



<b>1. LEDERS BERETNING</b>	<b>5</b>
<b>2. INTRODUKSJON TIL VIRKSOMHETEN</b>	<b>13</b>
2.1. Omtale av virksomheten og samfunnsoppdrag	13
2.2. Omtale av organisasjonen	14
2.3. Presentasjon av utvalgte hovedtall	17
<b>3. ÅRETS AKTIVITETER OG RESULTATER</b>	<b>19</b>
3.2.1 Folkehelse	20
3.2.2 Kommunale helse- og omsorgstjenester	27
3.2.3 Spesialisthelsetjenester	50
3.3.1 Beredskap	62
3.3.2 Samhandling	66
3.3.3 Elektronisk samhandling	68
3.3.4 Finansiering og helserefusjoner	72
3.3.5 Internasjonalt arbeid	77
3.3.6 Kvalitet, pasientsikkerhet og brukerinvolvering	79
3.3.7 Forskning og innovasjon	84
3.3.8 Personell og kompetanse	88
<b>4. STYRING OG KONTROLL I VIRKSOMHETEN</b>	<b>92</b>
4.1. Styling og kontroll – avvik og aktiviteter	92
4.2. Tidstyver	93
4.3. Fordeling av ressurser / årsverk	93
<b>5. VURDERING AV FRAMTIDSUTSIKTER</b>	<b>95</b>
<b>6. ÅRSREGNSKAP</b>	<b>98</b>
6.1 Ledelseskomentarar	98
6.2 Prinsippnote årsregnskapet	99
6.3 Bevilgningsrapporteringen	99

<b>6.4</b>	<b>Artskontorrapporteringen</b>	<b>100</b>
<b>6.5</b>	<b>Regnskapstallene</b>	<b>101</b>
	OPPSTILLING AV BEVILGNINGSRAPPORTERING	101
	NOTE A FORKLARING AV SAMLET TILDELING	103
	NOTE B FORKLARING TIL BRUKTE FULLMAKTER	105
	OPPSTILLING AV ARTSKONTORRAPPORTERINGEN	107
	NOTE 1 INNTEKTER RAPPORTERT TIL BEVILGNINGSREGNSKAPET	109
	NOTE 2 UTBETALINGER TIL LØNN OG SOSIALE UTGIFTER	110
	NOTE 3 UTBETALT TIL INVESTERINGER	110
	NOTE 4 ANDRE UTBETALINGER TIL DRIFT OG UTBETALING AV FINANSUTGIFTER	111
	NOTE 5 INVESTERINGSVIRKSOMHET OG ANDRE OVERFØRINGER TIL STATEN	111
	NOTE 6 TILSKUDDSFORVALTNING OG ANDRE OVERFØRINGER FRA STATEN	112
	NOTE 7 AVREGNING OG MELLOMVÆRENDE MED STATSKASSEN	112
<b>7.</b>	<b>ETATSTYRERS VURDERING AV YTRE OG UNDERLIGGENDE ETATER</b>	<b>113</b>
<b>7.1.</b>	<b>Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (SAK)</b>	<b>113</b>
<b>7.2.</b>	<b>Sammendrag av pasient og brukerombudenes årsmeldinger POBO</b>	<b>115</b>
<b>7.3.</b>	<b>HELFO</b>	<b>116</b>
<b>7.4.</b>	<b>Nasjonalt kunnskapssenter (NAKS)</b>	<b>119</b>

# INNLEDNING

Helsedirektoratet viser til bestilling av årsrapport 2014 i Helse- og omsorgsdepartementets tildelingsbrev for 2014.

Fra og med 2014 er det nye krav til utforming av årsrapporten i statens økonomiregelverk:

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

Kapittel 7 – Helsedirektoratets vurdering av underliggende etater og ytre etaters årsrapporter

## **Vedlegg:**

- 1 Faste oppdrag
- 2 Evaluering av tilskuddsordninger
- 3 Årsregnskap 2014
- 4 Årsrapport HELFO
- 5 Årsrapport SAK
- 6 Årsrapport POBO
- 7 Årsrapport Kunnskapssenteret

I tildelingsbrevet for 2014 har departementet innarbeidet langsiktige mål, styringsparametere, spesielle oppdrag for 2014 samt faste oppdrag. Direktoratet svarer på alle disse oppgavene i denne årsrapporten.

Foto: Rebecca Ravneberg og Jo Heldaas, Helsedirektoratet.

# 1. LEDERS BERETNING



**Helsetilstanden i Norge er god, men vi er langt fra å oppfylle Stortingets ambisjon om på å redusere for tidlig død av hjerte- og karsykdommer, diabetes, kroniske lungesykdommer og kreft med 25 prosent innen 2025. Det er mange gode utviklingstrekk, færre røyker, det er noe utjevning av sosial ulikhet, færre fristbrudd, bedre tilgjengelighet til helsesektoren, satsing på kreft og psykisk helse, men fremdeles gjenstår mye arbeid for å bedre kvalitet og pasientsikkerhet og forebygge sykdommer og lidelser.**

For å utvikle tjenestene og tiltakene jobber Helsedirektoratet bredt med å involvere brukere og helsepersonell. Det er satt i gang et arbeid for å systematisere metodikken for dette og for å etablere et brukerråd på systemnivå.

Folkehelsen og fordelingen av helse i befolkningen forteller langt på vei hvordan vi lykkes i vår samfunnsutvikling. Helsedirektoratet jobber bredt med tiltak i hele spennet fra forebygging til behandling. For å påvirke utviklingen av de store folkesykdommene som kreft, hjerte- og lungesykdom, kols, diabetes er det nødvendig å jobbe nære årsaker som tobakk, alkohol, ernæring, fysisk aktivitet, og med mer grunnleggende årsaker som utdanning, arbeid, miljø, økonomi over hele livsløpet.

Innsatsen må rettes mot flere sektorer. De sosiale helseforskjellene i Norge er fortsatt store, men for første gang ser vi en utflating og reduksjon av sosial ulikhet i forventet levealder blant menn i Norge. For kvinner øker ulikhetene fortsatt. I 2014 har direktoratet utviklet tverrsektorielle indikatorer for å følge utviklingen i folkehelsearbeidet nasjonalt. Det er etablert systematisk samarbeid med en rekke sektorer som Arbeids- og velferdsdirektoratet, Utdanningsdirektoratet om bedre læringsmiljø og arbeid mot frafall i videregående skole, Politidirektoratet i satsningen på «Ansvarlig alkoholhåndtering» og dagligvare- og næringsmiddelbransjen gjennom partnerskap for saltreduksjon og nye kriterier for Nøkkelhullet.

Folkehelseloven har gitt kommunene et større ansvar for å sikre en tverrsektoriell satsing på folkehelse. Vi ser at folkehelsearbeidet er mer strategisk forankret i kommunene og stadig flere kommuner iverksetter tiltak for å bedre nærmiljøet, tilrettelegge for fysisk aktivitet. Men det er en utfordring at helse som mål fremdeles taper i forhold til mange andre sektorinteresser.

Ungdom er jevnt over sunnere enn før, men det er en stor utfordring at 1/3 faller fra videregående opplæring, ti prosent sliter psykisk, og de oppfyller ikke fysisk aktivitetsmål hvilket har mye å si for helse og utvikling inn i voksen alder.

I tillegg har Helsedirektoratet fortsatt med forvaltning av lovverk og arbeid med andre strukturelle tiltak for å påvirke mulighetene for sunne levevaner. Det har vært utført brede kommunikasjonstiltak som både understøtter de strukturelle tiltakene og de mer individuelle rådene på tobakk, alkohol, ernæring og fysisk aktivitet. På lokalt plan tilbyr stadig flere frisklivssentraler hjelp til endring av levevaner.

Direktoratet er avhengig av et sterkt og bredt internasjonalt engasjement for å bedre den norske folkehelsen, fordi norsk folkehelse i økende grad påvirkes av forhold utenfor Norges grenser. Helsetrender og levevaner blir globale, miljøtrusler, pandemiske sykdommer, handel og markedsføring, reisevirksomhet og arbeidsmigrasjon er viktige eksempler på arbeid direktoratet er engasjert i.

#### Samhandling

Helsedirektoratet følger utviklingen i samhandlingen mellom kommune- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten gjennom rapporten samhandlingsstatistikk. Siden 2012 har kostnader og aktivitet økt sterkere i det kommunale helsetilbudet enn i sykehussektoren. Omsorgstjenester, forebyggende arbeid og refusjoner til fastleger var de områdene som hadde størst kostnadsvekst i kommunene. Det er stadig mer kvalifisert helsepersonell i kommunene. Det har skjedd en kraftig utbygging av døgntilbud for øyeblikkelig hjelp. Noen steder etableres de nye tjenestene som interkommunale tilbud.

Andre forhold gir grunn til bekymring. Det gjelder i første rekke samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene for pasienter som skrives ut fra sykehusene og som må følges opp videre i kommunene.

Hvert år siden Samhandlingsreformen ble iverksatt i 2012 har antallet opphold for utskrivningsklare pasienter på sykehus økt kraftig, men den gjennomsnittlige liggetiden per pasient økte likevel ikke. Kommunene tar nå ansvar for mer komplisert behandling og oppfølging enn før. Det er en økende pasientstrøm som går tilbake til sykehuset for øyeblikkelig hjelp og videre behandling for en del av de nylig utskrevne. Flere pasienter og økende kompleksitet setter mottakssystemene både i kommunene og spesialisthelsetjenesten under press. Senter for menneskerettigheter har påpekt flere brudd på menneskerettighetene i deler av helse- og omsorgstjenester.

Det er grunn til å følge med. Ledere og helsepersonell i kommuner og sykehus må løpende samarbeide slik at kvaliteten og pasientsikkerheten for den enkelte pasient blir godt ivaretatt. Det må satses mer på god ledelse og god organisering av både omsorgstjenestene og helsetjenestene. Mange kommuner klarer selv under press å satse på kvalitet og pasientsikkerhet. Eksempelvis er det vist gode resultater ved systematiske legemiddelgjennomganger. Det er imidlertid stor variasjon i tilbudet og kvaliteten mellom kommunene som krever oppmerksomhet.

Helsedirektoratet har i samarbeid med Folkehelseinstituttet og KS levert en utredning med forslag til innhold i et kommunalt helse og omsorgsregister. Målsettingen med et slikt register er blant annet å etablere et bedre kunnskapsgrunnlag for utvikling og planlegging av tjenestene. Det arbeides videre med etablering i 2015 avhengig av politiske beslutninger.

#### Kompetanse og personell

Å sikre tilstrekkelig tilgang på kvalifisert og kompetent helsepersonell er en av hovedutfordringene fremover. Vi kan på sikt ikke basere oss på samme vekst i personell som tidligere. Direktoratet jobber med å skaffe god oversikt og data over personellutviklingen og kompetansebehov. Utfordringene kan ikke løses i én sektor eller én etat, men er betinget av tverrsektorielt samarbeid på ulike nivåer.

Løsningen ligger ikke i å øke antallet helsepersonell, men å utnytte de eksisterende personellressursene på en bedre måte. Det forutsetter effektiv utveksling av kunnskap mellom profesjoner og tjenestenivåer og krever ny kunnskap og nye typer kompetanse. Andelen personell med relevant utdanning fra høyskole og universitetsnivå fortsetter å øke, men det er fortsatt en betydelig andel ansatte uten relevant utdanning.

Direktoratet har utredet fremtidig spesialiststruktur og innhold for leger med større vekt på breddekompetanse, forbedring av utdanningsløpet og endret rolle- og oppgavedeling.

Helsedirektoratet bidrar også til å styrke kunnskapsgrunnlaget om oppgavedeling i spesialisthelsetjenesten for å redusere flaskehals og ventetider. Helsedirektoratet har i 2014 fortsatt arbeidet med å øke kompetansen i omsorgstjenestene, både generelt og særlig innen demens.

#### Innovasjon og velferdsteknologi

For å utvikle tjenestene må en satse på innovasjon og standardisering også av velferdsteknologi. Det er etablert tiltak for å hjelpe kommunene til å planlegge, gjennomføre og evaluere tjenesteinnovasjonsprosesser. Utviklingen her er rivende, lovende og helt nødvendig for å møte fremtidens krav og befolkningsvekst.

Tidlig intervensjon for å forebygge rus og psykiske lidelser

Innen psykisk helse og rus jobbes det med mange kvalitetsforbedrende tiltak. Retningslinjer for ADHD, vanedannende legemidler, avrusning, behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer er publisert. Forebygging og tidlig hjelp for psykiske problemer er et utviklingsområde og direktoratet fordeler tilskudd til rus og psykisk helsearbeid i helse- og omsorgstjenesten eller ulike organisasjoner. Totalt 270 psykologstillinger er fordelt på henholdsvis 165 kommuner/bydeler og det er flere pilotkommuner som har etablert tiltaket Rask psykisk helsehjelp. En evaluering av norske ACT-team (aktivt oppsøkende behandlingsteam) viser at ACT-team kan bidra til færre døgnopphold i spesialisthelsetjenesten for pasienter som får dette tilbudet. Vi anbefaler at slike team etableres bredt i Norge.

Samtidig viser Samhandlingsstatistikk at årsverksutviklingen i både sykehus og kommuner har en markert nedgang innen psykisk helse-området. Flere har høyere kompetanse og tjenestene organiserer seg på nye måter. Vi vet ikke enda om dette samlet fører til et bedre tilbud til pasientene og må derfor analysere og følge dette nøye. En annen utfordring er at det er en underdiagnostisering av somatiske sykdommer hos mennesker med psykiske lidelser. Det er behov for samhandling mellom tjenestene både internt i sykehus og mellom kommunale og spesialisthelsetjenester.

I oppfølgingsarbeidet etter 22. juli har det blitt gjennomført en generell styrking av tjenestenes traumekompetanse gjennom implementering av traumefokusert kognitiv atferdsterapi og e-læringsprogram, nasjonal kartlegging av kommunale psykososiale kriseteam og terrorforskningsprogram ved NKVTS. Det er fremdeles behov for å utvikle det helhetlige tilbudet til personer som har helsebehov etter alvorlig traumer og ulykker.

Andre satsinger er handlingsplanen for forebygging av selvmord, nasjonal overdosestrategi, kvalitetsindikatorer og nasjonal strategi for økt frivillighet i psykisk helsetjeneste.

Det er fortsatt behov for å etablere flere lavterskeltilbud innen rus- og psykisk helsefeltet i kommunene, både overfor barn og unge og voksne. Flere kommuner etterspør muligheter for å etablere tilbud om Rask psykisk helsehjelp. Tilbudet til traumatiserte flyktninger og asylsøkere har ikke hatt den styrkingen som var ønskelig i 2014.

#### Tannhelse

Det har blitt en bedre geografisk fordeling av tannlegespesialister, men det er fortsatt geografiske skjevheter i fordelingen av spesialister. Det er en nedgang i andelen barn og unge med dårligst tannhelse – en ser en bedring av tannhelsen blant 12-åringene, men det er store fylkesvise variasjoner.

#### Kvalitet og pasientsikkerhet

Direktoratet har en viktig oppgave i å følge med på utviklingen i helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten, kvalitetssikre tjenestene og legge til rette for utvikling av god kvalitet og pasientsikkerhet. I 2014 har dette omfattet å utvikle og drifte nasjonale tjenester, kvalitetsindikatorsystemet, Norsk pasientregister og å følge opp nasjonalt pasientsikkerhetsprogram og det nasjonale systemet for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten. Andre viktige



områder er lovfortolkning, oppfølging av arbeidet i EU knyttet til produktregelverket og videreutvikle tilsyn for medisinsk utstyr, samt jobbe med forskrifter og retningslinjer innen legemiddelområdet.

En kjerneaktivitet for direktoratet er å utvikle nasjonale faglige retningslinjer og veiledere for diagnostikk, utredning, forebygging og behandling av sykdom. Helsedirektoratet har igangsatt et prosjekt som ser på organisering, styring av retningslinjearbeidet, samt prosess og metode for hvordan vi utvikler, implementerer og digitaliserer retningslinjer. Målet er å sikre likeverdige og kvalitativt gode tjenester ved å utvikle retningslinjer som bedre understøtte gode beslutninger både for lederne, helsepersonell og for brukerne.

Det er et stort tverrsektorielt samarbeid for å få innført nytt nødnett i hele landet for å sikre bedre kommunikasjon mellom nødnettene. Innføring av nødnettet fortsetter med stort trykk, selv om det er noen forsinkelser.

For å sikre bedre pasientforløp og utrede modell for dette fikk Helsedirektoratet i oppdrag å utvikle 28 kreftpakkeforløp. Kreftpakkeforløpene skal sikre at pasienter med mistanke om kreft skal unngå ikke medisinsk begrunnet ventetid og legge opp til bedre samhandling mellom de ulike delene av helsetjenesten som er involvert i utredning og behandling av kreft. Ved inngangen til 2015 var fire kreftpakkeforløp klare til implementering; lungekreft, tykk- og endetarmskreft, prostatakreft og brystkreft.

Helsedirektoratet har hatt et ansvar for å utrede nærmere en ordning med fritt behandlingsvalg. Ordningen innebærer at pasientens rettigheter utvides og at Helsedirektoratet/HELFO får viktige nye oppgaver. Samtidig er det arbeidet med forberedelser til iverksetting av pasientrettighetsdirektivet som gir pasienter utvidet mulighet for refusjon av sykehusbehandling i utlandet. Begge disse ordningene er utformet innen rammer gitt av regjeringen og forventes iverksatt i løpet av 2015.

#### Beredskap

Vi ser økende behov for å utvikle beredskapsarbeidet i et bredt samfunnssikkerhetsperspektiv. Direktoratet vurderer at helsesektorens evne til krisehåndtering generelt sett er god. Helsedirektoratet var involvert i 42 reelle hendelser av ulik størrelse og alvorlighetsgrad i 2014. De mest omfattende og krevende av disse var terrortrusselen sommeren 2014, hjemtransport av en syk norsk hjelpearbeider fra Vest Afrika og bekjempelse av ebolaepidemien i Vest Afrika ved å sende helsepersonell for å bemanne en behandlingsenhet i Sierra Leone. Helsedirektoratet har på vegne av Helse- og omsorgsdepartementet koordinert den norske innsatsen der Justisdepartementet, Forsvarsdepartementet, Utenriksdepartementet, Folkehelseinstituttet, Helse Bergen HF, Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap og Forsvaret har vært tunge bidragsyttere.

Det er ellers gjort en omfattende gjennomgang av smittevernberedskapen i samarbeid med Folkehelseinstituttet og helsetjenesten og laget en egen veileder til helsetjenesten og en egen beredskapsplan for ebola. Det er behov for å styrke beredskapen ved ytterligere å styrke transportkapasiteten for svært smittefarlige pasienter og isolatkapasiteten utover i landet.

## Utvikling i ehelse

IKT er i ferd med å bli en forutsetning for å levere trygge helse- og omsorgstjenester av høyest mulig kvalitet. De siste årene har det foregått en rivende utvikling internasjonalt og Norge har blitt hengende etter de ledende miljøene i bruken av mer avanserte IKT-løsninger. Dagens informasjonsstrukturer og IKT-systemer understøtter ikke arbeidsflyt og helhetlige pasientforløp (særlig på tvers av virksomhetsgrenser) og dagens styringsmodell gir liten gjennomføringsevne, spesielt i forhold til de mange aktørene i kommunesektoren. Økt nasjonal satsing på IKT har medført en ytterligere vekst i oppgaver og ansatte i Helsedirektoratet i 2014.

Helsedirektoratet utreder alternative konsepter for å nå målsettingene i meld.st. 9 (2012-2013) «Én innbygger- én journal. Digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren». Direktoratet har analysert nåsituasjon på IKT i helse- og omsorgssektoren. Samlet gir dette en god oversikt over utfordringer relatert til å understøtte helsepersonell med tilgang til pasientopplysninger, gi innbyggerne tilgang til digitale tjenester og tilgjengeliggjøre data for kvalitetsforbedring, helseovervåking, styring og forskning. Som del av analysen er det også utarbeidet sammenligning av de regionale helseforetakenes IKT-områder, samt analyse av leverandørsituasjon for elektroniske pasientjournaler i det norske markedet. Innstilling av konsept leveres høsten 2015.

Nasjonal handlingsplan for e-helse 2014-2016 viser til innsatsområder og tiltak på kort sikt. Sterkere nasjonal styring og koordinering av IKT-utviklingen i sektoren er et viktig strategisk grep. Nasjonalt utvalg for IT-prioriteringer i helse- og omsorgssektoren har i 2014 med utgangspunkt i handlingsplaner etablert oversikt over nasjonale e-helse portefølje, prioritert nasjonale IKT tiltak og etablert prinsipp om samfinansiering av disse. Helsedirektoratet utreder, på oppdrag fra departementet, eget IKT direktoratet og ny, eventuelt endret statlig virkemiddelbruk for å styrke gjennomføringsevnen på IKT feltet.

Nettportalen [www.helsenorge.no](http://www.helsenorge.no) er både en veiviser for innbyggeren til helsetjenesten og selvbetjeningsløsninger samtidig som det er en robust teknisk plattform for felles bruk av sektoren. Portalen tilbyr kvalitetssikret informasjon og veiledning knyttet til forebygging, helse, sunnhet, sykdom, behandling og den enkeltes rettigheter som pasient. Min Helse på nettportalen er en samling av digitale innbyggertjenester som innsyn i resepter, egenandeler, vaksiner og kjernejournal (for pilotområder), bytt fastlege m.fl. Disse tjenestene gir ingen direkte samhandling med helsetjenesten og gir slik sett begrenset støtte til pasient i forhold til å administrere oppfølgingen av egen helsesituasjon. Det pågår imidlertid flere prosjekter for å bedre samhandling og dialog både med fastlege og spesialisthelsetjenesten via [helsenorge.no](http://helsenorge.no) som prøves ut våren 2015, herunder timebestilling, digital dialog med fastlege, digital samhandling med spesialist, innsyn i egen journal og integrasjon mot personlig helsearkiv.

Kjernejournal er en ny elektronisk løsning som samler og tilgjengeliggjør kritiske helseopplysninger både for innbygger og helsepersonell. Kjernejournal innføres nå blant helsepersonell og innbyggere i Trøndelags- og Rogalandsområdet. Nå har 700.000 innbyggere fått kjernejournal og 1.000 helsepersonell har fått tilgang. E-resept ble i 2013 innført blant alle fastleger, og de fleste apotek og

bandasjister. I 2014 har flere sykehus innført e-resept og interessen fra andre rekvirentgrupper er stor.

#### Finansiering

Direktoratet forvalter systemet for finansiering av spesialisthelsetjenesten og helserefusjonsordningene og styrer HELFO som er ytre etat på området. I 2014 fikk direktoratet utvidet fullmakt til å overføre finansieringsansvaret til helseforetakene for legemidler som også inkluderer kreftlegemidler. I 2014 ble finansieringsansvaret for 7 nye kreftlegemidler overført til helseforetakene. Hensikten med overføringen er å gi et bedre grunnlag for en riktig prioritering av legemiddelbruken ved å samle finansieringsansvaret for legemidler som brukes av spesialisthelsetjenesten. Det er etablert en ordning for å sikre en kontrollert innføring av ny og kostbar legemiddelbehandling for hepatitt C-infeksjon. Det er opprettet en individuell søknadsordning for stønad av slik behandling og det er innført krav til at behandlingen skal være dokumentert kostnadseffektiv.

Det har vært økte saksbehandlingstider i HELFO i 2014. Dette har gitt uakseptabel ventetider på noen områder, men situasjonen er på god vei til å bedres ved inngangen til 2015. HELFO gjennomførte en større omorganisering i 2014 og skal med dette være bedre rustet til å møte morgendagens behov.

#### Om virksomheten


Helsedirektoratet har i hovedsak håndtert leveransekravene i tildelingsbrevet og faste oppdrag. Noen oppgaver har blitt utsatt og forsinket, og det skyldes ulike forhold. Helsedirektoratet oppfatter at dialogen rundt prioritering i styringslinjen har vært god. Årsaker til at oppgaver er utsatt/forsinket skyldes i hovedsak at nye oppgaver har kommet til. Her kan håndteringen av Ebola-situasjonen, pakkeforløp kreft og fritt behandlingsvalg nevnes som viktige oppgaver som har ført til omprioritering av ressurser og oppgaver.

Helsedirektoratet har utført de aller fleste oppdrag i 2014 i tråd med departementets og egne prioriteringer. Imidlertid er det enkelte områder hvor direktoratet har forsinkelser. Årsaker til forsinket fremdrift er bl.a. at utbetaling av tilskudd og anskaffelser er tidkrevende prosesser. Direktoratet har ikke alltid lyktes med å etablere tilstrekkelig raske og sikre mekanismer når bevilgninger tildeles sent på året. Departementet og direktoratet vil se på hvilke muligheter som finnes for å iverksette prosessene tidligere i året fra 2015. I tillegg vil direktoratet vurdere tilskuddsordninger som ikke har fungert etter hensikten for bl.a. å øke antallet søkere. Videre har arbeidet med ebola-epidemien blitt høyt prioritert og krevd omdisponering av ressurser i direktoratet.

Helsedirektoratet har utviklet en strategi for 2014-2018 for å forsterke innsatsen på direktoratets kjerneoppgaver. Målene er folkehelse og forebygging først, god dialog og medvirkning, fremme kvalitet og pasientsikkerhet, lærende og effektiv organisasjon. Direktoratet har i 2014 satset på å utvikle arbeidet med lokalt folkehelsearbeid i tråd med implementeringen av Folkehelseloven. For å forsterke direktoratets «følge med-rolle» er det iverksatt et prosjekt. Det er startet et arbeid for å forsterke direktoratets normerende rolle. Det er etablert et nytt rammeverk for å utvikle, oppdatere og digitalt publisere retningslinjer. I tillegg er det etablert nye rutiner for arbeidet med og synliggjøringen av forvaltning av lover og forskrifter. Det er igangsatt et arbeid for å bedre håndtere

direktoratets arbeid med nasjonale handlingsplaner og strategier. I tillegg er det satset på å utvikle digital kommunikasjon både ved å lage nye nettsider (helsedir.no, helsenorge.no, nyemetoder.no og ehelse.no), gjøre data og statistikk tilgjengelig gjennom en ny visning og videreutvikle digitale løsninger rettet mot ulike målgrupper via nettløsninger eller andre digitale kanaler. Det ble også startet opp satsinger innen rekruttering og kompetanseheving og brukervedvirkning.

Oslo, 10. juli 2015

  
Bjørn Guldvog  
helsedirektør

## 2. INTRODUKSJON TIL VIRKSOMHETEN

### 2.1. Omtale av virksomheten og samfunnsoppdrag

---

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 skal gjøre dette med utgangspunkt i rollen som fagorgan, regelverksforvalter og iverksetter på helsepolitiske områder.

Helsedirektoratet har tre roller;

- 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 2014 ledet av helsedirektør Bjørn Guldvog og de assisterende direktørene Cecilie Daae og Cathrine Bergland, og var inndelt i seks divisjoner:

1. Helseøkonomi og finansiering, som ledes av Olav Valen Slåttebrekk
2. E-helse og IT, som ledes av Anne-Lise Härter
3. Primærhelsetjenesten, som ledes av Svein Lie
4. Spesialisthelsetjenester, som ledes av Kristin Cordt-Hansen
5. Folkehelse, som ledes av Knut-Inge Klepp
6. Administrasjon, som ledes av Bård Olesen



Helsedirektoratet inkl. Pasient- og brukerombudene har totalt 969 ansatte ved utgangen av 2014. Inkludert i disse tallene er også Pasient- og brukerombudene (POBO), med 74 ansatte. 2. februar 2015 opprettet direktoratet divisjon for kompetanse og personell. Helsedirektoratet har tre underliggende etater: Pasient- og brukerombudene, Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (SAK) og Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (NAKS). Helseøkonomiforvaltningen (HELFO) er en del av Helsedirektoratet og defineres som en ytre etat.

Helsedirektoratet har arbeidssted i Oslo (813 ansatte) og Trondheim (82 ansatte). Pasient- og brukerombudene har representasjon i alle fylker, og har tilsammen 74 ansatte. SAK og NAKS holder til i Oslo.

Helseøkonomiforvaltningen (HELFO) har per 31.12.2014 i underkant av 550 forpliktete årsverk (inkludert permisjoner, sykefravær etc.) hvorav 522 årsverk var faktisk avlønnete.

### Likestilling i Helsedirektoratet

Helsedirektoratet hadde pr. 31.12.14 i alt 969 ansatte, en økning på 81 ansatte. Det var 65 prosent kvinner i Helsedirektoratet. Det er et prosentpoeng ned fra 2013. Menn har gjennomgående høyere lønn enn kvinner i alle aldersgrupper og stillingskoder, unntatt rådgivere som er likelønnet. Til tross for særlige tiltak i lokale forhandlinger for gruppene seniorrådgivere, spesialstillinger/prosjektledere og avdelingsdirektører, er kvinner fremdeles lønnet lavere enn menn. Differansen i lønn mellom kvinner og menn i gruppa seniorrådgivere er fire lønnstrinn, uendret siden 2010.

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

### HMS/arbeidsmiljø

All relevant HMS-informasjon for HelseDirektoratet er nå samlet i en egen digital håndbok, og denne ble ferdigstilt i slutten av 2014. Et nytt, systematisk HMS-system skal benyttes ved HMS-møter i 2015.

### Status IA-arbeid

Ny IA-avtale for perioden 2014-2018 ble undertegnet i slutten av 2014. En partssammensatt gruppe har utarbeidet ny handlingsplan for IA-arbeidet for den nye perioden.

### Sykefravær

Direktoratet har i all hovedsak et stabilt sykefravær, med nedgang de siste to årene. Kvinner har et høyere sykefravær enn menn, og deltidsansatte har et høyere sykefravær enn heltidsansatte. Gjennomsnittlig egenmeldt og sykmeldt fravær i 2014 er 5,00 %. Kvinner heltid: 5,8 % i 2014. Menn heltid: 3,5 % i 2014.

### Overtid

35 % av de ansatte arbeidet overtid i 2014, 31 % av kvinnene og 42 % av mennene. Antall ansatte som arbeider overtid har gått opp fra 298 til 338. Gjennomsnittlig timesats var kr 519. For kvinner kr 471, og menn var kr 588.

### Velferds- og omsorgspermisjoner med lønn

27 % av de ansatte avviklet velferdspermisjon i 2014, 29 % av kvinnene og 24 % av mennene.

### Kompetansetiltak

Også i 2014 gjennomførte direktoratet opplæringsprogram i basis forvaltningskompetanse med tilbud for alle ansatte i direktoratet og med tilbud til enkelte søsteretater. Opplæringsprogrammet består av et to-dagers kurs for nyansatte og 25 grunn- og fagkurs. Direktoratets egne ansatte er kursansvarlige og kursholdere. I 2014 har det totalt vært 1 745 deltakere på disse kursene, 1 183 kvinner og 562 menn (dvs. flere ansatte har gått på mer enn ett kurs).

### Rekruttering av søkere med ikke-vestlig innvandrerbakgrunn

HelseDirektoratet har fokus på rekruttering av søkere med ikke-vestlig bakgrunn. Direktoratet følger de sentrale retningslinjene om å oppfordre personer med innvandrerbakgrunn til å søke ledige stillinger, og våre ledere blir oppfordret til å ha en offensiv holdning i rekrutteringen fra denne gruppen. I 2014 hadde ca. 15,4 % av alle søkerne til ledige stillinger ikke-vestlig innvandrerbakgrunn. Ca. 9,3 % av disse søkerne ble innkalt til intervju og ca. 1,6 % ble innstilt. HelseDirektoratet ansatte totalt 133 søkere i 2014. 11 av disse hadde innvandrerbakgrunn, dvs. 8,3 %.

### Rekruttering av søkere med nedsatt funksjonsevne

I 2014 hadde ca. 1,1 % av alle søkerne til ledige stillinger nedsatt funksjonsevne. 18 % av disse søkere ble innkalt til intervju, 4 % ble innstilt og tilsatt.

### Universell utforming



Helsedirektoratet som IA-virksomhet er forpliktet på å legge til rette lokaler og utstyr slik at vi kan ansette personer med spesielle behov og legge til rette for ansatte som har behov for spesialutstyr.

### 2.3. Presentasjon av utvalgte hovedtall

---

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

Nedenfor vises regnskap mot tildelt beløp for 2014 fordelt på direktoratets bevilging innenfor driftskapitlet 720.01/3720, spesielle driftsutgifter og tilskudd (alle tall i 1.000 kr).

Post	Budsjett 2014	Regnskap 2014	Avvik	Avvik %
720.01/3720	1 060 864	1 056 025	4 839	0,5 %
20-poster	873 440	771 778	101 662	11,6 %
60-/70-poster	11 615 111	11 917 490	-309 379	-2,6 %

Helseøkonomiforvaltningen (HELFO) er inkludert i direktoratets driftskapittel. Inntekter og utgifter knyttet til «eksternt finansierte prosjekter» er holdt utenfor. For 2014 utgjør dette vel 47 mill. kroner både på utgifts- og inntektssiden. Direktoratet mottar årlig midler fra eksterne bidragsytere for å bidra med fagkompetanse og deltakelse i ulike prosjekter. En betydelig del av prosjektinntektene i 2014 gjelder tilskudd og refusjoner fra helseforetak knyttet til utviklingsprosjekter innenfor IKT-området.

20-poster: Spesielle driftsmidler viser et mindreforbruk på 101,7 mill. kroner i direktoratets interntregnskap for 2014. Som følge av at belastningsfullmakt knyttet til kontrollkomisjonene hos Fylkesmennene ikke utgiftsføres i vårt interntregnskap, er det reelle mindreforbruket vel 50 mill. kroner lavere. Mindreforbruket er i stor grad knyttet til forsinkelser i aktiviteter og anskaffelser, særlig innenfor tjenesteområdene psykisk helse og rustiltak, tannhelse, omsorgstjenester og primærhelsetjenester.

60- og 70-poster: Samlet for hele direktoratet er det foretatt tilskuddsutbetalinger på 11,9 mrd. kroner, vel 300 mill. kroner mer enn budsjettet. Inkludert i tallene ligger påløpt tilskudd til ressurskrevende brukere, som er 407 mill. kroner høyere enn budsjett. Dette er en overslagsbevilgning, og direktoratet har fått fullmakt fra Kommunal- og moderniseringsdepartementet til å belaste de faktiske refusjonskravene fra kommunene. Regnskapet forøvrig viser et mindreforbruk (etterslep) på 96 mill. kroner. Avviket er i stor grad knyttet til divisjon Primærhelsetjenester som forvalter størstedelen av tilskuddene. Det er oppstått betydelige mindreforbruk innenfor områdene Psykisk helse og rustiltak.

### Helsedirektoratets driftskapittel (720.01/3720)

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

	Tildeling	Regnskap	Avvik	Avvik i %
Kap720.01	1 066 841	1 133 305	-66 464	-6,2 %
Kap 3720	-5 977	-77 279	71 302	-1192,9 %
Netto	1 060 864	1 056 025	4 839	0,5 %

Tabellen over viser eksterntregnskapet for Helsedirektoratet med et netto mindreforbruk på 4,8 mill. kroner, noe som utgjør 0,5 %. For Helsedirektoratet eksklusive HELFO viser regnskapet netto mindreforbruk på 11,1 mill. kroner.

Inntektene består i hovedsak av lønnsrefusjoner. Direktoratet med HELFO har en stor andel svangerskapspermisjoner gjennom året. Merutgiftene er knyttet til lønn til vikarer for ansatte i permisjon samt vikarutgifter og overtid som følge av sykefravær. Det er videre påløpt merinntekter i størrelsesorden 20 mill. kroner knyttet til direktoratets ordinære drift. Dette gjelder i hovedsak inntekter som finansierer løpende oppgaver i direktoratet. For 2014 er inntektene i hovedsak knyttet til arbeidet med e-resept, Norsk Pasientregister, bibliotek tjenester for Kunnskapscenteret, diverse IKT-tjenester samt gebyrinntekter knyttet til spesialistgodkjenning.

### HELFO

	Tildeling	Regnskap	Avvik	Avvik i %
Kap 720 post 01	343 635	363 430	-19 795	-5,8 %
Kap 3720	-	-13 526	13 526	
Netto	343 635	349 904	-6 269	-1,8 %

I direktoratets økonomirapportering til HOD per 31.8 ble det meldt om en anstrengt budsjettsituasjon, og det ble anslått et merforbruk i HELFO for 2014 på mellom 5-10 mill. kroner. Omstillingen til ny organisasjonsmodell har i 2014 vært en belastning for HELFO i form av manglende måloppnåelse for først og fremst saksbehandlingstid og ventetid på telefon våren 2014 og senhøsten 2014. Det har vært foretatt omdisponeringer av personell, dugnadstiltak og midlertidig økning av bemanning for å avhjelpe situasjonen. Det er utfordrende i et budsjett med begrenset økonomisk handlefrihet. Sett på denne bakgrunn er etatstyrers vurdering at resultatet for 2014 er akseptabelt, og tilsier god økonomistyring og god kontroll av driften i HELFO.

## 3. ÅRETS AKTIVITETER OG RESULTATER

Kapittelinnholdingen følger tildelingsbrev 2014 i dette hovedkapittelet



### 3.2.1 Folkehelse

*A: Langsiktige mål*

*B: Styringsparametere*

*C: Oppgaver*

*D: Nye oppdrag fra HOD*

*A: Langsiktige mål*

- 1: God forankring av folkehelsearbeidet på tvers av sektorer og forvaltningsnivåer
- 2: God kunnskap om og sunnere levevaner i befolkningen
- 3: Systematisk utvikling og formidling av kunnskap
- 4: Reduserte sosiale forskjeller i helse
- 5: Psykisk helse og trivsel skal integreres som en likeverdig del av folkehelsearbeidet

*Samlet vurdering av langsiktige mål*

#### 1 Langsiktig mål: God forankring av folkehelsearbeidet på tvers av sektorer og forvaltningsnivå

En sentral aktivitet for å forankre folkehelsearbeid på tvers av sektorer er arbeidet med å utvikle tverrsektorielle indikatorer for å følge utviklingen i folkehelsearbeidet nasjonalt. Første forslag til indikatorsett ble utarbeidet ved utgangen av 2014. Helsedirektoratet har etablert systematisk samarbeid med en rekke sektorer som påvirker utviklingen i folkehelsen gjennom sine samfunnsområder. Det er etablert en arbeidsgruppe i samarbeid med Arbeids- og velferdsdirektoratet for å styrke samarbeidet og legge grunnlag for felles initiativer fra direktoratene. I forbindelse med oppfølging av Nasjonal strategi for boligsosialt arbeid; Bolig for velferd (2014-2020) samarbeider Helsedirektoratet med Husbanken blant annet i prosjektet «Nasjonalt prosjekt for bedre styringsinformasjon». I 2014 har det foregått utstrakt samarbeid med Politidirektoratet i satsningen på området Ansvarlig alkoholhåndtering. Dette resulterte blant annet i to samlinger for landets politiråd hvor ordførere, rådmenn og politiledere deltok. Politirådene spiller en nøkkelrolle i samarbeidet mellom kommune, politi og utelivsbransje for et tryggere lokalsamfunn med mindre uro, vold og skader. På bakgrunn av FAFO- rapporten «Arbeidsforhold i utelivsbransjen» som avdekket komplekse utfordringer, er det også innledet et samarbeid med Arbeidstilsynet. I 2014 tok Helsedirektoratet i samarbeid med Akan, initiativ til et toppledermøte mellom partene i arbeidslivet, relevante forskningsinstitusjoner og myndigheter for å styrke og forankre innsats for rusmiddelforebygging hos arbeidslivets aktører.





Direktoratet har etablert samarbeid med dagligvare- og næringsmiddelbransjen gjennom partnerskap for saltreduksjon og arbeid med Nøkkelhullet. Her deltar også forskningsmiljø og helse- og forbrukerorganisasjoner. Samarbeidsarenaene har god oppslutning og det er stort fokus på temaene. Direktoratet er medlem i Matbransjens Faglige Utvalg som behandler klager og brudd på matvarebransjens retningslinjer om markedsføring av usunne matvarer rettet mot barn og unge.

Miljødirektoratet, Helse- og omsorgsdepartementet, Vegdirektoratet, Husbanken og Kommunal- og moderniseringsdepartementet har i 2014 samarbeidet om utvikling og gjennomføring av «Nærmiljøsporet» under den Nordiske folkehelsekonferansen. Samarbeidet har blant annet bidratt til at etatene i større grad ser felles mål og virkemidler knyttet til nærmiljøutvikling i sammenheng, og det oppfattes at helsehensynet har fått en bedre forankring på tvers av sektorene. Helse- og omsorgsdepartementet har samtidig videreført kompetanseprogrammet om nærmiljøutvikling i samarbeid med Miljødirektoratet. Helse- og omsorgsdepartementet har i 2014 gjennomført 10 fylkeskonferanser; et krafttak for det fysiske arbeidsmiljøet i skolene med hovedfokus på godkjenningssprosessen etter Forskrift om miljørettet helsevern. Konferansen er gjennomført i samarbeid med Arbeidstilsynet og Utdanningsdirektoratet. Arbeidet fortsetter i 2015.

Samarbeidet med Utdanningsdirektoratet er styrket, blant annet gjennom det tverrsektorielle samarbeidet omkring frafall fra videregående skole. Samarbeidet er også knyttet til utvikling av godt læringsmiljø og ivaretagelse av psykisk helse og trivsel i skolehverdagen, og det er et nært samarbeid med Bufdir omkring tidlig intervensjon og tidlig innsats.

Helse- og omsorgsdepartementet har etablert lokalt folkehelsearbeid som eget satsningsområde i h.h.t. strategisk

plan. I 2014 er det lagt spesiell vekt på å etablere erfaringsfylker for å prøve ut modeller og verktøy. Arbeidet følge-evalueres og erfaringer skal formidles i 2015.

Det eksisterer ikke noen mekanisme for rutinemessig rapportering av antall kommuner som har forankret folkehelsearbeidet i planer etter plan- og bygningsloven. Men et forskningsprosjekt gjennomført av NIBR i 2014 som del av evalueringen av samhandlingsreformen, viser at folkehelsearbeidet er mer strategisk forankret i kommunen og blitt et mer tverrsektorielt anliggende.

## 2 Langsiktig mål: God kunnskap om og sunnere levevaner i befolkningen

Direktoratet arbeider for å få en mer helhetlig og koordinert innsats for å nå det langsiktige målet om god kunnskap og sunnere levevaner i befolkningen.

I 2014 startet en kampanjen «Dine 30». Kampanjen er rettet mot voksne og skal formidle budskapet om minst 30 minutters daglig fysisk aktivitet. Kampanjen skal synliggjøre hvordan man kan oppnå mye med enkle grep i hverdagen.

Satsningen «små grep – stor forskjell» er sentral for å øke befolkningens kunnskap og tillit til kostrådene og nøkkelhullet. Kampanjens Facebook-side har over 135 000 brukere. I 2014 har det vært et spesielt fokus på salt og samarbeid med matvarebransjen. Anbefalinger for mat- og drikketilbud i arbeidslivet er utarbeidet. Arbeid mot markedsføring av usunn mat og drikke til barn er videreført. Revisjon av kriteriene i nøkkelhullsforskriften er ferdigstilt.

Etter at tilbudet om gratis skolefrukt til ungdomstrinnet ble avsluttet høsten 2014, er antall elever som er tilknyttet ordningen redusert fra 234 000 elever høsten 2013 til 73 000. Anbefalinger for økt bruk av frukt og grønt i skolen er utarbeidet. Et bearbeidet utkast til nye anbefalinger for mat og måltider i skole og SFO forelå i desember 2014, etter to møter i en ekstern referansegruppe. Innsatsen overfor barn og unge ble styrket i 2014 gjennom etableringen av Nasjonalt senter for mat, helse og fysisk aktivitet, som Helsedirektoratet samarbeider tett med

På tobakksområdet er det gjennomført kampanjer for å motivere og gi hjelp til røykeslutt. Facebook-siden Slutta har mye aktivitet. For å øke kunnskap og oppslutningen om lovendringen om tobakksfri skoletid, sto ungdom og snus sentralt i informasjonsarbeidet. Ny tilsynsordning for tobakk og regulering av e-sigaretter er utredet og oversikt over tobakksprodukter på markedet er utarbeidet. Brudd på reklameforbudet, særlig for e-sigaretter, er omfattende. Røyketelefonen besvarte 4797 henvendelser i 2014, og den gratis Slutta-appen for mobil er lastet ned nesten 300 000 ganger siden lansering i 2013. Nedgangen i røykeandelen fortsetter (2013 tall). Av 16-74 åringene røyker 15 % daglig og 9 % av og til. Røykeandelen holder seg fortsatt lav blant unge, kun 7 % av 16-24 åringene røyker daglig. Andelen som bruker snus daglig i aldersgruppen er økende, 21 %.

Oppgaver knyttet til alkohollovsfeltet har i hovedsak dreid seg om utredningsoppgaver og lovfortolkninger. Kampanje for å understøtte skjenkebestemmelsene er gjennomført. Resultater viser at budskapet har vært tydelig og kampanjen har hatt god synlighet og med høyt antall besøk på kampanjens digitale elementer. Det har vært en stor økning i antall søknader om statlige

tilvirkningsbevillinger for alkoholholdig drikk i tillegg er arbeidet med å forvalte reklameforbudet omfattende. Tilsyn av nettsider til importører og leverandører av alkoholholdig drikk gjennomført. Det er utført stedlig tilsyn av taxfree-utsalget på Oslo lufthavn Gardermoen.

Helsedirektoratet initierte et pilotprosjekt hvor 3 fylkesmenn hadde ansvar for utviklingsarbeid for å styrke kommunenes kompetanse på forvaltning av alkohollovens bestemmelse, herunder salgs- og skjenkekontroll. Initiativet var i samarbeid med Politidirektoratet, og forutsatte et regionalt samarbeid med politidistriktene i Rogaland, Hordaland og Nord-Trøndelag og tilhørende KoRus. Dette pilotarbeidet er avsluttet og erfaringen tas videre til øvrige embeter. Fra 2012-2014 har pilotprosjektet «Tidlig samtale med gravide om alkohol og levevaner» (FRIDA) pågått i 12 kommuner i Rogaland med prosjektleder ved Kompetansesenter Rus vest, Stavanger. Prosjektet prøvde ut tidlig samtale om alkoholbruk og levevaner som gjennomføres innen svangerskapsuke ni. Det er gjennomført informasjonstiltak, utviklet materiell for på helsepersonell gitt opplæring i samtalemetoden motiverende intervju og tatt opp aktuelle temaer (tobakk, alkohol, fysisk aktivitet, kosthold og medikamenter). Over 700 samtaler med gravide er gjennomført med jordmor på helsestasjon. Pilotprosjektet er evaluert av International Research Institute of Stavanger med sluttrapport i 2014. Evalueringen viser at både de gravide og jordmødrene er positive til samtalen og kan bidra til å fremme sunne levevaner og redusere ulikhet i helse.

3 Langsiktig mål: Systematisk utvikling og formidling av kunnskap  
Rapporter om utviklingen i norsk kosthold og amming er utgitt.

På oppdrag fra Helsedirektoratet har en bredt sammensatt gruppe forskere utarbeidet en kunnskapsoversikt om sosial ulikhet i helse i Norge som ble publisert av Høgskolen i Oslo og Akershus i mars. Denne utgjorde en viktig del av kunnskapsgrunnlaget for direktoratets rapport om status og råd for videreutvikling av folkehelsearbeidet i Norge, "Samfunnsutvikling for god folkehelse", som ble publisert i juni. Kunnskapsoversikten har også vært formidlet i en rekke fora i løpet av året, bl.a. på Nordisk folkehelsekonferanse i Trondheim i august, der direktoratet var hovedarrangør. Direktoratet lanserte i juni en første versjon av "Folkehelsekommune", som er en nettbasert tiltaksveiviser for kommuner og fylkeskommuner. Direktoratet samarbeider nært med Folkehelseinstituttet (FHI) i forhold til kunnskapsbasert folkehelsearbeid, bl.a. når det gjelder FHIs mal for fylkeshelseundersøkelser, og med Statistisk sentralbyrå bl.a. når det gjelder EU-tilpasningen av helse- og levekårsundersøkelsen.

4 Langsiktig mål: Reduserte sosiale forskjeller i helse

For dette målet ser vi at de sosiale helseforskjellene i Norge fortsatt er store, men for første gang ser vi en utflåting og reduksjon av sosial ulikhet i forventet levealder blant menn i Norge. For kvinner derimot ser de sosiale forskjellene i levealder ut til å øke. Sosiale ulikheter i helse er urettferdige og representerer unødvendige tap både for enkeltmenneske, familier og samfunnet.

5 Langsiktig mål: Psykisk helse og trivsel skal integreres som en likeverdig del av folkehelsearbeidet  
Satsninger innen psykisk helse har i liten grad vært integrert i befolkningsrettet og tverrsektorielt folkehelsearbeid. Helsedirektoratet har de siste årene drevet et utviklingsarbeid for å styrke psykisk

helse som del av folkehelsearbeidet. Helsedirektoratets faglige råd om innretning ble overlevert departementet med rapporten samfunnsutvikling for folkehelse. I Helsedirektoratets tverrsektorielle rapporteringssystem er det opprettet et nytt indikatorområde for sosial støtte og deltagelse. Det er også innledet samarbeid med Folkehelseinstituttet og Statistisk sentralbyrå for å sikre data vedrørende befolkningens livskvalitet, samt samarbeid med andre nordiske land og med Storbritannia for kompetanseoverføring og erfaringsutveksling.

Vurdering av resultater som ikke ble nådd i 2014

Systematiske tilsynsoppgaver er nedprioritert både på tobakks- og alkohollovfeltet på grunn av omfattende utredningsoppgaver, økt mengde forvaltningsoppgaver og omfattende brudd på reklameforbudene.

### *B: Styringsparametere*

- 1: Andel av befolkningen som har kjennskap og tillit til helsemyndighetenes råd om sunne levevaner
- 2: Antall nøkkelhullprodukter i butikkene og i kiosk, bensinstasjons- og serveringsmarkedet
- 3: Antall kommuner som har helhetlige rusmiddelpolitiske handlingsplaner
- 4: Andel helseforetak som rapporterer ulykkesskadedata til NPR
- 5: Antall kommuner som har forankret folkehelsearbeidet i planer etter plan- og bygningsloven

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

**Kommentar** Når det gjelder andel av befolkningen som kjenner til og har tillit til helsemyndighetenes kostråd, har 81 % kjennskap og 61 % tillit til disse i januar 2014. Når det gjelder andel av befolkningen som kjenner til faglige anbefalinger om fysisk aktivitet, kjenner under en prosent til minimumsanbefalingen. 39 % av de voksne mener at anbefalingene er 30 minutter moderat fysisk aktivitet, mens 36 % kjenner de nye anbefalingene om redusert stillesitting, 75 % kjenner anbefalingen om muskelstyrkende aktivitet to ganger i uken og 18 % kjenner til myndighetenes fallforebyggende anbefalinger. 11 % kjenner til minimumsanbefalingen for barn om 60 minutters daglig moderat fysisk aktivitet. Tall for 2014 vil bli oversendt departementet når de foreligger.

#### 2: Antall nøkkelhullprodukter i butikkene og i kiosk, bensinstasjons- og serveringsmarkedet

**Kommentar** Antall nøkkelhullprodukter i butikkene var 2001 i mars 2014 mot 1738 i mars 2013. I kiosk, bensinstasjons- og serveringsmarkedet (KBS), var det 12 nøkkelhullprodukter i januar 2014. Disse omfatter kun salgssteder som fører dagligvarer. Nye tall oversendes departementet når de foreligger.



### 3: Antall kommuner som har helhetlige rusmiddelpolitiske handlingsplaner

Kommentar Disse dataene innhentes ikke lengre årlig. Siste datainnsamling var i 2011. Da oppga 223 kommuner at de hadde en alkoholpolitisk handlingsplan og 292 kommuner oppga at de hadde rusmiddelpolitisk handlingsplan. Summen av disse tallene overstiger antall kommuner noe som tilsier at 152 kommuner har begge typer planer.

### 4: Andel helseforetak som rapporterer ulykkesskadedata til NPR

Kommentar Flere nye sykehus rapporterer på ulykkedata i NPR i 2014, men flere gjenstår og kvaliteten er varierende.

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

Kommentar Det eksisterer ikke en etablert rutinemessig datakilde for å måle dette, men en undersøkelse gjennomført av NIBR i 2014 som del av evalueringen av samhandlingsreformen viser at viser at folkehelsearbeidet er mer strategisk forankret i kommunen og blitt et mer tverrsektorielt anliggende. Mindre enn en femtedel rapporterer å ha fulgt opp lokal oversikt over folkehelsen politisk og administrativt på en måte som har lagt grunnlag for prioriteringer på plansiden eller innenfor relevante sektorer. På spørsmål om helsefremmende tiltak utviklet som en oppfølging av Samhandlingsreformen oppgir 74,7 % at kunnskapsgrunnlaget for folkehelsearbeidet er styrket. 74,4 % rapporterer om styrking av det tverrsektorielle folkehelsearbeidet og 69 % rapporterer om integrering av folkehelse i kommuneplanleggingen.

## C: Oppgaver

Kunnskapscenteret skal gjennomføre forskningsoppsummering av kunnskap om sammenhengen mellom helse og arbeid

Ferdig


Beskrivelse Kunnskapscenteret skal gjennomføre en hurtig forskningsoppsummering av kunnskap om sammenhengen mellom helse og arbeid, med særlig vekt på de eldste arbeidsgruppene, i løpet av første kvartal 2014. Kunnskapsoppsummeringen skal brukes i departementets arbeid med aktiv aldring.



Utarbeide oversikt over mål, virkemidler og tiltak på fysisk aktivitet- og ernæringsområder

Ferdig

Beskrivelse Utarbeide en oversikt over eksisterende mål, virkemidler og tiltak på områdene ernæring og fysisk aktivitet. Oversikten skal inneholde forslag til prioritering og tidsplan. Oversikten skal utarbeides i samråd med andre sektorer der det er relevant. Frist 1. juni 2014.

 Foreslå overvåkningsoppgaver som overføres til FHI fra Hdir innen ernæring og fysisk aktivitet	Ferdig
--	--------


Beskrivelse I samarbeid med Folkehelseinstituttet foreslå hvilke overvåkningsoppgaver innen områdene ernæring og fysisk aktivitet som skal overføres fra direktoratet til instituttet. Frist 31. mars.

 Utarbeide statusrapport og anbefalinger på videreutvikling av folkehelsearbeidet	Ferdig
--	--------

Beskrivelse Utarbeide en rapport som beskriver status og direktoratets anbefalinger for å videreutvikle folkehelsearbeidet innen 1. juni 2014.

 Videreutvikle regelverket for produktregulering, tobakk	Ferdig
---	--------

Beskrivelse Bidra i arbeidet med å videreutvikle regelverket for produktregulering, herunder tobakkpakkens utforming. HOD kommer tilbake med nærmere beskrivelse, avventer nytt EU-direktiv.

 Etablere et prosjekt for å utvikle resultatmål og indikatorer for å følge opp folkehelsepolitikken	I rute
--	--------

Beskrivelse Etablere et prosjekt for å utvikle resultatmål og indikatorer for å følge opp folkehelsepolitikken, jf. oppdrag i tillegg til tildelingsbrev for 2013

#### D: Nye oppdrag fra HOD i løpet av 2014

Action plan child obesity - vurdering av indikatorer.	I rute
---	--------

Kommentar Beskrivelse: EU Action Plan on Childhood Obesity 2014-2020 ble vedtatt 2014. Det pågår arbeid med å utvikle indikatorer for å følge opp planen. Vurdering: Helsedirektoratet har levert flere innspill til HOD i 2014 både til selve planen og til indikatorene - på områder knyttet til ernæring og fysisk aktivitet. Se evt. dokument 13/7042-52.

Tobakk - Utvikling av regelverk	I rute
---------------------------------	--------

Beskrivelse Flere oppgaver knyttet til utvikling av regelverket på tobakksfeltet. Se aktiviteter

Kommentar Oppdrag vedrørende utvikling av regelverk på tobakk kommer fortløpende. Oppdrag på tilsynsordning tobakk er levert i løpet av 2014. Oppdrag på regulering av E-sigaretter ble mottatt i 2014 og lever januar 2015. Oppdrag på å vurdere mulige endringer som følge av EU direktivet er under arbeid med leveringsfrist 9. mars 2015.

Ernæring - Partnerskap salt	I rute
-----------------------------	--------

Beskrivelse Arbeide med å etablere et forpliktende samarbeid med matvarebransjen og andre aktører om kosthold, i første omgang skal samarbeidet ha fokus på reduksjon av saltinntaket.

Kommentar Oppdraget er påbegynt og vil være under arbeid også i 2015. Det er ansatt en prosjektleder og arbeid i samarbeid med matvareindustrien er iverksatt

 Aktiv og sunn aldring - integreres i tverrsektorielt folkehelsearbeid. Ferdig

Beskrivelse 13/7042-56 - innspill til folkehelsemeldingen.

Kommentar Det er skrevet innspill til HOD mht. aktiv, sunn og trygg aldring, og det er pekt på de ulike sektorers ansvar.

 Vurdering av måltall og virkemidler for reduksjon av fallulykker blant eldre. Ferdig

Beskrivelse 13/7042-91

Kommentar Oppgave utført med brev til HOD av 1. november 2014.

### 3.2.2 Kommunale helse- og omsorgstjenester

#### 3.2.2.1. Omsorgstjenesten

*A: Langsiktige mål*

*B: Oppgaver*

*C: Styringsparametere*

*D: Nye oppdrag fra HOD*

*A: Langsiktige mål*

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

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

3: Tilrettelagt tjenestetilbud til personer med demens og deres pårørende.

4: Videreutvikle ordninger som gjør det enklere å kombinere yrkesaktivitet med omsorg for barn med funksjonsnedsettelse og pleietrengende voksne og eldre.

*Samlet vurdering av langsiktige mål*

1. langsiktige mål: Tilstrekkelig kapasitet i omsorgstjenesten gjennom nye årsverk og utnyttelse av investeringsordningen for heldøgns omsorgsplasser.

Personellutviklingen fra 2008 til 2013 er i samsvar med målet om 12 000 nye årsverk i perioden 2008-2015. Delmålet om et nivå på 34 prosent i 2015 for høyere utdanning er innfridd allerede i 2013.

Pr. 31.12.2014 er 9 876 boenheter for heldøgns omsorgsplasser godkjent for tilskudd. Dette utgjør 82,3 % av måltallet om 12 000 heldøgns omsorgsplasser innen 2015. Husbanken rapporterer direkte

til KR D og HOD i forhold til utbyggingstakten.

### 2. langsiktige mål: Kvalifisert og stabilt personell med stor faglig bredde. Økt andel personell i omsorgssektoren med formell utdanning.

Foreløpig rapportering viser at måloppnåelsen i all hovedsak fortsatt er god, men evalueringen av K2015 viser en reduksjon i andelen ansatte med helsefagarbeiderutdanning eller annen helsefaglig utdanning på videregående skoles nivå. Etter et sterkt fall fra 2008 til 2010 har utdanningstallene ligget på et nivå betydelig lavere enn hva som trengs for å nå målet om en bruttotilgang på om lag 4 500 helsearbeidere per år. Søkningen til helse- og oppvekstfag er god, men over halvparten faller fra helsearbeiderfaget i overgangen til læretid. Også innen voksenopplæring på videregående nivå, som tradisjonelt har hatt stor betydning for omsorgstjenestene, svikter rekrutteringen. Den økende arbeidsinnvandringen fra andre halvdel av 00-tallet motvirker i noen grad lave utdanningstall.

### 3. langsiktige mål: Tilrettelagt tjenestetilbud til personer med demens og deres pårørende

Tjenestetilbudet til brukergruppen er betydelig forbedret i mange kommuner, blant annet med demensteam. Flere steder i landet finnes det nå spesielt tilpassede tilbud til spesielle grupper, som f.eks. yngre med demens. Målet om at den enkelte bruker skal være sikret utredning og diagnostisering ved mistanke om demens vil ikke bli nådd i planperioden. Pårørendeskoler og samtalegrupper er tilgjengelig i det meste av landet, og de aller fleste kommuner har nå tilbud om ABC-opplæring for ansatte. Det har skjedd en betydelig utbygging av dagaktivitetstilbud for personer med demens, men vi kan ikke fastslå at alle som har behov for det nå får et slikt tilbud.

Tilskuddsmidlene til dagaktivitetstilbud for personer med demens har ikke vært mulig å få utnyttet fullt ut, til tross for intensivert markedsføring. Resultatene fra den nasjonale kartleggingen av kommunenes tilrettelagte tjenestetilbud for personer med demens blir klare i løpet av våren/sommeren 2015, og gjennom denne vil vi få oversikt over antall kommuner som har dette tilbudet.

Antall heldøgns omsorgsplasser tilpasset mennesker med demens og kognitiv svikt er i hele perioden 2008-2014 på 3 269 plasser. I 2014 er det gitt tilsagn om 694 plasser. Dette angir antall boenheter der personer med demens er oppført som målgruppe for det aktuelle prosjektet. Tilbakemeldinger fra ulike fagmiljø tyder på at sykehjem og omsorgsboliger som bygges med investeringstilskudd fra Husbanken i varierende grad er «tilrettelagt for personer med demens».

78 prosent av landets kommuner har til nå fått tilskudd til pårørendeskoler og samtalegrupper. Det betyr at de aller fleste steder i landet nå har tilgang til pårørendeskoler og/eller samtalegrupper for pårørende til personer med demens.

I satsingen «Møteplass for mestring» for yngre personer med demens er det i perioden 2012 – 2014 gjennomført 21 samlinger med 378 deltakere (189 par). Det gis også tilbud om oppfølgingssamlinger. I 2014 ble det gjennomført to helgekurs av «Tid til å være ung» for barn til yngre personer med demens, med totalt 31 ungdommer. Det er svært stor etterspørsel etter kursene som skal holdes i 2015.

Opplæringsverktøyene Demensomsorgens ABC/Eldreomsorgens ABC ble i 2014 tatt i bruk i ni nye kommuner. Det betyr at 400 kommuner (94 % av kommunene) har tatt i bruk opplæringsprogrammet. Fra oppstart og til utgangen av 2014 er 19 250 deltagere registrert.

I tillegg til disse tiltakene, har det også vært gjennomført tiltak knyttet til opplæring i utredning av demens, opplæring i personsentrert omsorg og miljøbehandling og utvikling av tjenestene til personer med minoritetsetnisk bakgrunn som har demens.

Rapport fra prosjektet Samfunnsøkonomi og demens, som vil framskaffe viktig informasjon om behov for og tjenester til personer med demens, vil foreligge i 2015.

#### 4. langsiktige mål: Videreutvikle ordninger som gjør det enklere å kombinere yrkesaktivitet med omsorg for barn med funksjonsnedsettelse og pleietrengende voksne og eldre.

Avdelings omsorgstjenester arbeider med flere tiltak innen dette området og de planlagte satsningene og aktivitetene er i rute.

Det er innhentet kunnskap, innspill og erfaringer om avlastningstilbudet i kommunene: *Kommunale avlastningstilbud – fra tradisjonelle tjenester til fleksible løsninger?* (NOVA-rapport 12/14). Rapport med anbefaling om forbedring av omsorgslønsordningen ble levert Helse- og omsorgsdepartementet i desember 2014. Videre arbeides det med å se på potensiale og utfordringene knyttet til mer formalisert samspill mellom brukere og pårørende og helse- og omsorgstjenestene. Frist for oppdraget er 1.4.2015.

#### Arbeidet med prioriterte tiltak/oppdrag i 2014

Planlagte satsninger og aktiviteter under Omsorg2020 har hatt en god utvikling i 2014. I budsjettinnspillene per 1.4. og 1.8.2014, ble det gitt en oversikt over status for iverksatte tiltak, planer for og forslag til nye tiltak, samt en underveisvurdering relatert til konkrete målsettinger.

- Prosessen med evaluering av utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester er i rute.
- Fagrapport om tilbudet til personer med behov for lindrende behandling og omsorg ved livets slutt ble oversendt Helse- og omsorgsdepartementet i desember 2014.
- Arbeidet med utvikling av opplæringspakke lindrende behandling og omsorg ved livets slutt er igangsatt og er i rute.
- Utredningsprosjekt knyttet til Statlig finansiering av omsorgstjenestene er i rute.

#### Vurdering av resultater som ikke ble nådd i 2014

Revisjonen av rundskriv IS-10/2004 Rettssikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemming er forsinket på grunn av at arbeidet er stort og omfattende. Rundskrivet oversendes Helse- og omsorgsdepartementet i begynnelsen av februar.

Arbeidet med opplæringshåndbok for brukerstyrt personlig assistanse (BPA) er forsinket, og publiseres i mars 2015.

Kunnskapsoppsummering og forslag til forbedring av datainnhenting om BPA er forsinket, og ferdigstilles i mars 2015.

## B: Oppgaver



Gjennomføre omsorgsplan 2020 og 2015, og deres hovedsaker på en helhetlig og systematisk måte, i tråd med Meld. St. nr. 29 (2012-2013) Morgendagens omsorg

I rute

Beskrivelse Deloppgaver:

1. Utvikle og gjennomføre Program for en aktiv og fremtidsrettet pårørendepolitikk 2014 – 2020.
2. Utvikle og gjennomføre program for utvikling og innføring av velferdsteknologi.
3. Bidra til faglig omstilling og utvikling av nye arbeidsformer og metoder.
4. Bidra til gjennomføring av innovasjonsprogram 2020, og å se dette i sammenheng med den helhetlige kommunale innovasjonsstrategien i regi av KR.D. Direktoratet skal som del av oppdraget vurdere om det er behov for nye datakilder, blant annet indikatorer, knyttet til måloppnåelse av planen og ev. fremme forslag om dette.

### *Kommentarer til deloppgavene*

#### **1: Pårørendeprogrammet:**

Det er etablert en organisasjonsstruktur for Pårørendeprogrammet. Det er etablert en arbeidsgruppe og referansegruppe for utarbeidelse av veileder for pårørendearbeid i kommunene. Programmet er forankret hos relevante aktører både internt og eksternt.

#### **2: Velferdsteknologiprogrammet:**

Det er etablert et delprosjekt Standardisering av velferdsteknologi med utgangspunkt i trykghetsalarmer. Det er gitt en anbefaling til Helse- og omsorgsdepartementet om bruk av Continua Health Alliance som rammeverk. Det er gitt ut en anbefaling til kommunene om forberedelser til overgang fra analog til digital plattform for trykghetsalarmer. Det er startet opp et delprosjekt som skal bistå standardiseringsarbeidet med kartlegging av informasjonsflyt og håndtering og oppfølging fra leverandørene av velferdsteknologiske løsninger. Det er gitt tilskudd til 34 utviklingskommuner. Disse er fulgt opp gjennom to rapporteringsmøter årlig, samt fem samlinger med kompetansehevende tema etter kommunenes behov for eksempel anskaffelser. Erfaringsutveksling mellom kommunene er hovedtema på samlingene. Det er også gjennomført en samling med kommunene som ikke er med i programmet.


#### **3: Bidra til faglig omstilling og utvikling av nye arbeidsformer og metoder:**

I tillegg til det som er rapportert under langsiktige mål, arbeider Helsedirektoratet med å bidra til faglig omstilling og utvikling av nye arbeidsformer og metoder bl.a. gjennom forvaltningen av ulike tilskuddsordninger. Dette innebærer bl.a. å forbedre samhandling med tilskuddsmottakere for å få best mulig effekt av tilskuddsordningene

#### **4: Bidra til gjennomføring av innovasjonsprogram 2020:**

Det arbeides med å opparbeide kompetanse på innovasjon i kommunesektoren. Tjenestedesign benyttes i utviklingsarbeid som f.eks. i arbeidet med ny Demensplan2020. Det er også på gang et samarbeid med Innovasjon Norge, Husbanken og Young Foundation. Det er etablert et

dokumentasjonsenter ved Senter for omsorgsforskning Øst som skal formidle forskning og innovasjon.

 [Følge opp tilskuddet til dagtilbud til personer med demens og intensivere arbeidet knyttet til informasjon og kunnskap om ordningen.](#) I rute

**Beskrivelse** Følge opp tilskuddet til dagtilbud til personer med demens og intensivere arbeidet knyttet til informasjon og kunnskap om ordningen. Regelverket ble endret fra januar 2014 og tilskuddet til plassene gis med hel – eller halvårsvirkning.

**Kommentar** Helsedirektoratet har i 2014 hatt fokus på informasjon og spredning av kunnskap om tilskuddsordningen til dagaktivitetstilbud. Følgende tiltak har vært gjennomført: I april 2014 ble det sendt ut brev til alle landets kommuner om tiltak på Demensplan 2015, der direktoratet informerte om forenklingen av regelverket for tilskuddsordningen og oppfordret kommunene til å søke. Fylkesmennene fikk i embetsoppdraget 2014 i oppdrag å følge opp kommuner som ikke har søkt tilskudd/har tilbud. Fylkesmennene har jevnlig fått tilsendt oppdatert status over situasjonen i fylket. Helsedirektoratet og Aldring og helse har profilert tilskuddsordningen gjennom direkte dialog med kommuner samt via epost og brev. Aldring og helse arrangerer jevnlig konferanser om dagaktivitetstilbud, der Helsedirektoratet har holdt innlegg om tilskuddsordningen. Det har vært 6 slike møter i 2014. For øvrig benytter direktoratet anledningen til å informere om tilskuddsordningen i ulike eksterne foredrag og presentasjoner som omhandler Demensplan 2015. Per 31.12.2014 var det i 2014 gitt tilskudd til 769 nye plasser som gir et tilbud til 1 520 brukere.

 [Følge opp HODs tiltak i Meld St. 45 \(2012-2013\) Frihet og likeverd, om mennesker med utviklingshemming](#) I rute

**Beskrivelse** Følge opp Helse- og omsorgsdepartementets tiltak i Meld. St. 45 (2012 – 2013) Frihet og likeverd. Om mennesker med utviklingshemming. Departementet ber særlig om oppfølging av tiltak for å styrke kompetansen i helse- og omsorgstjenestene til utviklingshemmede.

**Kommentar** Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse og Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming har fått i oppdrag å utvikle «Mitt livs ABC». Videre er det tildelt 7 mill. i tilskudd for å styrke fagutvikling og kompetanseheving i helse- og omsorgstjenestene til personer med utviklingshemming. Helsedirektoratet samarbeider med Bufdir om oppfølging av Meld St. 45 (2012-2013), spesielt på området rettsikkerhet. Helsedirektoratet har videre et oppdrag om å følge opp kompetansesituasjonen ved bruk av tvang. Deler av oppdraget er fulgt opp i revisjonen av rundskrivet til helse- og omsorgstjenesteloven kap. 9. De øvrige delene av oppdraget vil direktoratet komme tilbake til innenfor de frister som er satt.

### C: Styringsparametere

Ingen

### D: Nye oppdrag fra HOD

Oppfølging av kompetansesituasjon - tvang og makt		I rute
Beskrivelse	Oppfølging av rapport om kompetansesituasjonen ved bruk av tvang i helse og omsorgstjenestene til personer med utviklingshemming.	
Kommentar	Spørsmål om bruk av mangel er fulgt opp i revisjonen av rundskrivet til helse- og omsorgstjenesteloven kap. 9. Når det gjelder klargjøring av forståelsen av regelverket, blant annet krav om to tjenesteytere, er fulgt opp i revisjonen av rundskrivet. De øvrige delene av oppdraget vil direktoratet komme tilbake til dette innenfor de frister som er satt (utgangen av 2016)	
Finansiering og egenbetaling for ulike boformer		I rute
Beskrivelse	Finansiering og egenbetaling for ulike boformer.	
Kommentar	Helsedirektoratet har fått utsatt frist for delrapport 1 til 15. februar. I oppdragsbrevet var fristen 1. februar.	
Statlig finansiering av omsorgstjenestene		Ferdig
Beskrivelse	Statlig finansiering av omsorgstjenestene. Det skal utarbeides en overordnet skisse for utredningsprosjektet og for gjennomføring av forsøket med fremdriftsplan for arbeidet.	
Kommentar	Overordnet skisse for utredningsprosjektet og for gjennomføring av forsøket med fremdriftsplan for arbeidet ble levert Helse- og omsorgsdepartementet 1. desember 2014.	
Justering av oppdrag knyttet til Program for en aktiv og fremtidsrettet pårørendepolitikk.		I rute
Beskrivelse	13/7042-65 - Hdir bes om å se på involvering av brukere og pårørende i dette arbeidet.	
Fagrapport om tilbudet til personer med behov for lindrende behandling og omsorg ved livets slutt.		Ferdig
Beskrivelse	Fagrapport bestilt av HOD 27.1.2014 - med frist 1.12.2014.	
Kommentar	Helsedirektoratet har utarbeidet fagrapport om tilbudet til personer med behov for lindrende behandling og omsorg ved livets slutt. Rapporten danner grunnlag for å vurdere, planlegge og iverksette tiltak og virkemidler, som sikrer god behandling og omsorg ved livets slutt. Rapporten ble oversendt Helse- og omsorgsdepartementet i desember 2014.	



### 3.2.2.2 Psykisk helse og rus




*A: Langsiktige mål*

*B: Styringsparameter*

*C: Oppgaver*

*D: Nye oppdrag fra HOD*

*A: Langsiktige mål*

-  1: 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 og problemer med vold i befolkningen
-  2: Tilgjengelige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester av god kvalitet
-  3: Øke kunnskapen og kompetansen om psykiske problemer, rusproblemer og avhengighet, samt voldsproblematikk

*Samlet vurdering av langsiktige mål*

1. langsiktige mål: Fremme selvstendighet og mestring av eget liv for mennesker med rusproblemer og psykiske vansker eller lidelser og deres pårørende, samt sørge for forebyggende og helsefremmende arbeid som reduserer psykiske lidelser, rusproblemer og problemer med vold i befolkningen

Det er i 2014 både igangsatt og gjennomført mange oppgaver og tiltak som bidrar til å fremme denne langsiktige målsettingen. Det gjelder både forebyggende tiltak, tiltak for å styrke samarbeidet om utsatte barn og unge, samt forebygging av vold.

Eksempler på dette er: Innenfor området psykisk helse i skolen har det vært tildelt midler til ti nasjonale aktører som arbeider med å forebygge psykiske plager og fremme god psykisk helse. Forsknings- og utviklingsprosjektet «Skolen som arena for barn og unges psykiske helse», som drives i tett samarbeid med Utdanningsdirektoratet (Udir), er utvidet til å gjelde videregående skoler. Arbeidet med å styrke kompetansen og øke tilgjengeligheten av lavterskel psykisk helsetilbud/ mestringskurs ved frisklivssentralene er videreført og forsterket.

Tiltakene i «Oppfølgingsplan for arbeid og psykisk helse» (2013-2016) er virkemidler for å fremme inkludering og redusere frafall fra utdanning/arbeidsliv for personer med psykiske helse- og rusproblemer. Arbeidet knyttet til oppfølgingsplanen er gjennomført etter planen. Effektevaluering av IPS-metodikken pågår.

I 2014 fikk U-dir., AV-dir., Buf-dir., H-dir. og IMDi et felles oppdrag om å etablere et samarbeid om utsatte barn og unge med mål om at flere skal lykkes i skolen og fullføre videregående. Gjennom samarbeidet har direktoratene utarbeidet felles faglige anbefalinger, satsningsforslag og likelydende embetsoppdrag til fylkesmennene, som er oversendt de tilhørende departementer.

Det har vært arbeidet med tiltak for å styrke kvaliteten i psykiske helsetjenester for barn og unge. Hdir har jobbet tett med NBUP (styret til BUPene) og RBUP. (RBUP: Regionsenter for barn og unges psykiske helse). Plan med konkrete tiltak foreligger. Prøveprosjekt henvisningsrett for PP-tjeneste til HABU og BUP har blitt evaluert. (HABU: Habiliteringseksjonen for barn og unge). Erfaringene er i hovedsak positive. Hdir vil komme med anbefalinger for ev. videreføring av ordningen.

Arbeidet med vold i nære relasjoner og vold mot barn har hatt høy prioritet, med forankring i handlingsplanen mot vold i nære relasjoner, utgått strategi og ny tiltaksplan for å bekjempe vold og seksuelle overgrep mot barn og unge (alle 2014-2017). Det har også vært arbeidet med behandlingstilbudet til traumatiserte asylsøkere og flyktninger, inkludert tortur- og krigsskadde. Opplæringspakken i migrasjonshelse for ansatte ved asylmottak ble også gjennomført. For å avdekke og forebygge vold er blant annet rundskrivet om voldsrisiko revidert og det er arrangert dialogmøter mellom SIFER og UDI, NAV, KS m.fl. for å øke kompetansen om voldsproblematikk.

## 2. langsiktige mål: Tilgjengelige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester av god kvalitet:

Det har vært jobbet med stimulering av utvikling av tjenestetilbud i kommunene til personer med milde og moderate problemer og tilrettelegging for utvikling av tilgjengelige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester av god kvalitet til personer med langvarige og alvorlige lidelser. Det arbeides med å se rus, psykisk helse, samt vold – og traumefeltet i sammenheng. Det er arbeidet mye med retningslinjer, veiledere og rundskriv. Mange er ferdigstilt i 2014, og flere er under arbeid. Status for hver enkelt publikasjon er gitt under, spesielle oppdrag, del C.

Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading ble ferdigstilt og lansert den 30.4.2014. 5 millioner kroner ble tildelt i RNB til oppfølging av tiltak i handlingsplanen. Midlene ble fordelt og knyttet til ulike tiltak, som henholdsvis Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging (NSSF), VIVAT selvmordsforebygging og organisasjonen LEVE fikk ansvaret for å organisere og iverksette.

Psykologer i de kommunale helse- og omsorgstjenestene: Målet er at alle kommuner har tilgang på psykologkompetanse innen sine helse- og omsorgstjenester. I 2014 omfattet tilskuddsordningen totalt 270 psykologstillinger fordelt på henholdsvis 165 kommuner/bydeler. Utviklingen er oppløftende og det vurderes at ordningen treffer kommunenes behov.

Rask psykisk helsehjelp (RPH): De 12 pilotkommunene i Rask psykisk helsehjelp som ble etablert i 2013 fullførte videreutdanning i kognitiv terapi, og hadde full drift i 2014. Det ble etablert fire nye piloter i 2014. Pilotprosjektet evalueres av Folkehelseinstituttet på oppdrag fra HOD. NAPHA har gjennomført regionale og nasjonale nettverkssamlinger og andre kompetanseutviklingstiltak for psykologene og pilotene for RPH.

Evalueringen av utprøving av 12 ACT-team (aktivt oppsøkende behandlingsteam) ble ferdigstilt i desember 2014. Resultatene er svært gode. Forskerne konkluderer blant annet med at ACT er et

nyttig og godt tilbud. Det vil bli viktig å få på plass en varig finansieringsmodell hvor kommuner og helseforetak gjøres ansvarlige.

Regelverk for legespesialitet i rus- og avhengighetsmedisin er vedtatt. Første overgangskurs er avholdt.

Nasjonal overdosestrategi (2014-2017) er lansert og tiltakene er igangsatt etter planen.

Nasjonal strategi for økt frivillighet i psykisk helsetjeneste: Av 14 tiltak er 3 ferdigstilt og 10 igangsatt. Det siste startes opp i 2015. To større undersøkelser har blitt gjennomført – kartlegging av pasienter i behandling i døgninstitusjoner, i poliklinikk og hos privatpraktiserende psykiatere og psykologer med driftsavtale med det offentlige og vedtak om bruk av tvangsmidler og skjerming har blitt kartlagt og analysert.

Det er planlagt og gjennomført 100 rettsaker i det psykiske helsevernet på vegne av regjeringsadvokaten og forberedt ytterligere 134.

KS har startet nettverk for å forbedre samhandling for barn og unge innen rus og psykisk helse, gjennom prosjektet «Bedre samhandling for barn og unge med psykiske vansker og rusmiddelproblemer». Det er etablert kommunale nettverk og gjennomføre nettverkssamlinger, i samarbeid med regionale kompetansesentre, fylkesmennene, statlige aktører og brukerrepresentanter. 40 kommuner er med i nettverket.

Det er fortsatt behov for å etablere flere lavterskeltilbud innen rus- og psykisk helsefeltet i kommunene, både overfor barn og unge og voksne. Flere kommuner etterspør muligheter for å etablere tilbud om Rask psykisk helsehjelp, for å nå flere personer med angst og lette til moderate depresjoner. Tilskuddsordningen for Rask psykisk helsehjelp (RPH) bør styrkes og sees sammen med rekrutteringstilskuddet Psykologer i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Regelverket for sistnevnte ordning bør omfatte RPH. Tilbudet til traumatiserte flyktninger og asylsøkere har ikke hatt den styrkingen som var ønskelig i 2014. Et satsingsforslag for styrking til denne gruppen i 2015 er tidligere oversendt departementet.

### 3. langsiktige mål: Øke kunnskapen og kompetansen om psykiske problemer, rusproblemer og avhengighet, samt voldsproblematikk:

Det har vært jobbet mye å få oversikt over manglende statistikk og kunnskap på psykisk helse og rusfeltet, og hvordan de ulike aktørene bør kunne samordnes bedre for å styrke dette arbeidet.

I 2014 har Hdir gitt faglige råd til HOD gjennom rapporten Samfunnsutvikling for folkehelse samt i arbeidsgruppe knyttet til kommende folkehelsemelding. Kunnskap om fagfeltet har blitt styrket og videreformidlet til sentrale aktører gjennom foredrag, seminarer samt arbeid med publikasjoner i en rapportserie. Det langsiktige arbeidet knyttet til å fremskaffe befolkningsdata på livskvalitetsområdet er godt i gang, og Hdir samarbeider både med nasjonale og internasjonale aktører mht. å videreutvikle arbeidsfeltet psykisk helse i det tverrsektorielle folkehelsearbeidet.

Arbeidet med å utvikle og forbedre kunnskaps- og statistikkgrunnlaget for kommunalt psykisk helse- og rusarbeid er videreført i 2014. HelseDirektoratet har gjennomført en omfattende spørreundersøkelse blant landets kommuner om psykososial oppfølging lokalt ved kriser, ulykker og katastrofer. Kommunenes arbeid med vold i nære relasjoner er kartlagt som en del av rapporteringen på kommunalt psykisk helsearbeid (IS-24). Publiseringen av de første kvalitetsindikatorne for psykisk helse og rus primærhelsetjenesten på helsenorge.no gir en bedre oversikt over kompetansedekning i de kommunale psykisk helse- og rustjenestene. Kunnskapsgrunnlaget om brukere av kommunale helse-, omsorgs- og velferdstjenester er styrket ved at langt flere kommuner gjennomførte Brukerplan-kartlegging i 2013

Kunnskaps- og kompetansesentrene innenfor psykisk helse, vold, traumer, selvmordsforebygging og rusfeltet: På oppdrag fra HOD foretok Hdir en gjennomgang av sentrene. Rapporten, med anbefalinger, ble overlevert departementet våren 2014. Parallelt med kompetansesentergjennomgangen gjennomførte direktoratet tiltak i tilskuddsforvaltningen for å sikre at kompetansesentrene innrettes og utvikles i tråd med nasjonale føringer og helse-, omsorgs- og velferdstjenestenes behov.

Rapport om Nasjonale kompetansetjenester innen psykisk helsevern/kompetansesvake områder er utarbeidet og overlevert Helse- og omsorgsdepartementet. Rapport om integrering av pasientrapporterte utfallsmål i medisinske kvalitetsregister er også oversendt departementet. Levekårsundersøkelse for voksne og barn som pårørende ble gjennomført. Sluttrapport foreligger 1. kvartal 2015. Kartleggingsoppdrag Alkoholbehandling er gitt til Rambøll. Sluttrapport foreligger 15. mars 2015.

Arbeidet etter terrorangrepene 22. juli 2011 har blitt videreført i tråd med Oppfølgingsplan for 2013-2014. Generell styrking av tjenestenes traumekompetanse har fortsatt bl.a. gjennom implementering av traumefokusert kognitiv atferdsterapi og e-læringsprogram «Når krisen rammer». Det er gjennomført nasjonal kartlegging av kommunale psykososiale kriseteam. Terrorforskningsprogram ved NKVTS og prosjektet «Bedre håndtering av kriser og komplisert sorg» har blitt videreført.

Pasientundersøkelse TSB er ferdigstilt og publisert. (TSB: Tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelproblemer). Resultatene er presentert og drøftet med lederne i TSB. Ytterligere oppfølging av resultatene planlegges i samarbeid med RHF-ene og bruker- og pårørende organisasjonene. Pasientundersøkelse og psykisk helsevern med døgnopphold ferdigstilt og publisert. Utvikling av spørreskjema for barn/unge i BUP gitt i oppdrag. Rådslag om videre utvikling av DPS og TSB inn i ny helse- og sykehusplan ble arrangert i november.

Kartlegging av domfelte innsattes psykiske helse og rus ferdigstilt og rapport publisert. Pilotprosjekt rettspsykiatri i rute. 5. januar 2015 åpnet Midlertidig rettspsykiatrisk enhet på Brøset. Prosjekt om utilregnelige som begår gjentatte kriminelle handlinger gjennomføres etter plan og avsluttes 2015 (MAS-prosjekt).

Oppdrag om kartlegging av behandling av sedelighetsdømte er utsatt til 2015.

### B: Styringsparameter

#### Antall kommuner som har tatt i bruk Brukerplan

---

Kommentar 132 kommuner gjennomførte Brukerplan-kartlegging i 2013. I mai 2015 vil KORFOR rapportere resultatene fra 2014-kartleggingen

#### Antall kommunale årsverk innen rusarbeid

---

Kommentar I 2013 var det 3 990 årsverk innenfor kommunalt rusarbeid.

#### Antall kommunale årsverk innen psykisk helsearbeid

---

Kommentar I 2013 var det totalt 11 729 årsverk innen psykisk helsearbeid; 9 145 årsverk rettet mot voksne, og 2 584 rettet mot barn og unge.

#### Andel ikke planlagte behandlingsavbrudd (drop-out)

---

Kommentar Norsk pasientregister (NPR) rapporterer pr 2. tertial 2014 at 21,3 % av oppholdene er avsluttet ensidig fra pasientenes side. Tall for 2014 foreligger april 2015. Rapporten gir ikke tilstrekkelig informasjon om drop-outs. Ny kvalitetsindikator "Andel pasienter med avbrudd i behandling i TSB" forventes tatt i bruk fra 2016.

#### Andel brukere med individuell plan og koordinator

---

Kommentar Pr i dag foreligger ikke data for andelen brukere med individuell plan og koordinator. Denne nasjonale kvalitetsindikatoren (KI) ble anbefalt i 2014. Det er behov for å ferdigstille definisjon og teste datagrunnlag før publisering. Dette utføres i 2015.

### C: Oppgaver



Legge til rette for samhandling mellom AV-forvaltning og helseforvaltning

I rute

Beskrivelse Arbeidet må ses i sammenheng med gjennomføring av Oppfølgingsplanen for arbeid og psykisk helse (2013-2016). Samarbeidsavtaler skal bidra til bedre samarbeid og samhandling mellom arbeids- og velferdsforvaltningen og helsetjenestene.

Kommentar Det er utarbeidet maler for avtaler for samarbeid mellom NAV og spesialisthelsetjeneste innen psykisk helse og rus. Oppdraget er utvidet til somatiske helsetjenester og er derfor ikke ferdigstilt innen utgang av 2014. Arbeidet fortsetter i 2015.



Bidra i utvikling og oppfølging av planer/strategier for rus, oppfølging av veteraner, boligsosialt arbeid og forebygging av voldelig ekstremisme

I rute

- Beskrivelse** Bidra i arbeidet med utvikling og oppfølging av; ny opptrappingsplan for rusfeltet, ny plan for oppfølging av veteraner etter internasjonale operasjoner, ny nasjonal strategi for boligsosialt arbeid og ny handlingsplan for å forebygge voldelig ekstremisme.
- Kommentar**
1. Arbeidet med ny opptrappingsplan for rusfeltet er i rute. Hdir deltar i arbeidsgruppe med deltakere fra flere direktorater. Forslagene fra Hdir til arbeidsgruppa forankres i HOD. Tentativ lansering av oppfølgingsplanen er ultimo juni 2015.
  2. Ny oppfølgingsplan for veteraner etter internasjonale operasjoner ble lansert august 2014.
  3. Ny nasjonal strategi for boligsosialt arbeid er i rute. Husbanken koordinerer arbeidet. Det er etablert en intern arbeidsgruppe, et forum for samhandling med representanter fra seks direktorater, og tre arbeidsgrupper som jobber med henholdsvis tiltaksplan, boligsosial veileder og bedre styringsinformasjon. Det forventes ytterligere bestilling fra HOD.
  4. Ny handlingsplan for å forebygge voldelig ekstremisme er i rute. Hdir deltar i arbeidsgruppe med deltakere fra flere direktorater.



Utvikle oversikt over og vurdere effekt av samhandlingstiltak og -systemer

Forsinket

- Beskrivelse** Helsemyndighetene skal: 1) Utvikle oversikt over samhandlingstiltak og samhandlingssystemer mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten til personer med rus og eller psykiske problemer. 2) Vurdere effekten av denne typen tiltak. Oppdraget ses i sammenheng med Helsemyndighetenes helhetlige plan for oppfølgingen av Meld. St. 30 (2011-2012), oppfølging av Kvalitetsløft rus og psykisk helse og med oppdraget "Status psykisk helse og rus".
- Kommentar**
1. Oppdraget om å utvikle oversikt over samhandlingstiltak og samhandlingssystemer mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten er forsinket. Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA) som har utarbeidet et utkast til inndeling/kategorier for samhandlingstiltak. Samhandlingstiltakene er svært uensartede og det er behov for en avklaring evt. i samråd med departementet, om hvilke effektmål som skal gjøres til gjenstand for vurdering. Fra 2015 er ordningene lagt inn i en større tilskuddsordning som skal forvaltes av Fylkesmannen.
  2. Oppfølging av Kvalitetsløft rus og psykisk helse og med oppdraget "Status psykisk helse og rus" ble oversendt til HOD 15. februar 2014.



## Ferdigstille gjenværende nasjonale retningslinjer og veiledere på rus og psykisk helsefeltet

I rute

Beskrivelse	Ferdigstille arbeidet med nasjonale retningslinjer og veiledere på rus og psykisk helsefeltet: Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne, Veileder for fastlegenes arbeid for personer med alkoholproblemer, Veileder for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer, Barn som pårørende, og utarbeide faglig retningslinje for utredning og behandling av psykiske lidelser og rusproblemer hos barn og unge. (De to siste som ledd i oppfølgingen av strategi for barn og unges psykiske helse)
Kommentar	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Felles veileder i lokalt og psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne ble nasjonalt lansert april 2014. Helsedirektoratet deltar på implementeringsarbeid i alle landets fylker i samarbeid med Fylkesmannen og kompetansesentrene NAPHA og KoRus.</li><li>2. Arbeidet med veileder for fastlegenes arbeid for personer med alkoholproblemer er forsinket. Det vurderes å gi dette som et oppdrag til Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM) i 2015.</li><li>3. Arbeidet med revidering av veileder for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer er i slutfasen og avsluttes våren 2015.</li><li>4. Arbeidet med barn som pårørende er i rute.</li><li>5. Faglige retningslinjer for utredning og behandling av psykiske lidelse og rusproblemer hos barn og unge er i rute.</li></ol>

### *D: Nye oppdrag fra HOD*



## Stimulere til nettverk og arenaer for læring og kvalitetsforbedring

I rute

Beskrivelse	Brev av 2.5.13 fra HOD: Oppdrag om oppfølgingen av stortingsmelding om kvalitet og pasientsikkerhet-kommunene og fylkeskommunenes helse- og omsorgstjenester. Stimulere til nettverk og arenaer for læring og kvalitetsforbedring. Arbeidet skal ses i sammenheng med kompetansesentrenes rolle/samfunnsoppdrag.
Kommentar	Nettverk er etablert og i drift i regi av KS og kunnskapssenteret. Da det ikke er avsatt midler til oppgaven i 2015 må det avklares hvilken rolle Helsedirektoratet fortsatt eventuelt skal ha i det videre arbeidet.

## Gjennomgang av status og utviklingstrekk for psykisk helsefeltet og rusfeltet

Ferdig

- Beskrivelse** Departementet ber Helsedirektoratet, med bakgrunn i notat av 31.7.2013 og føringene ovenfor, om følgende: En samlet vurdering av status for psykisk helse- og rusfeltet basert på eksisterende data. Sentrale temaer vil være innholdet i og organisering av tjenestene, om brukerne får gode og nødvendige helse- og omsorgstjenester, og om det finnes særskilte grupper som faller utenfor tilbudet. Det må også vurderes hvorvidt omstillingsprosessene er tilpasset brukernes behov. Vurdering av eksisterende data, både kvantitative og kvalitative, samt en oversikt over kildene. Det bes om en vurdering av eventuelle mangler i datagrunnlaget for å gi en fullverdig status på psykisk helse- og rusfeltet og av hvilke tiltak som kan iverksettes for å fremskaffe relevante data eller hvordan svakheter i datamaterialet kan kompenseres i analyser og vurderinger. Leveringsfrist: 15.2.2014. Oppdraget er ansvars plassert i PHPR. Det er nedsatt en arbeidsgruppe med representanter fra SPPR, PHAH, FL og PHPR. Arbeidsgruppen ledes av PHPR. Avdelingsdirektør-forumet for rus- og psykisk helseområdet er styringsgruppe.
- Kommentar** Oppdraget er utført. Statusdokumentet rus og psykisk helse er oversendt HOD 15.2.2014 Det vises også til spesielle oppdrag i TB 2014 – pkt. 2.2.2.6.

## Tilleggsoppdrag - Muligheten for sammenslåing av kap. 0763 og kap. 0764

Ferdig

- Beskrivelse** Departementet ønsker å se nærmere på muligheten for å slå sammen budsjettkapitlene 0763 og kapittel 0764 til ett. Sammenslåing vil bidra til å sikre målsettingen om i større grad å se rus og psykisk i sammenheng. Videre vil en sammenslåing bidra til å forenkle tilskuddsforvaltningen, herunder gi større og mer robuste tilskuddsordninger som bidrar til større fleksibilitet i tildelinger og prioriteringer. Departementet ber direktoratet vurdere om vedlagt skisse til ny poststruktur.
- Kommentar** Oppdraget er utført. Helsedirektoratet ved PHPR har vurdert HODs skisse til ny poststruktur og sendt over HOD en foreløpig vurdering av skisse for ny poststruktur i vårt brev av 17.3.2014 (saksnr. 13/7045-15)

## Oppdrag om utredning av ny finansieringsordning for kommunepsykologer

I rute

- Beskrivelse** HOD ber Hdir om bistand til å utrede en omlegging av tilskuddet til finansiering av kommunepsykologer fra et trappetrinnstilskudd til et varig tilskudd. Det er et ønske om å presentere rammene for en ordning i stortingsmeldingen om primærhelsetjenestene som skal legges frem våren 201 jf. saksnr. 14/9743-1.
- Kommentar** Oppdraget er i rute: Helsedirektoratet ved PHPR har avgitt første leveranse til HOD. NAPHA har igangsatt oppdraget med å kartlegge antall psykologer ansatt i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. PHPR avventer ny bestilling fra HOD for neste leveranse.





Beskrivelse	Helse- og omsorgsdepartementet ber Helsedirektoratet gi et anslag på antall liggedøgn for de aktuelle pasientgruppene som kan legges til grunn for en overføring til kommunene. Dette må være pasienter som kommunen har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg til med sin allmenntilleggs og øvrige kompetanse. jf. saksnr. 13/7332-9.
Kommentar	Oppdraget er i rute. HOD har i brev av 9.10.14 bedt direktoratet om å gjøre et anslag over antall liggedøgn innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) som kan overføres kommunen. Dette ble oversendt HOD 16.12.14.

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

### 3.2.2.3 Primærhelsetjenesten

*A: Langsiktige mål*

*B: Styringsparametere*

*C: Oppgaver*

*D: Nye oppdrag fra HOD*

*A: Langsiktige mål*

- 1: Redusert dødelighet for de fire NCD-sykdommene
- 2: Tidligere avdekking og bedre helsemessig oppfølging av personer utsatt for vold og overgrep
- 3: Styrket faglig innhold i helsestasjons- og skolehelsetjenesten
- 4: Færre sykehusinnleggelses for personer som kan få et like godt tilbud i kommunen
- 5: Økt kompetanse og mer tverrfaglighet i primærhelsetjenesten
- 6: Mer likeverdige helse- og omsorgstjenester til innvandrerbefolkningen

*Samlet vurdering av langsiktige mål:*

1. langsiktige mål: Redusert dødelighet for de fire NCD-sykdommene

Det er for tidlig å vurdere om det langsiktige målet om å redusere dødelighet for de fire NCD-sykdommene med 25 % fra 2012-2025 vil bli nådd. Det rapporteres en nedgang i dødelighet av hjerte- og karsykdommer og dødsfall forårsaket av diabetes, men det er ingen nedgang i dødelighet forårsaket av kols og kreft. Mens det er flere risikofaktorer for hjertesykdom og hjerneslag, er risikofaktoren for kols først og fremst knyttet til røyking. 13 % av befolkningen sier de røyker daglig i 2014. Det er en nedgang på to prosentpoeng fra 2013, tilsvarende om lag 70 000 færre røykere. Helsedirektoratet har utarbeidet retningslinjer for de fire NCD-sykdommene. NCD-strategien 2013-2017 er godt i gang, og det vil komme en egen NCD-rapport i 2015. I tillegg til det nasjonale NCD-arbeidet deltar Helsedirektoratet i EU-samarbeid (Joint Action) om kronisk sykdom og leder arbeidsgruppen «Health Promotion in Diabetes».

#### 2. langsiktige mål: Tidligere avdekking og bedre helsemessig oppfølging av personer utsatt for vold og overgrep

Det er vanskelig å måle resultater for dette langsiktige målet. Det forventes likevel en positiv utvikling som følge av økt fokus og økt kompetanse om volds- og overgrepshåndtering hos helsepersonell bl.a. innen skole- helsestasjon- og tannhelsetjenesten. En «Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen – hvordan avdekke vold» ble lansert i april 2014. Både innen helsestasjon- skolehelse- og tannhelsetjenesten pågår det retningslinjearbeid for å styrke tidlig avdekking av vold og overgrep mot barn og unge. Arbeidet er også forankret i «Et liv uten vold: Handlingsplanen mot vold i nære relasjoner 2014-2017» og i «Strategi for forebygging av vold og overgrep mot barn og ungdom 2014-2017».

#### 3. langsiktige mål: Styrket faglig innhold i helsestasjons- og skolehelsetjeneste

Pr i dag er det ingen kvalitetsindikatorer som måler faglig innhold i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Dette gjør det vanskelig å vurdere måloppnåelse i forhold til det langsiktige målet. Årsverksutviklingen jf. SSBs KOSTRA-statistikk viser en svak nedgang på 9,3 årsverk.

For å heve det faglige innholdet i tjenesten har det i 2014 pågått et arbeid med nasjonale faglige retningslinjer for helsestasjons- og skolehelsetjenesten, herunder helsestasjon for ungdom. Det helsefremmende og forebyggende skal tydeliggjøres. Retningslinjen skal også bidra til å avdekke skjev utvikling, vold og overgrep. Det er nedsatt referansegruppe og 2 arbeidsgrupper, og det er gjort kunnskapssøk på aktuelle områder. En kommunikasjonsplan for implementering er under utarbeidelse og det foreligger en risiko- og sårbarhetsanalyse av retningslinjearbeidet.

For øvrig har Helsedirektoratet i 2014 fordelt 31,613 mill. kroner i tilskuddsmidler til styrking av skolehelsetjenesten til 133 kommuner samt til 3 bydeler i Oslo indre øst.

#### 4. langsiktige mål: Færre sykehusinnleggelser for personer som kan få et like godt tilbud i kommunen

Det kan foreløpig ikke dokumenteres noen entydige resultater på området. Samhandlingsstatistikken for 2013-2014 viser imidlertid at det er en viss effekt på øyeblikkelig hjelp innleggelser for medisinske diagnoser for pasienter over 80 år for kommuner som har hatt øyeblikkelig hjelp døgntilbud (øhd) i drift over noe tid.

## 5. langsiktige mål: Økt kompetanse og mer tverrfaglighet i primærhelsetjenesten

Kompetansenivået i omsorgstjenestene er stigende, og nye opplæringsprogrammer bidrar til økt faglig bredde. Andel personell med relevant fagkompetanse i brukerrettet pleie- og omsorgstjeneste økte fra 73,8 i 2012 til 74,5 prosent i 2013. Det er særlig andelen høgskoleutdannede som øker, fra 33,2 % i 2012 til 34,1 % i 2013. Senter for omsorgsforskning Sør har utviklet et opplæringsprogram i aktiv omsorg, som ved utgangen av 2014 er gjennomført for om lag 500 deltakere. Bergen Røde Kors Sykehjem har utviklet opplæring i systematisk bruk av musikk og omsorgssang som miljøbehandling i demensomsorgen for ansatte i sykehjem. De første kullene startet på opplæringen i 2014. Over 3 000 personer har deltatt på lederutdanningen for helse- og omsorgstjenestene, som Høgskolen i Hedmark med samarbeidspartnere har utviklet. Evalueringen av Kompetanseløftet 2015 som NIFU og NIBR gjennomfører, viser imidlertid at kommunene er lite aktive i å rekruttere tverrfaglig, da tradisjonelle yrkesgrupper som helsefagarbeider og sykepleier etterspørres i større grad.

## 6. langsiktige mål: Mer likeverdige helse- og omsorgstjenester til innvandrerbefolkningen

Det foreligger per i dag ikke et systematisk datagrunnlag for å kunne gi en helhetlig vurdering av i hvilken grad tjenestene er tilrettelagte og likeverdige for innvandrerbefolkningen.

Nasjonal strategi om innvandreres helse 2013-2017 omfatter mål og tiltak som skal bidra til likeverdige helse- og omsorgstjenester for innvandrerbefolkningen. Helsedirektoratet er godt i gang med oppfølging av strategien, og har blant annet gjennomført årlige nasjonale dialogkonferanser om likeverdige og kultursensitive helse- og omsorgstjenester. Dette bidrar til synliggjøring og økt bevissthet om tematikken i helse- og omsorgstjenestene.

Helsedirektoratet har i 2014 innhentet mer kunnskap om kreftforekomst og kreftformer i innvandrerbefolkningen. Kunnskapen vil bli formidlet til helse- og omsorgspersonell for forebygging, tidlig diagnostisering og god behandling. I samarbeid med Kreftregisteret og Kreftforeningen vil Helsedirektoratet jobbe videre for mer målrettet informasjon og veiledning til målgruppene.

Som ledd i implementeringen av Veileder om kommunikasjon via tolk, har Helsedirektoratet gjennom ulike arrangementer bidratt til økt bevissthet om betydningen av riktig tolkebruk. Temaet er også koblet til arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenestene.

Helsedirektoratet har også en egen strategi for likeverdige helse- og omsorgstjenester for innvandrerbefolkningen, et tverrgående migrasjonsteam og et fagråd for likeverdige helse- og omsorgstjenester (SOHEMI). Til sammen styrker dette Helsedirektoratets arbeid på feltet.

### *B: Styringsparameter*

[Antall kommuner som har etablert frisklivstilbud og lærings-, mestrings- og oppfølgingstilbud for personer med kroniske lidelser](#)

---

Kommentar 223 kommuner/bydeler har frisklivssentraler

## Årsverksutviklingen for relevante yrkesgrupper/tjenester

---

**Kommentar** Helsestasjons- og skolehelsetjenesten: If. SSB KOSTRA er det en nedgang på totalt 9,3 årsverk i fra 2012 til 2013. Helsesøstre har en økning på 41 årsverk, men det er en nedgang på 59 årsverk for sykepleiere. Det er rapportert en nedgang på 5,6 årsverk for fysioterapeuter, 0,8 årsverk for leger, mens for jordmødre er det uendret. Årsverk for annen fagutdanning har øket med 16,2 årsverk.

For annet helsepersonell vises det til rapport om utviklingstrekk for helsepersonell, analyserapport om legeårsverk, samhandlingsstatistikk 2013-2014 og rapporteringer for Kompetanseløftet K2015.

### C: Oppgaver



#### Prioritert plan for oppfølging av NCD-strategien 2013-2017

I rute

**Beskrivelse** Helsedirektoratet skal følge opp NCD-strategien 2013 – 2017 – Strategi for forebygging, diagnostisering, behandling og rehabilitering av fire ikke-smittsomme folkesykdommer; hjerte-karsykdommer, diabetes, kroniske lungesykdommer og kreft. Helsedirektoratet skal lage en prioritert plan for oppfølgingen innen 1. mars 2014

**Kommentar** Helsedirektoratet har fått i oppdrag å lage en liste over prioriterte oppgaver for oppfølging av NCD-strategien i 2014. Arbeidet ble fulgt opp av direktoratet og HOD med innhenting av basisdata/kvalitetsindikatorer for planlegging og kvalitetsforbedring; pågående arbeid med retningslinjer for diabetes og primærforebygging av hjerte- og karsykdommer; utarbeidelse av pakkeforløp for kreft. Direktoratet viser til planverk for oppdraget. NCD-alliansen er involvert, samt Folkehelseinstituttet (FHI). Helsedirektoratet vil komme med egen NCD-rapport i mars 2015.



#### Utrede effekter og konsekvenser av kveldsåpne fastlegekontor og time-neste-dag etter legevakt

Ferdig

**Beskrivelse** Utrede effekter og økonomisk-administrative konsekvenser av kveldsåpne fastlegekontor og av at legevakten gis mulighet til å reservere time neste dag hos pasientens fastlege.


**Kommentar** I 2014 har Helsedirektoratet levert en utredning til HOD hvor det blant annet anbefales å prøve ut kveldsåpne fastlegekontor. Videre anbefales det bl.a. å utvikle IKT-løsning for bestilling av time neste dag hos fastlegen fra legevakt.

 Evaluering av revidert fastlegeforskrift

Ferdig

Beskrivelse Planlegge evaluering av revidert fastlegeforskrift slik at evalueringen er ferdig innen 1.7.2015.

Kommentar Helsedirektoratet har i 2014 på oppdrag fra departementet gjennomført og levert en evaluering av revidert fastlegeforskrift som trådte i kraft 1.1.2013.

 Delta i et arbeid med utredning av bedre Elektronisk Postjournal (EPJ) for allmennlegetjenesten

I rute

Beskrivelse Delta i et arbeid med utredning av bedre EPJ for allmennlegetjenesten

 Utrede hvilke data som skal inngå i et kommunalt helse- og omsorgsregister (KHOR)

Ferdig

Beskrivelse Direktoratet skal utrede hvilke data som skal inngå i et kommunalt helse- og omsorgsregister (KHOR)

Kommentar Oppdraget ble levert innen 15. februar 2015, som var ny frist for leveransen.

 Helsedirektoratet skal følge opp Nasjonal strategi om innvandreres helse 2013-2017

I rute

Beskrivelse Helsedirektoratet skal følge opp Nasjonal strategi om innvandreres helse 2013 -2017.

Kommentar Helsedirektoratet har i 2014 fulgt opp og gjennomført de to tiltakene som direktoratet har ansvaret for i strategien. Det er gjennomført nasjonale dialogkonferanser for relevante aktører: helsetjenestene, brukerorganisasjoner, universitets-/høyskoler, kompetansemiljøer og lokale og nasjonale myndigheter. Formålet med konferansene er å spre informasjon og legge til rette for en god oppfølging av strategien. I 2014 ble det fokusert på tre hovedtemaer; Kunnskap om innvandreres helse, Bruk av helsetjenester og Kultursensitive og likeverdige helsetjenester. Når det gjelder de andre tiltakene i strategien følges føringene fra HOD fortløpende opp og Helsedirektoratet følger med på den generelle utviklingen i lys av disse tiltakene.

*D: Nye oppdrag fra HOD*

Bidrag til Stortingsmelding om primærhelsetjenesten.

Ferdig

Beskrivelse Oppdragsbrev mottatt 10.6.2014. Ligger i 360: 13/7042-48. Vurdering av OECDs rapport, tjenestetilbud om læring og mestring av liv med sykdom, Tjenester til barn og unge - omfang og organisering.

Kommentar Innspill til primærhelsemeldingen ble levert til HOD i september 2014.

Revidere gjeldende nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen		Forsinket
Beskrivelse	Revidere gjeldende nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen på temaet vold og seksuelle overgrep mot gravide, utvidet frist «i løpet av vinteren 2014» Original frist innen utgangen av 2013.	
Kommentar	Helsedirektoratet har utarbeidet faglig normering på vold i nære relasjoner, graviditet. Direktoratet har også startet arbeid med å revidere helsekort for gravide i samarbeid med FHI. Forsinkelsen forklares med manglende finansiering av oppdraget. HOD er orientert om forsinkelsen.	
Borreliose - Flåttbårne sykdommer		I rute
Beskrivelse	Plan og oppfølging borreliose etter møte med Statsråden i juni 2013. Bl.a. etablering av egne poliklinikker i helseforetak 2014, faglig normering på området samt bruker- og pasientinvolvering i form av seminar.	
Kommentar	Plan og oppfølging: Helsedirektoratet har i 2014 fulgt opp planen, dvs. gjennomført jevnlige møter om borreliose med brukerorganisasjoner og nasjonalt kompetansesenter for flåttbårne sykdommer. Etablering av egne poliklinikker i helseforetak i 2014. Direktoratet har foreslått å etablere egne poliklinikker enten ved Sørlandet Sykehuset HF evt. andre steder, forslaget ligger til behandling i HOD. Faglig normering på området: Det nye kompetansesentret for Flåttbårne sykdommer har som oppgave å følge med på kunnskapsgrunnlaget omkring flåttbårne sykdommer og igangsette egen forskning. Det har ikke kommet ny kunnskap som fordrer endringer av de retningslinjene og råd Hdir har gitt. Bruker- og pasientinvolvering: Helsedirektoratet deltok våren 2014 som observatør på en internasjonal konferanse om flåttbårne sykdommer i Oslo, arrangert av Nordvekt (en av pasientorganisasjonene). Det fremkom ingenting på konferansen som tilsa endring av direktoratets retningslinjer og veileder. Som nevnt over har direktoratet hatt møter med brukerorganisasjoner der brukerne informeres om direktoratets tiltak og redegjort for sine synspunkter. Direktoratet planlegger i felleskap med brukerorganisasjonene et seminar mars 2015 med fokus på brukernes opplevelse med helsetjenestene.	
Tuberkulosekontroll ved transitt- og asylmottak		I rute
Beskrivelse	Tuberkulosekontroll ved transitt- og asylmottak	
Kommentar	Helsedirektoratet har i 2014 hatt møter med FHI, UDI, Politiets Utlendingsenhet, Oslo kommune og Refstad asylmottak for å følge opp oppdraget fra Helse- og Omsorgsdepartementet om å følge opp rådene fra The European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Møtene har ført til endringer i tuberkuloseforskriften ved at IGRA-test er blitt obligatorisk for alle asylsøkere i Norge. I 2015 skal Helsedirektoratet gjennomføre møter med OUS og Oslo kommune med formål om å bedre tilgang til tuberkuloseundersøkelsen også for andre innvandrergupper.	

Hdir bes å utarbeide forslag til endringer i tilskuddsregelverket knyttet til rekruttering og eller stabilitet og kompetanse i fastlege- og legevaktjenesten.		Ferdig
Beskrivelse	Tillegg til tildelingsbrev mottatt 27.8.2014.	
Kommentar	Direktoratet har i 2014 utarbeidet forslag til endringer i det aktuelle regelverket. Endringene ble godkjent av HOD.	
Presisering av oppdrag - Primærhelsetjenesten - planlegging av evaluering av revidert fastlegeforskrift.		Ferdig
Beskrivelse	13/7042-79.	
Kommentar	Helsedirektoratet har i 2014 på oppdrag fra HOD utredet deler av revidert fastlegeforskrift som trådte i kraft 1.1.2013. Temaene som er behandlet i utredningen er kommunenes sørge- for ansvar, tilgjengelighet ved fastlegekontoret, henvisningspraksis, deltagelse i legevakt, ivaretagelse av pasienter med særlige behov samt rekruttering m.m. Helsedirektoratet fant ingen vesentlige endringer i parametere som var undersøkt.	

### 3.2.2.4 Tannhelsetjenester

#### A: Langsiktige mål

#### B: Styringsparametere

#### C. Oppgaver

#### A: Langsiktige mål

Likeverdig tilgjengelighet til nødvendige tannhelsetjenester av god kvalitet

Fylkeskommunene samarbeider godt med kommunene og pårørende om tilbudet til personer med lovfestede rettigheter etter tannhelsetjenesteloven

#### Langsiktige mål: Samlet vurdering

##### 1 Langsiktig mål: Likeverdig tilgjengelighet til nødvendige tannhelsetjenester av god kvalitet

Gjennom forvaltning av ulike tilskuddsordninger arbeider Helsedirektoratet med å gjøre tannhelsetjenester av god kvalitet tilgjengelige for hele landets befolkning, uavhengig av bosted. Det har vært en positiv utvikling de siste årene når det gjelder dekningsgraden av tannhelsepersonell, dvs. antall tannleger, tannlegespesialister og tannpleiere. I 2013 var det 1 146 innbyggere per tannlegeårsverk i offentlig og privat sektor samlet sett. For tannpleiere var dekningsgraden på 5 943 innbyggere per tannpleierårsverk. For tannlegespesialister er dekningsgraden endret fra 12 050 innbyggere pr årsverk i 2012 til 11 422 innbyggere per årsverk i 2013. Det er fylkesvise forskjeller i dekningsgrad for alle de tre yrkesgruppene, og forholdet mellom tannpleiere og tannleger varierer mye mellom fylker.



Helsedirektoratet har hatt noen utfordringer i forhold til å gjennomføre oppgaver på tannhelsefeltet i 2014. Dette kan forklares med høy turnover og vakanser i stillinger. I samråd med HOD er følgende oppdrag prioritert: TMD-oppdrag, Effekt av tilbud til rusmiddelavhengige og kartlegging av tannhelse hos personer med kvalifiseringsstønad fra NAV, Sykehusodontologi, Tilskudsforvaltning og Forskningsnettverk.

- Veileder for behandlingsforløp for personer med TMD, se nærmere under spesielle oppdrag under spesialisthelsetjenester, er en del av et større oppdrag om TMD. Planleggingen av veilederen ble påbegynt i 2012 og arbeidet er videreført i 2014/2015.
- En utredning om effekten av tannbehandlingstilbud til rusmiddelavhengige og kartlegging av tannhelseforhold hos personer med kvalifiseringsstønad fra NAV, er gjennomført av Tannhelsetjenestens kompetansesenter øst (TKØ), og rapport er mottatt. Direktoratets vurdering av rapporten vil foreligge i 2015.
- UiO har utarbeidet en rapport om produkttesting av tannfyllingsmaterialer. Arbeidet med utarbeidelse av retningslinjer for tannhelsetjenester til barn og unge – TannBarn, som ble initiert av direktoratet og ble startet i 2012, planlegges å bli ferdigstilt i 2016.
- Arbeidet for å hjelpe personer som opplever helseplager som de setter i sammenheng med amalgamfyllinger, består av flere delprosjekter og utføres av BVG og NAFKAM. Arbeidet ble startet i 2013 og fortsatte i 2014.
- Direktoratet har gjennomført kontaktmøter og dialogmøter med aktuelle samarbeidspartnere innen tannhelsetjenesten.

## 2 Langsiktig mål: Fylkeskommunene samarbeider godt med kommunene og pårørende om tilbudet til personer med lovfestede rettigheter etter tannhelsetjenesteloven

De fleste kommunene har samarbeidsavtaler med fylkeskommunene. Avtalene omfatter helsestasjon, det kommunale barnevernet og helse- og omsorgstjenesten. Helsedirektoratet har ikke oversikt over antallet samarbeidsavtaler, og har ikke innhentet opplysninger om dette. Pr i dag kan vi ikke si noe om hvor godt fylkeskommunene samarbeider med kommunene om tilbud til personer med lovfestede rettigheter etter tannhelsetjenesteloven.

## B: Styringsparameter

### Geografisk fordeling av tannlegespesialister

---

**Kommentar** Tallene fra SSB/KOSTRA viser at den geografiske fordelingen av tannlegespesialister er noe bedre i 2013 sammenlignet med 2012. Det er flere tannlegespesialister i landet som helhet med økning fra 373,4 i 2012 til 401,5 i 2013 målt i antall spesialistårsverk. Det er den private tannhelsetjenesten som står for mesteparten av økningen. Økningen var størst i sør og midt, mens i nord er antallet spesialister i det private redusert med 7 årsverk i tidsrommet 2008-2013. Antall offentlige spesialistårsverk økte derimot i de tre nordligste fylkene fra 10 til 16. I samme tidsrom økte antall spesialister i Oslo, Akershus, Østfold og Hedmark med 39 årsverk. Sør-Norge hadde en samlet økning på 22 spesialistårsverk i perioden. Sett på spesialitetene hver for seg har økningen vært størst blant spesialister innenfor kjeveortopedi og periodonti med økning på hhv. 17 og 5,8 årsverk i 2013 sammenlignet med 2012. KOSTRA-data for 2014 blir publisert i juni 2015 og foreløpige tall kommer i mars.

### Antall årsverk knyttet til forskning og fagutvikling i tannhelsetjenesten, og regional fordeling av årsverkene

---


**Kommentar** Det er høy alder på professorstillinger ved Universitetene og dermed vil det i fremtiden være behov for rekruttering der. Tannhelsetjenestens kompetansesentre er under oppbygning, og det bygges opp forskningsavdelinger og/eller tilsettes forskningsledere ved disse. Denne utviklingen vil bidra til en større geografisk spredning av FoU-aktivitet, samtidig som det i Oslo, Bergen og Tromsø blir større totale forskningsmiljøer.

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


---

**Kommentar** KOSTRA-data for 2014 blir publisert i juni 2015 og foreløpige tall kommer i mars 2015. Derfor benyttes tall fra 2013. Signifikant karies indeks (SIC-indeks) måler gjennomsnittlig sum av tenner med kariesangrep (DMFT) på tredjedelen av gruppen med mest karies. Sic-indeks for 12-åringer i landet ble redusert fra 3,3 i 2010 til 2,9 i 2013. Det er en bedring av tannhelsen i denne gruppen. De fylkesvise variasjoner er relativt store. I 2010 varierte SIC-indeks i fylkene fra 4,0 til 2,4, og i 2013 fra 4,0 til 2,1. Antall fylker med SIC-indeks under 3 var 4 i 2010 og 9 i 2013.

### C: Oppgaver

 Kartlegge tannhelseforholdene til personer som har rettigheter etter tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd litra c. Tverrgående områder	Forsinket
--	-----------

Kommentar Oppdraget er forsinket pga. vakanser i fire stillinger 1. halvår 2014. Nye medarbeidere ble rekruttert ilt sommeren. Departementet er orientert om den vanskelige personellsituasjonen. Helsedirektoratet tar sikte på å gjennomføre oppdraget i løpet av 2015.

 Utarbeide og igangsette et flerårig program for sosial ulikhet i tannhelse, herunder å vurdere sosial ulikhet i tannhelsen hos barn og unge	Forsinket
---	-----------

Kommentar Oppdraget er forsinket pga. personellsituasjon i tannhelseteamet. Det har vært et oppstartsmøte i prosjektet desember 2014, og Helsedirektoratet tar sikte på å gjennomføre oppdraget i løpet av 2015.

### 3.2.3 Spesialisthelsetjenester




A: Langsiktige mål

B: Styringsparametere

C: Oppgaver

D: Nye oppdrag fra HOD

A: Langsiktige mål

-  1: Relevant og pålitelig styringsinformasjon
-  2: Tilstrekkelig kapasitet og gode pasientforløp (ny)
-  3: Høy kvalitet og pasientsikkerhet i spesialisthelsetjenesten

*Langsiktige mål - Samlet vurdering*

#### 1: Relevant og pålitelig styringsinformasjon

Helsedirektoratet fikk i 2013 overført oppgaven med å beslutte hvilke medisinske kvalitetsregistre som skal få nasjonal status. Per i dag finnes det 47 medisinske kvalitetsregistre med nasjonal status. Ansvar for disse er tillagt de regionale foretakene og Helsedirektoratet bidrar som observatør i den interregionale styringsgruppen for registrene, som representant for ekspertgruppen knyttet til registrene, som bidragsyter inn i Helse- og kvalitetsregisterkonferanse 2014 og som vertskap til lansering av resultater fra registrene.

Helsedirektoratet utarbeider nå en veileder og kriterier som vil gi helseforetak og fagmiljøer som vurderer etablering av kvalitetsregister med nasjonal status, en beskrivelse av ansvarsforhold, etablering- og godkjenningprosesser. I tillegg beskrives informasjon om hvilke kriterier nasjonale

myndigheter legger til grunn for beslutning om opprettelse og evt. avvikling av nasjonale kvalitetsregistre. Det tas utgangspunkt i de kriterier og krav som tidligere er utarbeidet og føringer fra Nasjonalt helseregisterprosjekt. Helsedirektoratet samarbeider med Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering og sekretariatet for Nasjonalt helseregisterprosjekt om utforming av kriteriene.

Innlemmelse av data fra medisinske kvalitetsregistre inngår som en del av strategien for utvikling av det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet. Helsedirektoratet har startet dette arbeidet, i første rekke innenfor hjerte/kar, der de første nasjonale kvalitetsindikatorne fra registeret forventes publisert i 2015.

### **Nasjonalt system**

Sekretariatet for nasjonalt system for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten ligger til direktoratet og ivaretar koordineringsfunksjonen for implementering og videreutvikling av dette systemet. Systemet har i løpet av 2014 kommet i drift, de første metodevurderinger er gjennomført og beslutningsforum har fattet de første beslutninger. Dialog, samarbeid og koordinering av de ulike aktørene er krever mye arbeid og det må arbeides videre med å få til gode prosesser, herunder fortsette igangsatt prosess med brukerinvolvering. Det er lagt ned mye arbeid i utvikling av webløsning med ny nettside som skal understøtte transparensen i systemet, denne ble lansert i februar 2015 og vil være avgjørende for det videre arbeidet med å sikre systemets transparens.

## 2: Tilstrekkelig kapasitet og gode pasientforløp

### **Prio2**

Prio2 prosjektet omhandler innføringen av ny pasient- og brukerrettighetslov som innføres høsten 2015. Prosjektet omfatter blant annet revisjon av 33 prioriteringsveileder og utarbeiding av ny henvisningsveileder. Prosjektet gjennomføres for å sikre god kvalitet og likeverdige helsetjenester når ny pasient- og brukerrettighetslov innføres. De nye veilederne skal digitaliseres slik at de kan tilpasses ulike EPJ-systemer. Prosjektet er i rute men det jobbes med utfordringer knyttet til elektronisk kommunikasjon knyttet til meldinger til HELFO om fristbrudd. Monitorering og rapportering utarbeides i samarbeid med norsk pasientregister (NPR).

### **Pakkeforløp for kreft**

Helsedirektoratet fikk våren 2014 i oppdrag å utarbeide Pakkeforløp for kreft etter modell fra Danmark. Målet er å gi pasienter forutsigbarhet og trygghet, samt god informasjon og medvirkning gjennom hele utrednings-, behandlings- og oppfølgingsforløpet. Ikke medisinsk begrunnet ventetid skal unngås og samhandling mellom fastlege og sykehus, mellom sykehus og internt i det enkelte sykehus skal bedres. I 2014 har 21 arbeidsgrupper med mer enn 200 fagfolk fra spesialisthelsetjenesten, fastleger og brukere utarbeidet utkast til 28 pakkeforløp. De fire første, for henholdsvis bryst, lunge, prostata og kreft i tykk- og endetarm er ferdigstilt og ble implementert 01. 01. 2015. Helsedirektoratet har i tillegg til selve pakkeforløpet, som beskriver et fastlagt forløp med definerte maksimumstider for ulike deler i forløpet, utarbeidet diagnoseveiledere til fastlegene, pasientinformasjon og informasjon til helsepersonell. Det er etablert et system for koding og

monitorering av forløpstider i sykehusene. I 2015 ferdigstilles og implementeres 24 nye pakkeforløp, og monitoreringen skal forbedres slik at data gjøres tilgjengelig bedre og raskere for foretakene. Det gir mulighet for detaljert styringsinformasjon og kvalitetsmåling i det enkelte helseforetak.

### **Retningslinjer**

Helsedirektoratet har igangsatt et hovedprosjekt *Retningslinjer og metode* som ser på organisering og styring av retningslinjearbeidet samt prosess og metode for hvordan vi utvikler, implementer og følger opp nasjonale faglige retningslinjer. Tiltak fra prosjektet blir løpende implementert, og gevinstene fra arbeidet vil få effekt fra og med 2015. Prosjektet løper ut 2015 og avløses da av en ny fast enhet i Helsedirektoratet som har prosessansvar knyttet til retningslinjearbeid og skal støtte fagavdelingenes retningslinjearbeid med kompetanse og kapasitet.

### **Innføring av nødnett i spesialist- og kommunehelsetjenesten**

Nytt digitalt radiosamband for landets nød- og beredskapsenheter og skal innføres ved samtlige AMK-sentraler, akuttmottak og legevaktsentraler. Nødnett skal gi nødetatene et avlyttingssikkert kommunikasjonsnett uavhengig av de kommersielle mobilnettene. For helsetjenesten består nødnettleveransen av utstyr og programvare for håndtering av radiokommunikasjon og telefoni til samtlige AMK-sentraler, akuttmottak og legevaktsentraler. I tillegg leveres håndholdte terminaler til alt ambulanspersonell, leger i vakt og andre brukere i helsetjenesten, fastmonterte radioer i alle ambulanser samt tilpassede radioer i helikoptrene i luftambulansetjenesten. Helsedirektoratet ivaretar myndighetsfunksjonen og overordnet prosjektlederansvar for innføring av nødnett i helsetjenesten og er i tillegg ansvarlig for funksjonen for områdeledelse. I løpet av 2014 har AMK-sentralen på Gjøvik, samt alle legevaktsentraler og akuttmottak i Helse Innlandet tatt i bruk nødnett i henhold til plan. Forsinkelser fra leverandøren har ført til utsettelse av installasjonene i Nordre Buskerud, Vestfold, Telemark og på Sørlandet.

Manglende kapasitet hos systemleverandør og driftsleverandør vil utfordre gjeldende plan i 2015. Forbedring av dialog og samarbeid mellom aktørene i innføringsprosjektet for nødnett er viktig for å redusere risiko for flere forsinkelser.

## 3: Høy kvalitet og pasientsikkerhet i spesialisthelsetjenesten

### **Pasientsikkerhetsprogrammet**

Sekretariatet for det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet ble flyttet fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten til Helsedirektoratet 1. juli 2014. Programmet har som mål å redusere pasientskader med 25 prosent, målt fra 2012 til utgangen av 2018. I tillegg har programmet som overordnet mål å bygge varige strukturer for pasientsikkerhet samt forbedre pasientsikkerhetskulturen i helsetjenesten. Det er satt mål for spredning av arbeidet med programmets innsatsområder: a) i spesialisthelsetjenesten skal alle innsatsområder, igangsatt i kampanjeperioden, spres til alle relevante enheter/avdelinger innen utgangen av 2016; b) i den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal alle innsatsområder, igangsatt i kampanjeperioden, spres til alle relevante enheter/avdelinger i kommunene innen utgangen av 2018.

### *Hovedsatsninger og aktiviteter i 2014*

Blant innsatsområdene er innføring av overdosedødsfallforebygging og selvmordsforebygging i fengselshelsetjenesten. Sekretariatet har klargjort for oppstart høsten 2014. Sekretariatet har i samarbeid med Tønsberg kommune startet opp pilotprosjektet *Pasient- og brukersikker kommune*. I sykehjem og hjemmetjenester har sekretariatet bistått utviklingssentrene med spredning av tiltakspakker for relevante innsatsområder. I samarbeid med Vestre Viken HF er det klargjort for pilotprosjektet *Visittstol*.

I september startet fjerde kull på den nordiske forbedringsagentutdannelsen, som Pasientsikkerhetsprogrammet arrangerer i samarbeid med Dansk Selskab for Patientsikkerhed. Videre arrangerte sekretariatet høstsamling for nye og eksisterende team fra kommuner og helseforetak 27.-28. oktober. Samlingen bestod av komprimerte læringsnettverk for samtlige innsatsområder i programmet samt plenumsforedrag med internasjonale og norske foredragsholdere. Innen brukerorientering har sekretariatet revidert pasienthåndboken "Bare spør!" og klargjort for spredning av håndboken i 2015.

### *Måloppnåelse i 2014*

I spesialisthelsetjenesten er så godt som alle innsatsområder innført i helseforetakene, men de er ikke spredt til alle relevante enheter i foretakene og de er ikke ferdig implementert. 55 % av kommunene deltok på ett eller flere innsatsområder ved utgangen av 2014. Denne måloppnåelsen og fremdriften er i tråd med strategien og virksomhetsplanen for 2014. Sekretariatet vil i 2015 prioritere betydelige ressurser til å støtte lokale team i spesialisthelsetjenesten og kommunene for å lykkes med å nå spredningsmålene.

Pasientskadetallene for 2014, målt ved hjelp av Global Trigger Tool (GTT), vil bli sammenstilt og presentert i juni 2015. Resultatene fra undersøkelsen om pasientsikkerhetskultur i 2014 vil bli sammenstilt og presentert i mars/april 2015. Arbeidet med å redusere pasientskader samt forbedre pasientsikkerhetskulturen vil bli evaluert når resultatene for 2014 foreligger i henholdsvis juni og mars/april 2015.

### **Kvalitetsindikatorer og pasientsikkerhetsprogrammet**

Det eksisterer ingen enkeltindikator som gir uttrykk for den samlede pasientsikkerheten i komplekse organisasjoner. I programstrategien er det derfor definert 14 nasjonale indikatorer som samlet skal gi et bilde av pasientsikkerheten nasjonalt. Det er knyttet et nasjonalt mål for programperioden til den enkelte indikator. Programmets styringsgruppe vil følge effekten av programmet ved hjelp av et kontrollpanel, som er en samlet visuell presentasjon av samtlige indikatorer fremstilt i tidsserier. Målet er å ha første utgave av kontrollpanelet ferdig til mars 2015. Samarbeidet i Nordisk ministerråds regi om pasientsikkerhetsindikatorer fortsatte i 2014, og også deltagelse i OECD samarbeidet om pasientsikkerhetsindikatorer og EUs arbeidsgruppe for pasientsikkerhet.

### **Nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten**

Det er utviklet et styringssystem for etablering og drift av nasjonale behandlings- og kompetansetjenester i spesialisthelsetjenesten. Formålet er å øke kvalitet på behandlingstilbud og å sikre likeverdig tilgang til kompetanse og høyspesialisert behandling. Helsedirektoratet er faglig

rådgiver for departement og helsetjenesten og gjennomfører årlig evaluering og gir råd om etablering, endring og avvikling.

En sentral del av dette arbeidet er implementering og videreutvikling av regelverk for ordningen. Det er i den forbindelse utviklet egne parametere som det rapporteres på årlig fra alle nasjonale tjenester. Helsedirektoratet får oversendt til uttalelse alle søknader om etablering av nye nasjonale tjenester. Hver søknad blir utredet og vurdert iht. regelverk for ordningen.

Helsedirektoratet har i 2014 gjennomført evaluering av 89 nasjonale tjenester og det er utredet og gitt faglig råd om 14 nye søknader. Helsedirektoratet kan dokumentere en betydelig fremgang hva gjelder etterlevelse av regelverk for ordningen.

### **Medisinsk utstyr**

Direktoratet følger aktivt EUs arbeid med innskjerping av produktregelverket for medisinsk utstyr i EU. Deltakelse i EU-kommisjonens Joint Assessment-program for tilsyn med tekniske kontrollorgan for medisinsk utstyr har vært prioritert. Nasjonalt er tett oppfølging og tilsyn med egne tekniske kontrollorgan og produkter på markedet en krevende oppgave. Vi har styrket vår kompetanse på området klinisk utprøving og klinisk dokumentasjon, og arbeidet med å videreutvikle verktøy og strategier for tilsyn med medisinsk utstyr på markedet i Norge. Utadrettet informasjons- og foredragsvirksomhet har vært og vil fortsatt være en prioritert oppgave. Det antas at meldinger om hendelser som involverer medisinsk utstyr underrapporteres, og tiltak for å forbedre meldesystemet ved hjelp av en felles meldeportal i helsetjenesten antas være et mulig forbedringstiltak.

### **Legemidler**

Det er gitt flere innspill til departementets arbeid med ny legemiddelmelding. Utredning om farmasøytjenester og etterlevelse av legemiddelbehandling ble oversendt i september 2014 og oppfølging av rapporten fortsetter også i 2015. Oppdrag om å utarbeide utkast til endring av forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek pågår i samarbeid med Statens legemiddelverk og skulle vært ferdigstilt august 2014. Arbeidet er forsinket og fortsetter i 2015. Revisjon av legemiddelhåndteringsforskriften ble slutført og forskriftsendringen trer i kraft 1.1.2015. Arbeidet med rundskriv til forskriften fortsetter og avsluttes tidlig 2015.

### Vurdering av resultater som ikke ble nådd

Helsedirektoratets oppgaveportefølje innenfor spesialisthelsetjenester har vært omfattende i 2014 – både med hensyn på oppgaver gitt i tildelingsbrevet, samt oppgaver gitt i løpet av året. Direktoratet har blant annet vært sterkt involvert i forberedelse til implementering av endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og bistand til bekjempelse av ebola i Vest-Afrika. Dette har ført til utsettelse eller nedskalering av enkelte oppdrag.

Blant oppdrag som ble direkte berørt av ebola-prosjektet og måtte utsettes er oppfølging av rapport om intensivkapasitet. Oppgaver knyttet til riktig bruk av legemidler og saksbehandlingstid på lovfortolkning måtte nedskaleres som direkte følge av ebola-prosjektet. Kvalitetsregisterprosjektet og oppfølging av rapporten om overbehandling er blant oppdrag som ble indirekte berørt av ebola-situasjon og måtte utsettes. Det gjelder også for regelverk for dekning av institusjonskostnader om tvungent psykisk helsevern for pasienter uten bosted i riket.

Helsedirektoratet erkjenner risiko for måloppnåelsen ved spesialisthelsetjenesteområdet i henhold til gitte mål og oppdrag i tildelingsbrevet for 2015.



## B: Styringsparameter

### Kort saksbehandlingstid på enkeltsaker

---

Kommentar Alle som har enkeltsaker har ansvar.

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

---

Kommentar Antall uttalelser/innstillinger sendt Statens sivilrettsforvaltning i 2014 var 73. Det var 47 restanser 31.12.2014, hvorav en er fra 2013 og 46 er fra 2014.

### Antall besøkende på nettstedet fritt sykehusvalg, antall telefonhenvendelser.

---

Kommentar Styringsparameter knyttet til et fast oppdrag.

### Antall nett-treff på Helsedirektoratets nettsider om nasjonale tjenester.

---

Beskrivelse Forslag til nye nasjonale tjenester og endringer på fastlagt skjema innen den 1. november hvert år. Antall nett-treff på Helsedirektoratets nettsider om nasjonale tjenester.

Kommentar Antall sidevisninger har totalt gått opp med 8,8 % i 2014 sammenlignet med 2013. Sesongbetiget variasjon forklares med at det søkes informasjon i desember i fm. tjenestenes utarbeidelse av årsrapporter og i mai/juni i fm. direktoratets årlige evaluering.

### Hdir skal rapportere på: antall metodevarslinger, antall gjennomførte mini-Health Technology Assessment (HTA) og HTA analyser knyttet til de regionale helseforetakene som er gjennomført innen 180 dager. Antall nye faggrupper etablert.

---

Beskrivelse Kunnskapssenteret skal gjennomføre minst 4 hurtige metodevurderinger og minst 3 fullstendige metodevurderinger. Direktoratet skal rapportere på: antall metodevarslinger, antall gjennomførte mini-HTA oppført i databasen, antall nye faggrupper, antall nasjonale retningslinjer som er utviklet eller revidert som følge av metodevurderinger i systemet. Knyttet til et fast oppdrag. Metodevarsler: 15. Ferdige mini-HTA: 7.

Kommentar Påbegynte mini-HTA: 17. Ferdige hurtig HTA: 12 (8 innen fristen på 180 dager og 4 i snitt 10 dager over fristen på 180 dager). Fagekspertter allokert i ett samlet panel.

### Antall uttalelser/innstillinger sendt Statens sivilrettsforvaltning, restanser og saksbehandlingstid.

---

Kommentar Per 31.12.2014 er gjennomsnittlig saksbehandlingstid på søknader fremmet gjennom Stortingets rettfærdsvederlagsordning 9 måneder. Antall uttalelser/innstillinger sendt Statens sivilrettsforvaltning i 2014 var 73. Det var 47 restanser 31.12.2014, hvorav en er fra 2013 og 46 er fra 2014.

### Antall saker innkommet, behandlet og gjennomsnittlig saksbehandlingstid på klager knyttet til skattefritaksordningen.

Kommentar Sakstatistikken: • Ikke ferdig behandlede saker fra 2013: 10 saker • Saker mottatt i 2014: 33 saker • Saker avsluttet i 2014: 39 saker • Saker ikke ferdig behandlet 31.12.2014: 4 saker. Når det gjelder saksbehandlingstid, er det ingen saker som har ligget mer enn en måned før det ble fattet vedtak. Normalt er de behandlet på langt kortere tid, med unntak av saker der det bes om ytterligere faktaopplysninger fra skattyter. Sakene har ligget på vent av svar fra skattyter (og den tiden regnes ikke som vår saksbehandlingstid).

### Antall saker innkommet, behandlet og gjennomsnittlig saksbehandlingstid - på klager knyttet til førerkort.

Kommentar Knyttet til et fast oppdrag. Det er mottatt 722 saker i 2014. Det er behandlet 522 saker av disse i tillegg til 210 saker som kom inn i 2013. Saksbehandlingen er noe på etterskudd. Hovedårsaken er sykdom blant saksbehandlere. Per i dag har vi ca. 200 restanser, og behandlingstid er anslagsvis 4 mnd.

### C: Oppgaver

#### Gjennomføre tiltak i Nasjonal kreftstrategi

I rute

Beskrivelse Helsedirektoratet skal utarbeide en plan for gjennomføring av tiltak og oppfyllelse av mål og delmål i Nasjonal kreftstrategi 2013 -2017, som hører inn under Helsedirektoratets ansvarsområdet. Det skal legges særlig vekt på å utvikle standardiserte pasientforløp som en del av de nasjonale handlingsprogrammene. Planene skal forelegges departementet.

Kommentar Gjennomføringen av tiltak i Nasjonal kreftstrategi er i rute.

#### Inkludere pasientopplevde effektmål i kvalitetsindikatorsystemet

I rute

Beskrivelse Det vises til det pågående arbeidet med å innføre dette i kvalitetsregistre.

Kommentar Helsedirektoratet bidrar til at PROMS kan implementeres og senere rapporteres i de nasjonale medisinske kvalitetsregistre. Implementering av dette er i prosess i flere nasjonale medisinske kvalitetsregistre. Når det er mulig å få datagrunnlag fra registrene på effektmål, vil det etableres nasjonale kvalitetsindikatorer.

#### Utarbeidet veileder for helsetjenestens arbeid med barn som pårørende

I rute

Beskrivelse Formålet er å stimulere til videreutvikling og forbedring av tjenestetilbudet.

Kommentar Oppdraget veileder for helsetjenestens arbeid med barn som pårørende er kompleks og berører mange tjenesteutøvere. Det har blitt utarbeidet en prosjektbeskrivelse, arbeidsgruppen er nedsatt og faglig leder for arbeidsgruppen er ansatt. Arbeidet fortsetter i 2015.

 Oppfølging av rapporteringsprosjektet

Ikke  
startet

Beskrivelse Det er behov for mer kunnskap om hva som etterspørres av dokumentasjon og rapportering fra myndighetene og internt i spesialisthelsetjenesten. Helsedirektoratet skal gjennomføre en ny og mer detaljert kartlegging om dette. Dette ses i sammenheng med Helsedirektoratets arbeid for å videreutvikle kunnskapsgrunnlaget om og for spesialisthelsetjenesten. Helsedirektoratet bes også om å forenkle og stille færre krav på sine områder overfor spesialisthelsetjenesten. Det bør ikke innføres nye krav til rapportering uten kritisk vurdering av hensikt og behov.

Kommentar Etter avtale med HOD er dette prosjektet stilt i bero. Hensynet til dobbelrapportering og konsekvensene for rapporteringsbelastningen for helsepersonell ivaretas gjennom andre relevante utviklingsprosjekter, IKT-modernisering etc.

Lage veileder - kvalitets- og kompetansekrav til nyfødt- og intensivavdelinger

I rute

Beskrivelse Helsedirektoratet skal lage en veileder som angir kvalitets- og kompetansekrav til nyfødt- og intensivavdelinger

*D: Nye oppdrag fra HOD*

 Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering - evaluering

Ferdig

Beskrivelse Helse- og omsorgsdepartementet har besluttet at det skal gjennomføres en evaluering av nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten. Evalueringen har en øvre ramme på kr. 500.000,- ekskl. mva. og må ferdigstilles innen 1. desember 2014. Evalueringen skal sammen med Norheimutvalgets NOU, som legges frem 15. september d.å., danne grunnlag for å vurdere rådets fremtid, og behov for eventuelle endringer i rådets mandat, sammensetning og arbeidsform.

Kommentar Oppdrag utført. Innspill til kravspesifikasjon oversendt HOD juni 2014.

 Utredning om mulighetene for felles bibliotekløsninger i helseforvaltningen.

Ferdig

Beskrivelse Hdir. får ansvaret for å sørge for at KS, FHI og LMV utreder mulighetene for tettere samarbeid og s løsninger for fagbibliotekene i den offentlige helseforvaltningen.

Kommentar Innspill med utredningsforslag utarbeidet av NAKS oversendt HOD

Mikrobiologiske referansefunksjoner

Forsinkel

Kommentar Oppgaven er igangsatt, men fortsatt forsinket. Det er planlagt oppstart av gjennomføring av rundskrivet våren 2015.

Sosialpediatrisk kompetanse, vold og seksuelle overgrep hos barn		Ferdig
Beskrivelse	Hvordan kan man sikre tilstrekkelig sosialpediatrisk kompetanse til å fange opp og undersøke barn utsatt for vold og seksuelle overgrep? Utgangspunkt i Barneombudets fagrapport 2013 Helse på barns premisser, jf. sak 14/3976	
Kommentar	Helse- og omsorgsdepartementet ønsket et svar fra Helsedirektoratet på barneombudets forslag til økning av sosialpediatere. Svaret er oversendt HOD og oppgaven ble avsluttet 1. september 2014.	
Obduksjon og forskning på døde barn		I rute
Selektiv fosterreduksjon - innhenting av ytterligere informasjon.		I rute
Beskrivelse	HOD ber Hdir innhente kunnskap og vurdering fra de ulike fagmiljøene om medisinske forhold knyttet til fosterreduksjon. Frist 28.2.2014.	
Rapport om blodgiversituasjonen i Norge - oppdrag		Ferdig
Beskrivelse	Departementet ber Helsedirektoratet om å komme med en anbefaling av hvordan denne rapporten skal følges opp og hvordan de ulike tiltakene bør prioriteres. Departementet ber videre om en oversikt over kostnadene knyttet til de tiltakene Helsedirektoratet mener bør prioriteres.	
Kommentar	Det er sendt brev til HOD 20.8.2014 der Helsedirektoratet gir anbefaling om hvordan ulike tiltak nevnt i rapporten fra 2013 skal følges opp og prioriteres. Oppgaven er fullført.	
Finansiering av legemidler til behandling av hepatitt C		I rute
Beskrivelse	Det er ønskelig å foreslå at det skal settes krav til at forskrivningen skal være fra relevant spesialist (gastroenterolog, infeksjonsmedisin eller pediatri) og at forskrivning av legemidler til behandling av HCV skal være i henhold til gjeldende faglige anbefalinger. I forbindelse med dette har departementet behov for noe utfyllende informasjon.	
Kommentar	Dialog med HOD avsluttet. SPML deltar i oppfølgingsarbeid, FHI leder arbeid med utvikling av nasjonal strategi på virale hepatitter.	
Revisjon blodforskriften		Ferdig
Beskrivelse	Forslag til endringer i blodforskriften ble sendt på høring 1. september med en høringsfrist på 3 uker. HOD ber om tilbakemelding fra Helsedirektoratet så snart som mulig slik at HOD kan forberede kongelig resolusjon.	
Kommentar	Oppdraget med utredning av endringer i blodforskriften som gjelder blodgivere og akupunktur, gjennomføring av høring og sammenstilling av høringsinnspill er utført.	

Endringsbehov som følge av nytt bloddirektiv		I rute
Beskrivelse	* Draft Commission Directive amending Directive 2004/33/EC as regards temporary deferral criteria for donors of allogeneic blood donations. Direktivet er ventet vedtatt i løpet av året og medlemsstatene vil deretter bli pålagt å inkorporere direktivene i nasjonal rett senest 18 måneder etter at de er vedtatt. Helsedirektoratet bes å vurdere behov for lov-/forskriftsendringer som følge av direktivet og evt. økonomiske og adm. konsekvenser av endringsforslagene, samt at det utarbeides et utkast til høringsnotat med forslag om nødvendige endringer	
Kommentar	Oppdraget med å utrede forskriftsendring er påbegynt. Frist i mars 2015.	
Tilleggsoppdrag - vurdering av beredskapslager.		Ikke startet
Beskrivelse 13/7042-55		
Oppfølging 22. juli arbeidsgruppe taushetsplikt		I rute
Rapport fra 22. juli kommisjonen anbefaling nr. 22 lyder: «Taushetsbestemmelsene i helsepersonelloven bør gjennomgås for å sikre at politiet og pårørende kan få nødvendig informasjon i katastrofesituasjoner». I møte i felles styringsgruppe POD, DSB og Helsedirektoratet 27. september 2012 ble det besluttet å nedsette en felles arbeidsgruppe for oppfølging av punktet.		
Internasjonalt samarbeid		I rute
Kommentar	SPBH deltar i møter i Europa-rådet og har ledet Bioetikk-komiteen i Europa-rådet. Avdelingen deltar i EU-møter.	
Lage utkast til ny "IK-forskrift"		I rute
HOD - Oppdragsbrev - avtalespesialister og rettighetstildeling		Ferdig
Beskrivelse	Utredning for å belyse konsekvenser av å gi avtalespesialister anledning til å tildele pasient- og brukerrettigheter, herunder faglige, juridiske og økonomiske konsekvenser av en slik løsning.	
Kommentar	Bestillingen er levert.	
Evaluering av bioteknologiloven - Faglig oppdatering av feltet		I rute
Beskrivelse	Faglig oppdatering på alle områder under bioteknologiloven, også juridisk.	
Kommentar	Plan for prosjekt er oversendt HOD. Det er opprettet arbeidsgrupper som startet sitt arbeid i september. Leveranse i juni 2015.	

HOD - bidrag til høringsnotat om endringer i spesialisthelsetjenesteloven		Ferdig
Beskrivelse	Oppdrag fra HOD. Gjelder ordning for oppnevning av fast kontaktlege og koordinator i spesialisthelsetjenesten og deres oppgaver og ansvar.	
Kommentar	I samarbeid med bl.a. avdeling sykehustjenester har jeg besvart oppdragsbrevet angående kontaktlege i spesialisthelsetjenesten fra HOD av 7. februar 2014 innen fristene 7. mars og 1. mai 2014. I tillegg har direktoratet besvart en rekke tilleggsspørsmål fra HOD.	
Veileder om pasienters, brukeres og pårørendes rett til informasjon ved alvorlige hendelser		I rute
Beskrivelse	Knyttet til pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 og § 3-3. Veilederen skal presisere de nye bestemmelsene, og avgrense mot bestemmelser om taushetsplikt.	
Kommentar	Utkast til veileder er ferdigstilt og vi jobber med å innarbeide HODs merknader. Deretter er veileder klar til godkjenning fra HOD og publisering.	
Nasjonal helse- og sykehusplan, deltagelse i arbeidsgrupper		I rute
Beskrivelse	Nasjonal helse- og sykehusplan skal skissere prinsipper for sykehusstruktur og modeller for ulike typer sykehus. Utviklingen i de medisinske fagområdene, ny behandlings- og kommunikasjonsteknologi og innovasjon innenfor organisering og tjenstedesign vil danne viktige premisser for hva slags sykehusstruktur, typer sykehus og personellbehov som kan tenkes for framtiden.	
Kommentar	Rapport til HOD vedr. fremtidig organisering av norske sykehus. Rapporten identifiserer sannsynlig utvikling innenfor de største sykdomsgruppene, og hvilken betydning denne utviklingen vil ha for hvordan helsetjenesten bør organiseres	
Juridisk bistand til FI-divisjon		I rute
Beskrivelse	Juridisk bistand til oppdrag Fritt behandlingsvalg m.m.	
Kommentar	Divisjon for helseøkonomi og finansiering ferdigstilte og leverte en rapport i desember 2014. Divisjonen hadde underveis behov for juridisk kompetanse og divisjon for spesialisthelsetjenester, avdeling bioteknologi og helserett (SPBH) har levert innspill til rapporten.	
Juridisk bistand til utredning av problemstillinger knyttet til oppbevaring av pasientjournal hos FM		I rute
Kommentar	På grunn av mange andre arbeidsoppgaver ble det utsatt oppstart på oppdraget i 2014, oppstart januar 2015.	

**Kommentar** SPBH har ivaretatt de generelle helseerettslige problemstillingene knyttet til utredninger og arbeid med Prio2. (Merknad: Ansvar for Prio 2 ligger i avdeling sykehustjenester.) Dette har bl.a. bestått i å redegjøre (eksternt og internt) for endringene i pasient- og brukerrettighetsloven mv. på samlinger for å revidere prioriteringsveilederne, oppdatere brukerveiledninger til samlingene, besvare juridiske spørsmål knyttet til endringene og oppdatere/revidere den generelle delen i prioriteringsveilederne, e-læringsprogrammet, opplæringsmateriale og brevmalene/informasjonskriv til brukerne. Direktoratet har i tillegg deltatt på møter i prosjekt- og ekspertgruppen.

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

**Kommentar** Arbeid med oppdraget har startet og er i rute. I henhold til tilleggsoppdrag fra HOD datert 17.12.2014 skal merknadene til forskrift tas ut. Det skal vurderes behov for veileder.

**Beskrivelse** Utarbeide utkast til forskrifter. Oppdrag datert 17.12.2014 med frist 1.9.2015.

**Kommentar** Arbeid med oppdraget har startet.

**Beskrivelse** Nasjonal helse- og sykehusplan skal skissere prinsipper for sykehusstruktur og modeller for ulike typer sykehus. Utviklingen i de medisinske fagområdene, ny behandlings- og kommunikasjonsteknologi og innovasjon innenfor organisering og tjenestedesign vil danne viktige premisser for hva slags sykehusstruktur, typer sykehus og personellbehov som kan tenkes for fremtiden.

**Kommentar** Samlet innspill oversendt HOD 19. desember. Følges opp videre i 2015



Beskrivelse	Hdir får i tillegg til Tildelingsbrevet, 17.2. i oppdrag å utarbeide årlig melding med basis i andre årlige meldinger.
Kommentar	Rapporten med innspill overlevert HOD 16.juni.

### 3.3.1 Beredskap

*A: Langsiktige mål*

*B: Styringsparametere (ingen)*

*C: Oppgaver*

*D: Nye oppdrag fra HOD*

*A: Langsiktige mål*

Helseberedskapens mål er å verne befolkningens liv og helse og bidra til at nødvendig helsehjelp kan tilbys ved krig og kriser og katastrofer i fredstid gjennom:

- Styrket krisehåndteringsevne basert på erfaringer fra øvelser og hendelser
- Robust beredskap mot atom- biologiske og kjemiske hendelser
- Robust forsyningsikkerhet i helsetjenesten og næringen
- Et godt nasjonalt og internasjonale helseberedskapsarbeid

*Langsiktige mål: Vurdering av måloppnåelsen i 2014*

Måloppnåelsen i 2014 på området 3.1 Beredskap vurderes som god.

Helsedirektoratet var involvert i 42 reelle hendelser av ulik størrelse og alvorlighetsgrad i 2014. De mest omfattende og krevende av disse var terrortrusselen sommeren 2014 og hjemtransport av en syk norsk hjelpearbeider fra Vest Afrika.

Arbeidet med ebola-epidemien har vært meget omfattende og krevende og har ført til behov for omprioritering av en del oppgaver i 2014. Nasjonalt er det gjennomført en omfattende gjennomgang av smittevernberedskapen. Det er utarbeidet en egen veileder til helsetjenesten og en egen beredskapsplan for ebola. Sammen med den praktiske erfaringen med den vellykkede behandling av en ebola-pasient ved Oslo universitetssykehus dokumenterer en god beredskap. Det er likevel behov for å styrke beredskapen ved ytterligere å styrke transportkapasiteten for svært smittefarlige pasienter og isolatkapasiteten utover i landet. Arbeidet videreføres i 2015.

Norge har bidratt til bekjempelsen av ebolaepidemien i Vest Afrika ved å sende helsepersonell for å bemanne en behandlingsenhet i Sierra Leone. Helsedirektoratet har på vegne av Helse- og omsorgsdepartementet koordinert den norske innsatsen hvor Helse Bergen HF, Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap, Forsvarsdepartementet, Forsvaret og Utenriksdepartementet har vært tunge bidragsyttere. Innretning og omfang av det norske bidraget for å bekjempe epidemien vurderes løpende.

Direktoratet jobber med å styrke krisehåndteringsevnen i sektoren bl.a. ved oppfølgingen av 22.7.2011, arrangere og delta i øvelser, arrangere fagseminarer, samt følge opp læring fra øvelser og reelle hendelser på en systematisk måte. Arbeidet med ebolaepidemien må også sees i dette perspektivet. Direktoratet vurderer at helsesektorens evne til krisehåndtering generelt sett er god.

Ebola-epidemien har vært en test av CBRNe-beredskapen. Spesielt har CBRNe-senteret ved Oslo universitetssykehus vist seg å være et meget godt og velfungerende beredskapstiltak. Helsemyndighetene deltar i tillegg i arbeidet med nasjonal CBRN-strategi sammen med Forsvaret og under ledelse av Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap. Strategien skal legges frem før sommeren 2015.

Ny beredskapsmodell for legemiddelberedskap iverksettes fra og med 2015.

Direktoratet legger stor vekt på samarbeid og samhandling med virksomheter i andre sektorer, i særlig grad POD, DSB, UD og Forsvaret. Internasjonalt er det nordiske samarbeidet viktig, både med tanke på beredskapsplanlegging og samarbeid ved reelle hendelser.

Arbeidet med prioriterte oppdrag/aktiviteter i 2014

Ferdigstilte oppfølgingstiltak for helsesektoren etter 22.7.2011, jf. Meld. St. 21 (2012-2013)

Terrorberedskap, NOU 2012:14 Rapport fra 22. juli-kommisjonen og helsesektorens gjennomgang etter terrorangrepet 22.7.2011: Arbeidet med å avslutte prosjektet er utsatt til 1.7.2015. Arbeidet med tiltakene pågår. Ved avslutningen av prosjektet vil det bli foreslått hvordan evt. gjenstående arbeider skal følges opp.

Implementere revidert Nasjonal beredskapsplan mot pandemisk influensa og International Health Regulations (IHR) 2005 i samarbeid med Nasjonalt folkehelseinstitutt og andre berørte aktører: Beredskapsplanen mot pandemisk influensa ble vedtatt av regjeringen 31.10.2014. En viktig del av implementeringsarbeidet er ferdigstilling av veiledere for pandemiplanlegging i kommunen og i spesialisthelsetjenesten. Arbeidet med revisjon av ovenfor nevnte veiledere er i forståelse med departementet utsatt pga. prioritering av Ebola høst 2014. Direktoratet tar sikte på ferdigstilling av veiledere i 2015. Deretter vil pandemiplanlegging bli et viktig tema på de årlige fylkesvise smittevernkonferansene.

IHR har vært tema på flere smittevernkonferanser i 2014, et nordisk møte og en øvelse på Gardemoen november 2014.

Revisjon av nasjonal koppeberedskapsplan og herunder vurdere behov for en nasjonal plan mot alvorlige smittsomme sykdommer i samarbeid med berørte aktører: Arbeidet med revisjon av nasjonal koppeberedskapsplan er utsatt som følge av Ebola-arbeidet. Helsedirektoratet har i 2014 vedtatt å utarbeide en nasjonal plan mot alvorlige smittsomme sykdommer. Planen forventes å bli ferdigstilt i 2015.

Koordinere sektorens deltakelse i øvelser og arrangere Nasjonal helseøvelse i 2014: Øvelse Svalbard var Nasjonal helseøvelse 2014. Øvelsen ble gjennomført i november 2014 som en øvelse i å unnsatte

Svalbard ved skipskatastrofe. Det ble også lagt vekt på å øve læringspunkter fra 22.7.2011. Det var deltagere fra en lang rekke virksomheter, blant annet Sysselmannen, lokalstyret, Helse Nord, Fylkesmannen i Troms, Forsvaret, Hovedredningsentralen, Sverige og flere direktorater og departementer. Evaluering av øvelsen pågår.

Helsedirektoratet vil i samarbeid med departementet følge opp rapport om nasjonal legemiddelberedskap.

Ny beredskapsmodell for legemiddelberedskap iverksettes fra og med 2015. Det antas at beredskapsnivået vil kunne heves og ressursbruken effektiviseres.

#### Vurdering av resultater som ikke ble nådd i 2014.

Arbeidet med ebolaepidemien har medført at flere arbeider er utsatt og eller prioritert ned i 2014. Dette gjelder arbeidet med nasjonalt planverk ved større smittehendelser og avslutningen av 22.7.-oppfølgingen, samt en rekke mindre oppdrag. Det legges til grunn at arbeidet med planverk og avslutningen av 22.7.-prosjektet vil være gjennomført i første halvår 2015. Direktoratet vil ha nær dialog med departementet om dette.

#### *C: Oppgaver*

Implementere revidert Nasjonal beredskapsplan mot pandemisk influensa og IHR 2005		Forsinket
Beskrivelse	Implementere revidert Nasjonal beredskapsplan mot pandemisk influensa og IHR 2005 i samarbeid med Nasjonalt folkehelseinstitutt og andre berørte aktører.	
Kommentar	Implementering av Nasjonal beredskapsplan mot pandemisk influensa. En viktig del av implementeringsarbeidet er ferdigstillelse av veiledere for pandemiplanlegging i kommunen og i spesialisthelsetjenesten. Oppgaven ble utsatt pga. prioritering av Ebola-situasjonen høsten 2014. Direktoratet tar sikte på ferdigstillelse av veiledere i 2015. Pandemiplan har også vært tatt opp som et tema under fylkesvise smittevernkonferanser i 2014.	
Revisjon av nasjonal koppeberedskapsplan og vurdere behov for en nasjonal plan mot alvorlige smittsomme sykdommer		Forsinket
Beskrivelse	Revidere nasjonal koppeberedskapsplan og herunder å vurdere behov for en nasjonal plan mot alvorlige smittsomme sykdommer i samarbeid med berørte aktører.	
Kommentar	Arbeidet med revisjon av nasjonal koppeberedskapsplan har vært forsinket som følge av Ebola-arbeidet. Helsedirektoratet har i 2014 vedtatt utarbeidelse av en nasjonal plan mot alvorlige smittsomme sykdommer. Planen forventes ferdigstilt i 2015.	

Hdir skal ferdigstille oppfølgingstiltak for helsesektoren etter 22.7.2011		I rute
Beskrivelse	Ferdigstille oppfølgingstiltak for helsesektoren etter 22.7.2011, jf. Meld. St. 21 (2012-2013) Terrorberedskap, NOU 2012:14 Rapport fra 22. juli-kommisjonen og helsesektorens gjennomgang etter terrorangrepet 22.7.2011.	
Kommentar	Det vises til kontaktmøte beredskap 31.10.2014 og videre til direktoratets brev av 13.10.2014 og departementets svar av 9.12.2014 hvor departementet etter forslag fra direktoratet utsatte fristen for dette oppdraget til 1.7.2015. Årsaken var arbeidet med ebolaepidemien i Vest Afrika og oppdrag fra HOD om dette.	

Hdir skal koordinere sektorens deltakelse i øvelser og arrangere Nasjonal helseøvelse i 2014		I rute
Kommentar	Oppdraget er gjennomført. Øvelse Svalbard ble gjennomført 4.-6. november 2014.	

#### D: Nye oppdrag fra HOD

Nasjonal CBRN strategi		I rute
Beskrivelse	Utarbeide en nasjonal CBRN strategi i samarbeid med justis- og forsvarssektoren.	
Kommentar	Helsedirektoratet bidrar i en tversektoriell prosjektgruppe med representanter utvalgt av HOD, JD og FD. Justisdepartementet har utarbeidet mandatet for gruppen: «å beskrive og analysere dagens status for beredskapen mot hendelser som involverer CBRN, herunder å avdekke svakheter og utfordringer» og «Utarbeide et kortfattet strategidokument om beredskap mot CBRN-hendelser». Arbeidet startet i mai 2014 og skal ferdigstilles våren 2015.	

Oppdrag om bistand til bekjempelse av Ebola.		Ikke startet
Kommentar	Arbeidet med ebolaepidemien har vært meget omfattende og krevende siste halvår av 2014. Nasjonalt er det gjennomført en omfattende gjennomgang av smittevernberedskapen. Det er utarbeidet en egen veileder til helsetjenesten og en egen beredskapsplan for ebola. Sammen med den praktiske erfaringen med den vellykkede behandling av en ebola-pasient ved Oslo universitetssykehus dokumenterer dette en god beredskap. Det er likevel behov for å styrke beredskapen ved ytterligere å styrke transportkapasiteten for svært smittefarlige pasienter og isolatkapasiteten utover i landet. Arbeidet videreføres i 2015. Norge har bidratt til bekjempelsen av ebolaepidemien i Vest Afrika ved å sende helsepersonell for å bemanne en behandlingsenhet i Sierra Leone. Helsedirektoratet har på vegne av Helse- og omsorgsdepartementet koordinert den norske innsatsen hvor Helse Bergen HF, Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap, Forsvarsdepartementet, Forsvaret og Utenriksdepartementet har vært tunge bidragsytere. Innretning og omfang av det norske bidraget for å bekjempe epidemien vurderes løpende.	



### 3.3.2 Samhandling

*A: Langsiktige mål*

*B: Styringsparametere*

*C: Oppgaver*

*A: Langsiktige mål*

Direktoratet skal følge opp samhandlingsreformens mål og intensjoner innenfor direktoratets ansvarsområder, blant annet gjennom deltakelse i nasjonale samhandlingsstrukturer og ved å støtte gjennomføring av reformen i kommunene og helseforetakene gjennom informasjons- og veiledningsarbeid. KS og fylkesmennene skal trekkes inn i arbeidet der dette er hensiktsmessig, jf. tildeling over kap. 720, post 21 og jf. oppdrag knyttet til reformen under primærhelsetjenester og finansiering i dette brev.

*Samlet vurdering*

Samhandlingsreformen som virkemiddel for å nå de nasjonale målene på folkehelseområdet og i helse- og omsorgstjenestene har stor oppmerksomhet i direktoratet. Direktoratets koordineringsprosjekt for oppfølging av samhandlingsreformen bistår ledere, arbeidsgrupper og saksbehandlere med strategisk arbeid og konkret oppgaveløsning for departementet.

Direktoratet har deltatt aktivt i de nasjonale samordningsstrukturene og understøttet gjennomføringen av samhandlingsreformen lokalt gjennom informasjons- og veiledningsarbeid. KS og fylkesmennene er trukket inn i arbeidet på alle aktuelle områder og oppgaver. De enkelte oppgavene direktoratet har med samhandlingsreformens mål og virkemidler følges opp og rapporteres på fra de enkelte divisjonene, unntatt det som rapporteres under her.

#### Merkantilt sekretariat for Tvisteløsningsnemnda

Nemnda har fra starten i 2012 behandlet 13 saker: 2 meklinger før inngåelser av avtaler (2012 og 2013), 8 tvister om betaling for utskrivningsklare pasienter (alle i 2013) og 1 sak mellom Porsanger kommune og Finnmarksjukehuset HF om omorganisering av tilbudet innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (2014). Én tvist om avtale om helhetlige pasientforløp mellom Akershus universitetssykehus HF og kommunene i opptaksområdet som ble stoppet som sak for nemnda, fordi partene ville forsøke å inngå ny avtale (2014). Én sak om beredskaps- og følgetjeneste for fødende ble trukket fordi partene valgte å be om skriftlig råd fra nasjonale helsemyndigheter (2012). Det kom en ny sak i desember 2014.

Den forvaltningsmessige følge med-rapporten om samhandlingsreformen: Denne ble levert til departementet som avtalt 30. juni 2014 og den ble publisert i oktober 2014 etter offentliggjørelse av statsbudsjettet.

### *B: Styringsparameter*

#### Antall reinnleggelser

**Kommentar** For pasienter som ikke ble meldt til kommunen som utskrivningsklar gikk andelen reinnleggelser noe ned i perioden fra 2010 til 2014. Nedgangen har vært størst i Helse Sør-Øst og Helse Vest. For pasienter som ble meldt utskrivningsklare til kommunene har omfanget av reinnleggelser økt fra 17,7 % i 2012 til 19,5 % i 2014. Det er forskjeller mellom helseforetakene i omfanget av reinnleggelser av utskrivningsklare pasienter. (Kilde: Helsedirektoratets rapport Samhandlingsstatistikk 2013-14).

#### Antallet innleggelser/liggedøgn øyeblikkelig hjelp døgntilbud i kommunene

**Kommentar** I perioden 1. september 2013 til 31. august 2014 var det registrert drøyt 15 400 innleggelser i de kommunale ø-hjelp døgnplassene. Antall liggedøgn er totalt estimert til i underkant av 40 000 (kilde: Helsedirektoratets Samhandlingsstatistikk 2013-2014).

### *C: Oppgaver*

#### Bistå HOD med å utarbeide opptrappingsplan på rehabiliteringsfeltet

I rute
--------

**Beskrivelse** Direktoratet skal bistå departementet med å utarbeide en opptrappingsplan på rehabiliteringsfeltet hvor stønad til behandling hos logoped og audiopedagog inngår.

Kommentar Innspill til opptrappingsplanen er levert til departementet iht. bestillingen.

#### Vurdere om fastlegene informerer om tilbud for blinde og svaksynte

Ferdig

Beskrivelse	Direktoratet skal vurdere om fastlegene i stor nok grad informerer aktuelle pasienter om de tilbud som finnes for blinde og svaksynte, og vurdere om det er behov for å iverksette konkrete forbedringstiltak for eksempel i form av informasjonstiltak overfor fastlegene.
Kommentar	Helsedirektoratet har i 2014 vært i dialog med Blindeforbundet samt Legeforeningen for å kartlegge i hvilken grad fastlegene informerer om rehabiliteringstilbud for blinde og svaksynte. I løpet av året hadde direktoratet gjennomført flere møter med aktuelle parter og har kommet med relevante tiltak som er ment å gjøre informasjonen om rehabiliteringstilbud tilgjengelig for den aktuelle gruppen. Helsedirektoratet har bl.a. bedret innholdet på <a href="http://www.helsenorge.no">www.helsenorge.no</a> (direktoratets nettsider) for blinde og svaksynte.

### 3.3.3 Elektronisk samhandling




*A: Langsiktige mål*

*B: Styringsparamenter*

*C: Oppgaver*

*D: Nye oppdrag fra HOD*

*A: Langsiktige mål*

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

*A: Samlet vurdering av langsiktige mål*

Divisjonen har i all hovedsak levert i henhold til mål og planer. Det er forsinkelse i utvikling av digital dialog fastlege og løsningen innføres i februar 2015. Grunnen til dette er svært høy aktivitet på [helsenorge.no](http://helsenorge.no) og mye av aktiviteten skyldes oppdrag som har kommet gjennom året og har fordret prioriteringer. I løpet av 2014 er drift og forvaltning av e-resept styrket og det er økende grad av profesjonalisering. Reseptformidleren er planlagt overført til Norsk Helsenett (NHN), men prosjektet er svært omfattende og krever planlegging og finansering. Dette arbeidet er iverksatt og har høy prioritet. I løpet av 2014 har NUI prioritert mange initiativer på nasjonalt nivå og RHF-ene har bevilget 60 mill. kroner til nasjonale initiativer. Det gjenstår mye arbeid for å etablere en profesjonell porteføljestyling i sektoren, men oppgaven er under arbeid.



## B: Styringsparameter

### Fremdrift i og ressursdisponering for kjernejournalprosjektet

---

Kommentar Statusrapport oversendt departementet tertialvis

### Fremdrift i og ressursdisponering for helseportalen

---

Kommentar I all hovedsak levert i tråd med planer

### Utbredelse og videreutvikling av e-resept

---

Kommentar Statusrapport oversendt departementet tertialvis

### Utbredelse og videreutvikling av eSAKS

---

Kommentar Levert etter vedtatt plan i styringsgruppen eSaks

### Antall nettverkssamlinger pr. år for sentrale aktører på helseregisterfeltet.

---

Kommentar Gjennomføres i samarbeid med Folkehelseinstituttet (FHI) og Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE).

## C: Oppgaver



### Utarbeide strategi for bruk av strukturerte data

Ferdig

Beskrivelse Direktoratet skal utarbeide en strategi for å understøtte bruk av strukturerte data i IKT-systemer, velferdsteknologi og medisinsk-teknisk utstyr, og for å styrke gjenbruk av data.

Kommentar Program for kodeverk og terminologi er under oppstart. Arbeidet er prioritert av Nasjonalt utvalg for IT-prioritering i helse- og omsorgssektoren (NUIT) med finansiering fra RHF-ene i 2015.



### Kjernejournal - Evaluering av pilotfase Nasjonal kjernejournal

I rute

Beskrivelse Pilotfasen av Nasjonal kjernejournal skal evalueres. Helsedirektoratet skal forberede et beslutningsunderlag om nasjonal utbredelse av kjernejournal.

Kommentar Utprøving av kjernejournal gjennomført i Stavanger- og Trondheimsområdet. Evalueringsrapport levert i henhold til plan. I evalueringen anbefales det nasjonal innføring av kjernejournal forutsatt at definert tiltak gjennomføres.



### E-resept - Utrede internasjonal utveksling av elektroniske resepter

I rute

- Beskrivelse** Helsedirektoratet skal følge med i EU prosjektet epSOS (Smart Open Services for European Patients) med sikte på integrering av norsk e-resept med de grensekryssende tjenestene som lanseres i prosjektet
- Kommentar** Vi deltar som observatør i fora på nordisk nivå det er naturlig å delta i etter avtale med departementet.

### Nasjonal sikkerhetsinfrastruktur (NSI)

I rute

- Beskrivelse** Helsedirektoratet skal utrede og foreslå løsninger for en nasjonal sikkerhetsinfrastruktur for identifisering av helsepersonell, som underlag for å sikre at tilgang til helseopplysninger kun gis de som har tjenstlig behov for det.
- Kommentar** Prosjektet har i 2014 samlet informasjon gjennom spørreundersøkelse til sektor og omkringliggende etater om nåsituasjonen om Public Key Infrastructure (PKI) samt fremtidige behov. Det er etablert en estimeringsmodell for beregning av samfunnsøkonomiske effekter. Prosjektet vil i første kvartal 2015 levere rapport om nåsituasjonen og samfunnsøkonomisk analyse av alternativ. I andre kvartal vil beslutningsgrunnlag for valg av samordningsmodell med modell for videre organisering sikre at gjennomføringsfasene ferdigstilles.

#### *D: Nye oppdrag fra HOD*

### Evaluering av E-helsegruppen

Ferdig

- Beskrivelse** Nytt oppdrag fra HOD 23.5.2014
- Kommentar** Evaluering av e-helsegruppen overlevert HOD november 2014

### Standardisering på velferdsteknologiområdet - vurdering og anbefaling

I rute

#### Beskrivelse

Standardisering på velferdsteknologiområdet - vurdering og anbefaling.  
Oppdragsbrev fra HOD: Det vises til brev av 24. juni 2013, der Helsedirektoratet i oppfølgingen av Meld. St. 29 (2012-2013) Morgendagens omsorg ble gitt et overordnet ansvar for standardiseringsarbeidet på velferdsteknologiområdet. Vi viser videre til møtet mellom departementet og direktoratet 10. desember 2013, der temaet var velferdsteknologi, standardisering og IKT-arkitektur. Helse- og omsorgsdepartementet ber Helsedirektoratet om å vurdere eksisterende standarder og rammeverk på velferdsteknologiområdet. Helsedirektoratet bes også om å utarbeide en anbefaling på valg av standarder/rammeverk. I den forbindelse vises det til Continua Health Alliance, og arbeid i Danmark og WHO (ITU). Det bes om at direktoratet fortrinnsvis vurderer norsk tilknytning rammeverket Continua, inkludert standardiseringsprosesser og sertifiseringsprogram. Det forutsettes et nært samarbeid med blant annet KS/KommIT, Standard Norge,

bransjeorganisasjoner/leverandører, Norsk Helsenett SF og regionale foretak. Standardiseringsarbeidet bør bygge på internasjonale standarder og prosesser der dette er mulig. Standardiseringsarbeidet på velferdsteknologiområdet skal ses i sammenheng med standardiseringsarbeidet på e-helseområdet. Videre bør Helsedirektoratet ha dialog med de andre nordiske landene for å vurdere et eventuelt nordisk samarbeid. Frist for oppdraget er 1. august 2014.

Kommentar For å lykkes med innføringen av velferdsteknologi i kommuner og øvrige deler av helsetjenesten, er det en forutsetning at det etableres en arkitektur og en nasjonal infrastruktur som på en effektiv og trygg måte utnytter de teknologiske mulighetene. Dette krever også at det pekes på hvilke standarder som skal gjelde innenfor denne arkitekturen. Prosjektet har i 2014 levert følgende: • En anbefaling til Helse- og omsorgsdepartementet angående rammeverk for videre standardiseringsarbeidet (Continua-rapporten). • Anbefalinger til kommunene angående overgang fra analoge til digitale trykksalmer (rapport).

Deltagelse i WHO og ITU sitt prosjekt om mHealth – oppdrag til Helsedirektoratet		I rute
Beskrivelse	Deltagelse i WHO og ITUs prosjekt om mHealth – oppdrag til Helsedirektoratet Verdens helseorganisasjon (WHO) og International Telecommunication Union (ITU) har etablert et internasjonalt rammeprojekt på mHealth; Be He@lthy – Be mobile. Formålet med prosjektet er å benytte mobilbaserte verktøy og helseapplikasjoner (helseapper) som et ledd i kampen mot ikke-smittsomme sykdommer. Ref. oppdraget finnes her: 14/5847	
Kommentar	Oppdraget fra Helse- og omsorgsdepartementet omfatter å lage et forslag til innhold og organisering av et nasjonalt prosjekt for mHealth innenfor WHO og ITU sitt prosjekt «Be Healthy Be Mobile». Forslaget skal beskrives i en prosjektplan. Prosjektet har i 2014 levert følgende: • En prosjektplan for et nasjonalt prosjekt som omfatter organisering, innhold og gjennomføringsplan. • Lansert prosjektet på E-helse i Norge (EHIN) 2014 • Gjennomført et «webinar» for å få innspill til prosjekter og løsninger som prosjektet skal basere videre arbeid på i 2015.	

Innbyggertjenester - mobil helseteknologi - ytterligere spesifikasjon.		Ikke startet
Beskrivelse	13/7042-97	

Fritt behandlingsvalg (FBV)		Ferdig
Beskrivelse	Hdir vil i løpet av våren 2014 få oppdragsbrev fra HOD om å evaluere, utvikle og implementere en løsning for FBV innenfor definerte pasientgrupper.	

### 3.3.4 Finansiering og helserefusjoner

*A: Langsiktig mål*

*B: Styringsparametere*

*C: Oppgaver*

*D: Nye oppdrag fra HOD*

*A: Langsiktige mål*

 Finansieringsordninger som bidrar til likeverdig og effektiv helsetjeneste av god kvalitet.

*Samlet vurdering av langsiktige mål*

Det er ikke gjennomført større endringer ordninger med innsatsstyrt finansiering (ISF) i 2014 og ordningen har i all hovedsak fungert etter formålet. Det gjøres imidlertid justeringer som følge av fellesnordiske beslutninger om grupperingslogikk. Av nasjonale endringer er det først og fremst nye kostnadsvekter og håndtering av kreftlegemidler. Helsedirektoratet er trukket med i RHF-enes arbeid med etablering av kostnad per pasient (KPP)-regnskap som vil gi viktig støtte til videre ISF-utvikling. Det er etablert system for overføring av legemiddelfinansiering fra folketrygden til sykehus.

I 2014 fikk direktoratet utvidet fullmakt til å overføre finansieringsansvaret til helseforetakene for legemidler til også å inkludere kreftlegemidler. I 2014 ble finansieringsansvaret for 7 nye kreftlegemidler overført til helseforetakene. Hensikten med overføringen er å gi et bedre grunnlag for en riktig prioritering av legemiddelbruken ved å samle finansieringsansvaret for legemidler som brukes av spesialisthelsetjenesten.

Helsedirektoratet har i samarbeid med Folkehelseinstituttet og KS levert en utredning med forslag til innhold i et kommunalt helse- og omsorgsregister. Målsettingen med et slikt register er blant annet å etablere et bedre kunnskapsgrunnlag for utvikling og planlegging av tjenestene. Det arbeides videre med etablering i 2015 avhengig av politiske beslutninger.

Helsedirektoratet har hatt et ansvar for å utrede nærmere en ordning med fritt behandlingsvalg. Ordningen innebærer at pasientens rettigheter utvides og at Helsedirektoratet/HELFO får viktige nye oppgaver. Samtidig er det arbeidet med forberedelser til iverksetting av pasientrettighetsdirektivet som gir pasienter utvidet muligheter for refusjon av sykehusbehandling i utlandet. Begge disse ordningene er utformet innen rammer som gitt av regjeringen og forventes iverksatt i løpet av 2015.

### *B: Styringsparameter*

Gjennomsnittlig saksbehandlingstid for legemidler skal reduseres i 2014 (sammenliknet med 2013).

---

Kommentar Det vises til årsrapport fra HELFO

Gjennomsnittlig saksbehandlingstid for tannhelse skal reduseres i 2014 (sammenliknet med 2013).

---

Kommentar Det vises til årsrapport fra HELFO

Gjennomsnittlig saksbehandlingstid for bidrag skal reduseres i 2014 (sammenliknet med 2013).

---

Kommentar Det vises til årsrapport fra HELFO

### *Brukertilfredshet*

---

Kommentar Det vises til årsrapport fra HELFO. Tall ved utgangen av 2. tertial viser tilfredsstillende brukertilfredshet.

### *Servicenivå*

---

Kommentar Det vises til årsrapport fra HELFO. Tall ved utgangen av 2. tertial viser tilfredsstillende servicenivå.

Behandlingstid for frikort skal i gjennomsnitt ikke overstige 3 eller 4 uker

---

Kommentar Målet er 21 dager. Tall per utgangen av 2. tertial viser 8,5 dager.

Pasientformidling - Antall registrerte fristbrudd for pasientformidling.

---

Kommentar Antall fristbrudd registrert hos HELFO i 2013 var 1 211. Antall fristbrudd registrert hos HELFO var 571.

Pasientformidling - Antall formidlede pasienter som følge av fristbrudd.

---


Kommentar Antall formidlede pasienter var i 2013 770. Antall formidlede pasienter var 75 i 2014.

Antall uker som i gjennomsnitt medgår fra tak 1 er nådd til frikort er sendt ut

---

Kommentar 8-9 dager. Målet er 21 dager.

### C: Oppgaver

 L - Utrede behovet for endringer i regelverk knyttet til refusjon av legemidler for kroniske, sterke smerter. Ferdig

Beskrivelse     Direktoratet skal utrede behovet for endringer i regelverket for individuell refusjon av legemidler til behandling av kroniske, sterke smerter, herunder kravene knyttet til spesialistvurdering.

Kommentar     Leveransen er sendt til departementet 23.12.2014.

 Utrede innretting av finansiering av medisinske obduksjoner Ferdig

Beskrivelse     HelseDirektoratet skal utrede innrettingen av finansiering av medisinske obduksjoner.

 Utrede hvordan aktiviteten som utføres av avtalespesialister kan inkluderes i ordningen for innsatsstyrt finansiering Ferdig

Beskrivelse     HelseDirektoratet skal utrede hvordan aktiviteten som utføres av avtalespesialister kan inkluderes i ordningen med innsatsstyrt finansiering.

 Levere forslag til fordeling av kvalitetsbasert finansiering for budsjettåret 2015. Ferdig

Beskrivelse     HelseDirektoratet skal innen 1. august 2014 levere forslag til fordeling av kvalitetsbasert finansiering for budsjettåret 2015.

 Utrede hvordan dagens skjerming mot egenandeler virker. I rute

Beskrivelse     HelseDirektoratet skal utrede hvordan dagens skjerming mot egenandeler virker – blant annet eventuell sosial ulikhet blant mottakerne av frikort på egenandelstak 1 og 2.

Kommentar     Utredningen er noe forsinket pga. at det ble nødvendig å bestille nye data fra Skatteetaten. Foreløpige analyser gjennomført og sendt departementet. Endelig notat blir ferdig i februar 2015.

 Analysere forholdet mellom utvikling i henvisninger, ventetid og aktivitet I rute

Beskrivelse     Hva er sammenhengen mellom disse størrelsene? Det bør i analysene skilles mellom elektiv aktivitet og øyeblikkelig hjelp. Hvordan påvirkes ulike ventelistemål av endringer i omfanget av henvisninger og aktivitet? Er det variasjon mellom fagområder og over tid? HelseDirektoratet bes om å gjennomføre empiriske analyser på norske data samt oppsummere relevante internasjonale erfaringer.

D: Nye oppdrag fra HOD i løpet av 2014

Oppdrag - Endret håndtering av radiofarmaka i inntektssystemene	Ikke startet
Beskrivelse	HOD vurderer å endre finansieringen av PET i de aktivitetsbaserte inntektssystemene. Hdir får i oppdrag å foreslå en endret refusjonsordning.
 Utrede hvordan aktiviteten som utføres av avtalespesialister kan inkluderes i ordningen for innsatsstyrt finansiering	Ferdig
 Ny finansieringsordning for lab	I rute
 Utvidelse ISF avtalespesialister - analyser	I rute
 Analyser av prehospitaltjenester til Helse- og omsorgsplan	I rute
 Statsbudsjett 2015 – budsjettvekst i spesialisthelsetjenesten	Ferdig
 Pasientformidling - fritt behandlingsvalg	I rute
Beskrivelse	Endringer i pasientrettighetsloven del av FBV-prosjekt
Kommentar	Alle leveranser i h.h.t. plan inkludert rapport til HOD i desember 2014.
 Vurdering av kvalitet vedr. helsetjenesten i Kroatia	Ferdig
Beskrivelse	Vurdering av kvalitet vedr. helsetjenesten i Kroatia
Kommentar	Notat sendt HOD 1. mai 2014 og i h.h.t. bestillingen
 Analyse av markedsutviklingen etter innføring av prisportal	Forsinket
Kommentar	Oppgaven er forsinket da det er en utfordring å få de nødvendige data-uttrekkene fra Forbrukerrådet, som er de som eier og drifter portalen. HOD er informert om at det er vanskelig å få tilstrekkelig datamateriale til å lage en komplett analyse. Kommentar av april 2014 er fortsatt gjeldende.

**Kommentar** Madrass- og puteovertrekk er foreslått avviklet ovenfor departementet. Angående brystpumper er brukerorganisasjonen kontaktet for å få innspill. De kommer forhåpentligvis i løpet av februar.

### 3.3.4.5 Norsk pasientregister

#### A: Langsiktig mål

🟢 **Leverer styringsinformasjon av god kvalitet til departementet, regionale helseforetak og kommunene.**

Vurdering av langsiktig mål: Det er en stadig økende etterspørsel etter opplysninger fra Norsk pasientregister og det ble i 2014 gjennomført omlag 850 utleveringer, en stor andel av disse er til styringsformål. Det leveres mellom annet månedlig anonymiserte styringsdata til alle RHF/ HF. Dette omfatter aktivitet (inklusive grunnlag for gjestepasientoppgjør) og ventelisteinformasjon. I tillegg har det vært arbeidet aktivt med tilrettelegging av NPR for pakkeforløp kreft og monitorering/ etterlevelse av prioriteringsveiledere. Det ble i 2014 for første gang publisert forløpstider til behandlingsstart for omlag 100 pasientgrupper som et supplement til dagens ventelistestatistikk. Bedre løsninger for publisering av statistikk og styringsinformasjon er forøvrig definert som et satsningsområde generelt i Helsedirektoratet og presentasjonsløsninger for NPR er et sentralt element her.

#### B: Styringsparametere

Ingen styringsparametere

#### C: Oppgaver

Nasjonalt laboratoriekodeverk skal innføres innen 1.10.2014. Det skal utredes hvordan en refusjonsordning kan baseres på det nye laboratoriekodeverket.

Forsinket

**Beskrivelse** Helsedirektoratet skal utrede hvordan en refusjonsordning kan baseres på det nye laboratoriekodeverket, med sikte på å ta en eventuell refusjonsordning i bruk fra 2016.

**Kommentar** Prosjektet er i rute, men innføring av norsk laboratoriekodeverk er ikke tatt i bruk ved alle sykehus ennå. En del kostnadsdata er innkommet og bearbeiding pågår. Departementet har besluttet innføring blir først fra 2017.

### 3.3.5 Internasjonalt arbeid

#### *A: Langsiktige mål*

#### *B: Styringsparametere*

#### *A: Langsiktige mål*

- 1: Direktoratet skal ved deltakelse i internasjonale fora som er relevante for direktoratets ansvar, bidra til å fremme norske synspunkter og posisjoner i tråd med regjeringens politikk.
- 2: Direktoratet skal bidra til god nasjonal oppfølging av saker som fremmes internasjonalt

#### *A: Samlet vurdering av måloppnåelsen i 2014*

Helsedirektoratet har i 2014 videreført sitt arbeid mot WHO og EU, herunder bidratt til koordinering og samordning av norsk innsats. Norsk deltakelse i EUs tredje helseprogram må sies å være bra, Norges deltakelse i Joint Actions har økt i 2014.

Direktoratet ble i 2011 programpartner under EØS finansieringsmekanisme for to programmer på vold i nære relasjoner i henholdsvis Slovakia og Estland samt et program på sosiale ulikheter i helse i Polen. Samarbeid med Polen har imidlertid vist seg å ha noen utfordringer mht. fremdrift, bl.a. pga. polsk anskaffelsesregelverk. Det har vært utfordrende å engasjere Norske kommuner i arbeidet og krevende å få Polen til å søke samarbeid med norske partnere på prosjektnivå.

#### Arbeidet med prioriterte oppdrag/aktiviteter i 2014

Helsedirektoratet organiserer WHO-arbeidet med vekt på forberedelse og deltakelse i møter i de styrende organer. Dette arbeidet er organisert som avgrensede prosjekter for styremøtet i januar, helseforsamlingen i mai, og møtet i Regionalkomiteen for Europa i september. I WHO-forum blir det gitt orienteringer om sakene på WHO's agenda, og oppgaver for utarbeidelse av håndnotater til instruksen blir fordelt, herunder også utkast til innlegg til hver sak. I tillegg deltar direktoratet i nordisk samordning i forkant av møter i WHO. Helsedirektoratet har i løpet av 2014 arrangert 3 WHO- fora for nasjonal forvaltning.

Ebola preget arbeidet i Helsedirektoratet siste halvår. Direktoratet har hatt en medarbeider mer eller mindre fast representert som kontaktperson i London i fm. samarbeidet med Department for International Development (Dfid) i UK.

Direktoratet har i løpet av 2014 arrangert 2 OECD-fora som forberedelser til møter i Helsekomiteen.

#### Nærområdene:

Helsedirektoratet er engasjert i helsesamarbeidet med nærområdene og deltar i program-komiteen for Barents helse- og sosialprogram som ledes av Helse- og omsorgsdepartementet.

Programkomiteen vurderer søknader og fordeler årlig 18 millioner kroner og har fire faste møter i året. Direktoratet deltar i styringskomiteen av The Barents Hiv/Aids Programme som er en gruppe under Joint Working Group for Health and Related Social Issues (JWGHS) under Barents Euro-Arctic Council (BEAC) og Barents regionalråd. Helsedirektoratet har innen rammen av Barentssamarbeidet



programansvar for to prosjekter i Arkhangelsk region i Nordvest-Russland: Reform i helsesektoren og Forebygging av selvmord.


Direktoratet har deltatt i forberedelsene til WHO/FAOs Ministerkonferanse om ernæring (ICN2) som ble avholdt i Roma høsten 2014. I dette arbeidet settes det fokus på hele matvarekjeden globalt. Utfordringene med fordeling av mat, og de ulike sektorens ansvar og deltakelse er sentrale tema.

Helsedirektoratet deltar i en ekspert- og en arbeidsgruppe under Nordlig Dimensjon [www.ndphs.org](http://www.ndphs.org).

Ekspertgruppen for NCD (Expert Group on Non-Communicable Diseases related to Lifestyles and Social and Work Environments (NCD EG) arbeider med et forslag til et skolebasert prosjekt for å forebygge overvekt, samt et forslag til prosjekt for implementering av strategier for forebygging av NCD. Helsedirektoratet har deltatt i en arbeidsgruppe (Task Group on Alcohol and Drug prevention among Youth) under Ekspertgruppen for rus (Expert Group on Alcohol and Substance Abuse (ASA EG)). Dette er et samarbeidsprosjekt mellom flere nordiske land, Baltikum og Russland, der Drammen kommune har deltatt aktivt fra norsk side.

Helsedirektoratet er nasjonalt kontaktpunkt for EUs tredje helseprogram (2014-2020). Helse- og omsorgsdepartementet har nominert nasjonale kompetente myndigheter til å delta som associated partner i 7 av 8 Joint Action i 2014 (som er et myndighetsstyrt samarbeid mellom medlemsland i EU, EØS-land og Kommisjonen). Helsedirektoratet skal delta i 6 av disse Joint Action. Oppstart skjer i løpet av våren 2015. Resultatene for utlyste prosjekter i 2014 er foreløpig ikke klare, men det er totalt 5 norske søkere.

### B: Oppgaver

 Direktoratet skal delta i oppfølgingen av OECD Global Science Forums rapport om kliniske studier, og støtte Kunnskapssenteret i deres ansvar med arbeidsgruppe om Comparative Effectiveness Reserach

I rute

Beskrivelse Direktoratet skal delta i oppfølgingen av OECD Global Science Forums rapport om kliniske studier, herunder understøtte Kunnskapssenteret i deres ansvar med å lede en arbeidsgruppe om Comparative Effectiveness Research gjennom WHO/NIH.

Kommentar Helsedirektoratet har fulgt opp arbeidet med OECD-implementeringsprosjektet for internasjonalt samarbeid om kliniske studier ved å delta i en sentral koordinerende rolle sammen med bl.a. National Institutes of Health (NIH), USA, og European Clinical Research Infrastructure Network (ECRIN) i dialog med WHO. Direktoratet har videre forstått kontakt med de seks delprosjektene i implementeringsarbeidet, herunder Kunnskapssenterets prosjekt innenfor Comparative Effectiveness Research (CER).

 Helsedirektoratet skal delta i tre-årig prosjekt om nordisk samarbeid om høyspesialisert behandling, herunder ivareta sekretariatsfunksjonen.

I rute

### 3.3.6 Kvalitet, pasientsikkerhet og brukerinvolvering

A: Langsiktige mål

B: Styringsparameter

C: Oppgaver

A: Langsiktige mål

Langsiktige målsetninger er ikke formulert i tildelingsbrevet

*Samlet vurdering*

#### Nasjonale kvalitetsindikatorer

Helsedirektoratet har et lovpålagt ansvar for å utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale kvalitetsindikatorer som hjelpemiddel for ledelse og kvalitetsforbedring i spesialist – og primærhelsetjenesten, og som grunnlag for at pasienter og brukere kan ivareta sine rettigheter. I 2014 ble det jobbet systematisk for å sette en tydelig retning på arbeidet. Det ble utarbeidet en klar visjon og en treårig handlingsplan. Det ble også gjort nødvendige justeringer i utviklingsprosessen for å sikre en mer effektiv utvikling av nasjonale kvalitetsindikatorer, samt justert styringsmodell for å dekke bredden av alle helsetjenester i helse – og omsorgssektoren og samhandling med sektor og brukere. Videre pågikk det arbeid i åtte kvalitetsindikatorgrupper innenfor områdene pleie og omsorg, infeksjon og -antibiotikaovervåkning, hjerte og kar, kreft, psykisk helse og rus – primær, psykisk helse og rus – spesialist, tannhelse og ventetider somatisk helse. Arbeidet resulterte i publisering av 13 nye og fem reviderte nasjonale kvalitetsindikatorer i løpet av 2014. I tillegg er indikatorer tilpasset nye pakkeforløp for kreft klare for publisering i 2015. Det ble også etablert to forprosjekt for å utrede muligheten for implementering av indikatorer innen områdene ernæring og legemiddelgjennomgang. I tråd med plan hadde Helsedirektoratet fire publiseringer av resultater på de nasjonale kvalitetsindikatorene i løpet av 2014. Disse var i mai, juni, august og november.

Tabellen nedenfor gir en oversikt over indikatorene som er nye eller revidert i løpet av 2014.

Kvalitetsindikator	Ny eller revidert	Fagområde	Publisert første gang	Hypighet på publisering
<b>Brukererfaringer ved fødsel og barsel</b>	Ny	Somatisk helse	Mai 2014	Årlig
<b>Brudd på vurderingsgarantien for pasienter i somatisk helsetjeneste</b>	Ny	Somatisk helse	Mai 2014	Tertialvis
<b>Fristbrudd for pasienter som har påbegynt behandling i somatisk helsetjeneste</b>	Ny	Somatisk helse	Mai 2014	Tertialvis
<b>Fristbrudd for pasienter som står på venteliste i somatisk helsetjeneste</b>	Ny	Somatisk helse	Mai 2014	Tertialvis

<b>Gjennomsnittlig ventetid fra mottatt henvisning til helsehjelp påbegynnes i somatisk helsetjeneste</b>	Ny	Somatisk helse	Mai 2014	Tertialvis
<b>Andel undersøkte / behandlede 18-åringer med dårlig tanntilstand</b>	Ny	Tannhelse	August 2014	Årlig
<b>Tanntilstand for 12-åringer med mest karies</b>	Ny	Tannhelse	August 2014	Årlig
<b>Andel undersøkte / behandlede 18-åringer uten karies</b>	Ny	Tannhelse	August 2014	Årlig
<b>Antall innbyggere pr tannlege</b>	Ny	Tannhelse	August 2014	Årlig
<b>Antall innbyggere pr tannpleier</b>	Ny	Tannhelse	August 2014	Årlig
<b>Antall innbyggere pr tannlege med spesialistkompetanse</b>	Ny	Tannhelse	August 2014	Årlig
<b>Andel per 1000 innbyggere med videreutdanning innen psykisk helsearbeid i kommunen</b>	Ny	Psykisk helse og rus-kommune	November 2014	Årlig
<b>Andel per 1000 innbyggere med relevant utdanning innen rusarbeid i kommunen</b>	Ny	Psykisk helse og rus-kommune	November 2014	Årlig
<b>Epikrisetid ved utskriving</b>	Revidert	Somatisk helse	November 2014	Tertialvis
<b>Epikrisetid ved utskrivning fra døgnbehandling PHV</b>	Revidert	Psykisk helse og rus - spesialist	November 2014	Tertialvis
<b>Epikrisetid ved utskrivning fra døgnbehandling TSB</b>	Revidert	Psykisk helse og rus - spesialist	November 2014	Tertialvis
<b>Andel legemeldt og egenmeldt sykefravær i pleie og omsorg</b>	Revidert	Pleie og omsorg	November 2014	Årlig

#### Nasjonale brukererfæringsundersøkelser rapportert i 2014

Undersøkelsen blant voksne pasienter med døgnopphold innen psykisk helsevern viser at pasientene har gode erfaringer med måten man blir tatt imot på ved institusjonen og om man har følt seg trygg ved institusjonen. Videre er det forbedringspotensial på flere områder, blant annet behandlerne/personalets forberedelse på tiden etter utskrivning, innflytelse på valg av behandlingsopplegg, samhandling mellom ulike helsetjenester og hjelp fra kommunen. Undersøkelsen blant pasienter med døgnopphold innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling hadde mange av de samme positive og negative resultatene som innenfor døgnpsykiatri. Videre rapporterte pasientene om forbedringspotensial når det gjelder tilgang på psykolog eller lege, hjelp med fysiske eller psykiske plager, aktivitetstilbudet ved institusjonen og muligheten for privatliv.

Undersøkelsen om pasienterfaringer med døgnenheter ved sykehus viste at de største forbedringsområdene var samhandling med kommunale tjenester, utskrivningsprosessen, organisering og ventetid for elektive pasienter. De mest positive resultatene gjaldt pasientsikkerhet, legetjenesten, pleietjenesten og ivaretagelse av pårørende. Det er en positiv utvikling på fire av 10 indikatorer fra 2011 til 2013 på nasjonalt nivå. Undersøkelsen om fastlegers vurdering av distriktpsikiatriske sentre (DPS) viste at fastlegene mener det er forbedringspotensial på de fleste områder, spesielt veiledningen de får fra sentrene, ventetiden for pasientene og bemannings situasjonen ved DPS-ene. Det er en positiv utvikling på fem av syv indikatorer fra 2006 til 2014 på nasjonalt nivå.

**Antall § 3-3-meldinger og antall rapporter/systematiske tilbakemeldinger til helsetjenesten når det gjelder uønskede hendelser:** Helseinspektoratet har i samarbeid med Helseinspektoratet og Kunnskapssenteret gitt ut veileder til spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 som gir informasjon om den nye meldeordningen og utfyllende merknader til § 3-3.

I 2014 mottok Kunnskapssenteret 9 555 meldinger (foreløpig ikke kontrollert for ev. duplikater), mens det ble mottatt 9 540 i 2013. Det vil si at situasjonen er stabil. Alle meldinger leses og klassifiseres. Det er denne gjennomlesningen og klassifiseringen som er utgangspunktet for de videre analyser og læringsnotater. Det er oversendt 5 læringsnotater til tjenesten. Læringsnotater er systematiske tilbakemeldinger til helsetjenesten og inkluderer også årsmeldingen for 2013 som også inneholdt læringsinformasjon. I tillegg til dette har Kunnskapssenteret utarbeidet 2 rapporter i forbindelse med klassifiseringsprosjektet. Det er holdt en rekke foredrag og undervisninger på universitet og høyskoler om pasientsikkerhet generelt, og om meldeordningen spesielt. I tillegg avholdt Nasjonal enhet for pasientsikkerhet 2 kurs i kjerneårsaksanalyse, og ett kurs i kommunikasjon med pasienter og pårørende «Når skaden er skjedd». Samarbeidet i Nordisk ministerråds regi om pasientsikkerhetsindikatorer fortsatte i 2014, og også deltagelse i OECD samarbeidet om pasientsikkerhetsindikatorer og EUs arbeidsgruppe for pasientsikkerhet.

#### *B: Styringsparameter*

##### Antall nye nasjonale publiserte kvalitetsindikatorer fordelt på publiseringssted

Kommentar 12 nye kvalitetsindikatorer i 2014

##### Antall godkjente nye nasjonale medisinske kvalitetsregistre

Kommentar Parameteren er knyttet til et fast oppdrag. Varslet forsinket pga. ebola-situasjon.

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


Kommentar Oppgaven utføres av NAKS. I 2014 ble det mottatt 9 555 meldinger (ennå ikke kontrollert for evt. duplikater). I 2013 ble det mottatt 9 540. Det er således helt stabilt.


## Antall nye indikatorer utviklet internasjonalt samt hvilke som er inkludert i nasjonale kvalitetsindikatorer


Kommentar OECD arbeidet er pågående. Ingen nye indikatorer i 2014. i h.h.t. plan.

### C: Oppgaver

	Helsedirektoratet skal utarbeide en oversikt over omfanget av komplikasjoner og hendelser som medfører at pasienter direkte eller på et senere tidspunkt overføres fra private helseinstitusjoner til offentlige institusjoner.	Ikke startet
Beskrivelse	Private helseinstitusjoner er her ment som private aktører som driver uten avtale med det offentlige eller uten offentlig finansiering. Det vises til brev fra departementet av 4. desember 2014 som svar på spørsmål til skriftlig besvarelse fra Torgeir Micaelsen (brev av 27. november 2014).	
Kommentar	Det finnes ikke datagrunnlag for å hente ut komplikasjoner og hendelser som er oppstått på private institusjoner uten avtale. Det samles ikke inn data fra disse institusjonene. Når pasienter eventuelt havner på offentlig sykehus eller institusjon som rapporterer til NPR vil det ikke være informasjon i denne rapportering som angir årsak til komplikasjon eller hendelse på annet privat sykehus. Oppdraget lar seg ikke gjennomføre og det er kommunisert til departementet.	
	 Helsedirektoratet skal følge opp pasienterfaringsundersøkelsen innen Tverrfaglig Spesialisert Behandling (TSB) i samarbeid med bruker- og pårørendeorganisasjonene og de regionale helseforetakene, med formål å utvikle og forbedre tjenestetilbudet.	I rute
Kommentar	Kunnskapscenteret har på oppdrag fra Helsedirektoratet gjennomført en ny pasienterfaringsundersøkelse i TSB for å kunne sammenligne data fra første undersøkelsen i 2013. Begge pasienterfaringsundersøkelsene i TSB er ferdigstilt og har blitt fulgt i et rådslag. Det er behov for flere aktiviteter for å følge opp resultatene, og dette vil planlegges i samarbeid med RHF-ene og bruker- og pårørendeorganisasjonene.	
	 Helsedirektoratet skal gi innspill til ny legemiddelmelding om utfordringer og muligheter mht. å sikre riktig legemiddelbruk	I rute
Kommentar	Rapport: Utredning om farmasøytjenester og etterlevelse av legemiddelbehandling, ble oversendt september 2014. Rapporten ble deretter fulgt opp resten av 2014.	
	 Helsedirektoratet skal følge opp rapporten om overdiagnostikk og overbehandling	Forsinket
Kommentar	I samarbeid med primærhelsedivisjonen utarbeides et notat. Det planlegges kontakt med aktuelle eksterne bidragsyttere.	

	Direktoratet skal fremme forslag om forenkling og felles system for den elektroniske innrapporteringen for de ulike meldeordningene for uønskede pasientrelaterte hendelser	Forsinket
Beskrivelse	Det er i dag en rekke meldeordninger om uønskede pasientrelaterte hendelser, der samme hendelse kan være meldepliktig til flere instanser. Helsedirektoratet bes fremme forslag til hvordan man kan forenkle den elektroniske innrapporteringen for de ulike meldeordningene gjennom et felles system.	
Kommentar	Direktoratet har levert første delrapport pr. 31.12.2014; kartlegging av dagens meldeordninger inkl. formål og hjemmel. Øvrige delrapporter inkluderer: vurdering av IT-arkitektur, hvilke løsninger som egner seg til å inngå i en felles-løsning, og forvaltning av en felles meldeordning. Disse skal i tråd med oppdragsbrev av 18.2.2015 leveres som en samlet, endelig rapport innen 1.11.2015.	
	Direktoratet skal bidra til forsøk i enkelte kommuner med lokal meldeordning til politisk behandling i kommunene	I rute
Beskrivelse	Helsedirektoratet skal bidra til forsøk i enkelte kommuner med lokal meldeordning til politisk behandling i kommunene, som er tilpasset kommunen som selvstendig forvaltningsnivå. Forsøkene må sees i sammenheng med pilotering av meldeordning til Kunnskapssenteret for uønskede hendelser i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.	
Kommentar	Helsedirektoratet utarbeider i samarbeid med Kunnskapssenteret en skisse til pilotering av meldeordning for den kommunale helse- og omsorgstjeneste og skisse til meldeordning til politisk behandling i kommunene. Frist til departementet er 1. mars 2015.	
	Helsedirektoratet skal bidra med en redegjørelse om tilgjengelig kunnskap og statistikk om kvalitet i tjenesten	I rute
Beskrivelse	Regjeringen vil legge frem en årlig melding om kvalitet og pasientsikkerhet. Helsedirektoratet bes om å bidra med en redegjørelse for hvilken kunnskap og statistikk om kvalitet i tjenesten som nå er tilgjengelig, jf. pasientsikkerhetskampanjen, nasjonale kvalitetsindikatorer, medisinske kvalitetsregistre m.m.	
Kommentar	Oppdraget er utført i juni. Helsedirektoratet har overlevert oppsummering på området.	

 Direktoratet skal i samarbeid med Statens legemiddelverk(SLV) utarbeide et utkast til endringer i forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek	I rute
Beskrivelse	I samarbeid med Statens legemiddelverk, utarbeide utkast til endringer i forskrift 27. april 1998 nr. 455 om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek, jf. Helse- og omsorgsdepartementets gjennomgang i brev av 7. november 2013. Oppdraget utføres innen 1. august 2014.
Kommentar	Revisjonsarbeid pågår, oversendt departementet januar 2015.

 Direktoratet skal utarbeide et høringsnotatutkast til ny felles forskrift om internkontroll og kvalitetsforbedring	I rute
Beskrivelse	Helse- og omsorgsdepartementet skal lage et utkast til høringsnotat til ny felles forskrift som bl.a. skal omhandle internkontroll (styringssystem) og systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet i helse- og omsorgssektoren.
Kommentar	Utkast til høringsnotat og forslag til forskrift om ledelse av systematisk arbeid med kvalitet og pasient- og brukersikkerhet i helse- og omsorgstjenesten ble oversendt departementet 19.12.2014. Utkastet til forskrift med høringsnotat ble utarbeidet i samarbeid med Statens helsetilsyn. Sentrale aktører fra helseforvaltning, fag- og brukerorganisasjoner og helsetjenesten ble invitert til å komme med innspill til arbeidet.

### 3.3.7 Forskning og innovasjon

#### A: Langsiktige mål

#### B: Styringsparameter

#### C: Oppgaver

#### A: Langsiktige mål

Helse- og omsorgsdepartementet skal understøtte forskning, innovasjon og implementering av ny kunnskap og nye løsninger i helse- og omsorgssektoren.

#### Samlet vurdering av måloppnåelsen i 2014

Helse- og omsorgsdepartementet arbeider bredt med forskning, både gjennom tilskudsforvaltning og gjennom representasjon som fagpersoner. Det går mest ressurser fra Helse- og omsorgsdepartementet til forskning og kunnskapsimplementering på og i primærhelsetjenestene. Vi ser at det er en nedgang i den vitenskapelige produksjonen i kompetansesentrene og forskningsenhetene tilknyttet primærhelsetjenestene. Dette er bekymringsfullt med tanke på behovet og ambisjonene som er identifisert blant annet i HelseOmsorg21.

Forskningsarbeidet støtter godt opp under det internasjonale arbeidet og folkehelsearbeidet når det

gjelder ungdom. Vi ser at koordineringen av arbeidet med forskning og innovasjon internt kan styrkes. Direktoratet vil i 2015 derfor gjennomføre et prosjekt for å sikre et mer helhetlig arbeid med forskning. Et viktig mål er å sørge for at ressursene blir styrt mot aktiviteter som er i tråd med strategiske føringer i direktoratet og fra departementet.

#### Forskning

Helsedirektoratet yter tilskudd til fire Allmenntilleggsmedisinske forskningsenheter(AFEr), Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM), Antibiotikasenteret for primærmedisin (ASP) og Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (Nklm). Helsedirektoratet yter kun tilskudd til driften av kompetansesentrene og forskningsenhetene.

Alle de sju miljøene har kommet med vesentlige bidrag til forskning i allmenn- og samfunnsmedisin med i alt fem (11 i 2013) disputaser for den medisinske doktorgrad og 110 (166 i 2013) fagfellevurderte vitenskapelige artikler i nasjonale og internasjonale tidsskrift og en rekke forskningsrapporter. Direktoratet har merket seg nedgangen fra 2013, og følger utviklingen. Årsrapportene for 2014 fra miljøene kommer i løpet av februar-mars 2015. Det vises også til oversendte rapporter i 2014 om kompetansesentergjennomgangen. For øvrig arbeider Helsedirektoratet med å få på plass forskningsnettverk for allmenntilleggsmedisin og tannhelse.

#### Tilskudd til NOVA/Ungdata

Direktoratet ga i 2014 NOVA tilskudd på 2 millioner kroner til å drive Ungdata. 75 % av landets kommuner deltar i undersøkelsen, og det er innsamlet verdifull informasjon om ungdoms levekår. Vi viser ellers til rapport fra NOVA som vi mottar innen 1. april 2015.

#### Implementeringsforskning

Kunnskapsenteret er partner i to EU-finansierte prosjekter: TICD (Tailored implementation for chronic diseases) og DECIDE (Developing and Evaluating Communication Strategies to Support Informed Decisions and Practice Based Evidence).

Kunnskapsenteret utarbeider dessuten, etter bestilling fra helsetjenesten og helseforvaltningen, flere kunnskapsoppsummeringer med relevans for å støtte god kvalitet og organisering av helsetjenesten. Innenfor samarbeidet i EPOC (Effective Practice and Organisation of Care Group) i Cochrane-samarbeidet utarbeider Kunnskapsenteret oversikter over effekttiltak for implementering, organisering og finansiering av helsetjenesten.

#### Innovasjon

InnoMed sitt sekretariat utarbeider årsrapport for nettverket sine aktiviteter. Denne er ikke klar ennå, men skal presenteres for styringsgruppen i møte 12.2.2015. Forprosjektsøknadene i 2014 fordeler seg slik:

	Godkjent	Ikke godkjent	Søknader
Helse Nord		1	1
Helse Vest	2		2
Stavangerregionen		1	1
Helse Midt-Norge	5	1	6



Helse Sør-Øst	1	1	2
Totalt	8	4	12

Som et tiltak for å hjelpe kommunene til å planlegge, gjennomføre og evaluere tjenesteinnovasjonsprosesser, har Helsedirektoratet inngått en rammeavtale med et kompetansemiljø for bistand. Avtalen skal bidra til å møte kommunenes behov for kompetanseheving og prosessveiledning knyttet til økt bruk av metoder for tjenesteinnovasjon. Dette skal inngå i virksomheten til InnoMed for å styrke satsingen mot kommunene. Det er etablert et kompetansenettverk for behovsdrivet innovasjon i kommunene som driftes av KS, i samarbeid med Helsedirektoratet og InnoMed.

Arbeidet med prioriterte oppdrag/aktiviteter i 2014

Forskningskoordinering etter 22. juli

Koordineringsgruppa for 22. juli-forskning avsluttet i 2014 mandatperioden. Koordineringen videreføres i en redusert form med sekretariat i Helsedirektoratet. For øvrig vises det til egen sluttrapport som sendes departementet fra koordineringsgruppa.

#### *B: Styringsparameter*

##### Antall høringsuttalelser til HOD på saker om forskning og innovasjon.

Kommentar     Direktoratet har gitt innspill til HelseOmsorg21. Ellers har det ikke vært hørings saker knyttet til forskning og innovasjon.

##### Antall nye innovasjonsprosjekter i helse- og omsorgstjenesten.

Kommentar     I InnoMed er det innvilget og gitt støtte til 8 nye prosjekter. 4 prosjekter ble avslått. (Se tabell over).

##### Antall nye vitenskapelige publikasjoner og doktorgrader. Antall nettverkssamlinger.

Kommentar     I de fire Allmennt medisinske forskningsenhetene (AFer), Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM), Antibiotikaseret for primærmedisin (ASP) og Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (Nklm) er det avlagt 5 doktorgrader og publisert mer enn 110 fagfelleverderte vitenskapelige artikler.

#### Antall nye publiseringer og master- og doktorgrader, gjennomførte samlinger og konferanser.

**Kommentar** Fast oppdrag. Følge opp utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester og samhandlingen mellom utviklingssentra og de regionale sentrene for omsorgsforskning. Direktoratet vil først få tall på dette når rapporteringene fra utviklingssentrene foreligger 1.4.2015

#### C: Oppgaver

	Direktoratet skal delta i oppfølgingen av OECD Global Science Forums rapport om kliniske studier	I rute
<b>Beskrivelse</b>	Direktoratet skal delta i oppfølgingen av OECD Global Science Forums rapport om kliniske studier. Kunnskapscenteret skal lede en arbeidsgruppe om Comparative effectiveness research (CER) gjennom WHO/NIH	
<b>Kommentar</b>	Helsedirektoratet har fulgt opp arbeidet med OECD-implementeringsprosjektet for internasjonalt samarbeid om kliniske studier ved å delta i en sentral koordinerende rolle sammen med bl.a. National Institutes of Health (NIH), USA, og European Clinical Research Infrastructure Network (ECRIN) i dialog med WHO.	
	Direktorat skal følge opp innovasjonsprogrammet 2020	I rute
<b>Beskrivelse</b>	Direktorat skal følge opp innovasjonsprogrammet 2020 som en del av den helhetlige oppfølgingen av Omsorgsplan 2020 og i tråd med Meld St nr. 29 (2013-2013) Morgendagens omsorg.	
<b>Kommentar</b>	Det arbeides med å opparbeide kompetanse på innovasjon i kommunesektoren. Tjenestedesign benyttes i utviklingsarbeid som f.eks. i arbeidet med ny Demensplan2020. Det er også på gang et samarbeid med Innovasjon Norge, Husbanken og Young Foundation. Det er etablert et dokumentasjonssenter ved Senter for omsorgsforskning Øst som skal formidle forskning og innovasjon. Nasjonalt program for velferdsteknologi ble videreført i 2014. Det ble gitt tilskudd til 34 utviklingskommuner. Det har vært gjennomført 5 samlinger med kommuner som mottar tilskudd, samt en samling for kommuner som ikke ble tatt opp i programmet. Det er etablert en styringsgruppe for innovasjonsprogram 2020. Hovedmålet for styringsgruppen er å sikre nødvendig samspill og koordinering internt i Helsedirektoratet innenfor innovasjon og velferdsteknologi. Det skal utvikles innovasjonsmetodikk og etablere fagmiljø internt i Helsedirektoratet.	

### 3.3.8 Personell og kompetanse

*A: Langsiktige mål*

*B: Styringsparameter*

*C: Oppgaver*

*A: Langsiktige mål*

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

God ivaretagelse av autorisasjons- og godkjenningsordninger for helsepersonell

*Samlet vurdering av måloppnåelsen i 2014*

Å sikre tilstrekkelig tilgang på kvalifisert og kompetent helsepersonell er en av hovedutfordringene for helse- og omsorgssektoren både på nasjonalt, regionalt og lokalt nivå. Arbeidet med å skaffe bedre oversikt og data for personellutviklingen og kompetansebehov er videreført i 2014 og vil fortsette i 2015. Legestillingsregisteret (LSR), som ble satt i drift fra januar 2013, har endret formål fra å være et styringsverktøy for legestillinger i spesialisthelsetjenesten til å være et register som speiler ansettelse av leger ved landets helseforetak, avtalespesialister og leger tilknyttet fastlegeordningen. Det jobbes med å få leger i øvrige virksomheter inkludert i registeret. Det jobbes også med å utvikle nye publiseringsløsninger slik at oppdaterte data fra LSR og Helsepersonellregisteret (HPR) overføres til de ulike aktørene i helsesektoren på en trygg og effektiv måte.

Endringen av turnusordningen for leger er i rute. Utlysning og ansettelse i den fjerde søknadsrunden ble gjennomført høsten 2014. Det arbeides med å integrere innholdet i dagens turnustjeneste i første del av spesialistutdanningen for leger. Fra 17.11.2014 er ordningen med å utstede diplomer for spesialistgodkjenning avviklet. Gyldig godkjenningsstatus vises i HPR. Etableringen av ny spesialitet i rus- og avhengighetsmedisin er slutført, og nytt regelverk er gjort gjeldende fra 1.12.2014.

På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet har direktoratet hatt en rekke oppdrag knyttet til spesialistutdanning av leger. I 2014 ble det levert større utredninger om forslag til ny spesialitetsstruktur og -innhold for alle legespesialiteter. Forslaget omfatter både forslag til ny spesialitetsstruktur med større vekt på breddekompetanse, forbedring av utdanningsløpet og endret rolle- og oppgavedeling.

Helsedirektoratet har ansvar for iverksettelsen av Kompetanseløftet 2015, som er regjeringens kompetanse- og rekrutteringsplan for de kommunale omsorgstjenestene. Kompetanseløftet 2015 er en delplan under Omsorgsplan 2015, og inngår i den samlede rapporteringen under virksomhetsområdet Omsorgstjenesten.

Arbeidet med å sikre gode autorisasjons- og godkjenningsordninger for helsepersonell er et kontinuerlig utviklingsarbeid, med stadig nye oppgaver som følge av endringer i EU-regelverk eller

omlegging av ordninger. Som etatstyrer for Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (se punkt 7.1) følger direktoratet nøye opp utviklingen på autorisasjonsområdet.

Helsedirektoratet har selv ansvar for spesialistgodkjenninger, og i 2014 mottok vi 1575 søknader om spesialistgodkjenning fra leger, tannleger og optikere. Totalt antall innvilgede søknader om spesialistgodkjenning i samme periode er 1725. Av dette ble det godkjent totalt 1607 legespesialiteter, 82 optikerspesialister og 36 tannlegespesialister. Den samlede saksbehandlingstiden har dermed blitt redusert i 2014. Antall godkjente spesialister med utdanning fra utlandet er 311 fordelt på 269 leger, 24 optikere og 18 tannleger. Den største spesialiteten målt etter antall innvilgede søknader var allmenmedisin, der det i alt ble fattet 629 vedtak for primærgodkjenning og resertifisering.

I tildelingsbrevet for 2014 ble Helsedirektoratet gitt i oppdrag i å utrede helsepersonell- og kompetansesituasjonen i helse- og omsorgstjenestene. Framskrivninger viser at Norge kan stå overfor store personellutfordringer. Personell- og utdanningsfeltet er et strategisk viktig område for Helsedirektoratet. I forbindelse med oppdraget er det utarbeidet et gigamap som illustrerer det «nasjonale personellbildet». Rapporten ble levert i desember 2014, i henhold til oppdraget.

Helsedirektoratet bidrar til å styrke kunnskapsgrunnlaget om oppgavedeling i spesialisthelsetjenesten ved å lede fire arbeidsgrupper som skal følge forsøksprosjekter på fire utvalgte områder (operasjon, radiografi/radiologi, patologi, skopi). Utfordringer er kartlagt og en generell metodikk for effektanalyser er utviklet i samarbeid med Kunnskapssenteret. Arbeidsgruppene har i oppstartsåret 2014 lagt et godt grunnlag for å gi svar på hvordan oppgavedeling kan redusere flaskehals og ventetider.

En styrking av lederkompetansen i helse- og omsorgstjenestene i kommunene vil kunne bidra til en mer effektiv bruk av personellressursene gjennom strategisk kompetanseplanlegging, rekruttering av personell med riktig kompetanse, kunnskapsbaserte arbeidsformer og tilrettelegging for utdanning og forskning.

Fjorårets oppdrag om oppfølging av stortingsmeldingen om velferdsutdanningene er videreført i 2014 og fortsetter i 2015. Det samme gjelder oppdraget om å gjennomgå regelverket på spesialistgodkjenningsområdet for leger.

## *B: Styringsparameter*

### Statistikk og framskrivninger av årsverk fordelt på sektorer og personellgrupper

Kommentar Jf. rapport om utviklingstrekk, analyserapport om legeårsverk og rapporteringer i f.m. K2015

### Saksbehandlingstid på spesialistgodkjenning for leger/tannleger/optikere.

Kommentar Ca. 3 måneder som en median for alle søknader

## C: Oppgaver

 Helsedirektoratet skal gjennomgå spesialistutdanningen i psykiatri

Ikke  
startet

Kommentar Oppdraget påbegynnes når ny spesialitetsstruktur er besluttet. Dette er i samråd med HOD.

 Vurdering av datakilder om helsepersonell

Ferdig

Beskrivelse Foreta vurdering i et internasjonalt perspektiv av om dagens tilgjengelige datakilder (herunder statistikk, framskrivninger og aktuelle rapporter fra tjenestene) er tilstrekkelig for å kunne foreta gode analyser av behov for personell og kompetanse i helse- og omsorgstjenestene – og foreslå eventuelle forbedringer. Jf. satsing fra 2013: Personellutfordringene i helse- og omsorgssektoren.

Kommentar En vurdering av tilgjengelige datakilder om helsepersonell er tatt med i utviklingstrekkrapporten (Nasjonalt personellbilde) som ble ferdigstilt og oversendt Helse- og omsorgsdepartementet i desember 2014.

 Utviklingstrekkrapport om helsepersonell (Nasjonalt personellbilde)

Ferdig

Beskrivelse Analysere og fremlegge rapport om helsepersonell- og kompetansesituasjonen i helse- og omsorgstjenestene. Analysen må inneholde utviklingstrekk og gi vurderinger av utfordringer og løsninger mht. å sikre tilstrekkelig og riktig personell og kompetanse. Helsedirektoratet skal kommentere om oppdraget kan fullføres i 2014, jf. satsing fra 2013: Personellutfordringene i helse- og omsorgssektoren.

Kommentar Utviklingstrekkrapport om helsepersonell (Nasjonalt personellbilde) ble ferdigstilt og oversendt Helse- og omsorgsdepartementet i desember 2014.

 Gjennomgang av spesialitetsstruktur og -innhold for leger

Ferdig

Beskrivelse: Helse- og omsorgsdepartementet ga på bakgrunn av Stortingets anmodning i oppdrag å gjennomgå legens spesialistutdanning. Direktoratet skulle vurdere behovet for endringer i spesialitetsstrukturen, organiseringen av spesialistutdanningen, behovet for rådgivende organer og endrede kompetansebehov som følge av utviklingen i tjenestene og de medisinske fagene.

Kommentar: To utredninger er levert departementet i 2014: *Fremtidens legespesialister. En gjennomgang av spesialitetsstruktur og -innhold (IS-2079-3)* og *Fremtidens legespesialister. Spesialitetsstruktur for samfunnsmedisin og allmenntilleggsmedisin -SISAM (IS-2139)* ble overlevert Helse- og omsorgsdepartementet 30.11.2014.

I tilknytning til dette er det gitt tre tilleggsoppdrag:

Ferdig

- a) Legens spesialistutdanning – konsekvensutredning av rammeutkast.  
Dette oppdraget ble gitt 27.6.2013 og konsekvensutredningen ble avlevert departementet 30.11.2014.

- b) Legens spesialistutdanning – ny helsepolitisk ramme og presisering av oppdrag. Ferdig

Etter regjeringsskiftet i 2013 og med ny helsepolitisk plattform ble oppdraget satt i en ny ramme under utvikling av Nasjonal helse- og sykehusplan. Direktoratet ble bedt om å prioritere arbeidet med å utrede ny spesialitet innrettet på behovene i akuttmottakene, i tråd med den innretningen som er skissert i direktoratets arbeid med spesialitetsstruktur. Målet var at en ny spesialitet skulle sikre at pasientene møter høy kompetanse i front i akuttmottakene og å motvirke fragmentering i sykehusenes behandlingstilbud. Dette oppdraget er levert og inkludert i rapporten IS-2079-3.

- c) Klargjøring og detaljering – direktoratets rapport om konsekvensutredning. Ferdig

I brev av 23.10.2014 ga departementet et oppdrag om å detalj-utrede to modeller for oppgave- og arbeidsfordeling i spesialistutdanning av leger. Oppdraget ble besvart med et notat som ble overlevert Helse- og omsorgsdepartementet 30.11.2014.

#### ● Oppgavedeling i spesialisthelsetjenesten Ferdig

Beskrivelse Jf. oppdragsbrev fra HOD 19.2.2014.

Kommentar Rapport om oppgavedeling ble oversendt Helse- og omsorgsdepartementet i desember 2014.

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

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

Kommentar Godkjenningsansvar for manuellterapi ble delegert til SAK pr 1.1.2015. Overføring av godkjenningsansvar for psykomotorisk fysioterapi ble utsatt til 1.1.2016. Dette følges opp i 2015.

## 4. STYRING OG KONTROLL I VIRKSOMHETEN

### 4.1. Styling og kontroll – avvik og aktiviteter

---

#### Riksrevisjonen

Riksrevisjonens kommentar til regnskapsrevisjon for regnskapsåret 2013 er at det i det alt vesentlige er utarbeidet i samsvar med regelverk for statlig økonomistyring, og har ingen vesentlige merknader etter kontroll av utvalgte disposisjoner. Det er satt ned arbeidsgrupper som følger opp forvaltningsrevisjonen «Riksrevisjonens undersøkelse av effektivitet og resultatoppnåelse i Helsedirektoratet» Dok. 3:3 (2013-2014).

#### Måltavle

Helsedirektoratet har i 2014 ikke rapportert måltavle, men vil gjenoppta dette fra 2015. Måltavlen innebærer å gjennomføre faste risikovurderinger i form av rapportering til ledelsen tre ganger pr. år. Måltavlen er delt inn i et fellesområde hvor alle divisjonene i direktoratet rapporterer på de samme målsetningene, og en del hvor hver divisjon rapporterer på målsetninger med høy risiko for deres område. Felles rapporteringspunkter for hele direktoratet er basert på en overordnet vurdering av risiko. Fra 2015 er det lagt opp til at måltavlen vil ha følgende fokus:

- økonomisk resultat
- sykefravær
- restansesaker
- medarbeidertilfredshet
- strategiske satsingsområder
- prioriterte oppgaver på tvers av divisjonene

I tillegg vil divisjonene ha egne måltavler med oppfølging av prioriterte oppgaver.

#### Tilskuddsforvaltning

Det har de siste årene blitt gjennomført en rekke tiltak som har forbedret og effektivisert tilskuddsforvaltningen i Helsedirektoratet. De viktigste tiltakene i 2014 har vært:

- Utvikling av nytt verktøy for tilskuddsforvaltning som skal implementeres våren 2015. Viktige målsettinger i arbeidet har vært å få en mer helhetlig og effektiv tilskuddsforvaltning i Helsedirektoratet med god kvalitet og økt brukervennlighet for interne brukere.
- Videreføring av sertifisering av tilskuddsforvaltere
- Kurs og opplæring

#### Nytt virksomhetsstyringsverktøy

I 2013 ble det anskaffet et nytt virksomhetsstyringsverktøy (PULS) som skal benyttes til plan, budsjett, oppfølging- og rapporteringsprosessene i direktoratet. Verktøyet ble i 2013 implementert i plan og budsjettprosessen. Målet med det nye verktøyet er å styrke den interne styringen ved å skape mer helhetlige og effektive prosesser og større tilgjengelighet til viktig styringsinformasjon.

Etter en del utfordringer ved implementeringen, erfarer direktoratet nå at ovennevnte gevinster i økende grad kan hentes ut.

## 4.2. Tidstyver

---

Fellesføringen fra regjeringen for 2014 var rapportering av tidstyver. I tildelingsbrev 2014 til Helsedirektoratet, skriver departementet: «For å bedre kvalitet og tilbudsomfang skal alle statlige virksomheter i 2014 arbeide med å redusere eller fjerne tidstyver. Dette gjelder både i egen virksomhet og overfor innbyggerne, næringsliv, kommuner og andre offentlige virksomheter. I tillegg bes virksomhetene foreslå forenkling av regelverk eller prosedyrekrav som skaper tidstyver for virksomheten.»

28. august 2014 rapporterte direktoratet 8 eksterne tidstyver i brev til departementet (dokument 14/4286-23). Direktoratet foreslo følgende tiltak:

1. Unødvendig dobbeltrapportering innenfor helsetjenesten
2. Pasientreiser uten rekvisisjon
3. Særnorsk ordning med delt ansvar for forvaltning av produktregelverket for medisinsk utstyr
4. Tidstyver knyttet til tilleggsoppdrag og tilleggstildelinger fra Helse- og omsorgsdepartementet
5. Tidstyver knyttet til tilskuddsregelverk
6. Forenkling av anskaffelsesregelverket
7. For tidkrevende saksbehandling av konsesjonssøknader for databehandling
8. Elektronisk samhandling i helse- og omsorgssektoren

Helsedirektoratet har også utarbeidet en oversikt over interne tidstyver. Gjennomgangen av interne tidstyver avdekket i liten grad brukerrettede tidstyver, men tidstyver som vil bidra til en mer effektiv intern drift av direktoratet. Eksempler på de kartlagte tidstyvene er: (med kartlagt forstås at det er fremmet forslag til tiltak til å redusere/eliminere tidstyven)

- implementering av nytt tilskuddsverktøy vil bedre kvaliteten og gjøre saksbehandlingen mer effektiv
- bedre utnyttelse av verktøy for arkiv og virksomhetsstyring
- mer effektiv utnyttelse av kontorlokaler
- en mer effektiv møtekultur
- sentralisering av administrative støttefunksjoner / standardisering/tydeliggjøring av servicenivå
- en bedre håndtering av intern informasjon (eksempelvis bruk av intranett og tydeligere bestillinger)

Det er utfordrende å peke på hvor store ressurser som vil bli spart som følge av implementering av fremkomne tiltak. Direktoratet har fokus på tidstyver, og vil i h.h.t. til tildelingsbrevet rapportere om brukerrettede tidstyver innen 1.6.2015.

## 4.3. Fordeling av ressurser / årsverk

---

### Oppdrag

I tildelingsbrevet 2014 ble Helsedirektoratet bedt om å utarbeide en oversikt over etatens fordeling av ressurser/årsverk på:



- de tre hovedrollene; iverksetterrollen, fagrollen og forvaltningsrollen
- etatens divisjoner

### Bakgrunn

Helse- og omsorgsdepartementet ber Helsedirektoratet i tildelingsbrev 2014 om å utarbeide en oversikt over etatens fordeling av ressurser/årsverk på de tre hovedrollene: iverksetter, fag og forvalter. Bakgrunnen for oppdraget var Riksrevisjonens forvaltningsrevisjon av Helsedirektoratet, *Riksrevisjonens undersøkelse av effektivitet og resultatoppnåelse i Helsedirektoratet (Dokument 3:3 (2013-2014))*. Oppdraget skal gi et grunnlag for å vurdere om direktoratet i for stor grad vektlegger rollen som iverksetter og om rollene som fag- og forvaltningsorgan blir tilstrekkelig prioritert.

### Forutsetning – kategorisering av roller

Etter direktoratets oppfatning er det utfordrende å kategorisere alle oppgavene i kun tre roller. I sin gjennomgang har derfor direktoratet tillatt seg å utvide med to kategorier: «andre oppgaver» og «administrasjon». Andre oppgaver består av eksempelvis beredskap og internasjonale oppgaver. Administrasjon er en nødvendighet for å kunne utføre rollene og kunne vært fordelt på øvrige roller, men er her valgt skilt ut.

### Metodikk – og utfordringer

For å innhente resultatene fra divisjonene, har direktoratet benyttet to metodikker:

- 1: Virksomhetsplan / kategorisering av oppgaver
- 2: Årsverkmetoden

De nevnte metodene og erfaringene beskrives under:

**1: Virksomhetsplan:** alle avdelinger i hele direktoratet har fått i oppgave å fordele antatt tidsbruk på hver hovedoppgave i sine virksomhetsplaner. Oppgaven viste seg å være tidkrevende og en antatt ikke nøyaktig metode for en del avdelinger. En viktig årsak til dette var at flere avdelinger ikke hadde lagt inn driftsoppgaver i sine virksomhetsplaner. For disse avdelingene ble det behov for skjønnsmessig å anslå hvor stor del av oppgavene som var driftsoppgaver og hvordan disse fordelte seg på de ulike rollene. Enkelte avdelinger kunne trolig spart noe tid ved å gå mindre detaljert til verks, og slå sammen oppgaver i sine virksomhetsplaner. Resultatene ville trolig gitt tilnærmet samme grad av nøyaktighet.

**2: Årsverk:** For å kunne kontrollere at summeringene av virksomhetsplanene ga rimelige resultater, vurderte alle avdelingene også tidsbruken til alle ansatte fordelt etter rollene. Tallene ble summert for alle avdelinger og til slutt vurderte hver enkelt divisjonsdirektør resultatene og hadde anledning til eventuelt å justere resultatene dersom oppfatningen var at de detaljerte resultatene ikke ga et riktig bilde av rollefordelingen. Resultatene tyder ikke på at divisjonsdirektørene har foretatt slike justeringer. Til slutt har tallene fra avdelingsnivået blitt aggregert til direktoratsnivået.

For enkelte avdelinger har det vært noe mangelfullt tallmateriale. Der det har vært avvik mellom de to ulike metodene, har presenterte tall blitt gjenstand for et visst skjønn. Avvikene mellom metodene og divisjonsdirektørenes vurderinger har imidlertid ikke vært betydelige. Dvs. at summeringene fra avdelingsnivået nivå ligger nær presenterte tall på divisjons- og direktoratsnivå. Bruk av to metoder gir kryss-kontroll og et sikrere grunnlag og tyder på at resultatene gir et representativt bilde av rollefordelingene.

### Erfaringer med gjennomgangen

Det har naturlig nok oppstått tvilstilfeller om hvilke roller enkelte oppgaver tilhører. Underveis i prosessen har det derfor vært enkelte meningsutvekslinger om hvilke roller de enkelte oppgaver understøtter. En videre rapportering av direktoratets roller antas å gi en ytterligere bevissthet om hvilke oppgaver som understøtter hvilke roller. Da de ovennevnte metodene ga tilnærmet samme resultater, vil en senere gjennomgang kunne basere seg på kun en av metodene og således være mindre omfattende. Dersom metode 1 benyttes senere, kan det vurderes at enhetene re-grupperer/slår sammen noen hovedoppgaver for å forenkle, samtidig som alle driftsoppgavene legges inn i virksomhetsplanen.

### Resultater

For fordeling av årsverk per divisjon, henvises til figur under punkt 2.2. Ressursbruk etter de fem rollene fordeler seg slik:

- Faglig rådgiver og iverksetter: ca. 60 %. Fordelingen er omtrent lik mellom de to rollene.
- Forvalter: ca. 15 %
- Andre oppgaver: ca. 5 %
- Administrasjon: ca. 20 %

Det er utfordrende å kommentere resultatene, da direktoratet tidligere ikke har utført en tilsvarende undersøkelse. Tallene indikerer imidlertid at direktoratet ikke benytter så vidt mye ressurser til rollen som iverksetter som Riksrevisjonen uttrykker bekymring for. Rollen som forvalter er relativt klart avgrenset fra øvrige roller, mens rollene som faglig rådgiver og iverksetter har vist seg å ha delvis sammenfallende grenseflater. Det vil være for enkelt å kategorisere alle oppdrag i tildelingsbrevet som iverksetter-oppgaver. Selv om tildelingsbrevet i stor grad beskriver oppgaver til iverksetter-rollen, vil tildelingsbrevet også inneholde oppgaver knyttet til andre roller – og da som også ivaretar rollen som faglig rådgiver. Direktoratet vil ha en gjennomgang av hvilke kriterier organisasjonen har lagt til grunn ved fordelingen av oppgaver og ansatte på de ulike rollene. Dette for å kunne unngå ulike tolkninger i avdelinger og divisjoner, og således ha en rimelig sikkerhet for holdbarheten av resultatene. Direktoratet vil etablere flere indikatorer innenfor de ulike rollene i 2015.

## 5. VURDERING AV FRAMTIDSUTSIKTER

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

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

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

Regjeringen har klare prioriteringer innenfor helse- og omsorgspolitikken. Det påvirker Helsedirektoratets oppgaveportefølje. Nasjonal helse- og sykehusplan, fritt behandlingsvalg, pakkeforløp kreft, rus og psykisk helse er noen sentrale satsinger der vi allerede har fått, og forventer flere, store oppdrag.

Helse- og omsorgssektoren har hatt en stor utvikling innenfor digitale løsninger de siste årene, og utviklingen fortsetter i årene som kommer. Helsedirektoratet har implementert digitale løsninger på flere områder allerede, og fortsetter i 2015.

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

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

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

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



# 6. ÅRSREGNSKAP

## 6.1 Ledelseskomentarer

---

### Formål

Helsedirektoratet er et bruttofinansiert statlig forvaltningsorgan som fører regnskapet etter kontantprinsippet. HELFO er Helsedirektoratets ytre etat og tallene er inkludert i årsregnskapet. HELFO sender i tillegg en selvstendig månedlig S-rapport til statsregnskapet. Helsedirektoratet er underlagt Helsedepartementet.

Helsedirektoratet 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. Årsregnskapet utgjør del VI i årsrapporten til Helsedirektoratet.

### 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.

### Vurderinger av vesentlige forhold

I 2014 har Helsedirektoratet samlet disponert tildelinger på utgiftssiden på 44 mrd. kroner. Av dette beløpet har HELFO disponert 30,8 mrd. kroner og Helsedirektoratet 13,2 mrd. kroner. Bevilgningene er benyttet i tråd med formålene for bevilgningene. Det er imidlertid oppstått avvik innenfor enkelte kapitler. Av vesentlige avvik kan følgende nevnes:

- Kapittel 575 Ressurskrevende tjenester - Post 60 Toppfinansieringsordning, (overslagsbevilgning). Merforbruk på 407 mill. kroner som kan forklares med at det samlede krav fra kommunene ble høyere enn forventet.
- Kapittel 762 Primærhelsetjenestene – Post 63 Allmennlegetjenester. Mindreforbruk på 50 mill. kroner knyttet til styrking av kvalitet og kompetanse i legevakt. Årsaken til mindreforbruket er at tildelingen kom for sent på året til at kommuner fikk tid til å søke.
- Kapittel 764 Psykisk helse – Post 60 Psykisk helsearbeid. Mindreforbruk innenfor tilskuddsordningen Psykologer i helse- og omsorgstjenestene i kommunene på om lag 30 mill. kroner. Dette var forårsaket av at tilskuddsmottakerne hadde overførte midler fra 2013, manglende egenfinansiering i kommunene og mangel på kvalifiserte søkere til psykologstillinger i kommunene.
- Kapittel 2752 Egenandelstak 2. Mindreforbruk på kr 10,6 mill. kroner. Dette skyldes blant annet at post 71.2755.71 (fysioterapi) har vist svekket vekst i 3. tertial sammenliknet med budsjett. Dette har påvirket egenandelstak 2.
- Kapittel 2755 Fysioterapi – Post 71. Mindreforbruk på kr 58,4 mill. kroner. Området har vist redusert vekst i 3. tertial. Årsakene til dette er at antall oppgjør er lavere enn tidligere år og at det er en nedgang i gjennomsnittlig antall konsultasjoner per behandler.

Oslo, 10. juli 2015

  
Bjørn Guldvog  
helsedirektør

## 6.2 Prinsippnote årsregnskapet

---

Årsregnskapet for Helsedirektoratet er utarbeidet og avlagt etter nærmere retningslinjer fastsatt i bestemmelser om økonomistyring i staten ("bestemmelsene"), fastsatt 12. desember 2003 med endringer, senest 18. september 2013. Årsregnskapet er i henhold til krav i bestemmelsene punkt 3.4.1, nærmere bestemmelser i Finansdepartementets rundskriv R-115 og eventuelle tilleggskrav fastsatt av eget departement.

Oppstillingen av bevilgningsrapporteringen omfatter en øvre del med 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.

## 6.3 Bevilgningsrapporteringen

---

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

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

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

## 6.4 **Artskontorapporteringen**

---

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



## OPPSTILLING AV BEVILGNINGSRAPPORTERING

Utgifts- kapittel	Kapittelnavn	Post	Posttekst	Note	Samlet tildeling	Regnskap 2014	Merutgift (-) og mindreutgift
0720	Helsedirektoratet - drift	01	Driftsutgifter	A,B	1 066 841 001	1 133 054 755	-66 213 754
0720	Spesielle driftsutgifter	21	Spesielle driftsutgifter	A,B	6 000 000	52 860 594	-46 860 594
0720	Helsetjenester i annet EØS-land	70	Tilskudd	A, B	24 840 000	24 025 749	814 251
0150	Regionbevilgning for Afrika	78	Tilskudd	A,B		4 347 121	-4 347 121
0164	Utvikling og nedrustning	72	Tilskudd	A,B		3 000 000	-3 000 000
0169	Andre aids- og helsetilak	71	Tilskudd	A,B		18 380 000	-18 380 000
0226	Særskilte driftsmidler	21	Spesielle driftsutgifter	A,B		300 000	-300 000
0575	Toppfinansieringordning	60	Diverse	A,B	6 863 205 000	7 270 826 800	-407 621 800
0701	Spesielle driftsmidler	21	Spesielle driftsutgifter	A,B	226 700 000	229 998 434	-3 298 434
0702	Beredskap	21	Spesielle driftsutgifter	A,B	25 700 000	20 745 084	4 954 916
0702	Tilskudd, beredskap	70	Tilskudd	A,B	3 678 000	3 407 325	270 675
0711	Spesielle driftsmidler	21	Spesielle driftsutgifter	A,B	14 500 000	14 013 739	486 261
0711	Tilskudd	70	Tilskudd	A,B	1 112 000	2 037 000	-925 000
0711	Tilskudd, skolefrukt	74	Tilskudd	A,B	25 856 000	20 356 000	5 500 000
0718	Spesielle driftsmidler	21	Spesielle driftsutgifter	A,B	88 150 000	71 118 014	17 031 986
0718	Rusmiddelforebygging Tilskudd	63	Diverse	A,B	16 778 000	15 012 271	1 765 729
0718	Frivillig arbeid	70	Tilskudd	A,B	115 280 000	109 645 977	5 634 023
0719	Spesielle driftsmidler	21	Spesielle driftsutgifter	A,B	64 300 000	61 064 739	3 235 261
0719	Folkehelse tilskudd	60	Diverse	A,B	6 672 000	6 671 000	1 000
0719	Smittevern	70	Tilskudd	A,B	21 093 000	21 070 558	22 442
0719	Fysisk aktivitet	73	Tilskudd	A,B	35 385 000	35 384 155	845
0719	Andre tilskudd	79	Tilskudd	A,B	8 891 000	10 175 000	-1 284 000
0724	SAK - drift	01	Driftsutgifter	A,B	37 692 000	1 500 000	36 192 000
0729	POBO - drift	01	Driftsutgifter	A,B	59 691 000	66 278 819	-6 587 819
0732	Refusjon poliklinisk virksomhet ved sykehus	77	Tilskudd	A, B	3 430 258 000	3 447 178 011	-16 920 011
0733	Spesielle driftsmidler	21	Spesielle driftsutgifter	A, B	11 752 000	12 763 796	-1 011 796
0733	Kjøp av opptrening	72	Tilskudd	A, B	9 686 000	3 808 218	5 877 782
0733	Andre tilskudd	79	Tilskudd	A, B	17 711 000	13 191 304	4 519 696
0734	Særskilte tilskudd til psykisk helse og rustiltak - drift	01	Driftsutgifter	A, B	53 381 000	2 286 373	51 094 627
0734	Spesielle driftsmidler	21	Spesielle driftsutgifter	A, B	14 200 000	14 375 443	-175 443
0734	Utviklingsområder	72	Tilskudd	A, B	14 197 000	14 190 501	6 499
0751	Spesielle driftsutgifter	21	Spesielle driftsutgifter	A, B	7 000 000	6 826 039	173 961
0751	Legemiddeltiltak	70	Tilskudd	A, B	6 000 000	6 000 000	0
0761	Spesielle driftsmidler	21	Spesielle driftsutgifter	A, B	229 344 000	83 602 923	145 741 077
0761	Kommunale kompetansetilak	60	Diverse	A, B	266 019 000	102 643 474	163 375 526
0761	Vertskommuner	61	Diverse	A, B	947 723 000	947 722 999	1
0761	Dagaktivitetstilbud	62	Diverse	A, B	141 400 000	131 370 137	10 029 863
0761	Kompetansetilak i kommunene	66	Diverse	A, B	40 004 000	37 720 000	2 284 000
0761	Kompetansetilak i kommunene	67	Diverse	A, B	73 753 000	57 569 077	16 183 923
0761	Frivillig arbeid	71	Tilskudd	A, B	9 839 000	9 839 000	0
0761	Landsbystiftelsen	72	Tilskudd	A, B	70 150 000	70 150 000	0
0761	Særlige omsorgsbehov	73	Tilskudd	A, B	21 497 000	20 528 706	968 294
0761	Andre kompetansetilak	75	Tilskudd	A, B	9 418 000	9 418 000	0
0761	Andre tilskudd	79	Tilskudd	A, B	14 117 000	136 033 543	-121 916 543
0762	Spesielle driftsmidler	21	Spesielle driftsutgifter	A, B	38 196 000	19 686 011	18 509 989
0762	Forebyggende helsetiltak	60	Diverse	A, B	71 463 000	41 605 696	29 857 304
0762	Fengselshelsetjeneste	61	Diverse	A, B	137 676 000	137 605 418	70 582
0762	Øyeblikkelig hjelp	62	Diverse	A, B	384 608 000	386 021 306	-1 413 306
0762	Allmannlegetjenester	63	Diverse	A, B	82 500 000	29 942 544	52 557 456
0762	Tilskudd	70	Tilskudd	A, B	46 720 000	52 364 683	-5 644 683
0762	Frivillig arbeid	71	Tilskudd	A, B	6 373 000	6 590 871	-217 871
0762	Forebygging av uønskede svangerskap og abort	73	Tilskudd	A, B	27 459 000	16 189 657	11 269 343
0763	Spesielle driftsmidler	21	Spesielle driftsutgifter	A, B	48 706 000	22 450 981	26 255 019
0763	Kommunalt rusarbeid	61	Diverse	A, B	446 880 000	10 000 000	436 880 000
0763	Frivillig arbeid	71	Tilskudd	A, B	190 500 000	199 542 441	-9 042 441
0763	Frivillig arbeid	72	Tilskudd	A, B	100 092 000	91 864 529	8 227 471
0764	Spesielle driftsutgifter	21	Spesielle driftsutgifter	A, B	88 800 000	52 172 602	36 627 398
0764	Psykisk helsearbeid	60	Diverse	A, B	293 883 000	152 769 489	141 113 511
0764	Utviklingstilak	72	Tilskudd	A, B	432 300 000	422 861 410	9 438 590
0764	Tilskudd til styring psykisk helsevern	73	Tilskudd	A, B	134 894 000	135 036 510	-142 510
0769	Spesielle driftsutgifter	21	Spesielle driftsutgifter	A, B	3 000 000	1 508 066	1 491 934



0770	Spesielle driftsutgifter	21	Spesielle driftsutgifter	A, B	11 593 000	12 171 433	-578 433
0770	Tilskudd	70	Tilskudd	A, B	179 841 000	174 911 619	4 929 381
0781	Spesielle driftsutgifter	21	Spesielle driftsutgifter	A, B	82 800 000	79 556 215	3 243 785
0781	Andre tilskudd	79	Tilskudd	A, B	38 400 000	32 575 332	5 824 668
0782	Spesielle driftsmidler	21	Spesielle driftsutgifter	A, B	0	-268 382	268 382
0783	Spesielle driftsmidler	21	Spesielle driftsutgifter	A, B	22 167 000	13 759 645	8 407 355
0783	Andre tilskudd	79	Tilskudd	A, B	29 924 000	12 700 000	17 224 000
2711	Spesialisthjelp	70	Tilskudd	A, B	1 715 000 000	1 701 548 111	13 451 889
2711	Refusjon psykologhjelp	71	Tilskudd	A, B	247 000 000	242 929 409	4 070 591
2711	Spesialisthelsetjeneste - tannlegehjelp	72	Tilskudd	A, B	2 160 000 000	2 173 192 464	-13 192 464
2711	Private laboratorier og røntgeninstitutt	76	Tilskudd	A, B	730 000 000	724 551 852	5 448 148
2751	Legemidler	70	Tilskudd	A, B	8 800 000 000	8 874 191 173	-74 191 173
2751	Legeerklæringer	71	Tilskudd	A, B	6 000 000	6 310 327	-310 327
2751	Medisinsk forbruksmaterieil	72	Tilskudd	A, B	1 765 000 000	1 747 067 145	17 932 855
2752	Refusjon av egenbetaling	70	Tilskudd	A, B	3 980 000 000	4 098 502 717	-118 502 717
2752	Refusjon av egenbetaling, egenandelstak 2	71	Tilskudd	A, B	165 000 000	154 305 909	10 694 091
2755	Fastlønnsordning fysioterapeut	62	Tilskudd	A, B	318 000 000	306 937 947	11 062 053
2755	Allmennlegehjelp	70	Tilskudd	A, B	4 295 000 000	4 257 087 866	37 912 134
2755	Fysioterapi	71	Tilskudd	A, B	1 835 000 000	1 776 639 341	58 360 659
2755	Jordmørhjelp	72	Tilskudd	A, B	52 000 000	50 101 933	1 898 067
2755	Kiropraktorbehandling	73	Tilskudd	A, B	139 000 000	137 228 176	1 771 824
2755	Logopedisk og ortopedisk behandling	75	Tilskudd	A, B	106 000 000	106 218 868	-218 868
2756	Helsehjelp i utlandet	70	Tilskudd	A, B	11 000 000	10 522 811	477 189
2756	Helsetjenester i utlandet	71	Tilskudd	A, B	325 000 000	327 555 495	-2 555 495
2756	Helsetjenester til utenlandsboende mv.	72	Tilskudd	A, B	170 000 000	171 521 662	-1 521 662
2790	Bidrag	70	Tilskudd	A, B	195 000 000	190 251 641	4 748 359
2651	Arbeidsavklaringspenger legeerklæringer	72	Tilskudd			336 148 457	
2661	Bedring av funksjonsevnen, hjelpemidler	75	Tilskudd			483 181	
2661	Ortopediske hjelpemidler	77	Tilskudd			27 171 451	
<b>Sum utgiftsført</b>					<b>44 012 588 001</b>	<b>43 846 576 689</b>	<b>529 814 401</b>

Inntekts	Kapittelnavn	Post	Posttekst		Samlet tildeling	Regnskap	Merinntekt og
3718	Gebyrer	04	Ymse			1 684 950	1 684 950
3720	Salgs - og leieinntekter	02	Ymse	B		65 539 337	65 539 337
3720	Helsetjenester i annet EØS-land	03		B	24 840 000	20 694 198	-4 145 802
3720	Gebyrinntekter	04	Ymse	B		6 719 881	6 719 881
3720	Helsetjenester utlandsboende mv.	05		B	60 000 000	74 061 787	14 061 787
3720	Refusjon arbeidsmarkedstiltak	15	Refusjon av arbeidsmarkedstiltak	B		325 089	325 089
3720	Refusjon foreldrepenge	16	Refusjon av foreldrepenge	B		11 379 202	11 379 202
3720	Refusjon sykepenge	18	Refusjon av sykepenge	B		37 471 402	37 471 402
3729	Refusjon av arbeidsmarkedstiltak	15	Refusjon av arbeidsmarkedstiltak	B		14 699	14 699
3729	Refusjon av foreldrepenge	16	Refusjon av foreldrepenge	B		744 429	744 429
3729	Refusjon sykdom	18	Refusjon av sykepenge	B		3 342 493	3 342 493
5309	Tilfeldige inntekter	29	Ymse			22 848 204	
5700	Arbeids giveravgift	72	Arbeids giveravgift			111 798 121	
5701	Diverse inntekter	02	Ymse			31 295 930	
5701	Renter	80	Ymse			250 155	
<b>Sum inntektsført</b>					<b>84 840 000</b>	<b>388 169 875</b>	<b>137 137 465</b>

**Netto rapportert til bevilgningsregnskapet**

<b>Kapitalkontoer</b>							
60077101	Norges Bank KK /innbetalinger Hdir drift					148 003 491	
60077102	Norges Bank KK /utbetalinger Hdir drift					-12 516 296 313	
707002	Endring i mellomværende med statskassen Hdir drift					-8 389 298	
60092501	Norges Bank KK /innbetalinger Helfo					81 776 552	
60092502	Norges Bank KK /utbetalinger Helfo					-494 662 445	
NAV	Oppgjørskonto NAV					-30 414 320 288	
NAV	Fondsutbetalinger					-246 025 163	
707013	Endring i mellomværende med statskassen Helfo					-803 962	
NAV	HELFOs andel av endring i mellomværende med statskassen					-7 689 384	
<b>Sum rapportert</b>						<b>-43 458 406 810</b>	

**Beholdninger rapportert til kapitalregnskapet**

Konto	Tekst		2014	2013	Endring
707002	Mellomværende med statskassen		-42 250 315	-33 861 017	-8 389 298
707013	Mellomværende med statskassen		-9 778 744	-8 974 781	-803 963
NAV	HELFOs andel av mellomværende med statskassen		-9 292 285	-1 602 900	-7 689 385
<b>Sum</b>			<b>-61 321 344</b>	<b>-44 438 698</b>	<b>-16 882 646</b>

## NOTE A FORKLARING AV SAMLET TILDELING

Kapittel og post	Overført fra i fjor	Årets tildelinger	Samlet tildeling
072001		1 066 841 000	1 066 841 000
072021		6 000 000	6 000 000
072070		24840000	24 840 000
073277		3430258000	3 430 258 000
015078		0	
016472		0	
016971		0	
022621		0	
057560		6 863 205 000	6 863 205 000
070121		226 700 000	226 700 000
070221		25 700 000	25 700 000
070270		3 678 000	3 678 000
071121		14 500 000	14 500 000
071170		1 112 000	1 112 000
071174		25 856 000	25 856 000
071821		88 150 000	88 150 000
071863		16 778 000	16 778 000
071870		115 280 000	115 280 000
071921		64 300 000	64 300 000
071960		6 672 000	6 672 000
071970		21 093 000	21 093 000
071973		35 385 000	35 385 000
071979		8 891 000	8 891 000
072401		37 692 000	37 692 000
072901		59 691 000	59 691 000
073321		11 752 000	11 752 000
073372		9 686 000	9 686 000
073379		17 711 000	17 711 000
073401		53 381 000	53 381 000
073421		14 200 000	14 200 000
073472		14 197 000	14 197 000
075121		7 000 000	7 000 000
075170		6 000 000	6 000 000
076121	10 152 000	219 192 000	229 344 000
076160	7 131 000	258 888 000	266 019 000
076161		947 723 000	947 723 000
076162	120 000 000	21 400 000	141 400 000
076166		40 004 000	40 004 000
076167		73 753 000	73 753 000
076171		9 839 000	9 839 000
076172		70 150 000	70 150 000
076173		21 497 000	21 497 000
076175		9 418 000	9 418 000

076179		14 117 000	14 117 000
076221		38 196 000	38 196 000
076260		71 463 000	71 463 000
076261		137 676 000	137 676 000
076262		384 608 000	384 608 000
076263		82 500 000	82 500 000
076270		46 720 000	46 720 000
076271		6 373 000	6 373 000
076273		27 459 000	27 459 000
076321	2 706 000	46 000 000	48 706 000
076361	5 812 000	441 068 000	446 880 000
076371		190 500 000	190 500 000
076372		100 092 000	100 092 000
076421	16 100 000	72 700 000	88 800 000
076460	25 240 000	268 643 000	293 883 000
076472	1 235 000	431 065 000	432 300 000
076473	1 000 000	133 894 000	134 894 000
076921		3 000 000	3 000 000
077021	3 230 000	8 363 000	11 593 000
077070		179 841 000	179 841 000
078121	100 000	82 700 000	82 800 000
078179		38 400 000	38 400 000
078221		0	-
078321		22 167 000	22 167 000
078379		29 924 000	29 924 000
271170		1715000000	1 715 000 000
271171		247000000	247 000 000
271172		2160000000	2 160 000 000
271176		730000000	730 000 000
275170		8 800 000 000	8 800 000 000
275171		6 000 000	6 000 000
275172		1 765 000 000	1 765 000 000
275270		3 980 000 000	3 980 000 000
275271		165 000 000	165 000 000
275562		318 000 000	318 000 000
275570		4 295 000 000	4 295 000 000
275571		1 835 000 000	1 835 000 000
275572		52 000 000	52 000 000
275573		139 000 000	139 000 000
275575		106 000 000	106 000 000
275670		11 000 000	11 000 000
275671		325 000 000	325 000 000
275672		170 000 000	170 000 000
279070		195 000 000	195 000 000
Sum	192 706 000	43 819 882 000	44 012 588 000

## NOTE B FORKLARING TIL BRUKTE FULLMAKTER

Kapittel og post	Stikkord	Merutgift(-)/ mindre utgift	Utgiftsført av andre i hht avgitte belastningsfullmakter	Merutgift(-)/ mindre utgift etter avgitte belastningsfullmakter	Standard refusjoner på inntektspostene 15-18	Merinntekter iht merinntektsfullmakt	Sum grunnlag for overføring	Maks. overførbart beløp *	Mulig overførbart beløp beregnet av virksomheten
072001		-66 213 754		-66 213 754	12 760 571	765 531	-66 213 754	53 342 050	0
072021	"kan overføres"	-39 714 706	-7 145 888	-46 860 594			-46 860 594	300 000	0
072070		814 251		814 251			814 251		
015078		-4 347 121		-4 347 121			-4 347 121	0	0
016472		-3 000 000		-3 000 000			-3 000 000	0	0
016971		-18 380 000		-18 380 000			-18 380 000	0	0
022621		-300 000		-300 000			-300 000	0	0
057560		-407 621 800		-407 621 800			-407 621 800	343 160 250	0
070121		-2 369 102		-2 369 102			-2 369 102	11 335 000	0
070221	"kan overføres", "kan nyttes under post 70"	5 254 916	-300 000	4 954 916			4 954 916	29 378 000	4 954 916
070270	"kan overføres", "kan nyttes under post 21"	270 675		270 675			270 675	29 378 000	270 675
071121	"kan overføres", "kan nyttes under post 70"	-1 498 239		-1 498 239			-1 498 239	15 612 000	0
071170	"kan overføres", "kan nyttes under post 21"	-925 000		-925 000			-925 000	15 612 000	0
071174	"kan overføres"	5 500 000		5 500 000			5 500 000	25 856 000	5 500 000
071821		23 898 114	-8 188 211	15 709 903			15 709 903	4 407 500	4 407 500
071863	"kan overføres"	1 765 729		1 765 729			1 765 729	16 778 000	1 765 729
071870	"kan overføres"	5 634 023		5 634 023			5 634 023	115 280 000	5 634 023
071921	"kan overføres", "kan nyttes under post 79"	4 939 764	-1 704 503	3 235 261			3 235 261	73 191 000	3 235 261
071960	"kan overføres"	1 000		1 000			1 000	6 672 000	1 000
071970	"kan overføres"	22 442		22 442			22 442	21 093 000	22 442
071973	"kan overføres"	845		845			845	35 385 000	845
071979	"kan overføres", "kan nyttes under post 21"	-1 284 000		-1 284 000			-1 284 000	73 191 000	0
072401		76 010 779	-39 818 779	36 192 000			36 192 000	1 884 600	1 884 600
072901		205 464 892	-212 052 711	-6 587 819			-6 587 819	29 845 500	0
073277		-16 920 011		-16 920 011			-16 920 011		
073321	"kan nyttes under post 79"	-1 011 796		-1 011 796			-1 011 796	1 473 150	0
073372	"kan overføres"	5 877 782		5 877 782			5 877 782	9 686 000	5 877 782
073379	"kan nyttes under post 21"	4 519 696		4 519 696			4 519 696	1 473 150	1 473 150
073401		100 197 543	-49 009 171	51 188 372			51 188 372	2 669 050	2 669 050
073421		-175 443		-175 443			-175 443	710 000	0
073472		6 499		6 499			6 499	709 850	6 499
075121	"kan overføres"	173 961		173 961			173 961	7 000 000	173 961
075170		0		0			0	300 000	0
076121	"kan nyttes under post 79"	163 575 006	-16 511 845	147 063 161			147 063 161	12 173 050	12 173 050
076160	"kan overføres"	325 051 350	-161 675 824	163 375 526			163 375 526	266 019 000	163 375 526
076161		1		1			1	47 386 150	1
076162	"kan overføres"	10 029 863		10 029 863			10 029 863	141 400 000	10 029 863
076166		2 284 000		2 284 000			2 284 000	2 000 200	2 000 200
076167		32 116 324	-15 932 401	16 183 923			16 183 923	3 687 650	3 687 650
076171		0		0			0	491 950	0
076172		0		0			0	3 507 500	0
076173		968 294		968 294			968 294	1 074 850	968 294
076175		0		0			0	470 900	0
076179	"kan nyttes under post 21"	-121 916 543		-121 916 543			-121 916 543	12 173 050	0
076221	"kan nyttes under post 70", "kan overføres"	20 388 029	-1 878 040	18 509 989			18 509 989	84 916 000	18 509 989
076260		59 398 540	-29 541 236	29 857 304			29 857 304	3 573 150	3 573 150
076261		70 582		70 582			70 582	6 883 800	70 582
076262	"kan overføres"	-1 413 306		-1 413 306			-1 413 306	384 608 000	0
076263		52 557 456		52 557 456			52 557 456	4 125 000	4 125 000
076270	"kan nyttes under post 21"	-5 644 683		-5 644 683			-5 644 683	4 245 800	0
076271		-217 871		-217 871			-217 871	318 650	0
076273	"kan overføres"	21 645 807	-10 376 464	11 269 343			11 269 343	27 459 000	11 269 343
076321	"kan nyttes under post 71"	39 484 539	-13 229 520	26 255 019			26 255 019	11 960 300	11 960 300
076361	"kan overføres"	870 258 244	-433 378 244	436 880 000			436 880 000	446 880 000	436 880 000
076371	"kan overføres", kan nyttes under post 21"	-9 042 441		-9 042 441			-9 042 441	239 206 000	0
076372		8 227 471		8 227 471			8 227 471	5 004 600	5 004 600
076421	"kan overføres"	38 658 708	-2 031 310	36 627 398			36 627 398	88 800 000	36 627 398

\*Maksimalt beløp som kan overføres er 5 % av årets bevilgning på driftspostene 01-29, unntatt post 24 eller sum av de siste to års bevilgning for poster med stikkordet "kan overføres". Se rundskriv R-2/2013 for mer detaljert informasjon om overføring av ubrukte bevilgninger.

076460	"kan overføres"	245 402 937	-106 399 426	139 003 511		139 003 511	293 883 000	139 003 511
076472	"kan overføres"	9 438 590		9 438 590		9 438 590	432 300 000	9 438 590
076473	"kan overføres"	-142 510		-142 510		-142 510	134 894 000	0
076921	"kan nyttes under post 70"	1 491 934		1 491 934		1 491 934	150 000	150 000
077021	"kan nyttes under post 70"	234 969		234 969		234 969	9 571 700	234 969
077070	"kan overføres", "kan nyttes under post 21"	4 929 381		4 929 381		4 929 381	9 571 700	4 929 381
078121	"kan nyttes under post 79"	13 640 017	-9 417 520	4 222 497		4 222 497	6 060 000	235 332
078179	"kan nyttes under post 21"	5 824 668		5 824 668		5 824 668	6 060 000	5 824 668
078221		268 382		268 382		268 382	0	0
078321	"kan nyttes under post 79"	29 128 369	-20 721 014	8 407 355		8 407 355	2 604 550	0
078379	"kan nyttes under post 21"	21 644 353	-4 420 353	17 224 000		17 224 000	2 604 550	2 604 550
271170		13 451 889		13 451 889		13 451 889		
271171		4 070 591		4 070 591		4 070 591		
271172		-13 192 464		-13 192 464		-13 192 464		
271176		5 448 148		5 448 148		5 448 148		
275170		-74 191 173		-74 191 173		-74 191 173		
275171		-310 327		-310 327		-310 327		
275172		17 932 855		17 932 855		17 932 855		
275270		-118 502 717		-118 502 717		-118 502 717		
275271		10 694 091		10 694 091		10 694 091		
275562		11 062 053		11 062 053		11 062 053		
275570		37 912 134		37 912 134		37 912 134		
275571		58 360 659		58 360 659		58 360 659		
275572		1 898 067		1 898 067		1 898 067		
275573		1 771 824		1 771 824		1 771 824		
275575		-218 868		-218 868		-218 868		
275670		477 189		477 189		477 189		
275671		-2 555 495		-2 555 495		-2 555 495		
275672		-1 521 662		-1 521 662		-1 521 662		
279070		4 748 359		4 748 359		4 748 359		
372003					-4 145 802	-4 145 802		
372005					14 061 787	14 061 787		
		1 672 267 552	-1 143 732 460	528 535 092	12 760 571	10 681 516	538 451 077	3 621 786 200
								920 553 380

## Forklaring til bruk av budsjettfullmakter

**Ebola:** Kapittelpostene 0150.78, 0164.72 og 0169.71 er belastningsfullmakter gitt av Utenriksdepartementet på inntil 60 mill. kroner. Fullmaktene ble gitt i forbindelse med utsendelse av helse-team ved Ebola-epidemien i Sierra Leone. Da hoveddelen av oppdraget ble utført i 2015, ble det regnskapsført kun 25,7 mill. kroner på nevnte kapittelposter i 2014.

Mottatte belastningsfullmakter: HELFO har mottatt belastningsfullmakt fra Helsedirektoratet på kapittel/post 078121 800/HELSE på kr 1 000 000. Belastet beløp er på kr 978 712. HELFO (Hdir) har mottatt belastningsfullmakt fra Arbeids- og velferdsetaten for å belaste kapittelpost 265172, 266175 og 266177. Disponeres i h.h.t. gjeldende lover og forskrifter.

Fullmakt til å bruke standard refusjoner av lønnsutgifter til å overskride utgifter: Virksomheten har brukt lønnsrefusjoner som er rapportert på kapittel/post 372015, 372016 og 372018 til å dekke inn deler av merutgiftene under driftsposten 072001. Lønnsrefusjonene for HELFO beløper seg til kr 12 760 571.

Fullmakt til å overskride driftsbevilgninger mot tilsvarende merinntekter: Merinntekt på kapittel/post 372002, kr 765 531 er brukt til å dekke inn deler av merutgiftene under driftsposten 072001.

## OPPSTILLING AV ARTSKONTORRAPPORTERINGEN

	Note	2014
<b>Inntekter rapportert til bevilgningsregnskapet</b>		
Innbetalinger fra gebyrer	1	8 404 830
Innbetalinger fra tilskudd og overføringer	1	32 793 109
Salgs- og leieinnbetalinger	1	32 742 183
Andre innbetalinger	1	46 100
Innbetaling av finansinntekter	1	2
<i>Sum innbetalinger</i>		73 986 225
<b>Utgifter rapportert til bevilgningsregnskapet</b>		
Utbetalinger til lønn og sosiale utgifter	2	973 437 245
Offentlige refusjoner vedrørende lønn	2	-53 277 313
Utbetalt til investeringer	3	17 883 480
Utbetalt til kjøp av aksjer		0
Andre utbetalinger til drift	4	957 855 308
Utbetaling av finansutgifter	4	13 402
<i>Sum utbetalinger</i>		1 895 912 122
<b>Netto rapporterte utgifter til drift og investeringer</b>		<b>1 821 925 897</b>
<b>Innkrevingsvirksomhet og andre overføringer til staten</b>		
Innbetaling av skatter, avgifter, gebyrer m,m	5	0
<i>Sum innkrevingsvirksomhet og andre overføringer til staten</i>		0
<b>Tilskuddsforvaltning og andre overføringer fra staten</b>		
Utbetalinger av tilskudd og stønader	6	41 897 429 310
Innbetalinger helsetjenester i annet EØS-land	6	-20 694 198
Innbetalinger helsetjenester utenlandsboende mv.	6	-74 061 787
<i>Sum tilskuddsforvaltning og andre overføringer til andre</i>		41 802 673 325
<b>Inntekter og utgifter rapportert på felleskapitler</b>		
5700 Folketrygdens inntekter - Arbeids giveravgift		111 798 121
5701 Diverse inntekter - Folketrygden		31 295 930
5701 Renter		250 155
5309 Tilfeldige inntekter (gruppeliv m,m)		22 848 204
<i>Sum inntekter og utgifter rapportert på felleskapitler</i>		166 192 410
<b>Netto utgifter rapportert til bevilgningsregnskapet</b>		<b>43 458 406 812</b>

<b>Oversikt over mellomværende med statskassen</b>		
<b>Eiendeler og gjeld</b>		<b>2014</b>
Fordringer (legg til linjer og vis på konto)	7	1 057 289
Kasse (legg til linjer og vis på konto)	7	0
Bankkontoer med statlige midler utenfor Norges Bank (legg til linjer og vis på konto)	7	0
Skyldig skattetrekk	7	-40 412 113
Skyldige offentlige avgifter (legg til linjer og vis på konto)	7	214 958
Annen gjeld (legg til linjer og vis på konto)	7	-12 871 110
Annen gjeld - interimskonto andre ut- og innbetalinger m.m.	7	-2 559
Stønad:		
191000042100 IT lokal bank, andre innbetalinger	7	74 978 711
191000042200 IT lokal bank, korrigeringer/utbetalinger	7	-273 926 286
191000042900 IT lokal bank, motkonto kontoregulering	7	198 947 575
191000909500 Lokal bank, motkonto reg i Infotrygd i året	7	-198 947 575
191000909600 Lokal bank, motkonto innbet totalt i året	7	192 799 482
250100285000 HELFO leger, feilutbetalinger (0528860)	7	24 594 548
250100285100 HELFO andre behandlere, feilutbetalinger (0528861)	7	43 914
250100286500 IT dobbelutbet. Overføres NAVI (0528868)	7	
250100288877 HELFO behandling utlandet ftl § 5-24A (0528877)	7	133 175
250100630999 UR retur opphørt konto (0630999)	7	-760 752
250300500010 UR påleggstrekk ytelse (050XXXX)	7	-1 699 257
250400630000 UR diverse kreditorer (052XXXX)	7	-684 182
250700840400 Skyldner andrutb bankkonto DNB	7	-9 991
250700840404 Skyldner andrutb/bebatch bankkonto DNB	7	-86 665
250700840410 Skyldner andrutb bankkonto utland DNB	7	
250700840420 Skyldner andrutb kort DNB	7	-110 259
250700840424 Skyldner andrutb/bebatch utbet.kort DNB	7	-90 133
250700840430 Skyldner andrutb bankkonto DNB	7	-48 466
250700840434 Skyldner andre utb/bebatch bankkonto DNB	7	-650 482
250700840444 Skyldner andrutb/bebatch utland DNB	7	-1 030
250700840700 Skyldner kredref	7	
250700840734 Skyldner andrutb/bebatch bankkonto DNB	7	-1 699 257
250700842424 Skyldner URKLUTB bankkonto DNB	7	-3 415
250700842434 Skyldner URKLUTG bankkonto DNB	7	0
250700842444 Skyldner URKLUTB bankkonto DNB	7	-31 306
255100892293 Motkonto interimkonto ytelse	7	
255100902000 HELFO motkonto leger, feilutbetalinger (0802000)	7	-24 594 548
255100902100 HELFO motkonto andre behandlere, feilutbetaling (0802100)	7	-43 914
255500902900 Motkonto interimskonto revurderte ytelse	7	
255100908877 HELFO motkonto 250100288877 (0908877)	7	-133 175
255700900010 Motkonto gjennomstrømmingskonto utbetalinger stønad	7	2 731 004
2995 Annen kortsiktig gjeld	7	-15 523
<b>Sum mellomværende med statskassen</b>		<b>-61 321 343</b>

NOTE 1 INNTEKTER RAPPORTERT TIL BEVILGNINGSREGNSKAPET

	<b>2014</b>
<i>Innbetalinger fra gebyrer</i>	
Gebyrer	8 404 830
<b><i>Sum innbetalinger fra gebyrer</i></b>	<b>8 404 830</b>
<i>Innbetalinger fra tilskudd og overføringer</i>	
Tilskudd fra andre statlige virksomheter	22 864 408
Tilskudd fra EU	10 361 315
Andre tilskudd og overføringer	-432 613
<b><i>Sum innbetalinger fra tilskudd og overføringer</i></b>	<b>32 793 109</b>
<i>Salgs- og leieinnbetalinger</i>	
Salgsinntekt tjenester, avgiftspliktig	1 843 502
Salgsinntekt varer, avgiftsfri	5 278 568
Salgsinntekt tjenester, avgiftsfri	5 360 862
Refusjon, eksterne prosjekter	19 493 720
Tilfeldige inntekter (post 01,02)	765531,49
<b><i>Sum salgs- og leieinnbetalinger</i></b>	<b>32 742 183</b>
<i>Andre innbetalinger</i>	
Salg av utrangert materiell, avgiftsfritt	46 100
<b><i>Sum andre innbetalinger</i></b>	<b>46 100</b>
<i>Innbetaling av finansinntekter</i>	
Renteinntekter	0
Valutagevinst (agio)	2
Annen finansinntekt	0
<b><i>Sum innbetaling av finansinntekter</i></b>	<b>2</b>
<b>Sum inntekter rapportert til bevilgningsregnskapet</b>	<b>73 986 226</b>



## NOTE 2 UTBETALINGER TIL LØNN OG SOSIALE UTGIFTER

				2014
<i>Utbetalinger til lønn og sosiale utgifter</i>				
Lønninger				839 737 051
Arbeidsgiveravgift				111 815 105
Andre ytelser				21 885 089
<b>Sum utbetalinger til lønn og sosiale utgifter</b>				<b>973 437 245</b>
<i>Offentlige refusjoner vedrørende lønn</i>				
Sykepenger og andre refusjoner				53 277 313
<b>Sum offentlige refusjoner vedrørende lønn</b>				<b>53 277 313</b>
<b>Antall årsverk Hdir:</b>		<b>962</b>		<b>31.12.2014</b>
<b>Antall årsverk HELFO:</b>		<b>555</b>		<b>31.12.2014</b>
<b>Totalt</b>		<b>1 517</b>		

## NOTE 3 UTBETALT TIL INVESTERINGER

				2014
Immaterielle eiendeler og lignende				5 537 432
Beredskapsanskaffelser				5 065 467
Driftsløsøre, inventar, verktøy og lignende				7 280 581
<b>Sum utbetalt til investeringer</b>				<b>17 883 480</b>

#### NOTE 4 ANDRE UTBETALINGER TIL DRIFT OG UTBETALING AV FINANSUTGIFTER

				<b>2014</b>
<i>Andre utbetalinger til drift</i>				
Husleie				118 164 394
Vedlikehold og ombygging av leide lokaler				751 098
Andre utgifter til drift av eiendom og lokaler				29 929 157
Reparasjon og vedlikehold av maskiner, utstyr mv.				7 743 263
Mindre utstyranskaffelser				14 585 809
Leie av maskiner, inventar og lignende				25 794 108
Konsulenter og andre kjøp av tjenester fra eksterne*				616 281 247
Reiser og diett				37 955 770
Øvrige driftsutgifter (*)				106 650 462
<b>Sum andre utbetalinger til drift</b>				<b>957 855 308</b>
<i>Utbetaling av finansutgifter</i>				
Renteutgifter				13 402
Agiotap				0
Andre finansutgifter				0
<b>Sum utbetaling av finansutgifter</b>				<b>13 402</b>

\* Note til "Konsulenter og andre kjøp av tjenester fra eksterne": Ca. 30 % er kjøp av offentlige tjenester. Den største av disse er NAV, som har levert tjenester for 58 mill. kroner.

#### NOTE 5 INVESTERINGSVIRKSOMHET OG ANDRE OVERFØRINGER TIL STATEN

				<b>2014</b>
Avgift A				0
Avgift B				0
Avgift C				0
<b>Sum innkrevingsvirksomhet og andre overføringer til stat</b>				<b>0</b>

## NOTE 6 TILSKUDDSFORVALTNING OG ANDRE OVERFØRINGER FRA STATEN

	2014
Tilskudd A	0
Tilskudd B	0
Tilskudd til kommuner	9 334 743 497
Tilskudd til fylkeskommuner	194 968 841
Tilskudd helseforetak, høyskoler, stiftelser, private bedrifter	993 046 137
Tilskudd enkeltmannsforetak / privatpersoner	5 777 350
Tilskudd til organisasjoner	433 860 791
Tilskudd til statsforvaltningen	41 895 620
Tilskudd til utlandet	1 465 378
Refusjon Helsetjenester	30 796 711 148
Helsetjenester i utlandet, Statsforvaltningen	204 562
<b>Sum tilskuddsforvaltning og andre overføringer fra staten</b>	<b>41 802 673 323</b>

## NOTE 7 AVREGNING OG MELLOMVÆRENDE MED STATSKASSEN

<b>Del A Forskjellen mellom avregning med statskassen og mellomværende med statskassen</b>						
				201412	201412	Forskjell
				Spesifisering av <u>bokført</u> avregning med statskassen	Spesifisering av <u>rapportert</u> mellomværende med statskassen	
Omløpsmidler						
	Kundefordringer			12 210 578	0	12 210 578
	Andre fordringer			25 828 926	25 828 926	0
	Kasse og bank			-6 148 093	-6 148 093	0
	<i>Sum</i>			<b>31 891 411</b>	<b>19 680 833</b>	<b>12 210 578</b>
Kortsiktig gjeld						
	Leverandørgjeld			-5 686 789	0	-5 686 789
	Skyldig skattetrekk			-42 111 370	-42 111 370	0
	Skyldige offentlige avgifter			189 933	214 958	-25 025
	Annen kortsiktig gjeld			-39 107 416	-39 105 763	-1 653
	<i>Sum</i>			<b>-86 715 642</b>	<b>-81 002 175</b>	<b>-5 713 467</b>
Langsiktige forpliktelseser						
	Annen langsiktig gjeld			0	0	0
	<i>Sum</i>			<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Sum</b>				<b>-54 824 231</b>	<b>-61 321 343</b>	<b>6 497 112</b>

## 7. ETATSTYRERS VURDERING AV YTRE OG UNDERLIGGENDE ETATER

### 7.1. Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (SAK)

---

Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (SAK) har som hovedoppgave å behandle og avgjøre søknader om autorisasjon og lisens for helsepersonell som skal arbeide i den norske helsetjenesten. I tillegg har SAK noen oppgaver knyttet til turnustjeneste for enkelte personellgrupper, og godkjenninger for allmennleger som skal praktisere med trygderefusjon. SAK har også ansvar for å registrere og vedlikeholde data i Helsepersonellregisteret, og de forvalter enkelte tilskuddsordninger.

Etatstyrers vurdering tar utgangspunkt i SAKs årsrapport for 2014. Hovedresultatene gjengis og måloppnåelsen kommenteres.

Kundesenter: God informasjon og kommunikasjon med brukergruppene er et innsatsområde. SAK har et kundesenter bemannet med 3 personer, som mottar 70-100 telefonhenvendelser daglig, samt ca. 150 eposter på hverdagene og 100 i helgene. Målsetningen er at ventetiden på første svar på telefon ikke skal overstige 1 minutt, og epost skal utkvitteres samme dag. Eposter som ikke kan besvares av kundesenteret selv, skal utkvitteres etter maksimalt 3 virkedager.

SAK hadde over 600 000 treff på nettsiden, fra 320 000 unike brukere. Det ble igangsatt en brukerundersøkelse på senhøsten 2014. Resultatene vil foreligge i mars 2015.

Etatstyrers vurdering: SAKs årsrapport opplyser ikke i hvilken grad man har nådd målene for responstid, og det blir derfor vanskelig for etatstyrer å vurdere måloppnåelsen for kundekontakt. Dette vil bli fulgt videre opp i styringsdialogen.

Autorisasjoner og lisenser: SAK behandler søknader om autorisasjon og lisens for de 29 helseprofesjonene som er lovregulert i Norge. I 2014 mottok de 19 517 søknader om autorisasjon eller lisens, og dette er en liten nedgang fra året før. På grunn av overliggende saker fra 2013 ble høyere antall saker behandlet: 17 355 fikk innvilget autorisasjon og 2 851 fikk lisens. 2 150 fikk avslag, inkludert dem som fikk avslag på autorisasjon, men innvilget lisens. 63 % av dem som fikk autorisasjon hadde utdanning fra Norge, 20 % fra det øvrige Norden, 10 % fra andre EØS-land og 7 % fra land utenfor EØS.

SAK opererer med differensierte saksbehandlingstider fra 4 uker til 4-6 måneder for autorisasjon. Saksbehandlingstiden avhenger av profesjon og i hvilket land utdanningen er gjennomført i, og gjenspeiler kompleksiteten i saksbehandlingen. Det er spesielt søknaden fra land utenfor EØS som er krevende å behandle. Dette på grunn av stor variasjon i kvaliteten på utdanningene, behov for validering av dokumentasjonen og innhenting av utdanningsfaglige råd i vurderingene. Søkere opplyses om forventet saksbehandlingstid, og at denne først begynner å løpe når all nødvendig

dokumentasjon er mottatt og gebyret er betalt. SAK melder at de ikke har overskredet normert saksbehandlingstid for noen saker i 2014.

Etatstyret vurderer det som positivt at SAK ikke har hatt overskridelser på normert saksbehandlingstid i 2014, og at det arbeides med å redusere behandlingstidene ytterligere.

Turnustjeneste: Det er utstedt 311 turnuslisenser til fysioterapeuter og 54 til kiropraktorer. SAK administrerer også turnustjenesten for gjenværende kandidater i den gamle turnusordningen for leger. 90 leger startet opp denne tjenesten i 2014; 30 i sykehus og 60 i kommunehelsetjenesten. Det gjenstår nå 52 kandidater som skal inn i gammel ordning innen 2016. SAK har forvaltet vel 115 millioner kroner til veiledning av turnusleger i kommunene og 1,4 millioner kroner for kiropraktorer. Det er refundert knapt 3 millioner kroner i reise- og flytteutgifter for turnuskandidater til rekrutteringssvake områder.

Etatstyret vurderer at disse oppgavene er utført på en god måte i henhold til oppdraget.

Allmennlegeordningen: Allmennleger må dokumentere 3 års veiledet tjeneste etter fullført utdanning før de får selvstendig rett til trygderefusjon, eller de må ha en godkjent avtale om å være under slik veiledning. SAK behandlet vel 900 søknader om godkjenning av veilederavtale i 2014 og utstedte 557 allmennlegogodkjenninger. SAK administrerer også kurs som er obligatoriske i veiledningsperioden.

SAK forvalter tilskudd som skal dekke kommunenes kostnader ved veiledning av allmennlegene, og det ble i 2014 utbetalt vel 17 millioner kroner over denne ordningen.

Styring og kontroll av virksomheten: SAK har opprettet en kvalitetsportal med hjelpemidler for saksbehandlerne for å fremme kvaliteten på saksbehandlingen. Arbeid med forbedring av denne portalen har medført en stor økning i forbedringsforslag i 2014, mens antall avvik er redusert: Av de 22 registrerte avvikene har 12 blitt avdekket ved interne revisjoner og 10 feil og mangler ved dokumentasjon er påpekt av eksterne instanser.

SAK har som mål å foreta 10 månedlige revisjoner av saksbehandling før utsendelse, og 12 internrevisjoner årlig. I 2014 ble det utført til sammen 10 saksbehandlingsrevisjoner og 3 internrevisjoner. SAK utfører også stikkprøvekontroller for å avsløre forfalskede dokumenter. Det ble i 2014 utført 90 slike verifikasjoner. Det ble ikke avslørt forfalskninger på denne måten, men de mener at stikkprøvene har en forebyggende effekt. Dokumentasjonen etterprøves også ved mistanke eller etter tips, og det ble i 2014 foretatt 2 politianmeldelser.

Etatstyret er tilfreds med at SAK har fokus på kvalitet i saksbehandlingen. På dette området må det arbeides med kontinuerlig forbedring også i tiden framover, og mulighetene for kvalitetsforbedring og -kontroll ved elektronisk saksbehandling må utnyttes når denne blir innført.

Framtidsutsikter: Den viktigste satsingen for SAK det nærmeste året er utvikling av elektronisk søknadsportal og koblingen av denne opp mot elektronisk saksbehandlingssystem og arkiv. Et slikt system vil gjøre det enklere for søkerne å få oversikt over all dokumentasjon som må sendes inn, og

kommunikasjonen mellom søker og saksbehandler blir lettere. For SAK blir det også lettere å validere dokumenter, holde oversikt og ta ut statistikker.

Økonomi: SAK hadde i 2014 en budsjetttramme på vel 34 millioner kroner, hvorav ca. 29 millioner kroner var budsjetterte gebyrinntekter. Til tross for reduksjon i antall søknader fra året før, ble gebyrinntektene vel 3 millioner høyere enn budsjettert. Sammen med en merinntekt på 1,5 millioner på refusjoner og et merforbruk på 2,9 millioner i driftsutgifter, ble statens andel av SAKs utgifter redusert fra 9,4 til 7,7 millioner. Det mellomliggende beløp søkes overført til 2015 for å bidra i finansieringen av det nye elektroniske søknadssystemet.

Etatsstyrer er tilfreds med SAKs økonomiske resultat for 2014.

## 7.2. Sammendrag av pasient og brukerombudenes årsmeldinger POBO

---

Årsmelding 2014: Pasient- og brukerombudene (POBO) i Norge

I 2014 mottok landets pasient- og brukerombud 14 063 saker mot 14 433 året før. Det er en nedgang på 2,6 %. Hver sak kan omfatte problemstillinger knyttet til flere tjenestesteder.

Antall saker som omhandler kommunale helse- og omsorgstjenester økte med 12 % fra 2013 til 2014. Flest henvendelser er rettet mot fastlegeordningen og sykehjem. Økningen i antall kommunale saker er i tråd med vårt oppdrag. Vi registrerer at det fortsatt er et udekket behov for bistand når det gjelder kommunale tjenester.

Antall saker som gjelder spesialisthelsetjenesten er uendret. Det var størst sakstilfang på områdene ortopedisk kirurgi, psykisk helsevern for voksne og kreftbehandling.

Ombudenes anbefalinger:

### Fastlegeordningen

- Fastlegenes rolle i helsetjenesten må evalueres
- Pasienter må tilbys kopi av henvisninger, epikriser og prøvesvar
- Pasienter som bruker flere legemidler bør alltid få med seg en oppdatert legemiddelliste etter konsultasjon hos fastlege

### Sykehjem

- Helsetjenestene i kommunene må innlemmes i meldeordningene til Nasjonalt kunnskapssenter og Statens helsetilsyn
- Det bør i større grad føres stedlig tilsyn med sykehjem, og pasienter og pårørende må involveres i tilsynet

### Samhandlingsreformen

- Epikrise må følge med når en pasient skrives ut fra sykehus til hjelpetiltak i kommunen. Kopi må gå til pårørende og kommunen. Det er sykehuset som må beskrive hjelpebehovet, men kommunen avgjør hvordan behovet skal dekkes

#### Kommunal saksbehandling

- Det må iverksettes tiltak for å styrke kompetansen til kommunale saksbehandlere.
- Pasienter, brukere og pårørende må tilbys en felles og oppdatert serviceerklæring med kortfattet informasjon om sine rettigheter

#### Helseforetakenes klagesaksbehandling

- Helseforetakene må sørge for at klager behandles i samsvar med klagereglene pasient- og brukerrettighetsloven

#### Klage- og tilsynsmyndighetene

- Tilsynsmyndighetene må ha tilstrekkelige ressurser og en organisering som ivaretar deres uavhengige rolle overfor helse- og omsorgstjenesten

### 7.3. HELFO

---

HELFOs hovedoppgaver er å yte servicetjenester og veiledning til borgere og helseaktører, behandle individuelle søknader om legemidler og medisinsk forbruksmateriell og kontrollere og utbetale refusjon til behandlere og tjenesteytere. Etatstyrers vurdering tar utgangspunkt i årsrapporten for 2014. Hovedresultatene gjengis og måloppnåelse kommenteres.

HELFO veiledning for privatpersoner og HELFO veiledning for helseaktører hadde flere enn 732 000 telefonhenvendelser for veiledning og servicetjenester i løpet av 2014. Antall henvendelser var 30 prosent høyere enn i 2013. En kraftig økning av antall henvendelser første halvår 2014 hadde i stor grad sammenheng med utfordringer i oppstarten av ny organisasjonsløsning i HELFO og økte saksbehandlingstider, samt nye telefontjenester.

Brukerundersøkelser blant borgerne viser at 85 prosent var fornøyde med den samlede serviceopplevelsen i kontakten med HELFO i 2014. Kravet er at 90 prosent skal være fornøyd. Kvaliteten på tjenesten ble opplevd som svært god, men opplevd ventetid på tjenestene trakk ned totalinntrykket. Tilsvarende var 77 prosent av helseaktørene fornøyde. Antall epost-henvendelser fra borgerne har økt fra 21 300 i 2013 til 39 400 i 2014 (85 prosent økning). Brukerne hadde i hovedsak spørsmål om utlandsområdet, frikort og servicetjenester. 95 prosent ble besvart innen to dager som tilsvarende resultatkravet. Antall besøk på internett siden helfo.no var 6,5 millioner og innebærer en økning på 7,6 prosent sammenlignet med 2013. Tre av fire fastlegebytter skjedde via selvbetjeningsløsningen på nett.

Etatsstyrers vurdering er at HELFOs service- og veiledningstjenester er av meget god kvalitet. HELFO har en unik brukerkontakt gjennom et stort antall henvendelser gjennom flere kanaler. I første del av 2014 var imidlertid ventetiden for flere av telefontjenestene for lang og tilgangen for brukerne ikke god nok. Manglende måloppnåelse for saksbehandlingstider gir seg raskt utslag i økt antall henvendelser og lengre ventetider på telefon. Etatsstyrer er godt tilfreds med at ventetidene høsten 2014 er brakt ned på et normalt nivå igjen, og at vanskeligere tilgjengelighet i 2014 ikke har endret publikums oppfatning av den innholdsmessige kvaliteten på tjenestene.

HELFO pasientformidling fikk i 2014 i alt 860 henvendelser hvorav 570 viste seg å være fristbrudd. HELFO formidlet behandlingstilbud i 75 av sakene. Antall fristbrudd meldt til HELFO i 2013 var til sammenligning 1 210 saker, hvorav HELFO formidlet behandlingstilbud i 373 saker. Det har følgelig vært en kraftig nedgang i både antall henvendelser og formidlinger. Kravet om formidling i løpet av 14 dager er overholdt, og brukerundersøkelser viser at 91 prosent var tilfreds med den hjelpen de fikk fra HELFO. HELFO håndterte i 2014 over 600 000 oppgjørsmeldinger fra helseaktører hvorav 86 prosent er elektronisk fremsatt over linje. Det er store forskjeller mellom behandlergruppene mht. elektronisk innsending. 81 prosent av legene, 67 prosent av tannlegene, men kun 2 prosent av fysioterapeutene sender elektronisk over linje. Oppgjørene ble i det all vesentligste utbetalt til rett tid (5 virkedager for elektroniske krav, 1 måned for manuelle/CD/diskett).

Antall § 5-24 a saker – planlagt utlandsbehandling utenom sykehus – økte med 17 prosent fra 2013 til 2014. Det ble utbetalt refusjoner for i alt 34,5 mill. kroner hvorav 67 prosent er for fysioterapibehandling og 29 prosent er for tannbehandling. Kravet om ingen saker over ytre grense er ikke oppnådd. Antall saker over ytre grense har i løpet av året vært oppe i ca. 1 100 saker, men var ved utgangen av 2014 på i alt 177 saker.

Saksbehandlingstiden for frikort tak 2 har i 2014 vært lengre enn resultatkravet på to uker. Gjennomsnittlig saksbehandlingstid var i 2014 på 23,5 dager. Det er utstedt frikort tak 1 (automatisk frikort) til vel 1,1 mill. innbyggere i 2014 innen 8-10 dager fra siste egenandel er registrert.

Etatsstyrer er tilfreds med måloppnåelsen i 2014 for behandlingsrefusjon. Unntaket er utlandsområdet og frikort tak 2 hvor ytre grense for saksbehandling er overskredet for mange av sakene. På utlandsområdet er imidlertid utviklingen positiv utover i 2014.

Legemidler inkludert medisinsk forbruksmateriell, leger, fysioterapeuter og tannleger var prioriterte områder for kontroll i 2014. Resultater av den samlede kontrollvirksomheten er 4 anmeldelser, 8 behandlere ble fratatt retten til å praktisere på Trygdens regning, 46 behandlere/tjenesteytere ble pålagt å endre praksis og det ble tilbakekrevd 22,5 mill. kroner.

Tilbakekrevd beløp er halvert i forhold til 2013, og førstegangskontroller ble ikke prioritert i 2014. Etatsstyrers vurdering er at HELFO etter hvert vil få effekt av omorganiseringen fra regionale kontrollmiljøer til etablering av en nasjonal linje, men at resultatene for 2014 er preget av omstilling. Det vil i løpet av første halvår 2015 iverksettes en automatisert førstegangskontroll av oppgjør. Etatsstyrer er videre opptatt av at hele virkemiddelkjeden tas i bruk, og er tilfreds med at HELFO i



tillegg til aktiv kontroll også legger vekt på preventive virkemidler og jobber kunnskapsbasert i sin oppfølging av samhandlerne.

Kravet om null saker over ytre grense for saksbehandling av stønad til legemidler og medisinsk forbruksmateriell ble ikke nådd i 2014. Gjennomsnittlig saksbehandlingstid var ved inngangen til 2014 på 10 dager. Ny organisering, økt saksinngang og kompetansebehov innebar at gjennomsnittlig saksbehandlingstid økte utover våren til 20 dager i mai måned. Gjennom dugnad og ekstrainsats ble ytre grense saker og gjennomsnittlig saksbehandlingstid bygget ned i løpet av 2. tertial. Overføring av legemiddelområdet til ny løsning for saksbehandling i oktober har imidlertid ført til at gjennomsnittlig saksbehandlingstid igjen har steget til 25 dager i desember med økning av antall saker over ytre grense som konsekvens. Ytre grense er 4 uker for prioriterte saker og 8 uker for øvrige saker.

Etatsstyrers vurdering er at HELFO ikke har oppfylt resultatkravet mht. saksbehandlingstider. Det har vært tett styringsdialog omkring manglende resultatoppnåelse i hele 2014 og HELFO har lagt frem og gjennomført tiltak. Innføring av legemiddelområdet i HESA i oktober måned har ført til en utfordrende inngang i 2015. Direktoratet mener de tiltak som HELFO igangsetter vil bidra i riktig retning og vil gi en bedring av saksbehandlingstider utover i 2015.

Det er i 2014 behandlet 572 klager i 2. instans (HELFO Klage og anke) hvorav 9,3 prosent av sakene ble omgjort. Antall omgjøringer for legemidler og medisinsk forbruksmateriell har økt betydelig fra 2013 til 2014. Vel 60 prosent av klagesakene er på området legemidler, medisinsk forbruksmateriell og bidrag, mens 12 prosent omhandler oppgjør. 47 klagesaker er tatt videre til Trygderetten og kun én sak ble omgjort, og da som følge av endringer av regelverk. Ved årsskiftet hadde HELFO 111 klagesaker over ytre grense (ytte grense er til sammen 6 måneder for 1.instans og 2.instans).

Antall innkomne klagesaker i 2013 og 2014 er langt lavere enn årene før. Årsaken til nedgangen i 2014 kan skyldes restanser i saksbehandlingen. Det vil i så fall føre til at antall klagesaker vil stige etter hvert som restanser bygges ned. Etatsstyrers oppfatning er at mangel på omgjøringer i Trygderetten er en klarindikasjon på god kvalitet i klagesaksbehandlingen. Samtidig er det uheldig at det fortsatt er mange saker over ytre grense, spesielt siden klagesaksbehandling er en del av en lengre saksbehandlingsprosess.

Etatsstyrer oppfatning er at HELFO i 2014 har vært utviklingsorientert og en aktiv mottaker av nye oppgaver og ansvar. Innenfor kommunikasjon har HELFO arbeidet med overføring og videreutvikling av informasjon til privatpersoner til helsenorge.no, samt etablering av helfo.no som nettsted for informasjon til helseaktørene. HELFO overtar fra 2015 driften av Helsedirektoratets informasjonstelefon (beredskapstelefon) og er klar til å håndtere oppgaven som Nasjonalt kontaktpunkt, jf. pasientrettighetsdirektivet. HELFO har deltatt aktivt inn i utviklingen av saksbehandlingsverktøyet HESA og har i løpet av 2014 implementert ny løsning for flere fagområder. HELFO vil i 2015 få nye oppgaver knyttet til Fritt Behandlingsvalg, Pasientrettighetsdirektivet og endringer i Pasient- og brukerrettighetsloven. I 2014 har HELFO gitt viktige bidrag til utredning og planlegging av de nye ordningene.

HELFO har per 31.12.2014 i underkant av 550 forpliktete årsverk (inkludert permisjoner, sykefravær etc.) hvorav 522 årsverk var faktisk avlønnete. Sykefraværet var på 6,9 prosent mot 7,6 prosent i 2013.

Regnskapsresultat per 31.12.2014 viser et merforbruk på 6,3 mill. kroner i forhold til tildelt budsjett på 343,6 mill. kroner. Avviket skyldes effektiviseringskrav på 5,3 mill. kroner og at manglende bemanningsendringer i 2014 vanskeliggjorde realisering av forutsatte gevinster på 3,3 mill. kroner. Det er i tillegg påløpt omstillingskostnader for iverksetting av ny organisasjonsløsning og det har vært nødvendig med midlertidige stillinger for å løse driftsutfordringer. Det er imidlertid gjennomført kostnadsreduksjoner tilsvarende 4 mill. kroner og betinget tilsetningstopp. Direktoratet har hele tiden vært godt orientert om budsjettmessige utfordringene og iverksatte tiltak. På denne bakgrunn er etatsstyrers vurdering er at HELFO har en god økonomistyring.

#### **7.4. Nasjonalt kunnskapscenter (NAKS)**

---

Årsrapporten er Kunnskapscenterets samlede virksomhetsrapportering i tråd med kravet i tildelingsbrevet fra Helsedirektoratet, samt kravene i reglementet for økonomistyring i staten.

Rapporten oppsummerer aktiviteter og resultater for 2014, både per virksomhetsområde og sett i forhold til oppgaver gitt i tildelingsbrevet fra Helsedirektoratet.

##### **Hovedtall:**

###### Kunnskapsoppsummeringer

Kunnskapscenteret har en sentral rolle i utvikling og iverksetting av system for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten, blant annet har senteret ledet arbeidsgruppen som har utredet metodevarslingsfunksjonen.

Kunnskapscenteret har nådd målene i forhold til virksomhetsplanen for 2014. Det gjelder både for publikasjoner og støtte/undervisningsaktivitet.

Det er levert fem omfattende metodevurderinger i system for innføring av nye metoder, hvorav to med helseøkonomiske analyser. Kunnskapscenteret har brukt mye tid og ressurser på å iverksette det nye systemet for innføring av nye metoder. I løpet av høsten 2014 har det vært gjennomført tre bestillerforum RHF og Kunnskapscenteret har mottatt bestillinger på to fulle metodevurderinger og fire hurtig metodevurderinger. Kunnskapscenteret har ledet arbeidet med å utrede metodevarslingsfunksjonen og levert rapport på dette. Det er også utarbeidet en rapport og metode for hurtig metodevurdering og for innsending av søknad fra produsent.

Det er brukt betydelige ressurser på bidrag i retningslinjeprosesser i regi av Helsedirektoratet og i prosedyreprosjektet, et arbeid som i stor grad består av kunnskapshåndteringsbistand til faggrupper-

###### Kvalitet og pasientsikkerhet

Kunnskapssenteret arbeider med kvalitetsmåling nasjonalt og internasjonalt, kvalitetsforbedringsmetoder og – prosesser, og har oppgaven som Nasjonal enhet for pasientsikkerhet. Arbeidet har i 2014 gått etter plan, og produktiviteten har vært høyere enn planlagt på de fleste områder.

Kunnskapssenteret drifter tre meldesystemer, § 3-3 Meldeordningen, hemovigilanssystemet (overvåking av blod) og meldesystemet for celler og vev. I § 3-3 Meldeordningen er det mottatt nærmere 10.000 meldinger fra spesialisthelsetjenesten, mens det ble mottatt 9540 i 2013. Det vil si at situasjonen er nokså stabil. Det er publisert tre læringsnotater fra meldeordningen. Disse har omhandlet Uønskede hendelser under svangerskap, fødsel og barseltid, Varmetiltak kan gi brannskade, Uønskede pasienthendelser knyttet til prøver og undersøkelser. Det er oversendt 5 læringsnotater til tjenesten.

Kunnskapssenteret har publisert tilsammen 10 PasOpp-rapporter i løpet av året.

Det er blant annet

- undersøkelsen blant voksne pasienter med døgnopphold innen psykisk helsevern
- undersøkelsen blant pasienter med døgnopphold innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling
- undersøkelsen om pasienterfaringer med døgnenheter ved sykehus
- undersøkelsen om fastlegers vurdering av distriktspsykiatriske sentre (DPS).

### Formidling

I tillegg til informasjonsvirksomhet som omfatter publisering og formidling av rapporter, læringsnotat og annet innhold og tjenester som drives i Kunnskapssenteret, har Kunnskapssenteret ansvar for Helsebiblioteket.

Kunnskapssenteret og Helsebiblioteket har etablert en ny søketjeneste som en veiviser til oppsummert forskningslitteratur for klinikere og beslutningstagere i helsetjenesten og -forvaltningen. 62 spørsmål om effekt av tiltak ble besvart og publisert. I 2014 opplevde Helsebiblioteket.no en klar økning i bruk av nettsidene (fra 219 000 besøkende per måned i gjennomsnitt i 2013, til 278 000 i 2014) I tillegg til trafikk til nettsidene kan brukerne gå rett til kildene Helsebiblioteket abonnerer på, og denne trafikken er også økende for flere av kildene.

### Internasjonalt arbeid

Kunnskapssenteret bidrar i mange internasjonale oppdrag, støtter WHO og NORAD og leder arbeidspakker i flere EU-finansierte prosjekt. I 2014 er det publisert åtte Cochrane- eller Campbell-oversikter eller protokoller.

Kunnskapssenteret har ansvar for sekretariatet for Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten. Evalueringen av rådet ferdigstilles i februar.

Aktivitetstall, oppsummert:\*

Resultatmål	2012	2013	2014	Mål 2014
Kunnskapssenterpublikasjoner	72	66	91	104
Formidling av andres oppsummeringer	90	60	25	10
Bidrag i prosesser	87	88	74	104
Artikler/bokkapitler	231	220	156	159
Abstracts og postere	50	41	40	35
Undervisnings dager	196	196	159	185
Foredrag/presentasjoner	312	353	245	239
Besøkende på Kunnskapssenteret.no (månedlig gjennomsnitt)			25 913	25 400
Besøkende på Helsebiblioteket.no (månedlig gjennomsnitt)			278 000	175 000
Besøkende på Kvalitetogprioritering.no (for hele året)			24 183	22 000
Omtaler i aviser og tidsskrifter	1550	1 743	1 824	2 000
Andel prosjekter uten avvik fra prosjektplan (grønt lys)	91 %	82 %	81 %	0 %
Antall fullførte doktorgrader	2	-	2	2
Turnover (andel ansatte i fast stilling som fratrer)	5,4 %	3,0 %	0,0 %	0,0 %
Korttidsfravær (egenmeldt)	0,9 %	1,4 %	0,0 %	0,0 %
Sykefravær totalt	3,8 %	3,4 %	0,0 %	0,0 %
Avvik fra utgiftsbudsjett, kontantregnskap	0,9 %	1,7 %	0,0 %	0,0 %

\*- tall på personalområdet er under oppdatering og ferdigstilling

### Økonomi

Den økonomiske situasjonen i Kunnskapssenteret er i økende grad krevende. Spesielt for meldeordninger og systemet for innføring av nye metoder i spesialist-helsetjenesten er det krevende å utføre oppdraget med tilstrekkelig god kvalitet innenfor de økonomiske rammene Kunnskapssenteret har fått. I tillegg har en svak kronekurs det siste året gitt betydelige ekstra kostnader for Helsebiblioteket som har de fleste av sine lisenser og abonnementer i utenlandsk valuta.

Kunnskapssenteret har gitt en følgende oppsummering av regnskapsresultatet for året:

*Kunnskapssenteret har for 2014 mottatt en samlet tildeling på kr. 179 660 408. Av dette er kr. 164 409 000 tildelinger på eget driftskapittel 0725.01 i statsbudsjettet, og kr. 15 251 408 er belastningsfullmakter mottatt fra Helsedirektoratet gjennom året. Kunnskapssenteret har en inntektsfullmakt på inntektskapittel 3725 på kr. 141 000.*

*Regnskapet for 2014 viser totale driftsutgifter på eget driftskapittel på kr. 212 052 711. Dette utgjør en merutgift på kr. 47 643 711. På inntektskapittel 3725 viser regnskapet innbetalinger på kr. 46 302 232 som utgjør en merinntekt på kr. 46 161 232. Netto utgjør dette en merutgift på kr. 1 482 478. Belastningsfullmakter mottatt fra Helsedirektoratet er benyttet i sin helhet.*

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

Nettoreultatet for året er et merforbruk på kr. 1 482 478 eller 0,9 % av tildelingen. Merforbruket skyldes generell høy aktivitet.

### Oppsummering

Etatstyrer finner årsrapporten god, oversiktlig og representativ for virksomhet og oppgaver som Kunnskapssenteret skal løse etter de planer og mål som foreligger. Kunnskapssenteret har god produksjon og løser oppdrag i samarbeid og forståelse med etatstyrer.



**Postadresse:** Pb. 7000,  
St. Olavs plass, 0130 Oslo

**Telefon:** +47 810 20 050

**Faks:** +47 24 16 30 01

**E-post:** [postmottak@helsedir.no](mailto:postmottak@helsedir.no)

[www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)