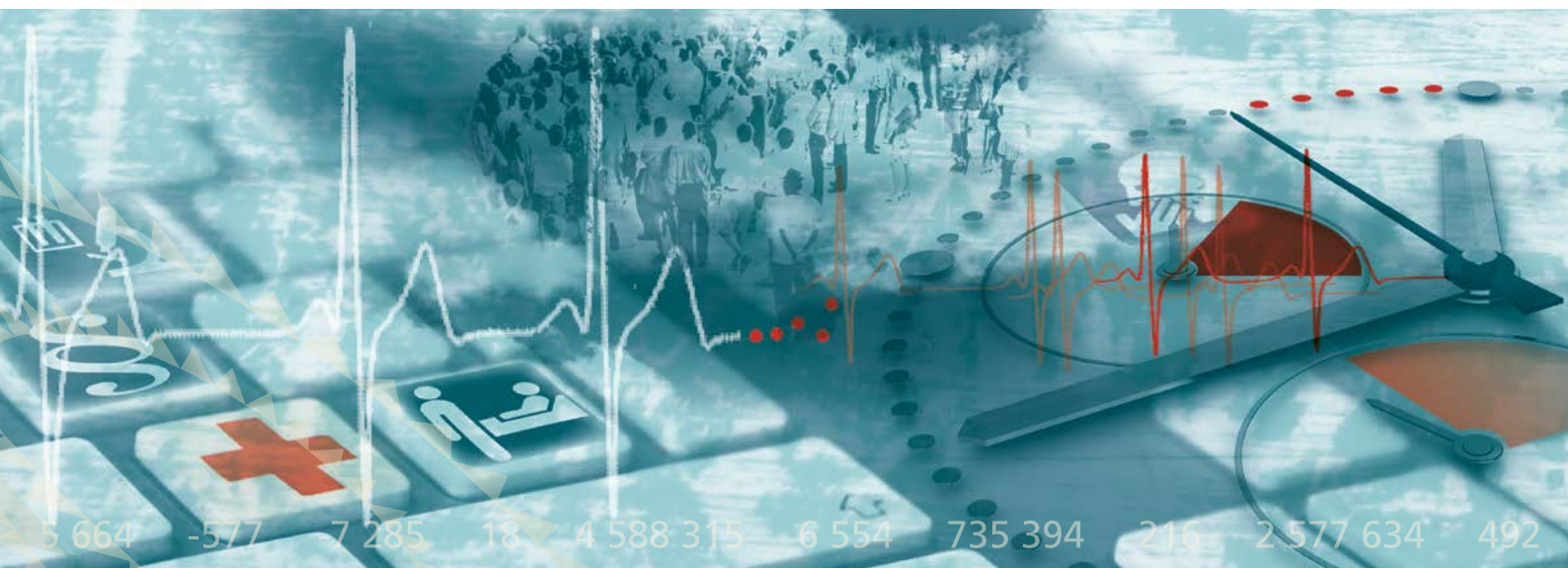




Riksrevisjonen

Riksrevisjonens undersøkelse av effektivitet og resultatoppnåelse i Helsedirektoratet

Dokument 3:3 (2013–2014)



23 257 -3 918 240 1 255 712 474 320 120 3 924 23 741 379 17 11

Denne publikasjonen finnes på Internett:
www.riksrevisjonen.no

Offentlige institusjoner kan bestille publikasjonen fra
Departementenes servicesenter
Telefon: 22 24 20 00
E-post: publikasjonsbestilling@dss.dep.no
www.publikasjoner.dep.no

Andre kan bestille fra
Bestillinger offentlige publikasjoner
Telefon: 55 38 66 00
Telefaks: 55 38 66 01
E-post: offpub@fagbokforlaget.no

Fagbokforlaget AS
Postboks 6050 Postterminalen
5892 Bergen

ISBN 978-82-8229-249-8

Forsideillustrasjon: 07 Oslo

Riksrevisjonens undersøkelse av effektivitet og resultatoppnåelse i Helsedirektoratet

Dokument 3:3 (2013–2014)

Til Stortinget

Riksrevisjonen legger med dette fram Dokument 3:3 (2013–2014) *Riksrevisjonens undersøkelse av effektivitet og resultatoppnåelse i Helsedirektoratet.*

Riksrevisjonen, 19. november 2013

For riksrevisorkollegiet

Jørgen Kosmo
riksrevisor

Innhold

1 Hovedfunn	7
2 Riksrevisjonens merknader	7
3 Riksrevisjonens anbefalinger	11
4 Departementets oppfølging	11
5 Riksrevisjonens sluttmerknad	11
Vedlegg 1: Riksrevisjonens brev til statsråden	13
Vedlegg 2: Statsrådets svar	17
Vedlegg 3: Rapport	21
1 Innledning	28
2 Metodisk tilnærming og gjennomføring	30
3 Revisjonskriterier	34
4 Styringssystemer, rutiner og prosesser i Helsedirektoratet	38
5 Helsedirektoratets arbeid med sentrale arbeidsoppgaver	55
6 Helse- og omsorgsdepartementets styring av Helsedirektoratet	74
7 Vurderinger	84
8 Referanseliste	89
Utbrett: Bakgrunn og mål for undersøkelsen. Funns og anbefalinger	

Helse- og omsorgsdepartementet

Riksrevisjonens undersøkelse av effektivitet og resultatoppnåelse i Helsedirektoratet

Målet med revisjonen har vært å vurdere om Helsedirektoratet forvalter sine oppgaver effektivt, om ledelsen har etablert hensiktsmessige systemer for styring og oppfølging av virksomheten, og om Helse- og omsorgsdepartementet har en tilstrekkelig god etatsstyring av direktoratet. Undersøkelsen omfatter perioden 2009 til 2012.

Riksrevisjonens årlige regnskapsrevisjon har de siste årene gitt Helsedirektoratet flere merknader, blant annet når det gjelder regnskapsføring og budsjettering. Helsedirektoratets egne omdømmeundersøkelser har vist at direktoratet har utfordringer knyttet til for eksempel saksbehandlingstider og samordning med andre etater.

Helsedirektoratet har et betydelig antall ansatte og forvalter store økonomiske ressurser, både knyttet til drift av egen virksomhet og i form av tilskudd og refusjoner til kommuner, frivillige organisasjoner og enkeltpersoner. Direktoratets virksomhet legger premisser for tjenesteutforming innen helsesektoren, både i kommunehelsetjenesten og i sykehusene, og har derfor stor betydning for befolkningens liv og helse. De samfunnsmessige konsekvensene av mangler ved Helsedirektoratets virksomhet kan bli betydelige.

Rapporten ble forelagt Helse- og omsorgsdepartementet ved brev 24. juni 2013. Departementet har i brev 9. august 2013 gitt kommentarer til rapporten. Kommentarene er i hovedsak innarbeidet i rapporten og i dette dokumentet.

Rapporten, riksrevisorkollegiets oversendelsesbrev til departementet 26. september 2013 og statsrådets svar 3. oktober følger som vedlegg.

1 Hovedfunn

- Det er vesentlige svakheter ved Helsedirektoratets virksomhetsstyring.
- Helsedirektoratet har utfordringer med styring og oppfølging av det faglige arbeidet:
 - Lovfortolkninger tar for lang tid og gjøres ikke godt nok kjent.
 - Helsedirektoratet undersøker ikke systematisk hvordan tilskudd til kommunene treffer målgruppen og hvilke resultater tilskuddsordningene fører til.
 - Arbeidet med å implementere retningslinjer og veiledere er lite systematisk.
 - Arbeidet med nasjonale planer bygger i liten grad på tidligere erfaringer.
- Helse- og omsorgsdepartementets oppdrag til Helsedirektoratet er for omfattende, for detaljert og i hovedsak konsentrert om én av direktoratets tre tillagte roller.

2 Riksrevisjonens merknader

2.1 Det er vesentlige svakheter ved Helsedirektoratets virksomhetsstyring

Helsedirektoratets virksomhetsstyring består av ulike verktøy og dokumenter som skal gi oversikt og kontroll med den samlede virksomheten. Undersøkelsen viser at en vesentlig andel av direktoratets avdelingsledere opplever at de mest sentrale styringsverktøyene og dokumentene ikke er relevante for styring og oppfølging av arbeidet i

egen avdeling. Også Helsedirektoratets ledelse mener at det er svakheter ved virksomhetsstyringen og at det er behov for å videreutvikle denne.

Undersøkelsen viser at det er svakheter i ledelsens oppfølging på flere vesentlige områder, for eksempel når det gjelder saksbehandlingstider og bruk av ressurser. Undersøkelsen viser også at interne arbeidsprosesser i Helsedirektoratet i liten grad evalueres, kartlegges og systematiseres med sikte på forbedring og læring.

Helsedirektoratet har fastsatt interne frister for egen saksbehandling, men benytter ikke informasjon om saksbehandlingstid i sin interne styring og oppfølging. Riksrevisjonens undersøkelse viser at saksbehandlingstiden i mange tilfeller er svært lang, og betydelig lengre enn de fristene direktoratet selv har fastsatt. Andelen saker hvor de interne fristene for saksbehandlingstid ikke overholdes varierer fra 21 prosent til 83 prosent for de fem sakstypene undersøkelsen omfatter. Etter Riksrevisjonens vurdering er dette et eksempel på at Helsedirektoratets virksomhetsstyring ikke i tilstrekkelig grad vektlegger god måloppnåelse.

Helsedirektoratets ledelse har i for liten grad vektlagt effektiv utnyttelse av ressursene i sin interne styring og oppfølging av virksomheten, og har ikke etablert systemer eller systematiske prosesser for å kontrollere om det er effektiv ressursbruk i oppgaveløsningen. Helsedirektoratet mangler i tillegg tilstrekkelig styringsinformasjon om hvordan interne arbeidsprosesser fungerer. Etter Riksrevisjonens vurdering mangler Helsedirektoratet vesentlig styringsinformasjon om ressursbruken på de ulike oppgavene og systematisk informasjon om hvordan arbeidsoppgavene ivretas.

På de fire fagområdene som undersøkelsen dekker har Helsedirektoratet ulik praksis når det gjelder å legge til rette for god fagutøvelse og effektiv oppgaveløsning gjennom hensiktsmessig intern kontroll. Når det gjelder *tilskuddsforvaltning* er retningslinjene oppdatert og ansvarsdelingen mellom fagavdelingene og Avdeling for plan og økonomi er tydeliggjort. I tillegg er kurstilbudet for å understøtte arbeidet med tilskudd videreutviklet. For arbeidet med *retningslinjer og veiledere* har de interne retningslinjene en uavklart status, retningslinjesekretariatet har et uklart mandat og manglende kapasitet, og kompetansetiltak brukes i liten grad for å sikre at ansatte har nødvendig kunnskap om arbeidet. Når det gjelder arbeidet med *lovfortolkning* og *nasjonale planer*, har Helsedirektoratet ikke forsøkt å understøtte dette arbeidet med felles rutiner eller metodeverk. Direktoratet har heller ikke utviklet målrettede interne kompetansetiltak for å styrke det faglige arbeidet med disse arbeidsoppgavene. Etter Riksrevisjonens vurdering har ikke Helsedirektoratet lagt tilstrekkelig til rette for en systematisk og god fagutøvelse på disse områdene.

2.2 Helsedirektoratet har svakheter i sin interne styring og oppfølging av det faglige arbeidet

2.2.1 Lovfortolkninger tar for lang tid og gjøres ikke godt nok kjent

Helsedirektoratet er regelverksforvalter for 28 helserelaterte lover med tilhørende forskrifter. Denne funksjonen innebærer at en rekke aktører søker juridisk avklaring og veiledning fra Helsedirektoratet. I den undersøkte perioden er gjennomsnittlig saksbehandlingstid for lovfortolkningssaker 92 dager, men det er stor variasjon i saksbehandlingstiden for disse sakene. Den gjennomsnittlige saksbehandlingstiden for lovfortolkningssakene varierer mellom 79 dager og 107 dager i de ulike divisjonene. I 74 prosent av lovfortolkningssakene har ikke Helsedirektoratet klart å nå den fristen som er fastsatt for saksbehandlingen, fristen er basert på en vurdering av hva direktoratet selv mener er rimelig ventetid.

Statens helsetilsyn og fylkesmannsembetene har ofte behov for juridiske avklaringer. Mens Helsetilsynet peker på enkelttilfeller der lang saksbehandlingstid i Helse- direktoratet har vært utfordrende, opplyser fylkesmannsembetene at de på grunn av urimelig lang saksbehandlingstid er tilbakeholdne med å rette henvendelser om lovfortolkning til Helsedirektoratet. Riksrevisjonen mener det er uheldig at Helse- direktoratet har så lang saksbehandlingstid at det blir brukt i mindre grad enn behovet tilsier. Når Helsedirektoratet ikke avklarer hva som bør være gjeldende praksis, kan det etter Riksrevisjonens vurdering føre til at likeartede saker ikke behandles likt, noe som vil ha konsekvenser for enkeltpersoner.

Det kan være vanskelig for direktoratets jurister å gjenfinne saker hvor direktoratet tidligere har gjort juridiske avklaringer på tilsvarende område. Praksis for offentlig- gjøring av prinsipielle lovfortolkningsaker er ikke tydelig avklart og derfor varierende. Et bedre system for offentliggjøring av prinsipielle lovfortolkningsaker vil etter Riksrevisjonens oppfatning være nyttig både for ansatte i direktoratet og for andre brukere av helselovgivningen, og vil kunne bidra til å oppfylle forvaltningslovens krav om betryggende og likeverdig saksbehandling.

2.2.2 Helsedirektoratet undersøker ikke systematisk hvordan tilskudd til kommunene treffer målgruppen og hvilke resultater tilskuddsordningene fører til

I 2012 forvaltet Helsedirektoratet 171 tilskuddsordninger med et samlet budsjett på omkring 9,5 mrd. kroner. I 2011 og 2012 videreutviklet Helsedirektoratet rutine for tilskuddsforvaltning og gjennomførte tiltak for å sikre en mer enhetlig praksis på området. Likevel benytter Helsedirektoratet i liten grad rapporteringen fra tilskudds- mottakerne til å vurdere blant annet innretningen og resultatene av tilskuddsordningene. Etter Riksrevisjonens vurdering ligger det et uutnyttet potensial i tilskuddsmot- takernes rapportering, som for eksempel kunne styrket grunnlaget for det årlige bud- settarbeidet og Helsedirektoratets arbeid med å videreutvikle tilskuddsforvaltningen.

Når det gjelder tilskuddsordninger med kommunene som målgruppe, viser under- søkelsen at andelen kommuner som søker og mottar tilskudd øker med størrelsen på kommunene. Helsedirektoratet undersøker ikke selv om det er noen særlige kjenne- tegn ved de kommunene som mottar tilskudd fra den enkelte tilskuddsordning, eller hvordan tilskuddsmidlene fordeles på målgruppen for ordningen. Etter Riksrevisjon- ens syn medfører denne mangelen på styringsinformasjon at Helsedirektoratet i sin tildeling av tilskudd ikke kan identifisere og motvirke eventuelle skjevheter mellom grupper av kommuner.

2.2.3 Arbeidet med å implementere retningslinjer og veiledere er lite systematisk

Som fagorgan på helse- og omsorgsområdet skal Helsedirektoratet gi faglig råd og veiledning til sentrale, regionale og lokale myndigheter, samt andre aktører innen sektoren. Helsedirektoratet hadde i 2012 omkring 150 veiledere og 50 faglige retningslinjer tilgjengelig på sine nettsider. Fylkesmannsembetene oppfatter retnings- linjer og veiledere fra Helsedirektoratet som faglig gode og nyttige for målgruppene. Undersøkelsen viser imidlertid at mange kommuner ikke klarer å holde oversikt over dokumentene, og at det først og fremst er store kommuner som gjør seg nytte av publikasjonene. Foreliggende retningslinjer og veiledere vil etter Riksrevisjonens vur- dering kun i begrenset grad bidra til å nå målene om høy kvalitet, riktige prioriteringer og reduserte uønskede variasjoner innen helse- og omsorgstjenester så lenge kommu- nene ikke er kjent med eller benytter seg av dem.

Helsedirektoratet gjør ikke systematiske vurderinger av om hvorvidt målgruppene bruker retningslinjene og veilederne. Etter Riksrevisjonens vurdering ville slik kunnskap gi grunnlag for å øke nytten av disse dokumentene, for eksempel som

grunnlag for målrettede implementeringstiltak. Dette ville også bidra til at direktoratet kan prioritere arbeidet med retningslinjer og veiledere innenfor de områdene der behovet for normering er størst.

Helsedirektoratet har kun i begrenset omfang gjennomført tiltak for å kommunisere og iverksette retningslinjene og veilederne. For de 36 veilederne og retningslinjene som ble ferdigstilt i perioden 2009 til 2010, er det kun i en tredel av tilfellene utarbeidet en plan for implementeringsarbeidet. Etter Riksrevisjonens vurdering arbeider ikke Helsedirektoratet tilstrekkelig systematisk med implementeringen av sine retningslinjer og veiledere. Mer systematikk i dette arbeidet ville kunne ha styrket den normerende effekten av retningslinjer og veiledere for praksis innen helse- og omsorgssektoren.

2.2.4 Arbeid med nasjonale planer bygger i liten grad på tidligere erfaringer

I 2012 arbeidet Helsedirektoratet med 36 nasjonale planer innen helse- og omsorgssektoren (handlingsplaner, opptrappingsplaner, strategier eller liknende). Selv om de nasjonale planene er ulike i omfang og i innhold, er organiseringen av og innretningen på arbeidet lite enhetlig og ikke tilstrekkelig basert på tidligere erfaringer. Helsedirektoratets arbeid med nasjonale planer er ikke understøttet av retningslinjer for arbeidet eller prosessorientert metodeverk. Riksrevisjonen mener det er behov for at Helsedirektoratet systematiserer erfaringer fra arbeidet med de mange nasjonale planene og etablerer et grunnlag for administrativ støtte for arbeidet med nye nasjonale planer.

2.3 Helse- og omsorgsdepartementets oppdrag til Helsedirektoratet er for omfattende, for detaljert og i hovedsak konsentrert om én av direktoratets tre tillagte roller

Helse- og omsorgsdepartementet formidler årlig et svært omfattende oppdrag til Helsedirektoratet. Tildelingsbrevet for 2012 fra departementet inneholder 60 mål, og 60 styringsparametere uten fastsatt resultatkrav. Departementets oppdrag inneholder videre 122 krav til gjennomføring av konkrete aktiviteter og oppdrag. Prinsippene for mål- og resultatstyring i statlig virksomhet innebærer at departementet fastsetter mål for direktoratets virksomhet og at direktoratet velger virkemidler for å nå de fastsatte målene. Etter Riksrevisjonens vurdering er departementets styring av direktoratet i for liten grad i tråd med disse prinsippene. De mange målene og kravene, samt det store innslaget av aktivitetsstyring, gjør at en stor del av direktoratets ressurser er bundet opp i oppgaver definert av departementet. Dette begrenser friheten direktoratet bør ha til å velge virkemidler og aktiviteter som fører fram til overordnede mål.

Helsedirektoratet er *forvaltningsorgan, fagorgan og iverksetter av vedtatt politikk* innen helse- og omsorgsområdet. Departementets tildelingsbrev er konsentrert om Helsedirektoratets rolle som iverksetter av vedtatt politikk. Det store omfanget av mål, oppdrag og aktivitetskrav, spesielt innenfor iverksetterrollen, binder opp en stor del av ressursene i direktoratet. Når departementet i så stor grad vektlegger én av direktoratets tre roller i sin styring, begrenser det etter Riksrevisjonens oppfatning Helsedirektoratets mulighet til å sikre at rollene som fag- og forvaltningsorgan blir tilstrekkelig prioritert.

Direktoratet har gjennom flere år gitt departementet tilbakemeldinger der det er pekt på manglende samsvar mellom direktoratets pålagte arbeidsmengde og tilgjengelige ressurser. Til tross for dette har verken departementet eller direktoratet tatt initiativ til å styrke informasjongrunnlaget om direktoratets ressursbruk. Etter Riksrevisjonens vurdering er det mangler både ved direktoratets og departementets styringsinformasjon,

særlig når det gjelder informasjon om Helsedirektoratets ressursbruk og informasjon om hvordan direktoratet løser sine oppgaver.

3 Riksrevisjonens anbefalinger

- Riksrevisjonen mener at Helsedirektoratet bør styrke sin interne virksomhetsstyring gjennom en mer enhetlig tilnærming til intern kontroll, og ved å bedre informasjonsgrunnlaget for å kunne følge opp om oppgaver løses effektivt.
- Riksrevisjonen mener at Helsedirektoratet bør:
 - videreutvikle styringsverktøyene for saksbehandlingen og opprette et bedre system for å offentliggjøre prinsipielle lovfortolkningsaker.
 - utarbeide bedre informasjon om hvordan tilskuddsmidler fordeles på målgruppene og hvilke effekter tilskuddsordningene har.
 - arbeide mer systematisk med implementering av retningslinjer og veiledere.
 - systemisere arbeidet med nasjonale planer og bruke dette som grunnlag for utviklingen av nye planer.
- Riksrevisjonen mener at Helse- og omsorgsdepartementet bør bedre styringsdialogen med Helsedirektoratet. Blant annet bør departementet videreutvikle sin styring av direktoratet i tråd med prinsippene om mål- og resultatstyring og legge bedre til rette for en balansert utøvelse av Helsedirektoratets tre pålagte roller.

4 Departementets oppfølging

Statsråden viser i sitt svar til at Helsedirektoratet over lengre tid har jobbet med utvikling av sin virksomhetsstyring på flere områder. Helse- og omsorgsdepartementet vil be etaten presentere tiltak for hvordan den skal videreutvikle sine styringssystemer slik at disse gir god oversikt og kontroll med etatens samlede virksomhet.

Statsråden er enig i Riksrevisjonens merknader om at departementets styring er konsentrert om Helsedirektoratets rolle som en iverksetter av vedtatt politikk, og at det store omfanget av aktivitetskrav i tildelingsbrevet binder opp en stor del av ressursene i direktoratet. Statsråden viser til at dette påvirker Helsedirektoratets muligheter til å sikre at rollene som fag- og forvaltningsorgan blir tilstrekkelig prioritert. Statsråden viser videre til at partene skal klargjøre i hvilken utstrekning styringsmodellen mellom departementet og Helsedirektoratet kan bidra til at direktoratet ivaretar sine oppgaver som forvaltningsorgan, fagorgan og iverksetter av vedtatt politikk på helse- og omsorgsområdet på en balansert og god måte.

Departementet har fra 2009 til 2012 redusert antallet oppdrag til direktoratet med vel 40 prosent. Statsråden opplyser at arbeidet med å spisse oppdragene og prioriteringene i tildelingsbrevet vil bli videreført i 2014. Samtidig vil departementet vektlegge arbeidet med å begrense omfanget på aktivitetsstyringen. Likevel peker statsråden på at det er hensiktsmessig å styre direktoratet gjennom aktiviteter og konkrete tiltak i tilfeller hvor vedtatt politikk er tiltaks- og aktivitetsbasert.

Bedre mål- og resultatstyring forutsetter ifølge statsråden at departementet og direktoratet i fellesskap utarbeider en målstruktur som er tilpasset direktoratets virkemiddelapparat. Arbeidet med å utarbeide en bedre målstruktur vil bli startet opp i 2015.

Statsråden er enig i Riksrevisjonenes merknader om behovet for å styrke informasjonsgrunnlaget om direktoratets ressursbruk. Selv om det årlige budsjettarbeidet og årlig rapportering gir departementet god oversikt over hvordan direktoratets driftsbevilgning fordeles til nye tiltak, er det ifølge statsråden ønskelig med et bedre informasjonsgrunnlag om ressursanvendelsen. Departementet har derfor i 2013 satt i gang en kartlegging av de ressurser som går til ulike IKT-tiltak. Gjennomgangen omfatter også hvordan direktoratet løser sine oppgaver og sikrer en hensiktsmessig styring og rapportering på området. Disse erfaringene vil være viktige med tanke på hvordan departementet arbeider videre med kontroll med ressursutnyttelsen og fordeling av tilgjengelige ressurser.

Statsråden peker på at innføring av ny felles kontoplan i forvaltningen i 2014 vil gi et bedre grunnlag for å sammenlikne ressursbruken i direktoratet med andre forvaltningsorganer. I tildelingsbrevet for 2014 tar departementet også sikte på å innarbeide egne produktivitetskrav på sentrale områder.

Departementet og direktoratet mener at Riksrevisjonen har gitt konstruktive merknader og anbefalinger knyttet til direktoratets virksomhet innenfor lovfortolkning, tilskuddsforvaltning, arbeid med retningslinjer og veiledere, samt oppfølging av nasjonale planer. Helseledelse vil få i oppdrag å utarbeide en tiltaksplan for oppfølging og implementering av tiltak.

Statsråden slutter seg til Riksrevisjonens anbefalinger og viser til at direktoratet i tildelingsbrevet for 2014 vil få en frist for å legge fram en tiltaksplan for hvordan merknadene fra Riksrevisjonen skal følges opp.

5 Riksrevisjonens sluttmerknad

Riksrevisjonen har ingen ytterligere merknad.

Saken sendes Stortinget.

Vedtatt i Riksrevisjonens møte 31. oktober 2013

Jørgen Kosmo

Annelise Høegh

Per Jordal

Björg Selås

Vedlegg 1

Riksrevisjonens brev til statsråden

Statsråd Jonas Gahr Støre
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET
Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Utsatt offentlighet jf. rr. lov § 18(2)

**Riksrevisjonens undersøkelse av effektivitet og resultatoppnåelse i
Helsedirektoratet**

Vedlagt oversendes utkast til Dokument 3:X (2013-2014) Riksrevisjonens undersøkelse av effektivitet og resultatoppnåelse i Helsedirektoratet

Dokumentet er basert på en rapport som ble oversendt Helse- og omsorgsdepartementet ved vårt brev 24. juni 2013, og på departementets svar 9. august 2013.

Statsråden bes redegjøre for hvordan departementet vil følge opp Riksrevisjonens merknader og anbefalinger, og eventuelt om departementet er uenig med Riksrevisjonen.

Departementets oppfølging vil bli sammenfattet i det endelige dokumentet til Stortinget. Statsrådens svar vil i sin helhet bli vedlagt dokumentet.

Svarfrist: 11. oktober 2013.

For riksrevisorkollegiet



Jørgen Kosmo
riksrevisor

Vedlegg:
Utkast til Dokument 3:X (2013-2014) Riksrevisjonens undersøkelse av effektivitet og resultatoppnåelse i Helsedirektoratet

Vedlegg 2

Statsrådets svar



Riksrevisjonen
Postboks 8130 Dep
0032 OSLO

Unntatt offentlighet jf. Offl. § 5
andre ledd

Deres ref
2012/00341-443

Vår ref
11/3306-

Dato
19.10.2013

Riksrevisjonens undersøkelse av effektivitet og resultatoppnåelse i Helsedirektoratet

Jeg viser til brev fra Riksrevisjonen av 26. september 2013 med vedlagt utkast til Dokument 3:X (2013–2014) Riksrevisjonens undersøkelse av effektivitet og resultatoppnåelse i Helsedirektoratet. Under følger min redegjørelse for hvordan departementet vil følge opp Riksrevisjonens merknader og anbefalinger.

Det er vesentlige svakheter ved Helsedirektoratets virksomhetsstyring

Helsedirektoratet har over lengre tid jobbet med utvikling av sin virksomhetsstyring på flere områder, gjennom lederopplæring og oppmerksomhet på styring og styringsverktøy. Helse- og omsorgsdepartementet vil i styringsdialogen med Helsedirektoratet be etaten presentere tiltak for videreutvikling av sine styringssystemer slik at de gir god oversikt og kontroll med den samlede virksomheten i etaten.

Partene skal også klargjøre i hvilken utstrekning styringsmodellen mellom Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet kan bidra til at Helsedirektoratet ivaretar sine oppgaver som forvaltningsorgan, fagorgan og iverksetter av vedtatt politikk på helse- og omsorgsområdet på en balansert og god måte.

Helsedirektoratet har svakheter i sin interne styring og oppfølging av det faglige arbeidet

Departementet og direktoratet finner Riksrevisjonens merknader og anbefalinger knyttet til direktoratets virksomhet innenfor lovfortolkning, tilskuddsforvaltning, arbeid med retningslinjer og veiledere, samt oppfølging av nasjonale planer som konstruktive. Helsedirektoratet vil få i oppdrag å utarbeide en tiltaksplan for oppfølging og implementering av tiltak.

Helse- og omsorgsdepartementets oppdrag til Helsedirektoratet er for omfattende, for detaljert og i hovedsak konsentrert om én av direktoratets tre tillagte roller

Jeg er enig i Riksrevisjonens merknader om at departementets styring er konsentrert om Helsedirektoratets rolle som iverksetter av vedtatt politikk, og at det store omfanget av aktivitetskrav i tildelingsbrevet binder opp en stor del av ressursene i direktoratet. Dette påvirker Helsedirektoratets muligheter til å sikre at rollene som fag- og forvaltningsorgan blir tilstrekkelig prioritert. Departementet vil sammen med direktoratet finne de styringsgrep som i større grad legger til rette for en balansert utøvelse av Helsedirektoratets tre pålagte roller.

Departementet har fra 2009 til 2012 redusert omfanget av antall oppdrag til direktoratet med vel 40 pst. Arbeidet med å spisse oppdragene og prioriteringene i tildelingsbrevet vil bli videreført i 2014.

Prinsippene for mål- og resultatstyring i statlig virksomhet tilsier at departementet fastsetter mål for direktoratets virksomhet og at direktoratet velger virkemidler for å nå de fastsatte målene. Jeg vil bemerke at utforming av ny politikk og målene knyttet til denne skjer i Regjering og Storting, og ikke ved utarbeidelse av tildelingsbrevet til Helsedirektoratet. I de tilfeller vedtatt politikk er tiltaks- og aktivitetsbasert, mener jeg det er hensiktsmessig å styre gjennom slike aktiviteter og tiltak.

Målene i tildelingsbrevet er av overordnet og langsiktig karakter. Sett i kortsiktig perspektiv har Helsedirektoratet begrenset med virkemidler til å oppfylle målene. Direktoratet kan ikke styre de regionale helseforetakene eller pålegge kommuner eller helsepersonell bestemte tiltak. Bedre mål- og resultatstyring forutsetter at departementet og direktoratet i fellesskap utarbeider en ny målstruktur som er tilpasset direktoratets virkemiddelapparat. Dette vil etter min vurdering være særlig relevant for direktoratets oppgaver innenfor rollene som fag- og forvaltningsorgan. Utarbeidelse av en bedre målstruktur vil bli startet opp i 2015. For 2014 vil departementet, som nevnt ovenfor, vektlegge arbeidet med å begrense omfanget på aktivitetsstyringen.

Jeg er også enig i Riksrevisjonenes merknader om behovet for å styrke informasjonsgrunnlaget om direktoratets ressursbruk. Selv om departementet gjennom det årlige budsjettarbeidet får god oversikt over hvordan direktoratets driftsbevilgning fordeles til nye tiltak, og gjennom bl.a. årsrapporten får rapport om gjennomførte tiltak, er det ønskelig med et bedre informasjonsgrunnlag om ressursanvendelsen. Departementet har derfor i 2013 satt i gang en kartlegging av de ressurser som medgår til ulike IKT-tiltak. Gjennomgangen omfatter også hvordan direktoratet løser sine oppgaver, samt sikrer en hensiktsmessig styring og rapportering på området. Erfaringene herfra vil være viktige med tanke på hvorledes departementet arbeider videre med kontroll med ressursutnyttelsen og allokering av tilgjengelige ressurser.

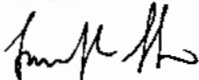
Departementet vil trekke frem at innføring av ny felles kontoplan i forvaltningen i 2014 vil gi et bedre grunnlag for å sammenlikne ressursbruken i direktoratet med andre forvaltningsorganer. I tildelingsbrevet for 2014 tar departementet også sikte på å innarbeide egne produktivitetskrav på sentrale områder.

Riksrevisjonens anbefalinger

Med utgangspunkt i de merknader jeg har anført under til rapportens kapittel 2, slutter jeg meg til Riksrevisjonens anbefalinger i kapittel 3.

Departementet har forelagt rapporten for direktoratet, som sier seg enig i mye av kritikken. Gjennom tildelingsbrevet til direktoratet for 2014, vil departementet sette en konkret frist for direktoratet å legge frem en tiltaksplan for hvordan merknadene fra Riksrevisjonen vil følges opp.

Med hilsen



Jonas Gahr Støre

Vedlegg 3

**Rapport: Riksrevisjonens
undersøkelse om effektivitet
og resultatoppnåelse i
Helsedirektoratet**

Revisjonen er gjennomført i samsvar med Riksrevisjonens lov og instruks, og med retningslinjer for forvaltningsrevisjon som er konsistente med og bygger på ISSAI 300, INTOSAI's internasjonale standarder for forvaltningsrevisjon.

Innhold

1	Innledning	28
1.1	Bakgrunn	28
1.2	Formål og problemstillinger	29
2	Metodisk tilnærming og gjennomføring	30
2.1	Dokumentanalyse	30
2.2	Intervjuer	31
2.3	Spørreundersøkelser i Helsedirektoratet	31
2.4	Spørreundersøkelse i fylkesmannsembetet	32
2.5	Dybdeundersøkelse av tre nasjonale planer	32
2.6	Registerdata	32
3	Revisjonskriterier	34
3.1	Mål for Helsedirektoratets virksomhet	34
3.2	Krav til Helsedirektoratets virksomhetsstyring	35
3.3	Krav til Helse- og omsorgsdepartementets etatsstyring	36
4	Styringssystemer, rutiner og prosesser i Helsedirektoratet	38
4.1	Styringssystemer og ledelse	39
4.2	Ledelsens grunnlag for å vurdere effektivitet og forbedre drift og resultatoppgjør	41
4.3	Prioriteringer av ulike funksjoner og arbeidsoppgaver	46
4.4	Rammebetingelser for utførelsen av oppgavene	49
5	Helsedirektoratets arbeid med sentrale arbeidsoppgaver	55
5.1	Helsedirektoratets arbeid med lovfortolkning	55
5.2	Helsedirektoratets arbeid med tilskudsforvaltning	61
5.3	Helsedirektoratets arbeid med retningslinjer og veiledere	67
5.4	Helsedirektoratets arbeid med nasjonale planer	70
6	Helse- og omsorgsdepartementets styring av Helsedirektoratet	74
6.1	Krav til mål, resultater og effektiv ressursbruk	74
6.2	Prioritering av Helsedirektoratets ulike funksjoner og arbeidsoppgaver	80
6.3	Resultatrapportering og oppfølging	82
7	Vurderinger	84
7.1	Departementets styring av direktoratet er omfattende, detaljert og i hovedsak konsentrert om én av direktoratets tre tillagte roller	84
7.2	Helsedirektoratet har mangler i sin styring og oppfølging av virksomheten	84
7.3	Det er svakheter i Helsedirektoratets styring og oppfølging av det faglige arbeidet	86
8	Referanseliste	89

Tabelloversikt

Tabell 1	Saksbehandlingsfrister, saksbehandlingstider og andel saker der saksbehandlingstiden overskrider forfallsdato. 1. tertial 2010 til og med 1. tertial 2012	45
Tabell 2	Opplæringstiltak for de undersøkte arbeidsområdene. Prosent	52
Tabell 3	Beregnet frist, saksbehandlingstid og andel saker der saksbehandlingstiden overskrider forfallsdatoen for den enkelte saken. Under ett og i divisjoner. 2011	56
Tabell 4	Beregnet frist, saksbehandlingstid og andel saker der saksbehandlingstiden overskrider forfallsdatoen for den enkelte saken. Etter avsender. 2011	57
Tabell 5	Tilskuddsordninger rettet mot kommunene fordelt på divisjoner og avdelinger i Helsedirektoratet, antall og beløp. 2012	62
Tabell 6	Fylkesmennenes vurdering av retningslinjer og veilederes faglige kvalitet, nytte i tilsyns- og veiledningsfunksjonen og oppdatering. 2012. Gjennomsnittlig score på skala fra 1 = "i svært liten grad" til 6 = "i svært stor grad"	69
Tabell 7	Nasjonale planer tillagt Helsedirektoratet som faste oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet i 2012, etter virksomhetsområde og ansvarlig divisjon	71
Tabell 8	Helsedirektoratets hovedoppgave, sentrale iverksettende aktører og virkemidler i de tre nasjonale planene. 2012	71
Tabell 9	Intern organisering av de tre nasjonale planene. 2012	72
Tabell 10	Antall og type mål, styringsparametere og oppdrag/aktivitetskrav i tildelingsbrevet til Helsedirektoratet for årene 2009–2012	74

Figuroversikt

Figur 1	Organisasjonskart for Helsedirektoratet – januar 2013	38
Figur 2	Avdelingsledernes oppfatning av interne styringsdokumenter. Antall. N = 30	40
Figur 3	Ansattes dokumentasjon og systematisering av egne erfaringer fra arbeidet på de fire undersøkte områdene. Andel som svarer enig eller delvis enig	43
Figur 4	Avdelingsledernes vurdering av interne prioriteringer, uforutsette hendelser og omprioriteringer. Antall	48
Figur 5	Avdelingsledernes vurdering av i hvilken grad ulike forhold er årsak til utfordringer forbundet med interne omprioriteringer. Antall. N = 18	49
Figur 6	Ansattes vurdering av utvalgte deler av internopplæringen. 2012. Prosent	53
Figur 7	Ansattes oppfatning av i hvilken grad de har tilstrekkelig tid til å gjøre et godt faglig arbeid med oppgaven. 2012. Prosent.	53
Figur 8	Saksbehandlingstid for lovfortolkningsaker. Antall saker og kumulativ prosent. 2011. N = 458	56
Figur 9	Fylkesmannsembetenes oppfatning av saksbehandlingstid og kvalitet i formelle henvendelser om lovfortolkning til Helsedirektoratet. 2012	58
Figur 10	Fylkesmannsembetenes oppfatning av dialogen om lovfortolkning med Helsedirektoratet. 2012. Antall	59
Figur 11	Fylkesmannsembetenes syn på om Helsedirektoratet bidrar til å etablere én felles praksis på lovfortolkning av førerkortsaker og ved tvangsmedisineringsklager. Antall. 2012	60

Figur 12	Andel kommuner som har søkt tilskudd fra Helsedirektoratet. 2011. Gruppert etter innbyggertall i kommunene. N = 430	63
Figur 13	Andel kommuner som har søkt utvalgte tilskudd fra fylkesmannsembetene. 2011. Gruppert etter innbyggertall i kommunene. N = 430	64
Figur 14	Omfanget av implementeringstiltak iverksatt for retningslinjer og veiledere, 2009–2012. N = 36	67
Figur 15	Avdelingsledernes vurdering av omfanget av styringsparametere og resultatkrav. Antall. N = 30	76
Figur 16	Avdelingsledernes vurdering av styringsparameterne fra Helse- og omsorgsdepartementet. Antall. N = 30	76

Faktaboksoversikt

Faktaboks 1	Helsedirektoratets roller og utvalgte oppgaver	29
Faktaboks 2	Kategoriene som er benyttet i dokumentanalysen	30
Faktaboks 3	Fastsatte frister for saksbehandlingstid i Helsedirektoratet – 2012	44
Faktaboks 4	Tvangsmedisinerings- og førerkortsaker	60

1 Innledning

1.1 Bakgrunn

Sosial- og helsedirektoratet ble opprettet 1. januar 2002. Den sentrale helseforvaltningen ble omorganisert ved at elleve eksisterende etater ble samlet i tre nye: Sosial- og helsedirektoratet, Statens helsetilsyn og Nasjonalt folkehelseinstitutt. Sosial- og helsedirektoratet endret navn til Helsedirektoratet den 1. april 2008, samtidig som ansvaret for sosialfeltet ble overført til Arbeids- og velferdsdirektoratet.¹

Ved opprettelsen av direktoratet ble det i St. prp. nr. 84 (2000–2001) slått fast at Sosial- og helsedirektoratets kjerneoppgaver er knyttet til iverksetting av sosial- og helsepolitikken. Sentrale virkemidler vil være nasjonale handlingsplaner, opplysningsvirksomhet, forvaltning av regelverk og tilskuddsforvaltning.

Helsedirektoratet er et fagdirektorat og myndighetsorgan underlagt Helse- og omsorgsdepartementet. Fagrollen innebærer blant annet å følge utviklingen i helse-tjenesten og gi råd og veiledning om strategier og tiltak blant annet til sentrale myndigheter. Direktoratet skal sammenstille kunnskap og erfaring i faglige spørsmål og opptre nasjonalt normerende på utvalgte områder. I tillegg har Helsedirektoratet en rekke forvaltningsoppgaver, som for eksempel myndighet til å anvende og fortolke lover og regelverk innenfor helsesektoren. Helsedirektoratet skal også sikre at vedtatt politikk blir satt i verk på helseområdet i tråd med føringer fra departementet.²

Helsedirektoratet har i flere år hatt utfordringer knyttet til ulike sider av arbeidet sitt. En omdømmeundersøkelse fra 2007 viste blant annet at direktoratets svakeste sider hang sammen med evnen til å lytte, evnen til å legge forholdene til rette og evnen til å bidra til innovasjon og nytenkning. I tillegg ble det pekt på en manglende opplevelse av reell dialog. Fylkesmennene ga Sosial- og helsedirektoratet en lav vurdering når det gjaldt saksbehandlingstid og samordning med andre etater. Formålet med den interne omorganiseringen i 2009 var fremdeles, etter sju år som direktorat, å styrke leveransene til oppdragsgiverne og befolkningen og effektivisere den interne saksbehandling. Helsedirektoratet har fått merknader i flere av Riksrevisjonens revisjoner de senere årene.

Riksrevisjonen har påpekt svakheter internt i Helsedirektoratet, som

- budsjettering og regnskapsføring i strid med bevilgningsreglementet for tilskuddsmidler og midler til driftsmessige forhold, i tillegg til lav grad av helhetlig styring av tilskuddsforvaltningen i direktoratet og mangler i funksjonaliteten i direktoratets saksbehandlingssystem Pandora
- manglende rammebetingelser for Helfo og mangelfull styring av datakvalitet i Norsk pasientregister

I en forvaltningsrevisjon om spesialisthelsetjenestens tilbud til voksne med psykiske problemer blir det konstatert at direktoratets rapportering på området er mangelfull, og at det i for liten grad har videreført oppgaver fra Helse- og omsorgsdepartementet i det årlige brevet til RHF-ene.

1) Ot.prp. nr. 103 (2008–2009).

2) Prop. 1S (2011–2012), s. 70.

Helsedirektoratet er en stor organisasjon, med 712 ansatte i 2012. Direktoratet forvalter store økonomiske midler, både knyttet til drift av egen virksomhet og i form av tilskudd og refusjoner til kommuner, frivillige organisasjoner og enkeltpersoner.

Direktoratets virksomhet legger premisser for tjenesteutforming innen helsesektoren, både i kommunehelsetjenesten og i sykehusene, og har derfor stor betydning for befolkningens liv og helse. De samfunnsmessige konsekvensene av mangler ved Helsedirektoratets virksomhet vil kunne være betydelige.

1.2 Formål og problemstillinger

Formålet med revisjonen er å vurdere om Helsedirektoratet forvalter sine oppgaver effektivt, om ledelsen har etablert hensiktsmessige systemer for styring og oppfølging av virksomheten, og om Helse- og omsorgsdepartementet har en tilstrekkelig god etatsstyring.

Undersøkelsen er gjennomført med utgangspunkt i følgende problemstillinger:

- I hvilken grad ivaretar Helsedirektoratet sitt ansvar for sentrale arbeidsoppgaver?
- I hvilken grad har Helsedirektoratet etablert styringssystemer, rutiner og prosesser som sikrer effektiv drift og resultatoppnåelse?
- I hvilken grad følger Helse- og omsorgsdepartementet i sin etatsstyring opp at Helsedirektoratet ivaretar sitt ansvar på en målrettet og effektiv måte?

I undersøkelsen er direktoratets arbeid med fire typer oppgaver vektlagt: lovfortolkning, tilskuddsforvaltning, retningslinjer og veiledere og nasjonale planer. Disse oppgavene er sentrale innenfor Helsedirektoratets tre overordnede roller:

Faktaboks 1 Helsedirektoratets roller og utvalgte oppgaver

Helsedirektoratets roller:

Fagorgan / nasjonalt normerende rolle

Ansvar for løpende iverksetting

Ivaretagelse av forvaltningsoppgaver

Utvalgte oppgaver:

- Utvikling og iverksetting av veiledere og retningslinjer

- Ansvar for nasjonale planer

- Tilskuddsforvaltning

- Lovfortolkning (saksbehandling av henvendelser)

De fire oppgavene er valgt ut på bakgrunn av at de representerer bredden i det ansvaret som er tillagt direktoratet, og er vesentlige i økonomisk eller prinsipiell forstand. Disse oppgavene utgjør til sammen en stor andel av det arbeidet som utføres i flere av direktoratets divisjoner.

2 Metodisk tilnærming og gjennomføring

Problemstillingene blir belyst gjennom intervjuer, spørreundersøkelser, dybdeundersøkelser av tre nasjonale planer, dokumentanalyser og registerdata.

I forbindelse med gjennomføringen av revisjonen er det etablert en referansegruppe med representanter fra Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet, fylkesmannsembetene og forskningssektoren. Referansegruppen har hatt tre møter, der temaene har vært undersøkelsens metoder og innretning, foreløpige analyser og foreløpige vurderinger. Uttalelser fra referansegruppen er ikke en del av revisjonens datagrunnlag, men det er tatt hensyn til innspill og kommentarer fra gruppen i arbeidet med revisjonen.

2.1 Dokumentanalyse

For å belyse departementets styring og oppfølging av Helsedirektoratet er det gjennomført en dokumentanalyse av mål, styringsparametere og oppdrag i Helse- og omsorgsdepartementets tildelingsbrev til Helsedirektoratet for 2009–2012, jf. faktaboks. Helse- og omsorgsdepartementets etatsstyringsmøter fra 2009 til og med våren 2012, delegasjonsbrev og instruksen til Helsedirektoratet er også gjennomgått.

Sentrale interne dokumenter og styringsverktøy i Helsedirektoratet er gjennomgått med henblikk på å belyse interne mål- og resultatkrav og styringsparametere, samt krav om rapportering.

Faktaboks 2 Kategoriene som er benyttet i dokumentanalysen

Antall mål i tildelingsbrevet er mål som Helse- og omsorgsdepartementet har omtalt under overskriftene Mål eller Langsiktige mål i tildelingsbrevet. Denne hovedkategorien er delt inn i tre underkategorier:

- Mål som er målbare, er mål som beskriver en framtidig ønsket tilstand som det er mulig å måle om nås, enten ved hjelp av kvalitative eller kvantitative metoder.
- Mål som ikke er målbare, er mål som beskriver en ønsket tilstand, men det er ikke er mulig å måle om de nås.
- Mål som egentlig er aktivitetskrav eller oppdrag, er mål som i realiteten er aktiviteter eller oppdrag som Helsedirektoratet skal gjennomføre.

Antall styringsparametere i tildelingsbrevet er alle styringsparametere som Helse- og omsorgsdepartementet har oppgitt i tildelingsbrevet til Helsedirektoratet. Styringsparametere angir hvordan direktoratet skal måle utviklingen på et område, og er knyttet til et mål. Denne hovedkategorien er delt inn i tre underkategorier:

- Styringsparametere med resultatkrav inneholder et angitt resultatkrav eller ambisjonsnivå.
- Styringsparametere uten resultatkrav sier hvordan utviklingen skal følges, men er ikke knyttet til et resultatkrav eller ambisjonsnivå.
- Styringsparametere, som egentlig er aktivitetskrav, er styringsparametere som i realiteten er krav om gjennomføring av oppgaver eller aktiviteter.

Antall oppdrag i tildelingsbrevet er konkrete oppdrag eller krav om gjennomføring av aktiviteter i tildelingsbrevet. Helse- og omsorgsdepartementet betegner dette som for eksempel oppdrag eller spesielle oppdrag.

Kilder: Tildelingsbrev fra Helse- og omsorgsdepartementet til Helsedirektoratet, Veileder i resultatmåling, SSØ

2.2 Intervjuer

For å belyse de ulike problemstillingene i revisjonen er det gjennomført et stort antall intervjuer i Helsedirektoratet og med representanter for departementet, Statens helse-tilsyn, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, ulike kompetansesentre, fylkesmannsembetene og helseforetak.

Intervjuene i Helsedirektoratet er gjennomført med ansatte og ledere i Helsedirektoratet som har kjennskap til og ansvar for de fire utvalgte arbeidsområdene. I tillegg er det gjennomført intervjuer med representanter for sentrale støttefunksjoner og med ledelsen i Helsedirektoratet.

For å belyse Helsedirektoratets arbeid med nasjonale planer er det som ledd i revisjonen gjennomført fire fokusgruppeintervjuer med rusrådgivere ansatt ved utvalgte fylkesmannsembeter, representanter for kompetansesentrene for rus (KoRus), representanter for Opptrappingsplanen for rusfeltet og representanter for kompetansesentre med kjennskap til arbeidet med Omsorgsplan 2015.

Som ledd i datainnsamlingen knyttet til Nasjonal kreftstrategi ble det gjennomført telefonintervju med fire avdelingsledere ved utvalgte sykehus.

Det er også gjennomført to intervjuer med Statens helsetilsyn og ett intervju med Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, blant annet for å belyse direktoratets arbeid med retningslinjer og veiledere.

Det ble 31. januar 2013 gjennomført et intervju med representanter for Helse- og omsorgsdepartementet. Temaene i intervjuet var blant annet departementets styring av Helsedirektoratet og departementets tilrettelegging for prioritering og effektiv oppgaveløsning i direktoratet.

2.3 Spørreundersøkelser i Helsedirektoratet

Det er gjennomført tre spørreundersøkelser i Helsedirektoratet.

En undersøkelse blant alle ansatte i Helsedirektoratets fagdivisjoner³ (heretter kalt ansattundersøkelsen) ble gjennomført i oktober 2012. Spørreskjemaet ble distribuert gjennom e-post og besvart av 377 respondenter.⁴ Dette utgjør en svarprosent på 73. Spørreundersøkelsen var delt inn i fem deler – én del med generelle spørsmål om arbeidet i Helsedirektoratet og fire deler med spørsmål som omhandlet hvert av de fire undersøkte arbeidsområdene. Spørreundersøkelsen er besvart av ansatte både i administrative stillinger og i fagstillinger, i henhold til en inndeling gjort av Helsedirektoratet.

I oktober 2012 ble det også gjennomført en spørreundersøkelse blant alle avdelingslederne i Helsedirektoratet (heretter kalt lederundersøkelsen). Spørreskjemaet ble distribuert gjennom e-post til alle avdelingsledere og besvart av 32 respondenter. Dette utgjør en svarprosent på 91,5. Spørreundersøkelsen hadde samme struktur som ansattundersøkelsen, der alle respondentene svarte på en generell del. Deretter svarte de som har ansvar for ett eller flere av de undersøkte arbeidsområdene, på spørsmål om disse arbeidsoppgavene.

3) Ansatte i Divisjon administrasjon er ikke inkludert i spørreundersøkelsen.

4) Arbeidsmengden til de 377 respondentene som besvarte ansattundersøkelsen, utgjør totalt 323 årsverk. Av disse gjelder 135 årsverk (42 %) de fire arbeidsområdene undersøkelsen har hovedvekten på.

For å kartlegge hvordan Helsedirektoratet arbeider med implementering av retningslinjer og veiledere, ble det i perioden mai–juli 2012 gjennomført en spørreundersøkelse knyttet til implementering av et utvalg retningslinjer og veiledere (heretter kalt implementeringsundersøkelsen). Utvalget i undersøkelsen består av alle retningslinjer og veiledere⁵ som ble publisert av Helsedirektoratet i perioden januar 2009–mai 2012. Spørreskjemaet ble sendt ut til avdelingslederen i de avdelingene som har ansvar for de respektive retningslinjene og veilederne. Spørreundersøkelsen ble besvart for 36 av totalt 37 retningslinjer og veiledere i utvalget.

2.4 Spørreundersøkelse i fylkesmannsembetet

Det er gjennomført en spørreundersøkelse blant fylkesmannsembetene (heretter kalt fylkesmannsundersøkelsen), der formålet var å samle inn informasjon om samhandlingen mellom direktoratet og fylkesmannsembetene samt embetets oppfatning av hvordan Helsedirektoratets praksis fungerer. Spørreskjemaet ble distribuert via e-post til alle fylkeslegene. Samtlige embeter (totalt 18 respondenter) returnerte spørreskjemaet i oktober og november 2012.

2.5 Dybdeundersøkelse av tre nasjonale planer

For å eksemplifisere hvordan Helsedirektoratet organiserer arbeidet med nasjonale planer, er det valgt ut tre nasjonale planer som inngår i en dybdeundersøkelse. Planene som er valgt ut for dybdeundersøkelsen, er Opptrappingsplanen for rusfeltet (2008–2012), Omsorgsplan 2015 og Nasjonal kreftstrategi (2006–2011).

De utvalgte planene varierer både i innhold og omfang. Dybdeundersøkelsen går nærmere inn på organiseringen av arbeidet innen den enkelte plan basert på dokumentanalyser og intervjudata.

2.6 Registerdata

Det foreligger ikke data om ressursbruk i Helsedirektoratet knyttet til de ulike oppgavene. Det har derfor ikke vært mulig å foreta produktivitetsberegninger for direktoratets oppgaveløsning, for eksempel for tilskuddssaker eller saksbehandling av ulike saker.

For å belyse hvordan Helsedirektoratet ivaretar saksbehandlingen av et utvalg sakstyper, er det innhentet informasjon fra Avdeling arkiv- og forvaltningsstøtte og fra Avdeling plan og økonomi i Helsedirektoratet. Informasjonen om enkeltsaker er benyttet for å beregne saksbehandlingstider for utvalgte sakstyper, mens informasjon fra beslutningsnotater og regnskaper er benyttet for å vurdere sider ved tilskuddsforvaltningen.

Lovfortolkningsaker er ikke en egen sakstype i Helsedirektoratets arkiv. For å identifisere denne typen saker har samtlige jurister i divisjonene Spesialisthelsetjenester, Primærhelsetjenester og Folkehelse, med utgangspunkt i en liste over alle saker hver av dem var ansvarlig for i 2011 (saker registrert inn i Helsedirektoratets arkiv i perioden 1. januar 2011–31. desember 2011), selv indikert hvilke av sakene som er

5) Med unntak av prioriteringsveiledere og veiledertabeller.

lovfortolkningssaker. Informasjonen fra listene er slått sammen og brukt til å framstille Helsedirektoratets arbeid med lovfortolkningssaker kvantitativt.⁶

Basert på registreringer og interne arbeidsdokumenter for utvalgte tilskuddsordninger, i tillegg til informasjon fra Helsedirektoratets regnskap, er det satt sammen informasjon om hvilke kommuner som har søkt, og hvilke kommuner som har fått tildelt tilskudd. I tillegg er denne informasjonen brukt til å vurdere hvordan Helsedirektoratet arbeider med tilskuddsforvaltning.

6) Bare de sakene som har registrert "brevdato", "forfallsdato" og "avskrivningsdato", er inkludert i materialet. Saker der "forfallsdato" og/eller "avskrivningsdato" ligger forut i tid for "brevdato", er også tatt ut av materialet.

3 Revisjonskriterier

3.1 Mål for Helsedirektoratets virksomhet

I Prop. 1 S (2010–2011) beskrives Helsedirektoratet som et fagdirektorat og myndighetsorgan underlagt Helse- og omsorgsdepartementet. Det tildelte ansvaret er delt i tre roller eller funksjoner. Som fagorgan på folkehelse- og helsetjenesteområdet har Helsedirektoratet ansvar for å følge med på forhold som påvirker folkehelsen, og å følge utviklingen i helsetjenesten. På det grunnlaget skal direktoratet gi råd og veiledning om strategier og tiltak overfor sentrale myndigheter så vel som regionale og lokale myndigheter, helseforetakene, frivillige organisasjoner, privat sektor og befolkningen. Direktoratet skal også sammenstille kunnskap og erfaring i faglige spørsmål og opptre nasjonalt normerende på utvalgte områder. Det skal være et kompetanseorgan som myndigheter, ulike sektorer, tjenesteapparat, interesseorganisasjoner, fag- og utviklingsmiljøer og media ser det som naturlig å henvende seg til. Dessuten skal direktoratet inneha spisskompetanse på helselovgivning i Norge.

Helsedirektoratet har også en rekke forvaltningsoppgaver, med myndighet til å anvende og fortolke lover og regelverk innenfor helsesektoren. Dette omfatter så vel innvilgelse, dispensasjon og godkjenning som klager og ankesaker. Helsedirektoratet skal videre sikre at vedtatt politikk blir satt i verk på helse- og omsorgsområdet, i tråd med overordnede føringer. Selv om omfanget av oppgaver og ansvarsområder etter hvert er betydelig utvidet, har Helsedirektoratets tre funksjoner ligget fast siden etableringen i 2002.

Fra 2012 er deler av direktoratets fagrolle direkte hjemlet i lov. Helsedirektoratet er i folkehelseloven § 24 pålagt å utvikle "nasjonale normer og standarder for et godt folkehelsearbeid". I § 12-5 i helse- og omsorgstjenesteloven heter det:

"Helsedirektoratet skal utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale faglige retningslinjer og veiledere som understøtter de mål som er satt for helse- og omsorgstjenesten. Retningslinjer og veiledere skal baseres på kunnskap om god praksis og skal bidra til kontinuerlig forbedring av virksomhet og tjenester.

Helsedirektoratet skal utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale kvalitetsindikatorer som hjelpemiddel for ledelse og kvalitetsforbedring i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og som grunnlag for at pasienter og brukere kan ivareta sine rettigheter. Kvalitetsindikatorerne skal gjøres offentlig tilgjengelig."

I Prop. 91 L (2010–2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)* og Innst. 424 L (2010–2011) går det fram at Helsedirektoratets utarbeidelse av nasjonale faglige retningslinjer og veiledere er viktige virkemidler for å sikre høy kvalitet og riktige prioriteringer og for å redusere uønsket variasjon. Helsedirektoratets faglige retningslinjer og veiledere er ikke rettslig bindende for tjenestene, men beskriver nasjonale helsemyndigheters oppfatning av for eksempel hva som er god faglig praksis, hvordan relevant regelverk skal tolkes, og hvilke prioriteringer mv. som er i samsvar med vedtatt politikk for helse- og omsorgstjenesten.

3.2 Krav til Helsedirektoratets virksomhetsstyring

Krav til intern styring

Helsedirektoratets ledelse har ansvar for å gjennomføre aktiviteter i tråd med Stortingets vedtak og forutsetninger og fastsatte mål og prioriteringer fra departementet.⁷ Som grunnleggende styringsprinsipper gjelder at det skal fastsettes mål og resultatkrav, og at disse skal oppnås på en effektiv måte. Videre skal virksomheten drives i tråd med gjeldende lover og regler, herunder krav til god forvaltningsskikk, habilitet og etisk atferd.⁸

Ifølge Reglement for økonomistyring i staten skal alle virksomheter etablere systemer og rutiner som har innebygd intern kontroll, blant annet for å sikre at ressursbruken er effektiv.⁹ Videre har virksomhetens ledelse ansvar for å påse at den interne kontrollen er tilpasset risiko og vesentlighet, at den fungerer på en tilfredsstillende måte, og at den kan dokumenteres. Den interne kontrollen skal forhindre styringssvikt, feil og mangler.¹⁰

Den interne styringen i Helsedirektoratet skal være innrettet slik at det foreligger nødvendig styringsinformasjon og beslutningsgrunnlag for å følge opp aktivitetene og resultatene.¹¹ Virksomhetens økonomisystem skal sammen med statistikk, analyser og andre relevante systemer belyse om virksomheten drives effektivt når det gjelder kostnader og fastsatte mål og resultatkrav. Ledelsen har også et ansvar for å prioritere innenfor eget ansvarsområde.¹²

Helsedirektoratet skal rapportere til Helse- og omsorgsdepartementet. Omfanget av rapporteringen skal være i henhold til tildelingsbrevet og med vekt på måloppnåelse og resultater.¹³

Krav til effektivitet

Målet om en effektiv forvaltning følger av Bevilgningsreglementet § 10, som sier at utgiftsbevilgningene skal disponeres på en slik måte at ressursbruk og virkemidler er effektive i forhold til de forutsatte resultatene.¹⁴

Effektivitet er også et overordnet mål for forvaltningspolitikken. Det går fram av St.meld. nr. 19 (2008–2009) at det blant annet innebærer at forvaltningen skal løse oppgavene sine med minst mulig ressursbruk og slik at de politiske målene nås. Ressurser skal fordeles mellom sektorer og oppgaver i tråd med de politiske målene.¹⁵ Det innebærer også at forvaltningen skal ha regler som er lette å følge. Forvaltningen skal prioritere arbeidet med forenkling av regelverket. Nytt regelverk skal være så enkelt og treffsikkert som mulig og utformes teknologinøytralt, slik at det legger til rette for effektiv bruk av ikt i saksbehandlingen.¹⁶ Kommunal- og forvaltningskomiteen sluttet seg enstemmig til effektivitet som en del av verdigrunnlaget for offentlig forvaltning.¹⁷

7) Jf. Reglement for økonomistyring i staten § 1, der det slås fast at hensikten med reglementet er at statlige midler skal brukes og inntekter oppnås i samsvar med Stortingets vedtak og forutsetninger og Bestemmelser om økonomistyring i staten pkt. 2.2 Myndighet og ansvar.

8) Jf. Reglement for økonomistyring i staten § 4 Grunnleggende styringsprinsipper.

9) Jf. Reglement for økonomistyring i staten § 14 Intern kontroll.

10) Jf. Bestemmelser om økonomistyring i staten pkt. 2.4 Intern kontroll.

11) Jf. Reglement for økonomistyring i staten § 4 Grunnleggende styringsprinsipper.

12) Jf. Reglement for økonomistyring i staten § 16 Evalueringer og Bestemmelser om økonomistyring i staten, pkt. 2.2 Myndighet og ansvar og 2.3.2 Gjennomføring og oppfølging.

13) Jf. Bestemmelser om økonomistyring i staten pkt. 1.5.1 Rapportering

14) Bevilgningsreglementet § 10 Disponering av gitte bevilgninger, se også Reglement for økonomistyring i staten § 4 Grunnleggende styringsprinsipper og § 16 Evalueringer.

15) St.meld. nr. 19 (2008–2009) *Ei forvaltning for demokrati og fellesskap*.

16) St.meld. nr. 19 (2008–2009) *Ei forvaltning for demokrati og fellesskap*.

17) Innst. S. nr. 321 (2008–2009) Innstilling til Stortinget fra kommunal- og forvaltningskomiteen.

Målet om økt effektivitet sto også sentralt da Sosial- og helsedirektoratet ble etablert i 2002. Endringene i den sentrale sosial- og helseforvaltningen inngikk i regjeringens generelle fornyelsesprogram og hadde som overordnet mål å fornye, omstille og effektivisere offentlig forvaltning slik at denne kunne fungere bedre for å ivareta befolkningens behov og samfunnsøkonomiske hensyn.¹⁸ Ett av målene med å opprette Sosial- og helsedirektoratet var å redusere intern administrasjon og dobbeltarbeid. Videre skulle det forebyggende arbeidet, tilsyn med og kvalitetsutvikling av helse- og sosialtjenesten, forskning og bruk av informasjonsteknologi styrkes.¹⁹ I finanskomiteens innstilling til proposisjonen sluttet flertallet seg til hovedforslagene i proposisjonen.²⁰

Krav til samordning

Reglement for økonomistyring i staten krever at utarbeidelsen av budsjettforslag skal sikre samordning.²¹ I Prop. 1 S (2010–2011) er det presisert at Helsedirektoratets arbeidsmåte skal være kunnskapsbasert, tverrfaglig og helhetlig og skje i samarbeid med andre aktører nasjonalt og internasjonalt. I den forbindelse er det framhevet at direktoratet skal legge særskilt vekt på samhandling, både mellom ulike fagprofesjoner og på tvers av tjeneste- og forvaltningsnivåer.

Samordning er i tillegg et generelt forvaltningspolitisk mål. I St.meld. nr. 19 (2008–2009) *Ei forvaltning for demokrati og fellesskap*, jf. Innst. S. nr. 321 (2008–2009), går det fram at organisatorisk spesialisering er nødvendig for å sikre spisskompetanse, hindre dobbeltarbeid og sikre en effektiv måloppnåelse. Arbeidsdeling gir imidlertid behov for samordning. Samordning er særlig viktig når ulike statlige virkemidler blir rettet mot de samme målgruppene eller brukerne uten at noen tar ansvar for den samlede virkningen av virkemidlene. Samordning kan ses ut fra to ulike hensyn, hensynet til politiske avgjørelser og en effektiv virkemiddelbruk og hensynet til innbyggerne og en brukervennlig forvaltning. Det krever at staten må opptre samordnet i møtet med brukere og andre innbyggere selv om ansvaret eller oppgavene er plassert i ulike organisatoriske enheter eller tilhører ulike saksområder.²²

Krav til saksbehandling

Kravene til saksbehandling er stilt i forvaltningsloven og omfatter blant annet forvaltningsorganets veilednings-, utrednings- og informasjonsplikt og partenes innsynsrett. Når det gjelder saksbehandlingstid, skal forvaltningsorganet forberede og avgjøre saken uten ugrunnet opphold.²³ I saker som gjelder enkeltvedtak, skal det gis et foreløpig svar dersom en henvendelse ikke kan besvares i løpet av en måned etter at den er mottatt.²⁴ I det foreløpige svaret skal det gjøres rede for grunnen til at henvendelsen ikke kan besvares tidligere.²⁵ Når forvaltningen fatter et vedtak, sier forvaltningsloven at det i underretningen skal opplyses om klageadgang, klagefrist, klageinstans og den nærmere framgangsmåten ved klage.²⁶

3.3 Krav til Helse- og omsorgsdepartementets etatsstyring

Helse- og omsorgsdepartementet har det overordnede ansvaret for at underliggende virksomheter gjennomfører aktiviteter i samsvar med målene i Stortingets vedtak og

18) St.prp. nr. 84 (2000–2001) om tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet, som lå til grunn for opprettelsen av Sosial- og helsedirektoratet.

19) St.prp. nr. 84 (2000–2001) *Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet medregnet folketrygden 2001*, s. 78.

20) Innst. S. nr. 325 (2000–2001) om tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet.

21) Jf. Reglement for økonomistyring i staten, § 5.

22) St.meld. nr. 19 (2008–2009) *Ei forvaltning for demokrati og fellesskap*, s. 86.

23) LOV 1967-02-10 nr. 00: *Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker* § 11a første ledd.

24) LOV 1967-02-10 nr. 00: *Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker* § 11a tredje ledd.

25) LOV 1967-02-10 nr. 00: *Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker* § 11a andre ledd.

26) LOV 1967-02-10 nr. 00: *Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker* § 27 første ledd.

forutsetninger.²⁷ Som grunnleggende styringsprinsipper gjelder at det skal fastsettes mål og resultatkrav, og at disse skal oppnås på en effektiv måte. Alle virksomheter skal også sikre tilstrekkelig styringsinformasjon og et forsvarlig beslutningsgrunnlag.²⁸

Helse- og omsorgsdepartementet skal i sitt forslag til statsbudsjett beskrive de resultatene de tar sikte på å oppnå, og gi opplysninger om hvilke resultater de har oppnådd siste regnskapsår.²⁹ Utgiftsbevilgningene skal disponeres på en slik måte at ressursbruken og virkemidlene er effektive for å nå de planlagte resultatene.³⁰ Departementet skal stille bevilgninger til disposisjon for Helsedirektoratet ved tildelingsbrev.³¹

Helse- og omsorgsdepartementet skal fastsette overordnede mål, styringsparametere og krav til rapportering til Helsedirektoratet.³² Rapporteringen skal fokusere på måloppnåelse og resultater, og resultatrapporteringen kan omfatte innsatsfaktorer, aktiviteter, produkter og tjenester samt effekter for brukerne og samfunnet.³³ Departementet har ansvar for at styringsdialogen fungerer på en hensiktsmessig måte.³⁴ Departementets styring må tilpasses virksomhetens egenart, risiko og vesentlighet.³⁵

Departementet har et overordnet ansvar for at Helsedirektoratet har et fungerende system for intern kontroll, og for at de bruker de tildelte ressursene effektivt.³⁶ Departementet skal sørge for at det blir gjennomført evalueringer for å skaffe kunnskap om effektivitet, måloppnåelse og resultater.³⁷

27) Jf. Reglement for økonomistyring i staten § 6 Departementenes plikt til å gjennomføre stortingsvedtak og Bestemmelser om økonomistyring i staten pkt. 1.2 Myndighet og ansvar.

28) Jf. Reglement for økonomistyring i staten § 4 Grunnleggende styringsprinsipper.

29) Jf. Bevilgningsreglementet § 9 Redegjørelse for bevilgningsforslagene.

30) Jf. Bevilgningsreglementet § 10 Disponering av gitte bevilgninger.

31) Jf. Reglement for økonomistyring i staten § 7 Tildeling av gitte bevilgninger til underliggende virksomheter.

32) Jf. Reglement for økonomistyring i staten § 4 Grunnleggende styringsprinsipper og § 7 Tildeling av gitte bevilgninger til underliggende virksomheter.

33) Jf. Bestemmelser om økonomistyring i staten pkt. 1.5.1 Rapportering

34) Jf. Bestemmelser om økonomistyring i staten pkt.1.2 Myndighet og ansvar.

35) Jf. Reglement for økonomistyring i staten § 4 tredje ledd.

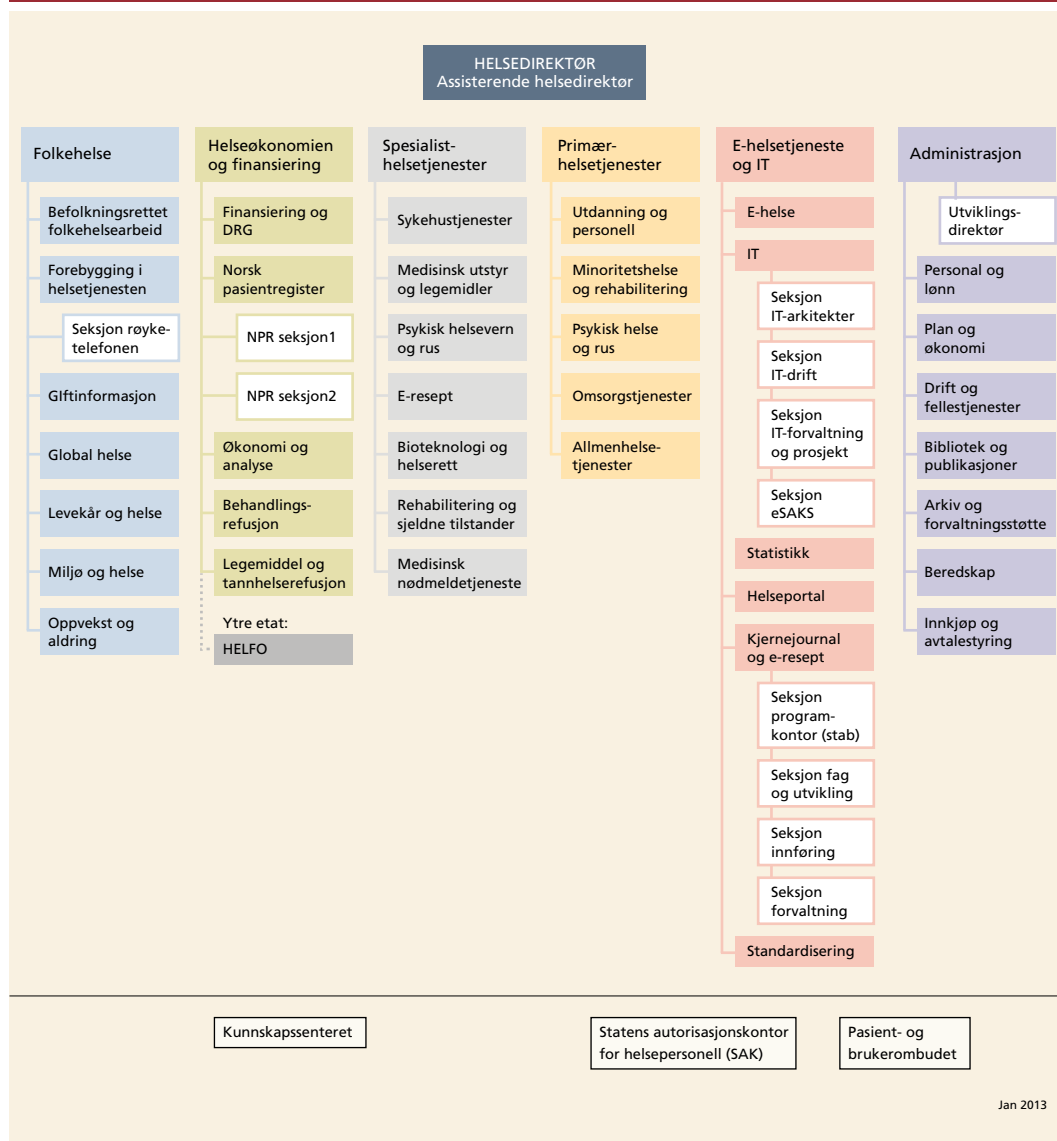
36) Jf. Reglement for økonomistyring i staten §§ 9 og 15 og Bestemmelser om økonomistyring i staten pkt.1.2 Myndighet og ansvar.

37) Jf. Reglement for økonomistyring i staten § 16 Evalueringer og Bestemmelser om økonomistyring i staten pkt. 1.5 Oppfølging av virksomheten.

4 Styringssystemer, rutiner og prosesser i Helsedirektoratet

Helsedirektoratets virksomhet er organisert i seks divisjoner – fem fagdivisjoner og én divisjon for administrasjon. Det er omkring 100 ansatte i hver divisjon. Hver divisjon er inndelt i avdelinger. Avdelingene varierer i størrelse, og har mellom 9 og 30 ansatte. Figur 1 viser Helsedirektoratets organisasjon.

Figur 1 Organisasjonskart for Helsedirektoratet – januar 2013



Totalt er det 712 ansatte i de seks divisjonene i Helsedirektoratet. Disse fordeler seg på 54 ansatte i lederstillinger på overordnet, divisjons- eller avdelingsnivå, 139 administrativt ansatte, hovedsakelig plassert under divisjon Administrasjon, og 519 ansatte i fagstillinger, hovedsakelig i fagdivisjonene.

4.1 Styringsystemer og ledelse

Helsedirektøren har ansvar for virksomhetsstyringen i direktoratet. Avdeling plan og økonomi (APØ) er prosesskoordinator for arbeidet og bestiller leveranser fra de ulike avdelingene. Divisjonsdirektørene sørger for at alle oppgaver og budsjettmidler er fordelt til riktig ansvarsområde.

De senere årene har Helsedirektoratet arbeidet med å utvikle virksomhetsstyringen, og formen på de interne styringsverktøyene har endret seg som resultat av dette. I forbindelse med arbeidet med strategisk plan for 2011–2014 ble det identifisert et behov for å etablere et nytt verktøy for virksomhetsstyring som skal gi bedre oversikt over sammenhengen mellom mål, prioriteringer, aktiviteter, resultater og budsjett. I 2012 startet arbeidet med å anskaffe et egnet verktøy for virksomhetsstyring. Ifølge direktoratet vil dette forbedre og forenkle virksomhetsstyringen.

Et sentralt styringsverktøy i Helsedirektoratet er måltavlen, som inneholder både felles og divisjonsvise måltavleområder. Helsedirektøren fastsetter hvilke måltavleområder som skal inngå i den felles måltavlen for direktoratet og i de divisjonsvise måltavlene. Måltavleområdene for den enkelte divisjonen blir fastsatt med utgangspunkt i virksomhetsplanene. Måltavlen blir brukt til rapportering og oppfølging av utvalgte risiko- og fokusområder. Noen handlingsplaner følges opp i måltavlen, og de er valgt ut på bakgrunn av risiko og vesentlighet. Måltavleområdene skal gi et helhetlig bilde av oppgavene i divisjonen.

De felles måltavleområdene er i 2012 knyttet til interne prosesser i direktoratet, for eksempel restanser, tilskudsregelverk, økonomi og anskaffelser, og ikke til oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. For de fleste felles måltavleområdene er resultatmålene utformet slik at det er mulig å måle måloppnåelse.

I 2012 er det 10 felles måltavleområder som gjelder for alle divisjonene, og mellom 7 og 20 divisjonsspesifikke måltavleområder per divisjon. Avdelingene i direktoratet forholder seg både til de 10 felles måltavleområdene og til den divisjonsspesifikke måltavlen for egen divisjon. De divisjonsspesifikke måltavleområdene er både knyttet til oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet og til interne prosesser / virksomhetsstyringen i Helsedirektoratet. En gjennomgang av de divisjonsspesifikke måltavleområdene viser at en stor del av de definerte målene i realiteten er krav om gjennomføring av oppgaver eller tiltak.

Det rapporteres på måltavlen hvert tertial. Helsedirektøren har tertialvise tilbakemeldingsmøter med divisjonsdirektørene om rapporteringen. Risikoen i måltavlen vurderes opp mot måloppnåelse på årsbasis og skal fortelle hvor stor sannsynlighet det er for at målet nås. Ledelsen i Helsedirektoratet opplyser at ikke all vesentlig risiko vil bli fanget opp gjennom måltavlen, men ledere på alle nivåer har et løpende ansvar for å løfte fram andre relevante risikoområder til ledernivået over seg.

Det utarbeides virksomhetsplaner og budsjetter for hver av de seks divisjonene basert på oppdrag i tildelingsbrevet fra departementet, Helsedirektoratets faste oppdrag og aktiviteter initiert av direktoratet selv. Avdelingene får ansvar for ulike oppgaver, som kort beskrives i dokumentet. Oppgavene som fordeles, er i stor grad konkrete aktiviteter som avdelingene skal gjennomføre, og er til dels knyttet til mål og hovedaktiviteter i den strategiske planen for 2011–2014.

Det rapporteres internt om bruk av budsjettmidler tre ganger i året: per 31.5., per 31.8. og per 31.12. (de to siste rapporteringene skjer både internt og til Helse- og

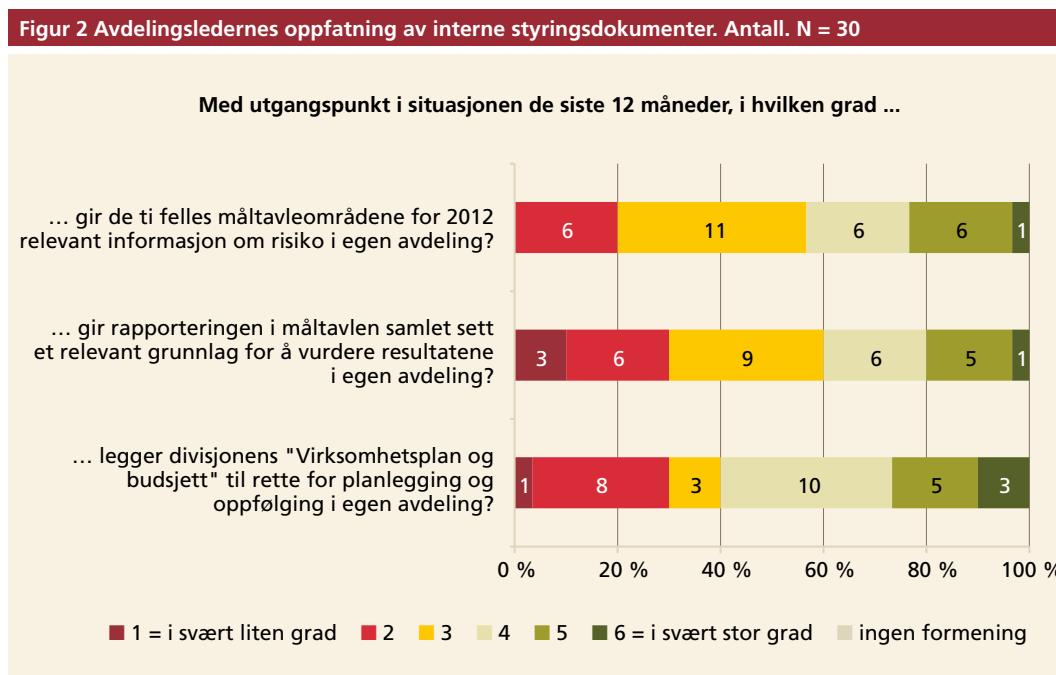
omsorgsdepartementet). I økonomirapporteringen inngår også en avviksrapportering, der det blant annet kan rapporteres om oppgaver som ikke kan gjennomføres som planlagt. Det er ingen egen rapportering på virksomhetsplanene utover rapporteringen gjennom årsrapporten. Rapporteringen dekkes i hovedsak gjennom måltavlen og rapportering på oppdragene i tildelingsbrevet.

Årlig utarbeides det en ansvarsfordeling av tildelingsbrevet fra Helse- og omsorgsdepartementet. Hensikten er blant annet å sikre at ledelsen har oversikt over hvem som har ansvar for å løse de ulike oppgavene Helsedirektoratet har fått i tildelingsbrevet.

Helsedirektoratet utarbeider en strategisk plan hvert fjerde år. Planen skal sikre at direktoratet prioriterer riktig for å møte utfordringene de neste årene, og bygger blant annet på føringer fra storting og regjering, samt faglige utviklingstrekk. Strategisk plan danner, sammen med tildelingsbrevet, grunnlaget for virksomhetsplanene.

Ledernes vurderinger av interne styringsdokumenter i 2012

I spørreundersøkelsen ble lederne bedt om å vurdere verktøyene som benyttes i virksomhetsstyringen i 2012.



Kilde: Lederundersøkelsen

Figur 2 viser at lederne er delt i synet på om de ti felles måltavleområdene for 2012 gir relevant informasjon om risiko i egen avdeling, og om rapporteringen i måltavlen samlet sett (felles og divisjonsspesifikke områder) gir grunnlag for å vurdere resultatene i avdelingen. Som figur 2 viser, er lederne i større grad enig i at divisjonens virksomhetsplan og budsjett legger godt til rette for planlegging og oppfølging i egen avdeling.

Ledelsen i Helsedirektoratet bekrefter i intervju at den ønsker mer effektive prosesser for virksomhetsstyringen enn det direktoratet nå har.

4.2 Ledelsens grunnlag for å vurdere effektivitet og forbedre drift og resultatoppnåelse

4.2.1 På hvilken måte følger ledelsen opp ressursbruken og vurderer effektiviteten i oppgaveløsingen?

Analysen av styringsdokumentene for 2010–2012 viser at det ikke er stilt interne krav om å måle ressursbruken knyttet til de ulike oppgavene, og revisjonen viser at det ikke finnes noe system for å måle ressursbruk i Helsedirektoratet. I virksomhetsplaner og budsjetter per divisjon er det oppgitt forventet ressursbruk knyttet til de ulike oppgavene, men det følges ikke opp om disse stemmer overens med den faktiske ressursbruken på oppgavene.

I styringsdokumentene er det bare ett internt krav som omhandler effektivitet. Kravet er gitt som et felles måltavleområde i 2012, der målet er at planprosessene i direktoratet er effektive, har riktig kvalitet og bidrar til god virksomhetsstyring. Ifølge ledelsen gjelder ikke dette kravet måling av effektivitet i oppgaveløsingen, bare i planprosessene. Ledelsen i direktoratet har ikke kunnet vise til andre interne krav om effektivitet.

Ledelsen i direktoratet bekrefter at det ikke finnes noe system for målinger eller vurderinger av effektivitet og heller ikke noe system for å følge opp direktoratets ressursbruk knyttet til ulike oppgaver. På spørsmål om hvordan Helsedirektoratet håndterer generelle krav til effektiv drift, vises det til at ledelsen foretar helhetlige betraktninger av effektiviteten i direktoratet. Ledelsen i direktoratet viser videre til at det ligger i ledelsesrollen å vurdere effektivitet innen eget ansvarsområde.

Effektivitetsbetraktninger kan også inngå i

- saker som legges fram for ledermøtet, som skal inneholde en vurdering av økonomiske og administrative konsekvenser
- virksomhetsplanlegging og strategiprosesser
- OU-prosesser, der det letes etter optimale måter å organisere direktoratet på
- evaluering av deler av virksomheten
- mediaanalyser
- medarbeidertilfredshetsundersøkelser
- lederevalueringer
- medarbeidersamtaler, der det blir vurdert hvordan den enkelte medarbeideren løser sine oppgaver

Ifølge Helsedirektoratet har ulike former for effektivitetsmål blitt drøftet, men foreløpig har ikke direktoratet funnet en mer målbar og hensiktsmessig modell. Direktoratet har vurdert at tidsregistrering vil skape mer byråkrati og friksjon, uten at det gir bedre styring.

Departementet viser i brev av 9. august 2013 til at Helsedirektoratet utarbeider virksomhetsplaner for hver divisjon og for avdelingene som inneholder et anslag for tidsbruk på de ulike oppgavene, blant annet oppdrag tildelt fra departementet. Dette er ifølge departementet et viktig arbeidsredskap for divisjoner/avdelinger og er også et verktøy for tilbakemeldinger til departementet om oppgaver og samlet arbeidsmengde.

4.2.2 Hvilket informasjonsgrunnlag har ledelsen for å vurdere hvordan organisasjonen fungerer?

Høsten 2012 ble det gjennomført en omdømmeundersøkelse av Helsedirektoratet og en risiko- og sårbarhetsanalyse (ROS-analyse).

Omdømmeundersøkelsen i 2012 fulgte opp en tilsvarende undersøkelse fra 2006 og rettet seg mot instanser som var definert som Helsedirektoratets målgrupper.³⁸ Undersøkelsen inneholdt en kartlegging av kjennskap til og kontakt med Helsedirektoratet, direktoratets kommunikasjon og tilfredsheten blant brukerne. Videre ble det stilt spørsmål om styrker og svakheter knyttet til direktoratets rolle som fagmyndighet, kompetanse og troverdighet utad, samt forhold knyttet til intern koordinering, prioriteringer, ansvarsfordeling og tilgjengelighet.

Omdømmeundersøkelsen i 2012 viser at det oppfattes å være en utydelig ansvarsfordeling mellom direktoratet og andre virksomheter, i tillegg til manglende toveis-kommunikasjon og svakheter ved for eksempel saksbehandlingstid, intern koordinering og mulighet for innsyn/åpenhet. Fylkesmannen, tilgrensende etater og andre samarbeidspartnere opplever også svakheter ved tilgjengeligheten til direktoratet, og peker på at det kan være utfordrende å finne fram til rett person og få respons innen rimelig tid. Direktoratets sterke sider blir ansett å være mediehåndteringen, gode leveranser, anvendelige/praktiske råd og anbefalinger, medarbeidernes faglige kompetanse, høy kvalitet på faglige utredninger og godt faglig nivå på lovfortolkningen.

ROS-analysen ble gjennomført internt, med ekstern konsulentbistand. Det har tidligere vært gjennomført ROS-analyser på avgrensede områder, men ingen organisasjons-overgripende analyse av denne typen. Bakgrunnen for ROS-analysen var en SWOT-analyse³⁹ som ble gjennomført i forbindelse med en samling i utvidet ledergruppe våren 2012. Kvalitet, pasientsikkerhet, prioritering og retningslinjer ble identifisert som områder der det over flere år hadde vært behov for en systematisk gjennomgang. Formålet med ROS-analysen var å kartlegge Helsedirektoratets suksessfaktorer, risikoer og risikoreduserende tiltak for god styring og kontroll innenfor de utvalgte områdene.

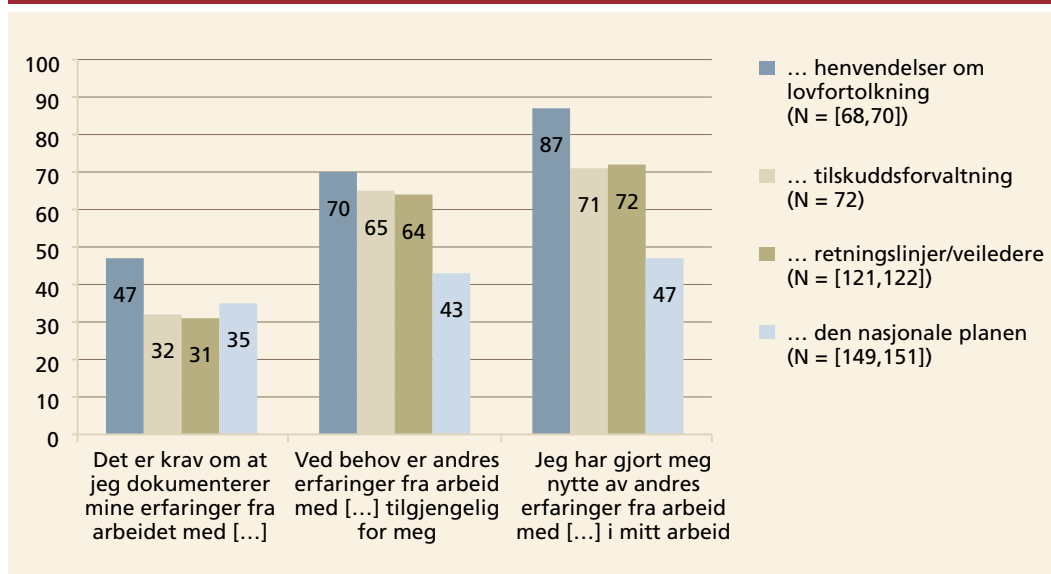
ROS-analysen viste at de langsiktige målene i strategisk plan i stor grad er knyttet til ønskede effekter i helse- og sosialtjenesten. Målene knyttes i mindre grad til formålet med Helsedirektoratets innsats gjennom tjenester og produkter. En slik målstruktur synliggjør direktoratets ambisjoner, men medfører samtidig en løs kobling mellom Helsedirektoratets praktiske arbeid og målene for arbeidet slik de er formulert.

38) Helse- og omsorgsdepartementet, spesialisthelsetjeneste/helseforetak, Fylkesmannen/fylkeslegen, kommuner, fastleger, tilgrensende etater / samarbeidspartnere (relevante ledere og ansatte i for eksempel Helseilsynet, Folkehelseinstituttet, Statens legemiddelverk, Mattilsynet, Barne- og familiedirektoratet, SSB mfl.), e-helse og ikt (for eksempel Nav ikt, Nasjonal ikt, etc.), pasientorganisasjoner, ytre og underliggende etater, interesseaktører og medarbeidere i direktoratet.

39) SWOT-analyse er et verktøy for å få oversikt over indre og ytre styrker og svakheter i organisasjonen. De fire bokstavene SWOT representerer forbokstavene i de engelske ordene Strengths (styrker), Weaknesses (svakheter), Opportunities (muligheter) og Threats (trusler).

4.2.3 I hvilken grad brukes erfaringsdeling og evalueringer i arbeidet med sentrale oppgaver?

Figur 3 Ansattes dokumentasjon og systematisering av egne erfaringer fra arbeidet på de fire undersøkte områdene. Andel som svarer enig eller delvis enig



Kilde: Ansattundersøkelsen

Figur 3 viser at om lag en tredel av de ansatte mener at det er krav om at de skal dokumentere erfaringene fra det arbeidet de gjør med henholdsvis nasjonale planer, tilskuddsforvaltning og retningslinjer/veiledere. For lovforklning er andelen noe høyere. Figuren viser videre at det er forholdsvis mange ansatte som opplever å ha tilgang til og nytte av andres erfaringer. Andelen som mener dette er tilfellet, er markert lavest for ansatte som arbeider med nasjonale planer.

Når det gjelder lovforklning, opplyser jurister i direktoratet at det varierer i hvilken grad de får tilbakemelding på om mottakerne er tilfredse med de svarene direktoratet gir. Det er ikke noen rutinemessig dialog med mottakerne etter at svaret er sendt, men saksbehandleren får ofte beskjed hvis mottakeren ikke er fornøyd med svaret. Dersom saksbehandlerne ikke hører noe, regner de derfor med at mottakeren er fornøyd. Det er ikke gjort noen evaluering eller gjennomgang av direktoratets arbeid med lovforklning.

I intervjuer med saksbehandlere som arbeider med tilskudd, kommer det fram at det ofte er departementet som beslutter at tilskuddsordninger skal evalueres, iblant etter innspill fra direktoratet. Flere tilskuddsordninger er evaluert av eksterne miljøer, for eksempel tilskudd til arbeid med psykisk helse og rus og tilskudd til kommunalt rusarbeid. Saksbehandlerne gir uttrykk for at de leser evalueringsrapporter om egne tilskuddsordninger, men at kunnskapen fra evalueringene ikke blir oppsummert på en systematisk måte, slik at den kan overføres til andre saksbehandlere/tilskuddsordninger.

Det finnes ikke generelle rutiner for å evaluere i hvilken grad retningslinjer eller veiledere blir tatt i bruk i målgruppen. Saksbehandlere med god kjennskap til utvalgte retningslinjer og veiledere opplyser imidlertid at det for enkelte veiledere/retningslinjer finnes kvantifiserbare nøkkelindikatorer som kan gi noe informasjon om dette. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten etterlyser evalueringer av hvor godt retningslinjene blir implementert i praksisfeltet. Kunnskapssenteret reiser også

spørsmålet om etterlevelse av retningslinjene bør evalueres for å bidra til forbedring av praksis og gi økt kunnskap på området.

I intervjuer knyttet til de tre nasjonale planene kommer det fram at evalueringer av tiltakene Helsedirektoratet har ansvar for, ofte er politisk bestemt. Avdelingsledelsen og saksbehandlere med ansvar for Opptappingsplanen for rusfeltet opplyser at evaluering av enkelte tiltak innen planen blir gjennomført på oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet, mens andre evalueringer blir gjennomført etter innspill fra fagavdelingene. Avdelingsledelsen og saksbehandlerne med ansvar for Omsorgsplan 2015 uttaler at direktoratet ofte har god kunnskap om et område gjennom rapporteringen som foreligger, uten av det er gjennomført egne evalueringer.

Ansatte som arbeider med de fire oppgavene som er undersøkt, bekrefter i intervju at oppmerksomheten i arbeidet i stor utstrekning er rettet mot oppnåelse av målene som er definert for eksterne målgrupper og for helsetjenestene. De interne arbeidsprosessene, som skal bidra til et best mulig bidrag fra Helsedirektoratet for at de fastsatte overordnede målene skal nås, er ikke systematisk evaluert på noen av de fire undersøkte områdene. For tilskuddsområdet ble det imidlertid høsten 2011 gjennomført en risikovurdering av arbeidsprosessene for tilskudd.

Det arbeides i liten grad for å forbedre forvaltningen av de fire undersøkte arbeidsområdene. Det som gjøres, er i hovedsak eksterne evalueringer av virkning og måloppnåelse av tiltakene, mens interne arbeidsprosesser i liten grad kartlegges og systematiseres med sikte på forbedring og læring.

Helse- og omsorgsdepartementet viser i brev av 9. august 2013 til at direktoratet har styrket sitt arbeid med evaluering av tilskuddsordninger. Flere enkeltstående tilskuddsordninger, som for eksempel ATC, psykologer i kommunen, rustilskudd og Rask psykisk helsehjelp blir fulgt opp med evalueringer.

4.2.4 Hvordan følger Helsedirektoratet opp saksbehandlingstiden?

Helsedirektoratet har fastsatt interne frister for saksbehandlingen. De fleste sakstypene har en standard frist for saksbehandlingen på 30 dager. For seks sakstyper er det fastsatt andre frister, jf. faktaboks 3.

Ledelsen i Helsedirektoratet opplyser at saksbehandlingsfristene ble fastsatt med bakgrunn i resultatene fra omdømmeundersøkelsen i 2006. Denne undersøkelsen synliggjorde blant annet utfordringer som en konsekvens av at Helsedirektoratet hadde lange saksbehandlingstider, og det ble derfor iverksatt et prosjekt for å bedre kontrollen med saksbehandlingstidene. Basert på en vurdering av hva som er rimelig saksbehandlingstid, ble det fastsatt ulike krav til saksbehandlingstiden for ulike sakstyper, jf. faktaboks 3.

Faktaboks 3 Fastsatte frister for saksbehandlingstid i Helsedirektoratet – 2012

Standard	30 dager
FIPR-saker (ang. innsynsbegjæringer i NPR)	30/60 dager
Klinisk utprøving av medisinsk utstyr	60 dager
Søknad om godkjenning som utdanningsinstitusjon	90 dager
Søknad om spesialistgodkjenning og tilskuddssaker	120 dager
Rettferdsvederlag	360 dager

Kilde: Helsedirektoratet

Avdeling arkiv- og forvaltningsstøtte opplyser at det ikke blir utarbeidet noen oversikter som viser reell saksbehandlingstid for ulike sakstyper i Helsedirektoratet, verken for sakstyper som benytter standard saksbehandlingsfrist, eller for sakstyper med andre frister. Slike beregninger av saksbehandlingstid har ikke vært etterspurt av direktoratets ledelse eller av fagavdelingene. De fastsatte fristene for saksbehandlingstid brukes ifølge avdelingen til å følge opp enkeltsaker som ikke er avskrevet innen fristens utløp (restanser).

Som en del av undersøkelsen er det innhentet informasjon om saksbehandlingstider for ulike sakstyper. Tabell 1 viser fastsatte⁴⁰ og beregnede⁴¹ frister, gjennomsnittlig og median saksbehandlingstid og andel saker der saksbehandlingstiden overskrider forfallsdato, for 2485 saker fordelt på et utvalg av fem sakstyper der det har vært mulig å beregne disse størrelsene.

Tabell 1 Saksbehandlingsfrister, saksbehandlingstider og andel saker der saksbehandlingstiden overskrider forfallsdato. 1. tertial 2010 til og med 1. tertial 2012

Sakstype	N	Fastsatt frist (dager)	Beregnet frist (gj.snitt dager)	Gj.snittlig saksbehandlingstid (dager)	Median (dager)	Andel saker der saksbehandlingstiden overskrider forfallsdato
Dispensasjon fra førerkortforskriften (klage)	853	30	36	57	51	83 %
Særfradrag for store sykdomsutgifter (klage)	858	30	36	87	68	75 %
Godkjenning av utdanningsinstitusjoner (søknad)	60	90	83	161	117	68 %
Spesialistgodkjenninger (søknad)	458	120	108	69	59	21 %
Rettferdsvederlag (søknad)	256	360	354	344	313	46 %

Kilde: Helsedirektoratet

Tabell 1 viser at andelen saker der saksbehandlingstiden overskrider forfallsdato, varierer sterkt mellom de ulike sakstypene – fra 83 prosent av alle sakene om dispensasjon fra førerkortforskriften til 21 prosent av sakene om spesialistgodkjenning.

Tabell 1 viser videre at både gjennomsnittlig og median saksbehandlingstid for tre sakstyper ligger betydelig over både fastsatt og beregnet frist, mens den for de øvrige to sakstypene ligger innenfor fristene. At medianverdien for alle sakstypene er lavere enn gjennomsnittlig saksbehandlingstid, viser at et mindretall av sakene trekker gjennomsnittet opp.

Avdeling arkiv og forvaltningsstøtte opplyser at den fastsetter forfallsdato for den enkelte sak på bakgrunn av fastsatte krav til saksbehandlingstid for ulike sakstyper. Når saken er registrert i arkivet, blir den videreformidlet til en fagavdeling eller en saksbehandler. Den gjennomsnittlige beregnede fristen for de ulike sakstypene kan avvike fra fristen som er fastsatt for saksbehandlingen, jf. faktaboks 3. Dette skyldes at arkivet tar enkelte hensyn når de fastsetter forfallsdato for den enkelte innkomne sak, blant annet blir det tatt hensyn til helligdager.

Hver avdelingsleder har oversikt over innkomne dokumenter i en postliste i det elektroniske saksbehandlingssystemet og videreformidler disse til saksbehandlerne i

40) Fastsatte frister refererer til saksbehandlingsfristene som er omtalt i faktaboks 3.

41) Beregnede frister refererer til et gjennomsnitt av antallet dager mellom dato for journalføring og forfallsdato for hver sakstype.

avdelingen. Postlisten gir saksbehandlerne oversikt over innkomne brev/henvendelser der de er satt som saksbehandler. Når forfallsdatoen er overskredet, blir sakene markert med rødt på saksbehandlerens elektroniske postliste.

I tråd med arkivforskriften tar Avdeling arkiv og forvaltningsstøtte hvert tertial ut restanselister som distribueres til fagavdelingene. De dokumentene/henvendelsene som framkommer på restanselisten, er de sakene der den fastsatte saksbehandlingstiden allerede er overskredet. Avdelingsdirektørene kan også ta ut egne lister og oversikter over den enkelte saksbehandlers ubehandlede dokumenter og bruke disse for å følge opp saksbehandlingen i avdelingen, men ifølge Avdeling arkiv og forvaltningsstøtte er det lite trolig at disse mulighetene for oppfølging blir brukt i særlig utstrekning i Helsedirektoratet.

Jurister opplyser at direktoratets saksbehandlings- og arkivsystem har vist seg ikke å være godt egnet til å håndtere store saksmengder i perioder der dette har vært nødvendig, og ledere i flere avdelinger peker på at Helsedirektoratets saksbehandlings- og arkivsystem ikke er egnet til oppfølging av saksbehandlerens arbeid. En annen utfordring med arkivsystemet er at det heller ikke dekker behovet for å orientere seg i eldre saker ved saksbehandling. Dette kommer fram både i intervju og i spørreundersøkelsen, der bare halvparten av Helsedirektoratets ansatte som arbeider med lovfortolkningssaker, mener at det er enkelt å finne fram til saker der direktoratet tidligere har gjort relevante juridiske avklaringer.

Høsten 2012 ble Public 360 implementert som nytt arkiv-, journal- og saksbehandlingssystem i Helsedirektoratet.

Helse- og omsorgsdepartementet opplyser i brev av 9. august 2013 at det siden 2011 er blitt utviklet avdelingsvise oppfølgingsprosjekter med sikte på å redusere antallet restanser i Helsedirektoratet.

4.3 Prioriteringer av ulike funksjoner og arbeidsoppgaver

Strategisk plan for 2011–2014 skal sikre at Helsedirektoratet prioriterer riktig for å møte utfordringene de neste årene. I planen er det angitt et hovedmål for hvert av seks strategiske områder, som samsvarer med divisjonenes ansvarsområder, og til sammen 26 langsiktige mål.

Når det gjelder måltavlen, opplyser ledelsen i direktoratet at de divisjonsspesifikke måltavleområdene er utvalgte områder med høyest vurdert risiko og vesentlighet blant virksomhetsplanenes områder, som det er viktig at helsedirektøren holdes orientert om.

I virksomhetsplaner og budsjetter for divisjonene er avdelingene gitt svært mange oppgaver, knyttet til overordnede mål. Helsedirektoratet har ikke styringsinformasjon om faktisk bruk av ressurser på ulike oppgaver, noe som ville styrket muligheten for å vurdere om divisjonenes oppgavemengde er rimelig sett i forhold til de tildelte ressursene.

Ledelsen i direktoratet uttaler at prioriteringsprosessene i direktoratet er tett knyttet til virksomhetsplanleggingen. Den overordnede prioriteringen av oppgaver og fordelingen av midler for det kommende året blir vurdert og vedtatt av direktøren i et ledermøte i mai, etter innspill fra divisjonsdirektørene. Divisjonsdirektørene presenterer konsekvensene av prioriteringene på et lederseminar om høsten.

Helsedirektoratet gir hvert år innspill til utkastet til tildelingsbrevet fra Helse- og omsorgsdepartementet. Direktoratet gir tilbakemelding på om det som står i tildelingsbrevet, kan gjennomføres innenfor den forutsatte rammen. Videre kan direktoratet ta opp prioritering av oppgaver, kvaliteten på leveransene og hva som eventuelt kan utsettes. Helsedirektoratets ledelse gir uttrykk for at direktoratet i tildelingsbrevet fra Helse- og omsorgsdepartementet får svært mange oppgaver som kommer i tillegg til faste, løpende oppgaver. I tildelingsbrevet for 2012 ble det vist til at Helsedirektoratet har meldt fra om at de får for mange oppgaver fra departementet sammenlignet med de tildelte budsjetttrammene.

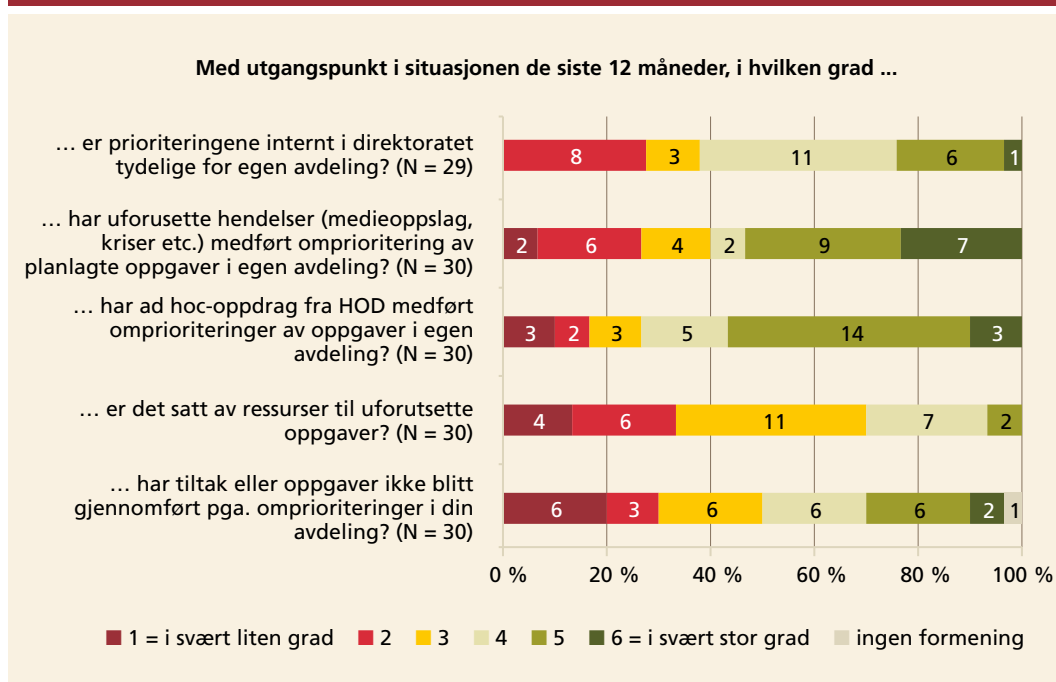
Ifølge ledelsen i direktoratet diskuterer Helse- og omsorgsdepartementet og direktoratet utfordringer ved oppgavemengden og ressursituasjonen gjennom året. I kontaktmøter kan Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet bli enige om å utsette frister på avgrensede oppdrag dersom det ikke påvirker andre oppdrag negativt. I sammenheng med avviksrappotereringen per 1. mai gir direktoratet Helse- og omsorgsdepartementet et forslag til oppdrag som på grunn av manglende ressurser ikke kan gjennomføres som planlagt.

Ledelsen i direktoratet opplyser at Helse- og omsorgsdepartementet har formelle rutiner for tildeling av oppgaver i løpet av året. Nye oppdrag skal blant annet formidles skriftlig i styringsdialogen. Ledelsen opplever at disse rutinene bare delvis følges. Direktoratet får nye og krevende oppgaver fra Helse- og omsorgsdepartementet gjennom året, i noen tilfeller med korte frister. Hvor mange og hvor omfattende de nye oppgavene er, varierer mellom avdelingene. Omfanget er størst på områder med stor politisk oppmerksomhet.

Når det kommer nye oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet gjennom året, vurderer direktoratet ifølge ledelsen om andre oppgaver må nedprioriteres. Dette skjer i en dialog mellom divisjonsdirektøren og de avdelingsdirektørene som er berørt. Stort sett blir slike ressursproblemer håndtert innen divisjonen, men spørsmålene løftes til toppledergruppen ved behov. Ifølge ledelsen i direktoratet kan budsjettmidler omprioriteres mellom avdelinger i løpet av året, men det kan være krevende og komplisert å få gjennomført slike omprioriteringer.

Ledelsen i direktoratet opplever at Helse- og omsorgsdepartementet ikke gir tydelige signaler om hva som skal prioriteres ned når nye oppgaver blir tildelt gjennom året. Det går fram av referater fra etatsstyringsmøter at departementet tildeler direktoratet nye oppgaver i løpet av budsjettåret uten at det følger med nye midler. Ledelsen i direktoratet uttaler at oppgavemengden er stor, men at størrelsen på organisasjonen gir mulighet for fleksibilitet i oppgaveløsingen og beredskap for nye oppgaver. Ifølge ledelsen er det likevel utfordrende å nedprioritere oppgaver slik at det blir balanse mellom kapasiteten og oppgavemengden.

Figur 4 Avdelingsledernes vurdering av interne prioriteringer, uforutsette hendelser og omprioriteringer. Antall



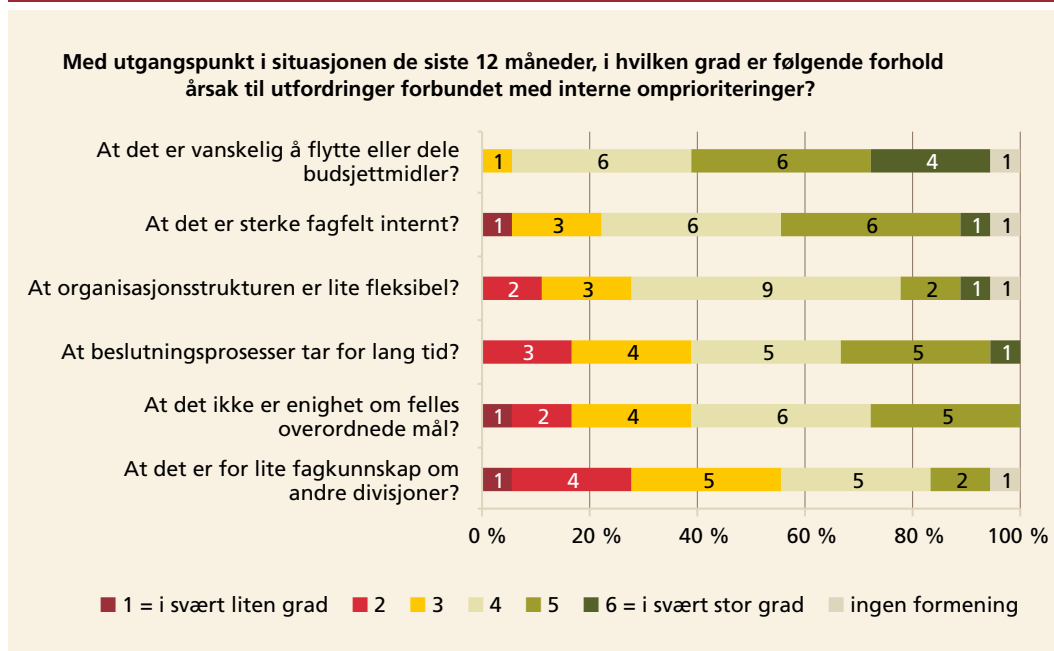
Kilde: Lederundersøkelsen

Figur 4 viser at et flertall av lederne mener at prioriteringene internt i direktoratet er tydelige for egen avdeling, men figuren viser også at et betydelig mindretall (8 av 29) mener at de interne prioriteringene i liten grad er tydelige. Figur 4 viser videre at et flertall av lederne mener at uforutsette hendelser har ført til en omprioritering av oppgaver i egen avdeling, og i enda større grad at ad hoc-oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet har medført slike omprioriteringer. Samtidig er det et flertall av lederne som mener at det i liten grad er satt av ressurser til å håndtere slike uforutsette oppgaver.

Én konsekvens av at det kommer til nye oppgaver gjennom året uten at det samtidig er tilgjengelige ressurser for å løse disse, er at tiltak eller oppgaver ikke blir gjennomført som planlagt. 14 av 29 avdelingsledere opplyser at dette har skjedd i løpet av det siste året. Det vil være utfordrende å sikre en helhetlig prioritering av oppgavene i direktoratet når ledelsen ikke tydelig har synliggjort hvilke oppgaver som skal nedprioriteres når nye oppgaver kommer til. Dette forsterkes av at virksomheten ikke har god oversikt over ressursituasjonen eller er innrettet for å håndtere påregnelige endringer.

Lederundersøkelsen viser at et flertall av lederne mener det er vanskelig å få til interne omprioriteringer. De lederne som sa seg enig eller delvis enig i denne påstanden, ble i spørreskjemaet bedt om å utdype svaret, jf. figur 5.

Figur 5 Avdelingsledernes vurdering av i hvilken grad ulike forhold er årsak til utfordringer forbundet med interne omprioriteringer. Antall. N = 18



Kilde: Lederundersøkelsen

Figur 5 viser at en viktig årsak til at det er utfordrende å omprioritere internt, er at det er vanskelig å flytte eller dele budsjettmidler. Mange ledere er også enig i at sterke fagfelt internt, for langsomme beslutningsprosesser og en lite fleksibel organisasjonsstruktur gjør at det er utfordrende å få gjennomført nødvendige interne omprioriteringer.

Ledelsen i direktoratet opplyser at konsekvensene av for mange oppgaver sammenlignet med mengden ressurser kan være at oppgaver blir utført mindre grundig enn ønskelig, eller at enkeltoppgaver blir utsatt eller bortfaller. Det er ofte direktoratets selvinitierte oppgaver som nedprioriteres eller ikke gjennomføres når det kommer til nye oppgaver, eller når det må tas hensyn til uforutsette hendelser. Ifølge ledelsen i direktoratet er det oppgavene i tildelingsbrevet og gjennomføringen av disse som avtalt med Helse- og omsorgsdepartementet, som har forrang.

Ledelsen i direktoratet gir signaler om at det skal settes av ressurser med tanke på nye oppgaver gjennom året. Ifølge ledelsen er det i realiteten i mange tilfeller ikke satt av nok ressurser, og det er derfor nødvendig å prioritere mellom eksisterende oppgaver når det kommer til nye.

4.4 Rammebetingelser for utførelsen av oppgavene

4.4.1 Hvordan fungerer rutiner og støttesystemer?

Av de fire utvalgte arbeidsområdene er det arbeidet med tilskuddsforvaltningen og arbeidet med nasjonale retningslinjer og veiledere som er forsøkt standardisert gjennom nedfelte skriftlige rutiner. Arbeidet med lovfortolkning bygger på juridisk metode og fastsatte krav til saksbehandlingen, jf. omtale i kapittel 5.1, mens det for arbeidet med nasjonale planer ikke er noen form for felles rutiner, prosedyrer eller metodeverk, jf. omtale i kapittel 5.4.

Arbeidet med tilskuddsforvaltning

Høsten 2011 ble det gjennomført en risikovurdering av tilskuddsforvaltningen i Helsedirektoratet. På bakgrunn av denne ble det iverksatt flere tiltak for å styrke tilskuddsforvaltningen. De fleste tiltakene gikk ut på å styrke den interne kontrollen og det interne kontrollmiljøet knyttet til tilskuddsforvaltningen. Oppsummert dreide tiltakene seg om kompetanseheving og sertifisering av saksbehandlere, innføring av nye maler og nye og klarere krav til saksbehandlingen. Et annet sentralt tiltak var en tydeliggjøring av ansvaret og myndigheten Avdeling plan og økonomi (APØ) har overfor fagavdelingene som arbeider med tilskuddsforvaltningen.

Retningslinjene for tilskuddsforvaltning ble oppdatert i 2012. De ansatte mener at disse retningslinjene er et godt og relevant utgangspunkt for arbeidet med tilskudd. Et flertall av de ansatte som har hatt hovedansvar for minimum én tilskuddsordning, oppfatter retningslinjene som klare.

På tross av tiltakene som er iverksatt, og at retningslinjene oppfattes som klare, viser en gjennomgang av Helsedirektoratets tilskuddsforvaltning at det fortsatt er rom for forbedringer, og at det ikke er full etterlevelse av retningslinjene for tilskuddsforvaltning. Blant annet viser gjennomgangen at det fortsatt er enkelte tilskuddsordninger der søknadene blir vurdert av én saksbehandler alene, til tross for at retningslinjene tydelig stiller krav om at dette skal gjøres av minimum to saksbehandlere. Også bruken av beslutningsnotater, som retningslinjene fastsetter krav om, varierer. En gjennomgang av beslutningsnotater eller annen tilsvarende dokumentasjon for de 25 tilskuddsordningene til kommunale mottakere som Helsedirektoratet selv forvaltet i 2012, viser at det var utarbeidet beslutningsnotater for 14 ordninger. Av disse var malen for beslutningsnotater brukt for 4 ordninger. Gjennomgangen viser også at praksisen når det gjelder å kontrollere rapporteringen fra tilskuddsmottakerne, varierer, og at denne kontrollen ikke alltid blir godt dokumentert. Det foreligger ikke noen felles mal for hvordan denne vurderingen og kontrollen skal foretas, og APØ er heller ikke involvert i denne delen av tilskuddsforvaltningen.

I risikovurderingen Helsedirektoratet gjorde av tilskuddsforvaltningen høsten 2011, pekes det på at Pandora, som er direktoratets it-baserte saksbehandlingssystem for tilskuddsforvaltning, ikke i tilstrekkelig grad er tilpasset tilskuddsforvaltningens behov, og at dette fører til at saksbehandlerne bruker unødvendig mye tid og ressurser på intern administrasjon. Av et internt notat høsten 2012 går det fram at dagens it-løsning for tilskuddsforvaltningen allerede i 2006 ble vurdert å være for dårlig. Direktoratet planlegger å ta Pandora ut av bruk fra 2014.

Arbeidet med retningslinjer og veiledere

Arbeidet med retningslinjer og veiledere inngikk som et av flere områder som ble vurdert i en ROS-analyse som ble foretatt i 2012.

I Helsedirektoratet er det Metodeboken for utarbeidelse av nasjonale retningslinjer som beskriver hvordan arbeidet med nasjonale faglige retningslinjer skal gjennomføres. Helsedirektoratet har ikke utarbeidet egne skriftlige rutiner for utarbeidelse av veiledere, men de som arbeider med slike, mener at deler av metodeboken er relevant også for dette arbeidet. Både de ansatte som arbeider med retningslinjer, og de som arbeider med veiledere, oppfatter metodeboken som rådgivende for arbeidet sitt.

Ansattundersøkelsen viser at flertallet av dem som har vært prosjektledere for utarbeidelsen av en retningslinje, opplever at metodeboken har vært relevant for arbeidet deres, mens en betydelig lavere andel av dem som har vært prosjektledere for arbeidet med en veileder, opplever den som relevant. Blant de øvrige ansatte som har arbeidet

med en retningslinje eller en veileder i løpet av det siste året, har omkring halvparten ingen formening om hvorvidt metodeboken har vært relevant.

I direktoratet er det opprettet et eget retningslinjesekretariat. Retningslinjesekretariatet er et rådgivende og koordinerende organ som gir støtte i arbeidet med utforming og implementering av retningslinjer. Av retningslinjesekretariatets mandat framgår det at sekretariatet skal bidra til en felles og tydelig framgangsmåte for utarbeidelse av nasjonale retningslinjer og være en møteplass for dem som arbeider med nasjonale retningslinjer og veiledere i Helsedirektoratet.

Ifølge sekretariatet kan de som arbeider med retningslinjer eller veiledere, velge om de vil involvere retningslinjesekretariatet. Ansattundersøkelsen viser at rundt halvparten av dem som arbeider med retningslinjer eller veiledere, er i kontakt med retningslinjesekretariatet, og at prosjektledere oftere enn prosjektarbeidere er i kontakt med sekretariatet. De fleste er også enig i at de får nødvendig hjelp fra retningslinjesekretariatet når de henvender seg dit. Implementeringsundersøkelsen viser at det i noen eller stor grad har vært kontakt med sekretariatet om 8 av de totalt 36 retningslinjene og veilederne som er undersøkt. Av de 8 som har vært i kontakt med retningslinjesekretariatet, er det 7 som oppgir at dette har vært positivt for implementeringsprosessen. Videre analyser viser at de som har vært hyppigst i kontakt med retningslinjesekretariatet, også er de som er mest fornøyd med den hjelpen de har mottatt.

Ifølge retningslinjesekretariatet etterspør ansatte som arbeider med retningslinjer, tydeligere rutiner for hvordan disse skal utarbeides. Ansattundersøkelsen viser at ansatte som arbeider med tilskuddsforvaltning og lovfortolkning, i større grad enn de som arbeider med retningslinjer, veiledere og nasjonale planer, oppfatter at kravene til hva som er godt arbeid, er tydelige.

I ROS-analysen som Helsedirektoratet gjennomførte i 2012 pekes det på at det blant annet er behov for å styrke retningslinjesekretariatets ressursituasjon, avklare metodebokens status og styrke implementeringsarbeidet.

4.4.2 Hvordan arbeider Helsedirektoratet med kompetansebygging?

Helsedirektoratet arrangerer en rekke interne kurs, både grunnkurs og fordypningskurs, for utvalgte tema. Grunnkursene, som er omtalt som Basis ForvaltningsKompetanse i Helsedirektoratet, ble etablert i 2009 som en oppfølging av Omdømmeundersøkelsen i 2006, der direktoratet blant annet fikk tilbakemelding om mangelfull forvaltningskompetanse. Direktoratets ledelse opplyser at den interne opplæringen har som formål å sikre tilstrekkelig forvaltningskompetanse i organisasjonen.

Opplæringen er ikke obligatorisk, men alle skal besitte kompetansen opplæringen omfatter. Det er den enkelte leders ansvar å vurdere hvilke ansatte i egen avdeling som har behov for opplæring, og sørge for at kursene blir gjennomført. Antallet gjennomførte kurs inngår i Helsedirektoratets felles måltavle. Ifølge Helsedirektoratets registreringer har det totalt sett vært 2578 deltakere på disse kursene i perioden fra 2009 til 2012.

Tabell 2 Opplæringstiltak for de undersøkte arbeidsområdene. Prosent

Opplæringstiltak	N	Andel som har gjennomført opplæringstiltaket
Rett på sak – som omhandler generelle regler om saksbehandling	310	64 %
Rett på prosjekt – grunnleggende prosjektarbeid	263	42 %
Kunnskapsbasert metode og informasjonsinnhenting	120	22 %
Tilskudsforvaltning – ett eller flere av opplæringstiltakene i listen under	76	72 %
Kurs i virksomhetsstyring (Basis ForvaltningsKompetanse)		54 %
Fordypningskurs i tilskudsforvaltning		45 %
Kurs i Pandora		46 %
Annen opplæring		13 %

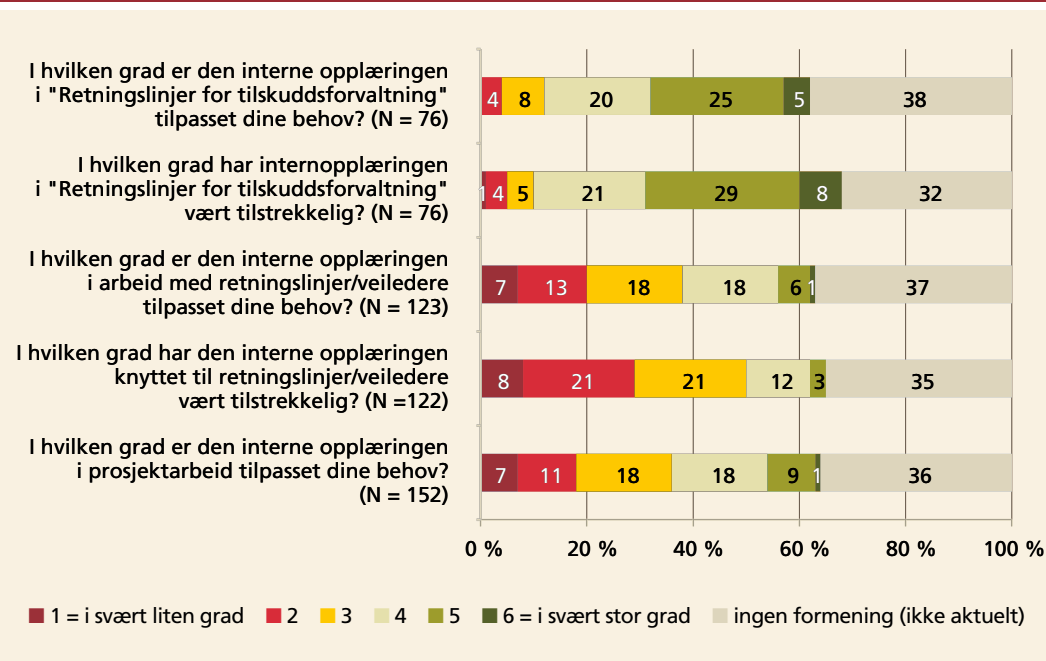
Kilde: Ansattundersøkelsen

Tabell 2 gjengir resultatene fra en kartlegging av deltakelsen på utvalgte kurs som er vurdert å være særlig relevante for de arbeidsområdene som er undersøkt. Spørsmålene som danner grunnlaget for tabellen, er stilt til dem som arbeider med oppgaver som gjør at de ulike kursene er relevante for arbeidet deres.

Blant enkeltkursene som inngår i tabellen, er det kurset som omhandler generelle regler om saksbehandling, Rett på sak, som har den høyeste andelen gjennomføringer. Videre viser tabellen at 22 prosent av dem som arbeider med retningslinjer og veiledere har gjennomført det mer spesialiserte kurset Kunnskapsbasert metode og informasjonsinnhenting. Når det gjelder tilskudsforvaltning, viser tabell 2 at det for dette arbeidet er flere aktuelle kurs. Cirka 70 prosent av de ansatte som arbeider med tilskudsforvaltning, har gjennomført ett eller flere opplæringstiltak om dette emnet. Tabellen viser videre at noe over halvparten av dem som arbeider med tilskudsforvaltning, har gjennomgått kurset i virksomhetsstyring, som blant annet inneholder en introduksjon til tilskudsforvaltning. Videre har noe under halvparten gjennomført fordypningskurset på tilskudsområdet og kurset i Pandora, som ble etablert som ledd i styrkingen av arbeidet med tilskudsforvaltning fra 2012.

61 prosent av de ansatte mener at de kursene som inngår i Basis ForvaltningsKompetanse, er tilpasset de ansattes behov. De ansatte som arbeider med henholdsvis tilskudsforvaltning, retningslinjer og veiledere, og de som har vært engasjert i et prosjektarbeid, er også spurt om den spesifikke opplæringen er tilpasset deres behov, og om den har vært tilstrekkelig, jf. figur 6.

Figur 6 Ansattes vurdering av utvalgte deler av internopplæringen. 2012. Prosent



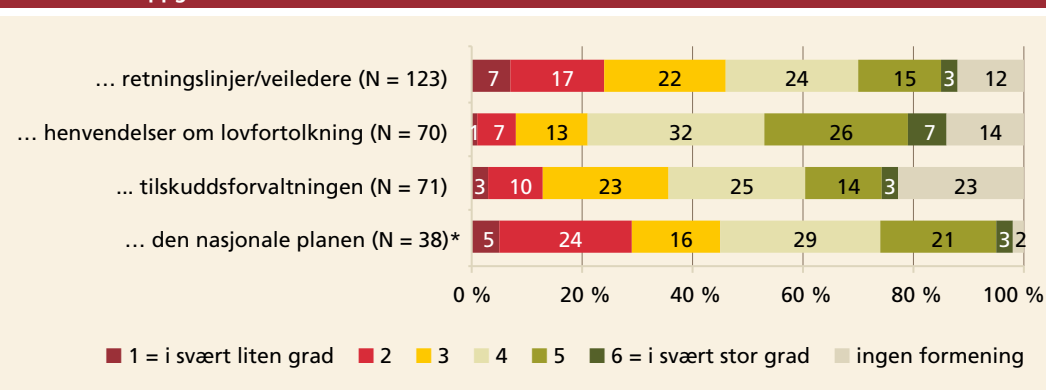
Kilde: Ansattundersøkelsen

Figur 6 viser at mellom 32 og 38 prosent av dem som arbeider med de ulike oppgavene, ikke har noen formening om den interne opplæringen direktoratet har etablert for oppgaven de arbeider med. Samtidig viser figuren at de ansatte som arbeider med tilskuddsforvaltning, i større grad enn de som arbeider med retningslinjer og veiledere, mener at internopplæringen er tilstrekkelig og tilpasset deres behov. Et flertall av dem som arbeider med retningslinjer og veiledere, mener at opplæringen i liten grad er tilpasset deres behov, og at den heller ikke har vært tilstrekkelig.

Spørreundersøkelsen viser også at en betydelig andel av de ansatte oppfatter at de har behov for å øke egen kompetanse. Spesielt gjelder dette for arbeidet med retningslinjer og veiledere. Mens 69 prosent av de ansatte som arbeider med retningslinjer og veiledere, i noen eller stor grad oppgir å ha behov for økt kompetanse, gjelder dette 40 prosent av de ansatte som arbeider med tilskuddsforvaltning.

4.4.3 I hvilken grad opplever de ansatte at oppgaver og ressurser er godt avstemt?

Figur 7 Ansattes oppfatning av i hvilken grad de har tilstrekkelig tid til å gjøre et godt faglig arbeid med oppgaven. 2012. Prosent.



* Det er bare de som har hatt en koordinerende rolle i en nasjonal plan, som har svart på dette spørsmålet.

Kilde: Ansattundersøkelsen

Figur 7 viser at andelen som oppfatter å ha tilstrekkelig tid til å gjøre et godt faglig arbeid med oppgaven, er størst blant de ansatte som arbeider med henvendelser om lovfortolkning. Andelen er noe mindre blant ansatte som arbeider med nasjonale planer, og minst blant dem som arbeider med retningslinjer/veiledere og tilskuddsforvaltning.

For arbeidet med tilskuddsforvaltning er det videre spurt om de ansatte har tilstrekkelig med tid til å gjennomgå søknadene og rapporteringen fra tilskuddsmottakerne. 51 prosent mener at de har tilstrekkelig tid til å gjennomgå søknader om tilskudd, og 42 prosent mener de har tilstrekkelig tid når det gjelder rapportering fra tilskuddsmottakerne.

Når det gjelder kompetanseheving, er det for arbeidet med tilskuddsforvaltning og for arbeidet med retningslinjer og veiledere omkring 34 prosent av de ansatte som opplyser at det er avsatt tilstrekkelig tid til å utvikle egen kompetanse.

I intervjuer med ansvarlige for ulike administrative støttefunksjoner i direktoratet kom det fram at ressursituasjonen er presset for retningslinjesekretariatet. Her skal én ansatt betjene hele direktoratet, koordinere utviklingen av retningslinjer og samtidig arbeide med metodeutvikling. Arbeidet med retningslinjer og veiledere holdes fram som viktig av ledelsen, men fra retningslinjesekretariatet stilles det spørsmål ved om ledelsen så langt har innsett hvor mye faglig og administrativt arbeid som ligger bak utarbeidelsen av hver enkelt publikasjon. Retningslinjesekretariatet opplever at mange ledere ikke avsetter nok ressurser og tid i avdelingene til å utvikle retningslinjer, fordi de ikke innser hvor omfattende arbeid som kreves.

Når det gjelder tilskuddsforvaltningen, peker Avdeling plan og økonomi (APØ) på at det er en stor tilskuddsportefølje i direktoratet, men at det er begrenset i hvor stor grad APØ kan bistå den enkelte saksbehandleren i arbeidet. APØ regner i dag med at saksbehandlerne tar kontakt ved behov. Samtidig peker APØ på at det er potensial for å sikre mer læring mellom avdelingene på tilskuddsområdet, men det henger også sammen med tilgjengelige ressurser til å utvikle systemer for dette i APØ.

Når det gjelder administrativt arbeid generelt, har ledelsen i direktoratet vist til at direktoratet skal ha en liten, men effektiv administrasjonsavdeling. I intervju med ledelsen blir det forklart at begrepet "sølvstandard" er tatt i bruk for å synliggjøre at det er behov for å foreta en kost-nytte-vurdering av den enkelte oppgaven som skal løses. Ledelsen ser behov for å styrke virksomhetsstyringen, personalområdet og arbeidet med anskaffelser, men har for øvrig ikke identifisert spesifikke risikoområder innen administrasjonsområdet. Ledelsen i direktoratet viser til at administrasjonsdivisjonen ikke har økt ressursmessig i samme takt som andre divisjoner, og at dette har vært en ønsket utvikling i direktoratet.

5 Helsedirektoratets arbeid med sentrale arbeidsoppgaver

Revisjonen har gjennomgått Helsedirektoratets arbeid med lovfortolkning, tilskuddsforvaltning, nasjonale planer og retningslinjer og veiledere.

Ansattundersøkelsen viser at arbeidet med disse fire oppgavene utgjør omkring 40 prosent av de totale årsverkene som utføres av de 519 ansatte i fagstillinger i direktoratet. Tre av fire ansatte i fagstillinger er involvert i arbeidet med minst én av de undersøkte oppgavene. Det er stor variasjon i hvor mye den enkelte ansatte arbeider med de ulike arbeidsoppgavene, og det er svært få ansatte som arbeider med kun én oppgave.

Nær halvparten av ansatte i fagstillinger er involvert i arbeidet med nasjonale planer (18 prosent av fagårsverkene), en tredel med retningslinjer og veiledere (10 prosent av fagårsverkene), en firedel med tilskuddsforvaltning (7 prosent av fagårsverkene) og en femdel med lovfortolkning (5 prosent av fagårsverkene).

5.1 Helsedirektoratets arbeid med lovfortolkning

Som regelverksforvalter har Helsedirektoratet ansvar for å fortolke og anvende de lovene og det regelverket Helse- og omsorgsdepartementet har bestemt at de skal forvalte. Helsedirektoratet er delegert myndighet fra Helse- og omsorgsdepartementet til å forvalte alt regelverk innen helseområdet. Dette innebærer at Helsedirektoratet per 2012 er regelverksforvalter for 28 ulike helserelevante lover med tilhørende forskrifter.

5.1.1 Hvordan følger Helsedirektoratet opp saksbehandlingen av lovfortolkningsaker?

Lovfortolkning er én sentral oppgave som inngår i direktoratets ansvar for regelverksforvaltning. I utvidet forstand kan lovfortolkning forstås som svar på spørsmål av juridisk karakter – ikke bare om områder der regler ikke har vært tolket før, men også om anvendelse av lover og gjeldende rett. Jurister i Helsedirektoratet opplyser at de mottar mange henvendelser om fortolkning av ufortolket rett, men at det er en glidende overgang fra lovfortolkning til veiledning innen avklart jus.

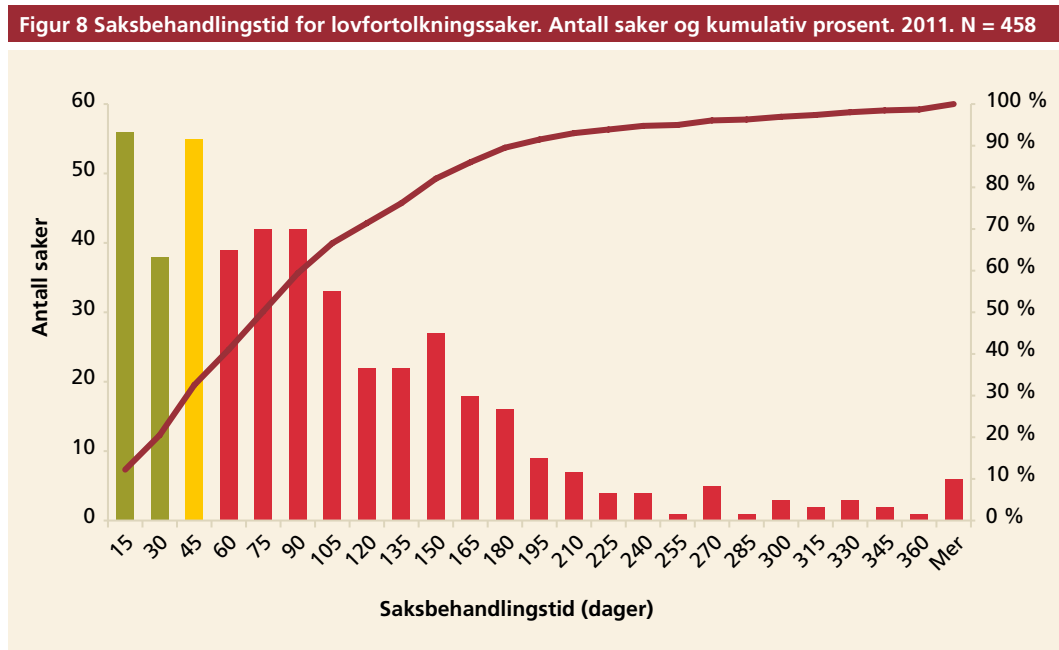
Ifølge jurister i Helsedirektoratet omfatter arbeidet med lovfortolkning

- enkelthenvendelser til Helsedirektoratet med forespørsel om hvordan lovverket skal forstås og anvendes
- arbeidet knyttet til utarbeidelsen av rundskriv om lover eller bestemte lovområder
- arbeidet med å avklare juridiske problemstillinger i publikasjoner fra Helsedirektoratet, for eksempel retningslinjer og veiledere

Saksbehandlingstid for lovfortolkningsaker

Juristene i Helsedirektoratet opplyser at det er stor variasjon i hva slags saker som kommer inn. Det finnes ikke generelle føringer for prioritering av saker med bakgrunn i hvem som er avsender. Hver enkelt saksbehandler må gjøre en konkret vurdering av den enkelte sak med tanke på hvor alvorlig den er, og hvor raskt den bør behandles. Som hovedregel skal de eldste sakene behandles først. Av juristene i Helsedirektoratet er det 56 prosent som opplyser at det er klare kriterier for hvilke saker som skal gis prioritet, og 59 prosent som opplever det som enkelt å vurdere hvilke saker som skal gis prioritet.

Figur 8 bygger på informasjon om 458 lovforklningssaker registrert inn i Helse- direktoratets arkiv i perioden 1. januar 2011–31. desember 2011, jf. kapittel 2.6.



Kilde: Helsedirektoratet

De grønne stolpene viser saker som er behandlet innenfor den fastsatte fristen for lovforklningssaker (30 dager), den gule stolpen viser antall saker som blir behandlet innen 15 dager etter denne fristens utløp, mens de røde stolpene viser saker som blir behandlet enda senere enn dette. Figur 8 viser at det er stor variasjon i saksbehandlingstiden for lovforklningssaker, og at en vesentlig andel av sakene har lang saksbehandlingstid.

Den røde linjen viser hvor stor andel av sakene som er blitt behandlet innen hver 15-dagersperiode. Denne linjen viser at omkring 20 prosent av sakene blir ferdigbehandlet innenfor den fastsatte fristen for saksbehandlingen, og at 50 prosent av sakene ferdigbehandles i løpet av 75 dager. Figuren viser at 10 prosent av lovforklningssakene har lengre saksbehandlingstid enn et halvt år (180 dager).

Tabell 3 Beregnet frist, saksbehandlingstid og andel saker der saksbehandlingstiden overskrider forfallsdatoen for den enkelte saken. Under ett og i divisjoner. 2011

	Helse- direktoratet under ett	Divisjoner		
		Spesialist- helsetjenester	Primær- helsetjenester	Folkehelse
N (antall saker)	458	189	127	142
Beregnet frist (dager, gj.snitt)	43	41	35	53
Saksbehandlingstid (dager, gj.snitt)	92	79	93	107
Andel saker der saksbehandlingstiden overskrider forfallsdatoen	74 %	65 %	79 %	83 %

Kilde: Helsedirektoratet

Tabell 3 viser at den gjennomsnittlige saksbehandlingstiden er om lag dobbelt så lang som den gjennomsnittlige beregnede fristen både i Helsedirektoratet samlet og i hver av de tre divisjonene. Andelen saker der forfallsdatoen overskrides, er gjennomgående høy (74 prosent), og andelen er høyest i divisjon Folkehelse og divisjon Primærhelse-tjeneste, der ca. fire av fem saker blir ferdigbehandlet etter forfallsdatoen.

Tabell 4 Beregnet frist, saksbehandlingstid og andel saker der saksbehandlingstiden overskrider forfallsdatoen for den enkelte saken. Etter avsender. 2011*

	Helse- direkto- ratet under ett	Fylkes- menn og helse- tilsyn	Spesialist- helse- tjenesten (RHF, HF og institusjoner)	Kommuner og kommu- nale etater	Andre offent- lige instanser (departe- menter, direktorater, ombud etc.)	Private hendelser og sær- interesser
N (antall saker)	458	50	40	47	127	193
Beregnet frist (dager, gj.snitt)	43	34	35	34	54	42
Saksbehandlingstid (dager, gj.snitt)	92	72	85	93	105	90
Andel saker der saksbehandlings- tiden overskrider forfallsdatoen	74 %	58 %	68 %	83 %	76 %	77 %

* En sak der avsenderen er unntatt offentlighet, er inkludert i materialet. Denne saken er med i beregningen av saksbehandlingstiden for Helsedirektoratet under ett, men er ikke med i beregningen av saksbehandlingstiden for ulike avsendere.

Kilde: Helsedirektoratet

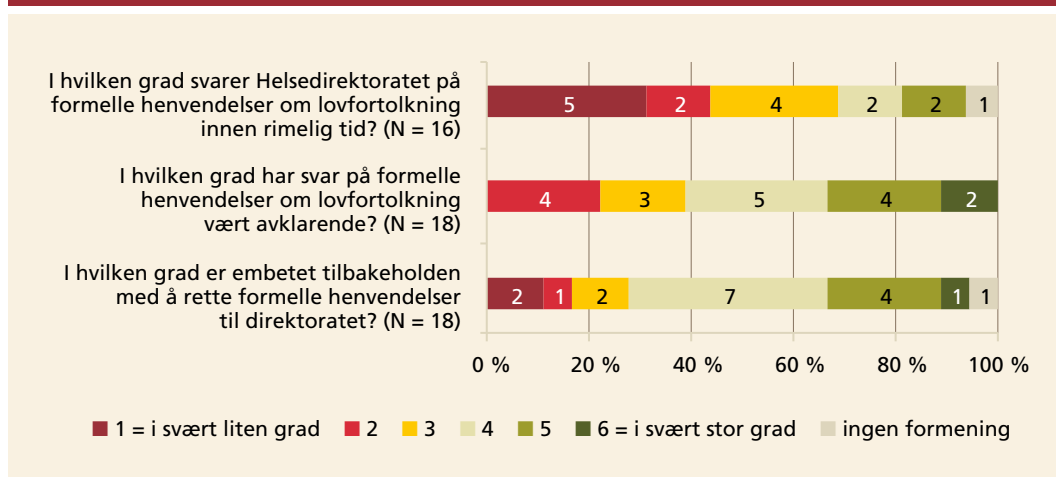
Tabell 4 viser at det er noen forskjeller i beregnede frister for ulike grupper av avsendere. Eksempelvis er det om lag 20 dagers forskjell i gjennomsnittlig beregnet frist for spesialisthelsetjenesten (35 dager) og andre offentlige instanser (54 dager).

Den gjennomsnittlige saksbehandlingstiden er lengst for henvendelsene fra andre offentlige instanser (105 dager), mens den er kortest for henvendelser fra fylkesmannsembetene og Helsetilsynet (72 dager).

Tabell 4 viser også at forfallsdatoen for den enkelte sak overskrides i stort omfang. Henvendelser fra fylkesmannsembetene og Helsetilsynet er de henvendelsene som i størst utstrekning håndteres innen forfallsdatoen (58 prosent overskrider forfallsdatoen), mens henvendelsene fra kommuner er de henvendelsene der forfallsdatoen i minst utstrekning overholdes (83 prosent overskrider forfallsdatoen).

Statens helsetilsyn, som er avhengig av Helsedirektoratets juridiske avklaringer for å kunne utføre oppgavene sine, opplyser at juridiske avklaringer i hovedsak blir gitt innen rimelig tid, men at saksbehandlingstiden noen ganger oppfattes å være uforholdsmessig lang. Helsetilsynet opplyser at de generelt sett ikke er tilbakeholdne med å rette henvendelser til Helsedirektoratet, men peker samtidig på at de innenfor sin hjemmel gjennomfører tolkninger av lovgrunnlaget i forbindelse med tilsyn.

Figur 9 Fylkesmannsembetenes oppfatning av saksbehandlingstid og kvalitet i formelle henvendelser om lovfortolkning til Helsedirektoratet. 2012



Kilde: Fylkesmannsundersøkelsen

Figur 9 viser at et flertall av fylkesmannsembetene mener at Helsedirektoratet ikke svarer på formelle henvendelser innen rimelig tid, og at et flertall av embetene er tilbakeholdne med å rette formelle henvendelser om lovfortolkning til Helsedirektoratet. Et flertall av fylkesmannsembetene mener imidlertid at svarene de får fra direktoratet, i stor grad er avklarende.

I stedet for å rette henvendelser til Helsedirektoratet tolker fylkesmannsembetene regelverket selv, eller de tar uformell kontakt med direktoratet. Embetene tar også kontakt med andre embeter, eller de tar direkte kontakt med Justis- og/eller Helse- og omsorgsdepartementet. Embetene opplyser at formell kontakt blir rettet til Helsedirektoratet i de sakene der det ikke er noen annen mulighet. Hele 16 fylkesmanns-embeter svarer at det er enklere å henvende seg til Statens helsetilsyn enn til Helsedirektoratet for å få klarhet i juridiske spørsmål.

5.1.2 I hvilken grad gjør direktoratet sine vurderinger og avgjørelser tilgjengelige for andre?

Jurister i Helsedirektoratet opplyser at lovfortolkningen gjøres tilgjengelig for andre gjennom at det som anses å være av allmenn interesse, blir lagt ut på direktoratets nettsider. Det blir også utarbeidet rundskriv om temaer som Helsedirektoratet mottar mange henvendelser om. I tillegg gis det juridiske råd gjennom de retningslinjene og veilederne som direktoratet utgir. Det er også praksis å sende lovfortolkninger i kopi til parter som anses å ha interesse av det. For eksempel kan brev til én fylkesmann gå i kopi til de øvrige fylkesmennene.

Det er avdelingslederen og saksbehandleren som i samråd vurderer hvilke brev og uttalelser som, ut fra hva som antas å ha allmenn interesse, bør publiseres på Helsedirektoratets nettsider. Dette er en oppgave som det ifølge juristene i direktoratet bør arbeides mer systematisk med, og som avdelingene kan bli bedre på. Det kan være vanskelig å avgjøre hvilke uttalelser som skal publiseres på nett, og hvor på nettsidene de skal plasseres.

Helsetilsynet peker i intervju på at det er svakheter ved Helsedirektoratets ordning med å gjøre prinsipielle vurderinger og avgjørelser allment tilgjengelige:

- Informasjonen på direktoratets nettsider er ikke systematisert etter lovbestemmelser og er vanskelig tilgjengelig.
- Fortolkninger gis ikke systematisk ut i rundskriv.

Helsetilsynet peker på at Helsedirektoratet, som ett av tre store helserettsmiljøer i forvaltningen og med ansvar for regelverket for helsesektoren,⁴² burde ha et bedre og mer fullverdig presedens-/tolkningsregister som la til rette for at tjenesteutøverne i større grad kunne finne informasjon om krav til utførelse av tjenester. I tillegg mener Helsetilsynet at en systematisering av offentlig tilgjengelige fortolkninger trolig ville spart Helsedirektoratet for mange henvendelser.

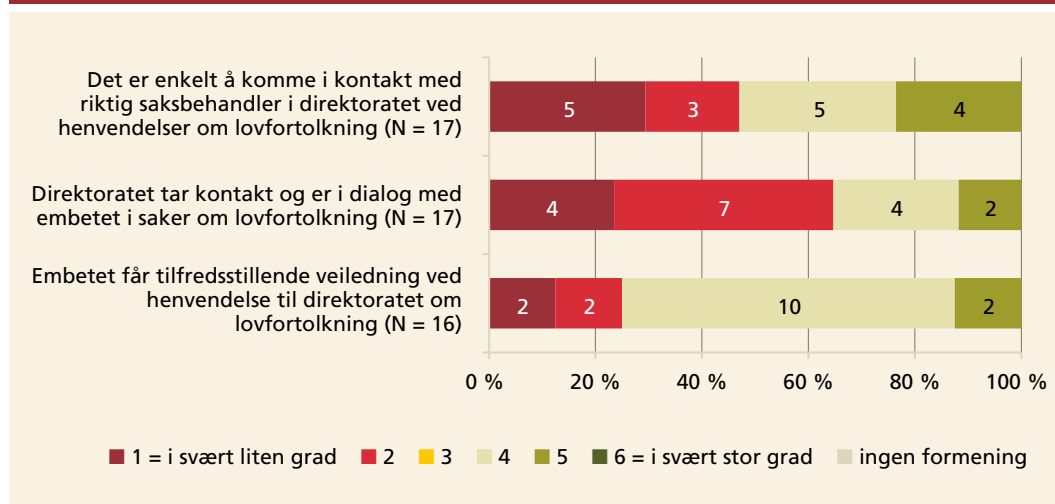
Et klart flertall av fylkesmannsembetene mener at de blir fortløpende orientert om de lovforklningssakene som har relevans for deres arbeidsfelt. Samtidig mener et flertall av embetene at direktoratets nettsider ikke er en god eller lett tilgjengelig informasjonskilde når det gjelder bruken av lovverket.

5.1.3 Hvordan samhandler Helsedirektoratet med andre instanser om lovforklning?

For enkelthenvendelser om lovforklning er Statens helsetilsyn og fylkesmannsembetene, som tilsynsmyndigheter, sentrale blant de offentlige instansene som direktoratet samhandler med.

Ved formelle henvendelser til Helsedirektoratet er det ifølge Helsetilsynet ofte muntlig kontakt og dialog mellom saksbehandlerne. Helsetilsynet oppfatter det som enkelt å komme i kontakt med Helsedirektoratet, men uttaler at det er utfordrende å vite hvilken avdeling i direktoratet som er ansvarlig for hvilken lov.

Figur 10 Fylkesmannsembetenes oppfatning av dialogen om lovforklning med Helsedirektoratet. 2012. Antall



Kilde: Fylkesmannsundersøkelsen

Figur 10 viser at halvparten av fylkesmannsembetene er uenig eller delvis uenig i at det er enkelt å komme i kontakt med rett saksbehandler i direktoratet ved henvendelser om lovforklning. Flertallet av embetene opplever at direktoratet ikke selv tar kontakt og er i dialog med embetet i saker om lovforklning. De fleste embetene opplever imidlertid at den veiledningen de får ved slike henvendelser, er tilfredsstillende.

Direktoratet arbeider med å forbedre samhandlingen med fylkesmannsembetene ved å være bedre koordinert internt. Internt tidspress og mange krevende oppgaver kan likevel føre til at oppgaver ikke blir koordinert med andre avdelinger. Det finnes heller ikke rutiner som sikrer koordinering internt før kontakt med fylkesmannsembetet.

42) Statens helsetilsyn og Helse- og omsorgsdepartementet er de to andre store helserettsmiljøene i forvaltningen.

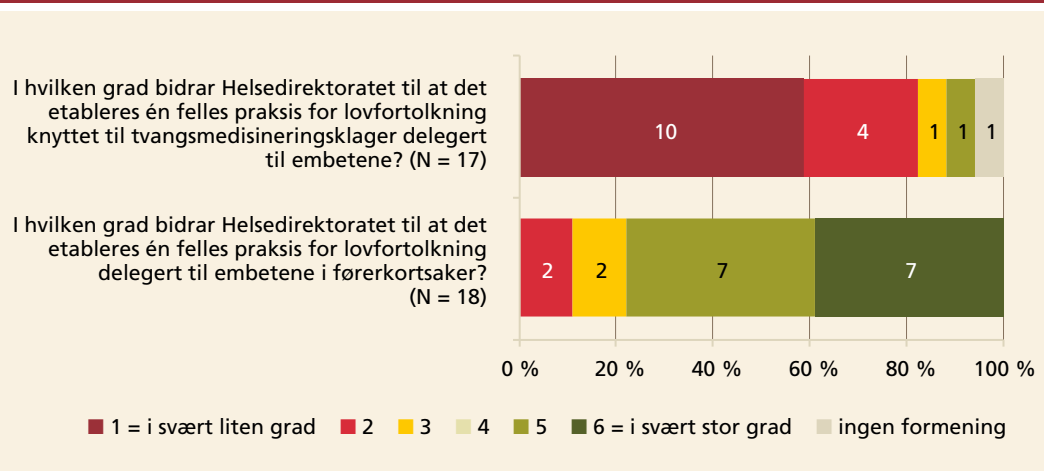
To sakstyper som har et stort omfang i fylkesmannsembetenes forvaltning av helse- og omsorgsrelaterte lover, er førerkortsaker og klagesaker i forbindelse med tvangsmedisinering.

Faktaboks 4 Tvangsmedisinerings- og førerkortsaker

I tvangsmedisineringsaker er fylkesmannsombetet klageinstans for vedtak om behandling uten eget samtykke (§ 4-4 sjuende ledd). Personer som er under tvungent psykisk helsevern (psykisk helsevernloven § 3-3), kan behandles uten eget samtykke der vilkårene for dette er oppfylt (psykisk helsevernloven § 4-4). Behandling uten eget samtykke omfatter i all hovedsak tvangsmedisinering og tvungen ernæring. I saksbehandlingen hos Fylkesmannen inngår som hovedregel besøk hos pasienten på sykehus eller hjemme innen kort tid, jf. psykisk helsevernloven § 29. Helse- og omsorgsdepartementet har hatt ansvar for fortolkning og regelverksutvikling av loven om psykisk helsevern og forskrift om psykisk helsevern siden opprettelsen i 2002. Det er et mål for departementet å kvalitetssikre og redusere bruken av tvang i tjenestene. Tvangsmedisinering oppfattes som et av de mest alvorlige inngrepene staten kan gjøre overfor et enkeltindivid.

Førerkortsaker omfatter inndragning av førerkort dersom helsekravene ikke er oppfylt, og søknader om dispensasjon fra helsekravene. Inndragning av førerkort oppfattes som en betydelig inngripen overfor enkeltindivider. Saksbehandlingen i embetet forutsetter en individuell vurdering av hver enkelt sak. Helse- og omsorgsdepartementet har hele tiden vært den sentrale normerende instansen, og ble klageinstans da fylkeslegene (og etter hvert fylkesmannsombetet) fikk i oppgave å gjøre formelle vedtak om dispensasjon fra helsekravene i førerkortforskriften. Vegdirektoratet forvalter førerkortforskriften, mens Helse- og omsorgsdepartementet har det faglige ansvaret for helse delen og gir Vegdirektoratet innspill til eventuelle endringer i forskriften. Helse- og omsorgsdepartementet forvalter i tillegg meldepliktforskriften, som ligger under helsepersonelloven. Blant annet som følge av utviklingen i regelverket har arbeidsmengden knyttet til behandling av førerkortsaker økt kraftig de senere årene, både i fylkesmannsombetene og i Helse- og omsorgsdepartementet.

Figur 11 Fylkesmannsombetenes syn på om Helse- og omsorgsdepartementet bidrar til å etablere én felles praksis på lovfortolkning av førerkortsaker og ved tvangsmedisineringsklager. Antall. 2012



Kilde: Fylkesmannsundersøkelsen

Figur 11 viser at det er stor forskjell mellom de to saksområdene når det gjelder spørsmålet om Helse- og omsorgsdepartementet bidrar til at det etableres en felles praksis for lovfortolkning. Det er bred enighet i fylkesmannsombetene om at dette i stor grad er tilfellet når det gjelder førerkortsaker, men for tvangsmedisineringsklager er enigheten stor om at departementet i liten grad bidrar til én felles praksis.

Videre mener flertallet av fylkesmannsembetene (11 av 18) at direktoratet ikke har gjort kravene til saksbehandling av tvangsmedisineringssaker tydelige. Det er imidlertid bare to embeter som mener det samme om saksbehandling av førerkortsaker.

Det foreligger ingen retningslinjer for fylkesmannsembetenes behandling av klager på vedtak om tvangsmedisinering uten eget samtykke, selv om direktoratet ifølge intervju lenge har vært klar over embetenes behov. Helsedirektoratet har påbegynt arbeidet med en slik retningslinje og med en felles veileder til kommunene og det psykiske helsevernet om forebygging, reduksjon og riktig bruk av tvang i de psykiske helse-tjenestene. I tillegg ble det utgitt rundskriv til psykisk helsevernlov i november 2012. Videre ble det på nyåret 2013 utgitt to retningslinjer, om henholdsvis psykose og bipolare lidelser, som ifølge direktoratet vil være en støtte i embetenes vurdering av klagesaker.

Den videre oppfølgingen av fylkesmannsembetenes arbeid med tvangsmedisineringssaker skjer gjennom utgivelsen av en årlig rapport om bruk av tvang i psykisk helsevern. Denne inneholder tall fra kontrollinstitusjonene og Fylkesmannens rapportering til Helsetilsynet, og brukes av direktoratet og fylkesmannsembetene til å holde oversikt over statusen for arbeidet med tvangsmedisineringssaker fra år til år. Det er imidlertid lite direkte kontakt mellom de ansvarlige juristene i direktoratet og fylkesmannsembetene.

For saksbehandling av førerkortsaker har Helsedirektoratet siden 1980-tallet utgitt en veiledning for legene i utfylling av helseattest for førerkort (nå IS-1437), så vel som retningslinjer for fylkesmannsembetets (fylkeslegenes) behandling av førerkortsaker (nå IS-1348).

For førerkortsaker er direktoratets oppfølging betydelig tettere enn for tvangsmedisineringssaker. Også her framstiller direktoratet statistikk som gir embetene nyttig informasjon, og det pågår nå et prosjekt i direktoratet for å utnytte disse dataene bedre. I tillegg har direktoratet kontaktperson(er) i hvert fylkesmannsembete, og det sendes ut orienteringer til embetene ved behov. Direktoratet har dessuten to møter i året med saksbehandlere hos fylkesmennene der utfordringer i arbeidet med saksbehandling av førerkortsaker blir drøftet.

5.2 Helsedirektoratets arbeid med tilskuddsforvaltning

Helsedirektoratet forvalter 171 tilskuddsordninger som tilbys ulike tilskuddsmottakere (per 1. tertial 2012). I 2012 var det budsjettert 9,45 mrd. kroner over Helsedirektoratets tilskuddsordninger.

Tilskuddsforvaltningen omfatter hele prosessen fra etablering av regelverk med mål for tilskuddsordningene til kunngjøring og behandling av søknader og evaluering av tilskuddsordningene.

5.2.1 Hvordan forvaltes de kommunerettede tilskuddene?

Av de 171 tilskuddsordningene Helsedirektoratet forvalter, er 40 klassifisert som tilskudd til kommunale mottakere. Disse ordningene utgjør 84 prosent av de totale tilskuddsmidlene som forvaltes av Helsedirektoratet. De øvrige ordningene gjelder tilskudd til ulike organisasjoner og stiftelser samt enkelte overføringer til andre statlige virksomheter.

Tabell 5 Tilskuddsordninger rettet mot kommunene fordelt på divisjoner og avdelinger i Helseidirektoratet, antall og beløp. 2012

Divisjon	Avdeling	Antall ordninger	Budsjett 2012
Folkehelse	Grupperettet folkehelsearbeid	4	13 100 000
	Lokalt folkehelsearbeid	3	20 139 000
	Sum divisjon	7	33 239 000
Spesialisthelsetjenester	Psykisk helsevern og rus	1	1 400 000
Primærhelsetjenester	Utdanning og personell	9	310 934 000
	Minoritetshelse og rehabilitering	1	125 400 000
	Psykisk helse og rus	8	617 202 000
	Omsorgstjenester	11	6 811 167 000
	Allmennhelsetjenester	2	36 481 000
	Sum divisjon	31	7 901 184 000
e-helse og it	e-helse	1	2 425 000
Totalt	Sum Helseidirektoratet	40	7 938 248 000

Kilde: Helseidirektoratet

Tabell 5 viser at det samlet sett er 4 divisjoner og 9 avdelinger som er tillagt ansvaret for forvaltningen av de 40 tilskuddsordningene som er rettet mot kommunene. Tabellen viser også at det er stor ulikhet i avdelingenes ansvar, både når det gjelder antall ordninger og budsjettmessig størrelse for ordningene. Avdeling omsorgstjenester er den avdelingen som har ansvar for flest tilskuddsordninger rettet mot kommunene, og som også forvalter storparten av tilskuddsmidlene (henholdsvis 11 ordninger og 6,8 mrd. kroner).

Regelverket som er utarbeidet for den enkelte ordningen, beskriver arbeidsdelingen, hvilken instans som har ansvar for å utarbeide en innstilling, og hvilken instans som godkjenner innstillinger og fatter endelig beslutning i tilskuddssaker.

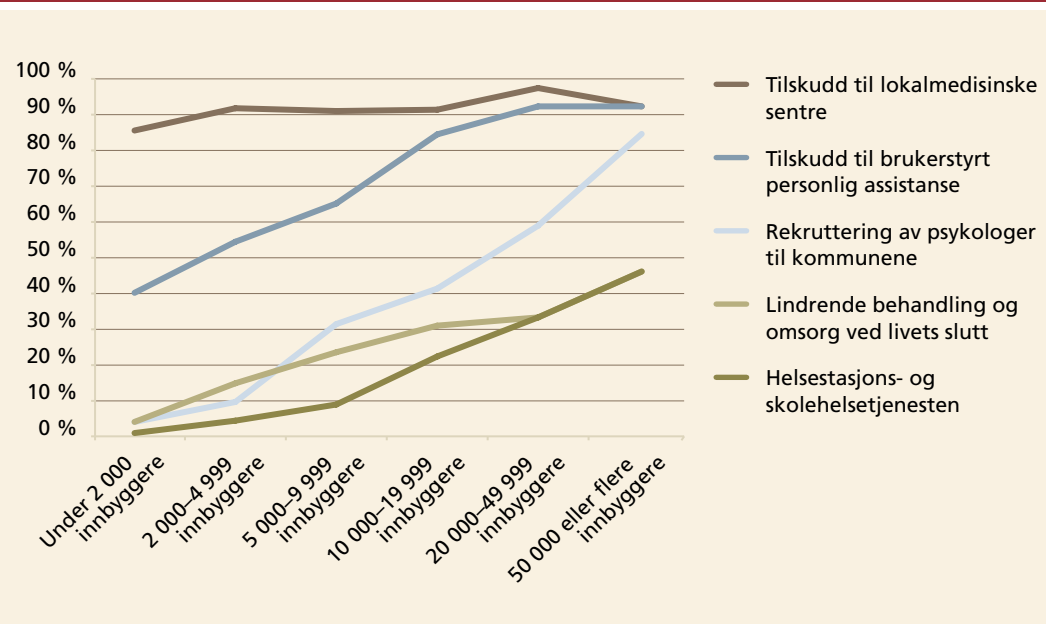
Forvaltningen av tilskuddsordningene som budsjettmessig er lagt til Helseidirektoratet, er noe ulikt innrettet. For 30 av ordningene er det Helseidirektoratet selv som har ansvar for utlysning, søknadsbehandling, tildeling og gjennomgang av rapportering fra tilskuddsmottakerne. Dette ansvaret er delegert til fylkesmannsembetene for seks ordninger, mens de øvrige fire ordningene har andre forvaltningsformer.

Tilskudd forvaltet av Helseidirektoratet

Helseidirektoratets retningslinjer for tilskuddsforvaltning krever at det skal utarbeides et beslutningsnotat for hver tilskuddsordning. Beslutningsnotatet skal gi en framstilling av hvem som søker, og hvem som mottar tilskudd, samt en begrunnelse for innstillingen om innvilgelse eller avslag.

Figur 12 bygger på informasjon fra beslutningsnotater fra Helseidirektoratet om fem utvalgte tilskuddsordninger som kommunene kan søke om tilskuddsmidler fra. Ordningene er valgt ut på bakgrunn av at alle kommuner har lik mulighet for å søke om tilskudd gjennom ordningen.

Figur 12 Andel kommuner som har søkt tilskudd fra Helsedirektoratet. 2011. Gruppert etter innbyggertall i kommunene. N = 430



Kilde: Helsedirektoratet

For fire av fem tilskuddsordninger forvaltet av Helsedirektoratet viser figur 12 en tydelig tendens til at andelen kommuner som søker om tilskudd, er høyere blant større kommuner enn blant mindre. Andelen kommuner som søker tilskudd til lokalmedisinske sentre, er jevnt over svært høy blant både mindre og større kommuner.

Den samme tendensen som går fram av figur 12 er også tydelig når det gjelder hvilke kommuner som mottar tilskudd fra direktoratet. Andelen kommuner som mottar tilskudd, øker entydig med størrelsen på kommunene, og profilen på fordelingen av tilskudd er i stor utstrekning den samme som profilen på søknadene om tilskudd.⁴³ Analysene av søknader om tilskudd og av direktoratets faktiske tildeling viser at en betydelig mindre andel av de minste kommunene søker om og mottar tilskudd gjennom tilskuddsordningene enn de største kommunene.

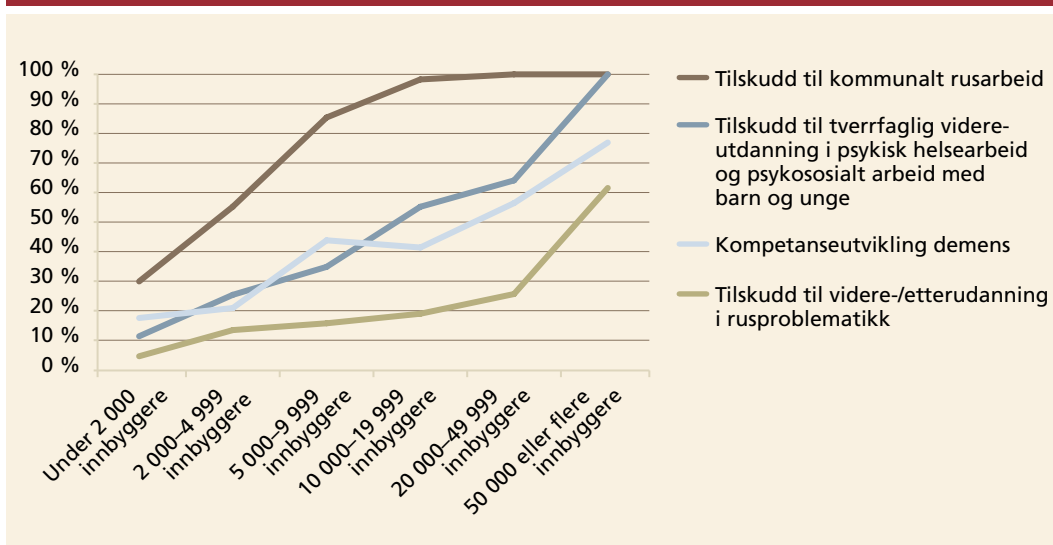
Andre analyser viser at det for kommuner med færre enn 5000 innbyggere er en tendens til at kommuner med høye bundne kostnader per innbygger og lave eller middels frie disponible inntekter i mindre grad enn andre kommuner søker om og mottar disse tilskuddene.

Tilskudd forvaltet av fylkesmannsembetene

Fylkesmannsembetene forvalter som nevnt seks kommunerrettede tilskuddsordninger på vegne av Helsedirektoratet. Figur 13 bygger på informasjon fra Helsedirektoratet om fire av disse ordningene. I utgangspunktet har alle kommuner anledning til å søke om disse tilskuddene.

43) Denne analysen er gjort på bakgrunn av regnskapsinformasjon fra Helsedirektoratet og omfatter fire av de fem tilskuddsordningene. Tilskudd til lokalmedisinske sentre er ikke tatt med siden informasjon om tildelingen ikke foreligger i direktoratets regnskap.

Figur 13 Andel kommuner som har søkt utvalgte tilskudd fra fylkesmannsembetene. 2011. Gruppert etter innbyggertall i kommunene. N = 430



Kilde: Helsedirektoratet

Figur 13 viser at det også for tilskuddsordningene som forvaltes av fylkesmannsembetene, er en tendens til at andelen kommuner som søker om midler, øker med størrelsen på kommunene. Denne tendensen er tydeligst når det gjelder "Tilskudd til tverrfaglig videreutdanning i psykisk helsearbeid og psykososialt arbeid med barn og unge" og "Kompetanseutvikling demens". Men også for de to andre tilskuddsordningene er det en klart høyere andel av de større kommunene som søker tilskudd, enn det som er tilfellet for mindre kommuner.

Også når det gjelder faktisk tildeling av tilskudd som forvaltes av fylkesmannsembetene, er tendensen at andelen kommuner som mottar tilskuddsmidler, øker med størrelsen på kommunene. Dette gjelder spesielt for tilskuddsordningene "Tilskudd til kommunalt rusarbeid" og "Tilskudd til tverrfaglig videreutdanning i psykisk helsearbeid og psykososialt arbeid med barn og unge".

Når det gjelder kommuner med mindre enn 5000 innbyggere, er det også her en tendens til at de kommunene som har høye bundne kostnader per innbygger og lave eller middels frie disponible inntekter, i mindre grad enn andre kommuner søker om og mottar tilskudd fra fylkesmannsembetene.

5.2.2 I hvilken grad er forhold ved forvaltningen av tilskuddsordningene årsak til at kommuner lar være å søke?

Helsedirektoratets nettsider er hovedkanalen når direktoratet skal lyse ut og gjøre de ulike tilskuddene kjent overfor potensielle søkere. Ifølge intervju er det bare for enkelte mindre ordninger at andre kanaler enn internettsidene blir brukt for å nå avgrensede målgrupper. Helsedirektoratet har etablert en elektronisk tjeneste på sine nettsider der interessenter kan søke om tilskudd til ulike formål, og der tilskuddsmottakere kan rapportere på tilskudd som er tildelt.

For å gjøre den elektroniske søknadsprosessen sikrere gikk Helsedirektoratet høsten 2012 over til å benytte nettportalen Altinn for å ta imot søknader om tilskudd.

Kompetansesentrene opplever det som uheldig at kommuner og andre tilskuddssøkere jevnlig må følge med på nettsidene til Helsedirektoratet i tilfelle det blir utlyst nye tilskuddsmidler der. Det blir etterlyst mer planmessighet knyttet til dette, for eksempel

at utlysningen skjer til faste tidspunkter. Ansatte ved fylkesmannsembetene mener at utlysningstidspunkter sent i budsjettåret kan gi uheldige konsekvenser for embetene og for deres mulighet til å foreta en tilstrekkelig kvalitetssikring av de prosjektene som eventuelt skal motta tilskuddsmidler.

Også de ordningene som blir administrert av fylkesmannsembetene, blir offentliggjort på Helsedirektoratets nettsider. Nesten alle fylkesmennene mener at Helsedirektoratet lyser ut tilskuddene som er delegert fylkesmannsembetene, på en måte som sikrer at tilskuddene er kjent for potensielle søkere, og at Helsedirektoratet gjør nok for at tilskuddsordningene skal bli kjent i kommunen. Samtidig peker nesten alle embetene (16 av 18) på at tilskudd delegert til fylkesmannsembetene blir gjort bedre kjent for kommunene enn tilskudd forvaltet av Helsedirektoratet selv, blant annet fordi tilskuddsordningene lyses ut på Fylkesmannens nettsider i det enkelte fylket.

Fylkesmannsembetene oppgir at noen av grunnene til at mindre kommuner unnlater å søke kan være

- for lite bekjentgjøring av tilskuddsordningene
- svikt i kommunenes rutiner
- at kommunene er avhengige av enkeltpersoners engasjement
- lav søkerkompetanse / kapasitetsproblemer
- at de minste kommunene ikke selv ser behov som gjør at de søker
- økonomi – at tilskuddsordningene ofte krever kommunal medfinansiering

Ansatte ved fylkesmannsembetene peker spesielt på at de mindre kommunene ikke har den administrative kapasiteten som trengs for å følge med på utlysninger og søke om tilskudd. I enkelte tilfeller etterspør derfor fylkesmannsembetene søknader og bistår enkeltkommuner i å utforme søknader om tilskudd.

Evalueringen av Opptappingsplanen for psykisk helse og evalueringen av Kompetanseløftet 2015 nevner også at kravet om egenfinansiering fra kommunens side kan medføre at kommuner med svak økonomi ikke søker om tilskudd. At øremerkede tilskudd medfører betydelige administrative kostnader for kommunene, og at krav om egenfinansiering kan medføre at tilskuddene bidrar til å øke inntektsforskjellene mellom kommunene, er framhevet blant annet i NOU 1997: 8 som ulemper ved bruk av denne finansieringsordningen.

Helsedirektoratets Retningslinjer for tilskuddsforvaltning gjelder også tilskuddsforvaltningen ved fylkesmannsembetene. Videre har direktoratet distribuert maler til bruk i tilskuddsforvaltningen, og embetene får tilbud om kurs og konferanser fra Avdeling plan og økonomi (APØ).

Et stort flertall av fylkesmannsembetene (15 av 18) mener at direktoratet legger vekt på at Retningslinjer for tilskuddsforvaltning benyttes i embetenes forvaltning av tilskudd, og at direktoratet tilbyr nødvendig veiledning når embetene har behov for det (17 av 18).

Ansatte ved fylkesmannsembetene peker på at tilskudd til kommunene er tematisk tilgrensede og til dels overlappende. Når forvaltningen av tilskuddsordningene er fordelt mellom fylkesmannsembetene og Helsedirektoratet, kan ingen av instansene fullt ut ta hensyn til den samlede tildelingen til hver kommune. De ansatte ved fylkesmannsembetene opplyser at de rapporterer om sin egen tildeling til direktoratet, men at de selv ikke har tilgang til informasjon om hvilke kommuner i fylket som har mottatt tilskudd direkte fra Helsedirektoratet.

5.2.3 Hvordan bruker Helsedirektoratet rapporteringen fra tilskuddsmottakerne?

Helsedirektoratet krever rapportering fra dem som mottar tilskuddsmidler. Kravene til rapporteringen er fastsatt i regelverket for den enkelte tilskuddsordningen og er presisert i tilskuddsbrevet til mottakeren, der det også er angitt en frist for rapporteringen.

I fylkesmannsundersøkelsen oppgir flertallet av fylkesmennene (14 av 17) at Helsedirektoratet stiller klare krav til rapportering fra kommunene. Flertallet (10 av 18) mener også at rapporteringen ikke er for omfattende for den enkelte kommune.

For de fleste tilskuddsordningene skal rapporteringen foreligge innen 1. april året etter. Ifølge representanter for Avdeling plan og økonomi tjener rapporteringen fra tilskuddsmottakerne to hovedformål:

- 1 På den ene siden skal rapporteringen fra tilskuddsmottakerne godkjennes eller erklæres utilstrekkelig av tilskuddsforvalteren. Godkjent rapportering er en forutsetning for å kunne få videreført tilskudd påfølgende år.
- 2 Rapporteringens andre hovedformål er at den danner grunnlag for Helsedirektoratets innspill til Prop. 1 S fra Helse- og omsorgsdepartementet. Avdeling plan og økonomi opplyser at rapporteringen til Helse- og omsorgsdepartementet legger hovedvekten på tiltakene og aktivitetene som er gjennomført, hvor mange som har mottatt tilskudd, og hvor mye de har fått.

Avdeling plan og økonomi opplyser at rapporteringen om tiltak og måloppnåelse fra tilskuddsmottakerne sjelden blir brukt til andre formål enn de to ovennevnte, men at det har forekommet at rapporteringen er blitt brukt til å evaluere utvalgte ordninger.

Ifølge saksbehandlerne i fagavdelingene blir erfaringer fra rapporteringen ikke rutinemessig oppsummert med tanke på videreutvikling av tilskuddsforvaltningen. Det finnes ikke noe system for å samle og oppsummere kunnskap om tilskuddsforvaltningen.

For hver tilskuddsordning skal det i henhold til retningslinjene lages en sammenfatning av tilskuddsmottakernes måloppnåelse basert på deres årlige rapportering. Avdeling plan og økonomi bestilte for første gang en sammenfatning fra fagavdelingene basert på mottakernes rapportering om måloppnåelse per tilskuddsordning for tilskudd tildelt i budsjettåret 2011. For denne sammenfatningen har APØ utarbeidet en mal for vurdering av samlet måloppnåelse for ordningen. Det er målsettingene som kommer fram i regelverket for ordningen, som bestemmer hva det skal rapporteres om fra fagavdelingene.

Saksbehandlere fra flere fagavdelinger peker på at denne rapporteringen skjer på et overordnet nivå, med angivelse av antall tiltak, aktiviteter etc. Saksbehandlerne opplyser at de opplever det som krevende å skulle vurdere hva som kan kreves av for eksempel aktiviteter ut fra hvor mye ressurser som er tildelt. Også Avdeling plan og økonomi peker på at regelverket for kontroll av rapporteringen er uklart.

Representanter for Avdeling plan og økonomi opplyser i intervju at det for enkelte ordninger ikke blir anledning til å gå igjennom alle rapportene fra tilskuddsmottakerne. Dette skyldes at det er knapp tid fra direktoratet mottar rapportene, til de selv skal gi innspill til Helse- og omsorgsdepartementet. Innspillene til Helse- og omsorgsdepartementet blir derfor en skjønsmessig gjengivelse av inntrykket fra deler av rapporteringen fra tilskuddsmottakerne. Ifølge avdelingen etterspør ikke departementet i særlig grad hvilke resultater som er blitt oppnådd gjennom bruk av tilskuddsmidlene.

5.3 Helsedirektoratets arbeid med retningslinjer og veiledere

På Helsedirektoratets nettsider er det publisert 52 nasjonale faglige retningslinjer og 153 veiledere (i noen tilfeller er brukerversjoner, kortversjoner eller lignende publisert som eget dokument i tillegg til originaldokumentet). Per november 2012 er 18 nasjonale faglige retningslinjer under utarbeidelse.⁴⁴

Revisjonen har undersøkt hvordan Helsedirektoratet har arbeidet med implementeringen av 16 retningslinjer og 20 veiledere publisert i perioden 2009–2012.

5.3.1 I hvilken grad bidrar direktoratet til at retningslinjer og veiledere blir implementert?

Helsedirektoratet har utarbeidet en intern metodebok som legger føringer for hvordan retningslinjer skal utarbeides og implementeres. For retningslinjer skilles det mellom to grupper av implementeringstiltak – tiltak som kommuniserer retningslinjene til målgruppen, og tiltak som iverksetter retningslinjene. Fem av tiltakene som skal kommunisere retningslinjene, blir i den interne metodeboken omtalt som minimumstiltak.

Det finnes ikke noe internt metodeverk for utarbeidelsen eller implementeringen av veiledere, men deler av metodeverket for retningslinjer er også aktuelle for utarbeidelse og implementering av veiledere.

For at Helsedirektoratets publikasjoner skal virke normerende for helsetjenesten, er det en forutsetning at de tas i bruk. Det er undersøkt hvor mange tiltak Helsedirektoratet har gjennomført for å implementere den enkelte retningslinje og veileder, jf. figur 14. I figur 14 har tiltak som kommuniserer retningslinjen, blå stolper, mens tiltak som iverksetter retningslinjen, har røde stolper.

Figur 14 Omfanget av implementeringstiltak iverksatt for retningslinjer og veiledere, 2009–2012. N = 36



Kilde: Implementeringsundersøkelsen

44) Helsedirektoratet.no, november 2012.

Figur 14 viser at det særlig er seks implementeringstiltak som benyttes. Dette er tiltak som ifølge direktoratets metodebok kommuniserer retningslinjen til målgruppen. Figur 14 viser at Helsedirektoratet i implementeringsarbeidet bare i begrenset grad benytter seg av tiltak som iverksetter retningslinjen.

Avdelingslederne har i intervju uttalt at det er uklart hvor langt Helsedirektoratets ansvar for implementering strekker seg. Lederundersøkelsen viser at det er bred enighet blant avdelingslederne om at direktoratet har ansvar for å gjøre retningslinjene og veilederne kjent for relevante målgrupper gjennom publisering. Lederne er mer delt i synet på om direktoratet har ansvar for at relevante målgrupper skal gjøre seg nytte av retningslinjer og veiledere, og for at disse skal bidra til forbedret praksis.

Videre analyser viser at det er en klar sammenheng mellom antall implementeringstiltak gjennomført for den enkelte retningslinje/veileder, og hvilken nytte fylkesmannsembetene mener at denne har. Desto flere implementeringstiltak som er blitt iverksatt, desto større nytte har de hatt av retningslinjen eller veilederen.

Det blir jevnt over iverksatt flere implementeringstiltak for retningslinjer enn for veiledere. Medianen for antall iverksatte tiltak for veiledere er seks, mens den for antall iverksatte tiltak for retningslinjer er åtte.

For å støtte implementeringsarbeidet er det utarbeidet en egen implementeringsplan for i overkant av en tredel av retningslinjene og veilederne som er undersøkt i implementeringsundersøkelsen. Det blir gjennomført flere implementeringstiltak – i gjennomsnitt 8,5 – i de tilfellene det blir utviklet en egen implementeringsplan og 6,5 implementeringstiltak der det ikke er utarbeidet en slik plan.

En gjennomgang viser at det er store forskjeller mellom implementeringsplanene, både i utforming og innhold. I noen tilfeller består implementeringsplanen bare av en distribusjonsliste eller en liste over foreslåtte tiltak. I disse tilfellene er antallet gjennomførte implementeringstiltak også lavt. I andre tilfeller er implementeringsplanen omfattende både når det gjelder antall tiltak, og når det gjelder beskrivelsen av det enkelte tiltaket. I disse tilfellene blir det også gjennomført flere implementeringstiltak.

5.3.2 I hvilken grad følger direktoratet egne krav til implementering?

Det er undersøkt om tre av de fem minimumstiltakene er fulgt i implementeringsarbeidet for utvalget på 16 retningslinjer og 20 veiledere. Revisjonen har ikke hatt tilgang til data om de to andre minimumstiltakene. De tre undersøkte minimumstiltakene er:

- Det skal trykkes en kort-/brukerversjon og en lang versjon av retningslinjedokumentet.
- Det skal publiseres en nettversjon, og en nyhetssak på helsedirektoratet.no.
- Hovedmålgruppen skal ved brev (elektronisk eller i post) gjøres kjent med at det foreligger nye faglige retningslinjer.

Disse tre kravene er fulgt i bare 5 av 16 tilfeller ved implementeringen av retningslinjer og i bare 4 av 20 tilfeller ved implementeringen av veiledere. Det er oftest kravet om kort-/ brukerversjon som ikke blir fulgt.

Selv om det er ulike krav til implementering av retningslinjer og veiledere, viser undersøkelsen at det ikke er noen faktisk forskjell mellom retningslinjer og veiledere i om de tre kravene blir fulgt i implementeringsfasen. Det er ikke etablert faste rutiner for å systematisere eller dele erfaringer fra implementeringsprosesser med andre avdelinger eller divisjoner.

5.3.3 I hvilken grad er retningslinjer og veiledere nyttige for målgruppene?

Forskjellen mellom retningslinjer og veiledere

Helse- og omsorgsdepartementet skriver i brev av 8. mai 2012, som svar på en henvendelse fra KS, at nasjonale faglige retningslinjer vil være et naturlig grunnlag for vurdering av hva som er å anse som forsvarlig behandling i helsetjenesten. Helse- og omsorgsdepartementet skiller mellom den juridiske statusen til henholdsvis retningslinjer og veiledere. Mens nasjonale retningslinjer er å anse som faglig normerende, inneholder veilederne råd og veiledning uten å ha samme normerende status.

I Prop. 91 L (2010–2011) *Lov om kommunal helse- og omsorgstjenester m.m.* er det ikke noe klart skille mellom publikasjonstypene nasjonale faglige retningslinjer og veiledere når det gjelder juridisk status. Helse- og omsorgsdepartementet peker på at begge publikasjonstypene bør være basert på kunnskap om god praksis. Videre går det fram av proposisjonen at både veiledere og faglige retningslinjer beskriver nasjonale myndigheters oppfatning av hva som er god faglig praksis, men at de ikke er bindende for tjenestene.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Kunnskapssenteret) mener at det ikke er behov for å skille mellom publikasjonstypene retningslinjer og veiledere. Kunnskapssenteret peker på at begge publikasjonene gir anbefalinger, er kunnskapsbaserte og basert på metodene som er skissert i *Retningslinjer for retningslinjer*. Senteret mener at det er utydelige kriterier, eller begrunnelser, for å kalle det den ene eller andre publikasjonstypen. Både Helsetilsynet og fylkesmannsembetene opplever at det er liten reell forskjell mellom retningslinjer og veiledere.

Helsetilsynet fører ikke tilsyn med hvordan retningslinjene eller veilederne blir etterlevd, men benytter dem som grunnlag for å finne ut hva som ligger i kravet til faglig forsvarlighet i helsetjenesten. Generelt savner Helsetilsynet klarere formuleringer av hva som er krav til faglig forsvarlighet, i retningslinjene og veilederne fra Helsedirektoratet.

De aller fleste fylkesmannsembetene bruker både retningslinjer og veiledere som normerende i sitt tilsynsarbeid. Fem embeter oppgir at det er forskjell på i hvor stor grad retningslinjer og veiledere benyttes som normerende. Ifølge disse embetene er retningslinjene mer presise, har større faglig tyngde og er tydeligere i sine anbefalinger. Derfor blir retningslinjene brukt i større grad enn veilederne.

Nytte for tilsynsmyndighetene

Fylkesmannsembetene benytter retningslinjer og veiledere fra Helsedirektoratet både i tilsyns- og i veiledningsfunksjonen de har overfor kommunene og sykehusene. Veiledningsfunksjonen er mer omfattende overfor kommunene enn overfor sykehusene.

Tabell 6 Fylkesmennenes vurdering av retningslinjer og veilederes faglige kvalitet, nytte i tilsyns- og veiledningsfunksjonen og oppdatering. 2012. Gjennomsnittlig score på skala fra 1 = "i svært liten grad" til 6 = "i svært stor grad"

		Faglig sett gode? N = [15,18]	Nyttige i tilsyns- og veiledningsfunksjonen? N = [17,18]	Blir de løpende oppdatert? N = [4,12]
Kommunene	Helsestasjon	5,0	4,4	2,8
	Psykisk helse og rus	5,1	4,8	2,8
	Omsorgstjenester	5,1	5,4	3,2
Sykehusene	Rus	4,7	4,9	3,6
	Psykisk helse	5,0	5,2	3,3
	Kreftbehandling	5,2	4,9	4,0

Kilde: Fylkesmannsundersøkelsen

Tabell 6 viser at fylkesmannsembetene jevnt over vurderer Helsedirektoratets retningslinjer og veiledere – både de som er rettet mot kommuner, og de som er rettet mot sykehus – som faglig gode. Retningslinjene og veilederne oppfattes også i stor grad som nyttige i Fylkesmannens tilsyns- og veiledningsfunksjon på alle områder, og det er små forskjeller i nytte mellom områdene.

Fylkesmannsembetene mener jevnt over at publikasjonene i liten grad holdes løpende oppdatert, for eksempel med tanke på regelverksendringer og faglig utvikling. Tabell 6 viser at retningslinjer og veiledere rettet mot sykehusene i større grad oppfattes å være løpende oppdatert enn publikasjonene rettet mot kommunene.

Nytte for helseforetakene og kommunene

Som tilsyns- og veiledningsmyndighet er fylkesmannsembetene også bedt om å vurdere nytten av retningslinjer og veiledere for kommuner og sykehus.

Fylkesmannsembetene mener at helsetjenesten i nokså stor grad gjør seg nytte av retningslinjer og veiledere fra Helsedirektoratet. Embetene oppfatter at nytten er noe større for sykehus enn for kommuner. Samtidig mener nesten alle fylkesmannsembetene at Helsedirektoratet bør styrke implementeringsarbeidet overfor både sykehus og kommuner, og i størst grad overfor kommunene.

Ingen av fylkesmannsembetene mener at ressursituasjonen er til hinder for å ta i bruk retningslinjer og veiledere i sykehusene. For kommunene er situasjonen en annen. Halvparten av embetene mener at kommunene ikke har nok ressurser til å følge opp anbefalingene i retningslinjene og veilederne. Gruppeintervjuer med Fylkesmannens rusrådgivere og kompetansesentrene for rus viser at antallet retningslinjer og veiledere er så stort at det særlig for små kommuner er utfordrende å forholde seg til dem. Halvparten av fylkesmannsembetene mener at det først og fremst er de store kommunene som gjør seg nytte av retningslinjer og veiledere.

Flertallet av fylkesmannsembetene mener at mange kommuner i praksis forholder seg til minimumskravene i loven og ikke til Helsedirektoratets retningslinjer og veiledere.

Ifølge departementet har direktoratet erkjent at arbeidet ikke har vært tilstrekkelig, og vedtok i 2012 å sette i gang et arbeid med en overordnet implementeringsstrategi for nasjonale faglige retningslinjer og veiledere. Strategien retter seg mot prosjektledere internt i direktoratet, eksterne deltakere i arbeidsgrupper og tjenesteytere- og mottakere. Strategien skal blant annet bidra til effektiv ressursbruk, samordnet innsats, større grad av standardisering av implementeringsarbeidet, samt profesjonalisering av arbeidet rettet mot eksterne samarbeidspartnere. Strategien er planlagt ferdigstilt i 2014.

5.4 Helsedirektoratets arbeid med nasjonale planer

I 2012 hadde direktoratet ansvar for 36 nasjonale planer. Antallet planer var omtrent det samme de to foregående årene.⁴⁵ Nasjonale planer omtales i styringsdokumentene også som handlingsplaner, opptrappingsplaner, strategier eller lignende.

45) Antallet var 34 i 2010 og 39 i 2011, jf. statsbudsjettet 2010 og 2011, kap. 720 Helsedirektoratet, tildeling av bevilgning, vedlegg (i 2011).

Tabell 7 Nasjonale planer tillagt Helse- og omsorgsdepartementet i 2012, etter virksomhetsområde og ansvarlig divisjon

Virksomhetsområde	Ansvarlig divisjon i Helse- og omsorgsdepartementet	Antall planer
Folkehelse	Folkehelse	14
Kommunale helse- og omsorgstjenester	Primærhelsetjenester	15
Spesialisthelsetjenester	Spesialisthelsetjenester	7
Sum		36

Kilde: Statsbudsjettet 2012, kap. 720 Helse- og omsorgsdepartementet, tildeling av bevilgning

Tabell 7 viser at det er fagdivisjonene i Helse- og omsorgsdepartementet som ivaretar nasjonale planer. Fordelingen mellom divisjonene har variert noe de tre siste årene, men i 2012 hadde divisjonene Folkehelse og Primærhelsetjenester ansvar for flest nasjonale planer.

5.4.1 Hvilke oppgaver, aktører og virkemidler inngår i de tre nasjonale planene?

Tabellen nedenfor gir en oversikt over sentrale kjennetegn ved de tre nasjonale planene som inngår i revisjonen, når det gjelder oppgaver, aktører og tilgjengelige virkemidler.

Tabell 8 Helse- og omsorgsdepartementets hovedoppgave, sentrale iverksettende aktører og virkemidler i de tre nasjonale planene. 2012

	Opptappingsplanen for rusfeltet	Omsorgsplan 2015	Kreftstrategien
Helse- og omsorgsdepartementets hovedoppgave	Rapportere status fra deltakende departementer iverksette 40 % av planens 147 tiltak	Sikre at planen blir fulgt opp innenfor departementets sentrale virksomhetsområder og tverrgående satsingsområder	Ivareta en helhetlig oppfølging, både innad i helsetjenesten og på tvers av helse- og sosialtjenesten
De mest sentrale iverksettende aktørene	Åtte departementer* (Helse- og omsorgsdepartementet koordinerer) Fylkesmannsembetet Sju regionale kompetansesentre (KoRUS) og ulike kompetansesentre/forskningsenheter Kommunene primær iverksetter	Fylkesmannsembetet Fem regionale sentre for omsorgsforskning Andre kompetansesentre/forskningscentre** 40 utviklingscentre for sykehjem og hjemmetjenester Kommunene primær iverksetter	Arbeidsgrupper for ulike krefttyper Nasjonalt kunnskaps-senter for helsetjenesten (underliggende etat i Helse- og omsorgsdepartementet) Sykehusene primær iverksetter***
Det mest sentrale virkemiddelet	Tilskudd	Tilskudd	Retningslinjer

* Arbeidsdepartementet, Samferdselsdepartementet, Kommunal- og regionaldepartementet, Justis- og beredskapsdepartementet, Utenriksdepartementet, Finansdepartementet og Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet.

** For eksempel Alderspsykiatrisk forskningssenter ved sykehuset Innlandet HF, Nasjonal kompetansesenter for minoritetshelse (NAKMI) og Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse (NKAH).

*** I tillegg er RHF-ene, Kreftregisteret, Statens strålevern og Kreftforeningen aktører som er viktige i arbeidet med iverksettning av de øvrige tiltakene i planen (intervju i Helse- og omsorgsdepartementet 3.7.2012).

Tabell 8 illustrerer at det er en betydelig variasjon mellom oppdragene Helse- og omsorgsdepartementet er tillagt i tilknytning til hver av de tre nasjonale planene. Mens Opptappingsplanen for rusfeltet er et samarbeid mellom en rekke departementer, foregår arbeidet med Omsorgsplan 2015 og Kreftstrategien innenfor Helse- og omsorgsdepartementets ansvarsområde.

For Opptrappingsplanen for rusfeltet er Helsedirektoratets oppgave begrenset til å oppsummere status og framdrift basert på tiltaksrapportering fra åtte departementer.⁴⁶ For de to andre planene har direktoratet et nasjonalt ansvar for å koordinere oppfølgingen.⁴⁷ Som det går fram av tabell 8, varierer det også mellom de tre nasjonale planene hvor mange og hvilke aktører som er involvert i iverksettingen.

Hvilke virkemidler som står til rådighet, varierer også mellom de tre nasjonale planene. En hovedforskjell er at tilskudd er mye brukt for iverksetting av Opptrappingsplanen for rusfeltet (for eksempel tilskudd til kommunalt rusarbeid og frivillige organisasjoner) og Omsorgsplan 2015 (for eksempel finansiering av prosjekter i regi av kompetanse- og kunnskapssentre, tilskudd til kompetansetiltak og investerings-tilskudd fra Husbanken). I Krefstrategien er bruken av tilskudd stort sett begrenset til tilskudd til drift av de onkologiske faggruppene (for eksempel Norsk Bryst Cancer Gruppe, Norsk Gastrointestinal Cancer Gruppe og Norsk Lunge Cancer Gruppe) og finansiering av enkelte prosjekter, mens de faglige retningslinjene her er det sentrale tiltaket for realisering av strategiens ambisjoner.

5.4.2 Hvordan er arbeidet med de tre nasjonale planene organisert?

I en del tilfeller er arbeidet med nasjonale planer organisert som prosjekt. 38 prosent av de ansatte som har vært involvert i arbeid med nasjonale planer, oppgir at dette var organisert i et prosjekt, mens det bare er halvparten som opplyser at de har brukt Helsedirektoratets metodikk for prosjektarbeid, Rett på prosjekt.

Tabell 9 Intern organisering av de tre nasjonale planene. 2012

	Opptrappingsplanen for rusfeltet	Omsorgsplan 2015	Krefstrategien
Involverte aktører internt	Oppgavene på rusfeltet ivaretas i fem avdelinger Mange involvert	Samarbeider med andre avdelinger ved behov Mange involvert	Lite samarbeid med andre avdelinger Få involvert
Prosjektorganisering	Nei	Formelt i kompetanseløftet og uformelt i delplanene	Nei
Personalressurser avsatt internt	Nei	Kun i kompetanseløftet	Ja, i teamet
Koordinators ansvarsområde	Én koordinator for hele feltet Kun internt ansvar	Én koordinator for planen samlet Prosjektledere for hver av de tre delplanene Internt og eksternt ansvar	Team med formell teamleder Internt og eksternt ansvar

I de tre nasjonale planene som er nærmere undersøkt, er det stor variasjon i organiseringen av arbeidet og begrenset bruk av prosjektorganisering. Når det gjelder involverte aktører, går det fram av tabell 9 at oppgavene i Opptrappingsplanen for rusfeltet involverer fem avdelinger i direktoratet, slik at behovet for intern koordinering og samordning er stort. For det samlede arbeidet med omsorgsplanen er det etablert én koordinatorfunksjon, i tillegg til at det er en prosjektleder for hver av de tre delplanene. Det er bare Kompetanseløftet under Omsorgsplan 2015 som formelt er organisert som et prosjekt.

Arbeidet med Krefstrategien er lagt til Avdeling sykehustjenester og er fra 2012 organisert som teamarbeid med teamleder. Arbeidet ledes imidlertid av en eksternt prosjektdirektør. Teamlederen for Krefstrategien i Helsedirektoratet er organisatorisk

46) Notat fra Helsedirektoratet av 23.3.2012.

47) Helsedirektoratet (2010), Årsrapport 2008, Omsorgsplan 2015, IS-1775 side 9, Helse- og omsorgsdepartementet (2006), Nasjonal strategi for kreftområdet 2006–2009 og intervju i Helsedirektoratet 3.7.2012.

plassert på nivå med prosjektdirektøren, og begge rapporterer til lederen for Avdeling sykehus tjenester.

I arbeidet med Opptrappingsplanen for rusfeltet og Omsorgsplan 2015 er antallet involverte saksbehandlere stort. Sammenlignet med de to andre nasjonale planene er antallet saksbehandlere som arbeider med Krefstrategien, svært avgrenset. En gjennomgang viser at informasjon i liten grad blir delt mellom de aktørene som er involvert i nasjonale planer. Det foreligger ikke noen samlet informasjon, for eksempel på en nettside (intern eller ekstern), som gir en oversikt over aktivitetene under hver av de tre planene. Mens det for Opptrappingsplanen for rusfeltet og Omsorgsplan 2015 finnes oversikter over tiltak og ansvar, eksisterer det ingen samlet oversikt med løpende oppdatert informasjon om tiltakene som inngår i Krefstrategien.

For Opptrappingsplanen for rusfeltet er det etablert et avdelingsdirektørforum for lederne av de avdelingene som er involvert i arbeidet med planen, og der koordinatoren for opptrappingsplanen fungerer som sekretær. For Omsorgsplan 2015 er møtearenaene organisert innen hver delplan.

I brev av 9. august 2013 viser Helse- og omsorgsdepartementet til at det finnes formelle møteplasser der saksbehandlere og ledere på ulike nivåer fra fylkesmannsembetene, Husbanken, de fem regionale sentre for omsorgsforskning og de 40 utviklingssentrene for hjemmetjenester og sykehjem, deltar. Det arrangeres to til tre konferanser i året der Omsorgsplan 2015 med delplanene Demensplan 2015, Nevroplan 2015 og Kompetanseløftet inngår. I tillegg er det opprettet et arbeidsutvalg (AU) blant saksbehandlere hos fylkesmannsembetene og i Helsedirektoratet.

I Krefstrategien har det vært arbeidet innenfor rammene av teamet som i 2012 ble etablert i Avdeling sykehus tjenester. Det er jevnlig kontakt mellom teamleder og ekstern prosjektdirektør. Det er ikke noe formalisert internt samarbeid med de avdelingene som arbeider med forebygging, og det har vært lite samarbeid med disse avdelingene i gjennomføringen av strategien.

Når det gjelder myndighet til å koordinere, er ansvaret for gjennomføring av tiltakene plassert i linjen, slik hovedregelen er for forankring av arbeid i Helsedirektoratet. Dersom planlagte tiltak ikke er fulgt opp, gir koordinatorene melding til ansvarlig linjeleder. Koordinator for Opptrappingsplanen for rusfeltet påpeker at de ulike avdelingenes prioriteringer er avgjørende for om tiltak følges opp, noe som i enkelte tilfeller gir noen utfordringer.

6 Helse- og omsorgsdepartementets styring av Helsedirektoratet

Helse- og omsorgsdepartementets styring av Helsedirektoratet skjer gjennom⁴⁸

- instruks med vedlegg over faste oppdrag
- delegasjon (overføring av myndighet)
- tildelingsbrev
- etatsstyringsmøter

Helse- og omsorgsdepartementet setter mål og aktivitetskrav for Helsedirektoratet i de årlige tildelingsbrevene. I tillegg kommer alle de faste og løpende oppgavene Helsedirektoratet har, og som er angitt i vedlegg til tildelingsbrevet. I tilfeller der Helse- og omsorgsdepartementet må gi oppdrag gjennom året, skal disse gis i henhold til fastsatte rutiner og drøftes mellom Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet før de formaliseres.⁴⁹

I hovedinstruksen til Helsedirektoratet går det fram at direktoratet, i tillegg til oppgavene det får fra departementet, kan gjennomføre egeninitierte oppdrag innen sine ansvarsområder. Eventuelle prioriteringskonflikter mellom slike oppgaver, oppdrag fra tildelingsbrevet og etatens faste oppgaver skal diskuteres i styringsdialogen med departementet.⁵⁰ Videre skal prinsipielle og vesentlige spørsmål knyttet til gjennomføringen av direktoratets oppgaver, herunder tiltak som kan påvirke ressursbruken i sektoren, avklares med departementet.⁵¹

6.1 Krav til mål, resultater og effektiv ressursbruk

Tabell 10 Antall og type mål, styringsparametere og oppdrag/aktivitetskrav i tildelingsbrevet til Helsedirektoratet for årene 2009–2012

	2009	2010	2011	2012
Antall mål	62	62	60	60
Mål som er målbare	4	9	8	7
Mål som ikke er målbare	40	30	42	42
Mål som egentlig er aktivitetskrav eller oppdrag	18	23	10	11
Antall styringsparametere	112	26	48	66
Styringsparametere med resultatkrav	0	0	2	6
Styringsparametere uten resultatkrav	92	24	46	60
Styringsparametere, men egentlig aktivitetskrav	20	2	0	0
Antall oppdrag/aktivitetskrav	206	170	176	122

Kilde: Tildelingsbrev fra Helse- og omsorgsdepartementet til Helsedirektoratet 2009–2012

Det går fram av tabell 10 at antall mål i tildelingsbrevet har vært relativt stabilt fra 2009 til 2012 – fra 62 i 2009 til 60 i 2012. Antallet mål som ikke er målbare, varierer fra 30 til 42 i det enkelte år. Antallet mål som det er mulig å måle, er også nokså stabilt, og varierer mellom 4 og 9 i det enkelte år. Antallet mål som Helse- og

48) Hovedinstruks for Helsedirektoratet av 1. februar 2012.

49) Tildelingsbrev Helsedirektoratet 2011.

50) Hovedinstruksen for Helsedirektoratet fra 2012, s. 2.

51) Hovedinstruks for Helsedirektoratet fra 2012, s. 3.

omsorgsdepartementet betegner som mål, men som i realiteten innebærer gjennomføring av oppgaver eller aktiviteter, er redusert i perioden – fra 23 i 2010 til 11 i 2012.

I vedleggene til tildelingsbrevet er det angitt mange løpende oppgaver, for eksempel rollene Helsedirektoratet har, og ansvaret for ulike helselover, nasjonale planer (handlingsplaner) og sekretariatsfunksjoner. Disse oppgavene kommer i tillegg til mål og krav i tildelingsbrevet slik det er presentert i tabell 10. Helse- og omsorgsdepartementet opplyser at oppdrag fra tidligere tildelingsbrev som hovedregel også gjelder påfølgende år, med mindre oppdragene formelt er avsluttet eller det er enighet mellom Helse- og omsorgsdepartementet og direktoratet om at de utgår.

Tabell 10 viser videre at det totale antallet styringsparametere i tildelingsbrevet til Helsedirektoratet har variert i perioden. I 2009 ble det gitt i alt 112 styringsparametere, mens det i 2012 ble gitt 66 styringsparametere. Det er gjennomgående få av Helse- og omsorgsdepartementets styringsparametere som har et konkret resultatkrav eller ambisjonsnivå knyttet til seg. I 2012 hadde bare 6 av totalt 66 styringsparametere et tilhørende resultatkrav.

En nærmere gjennomgang av tildelingsbrevet for 2012 viser at mål og styringsparametere i stor grad er knyttet til direktoratets iverksetter- og fagrolle. Det er gitt flere mål og styringsparametere innenfor de ulike virksomhetsområdene, som for eksempel folkehelse og kommunale helse- og omsorgstjenester, og for tverrgående områder, som for eksempel elektronisk samhandling. Når det gjelder forvaltningsrollen, for eksempel ansvaret for ulike helselover, er dette i stor grad omtalt som løpende oppgaver i vedlegget til tildelingsbrevet.

Tabell 10 viser også at antall konkrete oppdrag eller krav om gjennomføring av aktiviteter som gis i selve tildelingsbrevet, har blitt redusert siden 2009. I 2009 ble det gitt 206 slike oppdrag eller aktivitetskrav, mens antallet var 122 i 2012. Sammenlignet med styring gjennom mål og styringsparametere utgjør imidlertid styring gjennom krav om bruk av virkemidler / gjennomføring av oppdrag fremdeles en svært stor del av Helse- og omsorgsdepartementets styring.

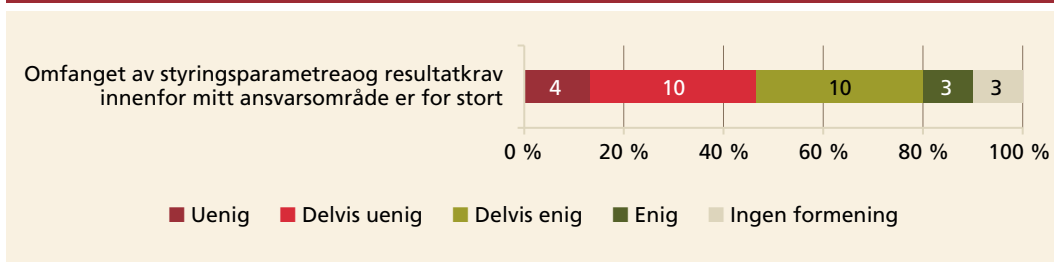
Sammenlignet med tilsvarende for andre virksomheter er Helsedirektoratets tildelingsbrev omfattende. I prosjektrapporten *Departementenes målstyring av underliggende virksomheter*, Universitetet i Oslo, er tildelingsbrevet til 75 forvaltningsorganer analysert. For alle de undersøkte forvaltningsorganene er gjennomsnittet 20 mål og styringsparametere i 2012. Helsedirektoratet har flest mål og styringsparametere med 121.

Representanter for ledelsen og administrasjonen i Helsedirektoratet uttaler at direktoratet får svært mange krav, oppgaver og faste oppdrag i tildelingsbrevet. I tillegg forventer Helse- og omsorgsdepartementet at direktoratet skal ha ledig kapasitet til å håndtere nye oppdrag gjennom året.

Helsedirektoratet har gjennom flere år vært i dialog med Helse- og omsorgsdepartementet og deltatt i prosjekter/arbeidsgrupper for å utarbeide utkast til et mer oversiktlig tildelingsbrev. Direktoratet har fremdeles et ønske om en bedre struktur på tildelingsbrevet. Ledelsen opplyser at direktoratet gir innspill til tildelingsbrevet. I Helsedirektoratets årsrapport for 2011 går det fram at "oppdragsmengden gitt fra Helse- og omsorgsdepartementet er svært omfattende og bærer til dels preg av sterk detaljstyring". I forkant av tildelingsbrevet i 2012 og 2013 meldte direktoratet inn behov for å redusere oppgavemengden. Innspill om behov for reduksjon i oppgavemengden er i liten grad blitt tatt til følge av Helse- og omsorgsdepartementet.

Ledelsen i Helsedirektoratet mener at Helse- og omsorgsdepartementet i stor grad fastsetter hvordan Helsedirektoratet skal gjennomføre oppgavene. Ledelsen i direktoratet opplever videre at det er liten grad av målstyring, med målformuleringer der direktoratet selv kan velge virkemidler for å nå målet. Lederundersøkelsen viser at avdelingslederne er delt når det gjelder i hvilken grad de opplever å ha frihet til å velge virkemiddel for å nå mål innen eget ansvarsområde. 8 av 30 ledere mener at Helse- og omsorgsdepartementet ikke gir direktoratet slik frihet, mens 21 av 30 opplever at direktoratet får denne friheten.

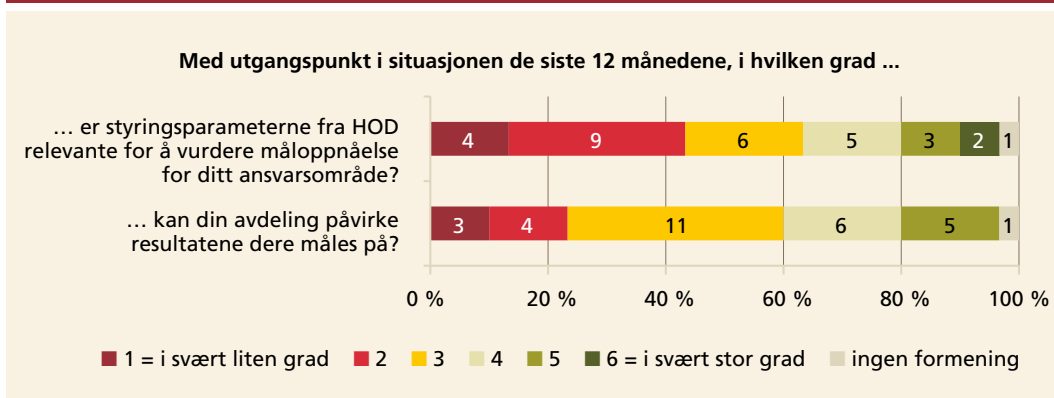
Figur 15 Avdelingsledernes vurdering av omfanget av styringsparametere og resultatkrav.
Antall. N = 30



Kilde: Lederundersøkelsen

Figur 15 viser at avdelingslederne er delt i synet på om omfanget av styringsparametere og resultatkrav er for stort. 13 av 27 ledere er enig eller delvis enig i at dette omfanget er for stort.

Figur 16 Avdelingsledernes vurdering av styringsparameterne fra Helse- og omsorgsdepartementet.
Antall. N = 30



Kilde: Lederundersøkelsen

Figur 16 viser at et flertall av lederne mener at styringsparameterne fra Helse- og omsorgsdepartementet i mindre grad er relevante for å vurdere måloppnåelsen innenfor eget ansvarsområde. Et flertall av lederne mener også at egen avdeling i mindre grad kan påvirke resultatene de måles på.

6.1.1 Hvordan utøver Helse- og omsorgsdepartementet styringen av Helsedirektoratet?

I tildelingsbrevet til Helsedirektoratet for 2010 står det at det i vesentlig grad er basert på aktivitetsstyring, og at dokumentet inneholder få styringsparametere for effekter på tjeneste- eller samfunnsnivå. I 2010 ble det igangsatt et prosjekt mellom departementet og Helsedirektoratet for å utvikle bedre styringsparametere på utvalgte områder. Et viktig område for prosjektet var hvordan Helse- og omsorgsdepartementet skulle

utforme bedre styringsdokumenter (tildelingsbrev) til Helsedirektoratet. DFØ (Direktoratet for økonomistyring) deltok i prosjektet. Delprosjektet om utformingen av tildelingsbrevet er nå avsluttet. Helse- og omsorgsdepartementet uttaler at prosjektet ikke nådde målsettingen når det gjaldt å komme fram til en hensiktsmessig struktur på tildelingsbrevet.

Helse- og omsorgsdepartementet opplyser at det fra opprettelsen av direktoratet og fram til i dag har blitt gjennomført flere prosjekter med sikte på å bedre utformingen av tildelingsbrevet. Disse prosjektene har ført til endret struktur, redusert antall sider, en reduksjon i antallet mål i tildelingsbrevet og at faste oppdrag er blitt fjernet.

Det gjennomføres årlig en prosess i departementet for å utarbeide tildelingsbrevet. En enhet i Helse- og omsorgsdepartementet koordinerer arbeidet og involverer de aktuelle avdelingene underveis i prosessen. Prosessen for arbeidet blir diskutert internt i departementet før den også diskuteres med direktøren for Helsedirektoratet. Etter at det er blitt enighet i Helse- og omsorgsdepartementet om et utkast til tildelingsbrev, sendes det til direktoratet for innspill.

Når Helsedirektoratet har gitt tilbakemelding på utkastet til tildelingsbrev, samordner den koordinerende enheten i Helse- og omsorgsdepartementet det videre arbeidet fram mot det endelige tildelingsbrevet. Ifølge departementet er dette en krevende prosess, siden den koordinerende enheten ikke kan overstyre fagavdelingenes prioriteringer. Den koordinerende enheten løfter ved behov prioriteringsspørsmål opp på ledelsesnivå i departementet, til gjennomgang i ekspedisjonssjefsmøte eller til departementsråden. Når det er oppnådd administrativ enighet om tildelingsbrevet, sendes tildelingsbrevet til politisk ledelse for gjennomgang og godkjenning. Det endelige tildelingsbrevet sendes direktoratet i løpet av desember.

Helse- og omsorgsdepartementet uttaler at tildelingsbrevet er preget av gjennomføring av vedtatt politikk, og at det er tett dialog mellom departementet og direktoratet om løsning av mange av disse oppgavene. De mange målene i tildelingsbrevet, med angivelse av hvilke aktiviteter direktoratet skal utføre, og den detaljerte og tette oppfølgingen fra departementet i løpet av året begrenser handlingsrommet til direktoratet. Videre påpeker departementet at utføring av konkrete oppgaver kan stille direktoratet overfor store faglige utfordringer, for eksempel helsefaglig, økonomisk, juridisk og på ikt-området. Direktoratet og departementet må derfor ofte samarbeide tett om oppfølgingen, for eksempel ved å foreta juridiske endringer i regelverk og håndtere budsjettmessige konsekvenser av tiltak. Det går fram av departementets risikovurdering av direktoratet i 2011 at forvaltningsrollen er gitt lavere prioritet i styringsdialogen mellom direktoratet og departementet enn direktoratets øvrige roller. Departementet opplyser at det arbeides med å balansere styringen mellom de tre ulike rollene. Samtidig peker Helse- og omsorgsdepartementet på at deres styring av Helsedirektoratet er tilpasset formålene til etaten og de virkemidlene den disponerer.

Helse- og omsorgsdepartementet presiserer at styringen av enkeltoppdrag i all hovedsak er knyttet til Helsedirektoratets iverksetterrolle og bestillinger i sammenheng med utforming av ny politikk. Departementet peker på at mål- og innhold i ny politikk fastsettes i departementet. Vedtatt politikk vil ofte være konkret, med for eksempel fastsatte milepæler og budsjetttrammer. Etter departementets vurdering har det begrenset merverdi å konstruere særskilte målformuleringer til erstatning for konkrete oppdrag og aktiviteter innen vedtatt politikk, eller å omformulere konkrete oppdrag som resultatindikatorer.

Departementet viser til at direktoratet innenfor iverksetterrollen nærmest opererer etter instruks fra departementet, og har begrensede frihetsgrader til selv å velge hvordan vedtatt politikk skal oppnås. Helse- og omsorgsdepartementet mener imidlertid at Helsedirektoratet er gitt stor frihet i gjennomføringen av andre roller, som faglig normering og veiledning, samt i utføringen av en rekke faste forvaltningsoppgaver. Faglig normering og veiledning skjer ifølge departementet uten innblanding fra deres side. Videre utføres forvaltningsoppgaver og lovforklaring innenfor fastsatte juridiske og forvaltningsmessige rammer, uten detaljstyring fra departementet. I tillegg har direktoratet stor frihet når det gjelder å gi råd til departementet ved utforming av ny politikk, herunder utarbeiding av rapporter og tiltak som svar på bestillinger fra HOD.

Ifølge departementet er det i 2012 innført flere rapporteringskrav knyttet til direktoratets faste oppgaver. Et mer omfattende rapporteringssystem vil imidlertid etter departementets syn ikke alene sikre riktig balanse mellom de tre rollene. Fordelingen av direktoratets oppdrag og ressurser er dynamisk og endres over tid, tilpasset den aktuelle situasjon og de oppgaver som til enhver tid må prioriteres. Departementet viser derfor til at direktoratet må gi beskjed til departementet dersom etaten mener at det er en ubalanse mellom rollene. Helse- og omsorgsdepartementet peker på at bakgrunnen for det store antallet mål og konkrete oppgaver i tildelingsbrevet henger sammen med at det er mange ulike mål innenfor hvert område av helsesektoren, og at det er vanskelig å vurdere måloppnåelsen.

Når det gjelder styringsparameterne i tildelingsbrevene, uttaler Helse- og omsorgsdepartementet at de fleste er av overordnet karakter, noe som skyldes at målene på området er langsiktige og overordnede. Den begrensede bruken av konkrete resultatmål henger ifølge Helse- og omsorgsdepartementet sammen med at Helsedirektoratet på kort og mellomlang sikt har få direkte virkemidler overfor helsesektoren og dens evne til å nå målene og innfri konkrete resultatmål. Direktoratet kan ikke pålegge kommuner, fylkeskommuner eller helseforetak konkrete tiltak. Helse- og omsorgsdepartementet viser til at styringsparametere kan gi god informasjon, men at dette krever innhenting av foreliggende eller ny statistikk. Det kan være tidkrevende, og departementet vurderer derfor hvor mange styringsparametere som skal settes. Mange av målene er ifølge Helse- og omsorgsdepartementet heller ikke så entydige at de på en enkel måte kan følges ved hjelp av styringsparametere.

6.1.2 Hvilken informasjon har departementet om ressursbruk og effektivitet i direktoratet?

Gjennomgangen av tildelingsbrevene viser at Helse- og omsorgsdepartementet ikke har etterspurt informasjon om ressursbruken i Helsedirektoratet når det gjelder gjennomføringen av direktoratets arbeidsoppgaver for 2009–2012. Helse- og omsorgsdepartementet har ikke spesifisert noen styringsparametere som skal måle ressursbruken i direktoratet disse årene, og har heller ikke bedt direktoratet om analyser av effektiviteten i oppgaveløsingen eller styringsinformasjon som er egnet til å belyse utviklingen i effektivitet.

På spørsmål om hvordan det følges opp at ressursene i Helsedirektoratet blir effektivt utnyttet, viser Helse- og omsorgsdepartementet til at de gjennomførte en risikovurdering av Helsedirektoratet i 2011. Risikovurderingen peker blant annet på utfordringer knyttet til balansen mellom direktoratets tre tillagte roller og til konkrete utfordringer i styringsdialogen mellom direktoratet og departementet. Ifølge Helse- og omsorgsdepartementet gjør departementet en overordnet vurdering av om direktoratet fungerer etter hensikten.

Helse- og omsorgsdepartementet viser i intervju til at departementet på et overordnet nivå vurderer antallet oppgaver Helsedirektoratet får, om direktoratet tilfredsstiller kravene til kvalitet og innhold i oppgaveløsingen, og om tidsfrister blir overholdt. Med bakgrunn i rapporteringer fra direktoratet, både i årsrapporten og på enkeltbestillinger, gjør Helse- og omsorgsdepartementet en overordnet vurdering av om etaten leverer gode produkter. Helse- og omsorgsdepartementet følger opp bruken av lønnsmidler i direktoratet. Det er innført standard kontoplan i direktoratet, noe som gjør det enklere for Helse- og omsorgsdepartementet å følge med i driftsregnskapet og sammenligne med andre virksomheter.

Departementet peker i brev av 9. august 2013 på at oppfølgingen overfor direktoratet primært er relatert til oppdragene i tildelingsbrevet og etatens iverksetting av vedtatt politikk. Oppfølgingen skjer gjennom krav til rapportering, egne fagmøter om håndtering av oppdrag og gjennom etatens leveranser av dokumenter m.m. til departementet. I tillegg gjennomgås årsrapporten og avviksrapporten i departementet med tilbakemelding til direktoratet i etatsstyringsmøter og i egne brev. På de faste kontaktmøtene om de største fagområdene er det løpende dialog om direktoratets oppgavehåndtering. For viktige prosjekter med høy risiko er det også etablert egne styringsgrupper under ledelse av departementet.

Departementet opplyser at direktoratets leveranser til departementet gir det et grunnlag for å vurdere direktoratets måloppnåelse og effektivitet. Departementet viser også til at direktoratet årlig må oversende en oversikt over disponeringen av de tildelte tilskuddsmidler og driftsmidler på 21-poster.

Departementet opplyser at det har vesentlige betenknninger med å innføre detaljerte krav om spesifisering av direktoratets grunnbevilgning på ulike tiltak og fagprofesjoner, siden det kan gi styringsmessige utfordringer for begge organisasjonene. Departementet mener det må foretas en balansert avveining mellom de ulike hensynene. I 2013 har departementet funnet det nødvendig å gå dypere inn i hvordan direktoratet disponerer sine bevilgninger til utvalgte, viktige fagområder og oppdrag, for eksempel bruk av midler til IKT. Erfaringene herfra vil få betydning for hvordan departementet arbeider videre med kontroll av ressursutnyttelsen i 2014.

Helse- og omsorgsdepartementet viser til at Helsedirektoratet er departementets underliggende organ, og framhever at forholdet mellom dem er basert på tillit. Mer kontroll med ressursbruken i direktoratet kunne ifølge Helse- og omsorgsdepartementet ha påvirket styringsdialogen negativt. I Helse- og omsorgsdepartementets risikovurdering av Helsedirektoratet trekkes det imidlertid fram at departementet oppfatter det som vanskelig å få et overordnet bilde av hvor godt direktoratet fungerer som etat, og hvor effektivt ressursene brukes. Det går også fram av risikovurderingen at Helse- og omsorgsdepartementet ønsker en oversikt over etatens fordeling av ressurser på fagområder og mer informasjon om hvordan direktoratet ivaretar rollen som forvaltningsorgan.

Departementet viser videre til at det er metodisk komplisert og ressurskrevende å forsøke å måle i hvilken utstrekning Helsedirektoratets dokumenter og aktiviteter påvirker folkehelsen eller helse- og omsorgstjenesten, slik at det vil være for ressurskrevende å forsøke å innføre et årlig rapporterings- eller målesystem der det tas sikte på å angi overordnede effekter av direktoratets aktiviteter. Departementet viser videre til at en optelling av utførte aktiviteter og produkter i direktoratet, koblet opp mot ressursbruk, ville gjøre det mulig å beregne direktoratets produktivitet. En slik metode vil ifølge departementet ikke fange opp variasjoner i kvaliteten på produktene, produktenes vesentlighet, kompleksitet og risiko i gjennomføringen, eller effekten av

aktivitetene. Derfor mener departementet at etablering av et slikt målesystem for produktivitet vil ha begrenset verdi for utføring av kjerneoppgavene i Helsedirektorat, og innebære et stort byråkrati. Departementet vil i samarbeid med direktoratet vurdere metoder for måling av produktivitet på utvalgte felt.

6.2 Prioritering av Helsedirektoratets ulike funksjoner og arbeidsoppgaver

6.2.1 Hvordan er innretningen på tildelingsbrevet til Helsedirektoratet?

For hvert av årene 2010 til 2012 har Helse- og omsorgsdepartementet innledningsvis i tildelingsbrevet trukket fram en del områder som har hatt særlig prioritet. I disse tildelingsbrevene ble det gitt henholdsvis 11, 9 og 8 overordnede prioriteringer.

I tildelingsbrevet for 2012 ble de følgende 8 overordnede prioriteringene omtalt:

- Nasjonal helse- og omsorgsplan
- samhandlingsreformen*
- tilbudet til kreftpasienter
- Opptrappingsplanen for rusfeltet*
- oppgaver knyttet til spesialistgodkjenning*
- tannhelsefeltet*
- lukking av avvik knyttet til Riksrevisjonens merknader*
- å bidra i arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet, herunder ny stortingsmelding om kvalitet og pasientsikkerhet

* Disse overordnede prioriteringene gjentas alle de tre undersøkte årene.

Helse- og omsorgsdepartementet opplyser at hensikten med de overordnede prioriteringene innledningsvis i tildelingsbrevet er å veilede om hva som er hovedinnretningen på tildelingsbrevet. De overordnede prioriteringene er ifølge departementet ikke avveid mot resten av oppdragene, og innebærer ikke at resten av oppgavene har lavere prioritet. Ifølge Helse- og omsorgsdepartementet har de overordnede prioriteringene begrenset praktisk betydning. Alle oppgaver som står i tildelingsbrevet, er prioriterte oppgaver som det forventes at direktoratet utfører i det aktuelle budsjettåret. Helse- og omsorgsdepartementet uttaler at det derfor heller ikke på andre måter er synliggjort at noen oppgaver er viktigere enn andre.

I Helse- og omsorgsdepartementets risikovurdering av Helsedirektoratet heter det:

"I tildelingsbrevet blir det i begrenset grad forsøkt å vektlegge viktigheten av oppdragene. Alle oppdrag som har "overlevd" de interne prosesser i departementet, samt styringsdialogen med direktoratet, er prioriterte oppdrag i tildelingsbrevet. Det er innledningsvis i tildelingsbrevet et kort avsnitt om overordnede prioriteringer."

I Helse- og omsorgsdepartementets risikovurdering av Helsedirektoratet går det videre fram at departementet normalt legger følgende rekkefølge for prioriteringer til grunn:

- 1 konkrete saker fra politisk ledelse
- 2 utføring av faste forvaltningsoppgaver
- 3 gjennomføring av vedtatt politikk
- 4 faglig rådgivning / faglig normerende saker
- 5 egeninitierte saker

Ifølge risikovurderingen mener Helse- og omsorgsdepartementet at det er risiko for at direktoratet prioriterer faglig rådgivning og egeninitierte oppdrag høyere enn departementet. Dokumentanalysen viser imidlertid at denne rekkefølgen for prioriteringene

fra Helse- og omsorgsdepartementets side i liten grad er kommet til uttrykk i den dokumenterte skriftlige styringsdialogen. Ifølge Helse- og omsorgsdepartementet er denne rekkefølgen et uttrykk for departementets forståelse og ikke avstemt med direktoratet.

Ledelsen i Helsedirektoratet opplyser at denne rekkefølgen ikke er gjort kjent for direktoratet, men at rekkefølgen virker ganske logisk. De mener imidlertid at det ikke vil være enkelt å forholde seg til denne rekkefølgen i praksis, blant annet fordi det vil være vanskelig å definere ulike oppdrag ut fra de fem kategoriene.

6.2.2 Hvordan er prioriteringene håndtert i styringsdialogen?

I referatene fra etatsstyringsmøtene fra 2009 til og med våren 2012 går det flere steder fram at visse områder er prioritert, men referatene inneholder bare ett eksempel på omtale av at noe kan nedprioriteres.

I enkelte etatsstyringsmøter er det tatt opp at Helse- og omsorgsdepartementet gir nye oppgaver gjennom året som kommer, i tillegg til oppgavene i tildelingsbrevet. I et etatsstyringsmøte fra 2011 ble det understreket hvor viktig det er at departementet følger prosedyrene for tildeling av nye oppgaver gjennom året, og at det i slike tilfeller vil bli aktuelt å prioritere mellom oppdragene innen de ulike fagområdene. I et referat fra våren 2012 ble mer spissede prioriteringer fra departementets side trukket fram som et tiltak for å forbedre styringsdialogen.

I tildelingsbrevet for 2012 står det at direktoratet har gitt Helse- og omsorgsdepartementet tilbakemelding om at summen av oppgaver for 2012 vil overstige det direktoratet har kapasitet til å gjennomføre innenfor de tildelte rammene. Departementet la derfor opp til en særskilt gjennomgang av prioriteringer i et etatsstyringsmøte våren 2012, og direktoratet ble i tildelingsbrevet bedt om å komme med forslag til hvordan det kan prioriteres mellom oppgaver innenfor ressursrammen. Referatene fra de to etatsstyringsmøtene våren 2012 dokumenterer ikke at dette konkret er blitt gjort, men viser at Helsedirektoratet er gitt aksept for å foreslå prioriteringer som følge av begrensede budsjettammer. Ledelsen i direktoratet opplyser at styringsdialogen i 2012 ikke førte til konkrete reduksjoner i oppgavemengden det året.

I avviksrapporteringen per 1. mai gir direktoratet sin vurdering av oppdrag som ikke kan gjennomføres som planlagt. Direktoratet sender et skriftlig forslag til oppgaver som kan strykes, nedjusteres eller utsettes. Den videre prosessen samordnes av den koordinerende enheten i Helse- og omsorgsdepartementet, og krever at alle berørte avdelinger i departementet blir involvert. Helse- og omsorgsdepartementet svarer skriftlig, og hvis et forslag ikke blir omtalt i brevet, innebærer det ifølge departementet at forslaget er akseptert.

Det finner sted kontaktmøter på ekspedisjonssjef- og divisjonsdirektørnivå mellom fagavdelinger i Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet om faglige spørsmål. I disse kontaktmøtene blir det tatt opp spørsmål om status på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet, for eksempel om frister kan utsettes, eller om omfanget av oppdrag kan nedjusteres. Departementets ekspedisjonssjefer er delegert myndighet til å korrigere direktoratets frister i kontaktmøter hvis det ikke påvirker andre avdelingens oppdrag negativt.

Helse- og omsorgsdepartementet uttaler at det med bakgrunn i det store antallet mål og konkrete oppdrag i tildelingsbrevet kan stilles spørsmål ved om direktoratet har nok handlingsrom og frihet til å ivareta fagrollen. Departementet påpeker at helsedirektøren og etaten gjennom styringsdialogen og faste møter med departementets

ledelse har et ansvar for å ta opp temaet dersom handlingsrommet for å utføre fagrollen blir presset.

Helse- og omsorgsdepartementet ber i tildelingsbrevet for 2013 om at direktoratet i mai kommer med et forslag til hvilke oppgaver som kan forskyves. Ifølge departementet er dette en erkjennelse av at oppdraget til direktoratet i realiteten er for stort. De interne prosessene i Helse- og omsorgsdepartementet gjør at det er vanskelig å fjerne et tilstrekkelig antall oppgaver før tildelingsbrevet sendes Helsedirektoratet. Departementet opplever at direktoratet tydelig formidler at de har for mange oppdrag. Departementet viser i brev av 9. august 2013 til at det gjennom styringsdialogen og tilbakemeldingen på tildelingsbrevet har grunnlag for å vurdere om oppgavemengden står i et rimelig forhold til ressursene. Departementet er innforstått med direktoratets tilbakemelding om at oppdragsmengden overstiger ressursgrunnlaget. Departementet har derfor i endelig tildelingsbrev forsøkt å komme direktoratet i møte ved å kutte i antall oppdrag, redusere omfanget av enkeltoppdrag og ved å forlenge enkelte tidsfrister.

6.3 Resultatrapportering og oppfølging

Helsedirektoratet rapporterer om sin samlede virksomhet i årsrapporten. Her skal direktoratet gi en overordnet vurdering av sitt arbeid innen de store virksomhetsområdene og status for de enkelte oppdragene. For oppdrag som ikke er fullført, skal det gis en kortfattet forklaring. Det skal også rapporteres på styringsparameterne som er gitt i tildelingsbrevet. I tillegg skal det rapporteres om effekt og oppnådde resultater knyttet til Helsedirektoratets forvaltning av tilskuddsmidler og driftsmidler sammen med innspill til budsjettekster for statsbudsjettet. Innen 20. mai kreves det rapportering om eventuelle avvik per 1. tertial.

I spørreundersøkelsen ble det stilt spørsmål om hvordan lederne i direktoratet opplever rapporteringen til Helse- og omsorgsdepartementet. Mens 10 av 27 ledere mener at omfanget av rapporteringskrav er for stort, mener 17 av 27 at det er rimelig.

Helse- og omsorgsdepartementet opplyser at de gir Helsedirektoratet skriftlig tilbakemelding på årsrapporten. Departementet vurderer for tiden om rapporteringen er god nok for de ulike forvaltningsoppgavene i Helsedirektoratet. Helse- og omsorgsdepartementet opplyser at det fra 2012 er innført noen nye styringsparametere for direktoratet som gjelder intern drift og ivaretagelse av andre roller enn iverksetterrollen, samt flere nye rapporteringskrav knyttet til faste oppdrag og forvaltningsrollen.

Helsedirektoratet bekrefter at Helse- og omsorgsdepartementet gir systematisk tilbakemelding på resultatrapporteringen. Tilbakemeldingen gis skriftlig og er et fast punkt i et etatsstyringsmøte.

Evalueringer

Ifølge Helse- og omsorgsdepartementet er det gjennomført én evaluering av Helsedirektoratet. Det er en underveisevaluering av Sosial- og helsedirektoratet, som ble foretatt av Statskonsult i 2004.

Det er i liten grad gjennomført evalueringer av Helsedirektoratets virksomhet. Helse- og omsorgsdepartementet viser til at det stadig skjer en form for omorganisering av Helsedirektoratet, fordi det er en løpende prosess å finne fram til en best mulig organisering av direktoratet. For eksempel er direktoratet utvidet med Helfo og KITH. Departementet opplyser at det er i kontinuerlig dialog med Helsedirektoratet om

utfordringer og organisering av direktoratet. Departementet mener at det får et godt bilde av hvordan Helsedirektoratet fungerer gjennom direktoratets leveranser og gjennom samarbeid i større prosjekter. Gjennom dette får departementet også et inntrykk av på hvilke fagområder kapasiteten bør styrkes eller kvaliteten forbedres.

Ifølge Helse- og omsorgsdepartementet er en evaluering et sterkt organisatorisk virkemiddel. En større evaluering av Helsedirektoratets virksomhet må derfor ha en tydelig begrunnelse og et klart formål. Etter underveisevalueringen i 2004 har det derfor ikke blitt vurdert som hensiktsmessig å sette i gang en større evaluering, siden det gjennomgående er stor oppslutning om nytten av å ha et helsedirektorat. Departementet mener imidlertid at det har behov for å få et bedre bilde av hvilken effekt direktoratets tiltak og produkter har for helse- og omsorgstjenestene, og for folkehelsen.

7 Vurderinger

7.1 Departementets styring av direktoratet er omfattende, detaljert og i hovedsak konsentrert om én av direktoratets tre tillagte roller

Departementets oppdrag til Helsedirektoratet er omfattende og har et stort innslag av aktivitetsstyring. Antallet krav til konkrete aktiviteter er i tildelingsbrevet redusert de seneste årene, men direktoratet gir fremdeles uttrykk for at det totale oppdraget er for omfattende i forhold til tildelte ressurser. Detaljeringsgraden, både i tildelingen og i oppfølgingen av oppdraget, gir direktoratet liten mulighet til selv å velge hvordan oppdraget skal gjennomføres for å nå målene og kravene til resultater som departementet har satt. Departementets omfattende innslag av aktivitetsstyring samsvarer i begrenset grad med sentrale prinsipper for mål- og resultatstyring av statlig virksomhet.

Helsedirektoratets ansvar er knyttet til rollene som forvaltningsorgan, fagorgan og iverksetter av vedtatt politikk på helse- og omsorgsområdet. Tildelingsbrevet fra Helse- og omsorgsdepartementet er konsentrert om Helsedirektoratets rolle som iverksetter av vedtatt politikk. Når den ene av direktoratets tre roller i så stor grad er vektlagt i departementets styring, kan det reises spørsmål ved om Helsedirektoratet er gitt tilstrekkelig mulighet for å sikre en nødvendig prioritering av fag- og forvaltningsrollen og dermed balansere de tre pålagte rollene.

Det går fram av økonomireglementet at mål skal oppnås på en effektiv måte, og at virksomheter skal sikre tilstrekkelig styringsinformasjon og et forsvarlig beslutningsgrunnlag. Departementets styring og oppfølging av Helsedirektoratet er knyttet til oppdragene i tildelingsbrevet og skjer gjennom krav til rapportering, egne fagmøter om håndteringen av oppdrag og gjennom ulike leveranser av dokumenter m.m. til departementet. Departementet stiller ikke tydelige krav til ressursutnyttelsen i direktoratet, og etterspør heller ikke rapportering om dette. Departementet har heller ikke informasjon om ressursutnyttelse og organisering fra evalueringer av Helsedirektoratets virksomhet. Samlet sett medfører dette at departementet har mangler i sitt grunnlag for å vurdere om Helsedirektoratet utnytter sine ressurser effektivt, og for å vurdere om oppgavemengden står i et rimelig forhold til de ressursene direktoratet er tildelt.

7.2 Helsedirektoratet har mangler i sin styring og oppfølging av virksomheten

Styringsprinsippene i staten tilsier at forvaltningen skal være effektiv, og målet om økt effektivitet sto sentralt da Sosial- og helsedirektoratet ble opprettet som eget direktorat i 2002. Ledelsen i Helsedirektoratet har i liten grad sørget for å skaffe seg styringsinformasjon om bruk av tid og ressurser på ulike arbeidsoppgaver, og det er ikke etablert noen systemer eller systematiske prosesser for å vurdere ressursbruk og organisering i oppgaveløsningen. Ledelsen i direktoratet opplyser at det blir gjort enkelte effektivitetsbetraktninger som ledd i intern oppfølging og i forbindelse med planleggingen av nye tiltak og oppgaver, men undersøkelsen viser at disse vurderingene ikke bygger på et dokumentert erfaringsgrunnlag.

Helsedirektoratet gjennomførte i 2012 en overordnet risiko- og sårbarhetsundersøkelse og en omdømmeundersøkelse av egen virksomhet. Disse undersøkelsene ga direktoratets ledelse ny informasjon, som igjen ga grunnlag for å bedre den interne styringen. En annen viktig kilde til styringsinformasjon er imidlertid de konkrete erfaringene

som gjøres ved gjennomføring av direktoratets oppgaver. For at Helsedirektoratet skal ha grunnlag for å vurdere om virksomheten er hensiktsmessig organisert, og om oppgavene løses effektivt, må erfaringene og resultatene fra det løpende arbeidet i større grad systematiseres og brukes som grunnlag for en kontinuerlig forbedring. Direktoratets ledelse sørger i liten grad for at direktoratets interne arbeidsprosesser blir analysert på en slik måte at effektiviteten i oppgaveløsingen kan vurderes og forbedres.

Direktoratet har over flere år meldt tilbake til departementet at det pålagte oppdraget er for omfattende til at det kan gjennomføres innenfor budsjettildelingen. Uten informasjon om ressursbruk på de ulike oppgavene vil anslag av hvor stor arbeidsmengde de ulike avdelingene og divisjonene kan håndtere være høyst usikker. Det er med dagens informasjonsgrunnlag vanskelig å fastslå om departementet pålegger direktoratet for mange oppgaver og en for stor samlet arbeidsmengde.

Helsedirektoratet har fastsatt interne frister for egen saksbehandling basert på en vurdering av hva som er rimelig saksbehandlingstid for de ulike sakstypene. Likevel etterspør ikke Helsedirektoratets ledelse informasjon om reelle saksbehandlingstider for bruk i sin styring av virksomheten. Etter revisjonens vurdering mangler direktoratets ledelse nødvendig informasjon for å kunne styre direktoratets saksbehandling og sikre at sakene behandles innen rimelig tid.

Undersøkelsen viser at saksbehandlingstiden i mange tilfeller er svært lang, og betydelig lengre enn de fristene direktoratet selv har fastsatt. Undersøkelsen viser at den gjennomsnittlige saksbehandlingstiden er lengre enn saksbehandlingsfristen for tre av de fem undersøkte sakstypene, og at andelen saker der de interne fristene for saksbehandlingstid ikke overholdes, er stor (fra 21 prosent til 83 prosent for de fem sakstypene). De lange saksbehandlingstidene kan få uheldige konsekvenser for de instansene og privatpersonene som er avhengige av svar fra Helsedirektoratet. Når Helsedirektoratet må håndtere store restanser og henvendelser om disse sakene, svekker det også effektiviteten i direktoratets saksbehandling.

Reglementet for økonomistyring i staten forutsetter at Helsedirektoratet har etablert en tilfredsstillende intern kontroll. Et hensiktsmessig kontrollmiljø er viktig for å bidra til å sikre gode rammebetingelser for Helsedirektoratets fagutøvelse. For å understøtte det faglige arbeidet må direktoratet for eksempel ha tydelige rutinebeskrivelser og metodeverk, klar ansvarsdeling, målrettede kompetansetiltak og nødvendig administrativ støtte.

Av undersøkelsen går det fram at Helsedirektoratet på tilskuddsområdet har oppdatert retningslinjene, tydeliggjort ansvarsdelingen mellom fagavdelingene og APØ og utviklet kurstilbudet for å understøtte arbeidet med tilskudd. For arbeidet med retningslinjer og veiledere er det ikke på samme måte iverksatt tiltak for å etablere et betryggende kontrollmiljø. Undersøkelsen viser at de interne retningslinjene for dette arbeidet har en uavklart status, at retningslinjesekretariatet som skal koordinere arbeidet med retningslinjer og veiledere, har et uklart mandat og manglende kapasitet, og at kompetansetiltak i liten grad brukes for å sikre at ansatte har nødvendig kunnskap om arbeidet.

Når det gjelder arbeidet med lovfortolkning og nasjonale planer, har Helsedirektoratet ikke forsøkt å understøtte dette arbeidet med felles rutiner eller metodeverk. På disse områdene er det også en svakhet at det ikke er utviklet målrettede interne kompetansetiltak for å styrke arbeidet med disse arbeidsoppgavene.

Undersøkelsen viser at Helsedirektoratet har en varierende praksis når det gjelder å legge til rette for god fagutøvelse gjennom etablering av hensiktsmessige kontrollmiljø. Dette gir grunnlag for å reise spørsmål ved om direktoratet har hatt tilstrekkelig helhetlig oppmerksomhet om dette temaet i styringen av virksomheten.

7.3 Det er svakheter i Helsedirektoratets styring og oppfølging av det faglige arbeidet

7.3.1 Lovfortolkninger tar for lang tid og gjøres ikke godt nok kjent

Helsedirektoratet er regelverksforvalter for 28 helserelevante lover med tilhørende forskrifter. Denne funksjonen innebærer at en rekke aktører søker juridisk avklaring og veiledning fra Helsedirektoratet.

Undersøkelsen viser at det er stor variasjon i saksbehandlingstiden for henvendelser om lovfortolkning, og at det er klare forskjeller i saksbehandlingstiden mellom de ulike divisjonene og avhengig av hvem som er avsender. Undersøkelsen viser også at det for lovfortolkningsaker gjennomgående er en høy andel saker der de interne fristene for saksbehandlingstid ikke blir overholdt.

Statens helsetilsyn og fylkesmannsembetene har ofte behov for juridiske avklaringer. Mens Helsetilsynet peker på enkelttilfeller der lang saksbehandlingstid har vært utfordrende, mener et flertall av fylkesmannsembetene at saksbehandlingstiden for lovfortolkningsaker i Helsedirektoratet er urimelig lang. Et flertall av fylkesmannsembetene mener at Helsedirektoratets svar er avklarende, men likevel opplyser nesten alle embetene at de er tilbakeholdne med å rette formelle henvendelser om lovfortolkning til Helsedirektoratet. Det er uheldig at Helsedirektoratet, som har ansvaret for lovfortolkning, har så lang saksbehandlingstid at det blir brukt i mindre grad enn behovet tilsier. Når fylkesmennene ikke får avklarende svar om hva som bør være gjeldende praksis, kan det føre til at likeartede saker ikke behandles likt, noe som i neste omgang kan ramme enkeltpersoner.

Det går fram av undersøkelsen at det kan være problematisk for direktoratets jurister å gjenfinne saker der direktoratet tidligere har gjort juridiske avklaringer på tilsvarende områder. Undersøkelsen viser videre at praksis for offentliggjøring av prinsipielle lovfortolkningsaker også er varierende og uavklart. Et mer systematisk arbeid med å offentliggjøre prinsipielle lovfortolkningsaker vil være nyttig både for ansatte i direktoratet og for andre brukere av helselovgivningen og bidra til å oppfylle forvaltningslovens krav om en betryggende og likeverdig saksbehandling. Et bedre system for offentliggjøring av prinsipielle lovfortolkningsaker vil trolig bidra til bedre veiledning av eksterne brukere, noe som vil kunne redusere antallet henvendelser til direktoratet om lovfortolkning.

7.3.2 Mangler ved styringsinformasjonen for tilskuddsforvaltningen

I 2012 forvaltet Helsedirektoratet 171 tilskuddsordninger med et samlet budsjett på omkring 9,5 mrd. kroner. Undersøkelsen viser at Helsedirektoratet i 2011 og 2012 har videreutviklet rutinene for tilskuddsforvaltning og gjennomført tiltak for å sikre en mer enhetlig praksis på området. Direktoratets ledelse ga i samme periode Avdeling plan og økonomi ansvar for og myndighet til å følge opp forvaltningen av tilskudd i fagavdelingene. Denne ordningen har tydeliggjort kravene som stilles til fagavdelingene, og ført til en mer enhetlig praksis for tilskuddsforvaltningen i Helsedirektoratet.

Undersøkelsen viser videre at Helsedirektoratet i liten grad benytter rapporteringen fra tilskuddsmottakerne til å vurdere blant annet innretningen og resultatene av den

enkelte tilskuddsordningen. Etter revisjonens vurdering vil en mer systematisk bruk av rapporteringen fra tilskuddsmottakerne styrke grunnlaget for både det årlige budsjettarbeidet og Helsedirektoratets arbeid med å videreutvikle tilskuddsforvaltningen.

Når det gjelder tilskuddsordninger som har alle kommuner som målgruppe, viser undersøkelsen at andelen kommuner som søker om og mottar tilskudd, øker med størrelsen på kommunene. Dette gjelder både ordninger som forvaltes av Helsedirektoratet, og ordninger som forvaltes av fylkesmannsembetene. Fylkesmannsembetene peker på at administrativ kapasitet og kommunenes økonomi påvirker om kommunene søker om tilskudd. Helsedirektoratet gjør selv ingen analyse av den samlede tildelingen over den enkelte tilskuddsordningen, og har derfor ikke styringsinformasjon som kan belyse om tildelingen treffer målgruppen. Bedre oversikt over hvordan de kommunerrettede tilskuddsordningene fordeles på målgruppen, vil gi Helsedirektoratet et bedre grunnlag for å identifisere og motvirke eventuelle skjevheter mellom grupper av kommuner.

7.3.3 Lite systematikk i arbeidet med implementering av retningslinjer og veiledere

Som fagorgan på helse- og omsorgsområdet skal Helsedirektoratet gi faglige råd og veiledning til sentrale, regionale og lokale myndigheter og til andre aktører innen sektoren.

Helsedirektoratet hadde i 2012 publisert omkring 150 veiledere og 50 faglige retningslinjer på nettsidene sine. Det går fram av undersøkelsen at det betydelige omfanget av veiledere og retningslinjer bare i begrenset grad er tatt i bruk av kommunene, selv om de blir ansett som faglig gode. Mange kommuner klarer ikke å holde oversikt over dokumentene, og det er først og fremst store kommuner som evner å gjøre seg nytte av publikasjonene.

Helsedirektoratet gjør ikke systematiske vurderinger av hvorvidt målgruppene bruker retningslinjene og veilederne. Etter revisjonens vurdering ville slik kunnskap øke nytten av eksisterende retningslinjer og veiledere, for eksempel som grunnlag for målrettede implementeringstiltak. Dette ville også bidra til at direktoratet kunne prioritere det normerende arbeidet med retningslinjer og veiledere innenfor de områdene der behovet er størst. Når kommunene ikke er kjent med eller ikke tar i bruk retningslinjer og veiledere som foreligger, vil disse dokumentene i begrenset grad kunne bidra til målet om høy kvalitet, riktige prioriteringer og reduserte uønskede variasjoner i tjenestene.

Undersøkelsen viser at Helsedirektoratet bare i begrenset omfang gjennomfører tiltak for å kommunisere og iverksette retningslinjene og veilederne. For de 36 veilederne og retningslinjene som ble ferdigstilt i perioden 2009–2010, var det bare i en tredel av tilfellene utarbeidet en plan for implementeringsarbeidet, slik Helsedirektoratets interne metodebok for arbeidet med retningslinjer forutsetter.

Fylkesmannsembetene oppfatter retningslinjer og veiledere fra Helsedirektoratet som faglig gode og som nyttige for sykehusene og kommunene, som er sentrale målgrupper for disse. Undersøkelsen viser at det er en klar sammenheng mellom hvor mange implementeringstiltak som er gjennomført for å gjøre retningslinjene eller veilederne kjent for målgruppen, og hvor stor nytte fylkesmannsembetene mener at målgruppene har av publikasjonene. Etter revisjonens vurdering arbeider ikke Helsedirektoratet systematisk nok med implementeringen av sine retningslinjer og veiledere. Dette reduserer den normerende effekten retningslinjene og veilederne er ment å ha for praksis innen helse- og omsorgssektoren.

7.3.4 Arbeid med nasjonale planer bygger i liten grad på tidligere erfaringer

I 2012 arbeidet Helsedirektoratet med 36 nasjonale planer innen helse- og omsorgssektoren (handlingsplaner, opptrappingsplaner, strategier eller lignende). Selv om de nasjonale planene er ulike både i omfang og i innhold, tyder undersøkelsen på at organiseringen av og innretningen på arbeidet i for liten grad er enhetlig og basert på tidligere erfaringer med likeartet arbeid. Undersøkelsen viser at Helsedirektoratets arbeid med nasjonale planer ikke understøttes av veiledning for arbeidet eller prosessorientert metodeverk. Etter revisjonens vurdering vil systematiserte erfaringer fra arbeidet med de mange nasjonale planene kunne danne grunnlag for administrativ støtte for arbeidet med nye nasjonale planer.

8 Referanseliste

Stortingsdokumenter

- NOU 1997:8 Om finansiering av kommunesektoren (Kommunal- og regionaldepartementet)
- Budsjett-innst. S. nr. 11 (2000–2001) Innstilling fra familie, kultur og administrasjonskomiteen om bevilgninger på statsbudsjettet for 2001, jf. St.prp. nr. 1 (2000–2001) Sosial- og helsedepartementet
- Innstilling S. nr. 325 (2000–2001) om tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet, jf. St.prp. nr. 84 (2000–2001) om tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet
- Budsjett-innst. S. nr. 11 (2001–2002), Innstilling fra familie, kultur og administrasjonskomiteen om bevilgninger på statsbudsjettet for 2001, jf. St.prp. nr. 1 (2001–2002) Sosial- og helsedepartementet
- Budsjett-innst. S. nr. 11 (2007–2008), Innstilling fra finanskomiteen om bevilgninger på statsbudsjettet for 2008, jf. St.prp. nr. 1 (2007–2008) Helse- og omsorgsdepartementets proposisjon til Stortinget for budsjettåret 2008
- Innst. S. nr. 321 (2008–2009) Innstilling fra kommunal- og forvaltningskomiteen, jf. St.meld. nr. 19 (2008–2009) Ei forvaltning for demokrati og fellesskap
- Innst. 87 L (2009–2010) Innstilling fra arbeids- og sosialkomiteen om lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen, jf. Ot.prp. nr. 103 (2008–2009)
- Budsjett-innst. S. nr. 11 (2009–2010) Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om bevilgninger på statsbudsjettet for 2010, jf. Prop. 1 S (2009–2010) Helse- og omsorgsdepartementets proposisjon til Stortinget for budsjettåret 2010
- Budsjett-innst. S. nr. 11 (2010–2011) Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om bevilgninger på statsbudsjettet for 2011, jf. Prop. 1 S (2010–2011) Helse- og omsorgsdepartementets proposisjon til Stortinget for budsjettåret 2011
- Innst. 424 L (2010–2011): Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen, jf. Prop. 91 L (2010–2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester
- Innst. 432 L (2010–2011): Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen, jf. Prop. 90 L (2010–2011) Lov om folkehelsearbeid
- Budsjett-innst. S. nr. 11 (2011–2012) Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om bevilgninger på statsbudsjettet for 2012, jf. Prop. 1 S (2011–2012) Helse- og omsorgsdepartementets proposisjon til Stortinget for budsjettåret 2012

Lover, forskrifter og regelverk

- Lov av 10. februar 1967 nr. 00 om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven)
- Forskrift om offentlige arkiv (FOR 1998-12-11 nr. 1193)
- Delegering av myndighet til Sosial- og helsedirektoratet (FOR-2001-12-21-1708)
- Reglement for økonomistyring i staten, med endringer, senest 8. juni 2010. Fastsatt ved kronprinsregentens resolusjon 12. desember 2003
- Bestemmelser om økonomistyring i staten, med endringer, senest 8. juni 2010. Fastsatt av Finansdepartementet 12. desember 2003
- Bevilgningsreglementet, vedtatt av Stortinget 26. mai 2005
- Reglement (30.03.2005): Delegasjon av myndighet til Sosial- og helsedirektoratet
- Delegering av myndighet fra Helse- og omsorgsdepartementet til Helsedirektoratet (FOR 2010-03-18 nr. 425)
- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (Lov 2011-06-24 nr. 30)
- Rundskriv til folkehelseloven (1-6/2011)

Styringsdokumenter, rapporter og dokumenter fra Helse- og omsorgsdepartementet

- Helse- og omsorgsdepartementet: *Opptrappingsplan for rusfeltet* (udatert)
- Helse- og omsorgsdepartementet (2006): *Nasjonal strategi for kreftområdet 2006–2009*
- Helse- og omsorgsdepartementet (16.11.2011): Notat: *Overordnet risikovurdering av Helsedirektoratet*
- Helse- og omsorgsdepartementet (2012) *Om den juridiske og faglige status rundskriv, retningslinjer og veiledere har for kommunesektoren på helse- og omsorgsområdet*. Brev fra HOD til KS 8.5.2012.
- Helse- og omsorgsdepartementet (1. februar 2012): *Hovedinstruks for Helsedirektoratet*
- Helse- og omsorgsdepartementets *Tildelingsbrev til Helsedirektoratet* for årene 2010, 2011, 2012 og 2013
- Helse- og omsorgsdepartementets *referater fra etatsstyringsmøter* med Helsedirektoratet i årene fra 2009 til og med 2. kvartal 2012

Styringsdokumenter, rapporter og dokumenter fra Helsedirektoratet

- Helsedirektoratet: *Årsrapporter* for årene 2009, 2010, 2011 og 2012
- Helsedirektoratet: *Strategisk plan for Helsedirektoratet 2007–2010*
- Helsedirektoratet: *Strategisk plan for Helsedirektoratet 2011–2014*
- Helsedirektoratet: *Overordnet virksomhetsplan 2010*
- Helsedirektoratet: *Divisjonsplaner*, 2011
- Helsedirektoratet: *Overordnet virksomhetsplan og budsjett*, per divisjon, 2012
- Helsedirektoratet: *Måltavle med felles og divisjonsspesifikke virksomhetsområder*, for årene 2010, 2011 og 2012
- Helsedirektoratet: *Ansvarsfordeling av tildelingsbrevet 2012*
- Helsedirektoratet: *Eksempler på mål- og disponeringsskriv per divisjon og avdeling*, 2012
- Helsedirektoratet: *Avdeling plan og økonomis kalender for plan- og styringsprosesser*, for årene 2010, 2011 og 2012
- Helsedirektoratet: *Organisasjonskart* per januar 2013
- Helsedirektoratet: *ROS-analyse* fra høsten 2012
- Helsedirektoratet/TNS Gallup (2012): *Omdømmeundersøkelsen 2012. Profesjonelle samarbeidspartnere og interessenter*. Rapport
- Helsedirektoratet (2010) *Årsrapport 2008, Omsorgsplan 2015*, IS-1775
- Helsedirektoratet (2011): *Årsrapport 2010, Omsorgsplan 2015*, IS-1951
- Helsedirektoratet (2012): *Opptrappingsplan for rusfeltet – resultater og virkemidler*, IS-1999
- Helsedirektoratet (2012): *Velferdsteknologi. Fagrapport om implementering av velferdsteknologi i de kommunale helse- og omsorgstjenestene 2013–2030*
- Sosial- og Helsedirektoratet (2007) "Tidlig intervensjon på rusområdet, Sentrale perspektiver – Aktuelle målgrupper og arenaer", Rapport IS-1455, Helsedirektoratet, Oslo
- Helsedirektoratet (2009a) *Fra bekymring til handling – En veileder i tidlig intervensjon på rusområdet*, Veileder IS-1742
- Helsedirektoratet (2009b) *Metodebok – for utarbeidelse av nasjonale retningslinjer*, IS-0267, Helsedirektoratet (2009c) "Tidlig Intervensjon. Lansering og implementering av veileder på nasjonalt/regionalt nivå", Notat til HOD
- Helsedirektoratet (2009d) *Sluttrapport: "Følgeevaluering av forsøk med bruk av tillitspersoner for koordinering av psykososialt arbeid for personer med rusrelaterte problemer – Tillitspersonforsøket, 2009–2011"*. Gjennomført av Rambøll. Helsedirektoratet.no

- Helsedirektoratet (2011a) "Landets Rusrådgivere", Sist hentet 12.04.2012 fra: <http://helsedirektoratet.no/psykisk-helse-og-rus/rusmiddelarbeid-i-kommunen/aktorer-i-rusfeltet/rusradgivere/Sider/default.aspx>
- Helsedirektoratet (udatert) *Nasjonale retningslinjer og veiledere*, internt notat
- Helsedirektoratet, "Mandat for retningslinjesekretariatet", internt notat, Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet (2011) *Rettt på sak – retningslinjer i saksbehandling i Helsedirektoratet*, IS-1220
- Helsedirektoratet (2010) *Rettt på prosjekt", intern håndbok i grunnleggende prosjektarbeid*
- Helsedirektoratet (2011) *Retningslinjer for Fylkesmannens behandling av førerkortsaker*. IS-1348
- Helsedirektoratet (2011) *Veileder for kommunale frisklivssentraler*. IS-1896
- Helsedirektoratet (2011) *Nasjonal faglig retningslinje for veiing og måling i helsestasjons- og skolehelsetjenesten*. IS-1736
- Helsedirektoratet (2012) *Retningslinjer for tilskuddsforvaltning*, revidert februar 2012
- Helsedirektoratet (2012) *Nasjonal faglig retningslinje for utgreiing og behandling av bipolare lidingar* IS-1925
- Notat fra Helsedirektoratet av 23.3.2012 (om Opptrappingsplanen på rusfeltet)
- Notat: Nærmere beskrivelse av tiltak for å redusere risiko i tilskuddsforvaltningen til Helsedirektoratet, av 9.12.2012.

Statistikk

- Helsedirektoratet: Saksbehandlingstid for lovfortolkningsaker i 2011 for divisjon folkehelse, divisjon spesialisthelsetjenester og divisjon primærhelsetjenester
- Helsedirektoratet: Regnskapstall for utvalgte tilskuddsordninger for budsjettåret 2011
- Helsedirektoratet: Beslutningsnotat for utvalgte tilskuddsordninger for tilskuddstildeling for budsjettårene 2011 og 2012
- Helsedirektoratet: Saksbehandlingstider for utvalgte sakstyper for perioden 1. tertial 2010 til 1. tertial 2012.

Andre kilder til informasjon

- Askim, Jostein (upublisert manus) *Departementenes målstyring av underliggende virksomheter*, Universitetet i Oslo,
- Baklien, Bergljot og Tonje Wejden (2009) Evaluering av prosjektet "Barn i rusfamilier – tidlig intervensjon". Sirus-rapport 1/2009. Oslo: SIRUS – Statens institutt for rusmiddelforskning.
- Bergsgard, N.A. Fjær, S. Nødland, S.I. Ravneberg, B. (2010). Sivilt Rusarbeid – mellom statlig styring og økende mangfold. Nr. 2010/063. Stavanger: IRIS.
- DIFI (2012): Styring av Fylkesmannen. Rapport 2012:9. Oslo: Direktoratet for forvaltning og IKT.
- Fylkesmannen (2012) "Rusmiddelarbeid", i *Embetsoppdraget 2012*, sist hentet 12.04.2012 fra: <http://www.fylkesmannen.no/enkel.aspx?m=69988>
- IRIS (2007) "Tidlig intervensjon på rusområdet – En kunnskapsoppsummering", IRIS, Stavanger
- Kompetansesenter rus – Region sør (2011a) "Fra bekymring til handling – Tidlig intervensjon på rusområdet", Regional framdriftsplan for perioden 2010–2013
- Kompetansesenter rus – region sør (2011b) "Tidlig intervensjon – implementering av veilederen 'Fra bekymring til handling' i region sør. Rapportering 2010 og rullering per mars 2011"
- Jacobsen, Dag Ingvar (2004): Hvorfor er samarbeid så vanskelig? Tverretatlig samarbeid I et organisasjonsteoretisk perspektiv. I Repstad, Pål (red.): *Dugnadsånd og forsvarsverker – tverretatlig samarbeid i teori og praksis*. 2. utgave. Oslo: Universitetsforlaget.

- Jacobsen, Dag Ingvar og Jan Thorsvik (2007): *Hvordan organisasjoner fungerer*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Mintzberg, Henry (1993): *Structure in Five. Designing Effective Organizations*. Englewood Cliffs: Prentice Hall
- Rindall Lundeberg, Ingrid, Kristian Mjåland, Karl Harald Søvig, Even Nilssen og Bodil Ravneberg (2010): *Tvang overfor rusmiddelavhengige. Evaluering av Lov om sosiale tjenester §§ 6-2, 6-2a og 6-3. Rapport 2-2010*. Bergen: Uni Rokkansenteret.
- Skjælaen, Øystein (2011): *Kommunenes forvaltning av alkoholoven 2011*. Oslo: SIRUS – Statens institutt for rusmiddelforskning.
- Forskningsrådet (2009): *Evaluering av Opptappingsplanen for psykisk helse (2001–2009)*
- NIBR (2012): *Bemanning i pleie- og omsorgssektoren: Handlingsplan og iverksetting*. NIBR-rapport 2012:3
- Forlaget Aldring og Helse (2011): *Kompetanseløft på arbeidsplassen*. Rapport
- Sandkjær Hanssen, Gro og Helgesen, Marit K. (2012): *Hvordan påvirker statlige juridiske og pedagogiske styringsvirkemidler prioriteringene i den kommunale omsorgssektoren? NIBR-rapport 2012:26*. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.
- Statens Helsetilsyn (2002) *Retningslinjer for retningslinjer, Veileder IK-2653*
- Senter for statlig økonomistyring (2006) *Mål og resultatstyring i staten. En veileder i resultatstyring*




4 577 585 18 4 588 3 6 554 735 394 216 2 577 634 492



241 344

Trykk: 07 Media 2013



Riksrevisjonen
Pilestredet 42
Postboks 8130 Dep
0032 Oslo

Sentralbord 22 24 10 00
Telefaks 22 24 10 01
postmottak@riksrevisjonen.no

www.riksrevisjonen.no

23 257

-3 918

240

1 255 712

474 320

120

3 924

22 781 329

781 528

