

Årsrapport 2019

Innhold

1. LEDERS BERETNING	3
2. INTRODUKSJON TIL VIRKSOMHETEN OG HOVEDTALL	7
2.1 OMTALE AV VIRKSOMHETEN OG SAMFUNNSOPPDRAK 2019	7
2.2 OMTALE AV ORGANISASJONEN	7
2.3 NØKKELTALL FRA ÅRSREGNSKAPET	10
3. ÅRETS AKTIVITETER OG RESULTATER	11
FRA TILDELINGSBREV	11
3.1 FOLKEHELSE	11
3.2 KOMMUNALE HELSE- OG OMSORGSTJENESTER	15
3.2.1 Omsorgstjenester	15
3.2.2 Primærhelsetjenester	18
3.2.3 Psykisk helse og rus	23
3.2.4 Tannhelsetjenester	27
3.3 SPESIALISTHELSETJENESTER	28
3.4 BEREDSKAP	29
3.5 INTERNASJONALT SAMARBEID	30
3.6 FINANSIERING, HELSEREFUSJONER OG HELSEREGISTRE	31
3.7 KVALITET, PASIENTSIKKERHET OG BRUKERINVOLVERING	35
3.8 FORSKNING OG INNOVASJON	38
3.9 PERSONELL OG KOMPETANSE	39
ANDRE AKTIVITETER	42
3.10 TILSKUDDSFORVALTNING	42
3.11 DIGITALISERING	44
3.12 HELSEDIREKTORATETS SEKTOR- OG BRUKERRÅD	44
4. STYRING OG KONTROLL I VIRKSOMHETEN	46
4.1 OVERORDNET VURDERING AV STYRING OG KONTROLL	46
4.2 NÆRMERE OMTALE AV VESENTLIGE FORHOLD VED STYRING OG KONTROLL	47
4.3 IKT PORTEFØLJESTYRING	47
4.4 RISIKOSTYRING OG INTERNKONTROLL	47
4.5 INTERNREVISJON	47
4.6 RIKSREVISJONEN	48
4.7 INFORMASJONSSIKKERHET OG PERSONVERN	48
4.8 FELLESFØRINGER	48
4.8.1 Inkluderingsdugnad og 5 %-målet	48
4.8.2 Motvirke arbeidslivskriminalitet	49
5. VURDERING AV FREMTIDSUTSIKTER	49
6. ÅRSREGNSKAP	50
7. ETATSTYRERS VURDERING AV YTRE OG UNDERLIGGENDE ETATER	63
7.1 PASIENT OG BRUKEROMBUDET (POBO)	63
7.2 HELSEØKONOMIFORVALTNINGEN (HELFO)	69

VEDLEGG

1. Rapportering oppdrag fra årets og tidligere års tildelingsbrev
2. Rapport - oversikt faste oppgaver
3. R-115 Årsregnskap 2019 Helsedirektoratet
4. Årsrapport 2019 Helseøkonomiforvaltningen (HELFO)
5. Årsrapport 2019 Pasient- og brukerombudene (POBO)

1. LEDERS BERETNING



Helseidretør Bjørn Guldvog

Samfunnsoppdraget

God helse er for samfunnet den viktigste forutsetningen for bærekraft, sosial og økonomisk utvikling. Dette er også noe av forklaringen på hvorfor vi er så stolt av samfunnsoppdraget som Helseidretoratet har. God helse og gode liv angår alle og er viktig for alle. Prioritering er et nøkkelord for at vi skal kunne fylle vårt samfunnsoppdrag. Det skal handle om pasientens helsetjeneste og den informerte bruker.

2019 har vært et spennende år for Helseidretoratet. Etter en større nedbemanning i 2017, ny organisasjonsmodell og flytting til nye lokaler i 2018, har vi i 2019 jobbet med å levere enda bedre som et enklere, mer effektivt og samordnet direktorat. På denne måten understøttes aktiviteter som har størst verdi for oppdragsgiverne og med effekt helt ut til brukeren.

I vår nye utviklingsstrategi har vi derfor identifisert fire utviklingsområder for vårt eget arbeid. Først og fremst skal det handle om pasientens helsetjeneste og den informerte bruker. Brukermedvirkning er sentralt i vårt arbeid.

Hva kan vi gjøre bedre?

Vår visjon – god helse og gode liv

For at Helseidretoratet skal kunne følge med på forhold som påvirker folkehelsen og utviklingen av helse- og omsorgstjenesten trenger vi ulike typer kunnskap – fra analyser basert på store tall i våre sentrale registre til mer levende beskrivelser tettere på enkeltmennesker.

Som fag- og myndighetsorgan trenger vi både bredde og dybde for å gi råd og veiledning om strategier og tiltak. Det preger vårt daglige samarbeid med andre. Det gjelder også for vår forvaltning av helselover og forskrifter, de mange tilskuddsordningene vi har og ikke minst er det avgjørende for å kunne lede og koordinere helsesektorens innsats i en krise. Samlet satt handler det om å legge til rette for god helse – gode liv.

En helsetjeneste av høy kvalitet

I fjor høst konkluderte OECD med at Norge har et av verdens beste helsevesen. Kvaliteten på tjenestene og resultatet for befolkningen skåret høyt. Det er en anerkjennelse av det gode arbeidet som utføres på alle områder og nivåer i tjenesten, og som vi som nasjon har all grunn til å være stolt av. Vi ligger også helt i øvre sjikt når det gjelder årsverk og bemanning sammenliknet med andre land.

Fortsatt vekst i årsverk og bemanning er utfordrende, og en av våre viktigste oppgaver er finne gode løsninger for fremtidens pasienter og brukere innenfor begrensede rammer. Nøkkelord er god forebygging, tidlige effektive intervensjoner, bedre helsekompetanse i befolkningen, kompetanseløft i helsetjenesten, ny teknologi, organisering og ledelse, planlegging og prioritering.

Unngå sykdom og ulikhet i helse ved tidligere og mer effektive intervensjoner

OECD pekte nettopp på at vi kan skape mer helse ved tidligere intervensjoner i primærhelsetjenesten og større vekt på forebyggende tiltak. Det er også her ulikheter i helse oppdages først, og det er utenfor sykehus at tiltakene for utjevning hovedsakelig finnes. Primærhelsetjenesten i Norge har en relativ mindre andel av ressursene enn det som er tilfelle i noen av våre naboland. Dette innspillet kan handle om prioritering og det er naturlig å jobbe videre med dette fremover.

Fire prioriteringer

Brukeren først

Helsedirektoratet ønsker å sette brukeren først når vi utvikler og forbedrer løsninger. De 16 medlemmene i Brukerrådet vårt hjelper oss med å forstå hvordan de viktige sakene sees fra deres ulike perspektiv.

I 2019 har vi fått tilbakemeldinger på hvordan Helsedirektoratet kan jobbe bedre med pasienter og brukeres rettigheter, digitalt utenforskap og helsehjelp, oppdrag knyttet til fastlegeordningen, overdiagnostikk og brukervedvirkning, egenandeler ved telefonkonsultasjoner og videreutviklingen av velferdsteknologien. Brukerrådet hjelper oss å se sammenhenger på nye måter, og veileder oss i å finne løsninger som fungerer bedre for alle brukergrupper. Ofte gjelder det å finne de riktige beslutningspunktene i en prosess hvor brukerstemmen skal veie tyngst.

Brukerrådet hjelper oss med å forstå hvilke forutsetninger og hvilken drivkraft brukerne selv kan ha for å fremme egen helse og egne muligheter. Utviklingen i skreddersydde løsninger gjennom teknologi og helsefag gir muligheter for å understøtte både brukerne selv, helsesystemet og samfunnet forøvrig.

Gode analyser, digitalt førstevalg, effekt helt ut

De tre andre utviklingsområdene vi vil prioritere er gode analyser, digitalt førstevalg og effekt helt ut. Til sammen mener vi at alle fire områder vil bidra til at vi klarer opprettholde et bærekraftig helsevesen.

Noen viktige områder vi har hatt oppmerksomhet på i 2019

Team nær pasienten

Pilotprosjektet med primærhelseteam i fastlegepraksis er godt i gang i ni kommuner. I løpet av høsten 2020 skal Helsedirektoratet bidra til at ordningen utvides til seks nye kommuner. Ordningen innebærer at en sykepleier til dels avlaster fastlegen og dels gjør andre oppgaver. Et av målene er at oppfølgingen av pasienter med kroniske sykdommer skal bli bedre. Vi jobber også på flere måter med godt innhold og struktur på spesialistutdanningen til allmennlegene, slik at det skal bli mer attraktivt å starte opp som fastlege. Dette er på ingen måte tenkt å løse fastlegemangelen, men vil være et supplement og kunne bidra til bedre oppfølging av pasientene i førstelinjen.

Mer persontilpasset behandling

Utprøvende behandling i spesialisthelsetjenesten er et område som vil kreve stadig mer av oss. Utviklingen går i retning av å ta i bruk behandlingsmetoder der sikkerhet og effekt ikke er like godt dokumentert som det vi vanligvis krever. En mer persontilpasset medisin medfører at det må legges til rette for å tilby utprøvende behandling også utenfor kliniske studier. For Helsedirektoratet var det derfor viktig at vi i fjor publiserte den første veilederen for utprøvende behandling og fikk etablert et bredt sammensatt fagråd for persontilpasset medisin.

Fremtidsrettede tjenester

Pakkeforløp for bedre kvalitet

Etter innføringen av pakkeforløp for kreft, fikk Helsedirektoratet ansvaret for utvikling av pakkeforløp for rus og psykisk helse, lansert på tampen av 2018. Den første evalueringsrapporten kom ved årsskiftet og viser at det er

store variasjoner i hvor langt helseforetakene er kommet med implementering av pakkeforløpet. Dette er ikke helt uventet, i og med at pakkeforløp psykisk helse og rus er komplisert. I motsetning til pakkeforløp for kreft, omfatter pakkeforløp psykisk helse og rus hele forløpet fra pasienten henvises fra primærhelsetjenesten til spesialisthelsetjenesten og til et samarbeid mellom tjenestene er etablert etter utskrivning. Gjennom pakkeforløpene forsøker vi å skape sømløse pasientforløp som sikrer effektive og likeverdige tjenester i hele landet.

Enklere digitale tjenester (EDiT)

EDiT er et stort e-helseprosjekt som Helsedirektoratet har ansvar for. Det skal legge til rette for at pasientene som samhandler med helseøkonomiforvaltningen (HELFO), enkelt får det de har krav på. For eksempel skal pasienter slippe å måtte legge ut for behandling og så søke om refusjon. De vil få raskere behandling av blåresepsøknader og digitalt frikortbevis. I tillegg skal alle få tilgang til egne data på helsenorge.no.

Samtidig er målet at leger og behandlere skal bruke mindre tid på administrasjon. EDiT vil både medføre en forenkling av regelverket, gi støtte til valg av riktige takster og søknader og vi vil få et godt arkiv for tidligere vedtak. Ved årsskiftet var prosjektet halvveis, og de første delleveransene er allerede tatt i bruk. Kostnadene er beregnet til 140 millioner kroner over tre år, men effektiviseringsgevinsten er beregnet til å utgjøre 400 millioner kroner over til sammen 10 år.

Sammen om forebygging

Et sunnere kosthold

Noe av det viktigste vi kan gjøre for å unngå sykdom, er å forbygge før sykdom inntreffer. En viktig forutsetning for god helse er et sunt kosthold. Det er derfor gledelig at sukkerforbruket i Norge fortsetter å falle. Tall fra "Utviklingen i Norsk kosthold 2019" viser at sukkerforbruket er redusert med 27 prosent de siste 10 årene. Dette er resultater som er oppnådd gjennom et godt samarbeid med næringsmiddelindustrien og gjennom kommunikasjonskampanjer. Samtidig ser vi at tilliten til myndighetens kosthold har økt jevnt de siste syv årene. Til tross for et stadig økende antall kostholdsblogger, svarer syv av ti at de har tillit til våre kostråd.

Gledelig fall i dødelighet

Blant regjeringens mål for folkehelsepolitikken er WHO's mål om å redusere tidlige dødsfall av ikke-smittsomme sykdommer med 25 prosent innen 2025. Nå viser ferske beregninger at målet ble nådd allerede i 2018-2019. Sykdommene som inngår i målet, er hjerte- og karsykdommer, kreft, diabetes og kols. I 2010 døde 6 008 personer av ikke-smittsomme sykdommer før 70-års alder. Tallet var redusert til 5 102 dødsfall i 2018. Dette tilsvarer en nedgang på 906 for tidlige dødsfall og er et svært gledelig resultat.

Krevende og viktig å forebygge selvmord

Forebygging av selvmord ble nylig satt på den nasjonale dagsorden. I løpet av høsten gjennomførte Helsedirektoratet den første befolkningsundersøkelse om selvmord. Hensikten var å innhente opplysninger om befolkningens holdninger til selvmord og deres kjennskap til hvor de kan få hjelp. De foreløpige konklusjonene viser at 72 prosent mener at man kan forhindre at en person tar sitt eget liv, og at nesten alle, 91 prosent, mener at depresjon er en sykdom som kan behandles. Nesten like mange, 89 prosent, mener at selvmord kan forebygges. I motsetning til mange andre områder i helsetjenesten som utvikler seg i en god retning, har selvmordstallene vært stabile over lang tid. Den forestående nasjonale strategien for å forebygge selvmord blir derfor viktig. Arbeidet må intensiveres både i helsetjenesten og i samfunnet for øvrig.

Store utfordringer og stort engasjement

Antibiotikaresistens

Antibiotikaresistens er en annen stor utfordring, både nasjonalt og globalt. I Europa tar antibiotikaresistens like mange liv årlig som influensa, tuberkulose og HIV/AIDS til sammen. I Norge har vi oppnådd gode resultater, men vi er ikke i mål. Fra vår side vil vi fortsette å jobbe med å få ned antibiotikabruken, og vi mener at bør være mulig å nå alle de fem målene i Handlingsplan mot antibiotikaresistens. Konsekvensene av å ikke ha tilgang til antibiotika kan bli en veldig alvorlig situasjon for oss. Vi ser en økning i resistente bakterier over hele verden. Norge er en del av et større økosystem - det er viktig at vi gjør vår del av jobben. Helsedirektoratet arbeider med sammen med flere andre etater både når det gjelder antibiotikasituasjonen og tilgang til andre legemidler.

Global helse

Som en liten nasjon kan ikke Norge løse alle sine helseutfordringer på egenhånd. Både når det gjelder forskning, produksjon av legemidler, utvikling av nye behandlingsmetoder og helsetjenester, nyter vi godt av internasjonalt samarbeid. Derfor er det godt at også vi kan bidra med bistand til andre land. Ved juletider bidro Norge med et helseteam i arbeidet med å bekjempe meslingutbruddet på øystaten Samoa i Stillehavet. Det er et lite, men viktig signal om at norsk helsevesen er en del av noe større.

De nære ting

Barn og unge

Barn og unge opptar meg i særlig grad. De siste årene har det kommet mye ny kunnskap om hvor viktig de første årene er for helseutviklingen gjennom hele livet. Om hvor skadelig det kan være for barn å bli utsatt for vold og overgrep eller utenforskap. Når hver kvinne i gjennomsnitt nå føder 1,56 barn, mot over 2 for 10 år siden, illustrerer det hvor viktig det er å ivareta hvert enkelt barn og ungdom, og investere mye i at de lykkes i å mestre liv, skole, utdanning og arbeid. Derfor prioriterer vi 0-24 samarbeidet, nye digitale løsninger for ungdom (Digiung) og strategier for kunnskapsbasert arbeid med utsatte barn og unge (Barnogunge21 strategien). Alle initiativene krever samarbeid på tvers av sektorer og å rive ned siloer.

Demens

Demens er et annet område av stor betydning for enkeltmennesker og samfunnet. Registerdata viser at 45.000 personer er registrert med en demensdiagnose. Samtidig antyder beregninger fra Alzheimer Europe at antall personer med demens i Norge er langt høyere, sannsynligvis over 80.000. Helsedirektoratet er ansvarlig for gjennomføring av Demensplan 2020 (2016-2020). Som del av Demensplan 2020 gjennomføres en nasjonal informasjonskampanje om demens, som har topp i mars 2020. Gjennom kampanjen legger vi opp til at flere skal få diagnose til rett tid, samtidig som vi ønsker å bryte ned stigma knyttet til diagnose og bidra til at flest mulig får et bedre liv.

Leve hele livet

Med en stadig eldre befolkning må vi tenke nytt. Helsedirektoratet har fått ansvaret for *Leve hele livet* – kvalitetsreformen for eldre. Reformen vil tilrettelegge for at gode, lokale løsninger spres og implementeres rundt om i kommunene, særlig ved at eldre skal få brukt sine ressurser og dekket behovene sine i alle faser av alderdommen. Et viktig element i reformen er å bidra til at kommunene legger gode planer for fremtiden.

Sammen redder vi liv

Av og til er det grunnleggende like viktig som det nyskapende. En landsomfattende undersøkelse i fjor viste at 1 av 3 ikke ville ringt 113 aller først hvis en person faller bevisstløs om. Like mange er utrygge på hvordan utføre hjerte-lungeredning riktig. Hvert år får 3 400 mennesker i Norge hjertestans utenfor sykehus. Norge har akuttmedisinsk beredskap i verdensklasse, men i de kritiske minuttene før helsepersonell ankommer utgjør innsats fra de som tilfeldigvis befinner seg i nærheten ofte forskjellen på liv og død. Befolkningen er en særlig viktig aktør for økt overlevelse ved tidskritiske hendelser utenfor sykehus. Både tallene fra Norsk hjertestansregister og resultatene fra undersøkelsen viser hvor viktig det er å fortsette «Sammen redder vi liv»-dugnaden som sponses med rause bidrag fra Gjensidige Stiftelsen, og som ledes av Helsedirektoratet.

Helsedirektoratets arbeidsoppgaver er en blanding av stort og smått, akutt og langsiktig. Slik sett speiler vi resten av helsetjenesten vi er en del av.

Oslo, 14. april 2020



Bjørn Guldvog
helsedirektør

2. INTRODUKSJON TIL VIRKSOMHETEN OG HOVEDTALL

2.1 Omtale av virksomheten og samfunnsoppdrag 2019

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

Samfunnsoppdrag

Helsedirektoratet har ansvar for å:

- følge med på forhold som påvirker folkehelse, samt å følge med på utviklingen i helse- og omsorgstjenesten. På dette grunnlag skal direktoratet gi råd og veiledning om strategier og tiltak overfor sentrale myndigheter, regionale og lokale myndigheter, helseforetakene, frivillige organisasjoner, privat sektor og befolkningen
- stille sammen kunnskap og erfaring i faglige spørsmål og opptre nasjonalt normerende på utvalgte områder
- være et kompetanseorgan som myndigheter, ulike sektorer, tjenesteapparat, interesseorganisasjoner, fag- og utviklingsmiljøer, samt media ser det som naturlig å henvende seg til

Helsedirektoratet skal bidra til:

- utvikle en helhetlig nasjonal helseberedskap
- bedre kvalitet i helse- og omsorgssektoren
- redusere forskjellene i helse og levekår
- fremme faktorer som gir god helse i befolkningen

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 også godt med andre sektorer som påvirker helse, for eksempel samferdselssektoren, utdanningssektoren og miljøsektoren. Samarbeid med andre statlige myndigheter som Mattilsynet og Legemiddelverket er viktig, slik at råd og tiltak vi foreslår henger godt sammen med hva andre gjør. Vi hviler oss tungt på fagkunnskap fra bl.a. Folkehelseinstituttet.

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

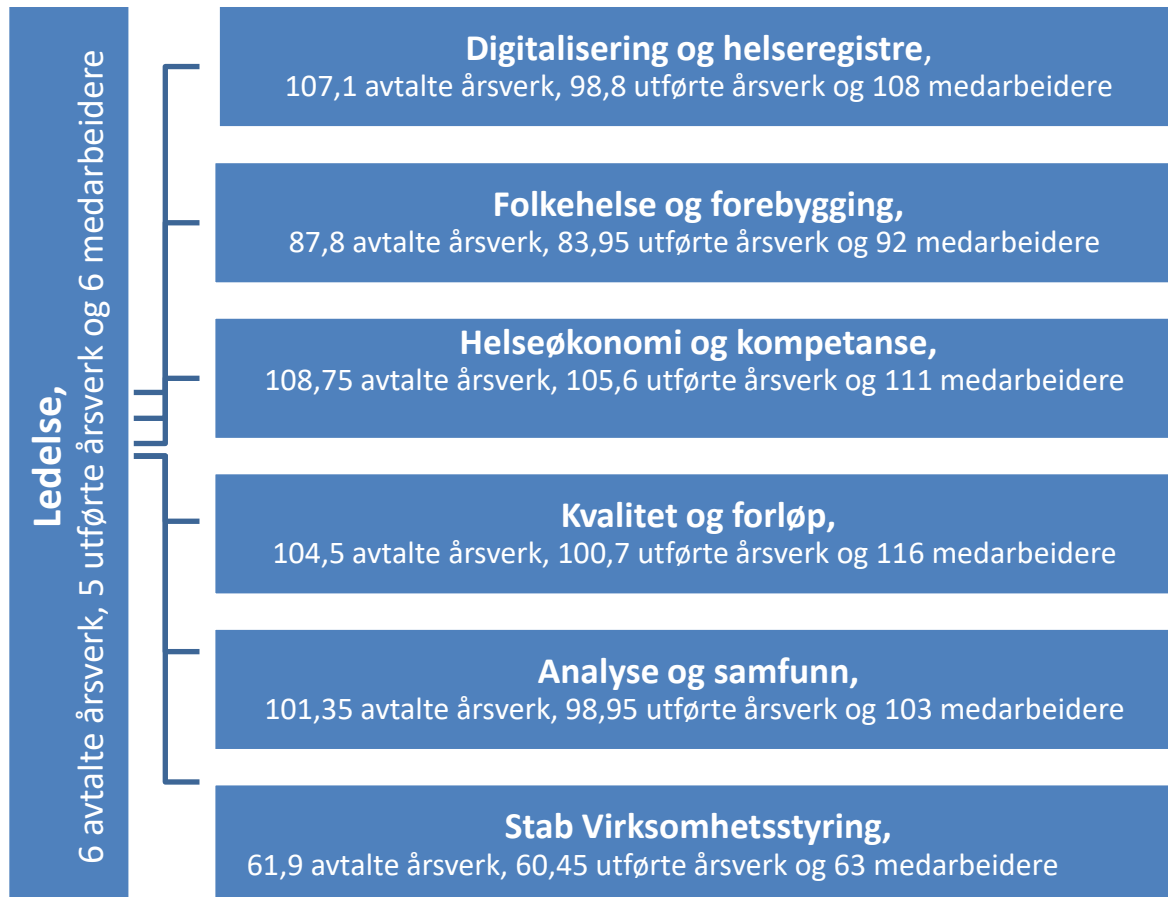
2.2 Omtale av organisasjonen

Helsedirektoratet ble i 2019 ledet av helsedirektør Bjørn Guldvog og assisterende direktør Olav Valen Slåttebrekk.

Helsedirektoratet hadde en fast bemanning på 545 årsverk ved utgangen av året. (Dvs. fast bemanning uten midlertidighet. Dersom man inkluderer midlertidige er det 577,4.) Tallene inkluderer ikke Pasient- og brukerombudene.

Helsedirektoratet er organisert i fem fagdivisjoner og Stab Virksomhetsstyring.

- *Divisjon Digitalisering og helseregistre, som ledes av Jan Arild Lyngstad*
- *Divisjon Folkehelse og forebygging, som ledes av Linda Granlund*
- *Divisjon Helseøkonomi og kompetanse, som ledes av Sissel Husøy*
- *Divisjon Analyse og samfunn, som ble ledet av Marte Gerhardsen frem til mai. Helen Brandstorp tiltrådte 1.10. og Anne Louise Valle var inntil da fungerende divisjonsdirektør*
- *Divisjon Kvalitet og forløp, som ledes av Geir Stene-Larsen frem til august da Johan Torgersen kom tilbake fra permisjon*
- *Stab Virksomhetsstyring, som ledes av Nina Viksæter Aulie*



Avtalte årsverk er juridisk forpliktende årsverk.

Ved utregningen av utførte årsverk er permisjoner og sykemeldt fravær trukket fra. Det er med andre ord faktisk avlønning som er beregnet. Tallet medarbeidere oppsummerer individene.

Helsedirektoratet

Helsedirektoratet har ved utgangen av 2019 til sammen 577,4 avtalte årsverk, 553,45 utførte årsverk og 599 medarbeidere.

Helsedirektoratet er lokalisert med arbeidssted i Oslo (527 medarbeidere) og Trondheim (72 medarbeidere). Helsedirektoratet i Oslo har lokaler i Vitaminveien 4, og Helsedirektoratet i Trondheim har lokaler i Holtermannsveg 70.

POBO

Pasient- og brukerombudene (POBO) har 60,2 avtalte årsverk, 58,7 utførte årsverk og 63 medarbeidere.

Sammen med Helsedirektoratet utgjør dette 637,6 avtalte årsverk, 612,15 utførte årsverk og 662 ansatte.

Pasient- og brukerombudene er selvstendige og uavhengige, men ordningen er administrativt knyttet til Helsedirektoratet og er en del av direktoratets juridiske organisasjon.

I 2018 startet en omstillingsprosess og denne fortsatte i 2019.

Helfo

Helseøkonomiforvaltningen (Helfo) hadde per desember 2019 493,7 forpliktende årsverk fordelt på 512 medarbeidere.

Helfo er en del av Helsedirektoratet og defineres som en ytre etat. Helfo ledes av Jan Mathisen.

Helfo var i 2018 lokalisert med hovedkontor i Tønsberg og 22 andre lokasjoner i landet. I 2019 har Helfo vært i en omstillingsprosess og har per desember 2019 20 kontorer og to arbeidsplasser (hjemmearbeidsplasser). Den planlagte utviklingen fremover er å legge ned 12 kontorer og to arbeidsplasser i 2020, og videre to kontorer i 2021 slik at Helfo står igjen med seks kontorer fra 2022.

Likestilling og lønn i Helsedirektoratet

Helsedirektoratet inklusiv Pasient- og brukerombudene hadde pr. 31.12.2019 i alt 662 medarbeidere. Kjønnfordelingen var 70 % kvinner og 30 % menn, 2 prosentpoeng høyere kvinneandel enn i 2018.

Gjennomsnittlig årslønn ved utgangen av året var kr 711.590. Gjennomsnittlig årslønn for kvinner utgjorde kr 690.903 og for menn kr 760.574.

I de lokale forhandlingene 2.5.1. ble det gitt totalt kr 7.281.979 i tillegg. Av dette gikk 74 % til kvinner som ble fordelt på 286 kvinnelige medarbeidere. Dette gav et gjennomsnittlig tillegg på kr 18.789. Menn ble tildelt 26 % som ble fordelt på 113 mannlige medarbeidere. Dette gav et gjennomsnittlig tillegg på kr 16.887.

I lønnsforhandlingene for ledere ble det gitt totalt kr 385.683. Av dette gikk 46 % til kvinner som ble fordelt på 9 kvinnelige medarbeidere. Dette gav et gjennomsnittlig tillegg på kr 19.556. Menn ble tildelt 54 % som ble fordelt på 12 mannlige medarbeidere. Dette gav et gjennomsnittlig tillegg på kr 17.472.

Det ble forhandlet frem 54 individuelle krav i 2.5.3-forhandlinger, med totalt kr 2.224.684 i endringer. Av disse var det 38 krav for kvinner der endringene utgjorde et snitt på kr 40.927 pr. person. 16 krav ble forhandlet for menn, der endringene utgjorde et snitt på kr 41.840 pr. person.

HMS/arbeidsmiljø

Helsedirektoratets systematiske HMS-system blir gjennomført i praksis ved at alle avdelinger og POBO-kontor avholdt HMS-møter og utarbeidet HMS-handlingsplaner. Handlingsplanene er utarbeidet divisjonsvis, og resultatet presentert for AMU. Helsedirektoratet har en velfungerende vernetjeneste, og denne er meget aktivt involvert i det systematiske HMS-arbeidet.

I 2019 fortsatte Helsedirektoratet aktivt bruk av bedriftshelsetjenesteavtalen med Stamina som ble inngått i 2018.

Retningslinjer og rutiner for varsling av kritikkverdige forhold etter arbeidsmiljøloven har blitt implementert.

Det jobbes med å få på plass en varslingskanal for eksterne.

Det ble gjennomført medarbeiderundersøkelse i 2018 og direktoratet har i 2019 hatt oppfølging av resultatet på denne på individ-, gruppe-, ledelses- og organisasjonsnivå. Denne oppfølgingen vil fortsette inn i 2020.

I november ble det arrangert en arbeidsmiljødag i direktoratets lokaler i Vitaminveien 4. Fokuset for dagen var arbeidsglede, samhandling og organisasjonskultur.

Sykefravær

Direktoratet har i all hovedsak et stabilt sykefravær. Totalt sykefravær (egenmeldt og legemeldt) var 5,11 % i 2019. Dette er en liten nedgang fra 2018 hvor sykefraværet var på 5,46 %. I 2017 var det på 4,96 % og i 2016 på 5,22 %.

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

Helsedirektoratet følger de sentrale retningslinjene om å oppfordre personer med innvandrer-bakgrunn til å søke ledige stillinger, og våre ledere blir oppfordret til å ha en offensiv holdning i rekrutteringen fra denne gruppen.

18. oktober 2019 inngikk Helsedirektoratet et samarbeid med NAV St. Hanshaugen som et konkret tiltak i arbeidet med inkluderingsdugnaden og for å nå 5 %-målet.

Helsedirektoratet har hatt 101 kunngjøringer i 2019 og totalt 2307 søkere til stillingene. 11 % av alle søkere til våre ledige stillinger har ikke-vestlig innvandrerbakgrunn. Kun 33 av søkerne hadde nedsatt funksjonsevne, noe som utgjør 1 % av søkermassen.

2.3 Nøkkeltall fra årsregnskapet

Helsedirektoratet (inkl. POBO)	2019	2018	2017 ¹	2016
Avtalte årsverk ²	638	641	655	735
Samlet tildeling post 01-99 (mill. kroner)	9 376	8 786	8 509	7 142
Utnyttelsesgrad post 1-29	86 %	94 %	97 %	93 %
Sum driftsutgifter (mill. kroner)	1 415	1 324	1 328	1 239
Lønnsandel av driftsutgifter	42 %	44 %	46 %	47 %
Lønnsutgifter per årsverk (hele tusen) ³	973	908	931	789

¹ Fra og med 2017 inngår Helsedirektoratets betaling av pensjonspremie til SPK i lønnsutgiftene.

² Antall avtalte årsverk fra 2019

³ Antall utførte årsverk fra 2019

3. ÅRETS AKTIVITETER OG RESULTATER

Fra tildelingsbrev

Årsrapportens kapittel 3 er inndelt etter tildelingsbrevets struktur fordelt på virksomhetsområder

Forklaring til statuskode mht. måloppnåelse:

-  Stor sannsynlighet for at målet ikke nås
-  Sannsynlig at målet nås

-  Fare for at målet ikke nås
-  Risiko ikke vurdert

3.1 Folkehelse

Langsiktige mål

-  God forankring av kunnskapsbasert folkehelsearbeid på tvers av sektorer

Kommentar Helsedirektoratet samarbeider med en rekke direktorater, bl.a. Utdanningsdirektoratet, Integrerings- og mangfoldsdirektoratet, Utlendingsdirektoratet, Arbeids- og velferdsdirektoratet, Barne-, ungdoms og familiedirektoratet, Politidirektoratet og Husbanken, både på ledelsesnivå (bl.a. gjennom direktørmøter og direktørnettverksmøter) og i konkrete prosjekter. Helsedirektoratet har også i 2019 deltatt i styringsgruppen for 0-24 samarbeidet som har det overordnede målet om bedre samordnede tjenester og mer helhetlig innsats for utsatte barn og unge under 24 år og deres familier. I tillegg har vi i 2019 sluttført den femårige samarbeidsavtalen om kunnskapsoppsummeringer på velferdsområdet fra Folkehelseinstituttet, sammen med fire andre velferdsdirektorater.

-  Psykisk helse og livskvalitet er integrert i folkehelsearbeidet

Kommentar Direktoratet har i 2019 arbeidet videre med spredningen av målesystemet for livskvalitet regionalt, i samarbeid med bl.a. Folkehelseinstituttet og Statistisk sentralbyrå. Flere regioner har i løpet av året gjennomført livskvalitetsundersøkelser med det anbefalte målesystemet, og en første nasjonal undersøkelse er forberedt og vil bli gjennomført i mars 2020. Kampanjen Bare du, som ble lansert tidlig på året, ser levevaneendringer i sammenheng med psykisk helse. Samarbeidet med frivillig sektor om inkludering, bl.a. gjennom Frivillighet Norges kampanje for fellesskap og sosial støtte, er videreført i 2019.

-  Reduserte sosiale forskjeller i helse

Kommentar Helsedirektoratet startet i 2019 arbeidet med en veileder etter utredningsinstruksen om helse og livskvalitet. Fordelingsdimensjonen vil være et viktig hensyn i denne veiledningen, som både er rettet mot andre sektorer nasjonalt, men som også vil kunne bidra til å sikre at direktoratets egne strategier tar tilstrekkelig hensyn til sosiale forskjeller. I forhold til lokalt folkehelsearbeid, er fordelingsdimensjonen understreket i ny veileder i systematisk folkehelsearbeid etter folkehelseloven, og direktoratet har i samarbeid med Sunne kommuner gjennomført en del kommunerettede kurs om tverrsektorielt arbeid for å redusere sosiale helseforskjeller (to av til sammen seks kurs fant sted i 2019).

Samlet vurdering

Det har vært jobbet bredt med folkehelsearbeidet i 2019 og det har vært stor aktivitet på flere områder.

I januar 2019 lanserte Helsedirektoratet den nye kommunikasjonssatsingen som har fått navnet Bare du, også omtalt som "neste generasjons forebygging". Fysisk aktivitet, psykisk helse, kosthold, tobakk og alkohol sees mer i sammenheng, og nye digitale verktøy for å støtte folk i endringsprosesser er et sentralt grep. Verktøy og råd er samlet på Helsenorge - Bare du (<https://helsenorge.no/baredu>) som løpende oppdateres med nye funksjoner og verktøy. Resultatene er svært gode: Bare du og verktøyene har fått bred dekning og oppmerksomhet, og relevante verktøy og annet innhold har hatt betydelig høyere besøk/lesertall enn sammenliknet med samme periode i 2018. Antall besøk til innhold om psykisk helse økte med 161 prosent, alkohol med 96 prosent. VG-dekningen gav svært høye lesertall og økte antallet som gjennomførte alkoholkartleggingen Audit fra 900 i snitt i en normal uke til 40 000. Appene Slutta, Gå10 og Heia meg er lastet ned til sammen 170 000 ganger, og Slutta-appen har nå over 800 000 nedlastinger. Kampanjen "Stopptober" ble gjennomført i oktober, i samarbeid med frisklivssentraler, fastleger, tannleger og apotek, bl.a. med mål om å gjøre hjelpemidler for røykeslutt bedre kjent.

Direktoratet har i løpet av høsten 2019 jobbet med kunnskapskartlegging, innsiktsarbeid og utforming av konsept for en informasjonskampanje om cannabis og helse, med ungdom som primærmålgruppe. Utviklingsarbeidet har foregått i nær dialog med fagmiljøer, andre sentrale og lokale myndigheter, organisasjoner og brukerrepresentanter. Kampanjen skal etter planen lanseres til våren 2020.

Regjeringens strategi for et aldersvennlig samfunn er fulgt opp med flere aktiviteter. Blant annet er to utrednings-/utviklingsprosjekter igangsatt, det er gjort innsiktsarbeid, håndbok i aldersvennlig stedsutvikling er lansert og et tilhørende kurs er utviklet. E-læringsprogrammet om fallforebyggende trening er utviklet, og har som formål å øke kompetansen blant ansatte ved treningsentre, aktivitetssentre og institusjoner for eldre. Direktoratet har startet oppbyggingen av Senter for et aldersvennlig Norge i tråd med plan overlevert departementet i mai. Som en del av dette har vi ivaretatt sekretariatsfunksjonen for Rådet for et aldersvennlig Norge, og bistått departementet med forberedelsene til en fysisk samlokalisering av senteret med Eldreombudet i Ålesund.

Helsedirektoratet startet i 2019 arbeidet med en veileder etter utredningsinstruksen om helse og livskvalitet. Fordelingsdimensjonen vil være et viktig hensyn i denne veiledningen, som både er rettet mot andre sektorer nasjonalt, men som også vil kunne bidra til å sikre at direktoratets egne strategier tar tilstrekkelig hensyn til sosiale forskjeller. I forhold til lokalt folkehelsearbeid, er fordelingsdimensjonen understreket i ny veileder i systematisk folkehelsearbeid etter folkehelseloven, og direktoratet har i samarbeid med Sunne kommuner gjennomført en del kommunerettede kurs om tverrsektorielt arbeid for å redusere sosiale helseforskjeller.

Direktoratet har i 2019 arbeidet videre med spredningen av målesystem for livskvalitet regionalt, i samarbeid med bl.a. Folkehelseinstituttet og Statistisk sentralbyrå. Flere regioner har i løpet av året gjennomført livskvalitetsundersøkelser med det anbefalte målesystemet, og en første nasjonal undersøkelse er forberedt og vil bli gjennomført i mars 2020. Kampanjen Bare du, som ble lansert tidligere på året, ser levevaneendringer i sammenheng med psykisk helse. Samarbeidet med frivillig sektor om inkludering, bl.a. gjennom Frivillighet Norges kampanje for fellesskap og sosial støtte, er videreført i 2019.

Sluttrapporten fra følgeevalueringen av Nærmiljøprosjektet ble publisert i 2019 av Høgskulen i Volda. Evalueringen viser at Nærmiljøprosjektet har medvirket til at kommunene har skaffet bedre oversikt over utfordringer og påvirkningsfaktorer i nærmiljøene. Et av hovedfunnene er at det er arbeidet godt med å koble denne kunnskapen til planlegging i kommunene. En tilrådning er at arbeidet med den kommunale folkehelseoversikten må legges opp til at flere i kommunen bidrar, og kjenner oversikten. Det gir et bedre utgangspunkt for at oversikten blir brukt. Sluttrapporten viser også til andre tilrådninger som vil være hensiktsmessig å følge i den kommunale planleggingen. Innen miljørettet helsevern har arbeidet med revisjon og digitalisering av veiledere blitt vektlagt. Det er avholdt et innspillmøte, og det legges opp til at veileder til ny forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler blir ferdigstilt til forskriften trer i kraft i 2020. Oslo skadelegevakt har i 2019 gjennomført en dybderegistrering av sykkelulykker. Resultatene av studien, som også omfatter el-sparkesykler, blir publisert i 2020.

Direktoratet utvikler et nytt saksbehandlingssystem for å kunne motta og behandle søknader om import, eksport og produksjon av tobakk. Ordningen har ennå ikke trått i kraft. Drift og forvaltning av Tobakkssalgsregisteret er i rute. Det er rundt 8 000 registrerte salgssteder og rundt 80 registrerte grossister. Det har blitt gjennomført tilsyn med

grossister og noen utvalgte salgssteder. Tilsyn med kravet om standardisert utforming av tobakksvarer og kravene til merking er gjennomført og ble avsluttet i 2019. Det har i 2019 blitt brukt mye tid på behandling av dispensasjonssøknader. Flere produsenter har søkt om dispensasjon fra det gjeldende forbudet mot nye tobakks- og nikotinprodukter.

Intensjonsavtalen for et sunnere kosthold omfatter 98 aktører ved utgangen av 2019. FAFO har satt i gang midtveisevaluering av intensjonsavtalen og denne ferdigstilles våren 2020.

Rapport om fremdrift og måloppnåelse i saltpartnerskapet 2015-2018 er publisert på helsedirektoratet.no. Avtale for ny periode 2019-2021 er resignert av aktørene og ny styringsgruppe er oppnevnt. Det overordnede målet er 20 % reduksjon i saltinntak innen 2021. Resultatene viser at det har vært en nedgang fra 2016 til 2018 i gjennomsnittlig saltinnhold i rundt halvparten av matvarekategoriene som bidrar med mye salt i kostholdet. Rundt 40 % av kategoriene er i tråd med saltmålene for 2018. Matvarer med stor omsetning (volumprodukter) ligger noe foran i saltreduksjonsarbeidet.

Det er gjennomført en Nøkkelhullkampanje som bl.a. hadde fokus på at Nøkkelhullet var 10 år i 2019. Kampanjen ble svært godt mottatt, og samtidig viser forbrukertall at et kontinuerlig kommunikasjonsarbeid har vært med på å gi merket en helt unik posisjon i befolkningen.

Per 2019 viser tallene at nesten alle kjenner Nøkkelhullet, og at nøkkelhullmerkede matvarer er sunnere enn andre matvarer i samme kategori. Norske, svenske, islandske og danske mat- og helsemyndigheter har i 2019 utarbeidet en nordisk merkevarestrategi og et kommunikasjonskonsept for Nøkkelhullet 2019-2022.

Det arbeides systematisk med implementering av nasjonal faglig retningslinjer for svangerskapsomsorg, barselomsorg og tidlig intervensjon. Det utarbeides et bemanningsverktøy for jordmor- og helsesykepleier-tjenesten som forventes å kunne tas i bruk i løpet av 2020. Arbeid med implementering av indikatorer fra helsestasjon og jordmortjenesten i Kommunalt pasient og brukerregister startet i 2019.

Det er etablert en ny tverrsektoriell styringsstruktur for DIGI-UNG programmet som består av Helsedirektoratet, Bufdir og E-helse, og Difi deltar som observatør. Det er gjennomført flere konseptutredninger og ulike prototyper knyttet til både inngang, chat, søk og sikker dialog. Det har vært dialog med brukerpanelet hos Barneombudet med hensyn til brukermedvirkning i Digi-Ung programmet. Det har vært gjennomført dialog med både Arbeids- og velferdsdirektoratet og Utdanningsdirektoratet om deltakelse i programmet, men dette avvenges. Det har vært dialog med KS, som ønsker å delta inn i både programstyret og i prosjekter.

Zanzu ble lansert på syv språk høsten 2019. Zanzu gir enkel informasjon om egne seksuelle og reproduktive rettigheter og helse for hele befolkningen, inkludert personer med kort botid og dårlige norskkunnskaper, samt lite kjennskap til det norske helsesystemet. Zanzu er relevant til bruk i opplæringsprogrammet for asylsøkere, og i seksualitetsundervisningen i skolen. I 2019 hadde Zanzu ca. 500 ukentlige besøkende på nettsiden, siden ble lenket til Skolekassa.no og fra læringsplattformen Itslearning i flere kommuner. Informasjonsmaterieell om Zanzu er distribuert på syv språk til alle landets asylmottak.

0-24 samarbeidet: I 2019 mottok direktoratet et nytt oppdragsbrev fra departementene hvor det blant annet ble bedt om å prioritere arbeidet frem mot programslutt 2020. Det er utarbeidet et felles kunnskapsgrunnlag for å forstå bedre helheten i barn og unges liv, slik at vi kan heve kvaliteten på det tverrsektorielle arbeidet overfor utsatte barn og unge. FAFO har samlet kunnskapsgrunnlag fra ulike kilder samt fra delprosjektene i 0-24. 0-24-direktoratene og FHI har inngått en samarbeidsavtale om å utvikle årlige oppvekstprofiler til og med 2023. Dette svarer på et ønske fra kommunene om en samlet, kvalitetssikret statistikkressurs om barn og unge. Det er levert en anbefaling om å harmonisere og styrke bestemmelsene om samarbeid for barn og unge i sektorlovene, for å sikre helhetlige og koordinerte tjenester til barn og unge. Oppstart av pilot for programfinansiering i 0-24-samarbeidet er klar fra 2020. Tolv kommuner i tre regioner deltar i piloten og arbeidet følgeforskers av Oxford Research. Piloten går over tre år (2020-2022). Det er også startet opp med et utredningsarbeid knyttet til «fremtidige strukturer» for tverrsektorielt samarbeid. Målet er å utarbeide anbefalinger om hvordan det statlige tverrsektorielle samarbeidet bør organiseres/videreføres etter endt programperiode 2020.

Helsedirektoratet har ledet styringsgruppen for Handlingsplanen mot antibiotikaresistens siden 2016 og arbeidet er i rute. Det foreligger statusrapport for 2018, rapporten er oversendt HOD. I oktober 2019 fikk styringsgruppen

utvidet ansvar ved at den også skal lede arbeidet med Handlingsplanen for et bedre smittevern. Handlingsplanen har en rekke mål og tiltak, fordelt på en rekke aktører, Hdir, FHI, RHF/HF og kommunene.

Styringsparameter

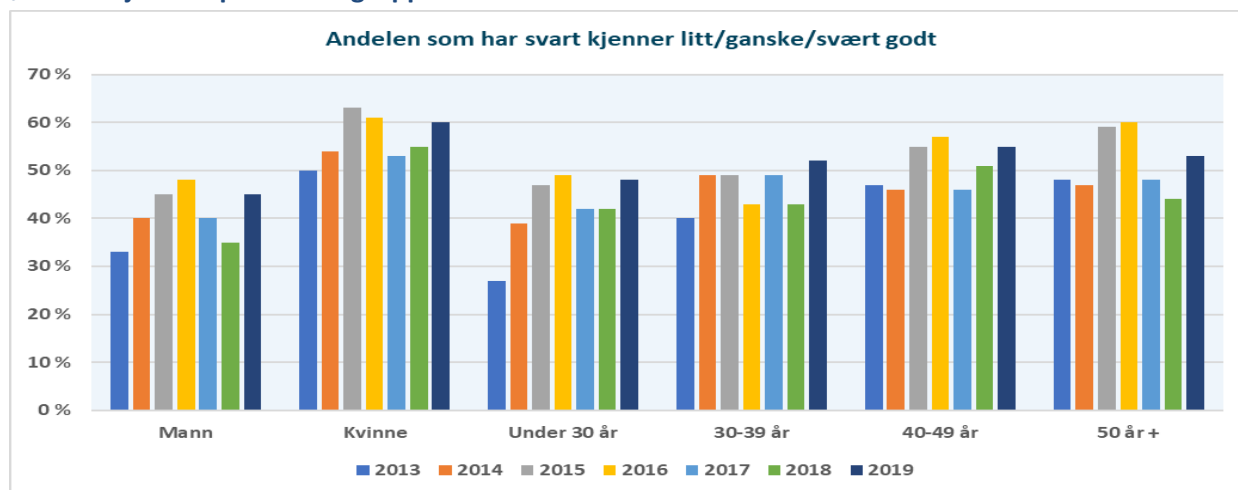
● Andel av befolkningen som har kjennskap og tillit til helsemyndighetenes råd på folkehelseområdet.

Kommentar Andelen med kjennskap til Helsedirektoratets kostråd har økt fra 45 til 52 prosent fra 2018 til 2019. Kvinner har høyere kjennskap enn menn. Det er økende andel med kjennskap til kostrådene i alle målgrupper, men mest hos menn og de i aldersgruppen 50+. Kjennskapen til de enkelte kostrådene er også god, for eksempel kjenner syv av ti til anbefalingen om «fem om dagen», mens tre av fire kjenner til anbefalingen om fisk til middag to til tre ganger i uken. Over tid er det en positiv trend i tilliten til Helsedirektoratets kostråd. I 2019 hadde 69 prosent ganske stor eller svært stor tillit til Helsedirektoratets kostråd. Dette er en oppgang fra 2018. Andelen som svarte at de har ganske liten eller svært liten tillit til kostrådene var 14 prosent i 2019.

Merkeordningen Nøkkelhullet har blitt godt kjent siden den ble innført i Norge i 2009, og har fått en viktig posisjon både blant forbrukerne og i matvarebransjen. Kjennskapen til Nøkkelhullet blant forbrukere er stabilt høy. Andelen som svarer at de kjenner til merket har vært mellom 96 og 98 prosent i perioden 2011–2019. I 2019 var andelen 96 prosent. Det er ikke forskjell i kjennskap til Nøkkelhullet etter utdanningsnivå. Tilliten til Nøkkelhullet har økt de siste årene. Med unntak av 2014 svarer over halvparten at de har ganske stor eller svært stor tillit til at matvarer merket Nøkkelhullet er sunnere enn matvarer i samme kategori som ikke har merket, og i 2019 var andelen 61 prosent. Tilliten til Nøkkelhullet stiger med økende utdanningsnivå, men har økt i alle utdanningsgrupper siden 2014.

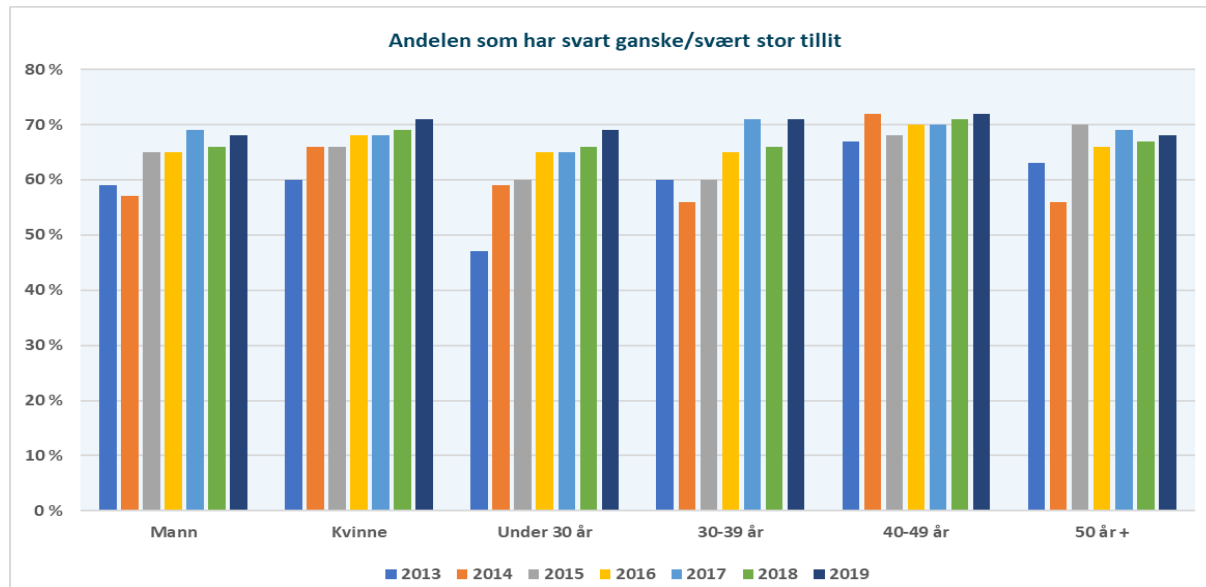
81 prosent av voksne over 18 år rapporterte i januar 2019 at de kjente til anbefalingene om 30 minutters moderat fysisk aktivitet hver dag. Tilsvarende tall et år tidligere var 84 prosent. 53 prosent av befolkningen mente i 2018 at vin bør selges i dagligvarebutikk. Dette representerer en svak økning over flere år, men ingen dramatisk endring, og oppslutningen om norsk alkoholpolitikk må fortsatt sies å være forholdsvis stor. 70 prosent mener at dagens taxfree-ordning bør bestå. 58 prosent mener alkohol bør merkes med advarsler om farer ved bruk. Det var ingen endringer i befolkningens holdninger til cannabis fra 2018, i de yngste aldersgruppene har det vært en merkbar nedgang i andelen som mener cannabis bør bli tillatt (fra 34 til 28 prosent i aldersgruppen 18-29 år), mens 30-39-åringene har blitt noe mer liberale over tid.

Økende kjennskap i alle målgrupper



Spørsmål: Kjenner du til Helsedirektoratets kostråd?

Stabil tillit til kostrådene – økning blant de yngste over tid



Spørsmål: I hvilken grad har du tillit til kostrådene fra Helsedirektoratet?

Systematisk og langsiktig folkehelsearbeid

Kommentar Helsedirektoratet har i samarbeid med Folkehelseinstituttet startet et arbeid for å monitorere utvikling i det systematiske folkehelsearbeidet. De siste kjente tallene tyder på at de fleste kommuner (mer enn ni av ti) har kommet langt med oversiktsarbeidet, men inntrykket er at det fortsatt er stor variasjon kommunene imellom når det gjelder systematikken i folkehelsearbeidet for øvrig (f.eks. planarbeid og evaluering). Ny veileder i systematisk folkehelsearbeid, lansert høsten 2019, er et viktig virkemiddel som kan bidra til å bedre situasjonen.

3.2 Kommunale helse- og omsorgstjenester

3.2.1 Omsorgstjenester

Langsiktige mål

- Framtidens omsorgsutfordringer er satt på dagsorden i kommunenes helhetlige økonomi- og kommuneplanlegging, og kommunene jobber kontinuerlig med omstilling og kvalitetsforbedring, blant annet basert på kvalitetsreformen for eldre "Leve hele livet".

Kommentar Dette er rapportert og beskrevet i leveransene Årsrapport Omsorg 2020, Kompetanseløft 2020 og de ulike oppgavene knyttet til Leve hele livet.

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

Kommentar Dette er rapportert og beskrevet i leveransene Årsrapport Omsorg 2020 og leveransene knyttet til Kompetanseløft 2020.

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

Kommentar Dette er rapportert og beskrevet i leveransene Årsrapport Omsorg 2020 og leveransene knyttet til Kompetanseløft 2020.

Samlet vurdering

Omsorg 2020

Årsrapport for Omsorg 2020 er levert HOD. Helsedirektoratet ønsker i denne rapporten særlig å trekke frem følgende utviklingstrekk og satsingsområder:

Kommunale variasjoner: Helsedirektoratet vil derfor gå mer i dybden for å finne mulige årsaker til den store variasjonen mellom kommunene og finne egnede verktøy for å bistå kommuner til å ivareta tilstrekkelig kvalitet i helse- og omsorgstjenestene. Dette innebærer blant annet å vurdere mulig uønsket variasjon etter ulike parametere som variasjon i bruk av tilskuddsordninger, bruk av helsetjenester, tilgang på kompetanse, organisering og planlegging av tjenestetilbud med videre.

Differensiert virkemiddelbruk: Med utgangspunkt i mer dybdekunnskap om kommunale variasjoner kan vi vurdere muligheten for mer differensiert virkemiddelbruk for å styrke det kommunale tjenestetilbudet ut fra lokale behov og utfordringer. Hensikten er å understøtte det kommunale arbeidet for å sikre tilstrekkelige og forsvarlige tjenester.

Yngre tjenestemottakere: Økt kunnskap om de unge tjenestemottakerne er viktig for videre utvikling av fleksible og tilpassede tjenester.

Ledelse: Satsing på ledelse i kommunene må videreføres for viktig kompetanse og roller i endringsarbeidet.

Leve Hele Livet

Arbeidet med Leve Hele Livet er i rute og har flere leveranser. Leve hele livet har fått sin egen nettsted. I løpet av våren 2019 har det regionale støtteapparatet utarbeidet regionale gjennomføringsplaner for Leve hele livet. Fylkesmannen har hatt koordineringsansvaret. Planene er utarbeidet i samarbeid med KS, Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester og andre relevante aktører.

Det er inngått avtale med Senter for Omsorgsforskning som nasjonalt fagmiljø i det nasjonale støtteapparatet. Nasjonal ressursportal er lansert.

Det er utarbeidet en kommunikasjonsstrategi for Leve hele livet.

Det er utarbeidet flere inspirasjonsfilmer og sendt ut informasjonsmateriell til kommunene, som kommunene kan bruke i sitt arbeid med reformen. OsloMet har fått oppdraget med å evaluere reformen.

Demensplan 2020

Gjennomføringen av Demensplan 2020 er i rute. Nasjonal kartlegging av kommunenes tilrettelagte tjenestetilbud for personer med demens ble gjennomført i oktober 2018, og rapport ble lansert i juni 2019. Rapporten viser god måloppnåelse for tiltak og strategier i demensplanen. Unntaket er målet om at den enkelte skal være sikret diagnostisering ved mistanke om demens, der det fortsatt er mange som ikke får diagnose.

I 2019 ble Nasjonal faglig retningslinje om demens oppdatert og relansert i nye elektronisk mal.

Opplæringsprogrammene Demensomsorgens ABC og Eldreomsorgens ABC er tilgjengelig over hele landet og benyttes flittig. Foreløpig opptelling for pårørendeskoler og samtalegrupper viser at tilbudene ble gjennomført i 307 kommuner i 2019. Helsedirektoratet ga i 2019 tilskudd til totalt 4593 plasser i dagaktivitetstilbud for personer med demens. Det er i planperioden gjennomført totalt 28 utviklingsprosjekter i kommuner om systematisk oppfølging etter demensdiagnose og om personer med demens som bor hjemme i siste fase før heldøgns omsorgstjeneste gis.

Statlig finansiering av omsorgstjenesten.

Forsøk med Statlig finansiering av omsorgstjenesten ble igangsatt 1.5.2016 og avsluttet 31.04.2019, i henhold til plan. I forsøket har 6 kommuner deltatt i to ulike modeller, A og B. Forsøket er besluttet videreført ut 2022 og utvidet med 6 nye kommuner i tillegg til de som allerede deltar. Kommuner følges opp av Helsedirektoratet gjennom regelmessige samlinger og kvartalsvise møter for aktivitetsrapportering. Agenda Kaupang har evaluert forsøket. Det er lagt frem 4 evalueringsrapporter, og rapport vedrørende enhetspriser i kommunene. Agenda Kaupang har fått oppdrag om videre evaluering av det utvidede forsøket. Videre er det anskaffet revisor som skal revidere alle deltagende kommuner to ganger pr. år.

Nasjonalt velferdsteknologiprogram

Nasjonalt velferdsteknologiprogram startet opp i 2013, med formål om å øke omsorgskapasiteten for å imøtekomme fremtidens økende behov for pleie og omsorg. Programmet i sin nåværende form er planlagt å vare ut 2020. Det er igangsatt arbeid med en plan for videre tilrettelegging for innføring av velferdsteknologi i sektoren. Velferdsteknologiprogrammet består av fem oppdrag gitt fra HOD til Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet. Programmets formål er å tilrettelegge for at helse- og omsorgssektoren identifiserer, prøver ut, evaluerer og implementerer nye tjenesteinnovasjoner med digitale verktøy som en muliggjør. Det settes spesielt fokus på å realisere og evaluere identifiserte gevinster.

Programmet har gjennom tilskudd, veiledning og oppfølging, bidratt til at 137 kommuner nå tilbyr velferdsteknologi som en integrert del av helse- og omsorgstjenesten. Over 320 kommuner er med i programmet. En rapport som oppsummerer status for denne utbredelsen ble oversendt Helse- og omsorgsdepartementet 1. oktober. 377 pasienter har blitt inkludert i pågående RCT studie knyttet til bruk av medisinsk avstandsoppfølging for personer med kroniske sykdommer. Pasientene er fordelt mellom 6 prosjekter på forskjellige steder i landet. RCT-studien skal vare til midten av 2021. 6 prosjekter, fordelt utover landet, har igangsatt utprøving av teknologi for å forbedre hverdagen til barn og unge med funksjonsnedsettelse og deres pårørende. Det er etablert tjenestemodeller som inkluderer forskjellige sektorer i kommunene og pårørende. Det gjennomføres forskning på gevinster i utprøvingen. Resultater fra dette arbeidet vil bli klart ila 2020. 5 landsdekkende frivillige organisasjoner har i 2019 fått tilskudd til digitalt kompetanseløft og utvikling av digitale verktøy for å redusere ensomhet blant eldre. En evaluering av dette tiltaket fra de foregående årene (2017 og 2018) har blitt gjennomført. En stor andel eldre som har benyttet seg av tilbud som tiltaket tilbyr kjenner daglig på mestringsfølelsen av å kunne bruke digitale kommunikasjonsverktøy.

Kosthold og ernæring i sykehjem og hjemmetjeneste

Utkast til Nasjonal ernæringsstrategi for eldre ble overlevert til HOD i desember. Foreslåtte innsatsområder og tilhørende mål og tiltak i strategien er basert på innspill fra intern workshop i Helsedirektoratet og to halvdags innspillmøter med eksterne interessenter.

Utredning av barnehospice

Rapport overlevert HOD per 31.07.2019. Det forventes tilbakemelding om det er ønskelig med ytterligere komplettering.

Styringsparameter

- Identifisert og analysert utviklingstrekk og endringer som skjer i sektoren, blant annet knyttet til utvikling og bruk av ny teknologi, ny kunnskap, nye faglige metoder, kompetanse/bemannings og utvikling av organisatoriske og fysiske rammer.

Kommentar Dette er rapportert og beskrevet i leveransene Årsrapport Omsorg 2020 og leveransene knyttet til Kompetanseløft 2020.

- Hvordan kunnskap om systematisk kvalitetsutviklingsarbeid i tjenestene er innhentet og spredt.

Kommentar Dette er rapportert og beskrevet i leveransene Årsrapport Omsorg 2020, Kompetanseløft 2020 og gjennom arbeidet med "Leve hele livet".

3.2.2 Primærhelsetjenester

Langsiktige mål

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

Kommentar Kommunale frisklivssentraler bidrar til å styrke tverrfaglige arbeidsformer blant annet gjennom samarbeid med primærhelseteam og andre tjenester om oppfølging av personer med kronisk sykdom. I perioden 2015-2018 er det gitt tilskudd 521 prosjekter for etablering og utvikling av kommunale frisklivs-, lærings og mestringstilbud, fordelt på 230 kommuner og bydeler. Rapportering viser at prosjektene oppfyller i stor grad målene med tilskuddsordningen. Ved inngangen til 2019 hadde 274 kommuner og bydeler etablert frisklivssentral og flere innbyggere har fått tilgang til frisklivs-, lærings og mestringstilbud. 10 utviklingssentraler er regionale støttespillere i arbeidet med utvikling og kvalitet i frisklivssentraler. Samarbeid med e-helsedirektoratet om tilpasning av kommunale EPJ for standardisering av dokumentasjon i frisklivssentraler pågår. Kommunale frisklivssentraler bidrar til helhetlige koordinerte forløp og til å styrke tverrfaglige arbeidsformer blant annet gjennom samarbeid med primærhelseteam og andre tjenester om oppfølging av personer med kronisk sykdom.

- Tidlig avdekking og god oppfølging av personer utsatt for vold og overgrep samt personer med rusmiddelproblemer.

Kommentar Det er igangsatt flere tiltak for at helse- og omsorgspersonell skal bli bedre til å forebygge, avdekke og avverge vold og overgrep. Eksempelvis Tidlig Inn-prosjektet, hvor jordmor og helsesykepleiere spør om vold, e-læringsprogram for fastleger, føringer i lovverk og nasjonale retningslinjer m.m. Det pågår flere tiltak innen Opptrappingsplan mot vold og overgrep. Det etterlyses allikevel tiltak for hvordan helse kan bidra mer innen helhetlig oppfølging av personer som har vært utsatt for vold. Noe av dette adresseres i arbeidet med Ny Handlingsplan mot vold, som det arbeides med innspill til i årsskiftet 2019/2020. Rus og vold vil også være et tema der.

- Bedre oppfølging av personer med kronisk sykdom.

Kommentar Det pågår en rekke prosjekter og tiltak som støtter opp om det langsiktige målet om bedre oppfølging av personer med kronisk sykdom. Noen av dem nevnes her. Det er tiltak rettet mot pårørende generelt uavhengig av diagnose. Det er tiltak rettet mot personer med demens og psykiske plager og lidelser og ruslidelser, som demens planen, rask psykisk helsehjelp, digitalt mestringsverktøy for angst og depresjon og ACT/FACT- modellen for personer med psykiske lidelser og rus, og pakkeforløp psykisk helse. I tillegg pågår en rekke prosjekter/forsøksordninger som retter seg mot et bredt spekter av pasienter med kronisk sykdom: pilot for oppfølgingsteam og risikokartleggingsverktøy, primærhelseteam, medisinsk avstandsoppfølging og implementering av veileder for personer med store og sammensatte behov.

- Bedre data og flere nasjonale kvalitetsindikatorer fra kommunale helse- og omsorgstjenester.

Kommentar Bredden av data og datakvaliteten har blitt styrket med etableringen av KPR, noe som har gitt mer robuste kvalitetsindikatorer på enkelte områder. Det er prosjekter på ulike områder for å utrede og etablere nye kommunale kvalitetsindikatorer, dette gjelder fastlege, legevakt, smittevern og rehabilitering.

- Ta i bruk nye arbeidsformer og digitale verktøy for å styrke bærekraften og å møte forventninger om en moderne og tilgjengelig tjeneste.

Kommentar Det nasjonale velferdsteknologiprogrammet jobber med nye arbeidsformer og digitale verktøy, eksempelvis utprøving av medisinsk avstandsoppfølging, innføring av trygghet og mestringsteknolog.

Det utredes et verktøy som skal piloteres i 2020 for funksjonsvurdering av rehabiliteringspasienter i spesialisthelsetjenesten.

Det utredes også muligheter for å utvikle digitale behandlingsplaner som kan deles på tvers av tjenestene.

I tillegg utarbeides det digitale verktøy inne psykisk helse, eksempelvis mestringsverktøy for angst og depresjon.

Det utvikles også digitale verktøy for kvalitet og pasientsikkerhet. Det er utviklet digitalt verktøy "Snakk om forbedring" til bruk for ledere i helse- og omsorgstjenestene. Videre utvikles det e-læringsverktøy for opplæring i pasientsikkerhet m. v.

- Redusert uberettiget variasjon i kommunale helse- og omsorgstjenester.

Kommentar Det er store variasjoner mellom kommunene. Dette skyldes blant annet demografisk utvikling. Det blir flere eldre, spesielt i spredtbygde kommuner og flyttemønstre, der spesielt yngre flytter til mer sentrale strøk. Både arealmessig, befolkningsmessig og for innbyggernes sosioøkonomiske profil ser vi store forskjeller mellom kommunene. Det er forventet at utviklingen vil fortsette i årene som kommer og at vi vil kunne få en utvikling der det blir enda større variasjon mellom kommuners forutsetninger til å levere helse- og omsorgstjenester for å møte befolkningens behov.

SSB har gjennomført en analyse av eldrefordringen i mindre kommuner. 6 av 10 over 65 år bor i kommuner med mer enn 20 000 innbyggere, mens andelen eldre over 65 år er størst i de minste kommunene. Analysen viser at det er en større andel av de eldre som bruker omsorgstjenester i de minste kommunene. I kommuner med færre enn 2000 innbyggere var andelen 65 år og eldre som bruker omsorgstjenester 30 prosent, mens andelen var 27 prosent i kommuner med mellom 20000 og 50000 innbyggere og 24 prosent i kommuner med mer enn 50 000 innbyggere. Vi har ingen sikre forklaringer på denne forskjellen.

Det er behov for å gå mer i dybden for å finne mulige årsaker til den store variasjonen mellom kommunene og finne egnede verktøy for å bistå kommuner til å ivareta tilstrekkelig kvalitet i helse- og omsorgstjenestene.

- Unngåtte sykehusinnleggelse ved at personene får et godt tilbud i kommunen.

Kommentar Det jobbes på mange ulike områder for at befolkningen skal få gode tilbud i kommunen: Det utvikles modeller for tjenesteutvikling gjennom primærhelseteam, oppfølgingsteam og bruk av velferdsteknologi. Satsningene i Kompetanseløft 2020, Omsorg 2020 og Demensplan 2020 skal bidra til gode tjenester og tilbud i kommunene.

Samlet vurdering

Allmennlegetjenesten

Det er flere ulike utredningsoppdrag innenfor allmennlegetjenesten. Utredningene skal brukes i handlingsplan for allmennlegetjenester i HOD. Handlingsplanen vil lanseres våren 2020.

Evaluering av fastlegeordningen er gjennomført og rapport er levert HOD.

Den årlige fastlegekonferansen er gjennomført 5. des. 2019.

Legevakt

Helsedirektoratet har etablert to piloter i to ulike legevaktsdistrikter i små og mellomstore kommuner, med mål om å prøve ut ulike modeller for organisering av helseberedskap som ivaretar befolkningens behov for øyeblikkelig helsetjenester, samtidig som fastlegeressursene brukes mest mulig hensiktsmessig. Ordningen skal følge-evalueres gjennom pilotperioden på tre år.

Oppfølging av tiltak i Diabetesplan

Arbeid med oppfølging av tiltak i diabetesplan, herunder implementering av øyeprogrammet, veiledningsprogrammet for bedre overgang fra barne- til voksenhelsetjeneste, foreldreveiledningsprogrammet og forvaltning og oppdatering av faglige retningslinjer for diabetes og retningslinjer for svangerskapsdiabetes.

Friskliv, læring- og mestring

Kommunale frisklivssentraler bidrar til helhetlige koordinerte forløp og til å styrke tverrfaglige arbeidsformer, blant annet gjennom samarbeid med primærhelseteam og andre tjenester om oppfølging av personer med kronisk sykdom. Ved inngangen til 2019 hadde 274 kommuner og bydeler etablert frisklivssentral, og flere innbyggere har fått tilgang til frisklivs-, lærings og mestringstilbud.

E-konsultasjon som grunnlag for å vurdere arbeidsuførhet ved krav om sykepenger

AVDIR og HDIR fikk i 2019 et felles tilleggsoppdrag om å utrede hvorvidt e-konsultasjon kan brukes som grunnlag for å utstede sykmelding. Utredningen tar utgangspunkt i rapport om e-konsultasjon levert 2018. Arbeidet ledes av AVDIR. Arbeidet er organisert som et prosjekt og skal ferdigstilles våren 2020.

Veileder og beslutningsstøtte til sykmeldere

Sluttrapport med evalueringsrapport fra SINTEF ble oversendt departementene ultimo september. Forvaltning og utvikling av Veileder med beslutningsstøtte fortsetter under ledelse av HDIR i samarbeid med AVDIR. Målet om full integrering i alle sykmelderens EPJ står ved lag. Det er innledet et samarbeid med senter for kvalitet i legekantoret (SKIL), henviser til tiltak i gjeldende IA avtale. Departementene ønsket møte om videre oppfølging i januar 2020.

Prosess for etablering og mandat for ALIS-kontor

Arbeidet ble forankret hos relevante aktører, og utkast til mandat for ALIS-kontorer oversendt HOD. Hdir følger opp i 2020 med å inngå avtaler med de fem kommunene som har påtatt seg vertskapet for ALIS-kontorene, og holder dialog med kommunene og kontorene for å sikre en god oppstart.

Smittevern

Helsedirektoratet jobber med flere oppgaver på smittevernområdet både nasjonalt og internasjonalt, i tillegg til lovarbeid.

Nasjonalt arbeid

Helsedirektoratet har levert to handlingsplaner til HOD mars 2019:

- Handlingsplan for Hep. C
- Handlingsplan for bedre smittevern

Det pågår implementeringsarbeid for disse planene i form av undervisning og møter med fylkesmennene, både gjennom smittevernkonferanser og gjennom egne møter med rusinstitusjoner. For handlingsplan for Hep. C, er det etablert en referansegruppe for implementeringsarbeidet. Det er lagt ned en stor innsats for å få til et tilbud om lavterskeltesting og oppfølging lagt til Hepatittbussen driftet av ProLAR, med Helsedirektoratet som ansvarlig for å legge opp besøk i kommunene.

Digital versjon av råd for pandemiplanlegging i kommunen og i sykehus er ferdigstilt og publisert.

Internasjonalt arbeid

Helsedirektoratet tok initiativ til en felles nordisk konsensus om diagnostisering og behandling av langvarig plage etter mulig flåttbitt. Dette arbeidet er ferdigstilt og ventes publisert tidlig 2020.

Felles-nordisk kommunikasjonskampanje – Antibiotikaresistens (AMR); Norge er formannskap for AMR.

Helsedirektoratet gjennomført en spørreundersøkelse i alle nordisk land om forhold til antibiotikaresistens. Resultatene brukes til å lage en felles nordisk kommunikasjonskampanje.

European Joint Action on antimicrobial resistance and healthcare-associated infections: Med dette arbeidet ønsker Norge å fremskynde arbeid mot antibiotikaresistens i Europa. Arbeidet forventes avsluttet i august 2020.

I 2019 har EU satt mer konkrete mål om å redusere antibiotikabruk, og man har i større grad trukket inn andre sektorer enn helse. Det er tatt initiativ til bedre overvåking av resistens også i landbrukssektoren.

European Joint Action SHARP: Helsedirektoratet er utnevnt til å lede en arbeidspakke om implementering av IHR kjernekapasiteter i EU. Dette innebærer å bidra til å øke beredskapen mot nye helsetrusler over landegrensene i Europa. Det er avsatt 9 månedsverk hvert år i tre år fremover.

Lovarbeid

Revisjon av beredskapsloven er ferdigstilt og levert HOD juni 2019 (19/38)

Revisjon av forskriften til smittevernloven ventes ferdigstilles våren 2020. Forskriften må ses i sammenheng med arbeidet med handlingsplanen for et bedre smittevern

Helsedirektoratet har utarbeidet en veileder til lov og forskrift om vaksinasjon av helsepersonell. Videre har Hdir. sendt ut et brev om meslingvaksinasjon (18/7597) av ansatte i helse- og omsorgstjenesten.

I hovedsak er alle oppgavene innen smittevernområdet i rute, med unntak av en oppgave: Oppdatering og digitalisering av retningslinjer for antibiotikabruk i primærhelsetjenesten. Forsinkelsen skyldes ressursomdisponering til prioritert revisjonsarbeid. Oppgaven forventes ferdig i våren 2020.

Pilot primærhelseteam

Pilotprosjekt med primærhelseteam i fastlegepraksiser startet 01.04.2018. Deltagere ble valgt ut etter en søknadsprosess i 2017. Pilotprosjektet skal prøve ut en teammodell med fastlege, sykepleier og helsesekretær, og i en av praksisene inngår også psykolog i teamet. Prosjektet omfatter alle fastlegens listeinnbyggere, men skal særlig prioritere listeinnbyggere med følgende helseutfordringer: rus, psykisk helse, kroniske sykdommer, utviklingshemmede og andre med nedsatt funksjonsevne.

I pilotprosjektet er det to ulike finansieringsmodeller; honorarmodellen og driftstilskuddsmodellen. I begge er det utformet egne takster for sykepleier i teamet. Pilotprosjektet omfatter 13 fastlegepraksiser fordelt på 9 kommuner og 3 bydeler i Oslo. Totalt omfatter prosjektet 87 fastleger og gjennom prosjektet gis det tilskudd til ca. 24 nye årsverk for sykepleiere i fastlegepraksisene. Prosjektet var opprinnelig treårig, men ble sommeren 2019 vedtatt utvidet i varighet med to år, tom 31.03.2023, og med 4 nye legesenter (19 fastleger) innenfor den samme, årlige økonomiske rammen. Tre kommuner/bydeler deltar samtidig i pilotprosjektet med medisinsk avstandsoppfølging i Nasjonalt velferdsteknologiprogram og en av kommune deltar i pilotprosjektet med oppfølgingsteam.

E-konsultasjon hos fastlegene og triagering

Helsedirektoratet fikk i april 2019 oppdrag om å utrede på hvilken måte digitale verktøy for triagering kan understøtte riktige bruk av e-konsultasjon hos fastlegene. Helsedirektoratet ble bedt om å se dette primært i sammenheng med videre utbredelse av e-konsultasjon, men også vurdere nytte i relasjon til konsultasjoner der pasient er fysisk tilstede. Dette oppdraget var en oppfølging av oppdraget om e-konsultasjon hos fastlege og legevakt, som ble levert til HOD 31.11.2018. Oppdraget ble levert i henhold til fristen 1.11.2019. E-helse leverte samtidig en rapport for å svare ut sin del av oppdraget.

I oppfølging av leveransene, har HOD bedt E-helse om å spesifisere sine anbefalinger om tekniske løsninger, dette i samarbeid med Helsedir. Dette arbeidet er planlagt igangsatt tidlig på nyåret med leveranse i januar.

Pilot for oppfølgingsteam

Pilot for oppfølgingsteam startet opp 1. september 2018, og har en varighet på tre år. Seks kommuner deltar i pilot; Lenvik, Bø i Vesterålen, Steinkjer, Flora, Suldal og Asker.

Målet med pilot: Målgruppen for oppfølgingsteam er personer med store og sammensatte behov uavhengig av alder og diagnose. Piloten retter seg mot ledelsen i kommunene, og resultatmålene er at kommunene skal få på plass strukturer og system som sikrer tidlig identifisering, tverrfaglig utredning og strukturert oppfølging av alle personer i målgruppen. Et nytt elektronisk verktøy prøves ut hos fastlegene og i lokalsykehus, og skal bidra til å fange opp personer med risiko tidlig.

Status 2019: Alle kommunene er godt i gang, men det er et krevende utviklingsarbeid som tar tid med tanke på felles forståelse og forankring i ledelsen, hos fastlegene, ute i alle tjenestene samt i sykehus. Fire av kommunene

har i tillegg vært i krevende prosesser med kommunesammenslåing, noe som har gjort at en del arbeid i pilot har tatt lengre tid enn planlagt. Kommunene er fulgt opp med faste statusmøter, prosessveiledning, nettverkssamlinger og opplæring. Det har vist seg å ta tid å få tatt i bruk risikokartleggingsverktøyet på fastlegekontorene, dette arbeidet skal intensiveres i 2020. Sintef evaluerer pilot og har utarbeidet en første statusrapport.

Styringsparameter

● Antall brukere som mottar individuell plan.

Kommentar På landsbasis i 2018 hadde 8 prosent av mottakere av helsetjenester i hjemmet og praktisk bistand en individuell plan. For 2017 hadde 7 prosent av mottakere av helsetjenester i hjemmet og praktisk bistand en individuell plan. I alt utgjør dette 15 772 personer som hadde individuell planer for 2018, og 13 266 personer i 2017.

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

Kommentar Helsedirektoratet har årsverkstall fram til og med 2018. Tall for 2019 blir først levert fra SSB i juli 2020. Grunnet databrudd i SSBs innhenting av data fra 2017 til 2018 er det vansker med å sammenligne tallene for perioden. Dette gjelder årsverk, ikke sysselsatte.

Årsverk sykepleiere med videreutdanning/ masterutdanning

SSB oppgir en økning på 429 årsverk for sykepleiere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten med videreutdanning eller masterutdanning fra 2017 til 2018. Totalt er det i 2018 registrert 11 669 årsverk for sykepleiere med videreutdanning eller masterutdanning. I 2017 var antall årsverk 11 240, mens det var 10 690 i 2016. Økningen i årsverk er størst for jordmor-gruppen på hele 11,6 prosent fra 2017 til 2018.

Masterutdanning i avansert klinisk sykepleie

I 2018 ble det innvilget lønnstilskudd til totalt 97 sykepleiere fra lønnstilskuddsordningen, fordelt på 48 kommuner. Vi antar at om lag halvparten av de kandidatene som fikk tilskudd i 2018 var videreført fra 2017, slik at antall nye kandidater i 2018 estimeres til 48.

Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten

Av studentkullene på nasjonal lederutdanning ved BI har om lag 60 prosent av kandidatene en bachelorutdanning i sykepleie i tillegg til videreutdanning, ofte flere videreutdanninger.

● Færre unødvendige innleggelser for personer med KOLS og astma, hjertesvikt og diabetes.

Kommentar Helsedirektoratet har mange prosjekter med tanke på å redusere innleggelser for de tre NCD sykdommene: hjerte-/karsykdom, diabetes og kols. På diabetes området er det en egen handlingsplan, mens man på de andre områdene har jobbet med revisjon av kolsretningslinjene, samt at det har vært satset på bedre behandling av de kroniske sykdommene gjennom flere store satsinger som satsingen på primærhelseteam, som i stor grad har fokusert på bedre oppfølging gjennom blant annet årskontroller ved kols og diabetes.

● Årsverk og kompetanseutvikling i kommunale helse- og omsorgstjenester

Kommentar Årsverkstall for 2019 blir først levert fra SSB i juli 2020. Grunnet databrudd i SSBs innhenting av data fra 2017 til 2018 er det vansker med å sammenligne tallene for perioden. Dette gjelder årsverk, ikke sysselsatte.

Samlet utvikling

I den kommunale helse- og omsorgstjenesten som helhet økte antall årsverk med 6,2 % og 4,7 % sysselsatte mellom 2016 og 2018. Utviklingen, med større vekst i årsverk enn i sysselsatte, kan tyde på økende stillingsbrøk for sysselsatte. For året 2017 til 2018 er det en relativt lik vekst i årsverk og sysselsatte.

Statistikken viser store endringer i sysselsetting for flere yrkesgrupper fra 2010 til 2018. Pleieassistenter med helseutdanning har hatt størst økning. Yrkesgrupper med nedgang i sysselsetting er administrativt personell, servicefunksjoner og miljøterapeuter. For året 2017 til 2018 har det imidlertid vært en økning for miljøterapeuter. Aktivitører er den eneste helsepersonellgruppa som har opplevd nedgang mellom 2017 og 2018 (-7,6 %). Sykepleiere med videreutdanning har hatt en større økning på 4,9 % fra 2017 til 2018. I 2018 var 223 sysselsatte i gang med doktorgrad. I 2016 var antallet 190, en økning på 17 prosent. Personell uten helse- og sosialfaglig utdanning i brukerrettet omsorgstjeneste utgjør fortsatt i underkant av ¼ av alle i denne tjenesten. Av disse har 42 prosent utdanning på ungdomskolenivå eller lavere i 2018. Det har vært en svak nedgang i andel ufaglærte på 1,4 prosent fra 2010 til 2018, og 0,2 prosent fra 2017 til 2018. Av sysselsatt personell uten helse- eller sosialfaglig utdanning i den kommunale helse- og omsorgstjenesten er 16,7 prosent i gang med helsefaglig utdanning og 20 prosent er under utdanning som ikke helserelatert. I 2017 var renholdspersonell den største yrkesgruppen innen servicepersonell med 1 762 sysselsatte. Tall fra 2018 viser at kokker nå er den største gruppen. Økningen i kokker og kjøkkenpersonell skjer i en periode med politisk satsning gjennom kvalitetsreformen "Leve hele livet".

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten

Den totale veksten i helsestasjons- og skolehelsetjenesten var på 16,6 % i perioden 2015 til 2017.

Leger

Det har vært en jevn økning i legeårsverkene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten fra 2015 til 2017. Fra 2016 til 2017 var veksten på 4,3%. I 2018 var det 5 963 legeårsverk i kommunale helse- og omsorgstjenester. Den totale veksten av legeårsverk i perioden 2010-2018 i den kommunale helse- og omsorgstjenesten har vært på 25,6 prosent.

Fysioterapeuter

Det totale antall årsverk for fysioterapeuter i den kommunale helse- og omsorgstjenesten økte med 6% mellom 2015 og 2017. I 2018 var det 5 039 årsverk for fysioterapeuter.

Årsverk i psykisk helse og rus

Det har vært en sterk økning i rekrutteringen av psykologer fra 2013 til 2018, hvor antall stillinger det ble gitt tilskudd til økte fra 130 til 525. Av totalt 440 kommuner og bydeler, mottok i 311 tilskudd i 2018.

I 2018 var totalt 436 psykologer sysselsatt i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det er en vekst på 60 sysselsatte fra 2017. Av disse 79 prosent sysselsatt i kommunal sektor og 21 prosent i privat sektor med kommunal avtale.

Innenfor psykisk helsearbeid og rusarbeid har det mellom 2016 og 2018 vært økning i antall årsverk på 1 985. Mellom 2017 og 2018 økte antall årsverk med 1 261. Dette tilsvarer en økning på totalt 8,6 prosent. Tjenester rettet mot barn og unge har økt med 7,5 prosent årsverk mellom 2017 og 2018. Antall årsverk i tjenester rettet mot voksne har i samme periode økt med 8,9 prosent.

3.2.3 Psykisk helse og rus

Langsiktige mål



Bedre oversikt over forekomst og omfang av psykiske plager/rus- og voldsproblematikk

Kommentar Direktoratet har også i 2019 startet arbeidet med å lage datagrunnlag for forløpsanalyser for pasienter som benytter tjenester både i spesialist. og i primærhelsetjenesten. Målet for 2020 blir å ferdigstille analyser av blant annet samlet tjenestetilbud for barn og unge med psykiske lidelser.

● Bidra til relevant pårørendeinvolvering og -støtte.

Kommentar Pårørende er en del av alle pakkeforløp psykisk helse og rus. Igangsatt arbeid med en familiemodul, der pårørende vil bli ivaretatt.

● Fremme selvstendighet og mestring av eget liv

Kommentar Helsedirektoratets oppdrag innen psykisk helse og rus bidrar enkeltvis og samlet til å fremme selvstendighet og mestring av eget liv for mennesker med psykiske vansker eller lidelser, rus- og voldsproblemer.

● Sørge for forebyggende og helsefremmende arbeid

Kommentar Den tiårige satsningen "Program for folkehelsearbeid i kommunene" omfatter fra 2019 samtlige fylker i landet. Satsningen skal bl.a. bidra til at kommunene utvikler tiltak som forebygger psykiske lidelser og rusproblemer blant barn og unge. Det alkoholforebyggende arbeidet omfatter dessuten understøttelse av kommunenes forvaltning av alkoholloven, i tillegg til satsninger som "Ansvarlig alkohohlåndtering" m.m. Disse satsningene er nærmere omtalt under Folkehelse.

● Tilgjengelige, sammenhengende og koordinerte helse- og omsorgstjenester av god kvalitet

Kommentar Pakkeforløpene bidrar til godt samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten – og et helhetlig forløp. Det er utviklet/igangsatt flere i 2020. Nye og reviderte retningslinjer bidrar til mer likeverdige tilbud og god kvalitet.

● Øke kunnskapen og kompetansen

Kommentar I januar 2019 lanserte direktoratet den nye kommunikasjonssatsningen som har fått navnet Bare du, også omtalt som "neste generasjons forebygging". Fysisk aktivitet, psykisk helse, kosthold, tobakk og alkohol sees mer i sammenheng, og nye digitale verktøy for å støtte folk i endringsprosesser er et sentralt grep. Konseptet ble lansert med en intensiv kampanje. Resultatene for 2019 vurderes som svært gode - antall besøk til innhold om psykisk helse økte med 161 prosent, alkohol med 96 prosent. Gjennom VG-dekningen økte antallet som gjennomførte alkoholkartleggingen Audit fra 900 i snitt i en normal uke til 40 000. Appene Slutta, Gå10 og Heia meg er lastet ned til sammen 170 000 ganger.

Samlet vurdering

Pakkeforløp psykisk helse og rus

Det er levert sju pakkeforløp innenfor psykisk helse og rus. Tre generelle forløp – utredning og behandling av psykiske lidelser til voksne, utredning og behandling av psykiske lidelser til barn og ungdom samt TSB. Tre diagnosespesifikke forløp – spiseforstyrrelser, tvangslidelser (OCD) og psykose. I tillegg er det et eget forløp for gravide og rusmidler. Direktoratet har utviklet konsepter for moduler som kan inngå i et eller flere av disse pakkeforløpene, eksempelvis ADHD. Pakkeforløpene skal bidra til pasientens helsetjeneste gjennom økt brukermidvirkning og brukertilfredshet, helhetlige og sammenhengende tjenester, likeverdige tilbud uavhengig av hvor i landet man bor, reduksjon av unødvendig ventetid og tiltak for å ivareta somatisk helse og gode levevaner. Direktoratet forventer at nasjonale pakkeforløpstall vil foreligge i løpet av 2020. Sintef skal evaluere pakkeforløpene årlig, og sammen med erfaringer fra tjenestene og øvrig dokumentasjon vil det danne grunnlag for å oppdatere pakkeforløpene.

Vold og overgrep

Helsedirektoratet følger opp helsetiltakene i Opptappingsplan mot vold og overgrep. Innen planens tiltak har blant annet NKVTS sammen med FHI i 2019 sammenstilt og publisert et elektronisk forskningskart over eksisterende behandlingsstudier. NKVTS prøver ut et oppfølgings- og samhandlingsforløp for voldsutsatte barn og omsorgsgivere i kommunen, herunder utredning av en voldsinformert tiltakskjede i kommunen (Stepped-Care TF-CBT). Resultater

foreligger 2021. Vold inngår nå i alle pakkeforløp for psykisk helse og rus.

Det jobbes fortsatt med å bedre behandlingstilbudet til barn og unge med problematisk eller skadelig seksuell atferd og arbeidet med å spre gode behandlingsmetoder er videreført. Hver helseregion organiserer tjenesten for at alle BUP, ved hjelp av veiledning, kan utrede og behandle barn og ungdom med SSA. Helsedirektoratet har utviklet en anonym lavterskeltjeneste og et behandlingstilbud til personer som står i fare for å begå seksuelle overgrep mot barn. Helsetilbudet består av kampanjer som starter opp i 2020, en felles nettside, en landsdekkende lavterskeltjeneste for generell veiledning og timebestilling, og behandlingstilbud i alle fire helseregioner. BASIS – Behandling av seksuallovbruddsproblematikk i spesialisthelsetjenesten er et samarbeid mellom Kriminalomsorgen, de regionale helseforetakene og Helsedirektoratet. BASIS er et frivillig behandlingstilbud til personer som er dømt for seksuallovbrudd med høy risiko for tilbakefall og befinner seg under straffegjennomføring. Et landsdekkende behandlingstilbud er under etablering.

Direktoratet har deltatt i det interdirektorale samarbeidet om kartlegging av kompetanse i hver sektor og anbefalinger til utvikling av en felles nasjonal tverretattlig kompetansestrategi om vold og overgrep. Direktoratet følger opp helsetiltakene i ny Handlingsplan mot voldtekt fra 2019. Direktoratet deltar i tverrdepartemental arbeidsgruppe, hvor det i slutten av 2019 særlig har vært fokus på innspill til Ny Handlingsplan mot vold.

Barn og unge

Barn i barnevernet er en sårbar gruppe. Helsedirektoratet har i samarbeid med Bufdir siden 2014 iverksatt flere tiltak med sikte på tidlig avdekking av behov for psykisk helsehjelp og tilrettelegge for lettere tilgang til psykiske helsetjenester for barn i barnevernet. I 2019 ble det etablert to institusjoner for barn med samtidig behov for langvarig omsorg utenfor hjemmet og samtidig stort behov for psykisk helsehjelp. I 2020 vil Pakkeforløp for kartlegging av psykisk helse og rus hos barn og unge i barnevernet lanseres. Målet er å sikre at vurdering av behov for psykisk helsehjelp til eller bistand fra helsetjenesten for å vurdere behov og ev. oppfølging skjer rutinemessig og tidlig i barnevernsforløpet. Det pågår også en pilotering av bruk av videokonsultasjon for barn som bor i barnevernsinstitusjoner, for å tilrettelegge for behandling for barn og unge som ikke kan nyttiggjøre seg ordinære polikliniske tilbud og bidra til kontinuitet i behandling for barn og unge som flyttes bort fra hjemkommunen. FACT- ung teamene skal utvikle en ny tjenestemodell for integrert samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale tjenester for barn og unge med alvorlige funksjonsnedsettelse knyttet til sosiale ferdigheter, rus, familie/nettverk og psykisk helse. Pilotering av tverrfaglig oppsøkende behandlings- og oppfølgingsteam etter FACT- ung modellen ble etablert som forprosjekt i 2018. Det er i dag to piloter som er under oppbygging (Grünerløkka/St. Hanshaugen) og to forprosjekt (Nesodden/Kristiansund) som utreder om de skal bli piloter. Alle har fått tildelt tilskuddsmidler fra tilskuddsordningen Tilbud til barn og voksne med sammensatte/langvarig oppfølging. Regionalt kompetansesenter for barn og unge (RKBU) har fått i oppdrag å bearbeide Nederlandsk metodebeskrivelse til Norske forhold. Ferdigstilles mars 2020.

Selv mord og selvskading

Helsedirektoratet har i samarbeid med statlige aktører, kompetansemiljø og bruker-, pårørende- og etterlateorganisasjoner understøttet og videreutviklet tiltak innen det selvmordsforebyggende arbeidet. "Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)" ble innført fra 2019. Hensikten er å sikre oversikt over alle selvmord under og etter kontakt med spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus, beskrive omstendigheter rundt hendelsene og systematisk kartlegge kjennetegn. Implementeringen av det veiledende materialet for kommunene om forebygging av selvskading og selvmord er styrket med en ny video om " bruk av sikkerhetsplaner". Vivat selvmordsforebygging er evaluert, med gode resultater. Det er innhentet informasjon om befolkningens holdninger til selvmord, hjelpesøkende atferd og tillit til helsetjenestene gjennom en webbasert befolkningsundersøkelse. Revisjon av retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern er igangsatt. Arbeidet videreføres i 2020.

Overdosestrategi

Nasjonal overdosestrategi ble lansert i mars 2019. Den nye strategien vil ha fokus på innhenting av ny og oppdatert kunnskap om eventuelt nye målgrupper og nye potente rusmidler og tiltak knyttet til dette. Flere oppdrag er satt ut til forskningsmiljøer for kunnskapsinnhenting.

Arbeidet med å utvikle et pakkeforløp for oppfølging etter rusmiddeloverdose ble iverksatt våren 2019. Det ble avholdt fire møter i arbeidsgruppen i løpet av året, og et konseptforslag om å utvikle en modul/kapittel i eksisterende pakkeforløp ble oversendt departementet i desember 2019.

Det er satt ut et nytt oppdrag til KoRus Oslo som har fokus på næringsriktig ernæring i lavterskeltiltak og som tenkes

spredd nasjonalt, dersom erfaringene er gode. Strategiens kommunenettverk har blitt utvidet fra 29 til 35 kommuner i 2019. Nalokson nesespray ble i løpet av 2019 utplassert i alle landets kommuner. Den årlige lavterskel helsekonferansen (LAV konferansen) ble gjennomført den 15. og 16. oktober på Gardermoen. Overdosedødsfallene økte i 2018 til 286, opp fra 247 i 2017. Som i 2016 og 2017 var ikke heroin den hyppigste dødsårsaken for narkotikautløste dødsfall. I stedet var det andre opioider som morfin, kodein og oxycodon som var hyppigste dødsårsak.

Tvang og kontrollkommisjonene

Nedgangen i tvangsinnleggelse fra 2016 til 2017 vedvarer ikke inn i 2018 og 2019, men færre pasienter var under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold i 2018 enn tidligere år. Data fra kontrollkommisjonene viser også betydelig nedgang i antall pasienter som hadde vært sammenhengende underlagt tvungent vern i minst ett år. For tvangsmidler var det fra 2017 til 2018 vekst i antall vedtak om kortvarig fastholding og i vedtak om bruk av korttidsvirkende legemidler. Også for skjerming rapporteres det om flere vedtak i 2018 enn tidligere år, mens vedtaksraten for mekaniske tvangsmidler er redusert fra 2017 til 2018. I arbeidet med utvikling av faglige råd om forebygging og skånsom bruk tvang i psykisk helsevern er alle møtene med arbeidsgruppen avholdt i 2019. Det er laget utkast til ni ulike råd, og det skal skrives et innledningskapittel som forankrer arbeidet i "Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten".

I oppfølgingen av 54 kontrollkommisjoner, er den årlige konferansen for alle medlemmene avholdt, herunder en egen dag med opplæring av nye medlemmer. Det er også avholdt en egen samling for lederne. Det er utviklet et e-læringsprogram for kontrollkommisjonene med et eget kurs om vurdering av samtykkekompetanse. Direktoratet har etablert en ressursgruppe for kontrollkommisjonene, for å sikre god og lik praksis på landsbasis. Helse- og omsorgstjenesteloven kap. 9, pasient- og brukerrettighetsloven kap. 4A og forslag til ny tvangsbegrensningslov (NOU 2019:14).

Styringsparameter

Bekymringsmeldinger fra helsepersonell

Kommentar Siste tilgjengelig årsstatistikk fra SSB er for 2018. Den viser at det totalt ble sendt 8.463 bekymringsmeldinger fra helsepersonell til barnevernet. Det er en tilbakegang på 16 prosent fra 2017 (10.054 meldinger i 2017). I 2018 ble det registrert 3.171 meldinger fra lege/sykehus/tannlege, 2.845 meldinger fra helsestasjon/skolehelsetjenesten, 1.224 meldinger fra psykisk helsevern for voksne, 1.046 meldinger fra psykisk helsevern for barn og unge og 177 meldinger fra pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT).

BrukerPlan.

Kommentar For 2019 inneholder de nasjonale tallene for Brukerplan kartleggingsdata fra 258 kommuner. Mange kommuner gjennomfører kartleggingen hvert andre år. På nasjonalt nivå inkluderes også kommuner som kartla i 2018, men ikke i 2019. Til sammenligning var dette tallet 268 kommuner i 2018.

Nasjonale brukerundersøkelser

Kommentar Det er laget en helhetlig plan for brukerundersøkelser innen psykisk helse og rus i samarbeid med FHI. Planen ble oversendt HOD i september 2019. Avventer godkjenning. Følgende undersøkelser og oppdrag er ferdigstilt i 2019:

- Pårørendes erfaringer med barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUP) - nasjonal undersøkelse. Undersøkelsen inkluderer spørsmål relevant for pakkeforløp innen psykisk helse og rus.
- Utvikling av spørreskjema for å måle barn/unges erfaringer med barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker
- Fastlegers vurdering av distriktspsykiatriske sentre.

● Nasjonale kartlegginger og analyser

Kommentar Det er i 2019 som tidligere år gjennomført kartlegging av årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene innen kommunalt psykisk helse- og rusarbeid i alle kommuner/bydeler (SINTEF IS-24/8). I kartleggingen er det inkludert spørsmål om en rekke tema som bl.a. pakkeforløp, opptrappingsplan for rus, oppsøkende virksomhet, øyeblikkelig hjelp døgntilbud og oppfølging av barn/unge og eldre med psykiske helseplager. Direktoratet har videre utarbeidet en rekke analyser av spesialisthelsetjenesten innenfor prosjektet SAMDATA. Flere av analysene har fokusert på utvikling og variasjon de siste fem årene for alle tjenesteområdene. Direktoratet har også i 2019 startet arbeidet med å lage datagrunnlag for forløpsanalyser for pasienter som benytter tjenester både i spesialist. og i primærhelsetjenesten. Målet for 2020 blir å ferdigstille analyser av blant annet samlet tjenestetilbud for barn og unge med psykiske lidelser.

3.2.4 Tannhelsetjenester

Langsiktige mål

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

Kommentar Fylkeskommunene arbeider med å gjøre tilbudet til personer med lovfestede rettigheter etter tannhelsetjenesteloven så tilgjengelig som mulig. Helsedirektoratet har f.o.m høsten 2018 arbeidet med kvalitetsreformen Leve hele livet og bla hvilke tiltak som kan bidra til et bedret tannhelsetilbud til eldre personer.

- Likeverdig tilgjengelighet til nødvendige tannhelsetjenester av god kvalitet

Kommentar Helsedirektoratet har dialog med tjenesten ved fylkestannlegene og kompetansesentrene. I tillegg utarbeider Helsedirektoratet nasjonal faglig retningslinje for tannhelsetjenester for barn og unge, bidrar til bedre geografisk fordeling av tannlegespesialister gjennom ulike tilskuddsordninger, bidrar til oppbygging av tannhelsetilbud til tortur- og overgrepsofsatte og personer med odontofobi (TOO) og har ansvar for prosjekt sykehusodontologi.

Samlet vurdering

Spesialistutdanning av tannleger som en integrert samarbeidsmodell

Helsedirektoratet har etablert en arbeidsgruppe med representanter fra universitetene, kompetansesentrene, NTF og DOT. Det er også nedsatt spesialistgrupper som skal foreslå læringsmål for den enkelte spesialitet, innen mars/april. HOD har i tillegg til tildelingsbrev presisert at oppdraget skal ta utgangspunkt i at spesialistgodkjenning og spesialistutdanning av tannleger er hjemlet i helsepersonelloven § 51. Det er forventet at forslag til regler for modell inkl. læringsmål kan sendes på ekstern høring høsten 2020. læringsmålene skal forskriftsfestes i egen ny forskrift for spesialistutdanning av tannleger.

Styringsparameter

● Nødvendige spesialisttjenester til personer med rettigheter til nødvendig tannhelsehjelp

Kommentar Helse- og omsorgsdepartementet ga i 2017 Helsedirektoratet i oppdrag å gjennomføre en kartlegging med hensikt å beskrive hvordan odontologiske spesialisttjenester til innbyggere med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven er ivaretatt og organisert. Helsedirektoratet gjennomførte kartleggingen blant de øverste lederne av Den offentlige tannhelsetjenesten og de odontologiske kompetansesentre og endelig rapport ble oversendt HOD desember 2018. Helsedirektoratet vil vurdere oppfølging av rapporten og eventuelt oppfølgingsoppdrag fra HOD. Del tre av oppdraget spesialistutdanning av tannleger som en integrert samarbeidsmodell er i gang.

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

Kommentar Det er opprettet et forskningsnettverk mellom kompetansesentrene som skal være en samarbeidsarena, et sted for kompetanseutveksling og deling av informasjon. Forskningsaktiviteten har økt de siste årene og forventes å øke ytterligere framover. Det er varierende grad av samarbeid mellom kompetansesentrene og de odontologiske fakultetene. Forskningsstrategien «Sammen om kunnskapsløft for oral helse» som ble lansert av regjeringen i september 2017, legger viktige føringer for forskningen på tannhelsefeltet. Den inneholder konkrete tiltak som skal følges opp, og gir råd til forskningsvirksomhetene, bla. om samarbeid og koordinering av forskningen. Nordisk Institutt for odontologiske materialer (NIOM) har ansvar for å lede nasjonal nettverksgruppe for forskning og innovasjon innen oral helse. Helsedirektoratet er observatør i denne gruppen.

3.3 Spesialisthelsetjenester

Langsiktige mål

● Høy kvalitet og pasientsikkerhet i spesialisthelsetjenesten

Kommentar Helsedirektoratets arbeid med normerende produkter forankres i grundige modeller for kunnskapsoppsummering. Arbeid med uønskede variasjoner og veiledere for organisering av helsetjenesten bidrar til likeverdige helsetjenester og pasientsikkerhet. Helsedirektoratets rolle i **Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring for 2019-2023** er definert inn under 4 hovedoppgaver: Koordinere den nasjonale innsatsen, følge med på utvikling over tid på dette feltet, iverksette nye nasjonale satsinger innenfor særlige risikoområder, og ivareta en nasjonal støttefunksjon knyttet til pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring. Arbeidet har kommet godt i gang og vil også bidra til å styrke etterlevelse av kraven i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring. Tiltakene bygger opp under det langsiktige målet.

● Relevant og pålitelig styringsinformasjon

Kommentar Det er manglende rapportering av data om habilitering og rehabilitering fra en stor andel av kommunene. Statistikken viser en utvikling som ikke er i tråd med intensjonene i opptrappingsplanen. Det er behov for å intensivere arbeidet med å få bedre kunnskap om både kvantitet og kvalitet i rehabiliteringstjenestene.

Kommentar Vi har god dialog med HOD, og håper å oppnå en riktig balanse ilt 2020.

Samlet vurdering

Retningslinjer og veiledere er utarbeidet eller revidert på ulike områder - som f.eks. Medisinsk undersøkelse på Statens barnehus, eldre med psykiske lidelser, pandemiplanlegging, veileder til abortforskriften, helsetjenesten til barn i barnevernet og revisjon av flere handlingsprogram for kreft.

Oppdrag knyttet til ny NHSP - Det er levert på fremskrivninger, organisering og innhold i psykisk helsevern, samhandling, avstandsoppfølging mm. Oppdraget med pakkeforløp hjem - kreft går over flere år, er godt i gang og forventes å bidra til bedre pasientforløp også på tvers av nivåene. Flere pakkeforløp er igangsatt i psykisk helsevern - implementeringen følges opp.

Kvalitetsregistre og -indikatorer, målepunkter i pakkeforløpene, helseatlas mm gir muligheter for styringsinformasjon. Direktoratet har nå oppmerksomhet på at rapporteringsbyrden i helsetjenesten ikke skal bli for stor, og har derfor en målsetting om gjenbruk av målepunkter, f.eks. når nye pakkeforløp lages.

Gjennomgang av alle nasjonale kompetansetjenester er levert HOD. Den kan medføre organisatoriske endringer som vil bedre mulighet for oppfølging og forankring.

Persontilpasset medisin: Direktoratet har flere oppdrag knyttet til persontilpasset medisin. Det er reetablert et prosjekt for å ivareta dette arbeidet. Det er etablert et bredt sammensatt fagråd for å sikre implementering av strategien. Det er utarbeidet en rettslig utredning om anonyme opplysninger, og en om handlingsrommet etter gjeldende rett for deling av tolkede genetiske varianter mellom virksomheter. Helsedirektoratet er i avslutningsfasen av utredningen om behov for regelverksendringer for deling av tolkede genetiske varianter og opprettelse av et helseregister med tolkede genetiske varianter, som leveres HOD våren 2020.

Kvalitet og pasientsikkerhet: 31.12.2018 ble det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24/7 utviklet. Helsedirektoratet ble bedt om å fremme forslag til en plan for hvordan arbeidet på pasientsikkerhet og en samordnet innsats på området bør innrettes fra 2019. Det har blitt utviklet en nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring for 2019-2023. Helsedirektoratets rolle i handlingsplanen er definert inn under 4 hovedoppgaver: Koordinere den nasjonale innsatsen, følge med på utvikling over tid på dette feltet, iverksette nye nasjonale satsinger innenfor særlige risikoområder, og ivareta en nasjonal støttefunksjon knyttet til pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring. Arbeidet har kommet godt i gang og vil også bidra til å styrke etterlevelse av kraven i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.

Medisinsk avstandsoppfølging i helse og sykehusplanen: Prosjektet er avsluttet gjennom oversendelse av felles sluttrapport fra Statens legemiddelverk, Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet til HOD den 13. desember 2019. Det ble også sendt vedleggsrapport fra Direktoratet for e-helse og vedleggsrapport fra Helsedirektoratet.

3.4 Beredskap

Langsiktige mål

 Videreutvikle beredskap og sikkerhet i helsesektoren i tråd med målene i statsbudsjettet 2019.

Kommentar Oppdraget er fulgt opp i dialog med HOD i 2019. Verdivurdering av Helsedirektoratets GNF-er og innspill til SBS er levert og vi avventer videre oppfølging for 2020.

Samlet vurdering

Resultatene fra nasjonal helseøvelse er fulgt opp gjennom 2019 gjennom Helseberedskapsrådet, nasjonal helseberedskapskonferanse og andre dialogarenaer i sektoren. Konsept for masseskadehåndtering er evaluert og implementeres gjennom revisjon av nasjonale veiledere og retningslinjer. Arbeidet med implementering av ny

sikkerhetslov følger planen fastlagt av HOD. Det samme gjør arbeidet med Sivilt Beredskapssystem, SBS. Helsedirektoratet har sammen med DSA og FHI iverksatt arbeidet med instruks for beredskapsplanlegging og håndtering i sektoren, herunder harmonisering av planverk. Beredskapsutvalget for Biologiske hendelser er etablert og sekretariatet er operativt med tilhørende planverk.

Helsedirektoratet har sammen med de øvrige nordiske land implementert og øvet mekanisme håndtering av store ulykker med mange samtidige brannskadde. Arbeidet legges til grunn for det Europeiske arbeidet med en plan for EU. Gjennom den Europeiske sivilbeskyttelsesordningen, har Norge ytt internasjonal til Ebola-utbruddet i Kongo og meslingutbruddet på Samoa.

Nasjonale helseøvelse 2018 og Helsedirektoratets øvingsspill under Trident Juncture 2018 CPX er evaluert.

Direktoratet utarbeider nå handlingsplaner for oppfølging av læringspunktene, både for utøvende helsetjeneste, og for vår egen rolle som koordinator av nasjonal helseberedskap. Flere av punktene er allerede under oppfølging, ikke minst konseptet for evakuering av skadde fra militært område til behandling i sivil helsetjeneste. Helsedirektoratet har bidratt til styrket internasjonal helseberedskap gjennom sertifiseringen av NOR EMT. Teamet ble sendt ut med godt resultat for å bidra til håndtering av meslingutbruddet på Samoa. Helsedirektoratet har levert oppdatert oversikt over risiko og sårbarhet i helse- og omsorgssektoren, og har bl.a. i denne sammenheng hatt høy oppmerksomhet på utfordringer knyttet til legemiddelforsyning, drikkevann og IKT.

I tillegg nr. 45 til tildelingsbrevet for 2019 ba Helse- og omsorgsdepartementet om at Helsedirektoratet i samarbeid med Direktoratet for e helse og andre aktuelle interessenter og ressurser i helsesektoren igangsetter et prosjekt med sikte på å gi DSB (og Nkom) relevante bidrag til deres arbeid med konseptvalgutredning av nytt nødnett. For å løse oppdraget ble det opprettet et prosjekt ledet av Helsedirektoratet, med deltakelse fra Direktoratet for e-helse, Norsk Helsenett SF og Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett HF (HDO). Rapporten "Fremtidige behov og mulighetsrom innen helse- og omsorgstjenesten – utover nødkommunikasjon" er drøftet i NUFA (Fagutvalg for fag og arkitektur), NUIT (Prioriteringsutvalget), NEHS (Nasjonalt e-helsestyre) og NRA (Nasjonalt råd for akuttmedisin. Rapporten ble godkjent av prosjektets styringsgruppe og oversendt DSB medio januar 2020.

3.5 Internasjonalt samarbeid

Langsiktige mål

- Fremme norske synspunkter og bidra med faglig kompetanse i internasjonale fora hvor direktoratet deltar

Kommentar Norge ved Helsedirektoratet ble i 2019 for første gang koordinator for det europeiske myndighetssamarbeidet Joint Action, som vil omhandle helseberedskap mot biologisk og kjemisk terror. I arbeidet med EØS-midlene har vi knyttet norske fagmiljøer til bilateralt samarbeid med Polen og Romania, og etablert et multilateralt nettverk for barne- og ungdomshelse. I WHO har direktoratet ledet en ekspertgruppe for evaluering av WHOs globale kode for internasjonal rekruttering av helsepersonell. Helsedirektoratet har de siste to årene ledet Nordisk utvalg for høyspesialisert behandling, nedsatt av Nordisk ministerråd. Utvalget har evaluert tilbudene innen høyspesialisert behandling i de nordiske landene og fremmet forslag til fremtidig nordisk samarbeid. Direktoratet har også deltatt i Nordisk nettverk om sjeldne tilstander som har kartlagt områder for samarbeid. Helsedirektoratet representerer Norge i Europarådets komite for bioetikk. Sentralt i arbeidet i 2019 har vært arbeidet med strategisk plan, og en veileder for offentlig debatt som skal lanseres våren 2020. Helsedirektøren deltok i prioriterte internasjonale fora som EUs helsedirektørmøte og Nordisk helse- og sosialdirektørmøte. Direktøren inviterte til nordisk samarbeid om felles løsninger på aktuelle temaer som legemiddelmangel og samisk helse.

- Sikre relevant nasjonal oppfølging av internasjonale saker.

Kommentar Helsedirektoratet bidrar til nasjonal oppfølging av internasjonale saker på en rekke områder som ledd i løpende virksomhet. Vi gjorde sist en kartlegging av dette til årsrapport internasjonalt arbeid publisert i 2019, i et vedlegg som er oversendt departementet som tillegg til offentlig publisert årsrapport.

● Være en faglig rådgiver for departementet i internasjonalt helsesamarbeid.

Kommentar I 2019 har Helsedirektoratet vært en faglig rådgiver for departementet i en rekke sammenhenger. Eksempler på viktige temaer for internasjonalt samarbeid har vært legemiddelmangel, antibiotikaresistens, helseberedskap og universell helsedekning. Direktoratet bidro betydelig i utformingen av ny norsk strategi for å bekjempe ikke-smittsomme sykdommer i utviklingspolitikken.

Samlet vurdering

I 2019 har Helsedirektoratet vært en faglig rådgiver for departementet i en rekke sammenhenger. Eksempler på viktige temaer for internasjonalt samarbeid har vært legemiddelmangel, antibiotikaresistens, helseberedskap og universell helsedekning. Norge ved Helsedirektoratet ble i 2019 for første gang koordinator for det europeiske myndighetssamarbeidet Joint Action, som vil omhandle helseberedskap mot biologisk og kjemisk terror. I arbeidet med EØS-midlene har vi knyttet norske fagmiljøer til bilateralt samarbeid med Polen og Romania, og etablert et multilateralt nettverk for barne- og ungdomshelse. I WHO har direktoratet ledet en ekspertgruppe for evaluering av WHOs globale kode for internasjonalt rekruttering av helsepersonell. Som ledd i oppfølging av bærekraft-målene har vi startet faglige diskusjoner om helsesektorens rolle knyttet til klimaendringer og helse. Direktoratet bidro betydelig i utformingen av ny norsk strategi for å bekjempe ikke-smittsomme sykdommer i utviklingspolitikken. Helsedirektoratet har de siste to årene ledet Nordisk utvalg for høyspesialisert behandling, nedsatt av Nordisk ministerråd. Utvalget har evaluert tilbudene innen høyspesialisert behandling i de nordiske landene og fremmet forslag til fremtidig nordisk samarbeid. Direktoratet har også deltatt i Nordisk nettverk om sjeldne tilstander som har kartlagt områder for samarbeid.

Helsedirektoratet representerer Norge i Europarådets komite for bioetikk. Sentralt i arbeidet i 2019 har vært arbeidet med strategisk plan, og en veileder for offentlig debatt som skal lanseres våren 2020.

Helsedirektøren deltok i prioriterte internasjonale fora som EUs helsedirektørmøte og Nordisk helse- og sosialdirektørmøte. Direktøren inviterte til nordisk samarbeid om felles løsninger på aktuelle temaer som legemiddelmangel og samisk helse.

3.6 Finansiering, helserefusjoner og helseregistre

Langsiktige mål

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

● Legge til rette for deling og gjenbruk av data i Norsk pasientregister (NPR) og Kommunalt bruker- og pasientregister (KPR), jf. Helsedataprogrammet.

Kommentar Helsedirektoratet har en omfattende kontakt med HDP på både ledelse-, juridisk og saksbehandlernivå for sikre at data fra NPR og KPR gjøres tilgjengelig for HDP innenfor de rammene som legges av forskriftene for KPR og NPR. Helsedirektoratet deltar sammen med øvrige registermiljøer koordinert av direktoratet for e-helse i arbeid for å forberede løpende dataleveranser inn til HDP.

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

Kommentar Helsedirektoratet har årlig nærmere 1000 faste leveranser av styringsinformasjon til RHF-ene. Styringsinformasjon til HOD leveres i eget dashboard, samt løpende ved spesifikke henvendelser. Leveranser til kommunene er delvis etablert, og utvides fortløpende. Kommunene får regelmessig informasjon om innhold og kvalitet i innsendte opplysninger om kommunal helse- og omsorgstjeneste. Vi arbeider med å utvikle ytterligere informasjon for kommunene. Det planlegges også utvikling av styringsinformasjon som er relevant for både primær og spesialist.

Samlet vurdering

Helsedirektoratet har et helhetlig ansvar for forvaltning og videreutvikling av finansieringssystemene i helsetjenesten. Helsedirektoratet videreutvikler de ulike finansieringsordningene for helsesektoren i tråd med målet om at disse skal bidra til å likeverdige og effektive helsetjenester av god kvalitet.

Finansieringsordninger for spesialisthelsetjenester

Arbeidet på området i 2019 har i hovedsak vært basert på de faste, overordnede oppgavene knyttet til forvaltningen av ISF-ordningen og øvrige ordninger innen spesialisthelsetjenesten, samtidig som føringer i tildelingsbrevet om understøttelse av digitalisering og nye arbeidsformer har blitt fulgt opp aktivt. God dialog med de regionale helseforetakene har blitt vektlagt for å sikre at den aktivitetsbaserte finansieringen tilpasses den dreining av tjenestetilbudet som helseforetakene selv gjennomfører og planlegger for. I utviklingsarbeidet har også endringstiltak som støtter opp om samhandling og ivaretagelse av pasienter i gråsonen mellom forvaltningsnivåene blitt særlig vektlagt. Arbeid med å tilrettelegge for en mer forløpsorientert finansieringsform, har også blitt prioritert. De viktigste begrensningene for å jobbe videre med dette er knyttet til forvaltningen av NPR direktoratets systemer for å kunne dele styringsinformasjon tilbake med helseforetakene.

Det har i 2019 blitt lagt mye innsats i arbeidet med implementering og videreutvikling av finansieringsmodellen for polikliniske laboratorietjenester, både i Helsedirektoratet og i virksomhetene. Tilpasninger av finansieringsordningen knyttet til endringer i kodeverkene, samt innhenting av grunnlag for kostnadsanalyser, har vært krevende aktiviteter. Gap mellom sektorens forventninger til detaljeringsgrad og det som er realistisk i et nasjonalt system er en utfordring, og denne forsterkes av de implikasjoner som persontilpasset medisin har for laboratorietjenestene og grenseflaten mot kliniske tjenester.

Finansieringsordninger knyttet til fastlegeordningen

Helsedirektoratet og Helfo har tradisjonelt omfattende løpende oppgaver knyttet til finansiering og administrasjon av fastlegeordningen. Gjennom oppdrag i 2018 og 2019, har departementet i økende grad engasjert Helsedirektoratet i utredning og vurderinger knyttet til nye finansieringsmodeller knyttet til fastlegeordningen. I 2019 var hovedaktiviteten på dette området knyttet til ledelse av en partssammensatt arbeidsgruppe som vurderte mulige endringer i finansieringsmåte opp mot utfordringsbildet for fastlegeordningen. Basert på erfaringene fra den partssammensatte gruppen, anbefaler vi at også videre utredningsarbeid finner sted i størst mulig grad åpent og i samarbeid med partene.

Helserefusjoner

På helserefusjonsområdet var det i 2019 mange oppdrag i tildelingsbrev og i tillegg til tildelingsbrev. Oppdragene har vært innenfor ansvarsområdene, som f.eks. legemidler og medisinsk forbruksmateriell, fastlegeområdet, poliklinikkområdet (inkl. lab. området), jordmor- og logopediområdet utredning om refusjonsrett for utdanningskandidater, CBRNE, kjeveortopedi, samt utredning vedr. overgangsordningen for psykologer/psykiatere. Hensikten med oppdragene og leveransene er å bidra til effektiv ressursutnyttelse og riktig prioritering. På fastlegeområdet er det en viktig leveranse hvor målet er å forenkle takstsystemet for fastleger, og det skal utredes tre modeller for forenkling. Innenfor den folketrygdfinansierte delen av tannhelsetjenesten vil oppdraget om endringer innenfor kjeveortopediområdet bli fulgt videre opp i 2020.

Programmet "Enklere digitale tjenester (EDiT)" som skal full-digitalisere refusjonsordningene som forvaltes av Helfo, skal gi gevinster ved at behandlerne bruker mindre tid på administrasjon og mer tid på behandling. Videre skal pasientene få oppfylt sine rettigheter på en enklere måte og forvaltning av ordningene skal bli mer effektiv.

- Økonomiske transaksjoner og regnskapsføring på helserefusjonsområdet er migrert ut av NAV og overført DFØ. Helfo har dermed en felles hovedbok fra og med 2020, og kan lukke et mangeårig avvik.
- Ny søknadsløsning for individuell refusjon legemidler (blå resept) er i slutfasen, slik at leger kan søke i Helsedirektoratet og Helfos nye påloggingsportal for helseaktører på nyåret 2020. Søknadsløsningen oppnår høy automatiseringsgrad av dagens saksbehandling, med umiddelbare svar til lege og pasient og vesentlige gevinster for Helfo. Det arbeides i parallell med å integrere søknadsløsningen i legenes journalsystemer i årene fremover.
- Felles kontaktregister for Helfo som erstatter overlappende og manuelt førte registre i NAV og Helsedirektoratet. Det gir administrative opplysninger om alle Helfos formelle saksparter innen direkte

oppgjør, individuell refusjon, frikort, fastlegeordningen mv. (behandlere, apotek, innbyggere mv).

Registeret pre-utfylles fra nasjonale felleskomponenter og er avidentifisert. Gjennom portal kan dermed behandlere og innbyggere redigere egne opplysninger og avtaler i 2020, og gir viktige gevinster for Helfo. Forbedrede arkitektur- og sikkerhetsløsninger som tilrettelegger for at Helfo og Helsedirektoratet kan tilby interaktive løsninger med omgivelsene, og eksponere sensitive data overfor påloggede brukere.

- Forbedringer på helsenorge innen Helfos områder, slik som digitalt frikort, forbedrede søknadsprosesser og anskaffelse av chat for Veiledning helsenorge.
- EDiT overtok EESSI-prosjektet i 2019. Første del av EESSI er gjennomført (rettighetsavklaring mellom landene). Inngående landoppgjør blir klar i januar 2020.
- På regelverkssiden har EDiT bidratt til utredning og høringsnotat om lovendring for å sikre plikt til direkteoppgjør for alle behandlere som praktiserer for trygdens regning, og full digital innsending av refusjonsoppgjør var en viktig milepæl. Tiltaket har betydelige gevinster for Helfo og innbyggere om det blir vedtatt. Det jobbes videre med en omfattende revidering og digitalisering av rundskriv på refusjonsområdet, som vil øke brukervennligheten for saksbehandlere, behandlere og innbyggere, samt gi bedre regelverk i digitale løsninger.

Helseregistre

Helsedirektoratet leverer styringsinformasjon både gjennom utleveringer av data/statistikk og gjennom utvikling av nye publiseringsløsninger. Årlig er det nærmere 1000 faste leveranser av styringsinformasjon til RHF-ene.

Styringsinformasjon til Helse- og omsorgsdepartementet leveres i eget dashboard, samt løpende ved spesifikke henvendelser. Leveranser til kommunene er delvis etablert, og utvides fortløpende. Det arbeides med å utvikle ytterligere informasjon til kommunene, og det planlegges også utvikling av styringsinformasjon som er relevant for både primær- og spesialisthelsetjenesten.

Deling og gjenbruk av data i NPR og KPR

Det er omfattende kontakt med Helsedataprogrammet både på ledelse-, juridisk og saksbehandlernivå for å sikre at data fra NPR og KPR gjøres tilgjengelig for Helsedataprogrammet innenfor de rammene som legges av forskriftene for KPR og NPR. Helsedirektoratet deltar sammen med øvrige registermiljøer koordinert av Direktoratet for e-helse i arbeidet for å forbedre løpende dataleveranser inn til Helsedataprogrammet.

Styringsparameter

● Antall formidlede pasienter som følge av fristbrudd

Kommentar Helfo administrerer fristbruddordningen. Ny saksbehandlingsløsning tatt i bruk. Styringsdata og Helfos årsrapport viser at det i 2019 ble varslet 11745 fristbrudd. Styringsdata viser at 5264 pasienter ble formidlet.

Brukertilfredshet

Andel fornøyde brukere	Resultat 2019	Prestasjonsmål
- Nett-tjenester; Helfos områder på helsenorge.no	81 %	80%
- Veiledningstjenesten Helsenorge kontaktskjema/epost	92%	75%
- Veiledningstjenesten Helsenorge telefon	90%	85%
- Fristbruddpasienter (begrenset til Helfos tjenester)	95%	90%
- Helfos administrasjon av fastlegeordn. (kommuner)	Ikke målt	75%
- Besvarelse epost til helseaktørene	81%	80%
- Telefontjenestene helseaktørene	88%	85%

Gjennomsnittlig behandlingstid for frikort

- Tak 1: 7,9 dager
- Tak 2: 9,5 dager

● Behandlingstid og antall behandlede søknader

Kommentar **Om bruk av NPR:** Hovedformålet for registeret er gitt i NPR-forskriften: administrasjon, kvalitetssikring, styring, forvaltning, finansiering av helsetjenesten. Hovedformålet omfatter **myndighetene** (HOD, Riksrevisjonen, Helsedirektoratet, UKOM, Helsetilsynet m.fl.), og helsetjenesten (RHF, HF, institusjoner). Utleveringer til hovedformålet skjer i all hovedsak som en etablert forvaltningsoppgave, og ikke etter søknad i den enkelte sak. I tillegg er det en rekke **faste forvaltningsoppgaver** til andre formål, herunder til andre sentrale registre: (Kreftregisteret, HKR, MSIS, MFR), Kjernejournalen, nasjonal statistikk (SSB), internasjonal statistikk (WHO, Eurostat, OECD, Nomesko mfl) og medisinske kvalitetsregistre. Leveranser til hovedformål og andre forvaltningsleveranser utgjør 85-90 % av bruken av registerdata. For forskningsformålet utleveres data etter søknad i den enkelte sak, dette formålet utgjør drøyt 10 % av antall leveranser.

Utleveringer: Det ble utført 1411 leveranser i 2019 (1424 i 2018), reduksjonen forklares ved økt bruk av statistikkvisninger på nett.

Antall søknader: Helsedirektoratet mottok 335 søknader om tilgang til NPR-data i 2019. 140 av søknadene gjaldt forskning. Det ble utført 141 leveranser til forskningsformål.

Behandlingstid: NPR-forskriften angir to frister, for anonym statistikk 30 dager, for personidentifiserbare leveranser 60 dager. Saksbehandlingstiden er ulik også mellom på den ene siden hovedformålet/forvaltningsoppgavene og på den andre siden de formålene som krever søknad i den enkelte sak (f.eks. forskning). Økning i antall henvendelser om både hovedformål og tilleggsformålene har over tid medført økte saksbehandlingstider på tilleggsformålene. Helsedirektoratet gjorde en styrking av kapasiteten til forskningsleveranser høsten 2018. Styrkingen har gitt større kapasitet til å behandle saker, og har medført utlevering på flere forskningssaker enn tidligere. 35 % av forskningssakene ble levert innen frist. Gjennomsnittlig saksbehandlingstid for data til forskning var 52 dager (statistikk) og 184 dager (personidentifiserbart). Tiden for leveranser til media er 1 dag. Saksbehandlingstiden for leveranser til hovedformålet er svært kort. F.eks. leveres det til Mine pasientreiser ukentlig (behandlingstid 2 dager), RHFene månedlig (behandlingstid 5-6 dager), ventelistestatistikk månedlig (behandlingstid 7 dager), kjernejournal månedlig (behandlingstid 7 dager).

Oppsummert: 85-90 prosent av leveransene fra NPR har saksbehandlingstid på 1-2 uker. Leveranser etter søknad omfatter helt andre prosesser, og krever juridisk vurdering, avklaringer med søker, dialog med andre registre for kobling, skreddersydd tilrettelegging mm. Saksbehandlingstiden for disse leveransene overstiger forskriftens krav. Et gjennomsnitt for alle leveranser vil vise at saksbehandlingstiden er godt innenfor forskriftens krav.

● Innrapportering av registervariabler

Kommentar Styringsparameteren er knyttet til "Tillegg til TB 2019 nr. 11.2" og leveranse av data til HDP/HAP. Oppgaven utføres i samarbeid med E-helse og det planlegges med overføring av data iht. spesifiserte dataprodukter som utarbeides i løpet av 2020. Første leveranse av et dataprodukt er planlagt ultimo 2020. Det vises til rapportering på to andre oppdrag fra tillegg til TB i rapporten "Spesielle oppdrag og tilleggsoppdrag fra årets og tidligere års tildelingsbrev":

- Tillegg til TB 2019 nr. 11.1 - Plan for innføring og gevinstrealisering tjenester og løsninger.
- Tillegg til TB 2019 nr. 11.2 - Plan for overføring av data fra registrene til helseanalyseplattformen.

Nasjonale fellestjenester som er tatt i bruk for registrene.

Kommentar Helsedirektoratet har bidratt aktivt i utvikling av nye fellestjenester, og tar disse i bruk når de blir lansert. Alle tjenester som ble lansert i 2019 er tatt i bruk: filoverføringstjenesten, felles søknadsskjema, registerinformasjon på helsedata.no, metadata på helsedata.no.

Saksbehandlingstid innen de største stønadsområdene

Kommentar Gjennomsnittlige saksbehandlingstider (dager) angitt per tertial 2019:

	1.tertia	2.tertia	3.tertia
• § 5-24 ordinær refusjon behandling utland (utenom EØS)	24,9	25,0	11,4
• § 5-24 utvidet refusjon behandling utland (utenom EØS)	15,7	24,6	13,6
• § 5-24a forhåndstilsagn behandling utland (EØS)	20,1	18,0	18,9
• § 5-24a refusjon behandling utland (EØS)	32,5	40,0	24,0
• § 5-14 legemidler – prioriterte saker	5,0	3,6	4,5
• § 5-14 legemidler – øvrige saker	22,5	23,3	26,0
• § 5-22 bidrag forhåndstilsagn	23,1	19,6	27,6
• § 5-22 bidrag refusjon	13,3	14,1	12,3
• § 5-6 tannhelse	35,7	46,8	46,8

Saksbehandlingstidene i Helfo på klagesaksområdet

Kommentar Saksbehandlingstid for klagesaker er ikke tidligere rapportert. Måling og rapportering av saksbehandlingstider for klagesaksområdet vil skje fra og med 2020.

Servicenivå

Kommentar	Resultat	Prestasjonsmål
• Ventetid Veiledningstjenesten Helsenorge totalt	168 sek	80 sek
• Veiledningstjenesten Helsenorge skjema/epost besvart innen 2 virkedager	100 %	100 %
• Veiledningstjenesten Helsenorge svarprosent	94 %	90 %
• Facebook besvart innen 1 virkedag når det ikke er behov for 2.linje	100 %	100 %
• Epost besvart innen 2 virkedager når det ikke er behov for 2.linje	99 %	100 %
• Svarprosent telefon helseaktører	76 %	90 %
• Gjennomsnittlig ventetid telefon helseaktører	248 sek	80 sek
• Epost helseaktører besvart innen 2 virkedager	83 %	100 %
• Manuell behandling europeisk helsetrygdkort	87 %	100 %
• FBV godkjenning innen 6 uker	24 %	100 %
• Fristbrudd saksbehandlingstid innen 10 virkedager	87 %	100 %

3.7 Kvalitet, pasientsikkerhet og brukerinvolvering

Langsiktige mål

Bedre pasientsikkerhet og færre uønskede hendelser i hele helse- og omsorgstjenesten

Kommentar Målet om en reduksjon på 25 % i pasientskader i somatiske sykehus er ikke nådd, men det er en reduksjon i pasientskader fra 2017 til 2018 fra 13,7 % til 11,9 %. Det jobbes langsiktig med å kartlegge pasientskader innen psykisk helse og rus og på sykehjem.

● Et mer brukerorientert og pasientsentrert helse- og omsorgstilbud

Kommentar Resultater fra brukerundersøkelser er en viktig del av pasientsikkerhetsarbeidet.

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

Kommentar Omfanget av pasientskader i somatiske sykehus måles via GTT undersøkelsen. Videre følges alle publiseringer av nasjonale kvalitetsindikatorer, samdata, helseatlasene årsrapporter fra Helsetilsynet, Pasient og brukerombudet, og relevante internasjonale rapporter.

● Støtte tjenestens systematiske arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet

Kommentar Det er i 2019 utarbeidet en Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring (2019-2023). Arbeidet med operasjonalisering av handlingsplanen er godt i gang. Det er gjennomført flere opplæringsprogrammer for å støtte tjenestenes systematiske arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Det er også utarbeidet et lederverktøy "Snakk om Forbedring" for kommunenes arbeid knyttet til pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring.

Samlet vurdering

Kvalitet og pasientsikkerhet

Målet om 25 % reduksjon i pasientskader som målt ved kartlegging av pasientskader (GTT), er videreført. Dette målet er knyttet til spesialisthelsetjenesten og kobles opp mot det langsiktige målet om høy kvalitet og pasientsikkerhet i spesialisthelsetjenesten. Målet er ikke nådd, men tallet var i 2018 11,9 % mot 13,7 % året før. Dette er det laveste nivået siden oppstart 2010. Det er blant annet gjennomført læringsnettverk knyttet til sepsis på sengepost og gjennomført flere opplæringsprogrammer for å støtte tjenestenes systematiske arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.

Målet om at 75 % av landets kommuner skal ha implementert en eller flere tiltakspakker fra pasientsikkerhetsprogrammet ble nådd i 2018 (76 %). Det er jobbet videre med dette i 2019 gjennom eksisterende satsinger som Leve hele livet, samt gjennom bistand og veiledning rettet mot utviklingssentre i sykehjem og hjemmetjenester for å støtte kommunenes systematiske arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Blant annet støtte til læringsnettverk og kursvirksomhet som definert i nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet 2019-2023.

Arbeidet med å bistå tjenesten i å implementere forskrift for kvalitet og pasientsikkerhet særlig gjennom å bevisstgjøre ledere og institusjoner om det ansvaret de har for å sørge for høy kvalitet og pasientsikkerhet i tjenestene, er videreført i 2019. Det er også utviklet et lederverktøy Snakk om Forbedring som vil kunne fungere som verktøy for kommuner i arbeide med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.

Arbeidet med brukerinvolvering har pågått gjennom året via strategiarbeidet "Brukeren først". I tillegg er det planlagt tiltak i forhold til pasientsikkerhetsarbeidet for gjennomføring i 2020.

Nasjonale kvalitetsindikatorer

Kvalitetsindikatorerne er veiledende både for tjenesten i å drive forbedringsarbeid, samt at indikatorerne gir brukerne et noe bedre grunnlag for å ta sine valg i behandlingssituasjonen. Det ble i 2019 gjennomført 5 publiseringer med oppdaterte resultater på de nasjonale kvalitetsindikatorerne. I løpet av året ble det tatt i bruk ny publiseringsløsning av kvalitetsindikatorerne på helsedirektoratet.no. I tillegg til drift og publisering av indikatorer ble det også i 2019 gjennomført utviklingsarbeid for mulige nye indikatorer for fastlegevirksomhet, antibiotikabruk i sykehjem og psykisk helsevern og rus, for sistnevnte både om tilstandskoder og pakkeforløps-indikatorer. I løpet av 2019 ble 6 nye indikatorer utviklet og publisert, 9 indikatorer ble utfaset, og 14 indikatorer ble revidert og publisert med nye tall. Nasjonale kvalitetsindikatorer omfattet ved utgangen av 2019 totalt 174 indikatorer.

En vei inn

Prosjektet har hatt som oppgave å etablere et felles system som skal gjøre det enklere for helsetjenesten å melde om uønskede hendelser. Det har vært opplevd som for tungvint å melde, blant annet fordi meldeordningene har hatt hvert sitt system for innrapportering, organisering og drift.

I 2019 er En vei inn-løsningen blitt utvidet til å omfatte hendelser med medisinsk utstyr og bivirkninger av kosmetikk. Det har vært bygget videre på arbeidet fra 2018, som inkluderte første versjon av løsningen og meldeordningen for bivirkninger av legemidler.

Det er i tillegg utviklet ny bivirkningsmelding som inkluderer bivirkninger av vaksiner samt endringer som følger av ny bivirkningsforskrift (fra 1.1.2020). Videre er man i slutfasen med å utvikle tjeneste for varselordningen til Helsetilsynet og UKOM og generell funksjonalitet for å understøtte meldeordningenes saksbehandling.

En vei inn-løsningen gir meldinger med bedre datakvalitet, blant annet gjennom bruk av standarder og kodeverk. Det legges også automatisk til informasjon man tidligere måtte søke opp manuelt eller ikke hadde tilgang til.

Statens legemiddelverk var prosjekteier første halvår 2019, mens direktoratet for e-helse var prosjekteier annet halvår. Ansvaret for utvikling av løsningen lå hos Helsedirektoratet frem til det ble flyttet til NHN høsten 2019.

Prosjektet ble avsluttet i desember 2019, og overført til NHN for videre drift, forvaltning og utvikling.

Sammenhengende tjenester for alvorlig sykt barn

Helsedirektoratet har levert oppsummering av utfordringsbilde til Helse- og omsorgsdepartement 15.10.19 i en rapport "HVOR SKAL MAN BEGYNNE". Vi peker på fire utfordringsbilder og behov i rapporten, trygge overganger og kontinuitet i tjenestene, lett tilgjengelig informasjon for barn og unge og familien, helhetlig forståelse og oppfølging av barn og unge, og færre søknader for den enkelte og mer støtte til foreldre. Vi har gjort en prioritering av mulige tiltak med bakgrunn i nytteeffekt og kompleksitet, og en anbefaling for videre oppdrag at de må gis på tvers av sektorer.

Utvikle arbeid-helseområdet som et fagfelt

Helsedirektoratet har, sammen med Arbeids- og velferdsdirektoratet, i oppdrag å utvikle arbeid-helseområdet som et fagfelt. Målsettingen er at deltakelse i arbeid skal være en del av behandlingsopplegget der kunnskapsgrunnlaget tilsier at dette vil gi positiv helsegevinst. Direktoratene har i 2019 bidratt i felles tjenesteutvikling gjennom oppfølging av individuell jobbstøtte (IPS), senter for jobbmestring, og implementeringen av HelseArbeid konseptet. Direktoratene leverte våren 2019 en felles rapport om tilstand og utfordringer på arbeid-helse området. Nasjonalt fagråd for arbeid benyttes aktivt til å gi råd til direktoratene, styrke fagfeltet, og vil kontineres i kommende periode. Arbeidet med en revisjon av strategien er startet opp.

Retningslinjer, veiledere og pakkeforløp

Utvikling av retningslinjer, veiledere og pakkeforløp bidrar til kvalitetsforbedring og mindre variasjon. Nye produkter er digitale og skal være lett tilgjengelig i helsepersonellens hverdag. Samarbeid med fagmiljøer og Legeforeningen om uønsket variasjon, med konferanse i 2020, skaper økt bevissthet om overdiagnostikk og behandling.

Styringsparameter



Andel kommuner som har tatt i bruk en eller flere tiltakspakker fra pasientsikkerhetsprogrammet (mål: 75%)

Kommentar Målet om at 75 % av landets kommuner skal ha implementert en eller flere tiltakspakker fra pasientsikkerhetsprogrammet ble nådd i 2018 (76%). Det er jobbet videre med dette i 2019 gjennom eksisterende satsninger som Leve hele livet. Samt gjennom bistand og veiledning rette mot utviklingssentre i sykehjem og hjemmetjenester. Blant annet støtte til læringsnettverk og kursvirksomhet som definert i nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet 2019-2023.



Kartlegging av pasientskader (ved bruk av GTT-metoden) og pasientsikkerhetskultur (målt gjennom undersøkelsen ForBedring) er inkludert i det nasjonale kvalitetsindikatorssystemet

- Kommentar Verken GTT eller ForBedring er så langt blitt nasjonale kvalitetsindikatorer.
- Det å sikre at resultatene fra GTT-undersøkelsen er sammenlignbare mellom HF/sykehus, er et omfattende arbeid. Arbeidet vil gå over flere år.
 - I 2019 var det ikke mulig å publisere resultatene fra ForBedringsundersøkelsen i det nasjonale kvalitetsindikatorssystemet på grunn av mangler i datagrunnlaget. Helsedirektoratet er i dialog med RHF-ene om utlevering av data fra ForBedringsundersøkelsen for 2020 med målsetning om å publisere som nasjonal kvalitetsindikator.

3.8 Forskning og innovasjon

Langsiktige mål



Helsedirektoratet har et følge med ansvar for forskning og innovasjon og skal støtte implementering av ny kunnskap og nye løsninger i helse- og omsorgstjenesten og innen forebygging

- Kommentar Helsedirektoratet følger med på relevant forskning. Helsedirektoratet deltar i arbeid innen global helseforskning, i RHF-enes strategigruppe for forskning, samt i diverse europeiske program. Helsedirektoratet følger opp følge-med-ansvaret for innovasjon, blant annet gjennom Velferdsteknologiprogrammet og ved å samhandle med næringslivet. Helsedirektoratet har vedtatt en policy for samarbeid og samhandling med private aktører og avholdt en intern fagdag for kunstig intelligens med innlegg og demonstrasjoner av kunstig intelligensprodukter fra næringslivet. Helsedirektoratet støtter implementering av ny kunnskap og løsninger gjennom programmer som Velferdsteknologiprogrammet, herunder kvikk-guide til velferdsteknologi, oppdrag om kunstig intelligens og program for folkehelsearbeid i kommunene.

Samlet vurdering

Medisinsk avstandsoppfølging

Det pågår en utprøving av medisinsk avstandsoppfølging, i tråd med de overordnede anbefalingene i rapport fra 1. november 2017: "Forslag til innretning av medisinsk avstandsoppfølging". Gjennomføringen er knyttet til pilot for primærhelseteam med tre overlappende kommuner. Det legges til grunn at det bygges videre på erfaringer og resultater fra velferdsteknologiprogrammet. Ny utprøving er satt opp med 6 prosjekter som skal dekke opp 600 pasienter. Forskningsdesign basert på en RCT-studie er valgt.

Velferdsteknologiske løsninger – journalverdig informasjon

Det er gjennomført helsefaglige og juridiske vurderinger knyttet til informasjonssikkerhet og personvern for velferdsteknologi. Det er et stort behov for hjelp til slike vurderinger ute i kommunene. Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse har i 2019 arbeidet sammen om å ta frem veiledningsmaterieell til kommunene om disse temaene. Temaet har vært presentert på diverse samlinger og møter med kommuner i løpet av året. Det er utviklet to veiledningspublikasjoner (kvikk-guide) som er ment for bruk i kommunene. Kvikk-guide til velferdsteknologi oppsummerer gode råd fra kommuner som er med i Nasjonalt velferdsteknologiprogram slik at de som ikke er helt i mål får hjelp til å komme i gang. Kvikk-guiden bygger på KS sitt Veikart for tjenesteinnovasjon og prosjektstyringsverktøy. Vurdering av informasjonssikkerhet og personvern er en viktig del av dette. For ytterligere hjelp til vurdering av informasjonssikkerhet og personvern så er det tatt frem en egen kvikk-guide som tar for seg problemstillinger og temaer innenfor dette, Kvikk-guide til behandling av helse- og personopplysninger ved bruk av velferdsteknologi.

Utredningsoppdrag medisinsk avstandsoppfølging

Statens legemiddelverk, Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet leverte 13. desember 2019 felles sluttrapport til Helse- og omsorgsdepartementet på utredningsoppdrag om behov for nasjonal tilrettelegging knyttet til medisinsk avstandsoppfølging. Det ble i tillegg levert to vedleggsrapporter fra hhv Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet. Det ble gitt anbefalinger om 17 tiltak, som i hovedsak er videre utredninger for å kvalitetssikre behovsgrunnlaget og detaljplanlegge konkrete tiltak for nasjonal tilrettelegging for medisinsk avstandsoppfølging.

Nasjonalt screeningprogram for tarmkreft

Helsedirektoratet bidrar i arbeidet med å rulle ut Nasjonalt screeningprogram for tarmkreft sammen med fagmiljøene, og følge-forskning planlegges.

Retningslinje for palliasjon til barn og unge implementeres nasjonalt.

Retningslinjer for kjønnsinkongruens og lavterskeltilbud for personer i fare for å begå seksuelle overgrep mot barn er eksempler på innsats på nye områder i helsetjenesten.

Forskningskoordinator funksjonen

Forskningskoordinator funksjonen inkluderer bl.a. bidrag til arbeid med:

- Tiltak i oppfølgingen av Hjernehelseterapien
- Tiltak og aktiviteter i oppfølgingen av strategien for persontilpasset medisin
- Arbeid tilknyttet global helseforskning inkl. EDCTP2
- Deltar fra Helsedirektoratet i RHF-enes strategigruppe for forskning
- Deltar fra Helsedirektoratet i nasjonal hub (referansegruppe) for HBM4EU. HBM4EU er et stort Europeisk program om felles kartlegging, grenseverdier og biologisk effekt vedrørende toksiner.

3.9 Personell og kompetanse

Langsiktige mål

- God ivaretagelse av autorisasjons- og godkjenningsordninger
 - Tilstrekkelig tilgang på kvalifisert personell med riktig kompetanse i helse- og omsorgssektoren
 - Økt kompetanse, bedre ledelse og mer tverrfaglig samarbeid i kommunale helse- og omsorgstjenester
-

Samlet vurdering

Personell er den største ressursen og den viktigste innsatsfaktoren i helse- og omsorgstjenesten. Behovet for helsepersonell, særlig sykepleiere, vil øke i årene som kommer. Det skyldes i all hovedsak høyere levealder i befolkningen, befolkningsvekst og økende etterspørsel etter helsetjenester. En sikring av kvalitet og ivaretagelse av pasientsikkerhet i helse- og omsorgssektoren er derfor avhengig av kompetent helsepersonell i tilstrekkelig omfang.

- I helse- og omsorgstjenestene ble det utført ca. 273.400 årsverk i 2018 (SSB har en ny metode for å beregne årsverk fra 2018).

Kompetanseløft 2020 (K2020) er Regjeringens plan for rekruttering, kompetanseheving og fagutvikling i den kommunale helse- og omsorgstjenesten fram mot år 2020. Formålet til Kompetanseløftet 2020 er å bidra til en faglig sterk tjeneste, og å sikre at de kommunale helse- og omsorgstjenestene har tilstrekkelig og kompetent bemanning. Tiltak og tilskuddsordninger under K2020 ser foreløpig ut til å ha bidratt til økt kompetanse, styrket ledelseskunnskap og utvikling mot større faglig bredde. Arbeidet med å gjennomføre Kompetanseløft 2020 er gjort i tråd med nærmere oppdrag og avtaler med Helse- og omsorgsdepartementet. Helsedirektoratet har levert rapport om innspill til nytt kompetanseløft som videreføring av K2020.

Autorisasjoner i 2019

Yrkeskode	Norge		Norden		EU/EØS		Andre		Totalsum	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019
Ambulansearbeider (AA)	331	322	2	2	6	3	0	0	339	327
Apotektekniker (AT)	236	209	1	1	8	5	2	1	247	216
Audiograf (AU)	33	32	0	1	0	0	0	0	33	33
Bioingeniør (BI)	265	270	9	10	15	7	13	6	302	292
Ergoterapeut (ET)	253	251	10	9	1	9	0	0	264	269
Provisorfarmasøyt (FA1)	199	225	16	10	51	29	8	21	274	285
Reseptarfarmasøyt (FA2)	113	163	5	10	0	0	300	483	418	656
Fotterapeut (FO)	58	45	1	0	0	2	0	0	59	47
Fysioterapeut (FT)	576	601	67	68	95	77	9	8	747	754
Helsesekretær (HE)	533	511	0	0	2	4	0	1	535	516
Helsefagarbeider (HF)	3862	4063	241	216	25	23	12	4	4140	4306
Hjelpepleier (HP)	0	4	0	1	0	0	0	1	0	6
Jordmor (JO)	131	88	64	64	7	15	0	0	202	167
Klinisk ernæringsfysiolog (KE)	49	56	7	2	1	8	0	0	57	66
Kiropraktor (KI)	0	0	5	3	62	65	15	19	82	87
Lege (LE)	1266	1192	471	424	1204	1123	301	173	3242	2912
Ortopediingeniør (OI)	10	0	9	6	8	11	4	0	31	17
Optiker (OP)	71	71	14	8	14	15	1	1	100	95
Ortoprist (OR)	0	0	0	0	4	0	1	0	5	0
Perfusjonist (PE)	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
Psykolog (PS)	271	308	168	227	29	51	5	9	473	595
Radiograf (RA)	157	180	6	3	9	3	3	0	175	186
Sykepleier (SP)	4074	4099	828	901	327	346	42	43	5271	5389
Tannhelsesekretær (TH)	198	193	2	1	12	10	0	0	212	204
Tannlege (TL)	128	134	36	35	138	114	35	44	337	327
Tannpleier (TP)	61	81	3	2	4	4	0	0	68	87
Tanntekniker (TT)	7	1	1	0	16	9	0	0	24	10
Vernepleier (VP)	864	868	0	0	0	3	0	0	864	871
Totalsum	13746	13967	1967	2005	2038	1936	751	814	18502	18721

Autorisasjoner og lisenser

Godkjenning av helsepersonell er en viktig oppgave for Helsedirektoratet. I 2019 mottok vi 23 500 saker knyttet til søknader om autorisasjon og lisens. Det ble innvilget 16 217 autorisasjoner og 2 504 lisenser fordelt på de 29 helsepersonellgruppene, se tabell 1 for oversikt over antall innvilgede autorisasjoner og lisenser. Det ble gitt 982 avslag i samme periode.

I 2018 så vi en betydelig nedgang i antall autorisasjoner som ble gitt til leger, reseptarfarmasøyter og helsefagarbeidere. I 2019 har antallet utede autorisasjoner til samme gruppe stabilisert seg i forhold til 2018. Vi ser en liten økning, noe som kan tyde på at flere gjennomfører kvalifiserende tiltak og tilleggskrav.

Som følge av praksisendring høsten 2016 har kandidater med master i psykologi fra ELTE-universitetet i Budapest fått avslag på søknad om autorisasjon og/eller lisens for å gjennomføre praksis. Helsedirektoratet har, på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet, utarbeidet kompletterende tiltak for ELTE-studenter som hadde påbegynt utdanningen ved ELTE før Helsedirektoratet endret godkjenningspraksis høsten 2016. Tiltaket har en varighet på 14 måneder og skal føre fram til norsk autorisasjon som psykolog. Kull en av i alt tre startet i november 2018 og vil være ferdig primo 2020.

Antall gyldige autorisasjoner i helsepersonellregisteret (HPR) pr. 31.12.2019

Utdanningsland	Norge	Norden	EU/EØS	Andre	Ikke reg. utd. land i HPR	Totalsum
Yrkeskode						
Ambulansearbeider (AA)	6427	156	95	17		6695
Apotektekniker (AT)	7224	16	125	155	3	7523
Audiograf (AU)	669	19	4	6		698
Bioingeniør (BI)	6858	371	150	169	1596	9144
Ergoterapeut (ET)	5179	281	162	59	406	6087
Farmasøyt (FA)	2589	279	94	56		3018
Provisorfarmasøyt (FA1)	2931	716	690	116		4453
Reseptarfarmasøyt (FA2)	2388	300	25	498	1	3212
Fotterapeut (FO)	2815	20	32	2	242	3111
Fysioterapeut (FT)	9479	2666	4476	313	340	17274
Helsesekretær (HE)	13701	8	87	29	6	13831
Helsefagarbeider (HF)	29329	4027	467	8309	6	42138
Hjelpepleier (HP)	89271	8500	718	1510	9043	109042
Jordmor (JO)	2007	2378	240	30	2088	6743
Klinisk ernæringsfysiolog (KE)	480	115	24	21		640
Kiropraktor (KI)	1	185	518	393	2	1099
Lege (LE)	19757	14588	12952	2839	259	50395
Omsorgsarbeider (OA)	9038	7	4			9049
Ortopediingeniør (OI)	154	97	49	4	22	326
Optiker (OP)	1714	387	90	20	248	2459
Ortoptist (OR)		16	46	16		78
Perfusjonist (PE)	11	39	3		2	55
Psykolog (PS)	7381	1704	378	132	78	9673
Radiograf (RA)	3927	544	141	76	280	4968
Sykepleier (SP)	129850	38081	6920	3142	6949	184942
Tannhelsesekretær (TH)	5437	53	114	61	4	5669
Tannlege (TL)	4098	1137	1733	292	1433	8693
Tannpleier (TP)	1840	83	40	8	81	2052
Tanntekniker (TT)	692	62	117	16		887
Vernepleier (VP)	19623	100	32	2	510	20267
Totalsum	384870	76935	30526	18291	23599	534221

Spesialistutdanning og -godkjenning

Helsedirektoratet har også viktige myndighets- og forvaltningsoppgaver innen spesialisering av helsepersonell. Fra 1. mars 2019 er den nye spesialistutdanningen for leger i full drift. Dette er et stort løft for helsetjenesten, og virksomhetene (helseforetak og kommuner) har lagt ned et stort arbeid i å utvikle utdanningsplaner og utdanningsaktiviteter. Direktoratet er nå i gang med å behandle 700 søknader om godkjenning som utdanningsvirksomhet fra helseforetakene og 300 søknader om registrering fra kommunene. Dette er et stort arbeid, der vi får faglige råd fra legeforeningens spesialitetskomiteer. Læringsmålene i del 1 som ble vedtatt i 2017, er revidert. Det er utarbeidet en veileder i vurdering.

Digitalisering av søknad- og saksbehandlingsprosess

Det er utviklet digital kompetanseportal-løsning for oppfølging og godkjenning av læringsmål gjennom hele spesialistløpet. Løsningen benyttes i alle virksomheter som har ansatt LIS. Systemet gir mulighet for en helhetlig oversikt over fremdrift og progresjon og kan benyttes ved oppfølging av utdanningsvirksomhetene. Arbeidet med å digitalisere og forenkle søknads- og saksbehandlingsprosessen for ny spesialistutdanning fortsetter. Utvikling av funksjonalitet er noe forsinket pga. mange avhengigheter internt og eksternt. Når dette kommer på plass, vil saksbehandlingstiden bli kortere enn i dag for norskutdannede i ny ordning. Det er også utviklet et eget saksbehandlingssystem for søknadene om godkjenning som utdanningsvirksomheter. Legeforeningens spesialitetskomiteer har tilgang til dette systemet og benytter dette til sine faglige vurderinger.

Spesialistgodkjenning

Parallelt med utviklingen av den nye spesialistutdanningen for leger, behandler vi søknader om spesialistgodkjenning etter gammel ordning. Antall mottatte søknader øker og er høyere i 2019 enn i 2018. I 2019 ble det behandlet flere søknader enn mottatt, og mer enn 200 flere enn året før (se tabell). I alt er det registrert 31035 spesialistgodkjenninger for leger i helsepersonellregisteret (HPR).

En del leger i spesialisering (LIS) som har startet i gammel ordning, ønsker å konvertere og søke godkjenning etter nytt regelverk. 34 søknader er behandlet etter ny forskrift. 25 av disse var innen Akutt- og mottaksmedisin, en ny spesialitet fra 1. mars 2019. Antall søknader etter ny ordning vil øke betydelig i årene som kommer samtidig som antall søknader etter gammel ordning vil avta. Digitalisering av søknadsprosessen vil effektivisere dette arbeidet i fremtiden, men søknader om spesialistgodkjenning fra utlandet vil imidlertid fortsatt ta tid og kreve mye ressurser.

Spesialistgodkjenning i 2019

Oversikt innkomne søknader	2016	2017	2018	2019
Antall mottatte søknader i perioden	1910	2057	1927	1994
Antall behandlede søknader	1679	2503	1777	1988
Antall avslag	66	109	72	77
Antall innvilgede søknader	1613	2394	1705	1911
Antall forlengelse av tilleggskast (Resertifisering)	479	619	482	504
Antall spesialistgodkjenning allmenntjenestemedisin	167	294	212	279
Antall spesialistgodkjenninger sykehusspesialiteter	692	1059	731	792
Antall konverteringer fra annet EU/EØS-land eller Sveits	204	356	222	294

Spesialistgodkjenning av sykepleiere

Det er besluttet at sykepleiere med masterutdanning i avansert klinisk allmenntjenestesykepleie, skal få offentlig spesialistgodkjenning. Helsemyndighetene har utredet regelverk og saksbehandlingssystem for spesialistgodkjenning av disse. Ordningen forventes å bli iverksatt i løpet av 2020.

Styringsparameter

● Andel saker på autorisasjons- og godkjenningsområdet som er behandlet innenfor angitt saksbehandlingstid

Kommentar I overkant av 90 prosent av sakene ble i 2019 behandlet innenfor normert saksbehandlingstid oppgitt for behandling av autorisasjon og lisens. For spesialistgodkjenning er det i 2019 gjennomsnittlig 82 prosent av sakene som har blitt behandlet innenfor normert saksbehandlingstid. Saksbehandlingstiden for norske søknader er stort sett innenfor målsetningen. Saksbehandlingstiden for kompliserte og utenlandske søknader er lengre og går ofte ut over oppgitt saksbehandlingstid. Årsaken er at jevn godhetsvurdering av utenlandsk utdanning tar tid. I tillegg sendes disse til Legeforeningen for innhenting av sakkyndig vurdering.

Andre aktiviteter

3.10 Tilskuddsforvaltning

Tilskudd er et viktig virkemiddel for å nå målene for helse- og omsorgstjenestene. De fire områdene folkehelse, omsorgstjeneste, primærhelsetjeneste samt psykisk helse og rusarbeid peker seg ut med utstrakt bruk av tilskudd som virkemiddel.

Helsemyndighetene er blant de største tilskuddsforvalterne i staten med ansvar for omkring 160 tilskuddsordninger. Ordningene er svært ulike med hensyn til formål, nivå på budsjettene, hvem som kan søke og føringer for bruken av midler. De fleste ordninger forvalter direktoratet selv. For noen ordninger er forvaltningen delegert til andre, som regel fylkesmannen. I 2019 utbetalte direktoratet 16,3 mrd. kr i tilskudd, hvorav den største ordningen «Særlig ressurskrevende helse- og sosialtjenester» utgjorde 10,2 mrd. kr.

Helsemyndighetenes tilskuddsordninger utlyses på www.helsemyndighetene.no med noen unntak, for eksempel øremerkede tilskudd.

Tilskuddsforvaltningen er i stor grad digitalisert gjennom søknads- og rapporteringsskjema i Altinn og tilskuddsverktøyet TIFO. Direktoratet har i 2019 arbeidet med å videreutvikle Altinn-skjema og TIFO. Direktoratet rapporterer årlig til departementet om måloppnåelse for ordningene. I tråd med forventninger fra departementet har direktoratet gjennomført tiltak for å heve kvaliteten på årets rapportering.

Basert på en vurdering av vesentlighet og risiko og tilgjengelige budsjettmidler blir det gjennomført evaluering av tilskuddsordninger.

I 2019 ble følgende eksterne evalueringer gjennomført:

Kap. post	Navn på tilskuddsordning	Navn på evaluering
0764.60 0765.60	Psykologer i de kommunale helse- og omsorgstjenestene	Tilskudd til rekruttering av psykologer i kommunale helse- og omsorgstjenester,
0764.72 0765.71	Bruker- og pårørendearbeid innen rus- og psykisk helsefeltet	Evaluering av tilskuddsordningen Bruker- og pårørendearbeid innen rus- og psykisk helsefeltet
0761.79	Opplæring av frivillighetskoordinatorer og omsorg ved livets slutt – Verdighetssenteret i Bergen	Evaluering av tilskuddsordning. Opplæring av frivillighetskoordinatorer og omsorg ved livets slutt- Verdighetssenteret i Bergen
0761.79	Livsgledesertifisering og annet utviklingsarbeid – Livsglede for eldre	Evaluering av tilskuddsordningen til livsglede for eldre og livsgledesertifisering

Videre er en samlet evaluering påbegynt av tilskuddsordningene *Grunntilskudd til institusjonsbaserte tiltak for personer med rusmiddelproblemer eller prostitusjonserfaring* og *Aktivitetstilbud rettet mot personer med psykiske problemer, rusmiddelproblemer eller prostitusjonserfaring*, som skal slutføres i mars 2020.

Følgeevalueringer

Det pågår også følgeevalueringer av programmer, piloter og kampanjer der tilskuddsordninger inngår, og som har ulikt omfang i innhold og tidsperiode.

Gjennomførte følgeevalueringer:

Kap. post	Navn på tilskuddsordning	Periode	Navn på evaluering
0761.65	Forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenestene – modell A	2016 -2019	Evaluering av forsøksordning med statlig finansiering av kommunale helse- og omsorgstjenester
0761.65	Forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenestene – modell B	2016 -2019	Evaluering av forsøksordning med statlig finansiering av kommunale helse- og omsorgstjenester
0714.21	Frivillighet Norge - kampanje for fellesskap og sosial støtte	2016 –2019	Sluttrapport - Evaluering av kampanje for fellesskap og sosial støtte
0761.79, 0762.63	Primærhelseteam	2018 –2020	Evaluering av pilotprosjekt med primærhelseteam og alternative finansieringsordninger delrapport 1 og 2 av 3

Pågående følgeevalueringer:

- Etablering og drift av Rask psykisk helsehjelp
- Pilot for strukturert tverrfaglig oppfølging – Oppfølgingsteam
- Primærhelseteam
- Medisinsk avstandsoppfølging av kronisk syke
- Teknologisk støtte i fritidsaktiviteter for barn og unge med funksjonsnedsettelse og deres familie
- Kommunalt kompetanse- og innovasjonstilskudd
- Utvikling og utprøving av teknologiske verktøy for å mobilisere mot ensomhet blant eldre
- Tiltaksutvikling innen program for folkehelsearbeid i kommunene
- Kommunalt rusarbeid
- Økt rekruttering av sykepleiere og helsefagarbeidere til helse- og omsorgstjenestene i kommunene (Jobbvinner)
- Psykisk helse i skolen

3.11 Digitalisering

Helsedirektoratet har hatt mange digitaliseringsinitiativ i 2019.

Programmet Enklere digitale tjenester (EDIT) har som formål å digitalisere og automatisere Helfo sine tjenester. Programmet har hatt sine første leveranser med helseaktørportalen og blåreseptsøknader. I tillegg er flere grunnkomponenter flyttet fra NAV til Helsedirektoratet, inkludert økonomistrømmen som tilrettelegger for videre digitalisering og automatisering. EESSI (Electronic Exchange of Social Security Information) er levert slik at vi kan håndtere våre forpliktelser overfor EU.

Første versjon av Digital Innholdsplattform (DIP) er ferdigstilt, samt ny versjon av Helsedirektoratet.no og Helfo.no. Digital innholdsplattform legger til rette for raskere publisering, digitalisering og koding av innholdet Helsedirektoratet produserer.

Helsedirektoratet har samarbeidet tett med Bufdir for å etablere og styre DigiUng, og har levert flere tjenester på plattformen i samarbeid med Direktoratet for e-Helse.

Det er også gjennomført løft for å digitalisere løsninger innen kompetanse og autorisasjon, LIS (leger i spesialisering), tilskudd, samt løsninger innen alkohol og tobakk.

Videreutvikling av Norsk pasientregister (NPR) og Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) er gjennomført og det har blitt laget en mer fleksibel og robust løsning for Nasjonale Kvalitetsindikatorer (NKI).

Videre har Helsedirektoratet jobbet med Nasjonalt velferdsteknologiprogram, levert konseptrapport på medisinsk avstandsoppfølging og jobber med en løsning for digital behandlingsplan basert på kjernejournal som plattform.

Helsedirektoratet har jobbet aktivt med å skape en kultur for digitalisering både internt og i sektoren, blant annet gjennom å etablere et kompetansesenter for tjenstedesign og å jobbe med Lean og moderne prosjektledelse.

3.12 Helsedirektoratets sektor- og brukerråd

Sektorråd

Helsedirektoratets sektorråd ble etablert i 2018 som et rådgivende organ og en drøftingsarena for strategisk viktige saker og prosesser knyttet til Helsedirektoratets roller og samfunnsoppdrag. Hensikten med rådet er å invitere hovedaktører til å få større innflytelse på helsemyndighetenes prioriteringer. Drøftinger i rådet omhandler Helsedirektoratets rolle knyttet til utvikling, implementering og prioritering i sektoren.

Rådet skal være en arena for:

1. forankring av større prosjekter, strategier og programmer som involverer flere aktører i sektoren
2. drøfting av overordnede utviklingsutfordringer og behov i sektoren
3. drøfting av enkeltområder som fordrer god dialog omkring utvikling, implementering og prioritering

Helsedirektoratet vedtok mandatet for sektorrådet i juni 2018 og oppnevnte medlemmer for perioden 2018-2019. Det har vært avholdt 2 møter i Helsedirektoratets sektorråd i 2019. Hovedtemaer som har vært drøftet på disse to møtene har vært henholdsvis "Persontilpasset medisin" og "Styrket sammenkobling av psykisk helse og somatikk".

Brukerråd

Brukermedvirkning er et prioritert satsingsområde i Helsedirektoratet. Det er derfor etablert et overordnet brukerråd som skal være et rådgivende organ for Helsedirektoratets ledelse, samt drøftingsarena for strategisk viktige saker og prosesser knyttet til direktoratets roller og samfunnsoppdrag. Det er også et forum for utvikling av brukermedvirkning i Helsedirektoratet.

Brukerråd for perioden 2018-2020 besto av 16 representanter og har hatt fire møter i 2019. Blant sakene som har vært til behandling er:

- Policydokument for begreper som beskriver Helsedirektoratets brukere og prosesser for involvering av brukere
- Egenandeler ved telefonkonsultasjoner
- Innspill til veien videre for velferdsteknologiprogrammet
- Evaluering av regelverket for pasientreiser
- Digitalt utenforskap og helsehjelp
- Helsedirektoratets strategi og det strategiske utviklingsområdet "brukeren først"

Det er igangsatt en prosess for å oppnevne et nytt brukerråd for 2020-2022.

4. STYRING OG KONTROLL I VIRKSOMHETEN

Hesledirektoratets styringsmodell illustrerer hvilke styringsnivåer, styringsarenaer og styrings-dokumenter som er etablert i Helse- og omsorgsdepartementet og hvordan disse fungerer i forhold til hverandre.

Etatsstyring beskriver styringsforholdet mellom Helse- og omsorgsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet, mellom Helse- og omsorgsdepartementet og våre ytre etater (HELFO, POBO) og i tillegg at Helse- og omsorgsdepartementet bidrar med etatsstyringen av fylkesmennene.

Virksomhetsstyring er den interne styringen i helse- og omsorgsdepartementet med tilhørende prosesser og aktiviteter. Hoveddrømmene for virksomhetsstyringen gis gjennom tildelingsbrev fra departementet og de rammebetingelsene som gjelder for statlig forvaltning.



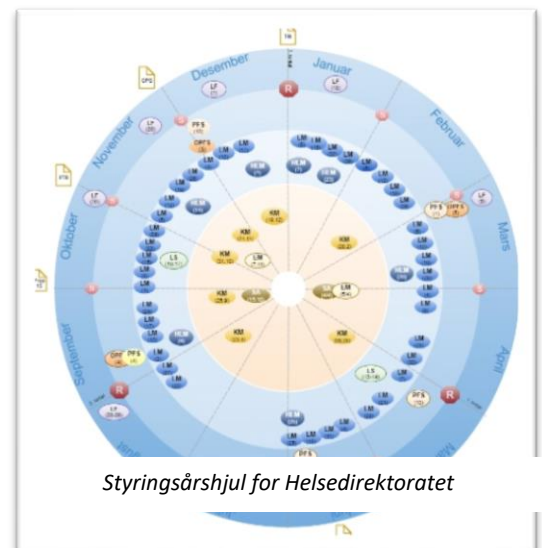
Hesledirektoratets styringsmodell

4.1 Overordnet vurdering av styring og kontroll

Helse- og omsorgsdepartementet er Helse- og omsorgsdepartementets eier, og utøver etatsstyring, gjennom bl.a. instruks, årlige tildelingsbrev og faste møter for etatsstyring. Helse- og omsorgsdepartementets totale oppgaveportefølje består av både faste oppgaver, tidsavgrensede spesielle oppdrag i tillegg til direktoratets egeninitierte oppgaver. *Tildelingsbrevet for 2019 besto av 90 spesielle oppdrag og 73 tilleggsoppdrag gjennom året.* Oppgavene ivaretas av den enkelte divisjon med tilhørende avdelinger. Helse- og omsorgsdepartementet har tydeliggjort sine føringer, ansvar og myndighet i mål- og disponeringsskriv til divisjonsdirektørene.

Virksomhetsstyringsverktøyet PULS er Helse- og omsorgsdepartementets sentrale verktøy for planlegging, budsjettering, styring og rapportering, og brukes som utgangspunkt for all oppfølging av helse- og omsorgsdepartementets virksomhetsplan.

I inneværende år har direktoratet rapportert til HOD i tråd med føringene i tildelingsbrevet, samt i oppfølgingen som er gjort i de sentrale etatsstyrings- og kontaktmøtene. I tillegg har helse- og omsorgsdepartementet sine interne rutiner der det rapporteres tertialvis med fokus på økonomi og oppgaveløsning, i egne strategiske styringsregimer rundt IKT porteføljene og retningslinjearbeidet og ikke minst i de sentrale styringsdialogmøter som helse- og omsorgsdepartementet har med divisjonene.



Styringsårshjul for Helse- og omsorgsdepartementet

4.2 Nærmere omtale av vesentlige forhold ved styring og kontroll

I 2018 ble et gjennomført en omorganisering i Helsedirektoratet der en av hensiktene var å etablere en ny stabsdivisjon, Virksomhetsstyring. Hovedformålet var å styrke den interne styring samt styringsdialogen med departementet. Det er i perioden frem til nå gjennomført et omfattende utviklingsarbeid, der det bla er etablert et rammeverk for styring og kontroll som bla. beskriver virksomhetens styringsmodell med styringsdokumenter, styringsarenaer, roller og ansvar samt mye mer. Rammeverket ivaretar og behovet for oversikt over virksomhetens interne standarder gjennom policyer, retningslinjer, prosedyrer og veiledere. Dette er et godt utgangspunkt for Helsedirektoratets videre arbeid med styrking av intern styring og internkontroll.

4.3 IKT porteføljestyling

Helsedirektoratet har siden 2016 hatt ett eget regime for IKT prosjekter gjennom ett eget porteføljestyre, prosjektene er en delmengde av den totale oppgaveporteføljen til helsedirektoratet og består av både oppdrag via tildelingsbrev og egeninitierte oppgaver. Styret ledes av assisterende helsedirektør etter delegering fra helsedirektøren og stryets medlemmer er divisjonsdirektørene samt direktør i Helfo. Styret har en porteføljeansvarlig og ett porteføljekontor som ligger organisert under divisjon virksomhetsstyring. IKT porteføljen består av ca. 40-50 prosjekter, der flere er flerårige, og har en total årlig investering på ca. 300 millioner kroner (som dekker da både interne og eksterne kostnader samt på noen områder og tilskudd ut mot helsesektoren).

4.4 Risikostyring og internkontroll

Det er et mål at Helsedirektoratet har et rammeverk for internkontroll som bidrar til å sikre at virksomheten etterlever krav til mål- og resultatstyring, risikostyring og internkontroll tilpasset risiko og vesentlighet. Internkontroll skal være integrert i virksomhetsstyring og i virksomhetens systemer og prosesser. I 2019 har Helsedirektoratet jobbet systematisk med å styrke virksomhetens interne styring og kontroll gjennom utvikling av et slikt rammeverk. Arbeidet fremover vil bestå av implementering av eksisterende internkontroll og kontinuerlig forbedring av rammeverk for styring og kontroll.

Risikostyring som verktøy for kommunikasjon, rapportering og prioritering er under stadig utvikling. Det jobbes aktivt med å øke modenheten i hele organisasjonen, slik at risikostyring blir et naturlig verktøy for ledelsen i sitt arbeid. Risikostyring er integrert i virksomhetens styringsverktøy Puls, og det jobbes videre med å utvikle oversikt over Helsedirektoratets reelle risikofaktorer på overordnet og strategisk nivå.

4.5 Internrevisjon

Internrevisjonen er en uavhengig og objektiv bekreftelses- og rådgivningsfunksjon for Helsedirektoratet, opprettet i 2018. Den skal gjennom en systematisk og strukturert metode, samt avgivelse av bekreftelser, bidra til forbedringer i risikostyring, internkontroll og virksomhetsstyring og inngår som en del av direktoratets system for styring og kontroll. Internrevisjonen ansvarsområde omfatter Helsedirektoratet, Helfo, pasient og brukerombudene, og NHN i henhold til avtale.

Internrevisjonen består av et internt årsverk samarbeider med ekstern leverandør for leveranser av internrevisjonstjenester. I 2019 reviderte internrevisjonen følgende områder: 1) Styring og kontroll i Helsedirektoratet, 2) Styring og kontroll i Helfo, 3) Informasjonssikkerhet og personvern i Helsedirektoratet, 4) Kontrollregime for helserefusjoner i Helsedirektoratet og Helfo, 5) Varslingskanalen i Helsedirektoratet og 6) Status for Helsedirektoratets oppfølging Riksrevisjonens rapport av tilskuddsforvaltningen fra 2017. For nærmere beskrivelse, se årsrapport for internrevisjonen.

4.6 Riksrevisjonen

Resultater fra Riksrevisjonens finansielle kontroll for 2019 foreligger ikke på tidspunktet årsrapporten produseres. Revisjonsberetning for 2019 blir offentliggjort på www.helsedir.no når den er mottatt.

Resultater fra Riksrevisjonens finansielle kontroll for 2018 førte til at Helsedirektoratet fikk modifisert revisjonsberetning. Riksrevisjonen avdekket i sin revisjon at det var mangelfull sporbarhet for regnskapstransaksjoner. Helsedirektoratet har gjennomført en rotårsaksanalyse og definerte totalt 8 tiltak, hvor 3 av tiltakene har blitt prioritert gjennomført i 2019. Effekt av tiltakene bør kunne måles i 2020.

Direktoratet jobber systematisk med å følge opp kvalitet i viktige prosesser innen både anskaffelsesfeltet, tilskuddsforvaltning og refusjonsområdet.

Helsedirektoratet jobber kontinuerlig med å tilbakeføre verdifull informasjon fra forvaltningsrevisjonens rapporter til helsefagområder, slik at vi på den måten jobber med kontinuerlig forbedring på viktige deler av direktoratets ansvarsområde.

4.7 Informasjonssikkerhet og personvern

I Helsedirektoratet i 2019 er det blitt jobbet kontinuerlig med informasjonssikkerhet i digitaliserings- og utviklingsprosjekter. Arbeidet består i å jobbe risikobasert med utgangspunkt i risiko- og sårbarhetsvurderinger. Det er gjennomført en rekke risikovurderinger av systemer og prosjekter. Det er også gjennomført 4 sikkerhetstester (pentest) fra eksterne leverandører.

Det er gjennom 2019 jobbet videre med utvikling av internkontroll for informasjonssikkerhet og personvern. Det er jobbet med vedlikehold av protokoll over behandlinger av personopplysninger. Oppfølging av samsvar med personvernforordningen (GDPR) er en kontinuerlig prosess med daglig arbeidet rundt personvern. Det er i 2019 etablert et Lag for personvern som er kommet i gang og vil bistå personvernombudet. Det er gjennom 2019 gjennomført flere personvernkonsekvensvurderinger (DPIA) i nye utviklingsprosjekter.

I 2019 er det meldt inn flere avviksmeldinger enn i 2018. Avviksmeldingene strekker seg over et stort spenn og alle avvik er blitt lukket. Økning av antall avviksmeldinger er et resultat av at avvikssystemet er gjort bedre kjent i organisasjonen.

I 2019 gjennomførte Intern revisjonen en revisjon av informasjonssikkerhet og personvern. Det ble mot slutten av året gjennomført Ledelsens gjennomgang. Som resultat av Ledelsens gjennomgang og funn fra Intern revisjonen, er det utarbeidet og besluttet et årshjul for 2020. Årshjulet inneholder aktiviteter med tilhørende oppgaver.

Det ble i 2019 besluttet å skille rollene Informasjonssikkerhetsleder og Personvernombud. Nytt personvernombud tiltrer april 2020.

4.8 Fellesføringer

4.8.1 Inkluderingsdugnad og 5 %-målet

I oktober 2019 inngikk Helsedirektoratet samarbeidsavtale med NAV St. Hanshaugen om bistand til å nå 5 %-målet for inkluderingsdugnaden og det ble etablert rutiner for samarbeidet. Foreløpig er det ikke tilsatt noen kandidater gjennom denne ordningen, men arbeidet blir videreført i 2020.

Helsedirektoratets rekrutteringsprosesser har det gjennom flere år vært jobbet systematisk med å øke tilfanget av søkere med nedsatt funksjonsevne. I alle kunngjøringstekster opplyser vi at vi ønsker å tilrettelegge for ansatte med nedsatt funksjonsevne, og vi har som rutine å invitere kvalifiserte søkere med funksjonsnedsettelse til intervju.

I forbindelse med inkluderingsdugnaden har vi vært særskilt oppmerksomme på søknader fra søkere med hull i CV, som er den andre målgruppen for dugnaden. Denne søkergruppen er imidlertid vanskeligere å fange opp. Mange søkere oppgir varigheten av tilsettingsforhold i år og ikke i antall måneder, og på denne måten blir hull i CV tilslørt. Den generelle erfaringen så langt er at vi har få søkere med hull i CV, det er krevende å identifisere disse søkerne, og elektroniske rekrutteringssystemer henger etter med å tilrettelegge for å gjenkjenne søkere på en enkel måte.

I 2019 kunngjorde Helsedirektoratet 86 stillinger og ansatte 74 medarbeidere. En medarbeider fra målgruppen ble tilsatt midlertidig. Hovedutfordringen er å få kvalifiserte søkere å søke på aktuelle stillinger og til å tilkjenne de

er i målgruppen. For å nå målene i 2020 er det nødvendig å nå flere aktuelle søkere. Samarbeidet med NAV vil legge til rette for dette. Helsedirektoratet vurderer også deltakelse i Traineeprogrammet for staten som et aktuelt virkemiddel.

4.8.2 Motvirke arbeidslivskriminalitet

Helsedirektoratet har begrenset med anskaffelser som er eksponert for risiko for arbeidslivskriminalitet. Vi har egen avtale for rengjøring, denne følger NS 8431, og allmenngjøring er inntatt. I tillegg til leverandørs egenerklæring, er to av tre renholdere sikkerhetsklarert av Sivil klareringsmyndighet. Helsedirektoratet følger opp den enkelte renholder i lokalene.

Kantinedrift og vedlikehold/ytre renhold leveres av utleier. Helsedirektoratet har svært begrenset med kjøp av tolketjenester, når det unntaksvis skjer så foregår det gjennom rammeavtale for oversettelsestjenester.

5. VURDERING AV FREMTIDSUTSIKTER

Norske helsevesen er et av verdens beste og helsetilstanden i befolkningen er god. Samtidig er det ingen tvil om at vi står ovenfor en rekke utfordringen de nærmeste årene som kan endre denne situasjonen. Noen kjenner vi til, noen ser vi at kommer og noen vil helt sikkert komme som en overraskelse.

Utbruddet av **covid-19** i Kina i vinter er en typisk hendelse vi må være forberedt på at vil dukke opp fra tid til annen. Beredskapssituasjonen i helsetjenesten er generelt god, og samarbeidet mellom sentrale aktører som CRBNe-senteret, FHI og Helsedirektoratet fungerer godt. Det samme gjelder samarbeidet med spesialisthelsetjenesten, fylkesmennene og en rekke andre aktører. Likevel er det en del punkter som alltid vil variere. Først og fremst handler det om å avklare den konkrete medisinske situasjonen, blant annet kunnskap om smittefare og dødelighet. Samtidig må vi få oversikt over tilgjengelighet på aktuelle legemidler og annet medisinsk utstyr. Når dette skrives er utbruddet på ingen måte over og vi kjenner ikke slutten, men det er ingen tvil om at vi må evaluere grundig for å stå ennå bedre rustet neste gang.

Klimaendringer og ekstremvær er også hendelser det er naturlig å peke på i forbindelse med et virusutbrudd. En fellesnevner for både virus, ekstremvær og klimaendringer er en bedre samordnet beredskap.

Medisintilgangen – eller rettere sagt mangel på medisiner og medisinsk utstyr - er en lenge varslet trussel som blir ytterligere aktualisert i forbindelse med virusutbruddet i Kina. Det finnes ikke noen kortsiktig løsning, men virusutbruddet understreker behovet for finne løsninger.

En utfordring som kan vokse seg stor på sikt er de **fallende fødselstallene**. Når fødselstallene faller vil det bli større konkurranse om arbeidskraften fremover. Vi vet allerede at fra 2030 må hver tredje elev som går ut av videregående velge helsefag for at vi skal kunne opprettholde dagens nivå i helsesektoren. Når vi samtidig vet at vi lever lenger og blir stadig flere, ser vi at behovet for ansatte i helsesektoren fort kan bli en utfordring.

For oppgavene er mange inne helsevesenet. Den forventede levetiden er for eksempel omkring 20 år kortere for mennesker med alvorlige psykiske lidelser enn for befolkningen for øvrig. Å bedre situasjonen for denne gruppen vil kreve store ressurser. På samme måte som det vil kreve økt innsats i kommunesektoren for å utjevne forskjeller kommunene imellom. Samtidig må vi evne å se fremover og bidra til å utvikle nye løsninger på en rekke områder.

Helsedirektoratet skal være en pådriver til å utvikle nye løsninger. Det skal vi gjøre i samarbeid med alle berørte, og med et mål for øyet; - at norsk helsevesen skal fortsette å være blant verdens beste og at helsetilstanden i befolkningen fortsatt skal være god.

6. ÅRSREGNSKAP

6.1 Sammenstilt årsregnskap Helsedirektoratet (inkl. Helfo)

Ledelseskomentarer

Formål

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

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

Bekreftelse

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

Vurdering av vesentlige forhold

Fra 2019 endret NHN endret sin prismodell i konsernløsningen for helseforvaltningen for de administrative tjenestene IKT, anskaffelser og arkiv. Dette har gitt Helsedirektoratet en økning i utgiftene innen disse områdene, i tillegg til økte utgifter knyttet til anskaffelse av møbler og inventar i forbindelse med flytting til nytt kontorbygg.

Revisjonsordning

Riksrevisjonen er ekstern revisor og bekrefter årsregnskapet for Helsedirektoratet. Årsregnskapet er ikke ferdig revidert per d.d. men revisjonsberetningen antas å foreligge i løpet av 2. kvartal 2020. Beretningen vil bli publisert på Helsedirektoratets nettside.

Oslo, 14. april 2020



Bjørn Guldvog
helsedirektør

Prinsippnote til årsregnskapet

Årsregnskapet for Helsedirektoratet er utarbeidet og avlagt etter retningslinjer fastsatt i bestemmelser om økonomistyring i staten ("bestemmelsene"). Årsregnskapet er i henhold til krav i bestemmelsene punkt 3.4.1, i Finansdepartementets rundskriv R-115 og eventuelle tilleggskrav fastsatt av eget departement.

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

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

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

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

Bevilgningsrapporteringen

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

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

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

Artskontorrapporteringen

Artskontorrapporteringen viser regnskapstall Helsedirektoratet har rapportert til statsregnskapet etter standard kontoplan for statlige virksomheter. Note 7 til artskontorrapporteringen viser forskjeller mellom avregning med statskassen og mellomværende med statskassen. Helsedirektoratet har en trekkrettighet på konsernkonto i Norges Bank. Tildelingene er ikke inntektsført og derfor ikke vist som inntekt i oppstillingen.

Bevilgningsrapportering 31.12.2019

Utgiftskapittel	Kapittelnavn	Post	Postekst	Note	Samlet tildeling	Regnskap 2019	Merutgift (-) og mindretutgift
0571	Rammetilskudd til kommuner	21	Spesielle driftsutgifter	B	-	577 095 -	577 095
0575	Ressurskrevende tjenester	60	Toppfinansieringsordning	A	10 222 000 000	10 188 647 000	33 353 000
0660	Krigspensjon	70	Tilskudd, militære, overslagsbevilgning	A	100 000	-	100 000
0660	Krigspensjon	71	Tilskudd, militære, overslagsbevilgning	A	600 000	-	600 000
0605	Arbeids- og velferdsetaten	22	Forsknings- og utredningsaktiviteter	B	-	201 311 -	201 311
0701	E-helse, helseregistre mv.	21	Spesielle driftsutgifter	A, B	14 283 000	9 455 379	4 827 621
0702	Beredskap	21	Spesielle driftsutgifter	A, B	11 060 000	10 792 078	267 922
0702	Beredskap	70	Tilskudd	A, B	3 897 000	3 877 000	20 000
0709	Pasient- og brukerombud	01	Driftsutgifter	A, B	72 801 000	74 999 845 -	2 198 845
0714	Folkehelse	21	Spesielle driftsutgifter	A, B	123 512 000	121 554 525	1 957 475
0714	Folkehelse	60	Kommunale tiltak	A, B	92 900 000	89 685 000	3 215 000
0714	Folkehelse	70	Rusmiddeltiltak mv.	A, B	132 127 000	133 682 758 -	1 555 758
0714	Folkehelse	74	Skolefrukt mv.	A, B	20 568 000	20 568 000	-
0714	Folkehelse	79	Andre tilskudd	A, B	34 200 000	34 199 599	401
0717	Legemiddeltiltak	21	Spesielle driftsutgifter	A, B	1 400 000	1 413 882 -	13 882
0717	Legemiddeltiltak	70	Tilskudd	A, B	6 400 000	6 400 000	-
0732	Regionale helseforetak	21	Spesielle driftsutgifter	A, B	1 000 000	39 173	960 827
0732	Regionale helseforetak	77	Laboratorie- og radiologiske undersøkelser	A, B	3 099 612 000	3 077 562 451	22 049 549
0733	Habilitering og rehabilitering	21	Spesielle driftsutgifter	A, B	16 842 000	22 130 711 -	5 288 711
0733	Habilitering og rehabilitering	72	Kjøp av oppretning mv.	A, B	1 245 000	1 100 400	144 600
0733	Habilitering og rehabilitering	79	Andre tilskudd	A, B	6 341 000	1 000 000	5 341 000
0734	Særskilte tilskudd til psykisk helse og rustiltak	01	Driftsutgifter	A, B	72 460 000	3 348 361	69 111 639
0734	Særskilte tilskudd til psykisk helse og rustiltak	21	Spesielle driftsutgifter	A, B	36 837 000	34 396 065	2 440 935
0734	Særskilte tilskudd - Tvinget psykisk helsevern	01	Tvinget psykisk helsevern for pasienter som ikke har bosted i riket	A, B	2 784 000	-	2 784 000
0734	Særskilte tilskudd til psykisk helse og rustiltak	72	Utviklingsområder innen psykisk helsevern og rustiltak	A, B	13 141 000	12 199 992	941 008
0740	Helsedirektoratet	01	Driftsutgifter	A, B	1 224 728 000	1 210 057 201	14 670 799
0740	Helsedirektoratet	21	Spesielle driftsutgifter	A, B	26 421 000	18 925 071	7 495 929
0740	Helsedirektoratet	60	Gjestenbyggeroppgjør for fastleger	A, B	81 908 000	88 104 784 -	6 196 784
0740	Helsedirektoratet	70	Helsestjenester i annet EØS-land	A, B	50 305 000	71 870 960 -	21 565 960
0740	Helsedirektoratet	71	Oppgjørsordning h-reseptlegemidler	B	-	44 980 623	44 980 623
0740	Helsedirektoratet	72	Oppgjørsordning frit behandlingsvalg	B	-	1 910 920	1 910 920
0745	Folkhelseinstituttet	01	Driftsutgifter	B	-	500 000 -	500 000
0746	Statens legemiddelverk	01	Driftsutgifter	B	-	1 700 000 -	1 700 000
0748	Statens helsetilsyn	01	Driftsutgifter	B	-	1 488 937 -	1 488 937
0749	Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten	01	Driftsutgifter	B	-	1 486 977 -	1 486 977
2711	Spesialisthelsetjeneste m.v.	70	Spesialisthjelp	A, B	2 190 000 000	2 157 601 951	32 398 049
2711	Spesialisthelsetjeneste m.v.	71	Psykologhjelp	A, B	325 000 000	325 481 891	481 891
2711	Spesialisthelsetjeneste m.v.	72	Tannbehandling	A, B	2 230 000 000	2 223 511 771	6 488 229
2711	Spesialisthelsetjeneste m.v.	76	Private laboratorier og røntgeninstitutt	A, B	1 050 000 000	1 072 501 041 -	22 501 041
2751	Legemidler mv.	70	Legemidler	A, B	9 690 000 000	9 754 199 725 -	64 199 725
2751	Legemidler mv.	71	Legeerklæringer	A, B	8 000 000	7 539 656	460 344
2751	Legemidler mv.	72	Medisinsk forbruksmaterieil	A, B	2 030 000 000	2 001 596 673	28 403 327
2752	Refusjon av egenbetaling	70	Egenandelstak 1	A, B	5 170 000 000	5 216 811 626 -	46 811 626
2752	Refusjon av egenbetaling	71	Egenandelstak 2	A, B	984 000 000	980 089 352	3 910 648
2755	Helsestjenester i kommunene mv.	62	Fastlønnsordning fysioterapeuter	A, B	429 000 000	438 766 788	9 766 788
2755	Helsestjenester i kommunene mv.	70	Allmenlegehjelp	A, B	5 297 200 000	5 254 884 059	42 315 941
2755	Helsestjenester i kommunene mv.	71	Fysioterapi	A, B	1 248 500 000	1 216 266 538	32 233 463
2755	Helsestjenester i kommunene mv.	72	Jordmørljelp	A, B	64 000 000	64 362 092 -	362 092
2755	Helsestjenester i kommunene mv.	73	Kiropraktorbehandling	A, B	184 000 000	181 516 088	2 483 912
2755	Helsestjenester i kommunene mv.	75	Logopedisk og ortopedisk behandling	A, B	185 000 000	180 233 538	4 766 462
2756	Andre helsestjenester	70	Helsestjenester i annet EØS-land	A, B	16 000 000	17 194 869 -	1 194 869
2756	Andre helsestjenester	71	Helsestjenester i utlandet mv.	A, B	445 500 000	407 823 255	37 676 745
2756	Andre helsestjenester	72	Helsestjenester til utenlandsboende mv.	A, B	350 000 000	361 937 806 -	11 937 806
2790	Andre helsestiltak	70	Bidrag	A, B	220 000 000	225 367 603 -	5 367 603
0761	Omsorgstjeneste	21	Spesielle driftsutgifter	A, B	174 783 000	132 952 213	41 830 787
0761	Omsorgstjeneste	60	Kommunale kompetansetilak	A, B	10 125 000	10 125 000	-
0761	Omsorgstjeneste	61	Vertskommuner	A, B	958 778 000	958 752 380	25 620
0761	Omsorgstjeneste	62	Dagaktivitetstilbud	A, B	365 090 000	361 245 976	3 844 024
0761	Omsorgstjeneste	65	Forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenestene	A, B	1 387 550 000	1 393 564 803 -	6 014 803
0761	Omsorgstjeneste	67	Utviklingstilak	A, B	70 227 000	56 421 000	13 806 000
0761	Omsorgstjeneste	68	Kompetanse og innovasjon	A, B	398 050 000	-	398 050 000
0761	Omsorgstjeneste	71	Frivillig arbeid mv.	A, B	17 500 000	17 500 000	-
0761	Omsorgstjeneste	72	Landsbystiftelsen	A, B	81 007 000	81 007 000	-
0761	Omsorgstjeneste	73	Særlige omsorgsbehov	A, B	51 375 000	50 973 802	401 198
0761	Omsorgstjeneste	75	Andre kompetansetilak	A, B	10 944 000	10 944 000	-
0761	Omsorgstjeneste	79	Andre tilskudd	A, B	112 975 000	116 099 742 -	3 124 742
0762	Primerhelsestjeneste	21	Spesielle driftsutgifter	A, B	110 188 000	70 978 437	39 209 563
0762	Primerhelsestjeneste	60	Forebyggende helsestjenester	A, B	453 458 000	436 231 266	17 226 734
0762	Primerhelsestjeneste	61	Fengselshelestjeneste	A, B	165 166 000	164 688 490	477 510
0762	Primerhelsestjeneste	63	Allmenlegehjelp	A, B	264 123 000	163 134 570	100 988 430
0762	Primerhelsestjeneste	64	Opptreppingsplan habilitering og rehabilitering	A, B	88 196 000	-	88 196 000
0762	Primerhelsestjeneste	70	Tilskudd	A, B	45 048 000	53 750 000 -	8 702 000
0762	Primerhelsestjeneste	73	Seksuell helse	A, B	56 637 000	56 636 960	40
0762	Primerhelsestjeneste	74	Stiftelsen Amatheia	A, B	24 569 000	24 569 000	-
0765	Psykisk helse og rusarbeid	21	Spesielle driftsutgifter	A, B	114 833 000	77 617 564	37 215 436
0765	Psykisk helse og rusarbeid	60	Kommunale tjenester	A, B	465 893 000	25 596 846	440 296 154
0765	Psykisk helse og rusarbeid	62	Rusarbeid	A, B	490 565 000 -	121 257	490 686 257
0765	Psykisk helse og rusarbeid	71	Brukere og pårørende	A, B	164 385 000	164 107 455	277 545
0765	Psykisk helse og rusarbeid	72	Frivillig arbeid mv.	A, B	408 885 000	402 467 713	6 417 287
0765	Psykisk helse og rusarbeid	73	Utviklingstilak mv.	A, B	161 177 000	160 776 549	400 451
0765	Psykisk helse og rusarbeid	74	Kompetansesentre	A, B	309 743 000	306 722 559	3 020 441
0765	Psykisk helse og rusarbeid	75	Vold og traumatisk stress	A, B	223 525 000	223 040 205	484 795
0769	Utredningsvirksomhet mv.	21	Spesielle driftsutgifter	A, B	14 100 000	7 136 878	6 963 122
0769	Utredningsvirksomhet mv.	70	Tilskudd	A, B	-	1 300 000 -	1 300 000
0770	Tannhelsestjenester	21	Spesielle driftsutgifter	A, B	9 093 000	9 348 265 -	255 265
0770	Tannhelsestjenester	70	Tilskudd	A, B	294 893 000	293 713 845	1 179 155
0781	Forsøk og utvikling mv.	21	Spesielle driftsutgifter	A, B	40 255 000	46 279 013 -	6 024 013
0781	Forsøk og utvikling mv.	79	Tilskudd	A, B	69 670 000	61 222 616	8 447 384
0783	Personell	21	Spesielle driftsutgifter	A, B	107 234 000	81 046 054	26 187 946
0783	Personell	61	Tilskudd til kommuner	A, B	141 208 000	133 533 367	7 674 633
0783	Personell	79	Andre tilskudd	A, B	25 745 000	16 038 626	9 706 374
0846	Familie- og oppveksttilak	21	Spesielle driftsutgifter	B	-	200 000	-
0858	Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet	01	Driftsutgifter	B	-	155 061	-
0858	Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet	21	Spesielle driftsutgifter	B	-	200 000	-
1633	Nettoordning, statlig betalt merverdiavgift	01	Driftsutgifter	B	-	127 566 792	-
2651	Arbeidsavklaringspenger	72	Legeerklæringer	B	-	352 594 977	-
2661	Grunn- og hjelpestønad, hjelpemidler mv.	77	Ortopediske hjelpemidler	B	-	22 920 158	-
Sum utgiftsført						55 372 665 000	53 955 797 261

Bevilgningsrapportering 31.12.2019

Inntektskapittel	Kapittelnavn	Post	Posttekst	Samlet tildeling	Regnskap 2019	Merinntekt og mindreinntekt (-)
3714	Folkehelse	04	Gebyrinntekter	2 412 000	1 891 337	-520 663
3740	Helsedirektoratet	02	Diverse inntekter	17 582 000	49 351 280	31 769 280
3740	Helsedirektoratet	03	Helsetjenester i annet EØS-land	48 968 000	75 458 803	26 490 803
3740	Helsedirektoratet	04	Gebyrinntekter	41 152 000	40 730 710	-421 290
3740	Helsedirektoratet	05	Helsetjenester til utenlandsboende mv.	55 000 000	78 350 037	23 350 037
3740	Helsedirektoratet	06	Gjesteinnbyggeroppgjør for fastleger	81 908 000	88 403 816	6 495 816
5309	Tilfeldige inntekter	29	Ymse	-	16 145 248	
5700	Folketrygdens inntekter	72	Arbeidsgiveravgift	-	111 638 238	
5701	Diverse inntekter	86	Innkrevning feilutbetalinger	-	44 993 219	
<i>Sum inntektsført</i>				247 022 000	506 962 688	
Netto rapportert til bevilgningsregnskapet					53 448 834 573	
Kapitalkontoer						
60092501	Norges Bank KK/innbetalinger, Helfo				6 195 149 131	
60092502	Norges Bank KK/utbetalinger, Helfo				-38 276 527 009	
NAV	Oppgjørskonto NAV				-3 686 430 639	
707013	Endring i mellomværende med statskassen				-1 620 999	
NAV	Helfos andel av endring i mellomværende med statskassen				2 294 825	
60077101	Norges Bank KK/innbetalinger				156 466 405	
60077102	Norges Bank KK/utbetalinger				-17 838 486 494	
707002	Endring i mellomværende med statskassen				320 207	
<i>Sum rapportert</i>					-	
Beholdninger rapportert til kapitalregnskapet (31.12)						
Konto	Tekst			31.12.2019	31.12.2018	Endring
707013	Mellomværende med statskassen, Helfo			-14 097 975	-12 476 976	-1 620 999
65.00.07.01	Oppgjørskonto H-respt			4 453 791	49 434 414	-44 980 623
65.00.07.02	Oppgjørskonto FBV			-7 021 070	-5 110 150	-1 910 920
NAV	Helfos andel av mellomværende med statskassen			0	-2 294 825	2 294 825
707002	Mellomværende med statskassen, Helsedirektoratet			-24 266 506	-24 586 712	320 206

Note A Forklaring av samlet tildeling utgifter

Kapittel og post	Overført fra i fjor	Årets tildelinger	Samlet tildeling
057560	-	10 222 000 000	10 222 000 000
066070	-	100 000	100 000
066071	-	600 000	600 000
070121	1 283 000	13 000 000	14 283 000
070221	-	11 060 000	11 060 000
070270	-	3 897 000	3 897 000
070901	-	72 801 000	72 801 000
071421	-	123 512 000	123 512 000
071460	-	92 900 000	92 900 000
071470	-	132 127 000	132 127 000
071474	-	20 568 000	20 568 000
071479	-	34 200 000	34 200 000
071721	-	1 400 000	1 400 000
071770	-	6 400 000	6 400 000
073221	-	1 000 000	1 000 000
073277	-	3 099 612 000	3 099 612 000
073321	-	16 842 000	16 842 000
073372	-	1 245 000	1 245 000
073379	-	6 341 000	6 341 000
073401	-	72 460 000	72 460 000
073421	844 000	35 993 000	36 837 000
073470	-	2 784 000	2 784 000
073472	-	13 141 000	13 141 000
074001	-	1 224 728 000	1 224 728 000
074021	-	26 421 000	26 421 000
074060	-	81 908 000	81 908 000
074070	-	50 305 000	50 305 000
076121	3 642 000	171 141 000	174 783 000
076160	-	10 125 000	10 125 000
076161	-	958 778 000	958 778 000
076162	-	365 090 000	365 090 000
076165	-	1 387 550 000	1 387 550 000
076167	727 000	69 500 000	70 227 000
076168	-	398 050 000	398 050 000
076171	-	17 500 000	17 500 000
076172	-	81 007 000	81 007 000
076173	400 000	50 975 000	51 375 000
076175	-	10 944 000	10 944 000
076179	-	112 975 000	112 975 000
076221	-	110 188 000	110 188 000
076260	-	453 458 000	453 458 000
076261	-	165 166 000	165 166 000
076263	-	264 123 000	264 123 000
076264	-	88 196 000	88 196 000
076270	-	45 048 000	45 048 000
076273	37 000	56 600 000	56 637 000
076274	-	24 569 000	24 569 000
076521	11 110 000	103 723 000	114 833 000
076560	9 713 000	456 180 000	465 893 000
076562	13 205 000	477 360 000	490 565 000
076571	-	164 385 000	164 385 000
076572	4 643 000	404 242 000	408 885 000
076573	-	161 177 000	161 177 000
076574	796 000	308 947 000	309 743 000
076575	3 486 000	220 039 000	223 525 000
076921	-	14 100 000	14 100 000
076970	-	-	-
077021	-	9 093 000	9 093 000
077070	-	294 893 000	294 893 000
078121	-	40 255 000	40 255 000
078179	-	69 670 000	69 670 000
078321	-	107 234 000	107 234 000
078361	-	141 208 000	141 208 000
078379	-	25 745 000	25 745 000
271170	-	2 190 000 000	2 190 000 000
271171	-	325 000 000	325 000 000
271172	-	2 230 000 000	2 230 000 000
271176	-	1 050 000 000	1 050 000 000
275170	-	9 690 000 000	9 690 000 000
275171	-	8 000 000	8 000 000
275172	-	2 030 000 000	2 030 000 000
275270	-	5 170 000 000	5 170 000 000
275271	-	984 000 000	984 000 000
275562	-	429 000 000	429 000 000
275570	-	5 297 200 000	5 297 200 000
275571	-	1 248 500 000	1 248 500 000
275572	-	64 000 000	64 000 000
275573	-	184 000 000	184 000 000
275575	-	185 000 000	185 000 000
275670	-	16 000 000	16 000 000
275671	-	445 500 000	445 500 000
275672	-	350 000 000	350 000 000
279070	-	220 000 000	220 000 000
Sum totalt	49 886 000	55 322 779 000	55 372 665 000

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

Kapittel og post	Stikkord	Merutgift(-)/ mindre utgift	Utgiftsført av andre iht. avgitte belastningsfullmakter(-)	Merutgift(-)/ mindreutgift etter avgitte belastningsfullmakter	Merinntekter / mindreinntekter(-) iht. merinntektsfullmakt	Sum grunnlag for overføring	Maks. overførbart beløp	Mulig overførbart beløp beregnet av virksomheten
057560		33 353 000	-	33 353 000	-	33 353 000	-	-
066070		100 000	-	100 000	-	100 000	-	-
066071		600 000	-	600 000	-	600 000	-	-
070121	"kan overføres"	4 827 620	-	4 827 620	-	4 827 620	4 827 620	4 827 620
070221	«kan overføres», kan nyttes under post 70	267 922	-	267 922	-	267 922	267 922	267 922
070270	«kan overføres», kan nyttes under post 21	20 000	-	20 000	-	20 000	20 000	20 000
070901		2 198 845	-	2 198 845	-	2 198 845	-	-
071421	«kan overføres», kan nyttes under post 70,74 og 79	1 957 475	1 729 077	228 398	-	228 398	228 398	-
071460	«kan overføres», kan nyttes under post 21	3 215 000	3 200 000	15 000	-	15 000	15 000	-
071470	«kan overføres», kan nyttes under post 21	1 555 758	-	1 555 758	-	1 555 758	-	-
071474	«kan overføres», kan nyttes under post 21	-	-	-	-	-	-	-
071479	«kan overføres», kan nyttes under post 21	401	-	401	-	401	401	401
071721	«kan overføres»	13 882	-	13 882	-	13 882	-	-
071770		-	-	-	-	-	-	-
073221	«kan overføres»	960 827	-	960 827	-	960 827	960 827	960 827
073277		22 049 549	-	22 049 549	-	22 049 549	0	22 049 549
073321	kan nyttes under post 79	5 288 711	-	5 288 711	-	5 288 711	-	-
073372	«kan overføres»	144 600	-	144 600	-	144 600	144 600	144 600
073379	kan nyttes under post 21	5 341 000	-	5 341 000	-	5 341 000	-	-
073401		69 111 639	69 663 609	551 970	-	551 970	3 623 000	-
073421		2 440 935	-	2 440 935	-	2 440 935	1 841 850	1 841 850
073470		2 784 000	1 857 174	926 826	-	926 826	-	-
073472		941 008	-	941 008	-	941 008	-	-
074001		14 670 799	66 378 251	51 707 452	-	47 443 252	-	-
074021	«kan overføres»	7 495 929	-	7 495 929	-	7 495 929	7 495 929	7 495 929
074060		-6 196 784	-	-6 196 784	-	-6 196 784	-	-
074070		-21 565 960	-	-21 565 960	-	-21 565 960	-	-
074071		44 980 623	-	44 980 623	-	44 980 623	-	-
074072		1 910 920	-	1 910 920	-	1 910 920	-	-
076121	kan nyttes under post 79	41 830 787	26 957 574	14 872 207	-	14 872 207	8 739 150	8 739 150
076160	«kan overføres»	-	-	-	-	-	-	-
076161		25 620	-	25 620	-	25 620	-	-
076162	«kan overføres»	3 844 024	-	3 844 024	-	3 844 024	3 844 024	3 844 024
076165	"overslagsbevilgning"	6 014 803	-	6 014 803	-	6 014 803	-	-
076167		13 806 000	14 499 702	693 702	-	693 702	-	-
076168		398 050 000	398 653 434	603 434	-	603 434	-	-
076171		-	-	-	-	-	-	-
076172		-	-	-	-	-	-	-
076173		401 198	-	401 198	-	401 198	-	-
076175		-	-	-	-	-	-	-
076179	kan nyttes under post 21	3 124 742	-	3 124 742	-	3 124 742	-	-
076221	kan nyttes under post 70	39 209 563	16 344 336	23 865 229	-	23 865 229	5 509 400	5 509 400
076260		17 226 734	17 238 253	11 519	-	11 519	-	-
076261		477 510	-	477 510	-	477 510	-	-
076263		100 988 430	-	100 988 430	-	100 988 430	-	-
076264		88 196 000	85 659 908	2 536 092	-	2 536 092	-	-
076270	kan nyttes under post 21	8 702 000	-	8 702 000	-	8 702 000	-	-
076273	«kan overføres»	40	-	40	-	40	40	40
076274		-	-	-	-	-	-	-
076521	«kan overføres», kan nyttes under post 72	37 215 436	21 794 867	15 420 569	-	15 420 569	15 420 569	15 420 569
076560	«kan overføres»	440 296 154	407 491 469	32 804 685	-	32 804 685	32 804 685	32 804 685
076562	«kan overføres»	490 686 257	449 640 809	41 045 448	-	41 045 448	41 045 448	41 045 448
076571	«kan overføres»	277 545	-	277 545	-	277 545	277 545	277 545
076572	«kan overføres», kan nyttes under post 21	6 417 287	-	6 417 287	-	6 417 287	6 417 287	6 417 287
076573		400 451	-	400 451	-	400 451	-	-
076574	«kan overføres»	3 020 441	-	3 020 441	-	3 020 441	3 020 441	3 020 441
076575	«kan overføres»	484 795	-	484 795	-	484 795	484 795	484 795
076921	kan nyttes under post 70	6 963 122	1 500 000	5 463 122	-	5 463 122	705 000	705 000
076970	kan nyttes under post 21	1 300 000	-	1 300 000	-	1 300 000	-	-
077021	kan nyttes under post 70	255 265	-	255 265	-	255 265	-	-
077070	«kan overføres», kan nyttes under post 21	1 179 155	-	1 179 155	-	1 179 155	1 179 155	1 179 155
078121	«kan overføres», kan nyttes under post 79	6 024 013	1 290 546	7 314 559	-	7 314 559	-	-
078179	kan nyttes under post 21	8 447 384	-	8 447 384	-	8 447 384	-	-
078321	kan nyttes under post 79	26 187 946	20 983 722	5 204 224	-	5 204 224	5 361 700	5 361 700
078361		7 674 633	-	7 674 633	-	7 674 633	-	-
078379	kan nyttes under post 21	9 706 374	-	9 706 374	-	9 706 374	-	-
271170		32 398 049	-	32 398 049	-	32 398 049	-	-
271171		-481 891	-	-481 891	-	-481 891	-	-
271172		6 488 229	-	6 488 229	-	6 488 229	-	-
271176		-22 501 041	-	-22 501 041	-	-22 501 041	-	-
275170		-64 199 725	-	-64 199 725	-	-64 199 725	-	-
275171		460 344	-	460 344	-	460 344	-	-
275172		28 403 327	-	28 403 327	-	28 403 327	-	-
275270		-46 811 626	-	-46 811 626	-	-46 811 626	-	-
275271		3 910 648	-	3 910 648	-	3 910 648	-	-
275562		-9 766 788	-	-9 766 788	-	-9 766 788	-	-
275570		42 315 941	-	42 315 941	-	42 315 941	-	-
275571		32 233 463	-	32 233 463	-	32 233 463	-	-
275572		-362 092	-	-362 092	-	-362 092	-	-
275573		2 483 912	-	2 483 912	-	2 483 912	-	-
275575		4 766 462	-	4 766 462	-	4 766 462	-	-
275670		-1 194 869	-	-1 194 869	-	-1 194 869	-	-
275671		37 676 745	-	37 676 745	-	37 676 745	-	-
275672		-11 937 806	-	-11 937 806	-	-11 937 806	-	-
279070		-5 367 603	-	-5 367 603	-	-5 367 603	-	-
371404		-	-	-	520 663	520 663	-	-
374002		-	-	-	31 769 280	30 277 204	-	-
374003		-	-	-	26 490 803	26 490 803	-	-
374004		-	-	-	421 290	421 290	-	-
374005		-	-	-	23 350 037	23 350 037	-	-
374006		-	-	-	6 495 816	6 495 816	-	-

Kapittel og post	Merinntekt og mindreinntekt (-)	Inntektsført av andre iht. avgitte belastningsfullmakter (+)	Merinntekt og mindreinntekt (-) etter avgitte belastningsfullmakter
3714.04	-520 663	700 112	179 449

Note B Forklaring til brukte fullmakter

Forklaring til bruk av budsjettfullmakter, Helsedirektoratet

Mottatte belastningsfullmakter

Helsedirektoratet har mottatt belastningsfullmakt fra Kommunal- og moderniseringsdepartemenet på kapittel/post 057121 på kr 700 000. Kr 577 095 er benyttet.

Helsedirektoratet har mottatt belastningsfullmakt fra Arbeids- og velferdsdirektoratet (NAV) på kapittel/post 060522 på kr 275 000. Kr 201 311 er benyttet.

Helsedirektoratet har mottatt belastningsfullmakt fra Folkehelseinstituttet på kapittel/post 074501 på kr 500 000. Hele belastningsfullmakten er benyttet.

Helsedirektoratet har mottatt belastningsfullmakt fra Statens legemiddelverk på kapittel/post 074601 på kr 1 700 000. Hele belastningsfullmakten er benyttet.

Helsedirektoratet har mottatt belastningsfullmakt fra Helsetilsynet på kapittel/post 074801 på kr 1 500 000. Kr 1 488 937 er benyttet.

Helsedirektoratet har mottatt belastningsfullmakt fra Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten på kapittel/post 074901 på kr 1 500 000. Kr 1 486 977 er benyttet.

Helsedirektoratet har mottatt belastningsfullmakt fra Barne- ungdoms- og familiedirektoratet på kapittel/post 084621 på kr 200 000. Hele belastningsfullmakten er benyttet.

Helsedirektoratet har mottatt belastningsfullmakt fra Barne- ungdoms- og familiedirektoratet på kapittel/post 085801 på kr 165 000. Kr 155 061 er benyttet.

Helsedirektoratet har mottatt belastningsfullmakt fra Barne- ungdoms- og familiedirektoratet på kapittel/post 085821 på kr 200 000. Hele belastningsfullmakten er benyttet.

Totalt har Helsedirektoratet mottatt belastningsfullmakter på kr 6 740 000 og det er belastet totalt 6 509 381.

Avgitte belastningsfullmakter (utgiftsført av andre)

Helsedirektoratet har avgitt belastningsfullmakt til Direktoratet for e-helse på kapittel/post 071421 pålydende kr 1 650 000. Direktoratet for e-helse har rapportert kr 1 629 699 på kapittel/post 071421.

Helsedirektoratet har avgitt belastningsfullmakt til Barne- ungdoms- og familiedirektoratet på kapittel/post 071460 pålydende kr 3 200 000. Barne- ungdoms- og familiedirektoratet har rapportert kr 3 200 000 på kapittel/post 071460.

Helsedirektoratet har avgitt belastningsfullmakt til Arbeids- og velferdsetaten (NAV) på kapittel/post 074001 pålydende tilsammen kr 62 116 294. Arbeids- og velferdsetaten (NAV) har rapportert kr 62 255 852 på kapittel/post 074001.

Helsedirektoratet har avgitt belastningsfullmakt til Direktoratet for e-helse på kapittel/post 074001 pålydende tilsammen kr 5 030 000. Direktoratet for e-helse har rapportert kr 4 122 399 på kapittel/post 074001.

Helsedirektoratet har avgitt belastningsfullmakt til Barne- ungdoms- og familiedirektoratet på kapittel/post 076221 pålydende kr 8 300 000. Barne- ungdoms- og familiedirektoratet har rapportert kr 8 240 263 på kapittel/post 076221.

Helsedirektoratet har avgitt belastningsfullmakt til Direktoratet for e-helse på kapittel/post 076221 pålydende kr 2 076 725. Direktoratet for e-helse har rapportert kr 2 074 471 på kapittel/post 076221.

Helsedirektoratet har avgitt belastningsfullmakt til Helfo - Helseøkonomiforvaltningen på kapittel/post 076221 pålydende kr 600 000. Belastningsfullmakten er ikke benyttet.

Helsedirektoratet har avgitt belastningsfullmakt til Arbeids- og velferdsetaten (NAV) på kapittel/post 076221 pålydende kr 800 000. Belastningsfullmakten er ikke benyttet.

Helsedirektoratet har avgitt belastningsfullmakt til Direktoratet for e-helse på kapittel/post 076521 pålydende kr 5 800 000. Direktoratet for e-helse har rapportert kr 5 388 933 på kapittel/post 076521.

Helsedirektoratet har avgitt belastningsfullmakt til Barne- ungdoms- og familiedirektoratet på kapittel/post 076521 pålydende kr 500 000. Barne- ungdoms- og familiedirektoratet har rapportert kr 575 000 på kapittel/post 076521.

Helsedirektoratet har avgitt belastningsfullmakt til Direktoratet for e-helse på kapittel/post 078121 pålydende kr 650 000. Direktoratet for e-helse har rapportert kr 650 000 på kapittel/post 078121.

Avgitte belastningsfullmakter til fylkesmenn

	<u>Avgitt</u>	<u>Forbruk</u>
Kapittel/post 071421	102 000	99 378
Kapittel/post 073401	69 649 000	69 663 609
Kapittel/post 073470	2 808 000	1 857 174
Kapittel/post 076121	28 800 000	26 957 574
Kapittel/post 076167	14 499 999	14 499 702
Kapittel/post 076168	398 045 000	398 653 434
Kapittel/post 076221	5 400 000	6 029 602
Kapittel/post 076260	18 000 000	17 238 253
Kapittel/post 076264	88 196 000	85 659 908
Kapittel/post 076521	17 750 000	15 830 934
Kapittel/post 076560	414 563 000	407 491 469
Kapittel/post 076562	490 545 000	449 640 809
Kapittel/post 076921	1 500 000	1 500 000
Kapittel/post 078121	500 000	640 546
Kapittel/post 078321	21 262 320	20 983 722

Totalt har Helsedirektoratet avgitt belastningsfullmakter på kr 1 662 343 338 og det er utgiftsført totalt kr 1 604 882 731.

Fullmakt til å overskride driftsbevilgninger mot tilsvarende merinntekter

Mer-/mindreinntekter på kapittel/post 374002 og 374004 på kr 31 347 990 er med på å redusere merforbruket under driftsposten 074001.

Forklaring til bruk av budsjettfullmakter, Helfo

Mottatte belastningsfullmakter (gjelder for både utgiftskapitler og inntektskapitler)

Helfo (Hdir) har mottatt belastningsfullmakt fra Arbeids- og velferdsetaten for å belaste kapittel/post 265172 Legeerklæringer på inntil kr 375 000 000. Belastet beløp er på kr 352 594 977.

Helfo (Hdir) har mottatt belastningsfullmakt fra Arbeids- og velferdsetaten for å belaste kapittel/post 266177 Ortopediske hjelpemidler på inntil kr 27 000 000. Belastet beløp er på kr 22 920 158.

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

Helfo (Hdir) har mottatt belastningsfullmakt fra Arbeids- og velferdsetaten for å belaste kapittel/post 570187 Diverse inntekter. Disponeres iht gjeldende lover og forskrifter.

Ikke benyttet i 2019.

Helfo har mottatt belastningsfullmakt fra Helsedirektoratet for å belaste kapittel/post 076221 Primærhelsetjenester/Spesielle driftsutgifter på kr 600 000. Ikke benyttet i 2019.

Stikkordet «kan overføres»

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

Avgitt belastningsfullmakter (utgiftsført av andre på utgiftskapitler og inntektsført av andre på inntektskapitler)

Helfo har avgitt belastningsfullmakt til NAV på Helsedirektoratets kapittel/post 074001 Driftsutgifter til forvaltnings- og utviklingskostnader for Helfos tjenester i NAV på inntil kr 200 000. Ikke benyttet i 2019.

Fullmakt til å overskride driftsbevilgninger mot tilsvarende merinntekter

Merinntekter på kapittel/post 374002 på kr 2 160 742 er med på å redusere merforbruket under driftsposten 074001.

Romertallsvedtak

Stortinget samtykker i at Helse- og omsorgsdepartementet i tilknytning til oppgjørsordningene for h-reseptlegemidler og fritt behandlingsvalg kan føre utgifter og inntekter uten bevilgning over kap. 740 Helsedirektoratet, hhv. post 71 Oppgjørsordning h-reseptlegemidler og post 72 Oppgjørsordning fritt behandlingsvalg. Netto mellomregning med helseforetakene føres ved årets slutt i kapitalregnskapet for hver av ordningene.

Oppstilling av artskontorrapporteringen 31.12.2019

	Note	2019	2018
Driftsinntekter rapportert til bevilgningsregnskapet			
Innbetalinger fra gebyrer	1	42 622 047	41 309 549
Innbetalinger fra tilskudd og overføringer	1	12 384 935	13 206 749
Salgs- og leieinntekter	1	34 844 274	27 685 185
Andre inntekter	1	2 122 072	1 800
<i>Sum inntekter fra drift</i>		91 973 327	82 203 283
Driftsutgifter rapportert til bevilgningsregnskapet			
Utgifter til lønn	2	927 514 256	915 469 007
Andre utgifter til drift	3	914 428 252	828 459 250
<i>Sum utgifter til drift</i>		1 841 942 508	1 743 928 257
Netto rapporterte driftsutgifter		1 749 969 181	1 661 724 974
Investerings- og finansinntekter rapportert til bevilgningsregnskapet			
Innbetaling av finansinntekter	4	119 206	189
<i>Sum investerings- og finansinntekter</i>		119 206	189
Investerings- og finansutgifter rapportert til bevilgningsregnskapet			
Utbetaling til investeringer	5	26 898 868	10 213 503
Utbetaling til kjøp av aksjer	5,8B	0	0
Utbetaling av finansutgifter	4	107 564	127 336
<i>Sum investerings- og finansutgifter</i>		27 006 432	10 340 839
Netto rapporterte investerings- og finansutgifter		26 887 225	10 340 650
Innkrevingsvirksomhet og andre overføringer til staten			
Innbetaling av skatter, avgifter, gebyrer m.m.	6	348 645 194	217 421 537
<i>Sum innkrevingsvirksomhet og andre overføringer til staten</i>		348 645 194	217 421 537
Tilskuddsforvaltning og andre overføringer fra staten			
Utgifter av tilskudd og stønader	7	52 006 292 279	49 938 337 351
<i>Sum tilskuddsforvaltning og andre overføringer fra staten</i>		52 006 292 279	49 938 337 351
Inntekter og utgifter rapportert på felleskapitler			
Tilfeldige inntekter fra tidligere år (ref. kap. 5309, inntekt)		2082	5631
Grupplivsforsikring konto 1985 (ref. kap. 5309, inntekt)		1 595 391	1 716 990
Arbeids giveravgift konto 1986 (ref. kap. 5700, inntekt)		111 638 238	110 006 147
Nettoføringsordning for merverdiavgift konto 1987 (ref. kap. 1633, utgift)		127 566 792	110 213 152
<i>Netto rapporterte utgifter på felleskapitler</i>		14 331 082	-1 515 616
Netto rapportert til bevilgningsregnskapet		53 448 834 573	51 391 465 822
Oversikt over mellomværende med statskassen			
Eiendeler og gjeld		2019	2018
Drift:			
Fordringer		738 541	649 138
Kontanter		0	0
Bankkontoer med statlige midler utenfor Norges Bank		0	0
Skyldig skattetrekk og andre trekk		-34 105 442	-35 722 207
Skyldige offentlige avgifter		1 962 582	1 119 000
Skyldig påleggstrekk			0
Annen gjeld		-4 017 586	-2 669 577
Stønad:			
Fordringer			0
Kontanter			0
Bankkontoer med statlige midler utenfor Norges Bank			0
Skyldig skattetrekk og andre trekk		-1 252 322	-1 329 562
Skyldig offentlige avgifter			0
Annen gjeld		-1 690 254	-1 405 305
Sum mellomværende med statskassen	8	-38 364 480	-39 358 513

Note 1 Innbetalinger fra drift		
	31.12.2019	31.12.2018
<i>Innbetalinger fra gebyrer</i>		
Gebyr for søknadsbehandling, tilvirkning av alkohol	351 119	510 008
Gebyr for autorisasjon	7 712 030	6 898 352
Andre gebyrinntekter, tilvirkningsgebyr alkohol	1 545 218	1 734 165
Gebyrinntekter - tobakkssalgsregisteret	2 780 840	2 375 446
Ordinære forhåndsinnbetalinger (vanlig autorisasjonssøknader)	30 232 840	29 791 578
Sum innbetalinger fra gebyrer	42 622 047	41 309 549
<i>Innbetalinger fra tilskudd og overføringer</i>		
Tilskudd fra andre statlige virksomheter	2 895 666	4 017 534
Tilskudd fra andre departement	0	4 650 000
Tilskudd fra EU	6 030 638	1 657 021
Andre tilskudd og overføringer	3 458 631	2 082 194
Prosjektstøtte fra andre statlige virksomheter		800 000
Sum innbetalinger fra tilskudd og overføringer	12 384 935	13 206 749
<i>Salgs- og leieinnbetalinger</i>		
Salgsinntekter tjenester, avgiftspliktig	3 951 108	3 202 904
Salgsinntekter tjenester, avgiftsfri	12 714 962	15 281 073
Refusjon, eksterne prosjekter	428 506	3 360 605
Inntekter v/utsending trykksaker	1 059 698	284 601
Tilfeldige inntekter (diverse inntekter post 01-29)	16 690 000	5 556 002
Sum salgs- og leieinnbetalinger	34 844 274	27 685 185
<i>Andre innbetalinger</i>		
Annen driftsrelatert inntekt	84 327	1 800
Oppgjør SPK	2 037 745	0
Sum andre innbetalinger	2 122 072	1 800
Sum innbetalinger fra drift	91 973 327	82 203 282

Note 2 Utbetalinger til lønn		
	31.12.2019	31.12.2018
Lønn	743 006 786	733 869 431
Arbeidsgiveravgift	111 638 238	110 006 147
Pensjonsutgifter	84 740 500	83 411 502
Sykepenges og andre refusjoner (-)	-28 675 612	-27 654 000
Andre ytelser	16 804 344	15 835 926
Sum utbetalinger til lønn	927 514 256	915 469 006
Antall utførte årsverk:	1 036	1 103

Note 3 Andre utbetalinger til drift		
	31.12.2019	31.12.2018
Husleie 1)	79 374 355	111 885 454
Vedlikehold egne bygg og anlegg	0	0
Vedlikehold og ombygging av leide lokaler	484 717	711 890
Andre utgifter til drift av eiendom og lokaler	20 977 038	20 834 782
Reparasjon og vedlikehold av maskiner, utstyr mv.	2 799 407	1 062 709
Mindre utstysanskaffelser 2)	59 500 795	6 310 070
Leie av maskiner, inventar og lignende 3)	13 209 873	6 141 361
Kjøp av fremmede tjenester 4)	0	570 838 189
Kjøp av konsulenttjenester 4)	252 963 439	0
Kjøp av andre fremmede tjenester 4)	363 745 742	0
Reiser og diett	29 365 913	30 796 847
Øvrige driftsutgifter	92 006 971	79 877 948
Sum andre utbetalinger til drift	914 428 251	828 459 250

1) Endring skyldes redusert husleieperiode nye kontorlokaler i 2019.

2) Økning gjelder vesentlig anskaffelse av IT - programvare.

3) Økning som følge av leasing av AV-utstyr.

4) Fra og med 2019 presenteres konsulenttjenester og andre fremmede tjenester separat. I sammenligningstallene for 2018 er kjøp av fremmede tjenester presentert samlet på notelinjen kjøp av fremmede tjenester.

Note 4 Finansinntekter og finansutgifter		
	31.12.2019	31.12.2018
<i>Innbetaling av finansinntekter</i>		
Renteinntekter	0	0
Valutagevinst	119 206	189
Annen finansinntekt	0	0
Sum innbetaling av finansinntekter	119 206	189
	<u>31.12.2019</u>	<u>31.12.2018</u>
<i>Utbetaling av finansutgifter</i>		
Renteutgifter	85 072	127 084
Valutatap	22 492	251
Annen finansutgift	0	0
Sum utbetaling av finansutgifter	107 564	127 335

Note 5 Utbetaling til investeringer og kjøp av aksjer		
	31.12.2019	31.12.2018
<i>Utbetaling til investeringer</i>		
Immaterielle eiendeler og lignende	0	0
Tomter, bygninger og annen fast eiendom	0	0
Infrastruktureiendeler	0	0
Maskiner og transportmidler	0	0
Driftsløsøre, inventar, verktøy og lignende *	26 898 868	10 213 503
Sum utbetaling til investeringer	26 898 868	10 213 503
	<u>31.12.2019</u>	<u>31.12.2018</u>
<i>Utbetaling til kjøp av aksjer</i>		
Kapitalinnskudd	0	0
Obligasjoner	0	0
Investeringer i aksjer og andeler	0	0
Sum utbetaling til kjøp av aksjer	0	0

* Økning som følge av anskaffelse av møbler og inventar i forbindelse med flytting til nytt kontorbygg.

Note 6 Innkrevingsvirksomhet og andre overføringer til staten		
	31.12.2019	31.12.2018
Oppgjørstjenester*	135 295 359	-7 569 712
Refusjon til staten for helsetjenester	153 808 840	138 364 308
Tilbakebetaling feilutbetalingsaker	44 993 219	71 547 050
Tilfeldige og andre inntekter (Statskonto 530929)	14 547 775	15 079 892
Sum innkrevingsvirksomhet og andre overføringer til staten	348 645 194	217 421 538

*Helfo har i Prop. 1 S 2018/2019 fått fullmakt til å belaste oppgjørsordningene H-resept og FBV netto på kapittel 0740, post 71 og 72 uten tilhørende bevilgning og hvor netto mellomregning ved årets slutt er belastet kapitalregnskapet.

I regnskapslinjen oppgjørstjenester inngår således både innbetalinger og utbetalinger for ordningene H-resept og FBV og presenteres her netto i henhold til Prop. 1 S. Årets netto belastning er kr 46.891.543 (netto inntekt) jfr. kapittel 0740 post 71 og 72 i bevilgningsregnskapet.

Tilsvarende størrelser for 2018 for ordningene H-resept og FBV var netto belastning kr -90.079.631 (netto utgift).

Videre i regnskapslinjen oppgjørsordninger inngår gjesteinnbyggeroppgjør med beløp kr 88.403.816 (brutto inntekt) jfr. kapittel 3740 post 06. Tilhørende utgiftsbeløp inngår i note 7 med beløp kr 88.104.784 (brutto utgift) i linjen tilskudd til kommuner.

Note 7 Tilskuddsforvaltning og andre overføringer fra staten		
	31.12.2019	31.12.2018
Tilskudd til kommuner og IKS	14 727 263 753	13 064 480 026
Tilskudd til fylkeskommuner	268 672 050	212 226 631
Tilskudd til private bedrifter	242 485 454	208 433 551
Tilskudd til privatpersoner	1 389 591	1 719 121
Tilskudd til organisasjoner og stiftelser	1 361 016 851	1 330 082 413
Tilskudd til universiteter og høyskoler, samt HF og RHF	425 479 870	410 838 760
Tilskudd til ikke-finansielle foretak	14 329 915 588	2 251 812 887
Tilskudd til finansielle foretak	45 878 544	40 031 343
Tilskudd til husholdninger	15 309 805 523	31 784 501 267
Tilskudd til ideelle organisasjoner	478 758 817	274 470 059
Tilskudd til statsforvaltningen	4 452 120 998	15 788 851
Tilskudd til utlandet	363 505 239	343 952 441
Sum tilskuddsforvaltning og andre overføringer fra staten	52 006 292 279	49 938 337 351

*Regnskapslinjen tilskudd til kommuner består av gjesteinnbyggeroppgjør med beløp kr 88.104.784 (brutto utgift) jfr. kapittel 0740 post 60. Tilsvarende inntektsbeløp inngår i note 6 med beløp kr 88.403.816 (brutto inntekt) i linjen oppgjørstjenester.

Helfo gjennomfører proaktive og forebyggende tiltak gjennom veiledning og informasjon. Disse tiltakene bidrar til å heve kvaliteten i kravene brukerne leverer slik at disse i større grad er i henhold til regelverket. Bedre kvalitet i kravene til Helfo reduserer risikoen for manglende realitet i kravene. Redusert risiko for manglende realitet i mottatte krav fra brukerne reduserer risikoen for feil ytelse til brukerne. Helfos forvaltning av stønadsområdet bygger videre på automatiske kontroller, saksbehandlingsrutiner samt etterkontroller opp mot gjeldende regelverk. Dette innebærer at risikoen for manglende realitet i stønadsutbetalingene reduseres.

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

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

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

	31.12.2019	31.12.2019	
	Spesifisering av <u>bokført</u> avregning med statskassen	Spesifisering av <u>rapportert</u> mellomværende med statskassen	Forskjell
Finansielle anleggsmidler			
Investeringer i aksjer og andeler*	0	0	0
Obligasjoner	0	0	0
<i>Sum</i>	0	0	0
Omløpsmidler			
Kundefordringer	724 903 114		724 903 114
Andre fordringer	738 541	738 541	0
Bankinnskudd, kontanter og lignende	0	0	0
<i>Sum</i>	725 641 654	738 541	724 903 114
Langsiktige gjeld			
Annen langsiktig gjeld	0	0	0
<i>Sum</i>	0	0	0
Kortsiktig gjeld			
Leverandørgjeld	-420 038 775		-420 038 775
Skyldig skattetrekk og andre trekk	-35 357 764	-35 357 764	0
Skyldige offentlige avgifter	1 886 530	1 962 582	-76 053
Annen kortsiktig gjeld	-6 384 088	-5 707 840	-676 249
<i>Sum</i>	-459 894 097	-39 103 021	-420 791 076
Sum	265 747 557	-38 364 480	304 112 038

7. ETATSTYRERS VURDERING AV YTRE OG UNDERLIGGENDE ETATER

7.1 Pasient og brukerombudet (POBO)

Pasient- og brukerombudenes virksomhet er hjemlet i lov om pasient- og brukerrettigheter av 2. juli 1999 kapittel 8. Ombudene skal arbeide for å ivareta pasientenes og brukernes behov, interesser og rettssikkerhet overfor den statlige spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og for å bedre kvaliteten i disse tjenestene.

Fra og med 1.1.2020 skal ombudenes virkeområde omfatte den fylkeskommunale tannhelsetjenesten. Fra og med 1.1.2020 skal ett av pasient- og brukerombudene ha en koordinerende rolle for alle ombudene. Dette ombudet skal bidra til å utvikle felles arbeidsmetodikk, bistå de øvrige ombudene med systematisk kompetanseutvikling og veiledning, gi råd i enkeltsaker, bidra til felles løsning og forståelse av prinsipielle saker og følge med på hvordan ulike grupper av pasienter og brukere prioriteres ved tildeling av tjenester

Sammendrag fra felles årsmelding er levert av pasient- og brukerombudenes arbeidsutvalg (arbeidsutvalget). Fullstendig årsmelding publiseres 1.3.2020 og sendes departementet direkte fra arbeidsutvalget.

Sammendrag av Pasient- og brukerombudets årsmelding for 2019

Ombudene skal arbeide for å ivareta pasienters og brukeres behov, interesser og rettssikkerhet overfor den statlige spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Ombudene skal bidra til å bedre kvaliteten i disse tjenestene. Ombudenes arbeid kjennetegnes ved tett og direkte kontakt med pasienter, brukere, pårørende og tjenestested. Ombudene arbeider også aktivt for å øke kunnskapen om pasient- og brukerrettigheter i befolkningen. Det er 15 pasient- og brukerombud i landet med til sammen rundt 80 ansatte. Ombudene har stabil pågang, og i likhet med 2018 var det i 2019 rundt 15 000 henvendelser. I 73 prosent av disse henvendelsene ble det opplyst hvilket tjenestested henvendelsen gjaldt. Av disse fordelte det seg med 59 prosent som gjaldt spesialisthelsetjenesten og 41 prosent var knyttet til de kommunale helse- og omsorgstjenestene. 18 prosent av sakene gjaldt henvendelser som ikke var knyttet til noe konkret tjenestested, for eksempel generelle spørsmål om pasientrettigheter. 8 prosent av henvendelsene omhandlet temaer utenfor vårt mandat, slik som NAV.

Årsaker til at ombudene ble kontaktet

Over halvparten av henvendelsene dreide seg om misnøye med selve utførelsen av tjenesten, som for eksempel forsinket diagnostisering, lite omsorgsfull behandling, spørsmål om feil behandling, pasientskade, henvisninger som er mangelfulle eller forsinket, mangelfull informasjon, kommunikasjon og språkproblemer.

Av alle henvendelsene var 28 prosent spørsmål om brudd på pasient- og brukerrettigheter, for eksempel avslag på søknader om tjenester, spørsmål om innsyn i journal eller mangel på medvirkning og informasjon.

17 prosent av henvendelsene gjaldt organisering og rutiner, rot og sommel, lang ventetid, mangelfull tilgjengelighet, samhandling mellom tjenestesteder, lang saksbehandlingstid eller mangelfull saksbehandling.

Mangelfull informasjon – hvor vanskelig kan det være?

Mangelfull eller dårlig informasjon er et element i de fleste henvendelsene ombudene får. Det gjelder både i møte med spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Pasienter og brukere har lovfestet rett til medvirkning ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester, det forutsetter tilstrekkelig og tilrettelagt informasjon.

Informasjon er også nødvendig før du faktisk er blitt pasient. Mange kommuner sender ut brosjyrer i posten til sine innbyggere med oversikt over hva de kan kreve av standard fra kommunen når det gjelder tekniske tjenester som brøyting, vann og avløp. Kommunene bør på samme måte informere sine innbyggere om helse- og omsorgstjenestene. Ikke alle er like flinke til det.

Mange av henvendelsene til pasient- og brukerombudene er fra pårørende. De fleste kontakter ombudet på vegne av andre, men de kan også ha spørsmål rundt sin egen rolle og sine selvstendige rettigheter som pårørende. Kommunene har ansvar for å tilby opplæring og veiledning, avlastning og omsorgstønad til personer med særlig tyngende omsorgsarbeid. Ombudene erfarer at pårørende har mangelfull kunnskap om dette. Språk og språkforståelse er avgjørende for forsvarlig behandling. Pasient- og brukerombudene er kjent med at anstrengt økonomi brukes som argument for ikke å bruke tolk. Også mangelfulle rutiner for bestilling av tolk, dårlig tilgang på tolketjeneste og dårlig kvalitet på tolketjenestene er tema. Også fra de ansatte i tjenestene. Informasjon når noe går galt er fortsatt en mangelvare mange steder. Vi møter pasienter og pårørende som står tilbake i uvisshet og med ubesvarte spørsmål. Dette skaper unødvendige belastninger. En god samtale kan gi nødvendige forklaringer, vise at tjenesten tar det som har skjedd på alvor og ønsker å forhindre at det skjer igjen og gi lovpålagt informasjon om rett til å varsle til Helsetilsynet, kontakte pasient- og brukerombudet og til å søke erstatning. Vår erfaring er at slike samtaler også er godt for helsepersonellet. Ingen går upåvirket fra uønskede hendelser.

For å sikre gullet i fastlegeordningen må den moderniseres

Oppsummert fra de 2.000 henvendelsene ombudene mottar om fastlegeordningen i året som gikk, er hovedutfordringene kvalitet, kontinuitet og tilgjengelighet. Stadig flere har ikke en fast lege. Rekrutteringsproblemer og vikarbruk utfordrer gullet i fastlegeordningen. De fleste er enige om at vi trenger flere fastleger, men ordningen har også andre utfordringer. Resultatene av pilotene med primærhelseteam er av stor interesse. I tillegg kan ansatte med administrativt ansvar frigjøre tid til mer pasientrettet arbeid. Finansieringsordninger må understøtte en slik utvikling.

For å sikre mer effektive og kvalitativt bedre behandlingsforløp må samhandlingen mellom fastlegene, sykehusene og hjemmetjenesten styrkes, blant annet ved bruk av felles videokonsultasjoner. I tillegg må arbeidet med økt kvalitet på henvisninger videreføres.

Kommunene må ta et større ansvar for å følge opp arbeidet som skjer i fastlegeordningen.

Mangelfull klagesaksbehandling er et rettssikkerhetsproblem. Retten til å klage skal bidra til å sikre pasient- og brukerrettighetene, til å sikre likeverdige tjenester uavhengig av hvem du er og hvor du bor. Slik er det ikke. Og det er mange grunner til det.

I kommunene erfarer vi det starter allerede når et behov meldes. Ikke alle møtes med informasjon om ulike tjenester og søknadsprosedyrer. Fortsatt rådes og veiledes noen vekk allerede her. Neste trinn er når det søkes om ikke innvilges, når det gis et avslag og søker ønsker å klage. Også her erfarer vi at det rådes og veiledes bort fra å klage. I saker hvor det både er søkt, fattet vedtak og klaget erfarer vi at kunnskapen om klagesaksbehandling er dårlig. Dette ser vi både i kommunene og i helseforetakene. I saker der det opprinnelige vedtaket omgjøres, erfarer vi at det kan skje uten at det er nye opplysninger i saken.

Hva betyr dette? At tjenesten ønsker å unngå videre behandling av klagen? Eller kan det bety at den opprinnelige avgjørelsen var fattet på et dårlig grunnlag? Begge deler er alvorlig. Ikke minst fordi det kan synliggjøre at langt flere kunne klaget og fått innvilget det de har søkt om. Mange klager ikke, selv om de er uenig i tjenestens avgjørelse. Vi erfarer at dette kan skyldes at de ikke orker eller at de ikke har den nødvendige forvaltningskompetanse/helsekompetanse. Begge forklaringene gir grunn til uro.

I de tilfeller der det klages og tjenesten opprettholder sin opprinnelige beslutning, er det tjenestens ansvar å sørge for at beslutningen sendes tilsynsmyndighetene for overprøving. Slik kan de få et "utenfrablikk" på egne vurderinger. Også her ser vi svikt i oppfølgingen. I tillegg ser vi at det brukes lang tid før saken sendes videre til Fylkesmannen. En klar saksbehandlingsfrist vil kunne bidra til å endre dette.

Dersom saken endelig når Fylkesmannen er saksbehandlingstiden til dels svært lang. Saker om pasient- og brukerrettigheter skal behandles senest innen tre måneder. Vi erfarer jevnlig saker der det tar både seks og 12 måneder. Ved noen av de sammenslåtte fylkesmannsembetene har vi også erfart lengre saksbehandlingstid enn tidligere. Lang saksbehandlingstid er en trussel både mot pasientsikkerheten og rettssikkerheten til pasienter og brukere.

Rehabilitering – av mange beskrevet som de hemmelige tjenestene

Reglene for rehabilitering i spesialisthelsetjenesten og i kommunene er ikke de samme og for mange ukjent. Det bekymrer når pasienter som er innvilget rehabilitering forteller at dette aldri kom som et tilbud, men er noe de selv har etterspurt. Hva med de som ikke etterspør?

Ombudene hører fortsatt om for lite ressurser til rehabilitering både i spesialisthelsetjenesten og i kommunene. Det er store forskjeller i rehabiliteringstjenesten i kommunene, og for ofte preges tilbudet av lang ventetid, for få fysioterapeuter og ergoterapeuter, og rehabiliteringsprogram som framstår som minimumsløsninger for den enkelte. Pasienter forteller de har gått glipp av sitt potensiale fordi ventetiden til rehabilitering har vært for lang. Det er dårlig samfunnsøkonomi.

Dårlig samhandling er dyrt på alle måter

Mangelfull samhandling er en trussel for pasientsikkerheten og for opplevelsen av trygghet og forutsigbarhet. Det er også en dårlig utnyttelse av de samlede ressursene i helse- og omsorgstjenestene. Pakkeforløpene og etablering av forløpskoordinatorer, er ment å bidra til å sikre bedre organiserte og mer forutsigbare behandlingsforløp. Ikke alt kan eller skal styres som pakkeforløp, men metoden som benyttes er relativt lik. Det er behov for samordning av de ulike tjenestene i et forløp, og det skal ikke være opp til pasienten selv eller pårørende å forestå dette.

Ulike ordninger er opprettet for å sikre bedre samhandling; koordinator på sykehus, koordinator i kommunen, kontaktlege og individuell plan. Likevel er samhandlingsproblematikk fortsatt tema i et flertall av henvendelsene til ombudene. Samhandling mellom avdelinger på sykehus, mellom sykehus, mellom kommuner og sykehus og internt i kommunene.

Kommunene og fastlegene klager på dårlige og sene epikriser fra sykehusene. Sykehusene klager på dårlige henvisninger. Endringer skjer i pasienters medisinalister uten at alle som har ansvar for videre medisinerer blir orientert. Internt i sykehusene er ikke kontaktlegeordningen på plass.

En pasient opplevet å bli møtt med: "Å, er jeg din kontaktlege? Det er jeg ikke kjent med, og det har jeg heller ikke tid til." En annen pasient har tre kontaktleger, men ingen koordinator. Hvem skal behandle helheten i det behandlingsforløpet? En pasient undret seg over hvorfor sykehuset ikke var mer opptatt av egen organisering – til det beste for pasienten, men også for legene som fordi de var så mange som behandlet den samme pasienten stadig måtte sette seg inn i hva som hadde skjedd siden sist. Hun fortalte: "Jeg har gått til behandling og kontroll ved poliklinikk for kreftsykdommer i over et år. I løpet av de siste 15 månedene har jeg hatt kontakt med syv ulike leger. Avdelingen har beklaget at de ikke klarer å gjennomføre ordningen med kontaktlege. Etter å ha mottatt ny innkalling, der det fremkom at jeg skulle møte nok en ny lege, kontaktet jeg avdelingen. Til min overraskelse var det ikke noe problem å bytte til den legen jeg var hos ved forrige konsultasjon. Mitt inntrykk var at det ikke var noe system på å sette pasientene opp hos en fast behandler."

Vi vet at det å ligge på feil avdeling på sykehus øker risiko for pasientskade. Dette problematiseres i for liten grad når kravet til helseforetakene er null korridorpatienter og det gjennomføres en gradvis nedbygging av sykehussenger.

Pasienter skrives ut med mangelfull informasjon om hvordan sykehusoppholdet må følges opp, og på tidspunkter i strid med alle avtaler. Hvem skal sørge for samhandling mellom sykehus og kommune der det er behov for det? Ikke engang alle juristene i helseforetakene vet at koordinatoren på sykehus også har et ansvar for kontakten ut mot kommunen.

Pasient- og brukerombudene etterlyser større fleksibilitet og velvilje til å samarbeide om og med pasienter på tvers av nivåer i tjenestetilbudene. En forutsetning er at finansieringsordningene understøtter en slik samhandling, at innsatsen rettet mot digitale løsninger for samhandling intensiveres – og her sikter vi både til én innbygger, én journal, men også økt bruk av for eksempel videokonsultasjoner mellom pasient, fastlege og hjemmetjeneste eller spesialist – og til at ansattes holdning til samhandling må styrkes.

Transport blir en stadig viktigere del av helsetjenesten

Transport blir en stadig viktigere del av det totale helsetilbudet. Økt spesialisering medfører behandling fra ulike sykehus. God tilrettelagt transport kan smøre tannhjulene i dette navet. Slik er det ikke alltid.

Vi hører om pasienter, og historiene er oftest om eldre, som sendes hjem fra sykehus på natten. Dette er en praksis alle mener er totalt uverdig. Likevel skjer det. Oftest er forklaringen at det ikke har vært ledig transportkapasitet på annen tid av døgnet. En forklaring som ikke bør godtas. Organiseringen og prioriteringen av pasienter må ettergås.

Pasientene formidler svært forskjellige erfaringer med Pasientreiser. Behovet for transport vurderes ulikt avhengig av hvilken lege du møter, ventetiden er lang og anledningen til å ha med seg ledsager vurderes forskjellig.

For befolkningen i nord ga 2019 særlige utfordringer. Nytt luftambulanseselskap fikk tilbudet og mange problemer oppstod både med forsinkelser på grunn av trening av mannskap, fly som ikke kunne lande på kortbanenettet, tekniske feil på flyene og sykdom hos ansatte. Dette ble monitorert kontinuerlig av Helse Nord og ekstra ressurser med helikopter ble satt inn. Likevel har pasienter opplevelser som tilsier at beredskapen ikke har vært god nok og Fylkesmannen har opprettet flere tilsynssaker på bakgrunn av dette. Også ombudet har fått tilbakemeldinger fra pårørende om hendelser som er kritikkverdige. Tilgang til behandling og helsehjelp ved sykdom er livsviktig. Retten til helsehjelp har vi uansett hvor vi bor i landet. Stabilitet og forutsigbarhet for våre pasienter må være tilstede. For mange har problemene denne høsten skapt engstelse og uro.

Rapporteringskrav utfordrer pasientsikkerheten

Sykehusene legger regelmessig pasienter på korridor grunnet plass- og logistikkproblemer til tross for kravet om null korridorpasienter. Dette er uheldig for pasientene, og en utfordring for helsepersonellet. Samtidig er alternativet – å legge pasienten på en annen avdeling – ikke bare en god løsning. En svensk undersøkelse har vist at en slik praksis med utlokalisering øker forekomsten av pasientskader. Utlokalisering forekommer også i Norge, og ble omtalt som et særskilt risikoområde i et læringsnotat fra den norske Meldeordningen i 2016. Fylkesmennene gjennomfører for tiden et landsomfattende tilsyn ved sykehusenes somatiske avdelinger gjeldende dette.

Pasient- og brukerombudene mottar henvendelser hvor både det å være korridorpatient og det å ligge på "feil avdeling" tematiseres. I valget mellom korridorseng og en satellittseng synes mange faktisk å foretrekke og ligge på korridor fremfor «feil avdeling». Sett fra ombudets ståsted er ingen av løsningene optimale. Spørsmålene er flere. Skyldes det at pasienter blir liggende for lenge på sykehus, eller kan årsaken være at enkelte avdelinger ikke har nødvendig sengekapasitet?

Kvalitetsarbeid – fører det til bedre kvalitet og færre uønskede hendelser?

Pasientsikkerhetsarbeidet er nedfelt i Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Litt forenklet dreier det seg om virksomhetens plikt til å

PLANLEGGE – GJENNOMFØRE – EVALUERE – KORRIGERE

I virksomhetenes pasientsikkerhetsarbeid benyttes ulike muligheter, slik som bruk av meldte avvik, arbeid i kvalitetsråd/utvalg, innsatsområder fra Pasientsikkerhetsprogrammet, Global Trigger Tool, brukerundersøkelser, konkrete klager eller tilbakemeldinger fra pasienter, brukere og pårørende, fra pasient- og brukerombudene, interne avviksmeldinger, "Si din mening", hendelsesanalyser, fylkesmannsavgjørrelser og vedtak fra Norsk pasientskadeerstatning.

Like fullt har vi relativt stabile høye tall for andel av pasientskader ved norske sykehus; for 2018 ble det registrert en andel med 11,9 % pasientskader ved sykehusinnleggelsene. Slike tall har vi ikke for de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Bedres sikkerheten for pasientene gjennom det pasientsikkerhetsarbeidet som gjennomføres? Benyttes tilbakemeldinger aktivt i kvalitetsarbeidet? Sluttes ansatte å melde avvik fordi de erfarer at de likevel ikke følges opp?

Det er ombudenes oppfatning at mye handler om ledelse, system og kultur. Fortsatt er åpenhet rundt uønskede hendelser er mange steder en mangelvare.

Bo hjemme og ha muligheten til å klare seg selv

Folk skal bo hjemme så lenge det er mulig, uavhengig av funksjonsnedsettelse, skader eller sviktende helse. Kommunene skal sørge for at de som har behov for det skal motta forsvarlig tjenester, og på den måten sikre at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre. Det kan da bli aktuelt med helsetjenester i hjemmet, praktisk bistand, tilpasning av bolig, avlastning. For noen betyr det heldøgn institusjonsplass i form av sykehjem.

Pasientene i sykehjem blir sykere, men følger bemanningen med?

Pasientene i sykehjem er sykere enn tidligere og har større behov for avanserte helse- og omsorgstjenester. Vi erfarer store ulikheter mellom sykehjemmene når det gjelder kompetanse, fasiliteter, faglig tilnærming, ivaretagelse og respekt for den enkelte og deres behov i hverdagen. I likhet med tidligere år hører vi om hyppig utskifting av sykehjemslegene, og at de er for lite til stede. Påførende etterspør økt mulighet til å være med på pasientens konsultasjon hos sykehjemslegen.

For ofte erfarer vi gjennom henvendelsene vi mottar at det tar lang tid før pasienter blir undersøkt av lege og henvist til spesialisthelsetjenesten når det har vist seg å være behov for det. Det er også store utfordringer i forhold til språk, både personell og beboere er mer flerkulturelle enn tidligere. Dette er en særlig utfordring i forhold til eldre pasienter der morsmålet etterhvert er det eneste de forstår. I en del saker erfarer vi mangelfulle kunnskaper hos ansatte om helselovgivningen. Det gjelder alt fra elementære regler om journaltilsyn til regelverket rundt bruk av tvang overfor pasientene. Brukerstyrt personlig assistanse – en ordning med uønskede variasjoner

Formålet med BPA, er å gi personer med stort hjelpebehov større frihet til å styre tjenestene og hverdagen selv, og å kunne ha et aktivt og mest mulig uavhengig liv. Siden 2015 har BPA vært en individuell lovfestet rettighet for personer med langvarig og stort behov for personlig assistanse. BPA handler om å gi mennesker med funksjonsnedsettelse mulighet til å delta på lik linje med sine medmennesker. Sakene pasient- og brukerombudene mottar om BPA omhandler både avslag på retten til BPA og omfang av antall timer. Det dreier seg om vurdering av behov, spørsmål i tilknytning til det å være arbeidsleder og kontroll med antall timer. Noen vedtak er kompliserte å forstå. Enkelte vedtak er så detaljerte at de teller på minuttet hvor lang tid en aktivitet er beregnet å skulle ta, uten hensyn til brukerens varierende dagsform eller uforutsette hendelser. Ordningen med BPA har uønskede variasjoner mellom kommuner når det gjelder tildeling av tjeneste, både i omfang og hvordan BPA sees i sammenheng med andre tjenester. Vi er kjent med tilfeller der brukere har valgt å flytte til kommuner som har bedre tilbud. Dette kan ha sammenheng med hvilken tjenesteleverandør som kommunen har inngått avtale med. BPA ordningen er av vesentlig betydning for mange personer med stort hjelpebehov. Erfaringen er at ordningen ikke i tilstrekkelig grad sikrer formålet om uavhengig liv, likeverd og frihet. Formålet med BPA ordningen må oppfylles uavhengig av brukerens bostedskommune.

Tilbudet til psykisk syke - gjør vi nok og gjør vi det riktige?

Terskelen for å be om hjelp for psykisk sykdom er høy for mange. Heldigvis reduseres skammen i samfunnet rundt psykisk sykdom, blant annet som følge av åpenhet fra enkeltmennesker som vi opplevde i julehøytiden. Men redusert skam og et budskap om "å snakke med noen" er ikke nok. Ansatte i helsetjenesten, pasientorganisasjoner og Legeforeningen ber om tiltak for å redusere antallet pasienter som får avslag på behandling i spesialisthelsetjenesten. I en rapport fra Legeforeningen Bedre psykiatri og rusbehandling fra 2019 foreslås blant annet at henvisninger fra fastlege ikke skal avvises av spesialisthelsetjenestene uten at man gir konkrete råd om hvordan pasienten kan hjelpes videre i primærhelsetjenesten. Dette er et tiltak også ombudene støtter.

Det uttrykkes bekymring for om opptrappingsplanene for psykisk helse har gitt et løft for pasienter med milde og moderate psykiske plager, mens tilbudet til de alvorlig psykiske er blitt svekket. De mener nedbyggingen av døgntilbud må stoppes for å ivareta et godt nok tilbud til de sykeste. Dette er en bekymring vi hører fra flere hold. Bør den gylne regel erstattes med en ny opptrappingsplan?

For de som har utviklet en psykisk lidelse er det viktig å motta god og omsorgsfull hjelp, uavhengig av om tjenestene gis på kommunalt nivå eller i spesialisthelsetjenesten. En pasient som uttrykte fortvilelse over å oppleve seg som kasteball mellom tjenestenivåene sa det slik: "Kommunen og spesialisthelsetjenesten krangler om hvem som skal ha ansvaret for meg, og det vil jeg slippe å gjennomgå en gang til".

Ombudene erfarer at for psykisk syke pasienter, er det for liten oppmerksomhet også om deres somatiske plager. Mange har også problemer med bolig og økonomi, og noen har mangelfull boevne og behov for bemannet bolig. Dersom livssituasjonen til den enkelte skal bli stabilt bedre, må også disse behovene klarlegges og avhjelpes i samarbeid med andre.

Pårørende - en uvurderlig ressurs

Ofte er henvendelsene til pasient- og brukerombudene fra pårørende til pasienter og brukere. De fleste pårørende kontakter ombudet på vegne av andre, men de kan også ha spørsmål rundt sin egen rolle og sine selvstendige rettigheter som pårørende. I de senere år har pårørendes rettigheter blitt styrket, og de generelle reglene er inntatt i pasient- og brukerrettighetsloven. Mange av rettighetene er relativt sammenfallende med pasienten og brukerens rettigheter i helsetjenesten, med mindre pasienten eller brukeren ikke ønsker at pårørende skal involveres. Kunnskapen og etterlevelsen av disse reglene er varierende.

Pårørende er en svært viktig, og helt nødvendig ressurs, både for den enkelte som har behov for hjelp, og for samfunnet som sådan.

Pårørende er opptatt av:

- God informasjon
- Medvirkning, å bli tatt med på beslutninger
- Avlastningsmuligheter
- Å bli lyttet til. Pårørende har ofte svært nyttig informasjon som kan være et gode for pasienten og hindre uønskede hendelser.

Helsedirektoratet har utarbeidet en nasjonal faglig veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenestene, <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/parorendeveileder>. Denne veilederen bør bli bedre kjent for helsepersonell og følges.

Retten til gratis tannhelse er for mange en skjult hemmelighet

Pasient- og brukerombudenes mandat ble pr. 01.01.2020 utvidet til også å omfatte offentlige tannhelsetjenester. Allerede før endringen i mandatet fikk vi en del henvendelser på dette området, og dette ønsker vi nå følge opp mer aktivt.

I henhold til forskrift om vederlag for tannhelsetjenester har pasienter i helseinstitusjoner som er finansiert direkte over offentlige budsjetter rett til vederlagsfrie tannhelsetjenester forutsatt at oppholdet i institusjonen har en varighet på minst tre måneder. Det samme gjelder for de som mottar hjemmesykepleie i en tilsvarende periode. Her mangler det informasjon og oppfølging fra kommunen. Det kan ikke alene være opp til den enkelte å kjenne og etterspørre dette. Vi etterlyser en større aktivitet fra tjenestene for å sikre den enkeltes rett. De må få informasjon om ordningen og ikke minst om hvordan og med hvem de skal ta kontakt for å få denne tjenesten.

Økonomi

I saldert budsjett 2019 ble det innvilget 74 021 000 til Pasient- og brukerombudet, ref. også tildelingsbrev hvor det under punkt 4.1. heter "Helsedirektoratet tildeles bevilgningen på 74,021 mill. kroner over kap. 709, post 01 Driftsutgifter" Videre ble det varslet at det i forbindelse med etablering av et koordinerende ombud skulle avsettes 2 mill. til dette arbeidet, og at det i RNB-2019 ville bli foretatt en ompostering mellom kap. 765, post 21 og kap. 709, post 01 knyttet til etableringen av den nye funksjonen.

Totalt ble det altså budsjettert med 74,021 mill. og en forventet tilleggsbevilgning på 2 mill. i forbindelse med RNB. Til sammen 76,021 mill. I RNB 2019 ble det foretatte endringer som totalt sett innebærer en reduksjon på opprinnelig bevilgning med 2 mill., slik at totalbevilgning for 2019 blir 72,021. Budsjettet er dermed redusert med 4 mill. for 2019. Pasient- og brukerombudet er tildelt 780.000 kroner i lønnskompensasjon for 2019, slik at total tildeling er 72,801 mill.

Basert på dette rapporteres følgende:

Kapittel 709 Pasient- og brukerombudet - Post 01 Driftsutgifter

Budsjett per 31.12.19	Regnskap per 31.12.2019	Avvik	Avvik i %
72 801	75 115	2 314	- 3,2

Det er et merforbruk per 31.12.2019 på 2 314 000 på kap. 709.01.

Merforbruket skyldes:

- Ovenfor nevnte budsjettendringer gir i utgangspunktet omlag 4 mill. i differanse mellom budsjett og tildelte midler.
- Enkeltkontor har noen større kostnader i 2019 som skulle vært kostnadsført i 2018.

Det er gjennomført tiltak som har redusert det opprinnelige avviket. Det ble satt i gang kostnadsreducerende tiltak, og kontorene ble bedt om å styre mot 95 % av budsjett. Det er ikke gjennomførte planlagt felles samling for alle ansatte høsten 2019 og prosjekt for digitale verktøy er utsatt til 2020.

Etatsstyrers vurdering er at ombudskontorene har en god økonomistyring, men det vil settes inn tiltak for å redusere avvikrisiko i 2020.

7.2 Helseøkonomiforvaltningen (Helfo)

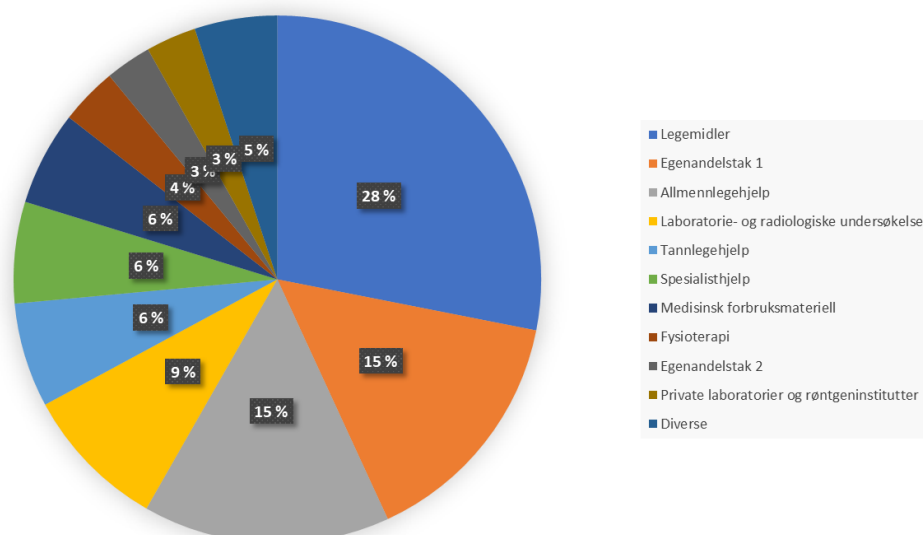
Helfo sitt samfunnsoppdrag og ansvarsområde er å ivareta brukernes rettigheter og yte profesjonell service til behandlere og innbyggere gjennom veiledning og informasjon om helsetjenesten. Virksomheten skal forvalte rettigheter gitt gjennom bl.a. folketrygdlovens kapittel 5 (stønad ved helsetjenester),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

Helfo sitt hovedmål er forankret i Helse- og omsorgsdepartementets mål om "finansieringsordninger som bidrar til likeverdige og effektive helsetjenester av riktig kvalitet". Det innebærer for Helfo:

- Rett ytelse til rett tid
- Veiledning og servicetjenester med riktig kvalitet
- Effektiv ressursutnyttelse i forvaltning av helserefusjonsområdet

Helfo forvalter et stønadsbudsjett på vel 35 mrd. kr som omfatter refusjon til helseaktører for behandling, refusjon for pasienters fritak fra egenandeler og refusjon for bruk av legemidler og medisinsk forbruksmateriell.

Støtnadsregnskapet 2019 - samlet utbetaling - 35 mrd kr



Nøkkeltall for Helfo – 2019	2018	2019
Om servicetjenester		
Antall besøk på Helfo.no	1 772 327	1 808 347
Antall besøk på helsenorge.no	26 334 994	38 909 684
Antall telefonhenvendelser	475 595	486 510
○ herav telefonhenvendelser til veiledning Helsenorge	317 191	331 333
Antall epost besvart (kontaktskjema - veiledning Helsenorge)	39 907	32 218
Antall europeiske helsetrygdkort	897 418	788 470
Andel fastlegebytter på nett	87 %	92 % ¹
Antall reelle fristbruddhenvendelser til Helfo	10 263	11 745
Om refusjoner		
Refusjonsutgifter totalt	34,3 mrd. kr	35,2 mrd. kr
○ herav refusjon til behandlere for behandling	22,3 mrd. kr	23,4 mrd. kr
○ herav refusjonsutg. for legemidler og medisinsk forbr.matr.	12,0 mrd. kr	11,8 mrd. kr
Andel helseaktører som fremmer krav elektronisk over linje	84 %	86 %
Om individuelle søknader og krav		
Antall krav mottatt – legemidler ²	162 622	170 726
Antall krav mottatt – tannhelse ²	20 478	19 858
Antall krav mottatt – utland (§§ 5-24 og 5-24a) ²	22 011	28 002
Antall søknader mottatt om rettighetsblanketter (utlandsområdet)	19 395	23 510

Utvikling og omstilling i 2019

Utviklingen med økt bruk av selvbetjeningsløsningene og nettsidene fortsetter i 2019. Det er en nedgang i henvendelser per epost og søknader og krav sendes i økende grad elektronisk.

Gjennomføring av kontorstruktur og ny oppgavefordeling

Regjeringen fattet våren 2018 en beslutning om fremtidig kontorstruktur i Helfo som innebærer avvikling av 20 lokasjoner. 5 arbeidssteder er avviklet i løpet av 2019. Ytterligere 13 arbeidssteder avvikles i 2020 og 2 arbeidssteder i 2021. Endring i kontorstruktur innebærer også endringer i oppgavefordelingen mellom de gjenværende 6 arbeidsstedene. Det er gjennomført et omfattende personalløp for 120 medarbeider og oppgaveoverføring til fremtidig bestående arbeidssteder. Helfo arbeider samtidig med nyanskaffelse av husleiekontrakter.

¹ Inkluderer selvbetjeningsgrad for å sette seg på venteliste (tallet for direkte bytte er 90%)

² Tallene for 2018 er oppdatert fra årsrapport 2018 med trukne, utgåtte og annullerte krav som ikke var inkludert i tallene i årsrapport 2018.

Programmet Enklere Digitale Tjenester (EDiT)

Helsedirektoratet gjennomfører et treårig program (2019-2021) for Enklere Digitale Tjenester (EDiT) i samarbeid med Helfo. Formålet er å understøtte digitalt førstevalg og utvikle tjenester som sikrer at samhandlingen mellom brukere, helseaktører og Helfo blir enklere, raskere og riktigere. Høsten 2019 ble ny økonomimodul innført og erstatter et todelt regnskapssystem som i flere år har krevd dispensasjon fra økonomiregelverket. Det er utviklet en saksbehandlingsløsning på utlandsområdet, en forenklet løsning for landoppgjør og ny søknadsløsning for blåresept er pilotert og innføres i 2020. Videre er det gjennomført et omfattende regelverksarbeid som er en viktig forutsetning for å lykkes med videre digitalisering av området. Helfo har i 2019 avsatt nøkkelpersonell til utviklingsarbeidet i EDiT.

Effektivisering av virksomheten

Helsedirektoratet har i 2019 evaluert kostnadseffektiviteten i Helfo. Evalueringen ble gjennomført av eksterne i regi av internrevisjonen. Evalueringen oppsummerte: «Ut fra en overordnet analyse av Helfos produktivitets- og kostnadsutvikling over tid, samt en benchmark mot sammenlignbare virksomheter, fremstår Helfo totalt sett som kostnadseffektiv. Vårt hovedinntrykk er at Helfo jobber systematisk og strukturert med å effektivisere virksomheten, og at kostnadsstyrings- og automatiseringsinitiativ har skapt en plattform for effektiv drift.» Med en sammenlignbar oppgaveportefølje har Helfo redusert sin bemanning med ca. 100 årsverk siden 2014. det er skjedd både gjennom målrettet gevinstrealisering og kontinuerlig effektivisering av virksomheten.

Måloppnåelse i 2019

Implementering av ny kontorstruktur samtidig med opprettholdelse av tjenesteproduksjonen er utfordrende. Helfo har gjennom 2019 opprettholdt en stabil tjenesteproduksjon på nivå med 2018. Redusert måloppnåelse er først og fremst merkbart for brukerne gjennom redusert tilgjengelighet til service og veiledning på telefon. Saksbehandlingstider for legemiddelområdet og utlandsområdet er stabil. Helsedirektoratet er spesielt godt fornøyd med at Helfo har levert god måloppnåelse i et år med omfattende utvikling- og omstillingsoppgaver. Endringer i kontorstruktur og oppgavefordeling berører mange ansatte direkte. I et krevende år for både ledere og medarbeidere har Helfo klart å beholde et tydelig fokus på oppgaveutførelse og produksjon, og jobbet målrettet for at brukerne ikke skal bli berørt. Det har vært mulig blant annet som følge av stor arbeidsinnsats i hele organisasjonen og god risiko- og produksjonsstyring. Per 31.12.2019 har Helfo 494 forpliktende årsverk, en reduksjon på 9 årsverk fra 2018. Sykefraværet var 7,6 prosent. Regnskapsresultatet viser balanse og Helfo har følgelig hatt en god økonomistyring også i 2019.

Tjenesteområde servicetjenester

Servicetjenester består av informasjon og veiledning på telefon, nett og øvrige kanaler, selvbetjeningsløsninger (bytte av fastlege, utstedelse av europeisk helsetrygdkort m.m.), frikort for helsetjenester, fritt behandlingsvalg og pasientformidling ved fristbrudd.

Økt bruk av digitale kanaler

Besøkstallene for helsenorge.no fortsetter å stige fra 2,2 millioner besøk per måned i 2018 til 3,2 millioner besøk per måned i 2019; en økning på 48 prosent. I 2019 foregikk 96 prosent av Helfos brukermøter digitalt. I mai 2019 ble helfo.no lansert med ny innholdsplattform. Besøkstallene i 2019 var på 1,8 millioner og utgjør en økning på 2 prosent fra 2018. Det antas at økningen er noe begrenset fordi private brukere er kanalisert videre til helsenorge.no.

Noe redusert tilgjengelighet for informasjons- og veiledningstjenester på telefon

I 2019 kom det i alt 486 500 telefonhenvendelser til Helfo. Det er en økning på 2 prosent fra 2018. Gjennomsnittlig ventetid på telefon for Veiledning Helsenorge i 2019 var 168 sek, mens tilsvarende for 2018 var 71 sek. Utviklingen i 2019 har følgelig gitt en redusert tilgjengelighet for brukerne. Prestasjonsmålet for telefon-tjenesten er 80 sek. Helfo melder om en betydelig bedring i 3. tertial (122 sek). Brukerstøtten til eksterne tjenesteeiere på helsenorge.no er prioritert slik at tilgjengeligheten for disse tjenestene oppfyller prestasjonsmålet. Veiledning private (kapittel 5) har lavere tilgjengelighet enn gjennomsnittet. Andel besvarte telefoner oppfyller prestasjonsmålet på 90 prosent, men er lavere enn i 2018.

Høy brukertilfredshet

Til tross for redusert tilgjengelighet viser undersøkelser høy brukertilfredsheten i 2019. Hele 90 prosent svarer at de er godt fornøyd eller svært godt fornøyd med telefontjenestene. Tilsvarende måling for henvendelser via kontaktskjema/epost er 92 prosent.

Helsedirektoratets vurdering er at Helfo har en profesjonell informasjons- og veiledningstjeneste med god kvalitet, noe som bekreftes av resultatene fra brukerundersøkelsene. Samtidig er det viktig å øke tilgjengeligheten gjennom å redusere ventetidene i 2020.

Økt antall fristbrudd

Helfo har i 2019 registrert 11 745 fristbrudd. Økningen fra 2018 er på 14 prosent, noe mer moderat enn tidligere år. De aller fleste saker håndteres innen ytre grense på 10 virkedager og gjennomsnittlig saksbehandlingstid er på i underkant av 8 dager. Det er utviklet ny saksbehandlingsløsning som skal videreutvikles og gi Helfo bedre styringsdata på fristbruddområdet. 95 prosent av fristbruddpasientene var i 2019 fornøyd med Helfos håndtering av formidlingsprosessen.

Helfo har i 2019 vært opptatt av å utvikle kompetanse på anskaffelser og innrette en mer dynamisk innkjøpsordning som sikrer flere kvalifiserte leverandører med bedre tilbud til pasientene som resultat.

Behandling av søknader og oppfølging av leverandører i Fritt Behandlingsvalg

Helfo behandler søknader fra private behandlingstjenesteleverandører som ønsker å bli godkjent som helsetilbud i Fritt behandlingsvalg. Krav til saksbehandlingstid er 6 uker, men oppnås i 2019 kun i 24 prosent av sakene. Hovedårsaken til manglende måloppnåelse er utilstrekkelig dokumentasjon i søknadene. Per utgangen av 2019 er det i alt 50 godkjente leverandører. Om lag 15 000 pasienter fikk helsetjenester i form av utredning eller behandling. Leverandørene i ordningen følges opp jevnlig. Samarbeidet med andre aktører som de regionale helseforetakene, Norsk pasientregister og fylkesmennene er viktig i dette arbeidet.

Helsedirektoratets vurdering er at Helfo håndterer områdene Fritt behandlingsvalg og fristbrudd på en god måte. Det er viktig at Helfo fortsetter å utvikle oppfølgingsarbeidet og samarbeider med øvrige aktører om avtaleinngåelser og kvalitetsoppfølging.

Tjenesteområde behandlingsrefusjon

Behandlingsrefusjon omfatter refusjon av utgifter til undersøkelse og behandling hos helseaktører (leger, fysioterapeuter, tannleger, psykologer, laboratorie- og røntgentjenester, logopeder m.fl.), forhåndstilsagn for planlagt behandling i et annet EØS-land og refusjon av utgifter ved nødvendig helsehjelp i utlandet.

Ikke god nok tilgjengelighet for helseaktørene, men høy brukertilfredshet

Ved utgangen av 2019 var det 89 prosent av helseaktørene som sendte sine refusjonskrav elektronisk over linje. Det er en økning på nær 2 prosentpoeng fra siste tertial 2018. Økningen var også i 2019 størst for gruppen fysioterapeuter med en endring fra 75 til 87 prosent.

Gjennomsnittlig ventetid på telefon for veiledningstelefonen for helseaktørene var 248 sek i 2019 og langt unna prestasjonsmålet på 80 sek. I 2018 var gjennomsnittlig ventetid 99 sek. Som følge av økte ventetider er andel besvarte telefonhenvendelser redusert fra 89 prosent i 2018 til 76 prosent i 2019. Andel fornøyde brukere var imidlertid på 88 prosent både i 2018 og 2019 til tross for en markert økning i ventetiden det siste året. Tilsvarende var 81 prosent av helseaktørene fornøyd med Helfo sin håndtering av henvendelser på epost.

Helsedirektoratet er godt fornøyd med høy brukertilfredsheten, men merker seg samtidig at gjennomsnittlig ventetid på telefon i 2019 var vel 4 minutter og betraktelig over prestasjonsmålet. Tilgjengeligheten for helseaktørene har ikke å vært god nok i 2019, og vil bli fulgt opp i 2020. En forklaringsfaktor er noe lav grunnbemanning kombinert med sykefravær. Det er igangsatt tiltak som antas å bedre måloppnåelsen i 2020.

Utlandsområdet – god kontroll på saksbehandlingstider og restanser

I 2019 ble 90 prosent av søknadene om stønad for helsehjelp mottatt i et annet EØS-land (§ 5-24a) ferdigstilt innen 12 uker (ytre grense), mens tilsvarende andel for 2018 var 84 prosent. Gjennomsnittlig saksbehandlingstid for refusjonssaker er redusert fra 40 dager i 2. tertial til 24 dager i 3. tertial 2019. Gjennomsnittlig saksbehandlingstid for søknad om stønad for helsehjelp mottatt i land utenom EØS (§ 5-24) har også hatt en tydelig positiv utvikling i 2019 og er halvert fra 2. tertial 2019 til 3. tertial 2019. Data for blankettområdet (rettighetskjema EØS) viser at antall restanser ved utgangen av 2019 er 2 866 saker, om lag som ved utgangen av 2018.

Helsedirektoratet er godt fornøyd med utviklingen i 2019, særlig tatt i betraktning pågående omstilling i form av ny kontorstruktur og endret oppgavefordeling hvor utlandsområdet er spesielt berørt.

Tjenesteområde legemidler/medisinsk forbruksmateriell og tannhelse

Legemidler og medisinsk forbruksmateriell inkluderer bidrag til spesielle formål, refusjon av utgifter til forhåndsgodkjente legemidler, refusjon av utgifter til legemidler etter individuell refusjon, samt produkt- og prislistene (produkter på blå resept).

Stabil saksbehandlingstid på legemiddelområdet og tannhelseområdet

Helfo har i 2019 en måloppnåelse på saksbehandling av legemiddelsaker som er på nivå med resultatene for 2018. Det betyr at 98 prosent av de prioriterte sakene ble behandlet innen 4 uker og med en gjennomsnittlig saksbehandlingstid på under 5 dager. Gjennomsnittlig saksbehandlingstid for øvrige saker var i 3. tertial 2019 på 26 dager. I desember ble 97 prosent av sakene behandlet innenfor fristen.

Både omlegging av kontorstruktur, avgang av medarbeidere og utviklingsarbeidet i EDiT berører i stor grad legemiddelområdet. Helfo har hatt en tett oppfølging og god produksjonsstyring underveis i 2019. I tillegg ble det innført særskilte tiltak som overtidsaksjoner, redusert møtevirksomhet og utviklingsarbeid.

En økning i automatiseringsgrad var planlagt for 2019 basert på arbeidet som gjøres i EDiT og portalen Mine Blåreseptsøknader. Piloten ble noe mindre i omfang og automatiseringsgraden økte først helt på slutten av året. I desember 2019 var automatiseringsgraden 16 prosent, mens gjennomsnittet for 2018 var 13 prosent.

Gjennomsnittlig saksbehandlingstid for refusjon for tannhelsebehandling har økt de siste to årene og er ved utgangen av 2019 på 47 dager. Nær alle saker (99 prosent) ble behandlet innen 56 dager (7 uker) som er den ytre grensen på fagområdet.

Saker over ytre grense og lange saksbehandlingstider har konsekvenser for brukerne. Helsedirektoratet vil i 2020 fortsatt ha stor oppmerksomhet på utviklingen på både legemiddel- og tannhelseområdet. Samtidig er Helsedirektoratets oppfatning at konsekvensene for brukerne i 2019 har vært begrenset og at Helfo har klart å opprettholde en god leveransesituasjon også for individuell stønad.

Utviklingsarbeidet på området produkt- og prislister fortsetter

Gjennomgangen av produktområdet stomi i 2019 har ført til en rekke tiltak. Et stort antall produkter som er lite i bruk er fjernet, ny gruppering av produkter tydeliggjør formålet bedre og det er innført flere antallsbegrensninger og særskilte forskrivningskrav for visse produkter. Tiltakene gir en bedre kostnadskontroll på området.

Om Helfo sitt arbeid med etterkontroll og økt etterlevelse

I 2019 har Helfo hatt fokus på å forbedre legene, tannlegene og fysioterapeutenes etterlevelse av regelverket innenfor utvalgte temaer. Det sentrale tiltaket har vært forebygging og påvirkning gjennom en «Vet du...»-kampanje bestående av bl.a. nyhetsbrev til helseaktørene og omtale på profesjonsforeningenes nettsider. Spesifikk informasjon til 450 leger med avvikende takstbruk fikk stor mediefokus i lys av evaluering av fastlegeordningen. Hvorvidt tiltakene har gitt bedre etterlevelse av regelverket (effekt) måles i 2020.

Svakere kontrollresultater som følge av omstilling og kompetansebygging

Resultatene av kontrollvirksomheten i 2019 er 3 anmeldelser (7 anmeldelser i 2018), 10 behandlere ble fratatt retten til å praktisere for trygdens regning (11 behandlere i 2018) og 9 behandlere ble pålagt å endre praksis (194 behandlere i 2018). Det ble tilbakekrevet om lag 28 mill. kr (42 mill. kr i 2018).

Organiseringen av etterkontrollarbeidet er i endring som følge av ny kontor- og oppgavestruktur i Helfo. Kontrollmiljøet som tidligere var fordelt på fem lokasjoner, samles i Fredrikstad. Året 2019 har derfor vært preget av omstilling i form av oppgave- og kompetanseoverføring, nyrekruttering og bygging av ny kompetanse for et styrket kontrollmiljø på sikt. Resultatet er noe lavere aktivitet og svakere resultater enn tidligere år.

Det er jobbet mye med kontinuerlig forbedring av arbeidsprosessene. Manglende systemstøtte og oppfølging av personvernforordningen er utfordrende. Helfo har fokus på økt systematisk samarbeid med andre kontrollinstanser, både strategisk og operativt.

Stortinget bevilget 1,5 mill. kroner til kontroll av refusjon til tannbehandling i 2017, og 3 mill. kroner i 2018 og 2019. Helfo har ved utgangen av 2019 fullført en kartleggingskontroll overfor 50 tannleger i tillegg til avsluttede kontroller av tilstedeværelse og igangsatte kontroller av pasientforløp på kjeveortopediområdet. Arbeidet med

bedre etterlevelse på tannhelseområdet videreføres i 2020. De samlede resultater og effekter av prosjektet vil bli oppsummert og vurdert med tanke på regelverksendringer, systemutvikling og kontrollmetodikk.

Kontinuerlig utvikling og forbedringstiltak gir økt etterlevelse

Det er viktig at Helfo vektlegger en kunnskapsbasert virkemiddelbruk, jobber systematisk med etterlevelse og har fokus på effektvurderinger. En aktiv informasjons- og veiledningstjeneste kan forhindre at feil oppstår. Ny digital innholdsplattform for helfo.no gir et bedre verktøy for tilgjengeliggjøring av informasjon. Et av de sentrale målene med programmet Enklere Digitale Tjenester (EDiT) er at digital samhandling skal gi bedre informasjon og veiledning til helseaktørene og bedre kvalitet i søknader og refusjonskrav som resultat.

Helfo mottar årlig om lag 120 millioner enkeltregninger og utbetaler 35 mrd. kroner. Alle regninger som sendes inn elektronisk gjennomgår relativt avanserte automatiserte kontroller som er utviklet over tid. Riksrevisjonen uttaler at kontrollverktøyet KUHR (kontroll og utbetaling av helserefusjoner) gir en effektiv behandling av store mengder regninger fra behandlere og fungerer bra, men at det er forbedringspunkter. For regnskap 2018 konkluderte Riksrevisjonen med høy sannsynlighet for urettmessige utbetalinger for 2,17 prosent av utbetalt beløp, en reduksjon fra 3,19 prosent fra regnskap 2017. For apotekoppgjør har Riksrevisjonen problematisert manglende samsvar for pakninger utlevert og angitt på resept. Helsedirektoratet og Helfo arbeider kontinuerlig med flere tiltak for å forbedre kontroll og ytterligere redusere sannsynligheten for urettmessige utbetalinger.

Styring og kontroll i virksomheten

Internrevisjonen i Helsedirektoratet har kartlagt og evaluert Helfo sin styringsmodell i 2019. Evalueringen konkluderer med at Helfo har en moden styringsmodell som i hovedsak gir et grunnlag for overordnet styring og kontroll. Det påpekes imidlertid at ettersom Helfo er i en fase med høy endringstakt, er det særlig viktig å sikre fokus og felles retning, og at gode styringsmekanismer og tydelig føringer fra ledelsen er nødvendig for å realisere målene for omstillingen. I 2019 har Helfo arbeidet spesielt med kompetanse og roller, kartlegging av arbeidsprosesser og etablering av en felles kunnskapsbase.

Helsedirektoratets vurdering er at Helfo i 2019 har hatt en aktiv risikostyring med fortløpende vurdering og iverksettelse av tiltak. Det er samtidig igangsatt et arbeid for å videreutvikle metodikken knyttet til risikostyring for å møte virksomhetens behov for styring og kontroll i en periode med store omstillinger.

Innenfor personvern og informasjonssikkerhet er det gjennomført en rekke tiltak, inkludert revisjon og oppdatering av instruksjer og rutiner. Helfo leder en arbeidsgruppe for personvernsspørsmål i kontrollvirksomheten og har en egen beredskapskomite for beredskapsarbeidet og eventuelle krisesituasjoner.

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

