304 700 000	304 213 958	486 042
0765	Vold og traumatisk stress	75	Tilskudd	A,B	179 231 000	188 511 574	-9 280 574
0769	Spesielle driftsutgifter	21	Spesielle driftsutgifter	A,B	13 227 909	6 807 350	6 420 559
0769	Tilskudd	70	Tilskudd	A,B	0	4 951 743	-4 951 743
0770	Spesielle driftsutgifter	21	Spesielle driftsutgifter	A,B	5 905 852	12 891 398	-6 985 546
0770	Tilskudd	70	Tilskudd	A,B	258 274 000	244 242 407	14 031 593
0781	Spesielle driftsutgifter	21	Spesielle driftsutgifter	A,B	65 837 490	68 404 368	-2 566 878
0781	Andre tilskudd	79	Tilskudd	A,B	55 500 000	52 131 043	3 368 957
0783	Spesielle driftsmidler	21	Spesielle driftsutgifter	A,B	38 528 720	27 365 608	11 163 112
0783	Kompetansetiltak i kommunene	61	Diverse	A,B	144 307 000	141 809 914	2 497 086
0783	Andre tilskudd	79	Tilskudd	A,B	25 280 000	16 374 059	8 905 941
0840	Spesielle driftsmidler	21	Spesielle driftsutgifter	B	0	250 000	
0842	Spesielle driftsutgifter	21	Spesielle driftsutgifter	B	0	25 000	
0858	Driftsutgifter	01	Driftsutgifter	B	0	155 000	
2711	Spesialisthelsetjeneste mv.	70	Spesialisthjelp	A,B	1 917 875 000	1 912 000 369	5 874 631
2711	Spesialisthelsetjeneste mv.	71	Psykologhjelp	A,B	288 000 000	286 069 110	1 930 890
2711	Spesialisthelsetjeneste mv.	72	Tannlegehjelp	A,B	2 400 000 000	2 356 245 915	43 754 085
2711	Spesialisthelsetjeneste mv.	76	Private laboratorier og røntgeninstitutt	A,B	940 000 000	911 024 644	28 975 356
2751	Legemidler mv.	70	Legemidler	A,B	10 260 000 000	10 200 106 070	59 893 930
2751	Legemidler mv.	71	Legeerklæringer	A,B	6 000 000	6 182 414	-182 414
2751	Legemidler mv.	72	Medisinsk forbruksmateriell	A,B	1 940 000 000	1 908 568 365	31 431 635
2752	Refusjon av egenbetaling	70	Egenandelstak 1	A,B	5 025 000 000	5 009 859 079	15 140 921
2752	Refusjon av egenbetaling	71	Egenandelstak 2	A,B	1 005 000 000	940 218 453	64 781 547
2755	Helsetjeneste i kommunene mv.	62	Fastlønnsordning fysioterapeuter	A,B	369 000 000	378 101 915	-9 101 915
2755	Helsetjeneste i kommunene mv.	70	Allmennlegehjelp	A,B	4 774 875 000	4 719 799 065	55 075 935
2755	Helsetjeneste i kommunene mv.	71	Fysioterapi	A,B	1 223 500 000	1 167 342 983	56 157 017
2755	Helsetjeneste i kommunene mv.	72	Jordmorhjelp	A,B	57 000 000	57 842 234	-842 234
2755	Helsetjeneste i kommunene mv.	73	Kiropraktorbehandling	A,B	155 000 000	157 489 695	-2 489 695
2755	Helsetjeneste i kommunene mv.	75	Logopedisk og ortopedisk behandling	A,B	151 000 000	149 508 095	1 491 905
2756	Andre helsetjenester	70	Helsetjenester i annet EØS-land	A,B	22 000 000	21 118 140	881 860
2756	Andre helsetjenester	71	Helsetjenester i utlandet mv.	A,B	460 000 000	433 887 305	26 112 695
2756	Andre helsetjenester	72	Helsetjenester til utenlandsboende mv.	A,B	220 000 000	218 964 794	1 035 206
2790	Andre helsetiltak	70	Bidrag	A,B	220 000 000	214 236 808	5 763 192
1633	Nettoordning for mva i staten	01	Nettoordning for mva i staten		0	94 937 535	
2651	Arbeidsavklaringspenger	72	Legeerklæringer	B	0	366 428 743	
2651	Grunn- og hjelpetønad, hjelpemidler mv.	77	Ortopediske hjelpemidler	B	0	24 303 216	
Sum utgiftsført					52 987 616 318	51 089 686 368	

## Oppstilling av bevilgningsrapportering 31.12.2017

Inntekts- kapittel	Kapittelnavn	Post	Posttekst	Samlet tildeling*	Regnskap 2017	Merinntekt og mindreinntekt(-)
3714	Gebyrer	04		2 315 000	1 908 695	-406 305
3720	Helsedirektoratet	02	Diverse inntekter	18 505 000	40 113 884	21 608 884
3720	Helsedirektoratet	03	Helsetjenester i annet EØS-land	46 896 000	41 576 374	-5 319 626
3720	Helsedirektoratet	04	Gebyrinntekter	34 546 000	37 406 068	2 860 068
3720	Helsedirektoratet	05	Helsetjenester til utenlandsboende mv.	68 000 000	59 739 288	-8 260 712
3720	Helsedirektoratet	06	Gjesteinbyggeroppgjør for fastleger	80 000 000	77 804 007	-2 195 993
5309	Tilfeldige inntekter	29	Ymse	0	24 030 315	
5700	Folketrygdens inntekter	72	Arbeidsgiveravgift	0	113 968 993	
5701	Diverse inntekter	86	Innkrevning feilutbetalinger	0	122 068 556	
5710	Diverse inntekter	87	Diverse inntekter	0	8 164 109	
<i>Sum inntektsført</i>				250 262 000	526 780 289	
<b>Netto rapportert til bevilgningsregnskapet</b>					<b>50 562 906 079</b>	
<b>Kapitalkontoer</b>						
60077101	Norges Bank KK /innbetalinger, Helsedirektoratet				130 584 075	
60077102	Norges Bank KK/utbetalinger, Helsedirektoratet				-15 884 954 291	
707002	Endring i mellomværende med statskassen, Helsedirektoratet				7 012 419	
60092501	Norges Bank KK /innbetalinger , Helfo				4 507 032 398	
60092502	Norges Bank KK/utbetalinger, Helfo				-1 420 565 103	
NAV	Oppgjørskonto NAV				-37 901 023 701	
707013	Endring i mellomværende med statskassen, Helfo				-1 168 594	
NAV	Helfos andel av endring i mellomværende med statskassen				176 719	
<i>Sum rapportert</i>					<b>0</b>	
<b>Beholdninger rapportert til kapitalregnskapet (31.12)</b>						
				<b>31.12.2017</b>	<b>31.12.2016</b>	<b>Endring</b>
707013	Mellomværende med statskassen Helfo			-10 805 387	-9 636 793	-1 168 594
65.00.07.01	Oppgjørskonto H-resept			-41 901 617	25 479 305	-67 380 922
65.00.07.02	Oppgjørsordning fritt behandlingsvalg			-3 853 750	-4 545 100	691 350
NAV	Helfos andel av mellomværende med statskassen			-2 183 097	-2 359 816	176 719
707002	Mellomværende med statskassen Helsedirektoratet			-24 663 208	-31 675 627	7 012 419

## Note A Forklaring av samlet tildeling utgifter

Kapittel og post	Overført fra i fjor	Årets tildelinger	Samlet tildeling
072001	17 895 000	1 160 053 000	1 177 948 000
072021	4 751 000	23 406 000	28 157 000
072060	0	80 000 000	80 000 000
072070	0	47 602 000	47 602 000
072071	0	0	0
072072	0	0	0
057560		9 190 000 000	9 190 000 000
070121	0	14 574 000	14 574 000
070221	0	17 013 023	17 013 023
070270	0	3 820 000	3 820 000
071421	7 300 000	128 392 193	135 692 193
071460	2 744 000	77 469 000	80 213 000
071470	1 953 000	116 788 000	118 741 000
071474	0	20 151 000	20 151 000
071479	0	35 730 000	35 730 000
072901	1 746 000	68 487 000	70 233 000
073221	0	1 000 000	1 000 000
073277	0	3 319 892 000	3 319 892 000
073321	0	14 775 267	14 775 267
073372	0	2 346 866	2 346 866
073379	0	6 000 000	6 000 000
073401	0	60 841 949	60 841 949
073421	0	18 568 027	18 568 027
073470	0	4 035 000	4 035 000
073472	0	17 142 000	17 142 000
075121	0	4 245 191	4 245 191
075170	0	6 400 000	6 400 000
076121	5 200 000	124 789 092	129 989 092
076160	15 484 000	129 289 000	144 773 000
076161	0	931 368 000	931 368 000
076162	13 923 000	267 652 000	281 575 000
076165	0	1 319 042 000	1 319 042 000
076167	0	85 908 000	85 908 000
076168	0	367 874 000	367 874 000
076171	0	16 560 000	16 560 000
076172	0	76 654 000	76 654 000
076173	0	23 490 000	23 490 000 *
076175	0	11 211 000	11 211 000
076179	0	103 789 000	103 789 000
076221	0	74 126 893	74 126 893
076260	0	307 511 000	307 511 000
076261	0	154 476 000	154 476 000
076263	0	77 849 000	77 849 000
076264	0	91 000 000	91 000 000
076270	0	49 443 000	49 443 000
076273	663 000	53 528 000	54 191 000
076521	0	131 898 846	131 898 846
076560	35 643 000	398 768 000	434 411 000
076562	2 523 000	468 653 000	471 176 000
076571	403 000	144 752 000	145 155 000
076572	307 000	370 925 000	371 232 000
076573	0	132 751 000	132 751 000
076574	0	304 700 000	304 700 000
076575	0	179 231 000	179 231 000
076921	0	13 227 909	13 227 909
076970	0	0	0
077021	0	5 905 852	5 905 852
077070	2 000 000	256 274 000	258 274 000
078121	4 315 000	61 522 490	65 837 490
078179	0	55 500 000	55 500 000
078321	0	38 528 720	38 528 720
078361	0	144 307 000	144 307 000
078379	0	25 280 000	25 280 000
271170	0	1 917 875 000	1 917 875 000
271171	0	288 000 000	288 000 000
271172	0	2 400 000 000	2 400 000 000
271176	0	940 000 000	940 000 000
275170	0	10 260 000 000	10 260 000 000
275171	0	6 000 000	6 000 000
275172	0	1 940 000 000	1 940 000 000
275270	0	5 025 000 000	5 025 000 000
275271	0	1 005 000 000	1 005 000 000
275562	0	369 000 000	369 000 000
275570	0	4 774 875 000	4 774 875 000
275571	0	1 223 500 000	1 223 500 000
275572	0	57 000 000	57 000 000
275573	0	155 000 000	155 000 000
275575	0	151 000 000	151 000 000
275670	0	22 000 000	22 000 000
275671	0	460 000 000	460 000 000
275672	0	220 000 000	220 000 000
279070	0	220 000 000	220 000 000
	<b>116 850 000</b>	<b>52 870 766 318</b>	<b>52 987 616 318</b>

\* Årets tildeling på kap. 0761, post 73 var på 23,490 mill. kroner. Det kommer frem i statsregnskapet at bevilgningen ble redusert med 1,8 mill. kroner i forbindelse med omgrupperingsproposisjonen 2017. I brevet til Helsedirektoratet om endringer fra omgrupperingen er dette ikke innarbeidet, men endringen er hensyntatt i bevilgningsoversikten i statsregnskapet som viser en tildeling på 21,690 mill. kr.

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

Kapittel og post	Stikkord	Merutgift(-)/ mindre utgift	Utgiftsført av andre iht. avgitte belastnings- fullmakter(-)	Merutgift(-)/ mindreutgift etter avgitte belastnings- fullmakter	Merinntekter / mindreinntekter(-) iht. merinntektsfullmakt	Sum grunnlag for overføring	Maks. overførbart beløp *	Mulig overførbart beløp beregnet av virksomheten
072001		26 165 086		26 165 086		26 165 086	0	0
072021	"kan overføres"	11 038 171		11 038 171		11 038 171	11 038 171	11 038 171
072060		2 195 993		2 195 993		2 195 993	0	0
072070		4 883 307		4 883 307		4 883 307	0	0
072071		67 380 922		67 380 922		67 380 922	0	0
072072		-691 350		-691 350		-691 350	0	0
054025		0		0		0	0	0
057560		150 640 000		150 640 000		150 640 000	0	0
070121	"kan overføres"	-2 357 813		-2 357 813		-2 357 813	0	0
070221	"kan overføres, kan nyttes under post 70"	4 752 452		4 752 452		4 752 452	4 752 452	4 752 452
070270	"kan overføres, kan nyttes under post 21"	-2 300 000		-2 300 000		-2 300 000	0	0
071421	"kan overføres, kan nyttes under post 70, 74 og 79"	-1 288 291		-1 288 291		-1 288 291	0	0
071460	"kan overføres, kan nyttes under post 21"	2 095 316		2 095 316		2 095 316	2 095 316	2 095 316
071470	"kan overføres, kan nyttes under post 21"	108 490		108 490		108 490	108 490	108 490
071474	"kan overføres, kan nyttes under post 21"	0		0		0	0	0
071479	"kan overføres, kan nyttes under post 21"	3 733 262		3 733 262		3 733 262	3 733 262	3 733 262
072901		1 024 508		1 024 508		1 024 508	3 424 350	1 024 508
073221	"kan overføres"	10 872		10 872		10 872	10 872	10 872
073277		53 971 318		53 971 318		53 971 318	0	0
073321	"kan nyttes under post 79"	-6 364 155		-6 364 155		-6 364 155	0	0
073372	"kan overføres"	0		0		0	0	0
073379	"kan nyttes under post 21"	6 000 000		6 000 000		6 000 000	0	0
073401		58 527 093		58 527 093		58 527 093	3 042 097	3 042 097
073421		245 663		245 663		245 663	928 401	245 663
073470		3 720 266		3 720 266		3 720 266	0	0
073472		2 046 149		2 046 149		2 046 149	0	0
075121	"kan overføres"	313 340		313 340		313 340	313 340	313 340
075170		0		0		0	0	0
076121	"kan nyttes under post 79"	22 704 973		22 704 973		22 704 973	6 239 455	6 239 455
076160	"kan overføres"	15 000 000		15 000 000		15 000 000	15 000 000	15 000 000
076161	"kan overføres"	0		0		0	0	0
076162	"kan overføres"	27 035 906		27 035 906		27 035 906	27 035 906	27 035 906
076165	"overslagsbevilgning"	-18 824 000		-18 824 000		-18 824 000	0	0
076167		15 593 000		15 593 000		15 593 000	0	0
076168		367 874 000		367 874 000		367 874 000	0	0
076171		11 743		11 743		11 743	0	0
076172		0		0		0	0	0
076173		2 410 300		2 410 300		2 410 300	0	0
076175		3 016 238		3 016 238		3 016 238	0	0
076179	"kan nyttes under post 21"	1 398 888		1 398 888		1 398 888	0	0
076221	"kan overføres, kan nyttes under post 70"	30 415 228		30 415 228		30 415 228	30 415 228	30 415 228
076260		17 700 000		17 700 000		17 700 000	0	0
076261		-2 170 481		-2 170 481		-2 170 481	0	0
076263		1 795 067		1 795 067		1 795 067	0	0
076264		91 000 000		91 000 000		91 000 000	0	0
076270	"kan nyttes under post 21"	-8 378 050		-8 378 050		-8 378 050	0	0
076273	"kan overføres"	12 883 737		12 883 737		12 883 737	12 883 737	12 883 737
076521	"kan nyttes under post 72, kan overføres"	56 033 794		56 033 794		56 033 794	56 033 794	56 033 794
076560	"kan overføres"	410 310 542		410 310 542		410 310 542	410 310 542	410 310 542
076562	"kan overføres"	471 176 000		471 176 000		471 176 000	0	0
076571	"kan overføres"	3 274 467		3 274 467		3 274 467	3 274 467	3 274 467
076572	"kan nyttes under post 21, kan overføres"	62 215 612		62 215 612		62 215 612	62 215 612	62 215 612
076573		9 428 787		9 428 787		9 428 787	0	0
076574	"kan overføres"	486 042		486 042		486 042	486 042	486 042
076575	"kan overføres"	-9 280 574		-9 280 574		-9 280 574	0	0
076921	"kan nyttes under post 70"	6 420 559		6 420 559		6 420 559	661 395	661 395
076970	"kan nyttes under post 21"	-4 951 743		-4 951 743		-4 951 743	0	0
077021	"kan nyttes under post 70"	-6 985 546		-6 985 546		-6 985 546	0	0
077070	"kan overføres, kan nyttes under post 21"	14 031 593		14 031 593		14 031 593	14 031 593	14 031 593
078121	"kan overføres, kan nyttes under post 79"	-2 566 878		-2 566 878		-2 566 878	0	0
078179	"kan nyttes under post 21"	3 368 957		3 368 957		3 368 957	0	0
078521	"kan nyttes under post 79"	11 163 112		11 163 112		11 163 112	1 926 436	1 926 436
078361		2 497 086		2 497 086		2 497 086	0	0
078379	"kan nyttes under post 21"	8 905 941		8 905 941		8 905 941	0	0
084021		0		0		0	0	0
084221		0		0		0	0	0
085801		0		0		0	0	0
271170		5 874 631		5 874 631		5 874 631	0	0
271171		1 930 890		1 930 890		1 930 890	0	0
271172		43 754 085		43 754 085		43 754 085	0	0
271176		28 975 356		28 975 356		28 975 356	0	0
275170		59 893 930		59 893 930		59 893 930	0	0
275171		-182 414		-182 414		-182 414	0	0
275172		31 431 635		31 431 635		31 431 635	0	0
275270		15 140 921		15 140 921		15 140 921	0	0
275271		64 781 547		64 781 547		64 781 547	0	0
275562		-9 101 915		-9 101 915		-9 101 915	0	0
275570		55 075 935		55 075 935		55 075 935	0	0
275571		56 157 017		56 157 017		56 157 017	0	0
275572		-842 234		-842 234		-842 234	0	0
275573		-2 489 695		-2 489 695		-2 489 695	0	0
275575		1 491 905		1 491 905		1 491 905	0	0
275670		881 860		881 860		881 860	0	0
275671		26 112 695		26 112 695		26 112 695	0	0
275672		1 035 206		1 035 206		1 035 206	0	0
279070		5 763 192		5 763 192		5 763 192	0	0
371404								
372002					-406 305			
372003					21 608 884			
372004					-5 319 626			
372005					2 860 068			
372006					-8 260 712			
					-2 195 993			

## Note B Forklaring til brukte fullmakter

### Forklaring til bruk av budsjettfullmakter, Helsedirektoratet

#### Mottatte belastningsfullmakter

Helsedirektoratet har mottatt belastningsfullmakt fra Barne- ungdoms- og familiedirektoratet på kapittel/post 085801 på kr 155 000. Hele belastningsfullmakten er benyttet.

Helsedirektoratet har mottatt belastningsfullmakt fra Barne- ungdoms- og familiedirektoratet på kapittel/post 084221 på kr 25 000. Hele belastningsfullmakten er benyttet.

Helsedirektoratet har mottatt belastningsfullmakt fra Direktoratet for e-helse på kapittel/post 070121 på kr 400 000. Fullmakten er ikke belastet.

Helsedirektoratet har mottatt belastningsfullmakt fra Barne- og likestillingsdepartementet på kapittel/post 084021 på kr 250 000. Hele belastningsfullmakten er benyttet.

Helsedirektoratet har mottatt belastningsfullmakt fra Direktoratet for forvaltning og IKT (DiFi) på kapittel/post 054025 på kr 2 500 000. Hele belastningsfullmakten er benyttet.

**Totalt har Helsedirektoratet mottatt belastningsfullmakter på kr 3 330 000 og det er belastet totalt kr 2 930 000**

#### Avgitte belastningsfullmakter (utgiftsført av andre)

Helsedirektoratet har avgitt belastningsfullmakt til Arbeids- og velferdsetaten (NAV) på kapittel/post 072001 på tilsammen kr 53 416 400. Arbeids- og velferdsetaten har rapportert kr 50 500 712 på kapittel/post 072001.

Helsedirektoratet har avgitt belastningsfullmakt til Arbeids- og velferdsetaten (NAV) på kapittel/post 076521 på tilsammen kr 9 500 000. Arbeids- og velferdsetaten har rapportert kr 8 612 123 på kapittel/post 076521.

Helsedirektoratet har avgitt belastningsfullmakt til Arbeids- og velferdsdirektoratet (NAV) på kapittel/post 076221 på til sammen kr 2 900 000. Arbeids- og velferdsdirektoratet har rapportert kr 2 333 644 på kapittel/post 076221.

Helsedirektoratet har avgitt belastningsfullmakt til Barne- ungdoms- og familiedirektoratet på kapittel/post 076221 på til sammen kr 6 919 201. Barne- ungdoms- og familiedirektoratet har rapportert kr 6 848 325 på kapittel/post 076221.

Helsedirektoratet har avgitt belastningsfullmakt til Direktoratet for e-helse på kapittel/post 076221 på til sammen kr 250 000. Direktoratet for e-helse har rapportert kr 250 000 på kapittel/post 076221.

Helsedirektoratet har avgitt belastningsfullmakt til Folkehelseinstituttet på kapittel/post 076221 på kr 270 000. Folkehelseinstituttet har rapportert kr 270 000 på kapittel/post 076221.

Helsedirektoratet har avgitt belastningsfullmakt til Barneombudet på kapittel/post 076521 på kr 250 000. Barneombudet har rapportert kr 245 800 på kapittel/post 076521.

Helsedirektoratet har avgitt belastningsfullmakt til Barne- ungdoms- og familiedirektoratet på kapittel/post 076521 på til sammen kr 23 775 000. Barne- ungdoms- og familiedirektoratet har rapportert kr 22 584 101 på kapittel/post 076521.

Helsedirektoratet har avgitt belastningsfullmakt til Direktoratet for e-helse på kapittel/post 076521 på til sammen kr 3 200 000. Direktoratet for e-helse har rapportert kr 2 499 054 på kapittel/post 076521.

Helsedirektoratet har avgitt belastningsfullmakt til Fylkesmenn på tilsammen kr 1 505 546 019. Totalforbruk på alle kapitler og poster rapportert fra fylkesmenn er kr 1 498 376 872.

**Totalt har Helsedirektoratet avgitt belastningsfullmakter på kr 1 606 026 620 og det er utgiftsført totalt kr 1 592 520.631**

### 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 372 750 000. Belastet beløp er på kr 366 428 743.

Helfo (Hdir) har mottatt belastningsfullmakt fra Arbeids- og velferdsetaten for å belaste kapittel/post 266177 Ortopediske hjelpemidler på inntil kr 26 250 000. Belastes beløp er på kr 24 303 216.

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

#### Stikkordet «kan overføres»

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

#### Avgitte belastningsfullmakter (utgiftsført av andre)

Helfo har avgitt belastningsfullmakt til NAV på Helsedirektoratets kapittel/post 072001 Driftsutgifter til forvaltnings- og utviklingskostnader på inntil kr 300 000.

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

Merinntekter på kapittel/post 372002 på kr 47 513 er med på å redusere merforbruket under driftsposten 072001.

## Oppstilling av artskontorrapporteringen 31.12.2017

	Note	2017	2016
<b>Driftsinntekter rapportert til bevilgningsregnskapet</b>			
Innbetalinger fra gebyrer	1	40 127 483	40 630 116
Innbetalinger fra tilskudd og overføringer	1	12 717 476	17 438 252
Salgs- og leieinnbetalinger	1	26 583 688	44 988 533
Andre innbetalinger	1	0	0
<i>Sum innbetalinger fra drift</i>		79 428 647	103 056 901
<b>Driftsutgifter rapportert til bevilgningsregnskapet</b>			
Utbetalinger til lønn	2	948 237 245	872 027 567
Andre utbetalinger til drift	3	779 149 915	722 723 657
<i>Sum utbetalinger til drift</i>		1 727 387 161	1 594 751 224
<b>Netto rapporterte driftsutgifter</b>		<b>1 647 958 514</b>	<b>1 491 694 323</b>
<b>Investerings- og finansinntekter rapportert til bevilgningsregnskapet</b>			
Innbetaling av finansinntekter	4	554	26 567
<i>Sum investerings- og finansinntekter</i>		554	26 567
<b>Investerings- og finansutgifter rapportert til bevilgningsregnskapet</b>			
Utbetaling til investeringer	5	5 427 751	15 592 043
Utbetaling til kjøp av aksjer	5,8B	0	0
Utbetaling av finansutgifter	4	101 716	35 480
<i>Sum investerings- og finansutgifter</i>		5 529 467	15 627 522
<b>Netto rapporterte investerings- og finansutgifter</b>		<b>5 528 913</b>	<b>15 600 956</b>
<b>Innkrevingsvirksomhet og andre overføringer til staten</b>			
Innbetaling av skatter, avgifter, gebyrer m.m.	6	397 415 002	170 488 284
<i>Sum innkrevingsvirksomhet og andre overføringer til staten</i>		397 415 002	170 488 284
<b>Tilskuddsforvaltning og andre overføringer fra staten</b>			
Utbetalinger av tilskudd og stønader	7	49 328 522 331	47 455 462 977
<i>Sum tilskuddsforvaltning og andre overføringer fra staten</i>		49 328 522 331	47 455 462 977
<b>Inntekter og utgifter rapportert på felleskapitler *</b>			
Tilfeldige inntekter fra tidligere år (ref. kap. 5309, inntekt)		888 193	2 748 645
Grupplivsforsikring konto 1985 (ref. kap. 5309, inntekt)		1 769 026	1 918 629
Arbeids giveravgift konto 1986 (ref. kap. 5700, inntekt)		113 968 993	105 610 615
Nettoføringsordning for merverdiavgift konto 1987 (ref. kap. 1633, utgift)		94 937 535	82 764 268
<i>Netto rapporterte utgifter på felleskapitler</i>		-21 688 677	-27 513 620
<b>Netto rapportert til bevilgningsregnskapet</b>		<b>50 562 906 079</b>	<b>48 764 756 351</b>
<b>Oversikt over mellomværende med statskassen Helsedirektoratet</b>			
<b>Eiendeler og gjeld</b>		<b>2017</b>	<b>2016</b>
Fordringer		33 393	13 608
Kasse		0	0
Bankkontoer med statlige midler utenfor Norges Bank		0	0
Skyldig skattetrekk		-22 139 274	-24 886 535
Skyldige offentlige avgifter		2 504 897	435 753
Annen gjeld		-5 062 224	-7 238 453
<b>Sum mellomværende med statskassen</b>	8	<b>-24 663 208</b>	<b>-31 675 627</b>
<b>Oversikt over mellomværende med statskassen Helfo</b>			
<b>Eiendeler og gjeld</b>		<b>2017</b>	<b>2016</b>
<b>Drift:</b>			
Fordringer		602 737	593 618
Skyldig skattetrekk		-10 597 001	-11 439 094
Skyldige offentlige avgifter		-6 093	0
Annen gjeld		0	-2 104
<b>Stønad:</b>			
Fordringer		0	1 435 466
Skyldig påleggstrekk		-771 769	-1 306 273
Annen gjeld		-2 216 358	-1 278 221
<b>Sum mellomværende med statskassen</b>	8	<b>-12 988 484</b>	<b>-11 996 609</b>



<b>Note 1 Innbetalinger fra drift</b>		
	<b>31.12.2017</b>	<b>31.12.2016</b>
<i>Innbetalinger fra gebyrer</i>		
Gebyr for søknadsbehandling, tilvirkning av alkohol	566 302	510 500
Gebyr for autorisasjon	7 518 743	6 732 187
Andre gebyrinntekter, tilvirkningsgebyr alkohol	1 347 393	1 480 571
Ordinære forhåndsinnbetalinger (vanlig autorisasjonssøknader)	30 695 045	31 906 858
<b>Sum innbetalinger fra gebyrer</b>	<b>40 127 483</b>	<b>40 630 116</b>
<i>Innbetalinger fra tilskudd og overføringer</i>		
Tilskudd fra andre statlige virksomheter	2 168 000	6 000 000
Tilskudd fra andre departement	4 540 000	5 500 000
Tilskudd fra EU	2 708 607	3 632 927
Tilskudd fra organisasjoner og stiftelser	0	288 246
Andre tilskudd og overføringer	3 300 869	1 642 079
Prosjektstøtte fra ndre statlige virksomheter		375 000
<b>Sum innbetalinger fra tilskudd og overføringer</b>	<b>12 717 476</b>	<b>17 438 252</b>
<i>Salgs- og leieinnbetalinger</i>		
Salgsinntekt tjenester, avgiftspliktig	2 045 075	1 449 000
Salgsinntekt varer, avgiftsfri	0	129 556
Salgsinntekt tjenester, avgiftsfri	17 236 298	27 451 142
Refusjon, eksterne prosjekter	4 747 745	14 285 529
Inntekter v/utsending trykksaker	550 865	386 864
Tilfeldige inntekter (diverse inntekter post 01-29)	2 003 705	1 286 442
<b>Sum salgs- og leieinnbetalinger</b>	<b>26 583 688</b>	<b>44 988 533</b>
<i>Andre innbetalinger</i>		
<b>Sum andre innbetalinger</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Sum innbetalinger fra drift</b>	<b>79 428 647</b>	<b>103 056 901</b>

<b>Note 2 Utbetalinger til lønn</b>		
	<b>31.12.2017</b>	<b>31.12.2016</b>
Lønn	760 761 258	803 995 963
Arbeidsgiveravgift	113 968 993	105 609 229
Pensjonsutgifter*	86 641 105	0
Sykepenger og andre refusjoner (-)	-29 788 190	-56 275 062
Andre ytelser	16 654 080	18 697 438
<b>Sum utbetalinger til lønn</b>	<b>948 237 245</b>	<b>872 027 567</b>
<b>Antall årsverk:</b>	<b>1200</b>	<b>1248</b>

<b>Note 3 Andre utbetalinger til drift</b>		
	<b>31.12.2017</b>	<b>31.12.2016</b>
Husleie	124 676 071	120 397 428
Vedlikehold egne bygg og anlegg	0	0
Vedlikehold og ombygging av leide lokaler	193 673	661 448
Andre utgifter til drift av eiendom og lokaler	24 506 726	25 559 561
Reparasjon og vedlikehold av maskiner, utstyr mv.	1 874 236	7 540 564
Mindre utstyranskaffelser	5 661 116	4 543 304
Leie av maskiner, inventar og lignende	9 879 815	19 390 233
Kjøp av fremmede tjenester	493 179 988	432 823 977
Reiser og diett	29 143 779	30 677 168
Øvrige driftsutgifter	90 034 511	81 129 974
<b>Sum andre utbetalinger til drift</b>	<b>779 149 915</b>	<b>722 723 657</b>

<b>Note 4 Finansinntekter og finansutgifter</b>		
	<b>31.12.2017</b>	<b>31.12.2016</b>
<i>Innbetaling av finansinntekter</i>		
Renteinntekter	0	0
Valutagevinst	554	26 567
Annen finansinntekt	0	0
<b>Sum innbetaling av finansinntekter</b>	<b>554</b>	<b>26 567</b>
<i>Utbetaling av finansutgifter</i>		
Renteutgifter	70 647	35 476
Valutatap	31 070	4
Annen finansutgift	0	0
<b>Sum utbetaling av finansutgifter</b>	<b>101 716</b>	<b>35 480</b>

<b>Note 5 Utbetaling til investeringer og kjøp av aksjer</b>		
	<b>31.12.2017</b>	<b>31.12.2016</b>
<i>Utbetaling til investeringer</i>		
Immaterielle eiendeler og lignende	0	2 099 869
Tomter, bygninger og annen fast eiendom	0	0
Beredskapsanskaffelser	0	0
Infrastruktureiendeler	0	0
Maskiner og transportmidler	0	0
Driftsløsøre, inventar, verktøy og lignende	5 427 751	13 492 174
<b>Sum utbetaling til investeringer</b>	<b>5 427 751</b>	<b>15 592 043</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 Innkrevingsvirksomhet og andre overføringer til staten</b>		
	<b>31.12.2017</b>	<b>31.12.2016</b>
Oppgjørstjenester	144 493 579	-20 934 205
Refusjon til staten for helsetjenester	101 315 662	110 496 607
Tilbakebetaling feilutbetalingssaker	130 232 665	54 201 783
Tilfeldige og andre inntekter (Statskonto 530929)	21 373 096	26 724 098
<b>Sum innkrevingsvirksomhet og andre overføringer til staten</b>	<b>397 415 002</b>	<b>170 488 283</b>

<b>Note 7 Tilskuddsforvaltning og andre overføringer fra staten</b>		
	<b>31.12.2017</b>	<b>31.12.2016</b>
Tilskudd til kommuner og IKS	12 548 799 153	11 044 728 946
Tilskudd til fylkeskommuner	273 413 187	253 542 013
Tilskudd til private bedrifter	453 423 237	907 669 828
Tilskudd til privatpersoner	2 430 176	3 331 308
Tilskudd til organisasjoner og stiftelser	1 110 112 772	578 517 407
Tilskudd til universiteter og høyskoler	191 291 720	236 865 164
Tilskudd til ikke-finansielle foretak	20 146	34 984
Tilskudd til finansielle foretak	8 932 193	7 411 354
Tilskudd til husholdninger	34 075 012 900	34 248 659 070
Tilskudd til ideelle organisasjoner	260 358 630	127 307 488
Tilskudd til statsforvaltningen	8 606 526	12 190 499
Tilskudd til utlandet	396 121 692	35 204 917
<b>Sum tilskuddsforvaltning og andre overføringer fra staten</b>	<b>49 328 522 331</b>	<b>47 455 462 977</b>

*Helfo gjennomfører proaktive og forebyggende tiltak gjennom veiledning og informasjon. Disse tiltakene bidrar til å heve kvaliteten i kravene brukerne leverer til slik at disse i større grad er i henhold til regelverket. Bedre kvalitet i kravene til Helfo reduserer risikoen for manglende realitet i kravene. Redusert risiko for manglende realitet i mottatte krav fra brukerne reduserer risikoen for feil ytelse til brukerne.*

*Helfos forvaltning av stønadsområdet bygger videre på automatiske kontroller, saksbehandlingsrutiner samt etterkontroller opp mot gjeldende regelverk. Dette innebærer at risikoen for manglende realitet i stønadsutbetalingene reduseres.*

*Helfo finner at alle krav etterprøves i den grad det lar seg gjøre opp mot gjeldende regelverk. Det vil være en usikkerhet knyttet til realiteten av de krav som ikke fullt ut kan prøves opp mot gjeldende regelverk. Gjennom den samlede oppfølging av områdene og basert på dagens regelverk, teknologi og tilgjengelige ressurser, vurderes likevel risiko for manglende realitet å være innenfor akseptabelt nivå.*

*Det vises for øvrig til omtale i Helfos årsrapport del IV.*

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

	31.12.2017	31.12.2017	
	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
<i>Sum</i>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
Omløpsmidler			
Kundefordringer	331 541 855	0	331 541 855
Andre fordringer	636 131	636 131	0
Bankinnskudd, kontanter og lignende	0	0	0
<i>Sum</i>	<b>332 177 985</b>	<b>636 131</b>	<b>331 541 855</b>
Langsiktig gjeld			
Annen langsiktig gjeld	0	0	0
<i>Sum</i>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
Kortsiktig gjeld			
Leverandørgjeld	-36 537 281	0	-36 537 281
Skyldig skattetrekk	-33 508 044	-33 508 044	0
Skyldige offentlige avgifter	2 501 337	2 498 804	2 533
Annen kortsiktig gjeld	-12 970 059	-7 278 582	-5 691 476
<i>Sum</i>	<b>-80 514 047</b>	<b>-38 287 823</b>	<b>-42 226 224</b>
<b>Sum</b>	<b>251 663 939</b>	<b>-37 651 692</b>	<b>289 315 631</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**

	Ervervsdato	Antall aksjer	Eierandel	Stemmeandel	Årets resultat i selskapet	Balanseført egenkapital i selskapet	Balanseført verdi i regnskap*
<i>Aksjer</i>							
Selskap 1							
Selskap 2							
Selskap 3							
<b>Balanseført verdi 31.12.2017</b>							<b>0</b>

# 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 er levert av Pasient- og brukerombudenes arbeidsutvalg.

### Sammendrag fra felles årsmelding

Rundt 15 200 personer tok kontakt med pasient- og brukerombudene i 2017 og totalt dreide det seg om 18 100 ulike problemstillinger knyttet til helse- og omsorgstjenestene. Dette er en saksøkning i forhold til tidligere år.

Sakstypene fordelte seg slik: 8 % var utenfor ombudenes mandat. 14 % var råd og veiledning i saker som ikke var knyttet til et bestemt tjenestested. 46 % gjaldt spesialisthelsetjenestene og 32 % gjaldt kommunale helse- og omsorgstjenester. Saker i kategoriene spesialisthelsetjeneste og kommunal helse- og omsorgstjeneste er saker der pasient eller bruker ikke er fornøyd med håndteringen til et bestemt tjenestested.

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

### Årsaker til at ombudene ble kontaktet om et tjenestested i 2017

Over halvparten av henvendelsene som er knyttet til tjenestestedene dreide seg om misnøye med selve utførelsen av tjenesten. Pasient eller bruker opplevde at tjenestene ikke var forsvarlige eller omsorgsfulle, eller det ble stilt spørsmål ved om tjenestene var i tråd med god praksis. I denne kategorien finner vi for eksempel saker om feilbehandling, påført skade, mangelfulle henvisninger, språkproblemer eller lite omsorgsfull hjelp.

26 prosent av henvendelsene var knyttet til rettigheter. Som oftest var det mistanke om brudd på pasient- og brukerrettigheter. I denne kategorien finner vi for eksempel avslag på søknader om tjenester, fristbrudd, innsyn i journal, eller at retten til medvirkning og informasjon for pasienter og brukere ikke er overholdt.

17 prosent av henvendelsene identifiserte vi som svikt i systemer som er laget for å ivareta pasientsikkerhet og flyt i pasientbehandling. Henvendelsene gjaldt tjenestestedets organisering og rutiner. For eksempel mangelfull tilgjengelighet, samhandling mellom etater, saksbehandlingstid eller annen rot og sommel i saksbehandling.

I svært mange henvendelser, og i alle tre kategoriene, fant ombudene elementer av mangelfull eller dårlig informasjon. God og hensiktsmessig kommunikasjon mellom helsepersonell og de som mottar tjenestene, inkludert deres pårørende, er avgjørende for pasientsikkerheten.

## **Ombudene anbefaler**

- Alle kommuner bør tilby forebyggende hjemmebesøk til eldre over 80 år som ikke allerede mottar helse- og omsorgstjenester.
- Det bør gjennomføres et kompetanseløft på pasient- og brukerrettigheter blant ansatte i helse- og omsorgstjenestene.
- Pasienter bør tilbys kopi av henvisninger, epikriser og prøvesvar.
- Det bør gjennomføres tiltak for å bedre kompetanse på bruk av tolk, slik at helsetjenestens ansvar for å bestille tolk ved behov etterleves.
- Ungdom mellom 16 og 18 år bør fritas for å betale egenandel hos fastlegen.
- Utskrivingsamtaler bør være en selvfølgelig avslutning på ethvert sykehusopphold.

## **Om å klage, kunnskap og kompetanse**

Ombudene gjentar som i tidligere årsmeldinger at det trengs et kompetanseløft på pasient- og brukerrettigheter blant ansatte i helse- og omsorgstjenestene.

## **Fastlegeordningen må moderniseres**

Pasient- og brukerombudene har i flere år etterlyst en evaluering av fastlegeordningen. Ikke fordi den er dårlig, men fordi endringer i oppgavene utfordrer. Ombudene mener derfor Stortingets vedtak om å evaluere fastlegeordningen høsten 2017 var riktig og nødvendig.

## **Ja, det gjelder livet**

Ombudene deler erfaringene til Helsetilsynet når det gjelder tilbudet til personer med utviklingshemming. Pårørende melder om manglende eller ikke fungerende koordinator, mangelfull plan for tiltak, stor bruk av vikarer og ufaglært personell og lite informasjon og medvirkning. I mange saker er tjenestene gitt som kollektive tjenester til en hel brukergruppe, uten mulighet for individuell tilpassing.

## **Omsorgen for våre eldre - trygg hele livet?**

Kommunene har ansvaret for å gi kvalitativt gode tjenester og god og omsorgsfull hjelp til den enkelte. Mye fungerer bra, og vi vet at det i økende grad arbeides med kvalitetsforbedringer og økt fokus på pasientsikkerhet i kommunene. Men vi hører også om hjemmetjenesten som ikke kommer til avtalt tid, for korte besøk, stadig nye hjelpere, mangelfull kompetanse, mangelfull klinisk registrering, og feil i medikasjonen. Slike erfaringer skaper utrygghet og engstelse både hos brukeren og pårørende.

## **Rusavhengige må sikres bedre behandlingsforløp**

Rusavhengige har ofte behov for ulike hjelpetiltak over tid. Da er det avgjørende at tiltakene er koordinert. Opphold i behandlingsforløpet kan være sårbare overganger der mange rykker tilbake til start. I tillegg til sømløse forløp etterlyses mer medvirkning ved valg av medikamenter og ulike forhold rundt henteordninger og bruk av urinprøver.

## **Prioritering av barn og unge – mindre snakk og mer handling**

Kommunen skal tilby helsetjeneste i skoler og helsestasjonstjeneste. En forutsetning for å nå foreldre og ikke minst barn og ungdom, er at de kjenner til tilbudene og at de oppleves som lett tilgjengelige. I dag er det store forskjeller i barn og unges tilgang til helsestasjon og skolehelsetjeneste. Gjennom henvendelser til ombudene og i kontakt med ungdomsråd på sykehus, er vi gjort oppmerksom på at overgangene mellom barne- og voksenavdelinger kan by på store utfordringer for pasientene.

## **Pasientforløpene – Utfordringer**

Vi vet at det arbeides kontinuerlig med forbedringer, både i forhold til kvalitet og effektivitet. Ombudene vil likevel trekke frem noen punkter som utfordrer de gode pasientforløpene, slik som:

- Dårlige henvisninger og varierende vurderinger av disse
- Manglende internhenvisning i utredningsfasen, slik at pasienten eventuelt må tilbake til fastlegen for å få ny henvisning
- Mangelfull planlegging av neste behandlingstiltak, for eksempel konkret operasjonstidspunkt eller neste kontroll
- Mangelfullt samarbeid internt og mellom ulike behandlingsteder
- Mangelfull informasjon til pasient og pårørende, både underveis i forløpet og i forbindelse med utskriving
- Mangelfull samhandling mellom tjenestenivåene, særlig ved utskriving
- For tidlig utskriving og risiko for reinleggelse; svingdørsproblematikk
- Systemer/IKT løsninger som ikke understøtter oppgavene, og ulike systemer som ikke «snakker sammen»

### **Fritt behandlingsvalg**

Vi erfarer at virkeområdet for fritt behandlingsvalg er for lite kjent og praktiseres ulikt i tjenestene.

### **Underveis**

Ombudene mottar henvendelser som viser at pasientenes forventninger til behandlingsforløpene ikke innfris og at pasientrettighetene ikke etterleves.

### **Kontaktlege**

Ombudene erfarer at denne pasientrettigheten ikke følges opp på tilfredsstillende måte. Ved en del sykehus ser det ut som at ordningen kun fungerer som en rett på papiret.

### **Hjem igjen med kunnskap i kofferten?**

Ombudene erfarer at både kommune og pasienter etterlyser informasjon om den mottatte behandlingen, hvordan pasientene skal forholde seg etter utskriving, og hva som skal følges opp ved hjemreise fra sykehuset.

### **Økonomi**

Regnskapsresultat per 31.12.2017 viser et mindreforbruk på 1 mill. kroner av et budsjett på 70 mill. kroner. Mindreforbruket skyldes midlertidige og uforutsette vakanser i stillinger, større sykepengerefusjoner enn forventet samt forsinkelser i IKT prosjekt. 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

### **Samlet vurdering av måloppnåelse**

Helfo har i 2017 hatt en bedre måloppnåelse enn tidligere år og har levert de beste resultatene siden omorganiseringen i 2014. Perioden 2014-2016 var preget av lange saksbehandlingstider og

manglende måloppnåelse for spesielt legemiddelområdet og utlandsområdet. Ved inngangen til 2017 så man tydelige effekter av iverksatte tiltak og den positive utviklingen fortsatte videre utover i året. Saksbehandlingstider er forbedret og antall ytre grense saker redusert ned til et fåtall saker. Resultatene av brukerundersøkelsene viser også at brukerne i all hovedsak er godt tilfreds med de tjenestene som Helfo yter. Samtidig er det manglende måloppnåelse på enkelte områder som tilgjengelighet til telefontjenestene for helseaktørene, saksbehandlingstid for kontrollsaker og klagesaker, samt Fritt behandlingsvalg og fristbrudd. Fokus på etterlevelse har fortsatt i 2017 og det arbeides systematisk for økt kunnskap om hvor feil oppstår, hvorfor dette skjer og hva som virker av tiltak. Effektvurderinger av ulike virkemiddelbruk er en del av kunnskapsgrunnlaget og gir grunnlag for å anta at de tiltak som Helfo igangsetter gir økt etterlevelse, også på sikt.

Helfo har 527 forpliktende årsverk per 31.12.2017 og har reduserte antall ansatte i 2017 med nær 16 årsverk. Sykefraværet var 6,9 prosent. Regnskapsresultatet viser balanse og Helfo har følgelig hatt en god økonomistyring i året som har gått.

I det videre følger en mer detaljert oppsummering og vurdering av oppnådde resultater for 2017.

### Tjenesteområde 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.

All informasjon til private brukere fra Helfo er nå samlet på helsenorge.no. Besøkstallene til helsenorge.no har økt betydelig og gjennomsnittlig besøk per måned i 2017 er nær 1,6 millioner. Samtidig hadde Helfos innhold på nettstedet en reduksjon i besøk på 6 prosent. Helfos brukerinnsett brukes aktivt i utviklingen av helsenorge.no. Helfo drifter fire brukerpaneler (tannleger, fysioterapeuter, fastleger og innbyggere). Innbyggerpanelet er et elektronisk panel med 550 deltakere. Antall telefonhenvendelser til Helfo er redusert med vel 20 prosent i 2017 og det er også en svak nedgang i antall epost-henvendelser.

Fastlegebytte skjer i stadig større grad elektronisk gjennom selvbetjeningsløsningene på helsenorge.no. Hele 81,5 prosent bytter fastlege gjennom løsningen. 89,4 prosent bestilte europeisk helsetrygdkort via selvbetjeningsløsningen.

Etatsstyrer er godt tilfreds med utviklingen som viser overgang fra personbetjente kanaler til informasjon og veiledning på nett og selvbetjeningsløsninger. Helfo har jobbet målbevisst for å tilrettelegge for rett kanalvalg blant brukerne. Det gir mer effektive tjenester og økt tilgjengelighet for brukerne. Utviklingen er i tråd med strategi om fortsatt digitalisering av tjenestene på helserefusjonsområdet. Samtidig gjenstår det mye arbeid for å virkelig gjøre målet om økt tilgjengelighet og gode brukeropplevelser gjennom bl.a. selvbetjeningsløsninger og automatisering. Brukertilfredsheten for telefontjenestene og eposthenvendelser (800HELSE) er henholdsvis 86 prosent og 79 prosent, noe som betyr at brukerne er godt fornøyd og prestasjonsmålene oppfylt. Gjennomsnittlig ventetid på telefon i 2017 var 66 sek, mens tilsvarende for 2016 var 113 sek.

Etatsstyrers vurdering er at Helfo har en profesjonell informasjons- og veiledningstjeneste med meget god kvalitet, noe som bekreftes av resultatene fra brukerundersøkelsene. Videre er svarprosent og ventetid vesentlig forbedret fra tidligere år og overoppyller prestasjonsmålene.

Nye behandlingsområder ble faset inn i Fritt behandlingsvalg i 2017. Helfo behandler søknader fra private behandlingstilbud om å bli godkjent som helsetilbud i den nye ordningen. Per 2017 er det 39 leverandører (45 ulike lokasjoner) i godkjenningsordningen.

Helfo har i 2017 registrert 8 880 fristbrudd, noe som er en dobling fra 2016. Av disse har 5 113 pasienter ønsket og mottatt tilbud om helsehjelp via Helfo.

Kravet til saksbehandlingstid (4 uker) er oppfylt for 59 prosent av søknadene fra behandlingstilbudene, og tilsvarende er kravet til saksbehandlingstid (10 virkedager) oppfylt for 59 prosent for formidling av fristbruddpasienter.

Etatsstyrers vurdering er at Helfo har håndtert økningen i antall fristbrudd og antall formidlinger til alternative behandlingstilbud på en ansvarlig og god måte. Den store økningen har medført økte saksbehandlingstider til tross for tiltak i form av endrede rutiner og intern ressursmessig prioritering av området. Utvikling av prosesser og rutiner knyttet til Fristbruddordningen og Fritt



behandlingsvalg har hatt stort fokus i 2016 og 2017, og det lanseres en ny saksbehandlingsløsning i løpet av 2018.

### **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 22,6 milliarder kroner. Andel unike behandlere som sender elektroniske krav over linje fortsetter å øke og er nå på 76 prosent og disse representerer 96 prosent av alle refusjonskrav.

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 2017 om lag 1,75 millioner nettbesøk. Antall digitale brukermøter er økende også for behandlingsrefusjon, men med 81 prosent for 2017 så er målkravet på 95 prosent fortsatt et stykke unna.

Veiledningstelefonen for helseaktører hadde nær 100 000 henvendelser i 2017, en nedgang på 2,9 prosent fra 2016. Gjennomsnittlig ventetid på telefon var 54 sek, mens prestasjonsmålet er 40 sek. Brukertilfredshet for telefontjenesten er i henhold til prestasjonsmålet på 85 prosent.

Helseaktørenes tilfredshet med epost-henvendelsen har imidlertid sunket til 68 prosent i 2017 (prestasjonsmål 80 prosent). Det arbeides med videreutvikling av kompetanse til medarbeidere, samt maler/konsept for besvarelse av kompliserte og sammensatte problemstillinger.

For saker som behandles etter folketrygdlovens § 5-24 a – Stønad til helsetjenester i et annet EØS-land, har det i 2017 vært en betydelig forbedring i saksbehandlingstider og antall ytre grense saker. I løpet av 2017 har Helfo oppnådd god kontroll på området. Gjennomsnittlig saksbehandlingstid for forhåndstilsagn er redusert fra 34 dager i 1.tertial til 28 dager i 3.tertial 2017. Sistnevnte er i tråd med prestasjonsmålet. Gjennomsnittlig saksbehandlingstid for refusjon er halvert fra 53 dager i 1.tertial til 25 dager i 3.tertial.

Etatsstyrers er generelt godt tilfreds med resultatoppnåelsen innen tjenesteområdet behandlingsrefusjon. Helfo oppfylder de mest sentrale prestasjonsmålene knyttet til saksbehandlingstider og brukertilfredshet. Det er spesielt gledelig at brukerne i 2017 opplever raskere saksbehandling på utlandsområdet og da spesielt § 5-24a – Stønad til helsetjenester i et annet EØS-land. Helfo har beskrevet forbedringstiltak for de områder hvor prestasjonsmål ikke er oppfylt. Etatsstyrer vil i styringsdialogen for 2018 spesielt følge opp saksbehandlingstid for kontrollsaker og klagesaksområdet (omgjøringsprosent og ytre grense saker i førsteinstans).

### **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 12,1 milliarder kroner.

Helfo har hatt manglende måloppnåelse for saksbehandlingstider på legemiddelområdet over flere år. Prioriterte legemiddelsaker har hele tiden vært behandlet innen fristen, men for øvrige saker har det vært store forsinkelser. Utviklingen snudde i løpet av 2016 og den positive trenden har fortsatt inn i 2017.

Helfo mottok om lag 140 000 krav på legemiddelområdet i 2017, en økning på 4,4 prosent fra 2016. I 3.tertial 2017 var gjennomsnittlig saksbehandlingstid for prioriterte saker 5,6 dager og for øvrige saker 14,2 dager. Tilsvarende tall for 3. tertial 2016 var henholdsvis 11,0 dager og 37,6 dager. For saker på bidragsområdet (§ 5-22) er gjennomsnittlig saksbehandlingstid redusert det siste året fra 21,9 dager til 16,0 dager for forhåndstilsagn og 8,3 dager for refusjonssaker. Antall saker over ytre grense på legemiddelområdet er i løpet av 2017 redusert fra 2753 til 195 saker. Gjennomsnittlig

saksbehandlingstid for refusjon for tannhelsebehandling er redusert fra 42,0 dager ved inngangen til året til 13,8 dager ved utgangen av året.

De viktigste faktorene som har bidratt til bedre måloppnåelse er et kontinuerlig arbeid med prosess- og kompetanseforbedring, ny løsning for automatisert saksbehandling og endret finansieringsansvar for enkelte legemidler.

Etatsstyrer er godt fornøyd med at brukerne nå opplever kortere saksbehandlingstider på både tannhelse- og legemiddelområdet i 2017. Kravenes alder på vedtakstidspunktet er kraftig redusert. Saksbehandlingstider for legemiddelområdet har hatt særskilt fokus i styringsdialogen og Helfo har over tid utviklet ulike tiltak som nå gir effekt. Strategien har imidlertid medført noe redusert innsats på klagesaksbehandlingen. Fokus på klagesaksbehandlingen har økt mot slutten av året og vil bli fulgt opp i styringsdialogen i 2018.

### **Spesielt om Helfos arbeid med økt etterlevelse**

Resultatene av Helfos etterkontroller viser at Helfos risikovurderinger treffer. Effektvurderinger som Helfo har gjennomført tyder også på at etterkontrollene gir effekt og at helseaktørene endrer adferd. Målsettingen med etterkontrollarbeidet er å sikre økt etterlevelse frem i tid. Kontrollene er basert på systematiske risikovurderinger, analyser og tips. Helfo har i 2017 opplevd god effekt av å spisse kontrollene mer. Kontrollene resulterer i ulike typer virkemiddelbruk mot de enkelte aktørene, men også i forslag til nye automatiske kontroller, regelverksendringer, informasjonstiltak ol.

Medisinsk forbruksmateriell (både blåreseptkontroll og apotek/bandasjist), leger, fysioterapeuter og tannleger var prioritert for målrettet virkemiddelbruk i 2017 som i 2016. Resultater er 6 anmeldelser (5 anmeldelser i 2016), 5 behandlere ble fratatt retten til å praktisere for trygdens regning (11 behandlere i 2016), 194 behandlere ble pålagt å endre praksis (190 behandlere i 2016) og det ble tilbakekrevd 38 mill. kr (nær 54 mill. kr i 2016). Helfo ble tildelt 1,5 mill. kr til å styrke kontrollfunksjonen rettet mot refusjonskrav på tannhelseområdet. Arbeidet er prosjektorganisert og fortsetter i 2018 og muligens inn i 2019.

Helfo gjennomførte også en brukerundersøkelse knyttet til etterkontroll i 2017. Hovedfokus var brukernes opplevelse av kontrollgjennomføringens kvalitet og profesjonalitet. Brukertilfredsheten var på 75 prosent.

Helfo har i 2017 hatt fokus på å øke synligheten av Helfos kontrollarbeid og brukernes opplevelse av oppdagelsesrisiko.

Sen respons og utilstrekkelig kvalitet på innhentet informasjon utfordrer saksbehandlingstiden i kontrollsakene. I tillegg krever en forsvarlig saksbehandling tilstrekkelig tilgjengelig helsefaglig-, juridisk og analysekompetanse.

Etatsstyrer mener det er viktig at Helfo vektlegger en kunnskapsbasert virkemiddelbruk, jobber systematisk med etterlevelse og har fokus på effektvurderinger. En aktiv informasjons- og veiledningstjeneste kan forhindre at feil oppstår og etableringen av helfo.no, veiledningstelefonen for helseaktører og den pro-aktive tjenesten er elementer i en samlet og bevisst satsing. Etterkontroll er spisset mot områder og refusjonsmottakere med vesentlig risiko for manglende etterlevelse, og Helfo har også i større grad synliggjort sin kontrollvirksomhet og -resultater for å øke opplevd oppdagelsesrisiko. 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. Arbeidet med tiltak som skal gi økt etterlevelse fortsetter i 2018. Saksbehandlingstid for kontroll saker vil bli fulgt opp i styringsdialogen.

### **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.

Det er ikke gjort vesentlige endringer på Helfos saksbehandlings-, plan- eller oppfølgingssystem i 2017. Vurdering og justeringer av kontrollene i den digitale saksbehandlingen gjøres jevnlig, og det er opprettet en intern fagportal i 2017 for å forbedre intern kontroll i de manuelle saksbehandlingsprosessene.

Internt i styringssammenheng 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. Det er bl.a. utviklet en modell for beregning av produktivitetsutvikling på virksomhetsnivå og gjennomført en kostnadsanalyse som viser medgått ressursbruk for produksjon av de ulike tjenestene.

Helfo fikk i 2017 i oppdrag å utrede ny kontorstruktur i Helfo. Ved utgangen av 2017 hadde Helfo 550 ansatte fordelt på 25 lokasjoner, herav 22 kontorsteder. Helfo har levert sin utredning i tråd med plan.

Etatsstyrers vurdering er at Helfo har tilfredsstillende styring og kontroll og legger stor vekt på å utvikle organisasjonens virksomhetsstyring og intern kontroll videre.





HELSEDIREKTORATET  
Org. nr.: 983544622

## Riksrevisjonens beretning

Til Helsedirektoratet

### Uttalelse om revisjonen av årsregnskapet

#### Konklusjon

Riksrevisjonen har revidert Helsedirektoratets årsregnskap for 2017. Årsregnskapet består av ledelseskommentarer og oppstilling av bevilgnings- og artskontorrapportering, inklusiv noter til årsregnskapet for regnskapsåret avsluttet per 31. desember 2017.

Bevilgnings- og artskontorrapporteringen viser at 50 562 906 079 kroner er rapportert netto til bevilgningsregnskapet.

Etter Riksrevisjonens mening gir Helsedirektoratets årsregnskap et dekkende bilde av virksomhetens disponible bevilgninger, inntekter og utgifter i 2017 og av mellomværende med statskassen per 31. desember 2017, i samsvar med regelverk for statlig økonomistyring.

#### Grunnlag for konklusjonen

Vi har gjennomført revisjonen i samsvar med lov om Riksrevisjonen, instruks om Riksrevisjonens virksomhet og internasjonale standarder for offentlig revisjon (ISSAI 1000–2999). Våre oppgaver og plikter i henhold til disse standardene er beskrevet under «Revisors oppgaver og plikter ved revisjonen av årsregnskapet». Vi er uavhengige av virksomheten slik det kreves i lov og instruks om Riksrevisjonen og de etiske kravene i ISSAI 30 fra International Organization of Supreme Audit Institutions (INTOSAI's etikkregler), og vi har overholdt de øvrige etiske forpliktelsene våre i samsvar med disse kravene og INTOSAI's etikkregler. Etter vår oppfatning er revisjonsbevisene vi har innhentet tilstrekkelige og hensiktsmessige som grunnlag for vår konklusjon.

#### Presisering

Vi viser til note 7 Tilskuddsforvaltning og andre overføringer fra staten i regnskapet, som beskriver usikkerheten knyttet til realiteten av utbetalte helserefusjoner for de krav som ikke fullt ut kan prøves opp mot gjeldende regelverk.

Forholdet har ingen betydning for vår konklusjon om årsregnskapet.

#### Øvrig informasjon i årsrapporten

Ledelsen er ansvarlig for årsrapporten, som består av årsregnskapet (del VI) og øvrig informasjon (del I–V). Riksrevisjonens uttalelse omfatter revisjon av årsregnskapet og virksomhetens etterlevelse av administrative regelverk for økonomistyring, ikke øvrig informasjon i årsrapporten (del I–V). Vi attesterer ikke den øvrige informasjonen.

I forbindelse med revisjonen av årsregnskapet er det vår oppgave å lese den øvrige informasjonen i årsrapporten. Formålet er å vurdere om det foreligger vesentlig inkonsistens mellom den øvrige informasjonen, årsregnskapet og kunnskapen vi har opparbeidet oss under revisjonen. Vi vurderer også om

den øvrige informasjonen ser ut til å inneholde vesentlig feilinformasjon. Dersom vi konkluderer med at den øvrige informasjonen inneholder vesentlig feilinformasjon, er vi pålagt å rapportere dette i revisjonsberetningen.

Det er ingenting å rapportere i så måte.

### **Riksrevisjonens oppgaver og plikter**

Målet med revisjonen er å oppnå betryggende sikkerhet for at årsregnskapet som helhet ikke inneholder vesentlig feilinformasjon, verken som følge av misligheter eller utilsiktede feil, og å avgi en revisjonsberetning som gir uttrykk for Riksrevisjonens konklusjon. Betryggende sikkerhet er et høyt sikkerhetsnivå, men det er ingen garanti for at en revisjon som er utført i samsvar med lov om Riksrevisjonen, instruks om Riksrevisjonens virksomhet og internasjonale standarder for offentlig revisjon (ISSAI 1000–2999), alltid vil avdekke vesentlig feilinformasjon som eksisterer. Feilinformasjon kan oppstå som følge av misligheter eller utilsiktede feil. Feilinformasjon blir ansett som vesentlig dersom den, enkeltvis eller samlet, med rimelighet kan forventes å påvirke de beslutningene brukere treffer på grunnlag av årsregnskapet.

Vi utøver profesjonelt skjønn og utviser profesjonell skepsis gjennom hele revisjonen, i samsvar med lov om Riksrevisjonen, instruks om Riksrevisjonens virksomhet og ISSAI 1000–2999.

Vi identifiserer og anslår risikoene for vesentlig feilinformasjon i årsregnskapet, enten den skyldes misligheter eller utilsiktede feil. Videre utformer og gjennomfører vi revisjonshandlinger for å håndtere slike risikoer og innhenter tilstrekkelig og hensiktsmessig revisjonsbevis som grunnlag for vår konklusjon. Risikoen for at vesentlig feilinformasjon ikke blir avdekket, er høyere for feilinformasjon som skyldes misligheter, enn for feilinformasjon som skyldes utilsiktede feil. Grunnen til det er at misligheter kan innebære samarbeid, forfalskning, bevisste utelatelser, feilpresentasjoner eller overstyring av intern kontroll.

Vi gjør også følgende:

- opparbeider oss en forståelse av den interne kontrollen som er relevant for revisjonen, for å utforme revisjonshandlinger som er hensiktsmessige ut fra omstendighetene, men ikke for å gi uttrykk for en mening om hvor effektiv virksomhetens interne kontroll er
- evaluerer om regnskapsprinsippene som er brukt, er hensiktsmessige, og om tilhørende opplysninger som er utarbeidet av ledelsen, er rimelige
- evaluerer den totale presentasjonen, strukturen og innholdet i årsregnskapet, inkludert tilleggsopplysningene
- evaluerer om årsregnskapet representerer de underliggende transaksjonene og hendelsene på en måte som gir et dekkende bilde

Vi kommuniserer med ledelsen og informerer det overordnede departementet, blant annet om det planlagte omfanget av revisjonen og når revisjonsarbeidet skal utføres. Vi vil også ta opp forhold av betydning som er avdekket i løpet av revisjonen, for eksempel svakheter av betydning i den interne kontrollen.

Når det gjelder forholdene som vi tar opp med ledelsen og informerer det overordnede departementet om, tar vi standpunkt til hvilke som er av størst betydning ved revisjonen av årsregnskapet, og avgjør om disse skal regnes som sentrale forhold ved revisjonen. De beskrives i så fall i et eget avsnitt i revisjonsberetningen, med mindre lov eller forskrift hindrer offentliggjøring. Forholdene omtales ikke i beretningen hvis Riksrevisjonen beslutter at det er rimelig å forvente at de negative konsekvensene av en slik offentliggjøring vil være større enn offentlighetens interesse av at saken blir omtalt. Dette vil bare være aktuelt i ytterst sjeldne tilfeller.

Dersom vi gjennom revisjonen av årsregnskapet får indikasjoner på vesentlige brudd på administrative regelverk for økonomistyring, gjennomfører vi utvalgte revisjonshandlinger for å kunne uttale oss om hvorvidt det er vesentlige brudd på slike regelverk.

### **Uttalelse om øvrige forhold**

#### **Konklusjon knyttet til administrative regelverk for økonomistyring**

Vi uttaler oss med moderat sikkerhet om hvorvidt vi er kjent med forhold som tilsier at virksomheten har disponert bevilgningene på en måte som i vesentlig grad strider mot administrative regelverk for økonomistyring. Uttalelsen bygger på ISSAI 4000-serien for etterlevelserevisjon. Moderat sikkerhet for

uttalelsen oppnår vi gjennom revisjon av årsregnskapet som beskrevet ovenfor, og kontrollhandlinger vi finner nødvendige.

Riksrevisjonen har også gjennomført en etterlevelsesrevisjon med betryggende sikkerhet: «Revisjonsrapport for 2017 om Helse- og omsorgsdepartementets og Helsedirektoratets tilskudsforvaltning».

Utover de forholdene som er beskrevet i etterlevelsesrapporten over, er vi – basert på revisjonen av årsregnskapet og kontrollhandlinger vi har funnet nødvendige i henhold til ISSAI 4000-serien – ikke kjent med forhold som tilsier at virksomheten har disponert bevilgningene på en måte som strider mot administrative regelverk for økonomistyring.

Oslo; 07.05.2018

Etter fullmakt

Tora Struve Jarlsby  
ekspedisjonssjef

Ola Hollum  
avdelingsdirektør

*Dokumentet er ekspedert digitalt og har derfor ingen håndskreven signatur*