



<b>1. INNLEDNING</b>	<b>5</b>
<b>2. LEDERS BERETNING</b>	<b>6</b>
<b>3. INTRODUKSJON TIL VIRKSOMHETEN</b>	<b>11</b>
3.1 Helsedirektoratets samfunnsoppdrag	11
3.2 Hvem vi er til for	11
3.3 Visjoner og verdier	12
3.4 Omtale av organisasjonen	12
3.5 Presentasjon av utvalgte hovedtall	13
<b>4. FOLKEHELSE</b>	<b>14</b>
4.1 Langsiktige mål	14
4.2 Vurdering av måloppnåelsen	14
4.3 Arbeidet med prioriterte oppdrag/aktiviteter	18
4.4 Vurdering av resultater som ikke ble nådd	20
<b>5. KOMMUNALE HELSE- OG OMSORGSTJENESTER</b>	<b>21</b>
5.1 Omsorgstjenester	21
5.2 Primærhelsetjenesten	25
5.3 Psykisk helse og rus	29
5.4 Tannhelsetjenester	33
<b>6. SPESIALISTHELSETJENESTEN</b>	<b>35</b>
6.1 Langsiktige mål	35
6.2 Vurdering av måloppnåelsen	35
6.3 Vurdering av resultater som ikke ble nådd	38

<b>7. TVERRGÅENDE OMRÅDER</b>	<b>38</b>
7.1 Samhandling	38
7.2 Elektronisk samhandling	39
7.3 Finansiering og helserefusjoner	41
7.4 Beredskap	44
7.5 Internasjonalt arbeid	46
7.6 Personell og kompetanse	47
7.7 Forskning og innovasjon	49
<b>8. STYRING OG KONTROLL I VIRKSOMHETEN</b>	<b>51</b>
<b>9. VURDERING AV FRAMTIDSUTSIKTER</b>	<b>52</b>
<b>10. ÅRSREGNSKAP</b>	<b>54</b>
<b>11. RAPPORTERING PÅ FELLESFØRINGER</b>	<b>54</b>
<b>12. ETATSTYRERS VURDERING AV YTRE OG UNDERLIGGENDE ETATER</b>	<b>54</b>
12.1 Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (SAK)	54
12.2 Sammendrag av pasient og brukerombudenes årsmeldinger	56
12.3 HELFO	56
12.4 Nasjonalt kunnskapssenter	59



# 1. INNLEDNING

Helsedirektoratet viser til bestilling av årsrapport 2013 i Helse- og omsorgsdepartementets tildelingsbrev for 2013.

Fra og med 2014 er det nye krav til utforming av årsrapporten i statens økonomiregelverk. For å tilpasse Helsedirektoratets årsrapport til disse kravene følger vi allerede i år forslaget til ny hovedinndeling:

- I. Leders beretning - kapittel 2
- II. Introduksjon til virksomheten og hovedtall – kapittel 3
- III. Årets aktiviteter og resultater – kapittel 4-7
- IV. Styring og kontroll i virksomheten – kapittel 8
- V. Vurdering av framtidssikter – kapittel 9
- VI. Årsregnskap – kapittel 10

Kapittel 11 – Rapportering på fellesføringer

Kapittel 12 – Helsedirektoratets vurdering av underliggende etater og ytre etaters årsrapporter

## **Vedlegg:**

1 Likestillingsrapport Helsedirektoratet

2 Likestillingsrapport statistikk

3 Totalrapport på oppdrag

4 Avviksrapport på oppdrag

5 Faste oppdrag

6 Rapport på styringsparametere

7 Evaluering av tilskuddsordninger

8 Årsrapport Helfo

9 Årsrapport SAK

10 Årsrapport POBO

11 Årsrapport kunnskapssenteret

I tildelingsbrevet for 2013 har departementet innarbeidet langsiktige mål, styringsparametere, spesielle oppdrag for 2013 samt faste oppdrag. Direktoratet har utarbeidet en totalrapport i excel som viser status for spesielle oppdrag, en avviksrapport som viser hvilke oppdrag direktoratet ikke har gjennomført etter planen i 2013, en oversikt som viser styringsparameter for 2013 og en rapport over faste oppdrag med rapporteringskrav. Rapportene ligger som vedlegg.

I henhold til rundskriv á 14.12.2012 om fellesføringer for 2013, skal alle offentlige virksomheter i forbindelse med årsrapporteringen, utarbeide en rapport om sikkerhetstilstanden. Sikkerhetsrapporten til Helsedirektoratet er kategorisert som gradert informasjon og legges derfor ikke inn i årsrapporten, men sendes direkte til Helse- og omsorgsdepartementet.

## 2. LEDERS BERETNING

Helsedirektoratet skal fremme faktorer som gir god helse i befolkningen, redusere forskjellene i helse og levekår og bedre kvalitet i helse- og omsorgssektoren.

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

**I henhold til Helse- og omsorgsdepartementets styringssignaler har Helsedirektoratets prioriterte oppgaver i 2013 vært forankret i følgende stortingsmeldinger, planer og dokumenter:**

- Nasjonal helse- og omsorgsplan
- Samhandlingsreformen
- Tilbudet til kreftpasienter
- Oppfølging av Meld.St 30 (2011-2012) Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk
- Oppgaver knyttet til spesialistgodkjenning
- Tannhelsefeltet
- Tiltak i Stortingsmelding om kvalitet og pasientsikkerhet
- Tiltak i Stortingsmelding om IKT
- Tiltak i Stortingsmelding om beredskap mot pandemisk influensa

2013 har vært et år med stort trykk på oppfølging av stortingsmeldingene. Helsedirektoratet har mottatt mange store oppdrag i løpet av året som har medført behov for endringer i prioritering av aktivitet og ressurser. Antallet oppdrag som har vært ut kvittert har vært omfattende.

Riksrevisjonen publiserte i 2013 en forvaltningsrevisjon av Helsedirektoratet og pekte på følgende områder:

- At direktoratet får et for detaljert tildelingsbrev og at det i for stor grad er knyttet til gjennomføring av politikken.
- At direktoratet må ha mer balanse mellom rollene. Rollen som fagorgan kan bli enda tydeligere.
- At direktoratet ikke har god nok virksomhetsstyring, og at direktoratet ikke får til en overordnet prioritering.
- At direktoratet må utvikle og implementere retningslinjer og veiledere som brukerne trenger
- At direktoratet må undersøke mer systematisk hvordan tilskudd treffer målgruppene og hvilke resultater tilskuddsordningene fører til.

Riksrevisjonens rapport legges til grunn i direktoratets videre arbeid med forbedringer i styring og forvaltning.

I min beretning vil jeg fremheve områder innen direktoratets portefølje som berører både folkehelse, kommunal helse- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjeneste.

### **Samhandlingsreformen**

Innenfor samhandlingsreformen skal Helsedirektoratet bidra til at helse- og omsorgstjenestene forebygger mer, behandler tidligere og samhandler bedre. Pasienter og brukere skal få tidlig hjelp,

når de trenger det, og i sitt nærmiljø, gjennom et helhetlig og koordinert tjenestetilbud for helse og omsorg.

Helsedirektoratets analyser viser at samhandlingsreformen i store trekk utvikler seg etter målsettingene. Veksten både når det gjelder kostnader, pasienter og årsverk er større i helse- og omsorgstjenestene enn i spesialisthelsetjenestene. Personellveksten består i hovedsak av kompetent personell. Opprettelsen av øyeblikkelig hjelp døgnplasser i kommunene fortsetter, og i 2013 hadde ca 30 % av kommunene et tilbud. I tråd med målsettingen har vi sett en nedgang i antallet utskrivingsklare pasienter som ligger på sykehus. Samtidig observerer vi en liten økning i reinnleggelser som vi må følge med på.

### **Folkehelse**

Folkehelsearbeidet i kommuner og fylkeskommuner er blitt styrket i løpet av 2013, det er blitt flere frisklivssentraler og folkehelsekoordinatorer i kommunene.

Helsedirektoratet følger utviklingen på områdene fysisk aktivitet, kosthold og tobakksbruk. Det er gledelig at andelen av befolkningen med opphopning av mindre sunne levevaner faller noe, det er likevel store utfordringer med inaktivitet, usunt kosthold og tobakksbruk.

Helsedirektoratet har arbeidet både med endringer i alkohollovgivningen og endringer i tobakkskadeloven. Det er gjennomført kampanjer på områdene for å understøtte de strukturelle tiltakene.

En omfattende gjennomgang av sosial ulikhet i helse ble iverksatt i 2013, og vil ferdigstilles i 2014. Til tross for stor oppmerksomhet på like helse- og omsorgstjenester i Norge, så har vi store ulikheter i helse som for eksempel er knyttet til utdanning.

### **Omsorgstjenester**

Høy kvalitet, god kapasitet, kompetent personell og velferdsinnovasjon er viktige faktorer for å tilby en god omsorgstjeneste. Helsedirektoratet har levert et forslag til organisering og gjennomføring av omsorgsplan 2020.

Vi har fremdeles beskjeden kunnskap om hvordan kvaliteten i omsorgstjenestene utvikler seg. For å kunne dokumentere god kvalitet i omsorgstjenesten må det utvikles målemetoder. Helsedirektoratet har i løpet av 2013 i samarbeid med KS, kommunene, fag og forskningsmiljøer, yrkesorganisasjoner og frivillige organisasjoner, publisert nye kvalitetsindikatorer på [helsenorge.no](http://helsenorge.no) og foreslått nye.

Kapasiteten i omsorgssektoren er økt i form av flere årsverk med relevant fagkompetanse. Evalueringen av Kompetanseløftet 2015 viser at det har vært en positiv utvikling med økt kompetanse innenfor omsorgssektoren. Helsedirektoratet har i samarbeid med kommunene gjennomført tiltak for å forbedre omsorgstjenestene, ved å øke kapasiteten, bidra til kompetanseøkning, og iverksette prosjekter for å utvikle tjenestene i henhold til de prioriterte behovene.

Som et ledd i kompetanseoppbygging har Helsedirektoratet støttet utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester som aktive pådrivere for kunnskap og kvalitet i tjenestene. I 2013 er det gjennomført tiltak innenfor pasientsikkerhetsområdet, legemiddelhåndtering, ernæring, aktiv

omsorg, lindrende behandling og forebyggende tiltak. Helsedirektoratet har hatt stor aktivitet i 2013 for å fremme forskning og innovasjon innenfor helse- og omsorgssektoren.

Demensomsorgen har hatt stor oppmerksomhet, med utvikling av tjenester og informasjonskampanjer både for pasienter og pårørende.

I utviklingen av kvalitet i omsorg får brukerne og de pårørende større betydning. Helsedirektoratet jobber målrettet med dette innenfor ulike satsingsområder.

Direktoratet har iverksatt tiltak for å øke kunnskapen og statistikk om behov og tilbud av habilitering- og rehabiliteringsområdet. Det finnes betydelige variasjoner i tjenestetilbudet.

Det er også gjennomført en kartlegging av bruken av tolketjenester innenfor kommunal helse- og omsorgstjenester for å få bedre oversikt over behovet.

### **Psykisk helse og rus**

Til tross for høy prioritering gjennom mange år, er det fortsatt store utfordringer innenfor psykisk helsearbeid og rus. Det er mangel på kunnskap om kvalitet innen dette området og det er varierende tilbud på helse- og omsorgstjenestene. Derfor jobber vi med psykisk helse og rus innen flere områder av direktoratets virksomhet.

Det er blant annet utviklet en ny strategi for å sikre den tverretatlige oppfølgingen av barn og unges psykiske helse og det er gitt tilskudd til satsinger for barn og unge i skolealder.

Brukerundersøkelser og levekårsundersøkelser som har vært gjennomført, viser at mange pasienter er tilfreds med behandling og tilbud, men at vi ikke lykkes med å gi gode nok individuelle tilbud for alle. Spesielt pekes det på mangler ved samhandling og tilbud innen de kommunale tjenestene.

I de siste par årene har det vært liten endring i årsverk innenfor kommunalt psykisk helsearbeid, mens vi har sett en liten økning i årsverk innen kommunalt rusarbeid.

Helsedirektoratet har i 2013 arbeidet med å kartlegge behovet for et tverrfaglig behandlingstilbud for personer med tortur- og krigsskader. Samtidig er arbeidet etter 22. juli-terroren fulgt opp i tråd med oppfølgingsplanen. Det er iverksatt et opplæringsprogram i kommunene for å følge opp gravide og småbarnsforeldre med vansker knyttet til rus, psykiske helseproblemer og vold i nære relasjoner. Når det gjelder vold- og traumatisk stress støtter Helsedirektoratet det nasjonale kunnskapssenteret som utvikler og formidler ny og oppdatert kompetanse.

### **Tannhelse**

Tannhelsetjenesten i Norge er gjennomgående god. Rundt syv prosent av den voksne befolkningen opplevde sin tannhelse som «dårlig» eller «meget dårlig». For enkelte grupper i befolkningen er det betydelig potensiale for forbedringer. Også blant barn er det variasjoner i tannhelsen. Derfor overvåker Helsedirektoratet utviklingen i kapasiteten og utviklingen i tannhelsen for barn. Et område med stor oppmerksomhet er sammenhengen mellom amalgamfyllinger og helseplager i 2013. Derfor har direktoratet iverksatt et arbeid for å få bedre kunnskap om dette.



### **Beredskap og smittevern**

Helsedirektoratet har vært involvert i 26 hendelser av ulik størrelse og alvorlighetsgrad, hvorav terroraksjonen i In Amenas var særlig krevende.

Det er gjennomført tiltak i forhold til smittevern og utbredelsen av smittsomme sykdommer i Norge på flere ulike arenaer. For å nå målsetningen om færre utbrudd av smittsom sykdom og motvirkning av overføring videre i befolkningen, er det gjennomført tiltak innenfor HIV-området. HIV-strategien er revidert og forlenget til 2015. Bruken av nett-tjenesten Klara Klok har fortsatt økt i 2013. Det er foretatt evalueringer av to av tilskuddordningene på området som vil bli fulgt opp i 2014.

Arbeidet med å implementere det internasjonale helsereglementet (IHR) er videreført i 2013, og oppfølgingen av arbeidet mot spredning av tuberkulose er prioritert. Helsedirektoratet har fulgt tett opp risikosituasjonen knyttet til andre smittsomme sykdommer i 2013.

På legemiddelområdet er det gjennomført en rekke forvaltningsoppgaver, det er gjennomført analyser knyttet til kritisk viktige legemidler, utarbeidet innspill til stortingsmelding om pandemi og levert pandemiplan.

### **Kvalitet, pasientsikkerhet og prioritering**

Helsedirektoratet skal bidra til høy kvalitet og pasientsikkerhet i tjenesten bl.a. ved å utvikle nasjonale retningslinjer og veiledere, kvalitetsindikatorer, godkjenne nasjonale medisinske kvalitetsregister og utvikle regelverk. Helsedirektoratet leder styringsgruppen for den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen som i 2014 videreføres som et femårig program.

I 2013 har direktoratet blant annet gitt ut retningslinjer og veiledere innen psykose, antibiotikabruk, CFS/ME og kreft.

Handlingsprogrammene for kreft er avgjørende for at helse- og omsorgstjenesten skal oppnå det langsiktige målet om; god kvalitet og kapasitet i tilbudet til kreftpasienter. Dette arbeidet har vært særlig prioritert, det er nå ferdigstilt og publisert totalt 16 nasjonale handlingsprogrammer på ulike kreftformer. Ytterligere seks er under utvikling. En ny nasjonal kreftstrategi 2013-2017 er ferdigstilt.

Direktoratet har startet et arbeid med å bedre implementeringen og forvaltningen av gjeldende retningslinjer.

Helsedirektoratet leder Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgssektoren. I rådets arbeid har prioriteringskriteriene; alvorlighet, nytte av behandling og kostnadseffektivitet fått stor oppmerksomhet. Erfaringer fra problemstillinger som er tatt opp i rådet og saker Helsedirektoratet har håndtert, viser at det er hensiktsmessig med en ny gjennomgang av kriteriene for prioritering i Norge. Helsedirektoratet har jobbet med nordiske samarbeidspartnere og drøfter temaet i WHO.

Helsedirektoratet har etablert et sekretariat som har fasilitert et nasjonalt system for innføring av nye metoder og legemidler. Det er jobbet mye med å forankre systemet i helsesektoren.

E-resept-ordningen bidrar til tryggere legemiddelbruk, og er nå implementert i hele landet.

Et prioritert prosjekt har vært å utvikle pilot på kjernejournal i Trondheimsområdet. Løsningen er godt mottatt og det er jobbet med ny pilot i Stavanger-området.

2013 har vært et oppstartsår for det nasjonale innføringsprosjektet for Nødnett, og nettet har blitt innført i spesialisthelsetjenesten i innlandet. Det er pekt på en del utfordringer i løsningen, som det må jobbes videre med å finne gode løsninger på i 2014.

## **IKT**

Det vil skje store endringer i helse- og omsorgstjenestene innenfor digitale løsninger og teknologi. Helsedirektoratet er en viktig bidragsyter i dette arbeidet og har levert forslag til nasjonal handlingsplan for e-helse 2014-2016. Å utvikle en journal pr. innbygger er et prioritert område som direktoratet har startet. Kvalitetssikret nettinformasjon og gode elektroniske tjenester fra flere aktører i helsetjenesten utvikles på nettstedet Helsenorge.no (målgruppen befolkning) og helsedirektoratet.no (målgruppe helsepersonell). Nettstedene har mellom 300 000-400 000 brukere i måneden og bruken av nett øker.

Helsedirektoratet har gjort tilgjengelig både data og informasjonsartikler på helsenorge.no, som igjen har ført til utvikling av apper på området. «Min helse» ble lansert i 2013, med formål å øke brukervennligheten og få tilgang til kjernejournalen. For minoritetsbefolkningen er det utviklet en egen inngangsside til helsenorge.no.

Det er en rask økning av elektronisk kommunikasjon mellom helsepersonell og i diverse oppgjørsordninger.

## **Helsefinansiering**

Gode finansieringsordninger er viktige for tjenestene og vi forvalter og forbedrer løpende ordningene. Et viktig nytt element i arbeidet med finansiering er å få kunnskap om kostnad per pasient. Helsedirektoratet har tilrettelagt for å ta i bruk et slikt system og samarbeider med helseforetak som ønsker å gjøre dette.

Arbeidet med kvalitetsbasert finansiering (KBF) ble spesielt prioritert i 2013. En utvidelse av ordningen innsatsstyrt finansiering (ISF) ble gjennomført. Gjennom EØS-avtalen har norske borgere pasientrettigheter i EU og EU-borgere tilvarende rettigheter i Norge (pasientsikkerhetsdirektivet). Det er etablert et nasjonalt kontaktpunkt i HELFO for ordningen. Samarbeidet med EU om landoppgjør har vært vellykket.

Helsetjenestens veiledningssenter (HELFO) ble i mai omgjort til 800HELSE og etablert som veiledningstelefon tilknyttet helsenorge.no, for brukerveiledning og rådgivning til innbyggerne.

## **Oppsummering**

2013 var et spennende år for Helsedirektoratet preget av e-helse, teknologiutvikling, kvalitet og pasientsikkerhet, prioritering og samhandling. I en moderne helse- og omsorgstjeneste trenger vi en balansert oppmerksomhet på kvalitet, endring og utvikling, innovasjon og kostnader, og vi arbeider for å få frem indikatorer og annen styringsrelevant informasjon som kan understøtte dette. Samhandlingsreformen har bidratt til endringer, med størst vekst i tjenester i kommunene der pasienten bor. Personellets kompetanse øker, spesielt i kommunene. På mange områder er tjenesteutviklingen god, men på en rekke felt er variasjonene i tilbud store. Det gjelder for eksempel psykisk helse og rus, og rehabiliteringsfeltet. Vi trenger gjennomgående bedre og mer robust systematikk som kan gi større trygghet og bedre kvalitet i pasient- og brukerforløpene. En kraftig styrking av folkehelsearbeidet og større innsats i det forebyggende helse- og omsorgsarbeidet vil ha betydelige positive konsekvenser for fremtidig helse og forventet levealder.

## 3. INTRODUKSJON TIL VIRKSOMHETEN

### 3.1 Helsedirektoratets samfunnsoppdrag

---

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

Helsedirektoratet er faglig rådgiver for helsetjeneste og departement, iverksetter vedtatt politikk og ivaretar en rekke forvaltningsoppgaver innenfor folkehelse og helse- og omsorgstjenesteområdet.

Helsedirektoratets samfunnsoppdrag er å styrke hele befolkningens helse gjennom helhetlig og målrettet arbeid på tvers av tjenester, sektorer og forvaltningsnivå.

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

Helsedirektoratet har tre roller;

- faglig rådgiver
- iverksetter av vedtatt politikk
- forvalter av lov og regelverk innenfor helse- og omsorgssektoren

Som faglig rådgiver har Helsedirektoratet ansvar for å følge med på forhold som påvirker folkehelsen og utviklingen i helse- og omsorgstjenestene. Helsedirektoratet skal sammenstille kunnskap og erfaring i faglige spørsmål og opptre nasjonalt normerende på ulike områder, og er et kompetanseorgan innenfor helse som alle kan kontakte. I denne rollen er Helsedirektoratet en selvstendig og uavhengig rådgiver.

Når Helsedirektoratet setter i verk vedtatt politikk, gjøres det på vegne av regjering og Storting. Dette kan for eksempel være å sette i verk handlingsplaner og kampanjer, eller å gi tilskudd med de målsetningene Stortinget har satt.

Som forvalter har Helsedirektoratet ansvar for å fortolke og anvende de lovene og det regelverket Helse- og omsorgsdepartementet har gitt oss ansvaret for.

### 3.2 Hvem vi er til for

---

Helsedirektoratets målgrupper er mange og ulike. De viktigste er de i befolkningen som trenger informasjon om helse spørsmål samt helse- og omsorgstjenestene, de som arbeider med helse og

omsorg, ansatte i helseforetakene, kommunene, departement og statsadministrasjon. Helsedirektoratet ønsker god dialog og samarbeid om viktige spørsmål og problemstillinger.

Helsedirektoratet ønsker å samarbeide med andre sektorer enn helsesektoren fordi sektorer som for eksempel samferdselssektoren, utdanningssektoren og miljøsektoren også påvirker helsetilstanden i befolkningen.

Helsedirektoratet samarbeider med andre statlige myndigheter som Folkehelseinstituttet, Mattilsynet og Legemiddelverket er viktig, slik at de råd og tiltak vi foreslår, henger godt sammen med hva andre gjør.

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

### 3.3 Visjoner og verdier

---

Visjonen og verdiene våre blir først viktige når det er noe vi bruker i det daglige arbeidet. De synliggjør hva Helsedirektoratet arbeider for å nå, hva som kjenner oss som arbeider her, arbeidet vi gjør og hvordan vi møter brukerne.

Helsedirektoratets visjon er: God helse – gode liv!

Helsedirektoratets verdier er:

- Faglig styrke  
Helsedirektoratets arbeid er kunnskapsbasert og støtter seg på godt faglig skjønn.
- Åpenhet  
Helsedirektoratets arbeid er preget av tydelighet, åpenhet, åpne prosesser og god kommunikasjon.
- Samarbeid  
Helsedirektoratets arbeid innebærer helhetlig tenkning, tverrfaglighet og dialog.

### 3.4 Omtale av organisasjonen

---

Helsedirektoratet ledes av helsedirektør Bjørn Guldvog og assisterende direktør Øystein Mæland, og er delt opp i seks divisjoner:

- Folkehelse, som ledes av Knut-Inge Klepp
- Helseøkonomi og finansiering, som ledes av Olav Valen Slåttembrekk
- Spesialisthelsetjenesten, som ledes av Kristin Cordt-Hansen
- Primærhelsetjenesten, som ledes av Toril Lahnstein
- E-Helse og IT, som ledes av Christine Bergland
- Administrasjon, som ledes av Bård Olesen

Helsedirektoratet har totalt 890 ansatte ved utgangen av 2013. Helsedirektoratet har tre underliggende etater: Pasient- og brukerombudene, Statens autorisasjonskontor for helsepersonell og Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Helseøkonomiforvaltningen (HELFO) er en del av Helsedirektoratet og defineres som en ytre etat.

Helsedirektoratet har arbeidssted i Oslo (728 ansatte) og Trondheim (88 ansatte). Pasient- og brukerombudene har representasjon i alle fylker, og har tilsammen 74 ansatte. SAK og KS holder til i Oslo.

Helseøkonomiforvaltningen (HELFO) har totalt 650 medarbeidere, hvorav 200 har arbeidssted i Tønsberg. Andre store arbeidssteder har HELFO i Fredrikstad, Oslo, Sola, Ørsta og Mo i Rana. HELFO har ansatte 25 steder i Norge.

### 3.5 Presentasjon av utvalgte hovedtall

Nedenfor vises regnskap mot tildelt beløp for 2013 fordelt på direktoratets bevilging innenfor driftskapitlet 720.01/3720, spesielle driftsutgifter og tilskudd (alle tall i 1.000 kr).

Post	Tildeling 2013	Regnskap 2013	Avvik	Avvik %
720.01/3720	982 647	983 358	-711	-0,1 %
20-poster	972 610	921 413	51 197	5,3 %
60-/70-poster	13 397 193	13 224 731	172 462	1,3 %

Helserefusjonsforvaltningen (HELFO) er Inkludert i direktoratets driftskapittel. Mindreforbruk på 20-poster er oppstått på kapitler der 20- og 70-poster kan ses sammen. Samlet mindreforbruk skyldes at det har oppstått forsinkelser og endrede forutsetninger innenfor enkelte aktiviteter og tilskuddsordninger. Hovedforklaringen til det totale mindreforbruket på 20,60 og 70-poster gjelder imidlertid lavere tilskuddsutbetaling enn forutsatt til etablering av dagaktivitetstilbud til hjemmeboende med demens. Det har kommet inn langt færre søknader på denne tilskuddsordningen enn forutsatt.

#### Helsedirektoratets driftskapittel (720.01/3720)

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

	Tildeling	Regnskap	Avvik	Avvik i %
Kap720.01	988 421	1 056 292	67 871	-6,9 %
Kap 3720	-5 774	-72 934	67 160	-1163,1 %
Netto	982 647	983 358	-711	-0,1 %

Merforbruket på 67,9 mill. kroner må ses i sammenheng med merinntekten på kap. 3720 slik at resultatet totalt sett for Helsedirektoratet er et merforbruk på 0,7 mill. kroner i 2013. Avviket utgjør kun 0,1 % av tildelt budsjetttramme.

Inntektene består av publikasjonsinntekter/abonnementer, prosjektinntekter, inntekter uten mva og diverse inntekter. Merinntektene på posten er i hovedsak prosjektinntekter og inntekter som finansierer samarbeidsprosjekt.

Det har vært et krevende budsjettår der direktoratet har mottatt en stor andel oppdrag fra departementet gjennom året. Inkludert i tildelingen for 2013 ligger 10,3 mill. kroner som ble overført fra 2012.

#### HELFO

	Tildeling	Regnskap	Avvik	Avvik i %
Kap 720 post 01	338 363	351 866	-13 503	-4,0 %
Kap 3720	-	-13 186	13 186	
Netto	338 363	338 680	-317	-0,1 %

HELFO har et merforbruk for 2013 på 0,3 mill. kroner som utgjør ca. 0,1 % av tildelt budsjettamme. HELFO har i 2013 hatt et krav på gevinstrealisering på til sammen 12 årsverk hvorav 6 årsverk omdisponeres til prioriterte områder. Samtidig har virksomheten forberedt og gjennomført en omfattende omstillingsprosess og ny organisasjonsmodell trådte i kraft fra 1.1.2014. For økonomitall for underliggende etater vises det til årsrapporter fra disse virksomhetene som ligger vedlagt.

## 4. FOLKEHELSE

### 4.1 Langsiktige mål

---

- Et sterkere lokalt folkehelsearbeid der folkehelseutfordringer er forankret og prioritert i det regionale og kommunale plan- og beslutningssystem.
- Statlige myndigheter vurderer helsekonsekvenser av sine tiltak der det er relevant.
- Reduserte sosiale forskjeller.
- Tryggere og mer helsefremmende miljøer.
- Sunnere levevaner i befolkningen.
- Færre utbrudd av smittsomme sykdommer og motvirke overføring videre i befolkningen.

### 4.2 Vurdering av måloppnåelsen

---

Det langsiktige målet om et sterkere lokalt folkehelsearbeid er blant annet vurdert utfra styringsparametret om antall kommuner som har helhetlige rusmiddelpolitiske handlingsplaner. I følge SIRUS-rapporten «Kommunenes forvaltning av alkoholloven 2012» hvor 398 kommuner svarte, hadde 71 kommuner bare alkoholpolitisk handlingsplan, 140 bare rusmiddelpolitiske handlingsplaner og 152 hadde begge deler. Til sammen svarte altså 363 kommuner at de i 2011 hadde alkoholpolitisk og/eller rusmiddelpolitisk handlingsplan. Helsedirektoratet vurderer dette som et svært godt

resultat, men i begrenset grad ett egnet styringsparameter for å vurdere oppnåelse av de langsiktige målene. Vi vurderer derfor også måloppnåelsen utfra tre andre parametere;

- Har kommunene og fylkeskommunene oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer?
- Er folkehelse forankret i det regionale og kommunale plan- og beslutningssystemet?
- Hvordan er kapasiteten i kommuners og fylkeskommuners folkehelsearbeid, og hvordan er kapasiteten i den statlige understøttelsen?

### **Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer, planer og beslutningssystemer**

Helsedirektoratet har ikke oppdatert informasjon om kommunene har oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer. I 2011 svarte ca. 20 % av kommunene at de har en slik oversikt. Et forskningsråd-finansiert prosjekt (SODEMIFA) vil gi oppdatert informasjon i løpet av 2014.

Det foreligger pr 31.12.2013 ikke informasjon om situasjonen hva gjelder folkehelse i de kommunale planene, men det vil foreligge informasjon om forankring av folkehelse i kommunale planer gjennom KOSTRA-rapporteringen som utgis i mars 2014.

Direktoratet får tilbakemeldinger fra bl.a. regionale kompetansesentrene på rusfeltet om at kommunene i stadig større grad integrerer de alkoholpolitiske planene (jf. plankravet i alkoholloven) og det øvrige rusforebyggende arbeidet i kommunenes ordinære plansystem, blant annet i kommuneplanens samfunnsdel og i delplaner for folkehelse. Helsedirektoratet mener at det er opp til kommunene å vurdere planbehov, og at kommunenes grep for å se den lokale alkoholpolitikken i en folkehelsesammenheng kan være godt egnet for formålet.

### **Kapasitet i folkehelsearbeidet**

Kartleggingen fra 2011 viste at mange kommuner har folkehelsekoordinator, men at svært mange av disse er i små stillinger (mindre enn 50% stilling). Det er Helsedirektoratets inntrykk at mange kommuner har økt stillingsstørrelsen det siste året, og at det er blitt vanligere å være folkehelsekoordinator i full stilling. De fleste fylkeskommunene har i løpet av det siste året styrket intern kapasitet, særlig knyttet til oversiktsarbeidet. Mer enn halvparten av fylkeskommunene har ansatt personer med statistikk-kompetanse.

Samlet sett er det Helsedirektoratets vurdering at folkehelsearbeidet i kommuner og fylkeskommuner er blitt styrket i løpet av 2013.

For det langsiktige målet «Statlige myndigheter vurderer helsekonsekvenser», er det ikke styringsparametere. Helsedirektoratet har foretatt en enkel undersøkelse av i hvilken grad folkehelsehensynet er vurdert i arbeidet med NOUer i 2012. Resultatet viser at helsehensynet i liten grad inngår i mandatet for slike utredninger, og at det heller ikke er vurdert av utvalgene.

Generelt mener Helsedirektoratet at sektorgrensene skaper omfattende utfordringer mht. å løfte helsehensynet overfor andre statlige myndigheter. Vi vil fremheve samarbeidet med Utdanningsdirektoratet omkring læringsmiljøutvikling å være i en positiv utvikling, det samme gjelder samarbeidet med Husbanken og Miljødirektoratet omkring nærmiljøutvikling. Vi mener at Folkehelsemeldingen har vært et viktig bidrag, og danner et fornyet grunnlag for tverrsektorielt arbeid, gjennom det nye indikatorsystemet.

For det langsiktige målet «Reduserte sosiale forskjeller» ser vi at de sosiale helseforskjellene i Norge fortsatt er store, men enkelte tegn tyder på at forskjellene er i ferd med å flate ut. På en del innsatsområder ser vi at forskjellene i påvirkningsfaktorer er redusert.

Når det gjelder det langsiktige målet «Tryggere og mer helsefremmende miljøer», vurderes det ut fra styringsparametret andel av helseforetak som rapporterer ulykkesdata til NPR. Flere nye sykehus rapporterer på ulykkesdata i NPR i 2013, men flere gjenstår og kvaliteten er varierende.

På oppdrag fra HOD har vi etablert en arbeidsgruppe for sikre innrapportering av skadedata fra sykehusene til NPR, bestående av representanter fra RHF og HF. Arbeidet har vært ledet av Helsedirektoratet som har sendt egen rapport for 2013 til HOD.

Helsedirektoratet har ansvar for ivaretagelse av landets giftinformasjonstjeneste, et fast oppdrag. Den viktigste oppgaven for Giftinformasjonen er drift av en kvalitetssikret 24 timers rådgivningstelefon som er åpen for allmennhet og helsetjenesten. Nettsidene får stadig flere treff, og vi får gode tilbakemeldinger om informasjonen både fra allmennhet og helsetjenesten.

### **Sunnere levevaner i befolkningen**

For det langsiktige målet «Sunnere levevaner i befolkningen», rapporteres det på følgende parameter:

- Andel av befolkningen som kjenner til faglige anbefalinger om fysisk aktivitet  
Det er gjennomført en Omnibus undersøkelse i 2013 for å kartlegge kjennskapet til anbefalingene, jf. tildelingsbrevet. Samlet sett svarte 39 prosent i utvalget at de kjente til anbefalingene for voksne om minst 30 minutter daglig moderat fysisk aktivitet. I 2011 og 2012 var tilsvarende tall 30 prosent respektive 35 prosent. Undersøkelsen viste at flere kvinner enn menn kjente til anbefalingene i 2013. 46 prosent av kvinnene og 32 prosent av mennene svarte at de kjente til anbefalingene.
- Andel av befolkningen som kjenner til og har tillit til kostrådene  
Tall for kjennskap og tillit til kostrådene samt antall nøkkelhullsprodukter i butikk vil foreligge februar 2014, etter gjennomførte forbruks- og markedsundersøkelser januar 2014. I januar 2013 kjente 71 % til de nasjonale kostrådene.
- Andel som har ganske stor/svært stor grad av tillit til kostrådene skal øke med 5 %.  
Andelen som hadde tillit til rådene økte fra 51 % januar 2012 til 60 % januar 2013.
- Antall nøkkelhullsprodukter i butikkene.  
Antall nøkkelhullsprodukter i dagligvarehandelen var i 2012 1738, en økning fra 1532 ved utgangen av 2011.
- Antall nøkkelhullsprodukter i kiosk, bensinstasjons- og serveringsmarkedet (KBS).  
Tall for kjennskap og tillit til kostrådene samt antall nøkkelhullsprodukter i KBS vil foreligge februar 2014, etter gjennomførte forbruks- og markedsundersøkelser januar 2014.

Når det gjelder tobakksbruk, viser de siste tallene at nedgangen i røykeandelen fortsetter. I 2012 var det kun 7 % menn og kvinner i aldersgruppene 16-24 år som røykte daglig. I den samme



aldersgruppen var det derimot en økning i andelen som brukte snus daglig, der 25 % av menn og 14 % kvinner i denne gruppen brukte snus daglig.

Kampanjen Alkoholfritt svangerskap ble videreført i oktober 2013 og bestod av animasjons-filmen «Snart mamma» som ble vist på TV og kino, bred annonsering i riksdekkende medier samt informasjonsmaterieill til distribusjon på legekontorer, helsestasjoner og kvinneklinikker. Kommunikasjonsmål: Alle kvinner i fertil alder skal kjenne til og forstå bakgrunnen for anbefalingen om avhold i svangerskapet. Alle planlagte aktiviteter ble gjennomført. En spørreundersøkelse utført i 2013 viser at budskapet er godt kjent i befolkningen og at de siste års kampanjer har gitt resultater.

Pilotprosjektet Frida - tidlig samtale med gravide om alkohol og levevaner har pågått siden november 2012. 8 kommuner og 18 jordmødre i Rogaland deltar. Gravide får tilbud om en samtale innen uke graviditetsuke ni, slik at de kan få informasjon og svar på spørsmål om levevaner. Det er arrangert tre opplæringsdager for jordmødrene om levevanetemaene, kartlegging med Tweak og samtalemetoden motiverende samtale (MI). Et veiledningshefte beregnet på jordmødre og leger er utarbeidet og gitt ut. Det er per 31.11.2013 gjennomført totalt 320 samtaler. Helsepersonell og gravide som har deltatt er positive til tiltaket.

### **Frisklivssentraler**

Det foregår en kontinuerlig nyetablering av frisklivssentraler, men også noen nedleggelse. Per i dag er det ca. 170 sentraler på landsbasis og målet om min. 100 % stillingsstørrelser på 80 % av sentralene er ikke nådd. I 2013 ble det bevilget 14 mill. ekstra i revidert statsbudsjett, til etablering og videreutvikling av frisklivssentraler. Midlene ble fordelt likt på fylkene, gjennom fullmaktsbrev til Fylkesmanns-embetene. I tillegg ble det bevilget 20 mill. til prosjekter rettet mot kronikergrupper, med mål om å utvikle tilbud gjennom frisklivs- og læringscentre i kommunene. Tilskuddet ble forvaltet av Helsedirektoratet, og er ferdigbehandlet. I 2013 ble det arrangert regionale kompetansehevede kurs i alle regioner. Kursene har bestått av MI-opplæring, tobakk, ernæring (Bra Mat) og fysisk aktivitet. Det er også igangsatt oppfølgingsdager i etterkant av disse kursene. Dette fullføres i 2014.

KiD kurs (Kurs i mestring av depresjon) for ansatte i frisklivssentraler er gjennomført som planlagt, og målet om kurs for 20 personer knyttet til 10 ulike sentraler er nådd. I tillegg er det gjennomført KiB kurs (kurs i mestring av belastninger) med 19 deltakere som tidligere har gått kurslederopplæring i KiD. Det er gjennomført 4 regionale kompetansehevede grunnkurs, ett oppfølgingskurs og ett søvnkurs i løpet av 2013.

I Bra Mat er det arrangert to kurslederkurs i Helsedirektoratet i 2013, i tillegg til kursene som har blitt avholdt som en del av den regionale kompetansehevingen.

### **Færre utbrudd av smittsom sykdom**

For det langsiktige målet Færre utbrudd av smittsom sykdom og motvirke overføring videre i befolkningen er det ikke oppgitt styringsparametere. På folkehelseområdet er følgende områder prioritert:

Nasjonal HIV-strategi Aksept og mestring følges på sentrale punkter opp i tett tospann med Handlingsplan for forebygging av uønsket svangerskap – strategier for bedre seksuell helse. Forekomsten av klamydia blant de yngste har i de senere årene vist en positiv nedgang. Imidlertid er det store utfordringer i å bremse utbruddet av HIV-infeksjon og andre seksuelt overførbare

infeksjoner blant menn som har sex med menn. Systematisk tilbud om test, informasjon og oppfølging blant ulike grupper av seksuelle- og etniske minoriteter og HIV er utfordrende og vil ytterligere bli vektlagt framover. Ordningene med gratis kondomer til målgruppene for de to handlingsplanene er revidert i tråd med tidligere gjennomført evaluering av ordningen. Sortimentet er utvidet og bedre målgruppetilpasset enn tidligere. Antall bestillinger holdt seg jevnt på et høyt nivå også i 2013.

En rekke tiltak for å øke testfrekvensen for HIV-test, særlig blant særlig berørte grupper, er videreført. Helsedirektoratet har gjennom flere mindre kampanjer synliggjort budskap om viktigheten av å kjenne sin HIV-status, kondombruk og posteksponeringsprofylakse. Informasjon om hiv er tilgjengeliggjort på helsenorge.no i samarbeid med Folkehelseinstituttet (FHI). Den foreliggende tverrsektorielle HIV-strategien er revidert og forlenget til 2015. Arbeidet med ny modell for finansiering av HIV-feltet er startet opp i 2013 og er i rute.

Bruken av nettjenesten Klara-Klok.no har fortsatt økt i 2013. Tjenesten er tidligere evaluert av NOVA der det pekes på at tjenesten oppfattes som viktig og med høy faglig kvalitet. Både Aksept og mestring og Strategier for bedre seksuell helse har foretatt en intern gjennomgang/ evaluering av tilskuddsordningene. Resultatene for Strategier for bedre seksuell helse foreligger i januar 2014. Gjennomgangen av Aksept og mestring viser at mye fungerer etter intensjonen, men at det er rom for forbedringer både fra forvaltningen og sivilt samfunns side. Evalueringen vil ligge til grunn for den forestående omorganiseringen av HIV-feltet.

### 4.3 Arbeidet med prioriterte oppdrag/aktiviteter

---

Helsedirektoratet er i rute i forhold til de ulike oppdrag som er gitt og tiltak som er igangsatt på virksomhetsområdet når det gjelder målsetningen «Et sterkere lokalt folkehelsearbeid».

#### **Oversikt og planlegging**

Helsedirektoratet har i 2013 prioritert arbeidet med kommuners oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer, og veilederen ble ferdigstilt i oktober 2013. Vi har fått mange positive tilbakemeldinger på veilederen, men brukererfaringer er foreløpig ikke undersøkt systematisk. Direktoratet har videre prioritert å bidra til tilgjengeliggjøring av verktøy for kommunene, dels folkehelseprofilene (FHI) og dels Ungdata (NOVA). Direktoratet og FHI har gjennomført samling for landets fylkesmenn og fylkeskommuner, og deltatt på fylkesvise seminarer og konferanser.

#### **Kapasitetsbygging**

Helsedirektoratet har i 2013 prioritert i tett samarbeid med fylkesmenn og fylkeskommuner for å oppnå god samstyring og understøttelse av kommunenes folkehelsearbeid. Det har vært flere møtepunkter og også kompetansetiltak spesielt rettet mot fylkesnivået. Det er også jobbet med å tydeliggjøre kompetansesentres rolle inn mot det lokale folkehelsearbeidet, med vekt på KORUSene og RBUP/RKBU. Den regionale/fylkesvise støtten til kommunene er i sum styrket.

#### **Statlige myndigheter vurderer helsekonsekvenser**

Helsedirektoratet har utarbeidet «Folkehelsepolitisk rapport 2012» (lansert i juni 2013), i samarbeid en rekke departementer og direktorater. Det pågår samarbeid med en rekke direktorater og en betydelig innsats er lagt ned. Sektorenes mandat for å vurdere helsehensyn synes begrenset. Helsedirektoratet har oversendt et utkast til veileder om vurdering av helsekonsekvenser.

Når det gjelder «Reduserte helseforskjeller», er en omfattende gjennomgang av sosial ulikhet i helse i Norge nå under ferdigstilling og vil bli lansert i mars. Gjennomgangen er imidlertid forsinket, noe som har ført til at direktoratets oppfølgingsarbeid har blitt tilsvarende forsinket, men prosessen er i gang. Utkast til verktøy for konsekvensutredninger med vekt på sosial ulikhet i helse er utarbeidet og oversendt HOD. Sosial ulikhet i helse er et integrert perspektiv i alle aktivitetene ifm. oppfølging av folkehelseloven, herunder veiledning og kapasitetsbygging. Helsedirektoratet deltar i internasjonalt arbeid på feltet både innen EU og WHO.

Når det gjelder målene «Sunnere levevaner i befolkningen», og «Andel av befolkningen som kjenner til faglige anbefalinger om fysisk aktivitet», har Helsedirektoratet i tillegg til å gjennomføre undersøkelse, arbeidet med å planlegge en kampanje. Målene med kampanjen er at flere kjenner til anbefalingene og vil følge dem.

På ernæringsområdet er satsningen «små grep – stor forskjell» sentral i måloppnåelsen for å øke kunnskap og tillit til kostrådene og nøkkelhullet. Satsingen benytter nettet, sosiale medier, alliansebygging med matvarebransjen og frivillig sektor, kampanjer, annonsering og PR. Per 2013 hadde FaceBook-siden «Kosthold–små grep, stor forskjell» over 100 000 brukere. Rapport om utviklingen i norsk kosthold er utgitt og undersøkelse om spedbarnskost/ammning er gjennomført. Arbeid vedr markedsføring av usunn mat og drikke til barn og et nordisk samarbeid om revisjon av kriteriene i nøkkelhullsforskriften har vært omfattende.

Direktoratet har bistått HOD i forberedelsen av lovendringer i alkoholloven, herunder utarbeidet et forslag om prikkbelastningssystem ved brudd på alkoholloven. Som del av satsningen på ansvarlig alkoholhåndtering er det arrangert en regelverksamling for jurister hos Fylkesmennene. I tillegg har vi hatt en kampanje som understøtter skjenkebestemmelsene.

Som del av oppfølging av tobakksstrategien har direktoratet arbeidet med en rekke oppdrag knyttet til endringene i tobakkskadeloven. Noen av oppdragene er senere trukket. Det er gjennomført to kampanjer på tobakksfeltet. En større gjennomgang av WHO's tobakkskonvensjon og status for norsk implementering av denne er gjennomført.

#### **Færre utbrudd av smittsomme sykdommer og motvirke overføring videre i befolkningen**

Arbeidet med ny nasjonal beredskapsplan for pandemisk influensa. Her er det i samarbeid med FHI levert en interimplan i januar 2013, og en mer bearbeidet versjon i juni 2013. Planen fra januar 2013 er gjeldende plan på området pr. i dag. På grunn av endringer i WHO's faseinndeling og arbeidet med ny vaksineavtale har redaksjonsgruppen fortsatt sitt arbeid også i høst, og regner med å levere en ny revidert nasjonal beredskapsplan for pandemisk influensa i april 2014.

Internasjonalt helsereglement (IHR) – som del av overvåking og respons så har vi også i år jobbet med implementering av IHR-forskriften i samarbeid med FHI.

Antibiotikasenteret for primærhelsetjenesten (ASP). Senteret har gjort en betydelig jobb med retningslinjer og arbeidet mot antibiotikaresistens. De har også levert betydelige forskningsbidrag på feltet. Aktiviteten er imponerende sett i relasjon til beskjeden støtte. (Se årsrapport ASP [www.antibiotikasenteret.no](http://www.antibiotikasenteret.no)) Vi publiserte «Nasjonale faglige retningslinjer for antibiotikabruk i primærhelsetjenesten» (IS-2030) i 2013, og sendte den ut til alle landets fastleger. I samarbeid med ASP har disse retningslinjene samt antibiotikaresistens vært tema på flere konferanser for leger. Det

har videre vært jobbet med elektronisk versjon av retningslinjene og utarbeidelse av app'er. Antibiotikasenteret har også tatt initiativ for å gjøre retningslinjene kjent for medisinerstudenter i andre land. Det jobbes også for materiell om antibiotika til bruk for barnehager og skoler.

Det er arbeidet med oppfølging og implementering av NOIS/forskriften

Oppfølging av ECDCs rapport om tuberkulosearbeidet i Norge: Det er i år, sammen med FHI arbeidet med oppfølging av tuberkuloseforskriften og avholdt møte med bl.a. FHI; UDI og Oslo kommune med tanke på bedre oppfølging av asylsøkere og andre (familiegjenforening) som kommer fra høy endemiske områder eller som har oppholdt seg i mer enn tre måneder i slike områder.

Generelt fulgt med på overvåking av smittesituasjonen i Norge og i verden for øvrig. Direktoratet følger utbrudd av smittsomme sykdommer. Spesielt har vi hatt oppmerksomhet på nye virus som H7N9 og MERS-CoV. I forbindelse med sistnevnte hadde vi i samarbeid med FHI kontakt med muslimsk råd og ga reiseråd i forbindelse med Hadj. Vi har også fulgt LA-MRSA situasjonen med svinefarmer nøye, og har fulgt med på avtaler mellom kommuner og mattilsynet vedrørende forekomst av matsmitte i kommunen og opplever at denne kommunikasjonen er blitt bedre.

Direktoratet har videre løftet opp problemstillinger som Hepatitt C, vaksinedekning for influensavaksinering og antibiotikaresistens, samt behandling av Borrelia i år.

Direktoratet som ansvarlige for smittevernloven har løpende vurdert flere juridiske problemstillinger opp mot denne. Det arbeides med blodforskriften mht. smitte av Hepatitt C.

Viktige milepæler for Giftinformasjonens arbeid i 2013

- Stabil drift for rådgivningstelefonen. Fortsatt ca. 40 000 henvendelser per år. 2/3 kommer fra allmennheten.
- Fortsatt fokus på kommunikasjon via internett gjennom våre sider på Helsenorge.no for allmennhet og emnebibliotek forgiftninger på Helsebiblioteket for helsetjenesten.
- Flerårig forskningsprosjekt innenfor risikooppfattelse og risikokommunikasjon med gravide og ammende avsluttet.
- Ny strategi for videreutvikling av landets giftinformasjonstjeneste ferdigstilt og vedtatt av direktoratets ledelse. I kjølvannet av dette har Helsedirektoratet anmodet HOD om at det iverksettes en prosess for å overføre Giftinformasjonen til Folkehelseinstituttet.

Etter 20 år ved OUS – Ullevål sykehus flyttet Giftinformasjonen inn i moderne lokaler ved Myrens verksted i desember 2013.

#### **4.4 Vurdering av resultater som ikke ble nådd**

---

Lokalt folkehelsearbeid: De generelle langsiktige målene gjør det krevende å vurdere hvorvidt resultater ikke er nådd.

Når det gjelder «Andel av helseforetak som rapporterer ulykkesdata til NPR», er det fortsatt flere sykehus som ikke registrerer ulykker, og Helsedirektoratet viderefører arbeidsgruppen i 2014.

Direktoratet arbeider med en kommunikasjonsstrategi på rusmiddelforebyggingsfeltet. Vurderingen av hvordan sosiale medier kan tas i bruk på rusmiddelområdet sees i sammenheng med dette.

Direktoratet er i slutfasen av arbeidet med en kartlegging av samfunnsøkonomiske beregninger som er gjort av tiltak innen kosthold og ernæring. Basert på kartlegging vil direktoratet komme med forslag til beregninger som kan gjøres. Rapporten forventes ferdig i løpet av våren 2014. I løpet av året har det vært en stor økning i antall søknader om statlig tilvirkningsbevilling for alkoholholdig drikke. Økningen utgjør en risiko for måloppnåelsen for andre oppgaver knyttet til alkohollovgivningen.

Giftinformasjonen ønsker å ha en jevnlig oppdatering/revidering av behandlingsanbefalinger på Helsebiblioteket for å sikre at informasjonen er oppdatert. Dette arbeidet er forsinket, blant annet fordi flytting krevde mye ressurser i 2013.

Av oppgaver som ikke er gjennomført i 2013 på feltet Færre utbrudd av smittsom sykdom og motvirke overføring videre i befolkningen er gjennomgang av behovet for survey-data om befolkningens kunnskap, holdninger og atferd knyttet til seksuelt overførbare infeksjoner. IS-1022 Helsetilbud for asylsøkere, flyktninger og familiejenforente er ikke revidert som planlagt.

## 5. KOMMUNALE HELSE- OG OMSORGSTJENESTER

### 5.1 Omsorgstjenester

---

#### Langsiktige mål

- Tilstrekkelig kapasitet i omsorgstjenesten gjennom målsetting om 12 000 nye årsverk og tilsagn om tilskudd til 12 000 heldøgns omsorgsplasser.
- Kvalifisert og stabilt personell med stor faglig bredde. Økt andel personell i omsorgssektoren med formell utdanning.
- Tilrettelagt tjenestetilbud til personer med demens og deres pårørende.
- Framtidas omsorgsutfordringer er satt på dagsorden i kommunenes helhetlige økonomi- og kommuneplanlegging.
- Gode rammevilkår som sikrer langsiktighet, kvalitet og mangfold i samarbeidet mellom ideell sektor og omsorgssektoren.
- Videreutvikle ordninger som gjør det enklere å kombinere yrkesaktivitet med omsorg for barn med funksjonsnedsettelse og pleietrengende voksne og eldre.

#### Vurdering av måloppnåelsen

### **Tilstrekkelig kapasitet i omsorgstjenesten gjennom målsetting om 12 000 nye årsverk og tilsagn om tilskudd til 12 000 heldøgns omsorgsplasser.**

Det ble utført 131 200 årsverk i pleie- og omsorgstjenestene i 2012. Økningen var på 2300 årsverk i forhold til 2011. Utviklingen fra 2008 til 2012 er i samsvar med målet om 12 000 nye årsverk i perioden 2008-2015. Andelen årsverk med relevant fagkompetanse i brukerrettet pleie- og omsorgstjeneste økte fra 72,7 % i 2011 til 73,8 % i 2012. Andelen årsverk med relevant høyere utdanning økte i samme periode fra 31,8 % til 33,2 %. Utsiktene er dermed gode til å innfri forventningen om et nivå på 34 % i 2015 for høyere utdanning.

Når det gjelder utviklingen i heldøgns omsorgsplasser så var det pr. 31.12.2013 7 451 boenheter som er godkjent for tilskudd. Dette utgjør 61,8 % av måltallet om 12 000 heldøgns omsorgsplasser innen 2015. Husbanken rapporterer direkte til KRD og HOD i forhold til utbyggingstakten.

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

Norsk institutt for innovasjon, forskning og utdanning (NIFU) og Norsk institutt for by- og regionforskning (NIBR) gjennomførte en evaluering av Kompetanseløftet 2015 fra starten for handlingsplanen i 2007 og fram til 2011. Evalueringen bekreftet at det har vært en positiv personellutvikling i omsorgstjenestene. NIBR har påbegynt en evaluering av Kompetanseløftet 2015 for perioden 2013-2015, og første rapport vil foreligge tidlig i 2014.

### **Tilrettelagt tjenestetilbud til personer med demens og deres pårørende.**

Måltallet for dagaktivitetsplasser til personer med demens er i perioden 2012-2015 - 9200 nye plasser. Målet er 2300 nye plasser per år som skal gi ca. 5000 brukere et tilbud pr år. Ufordelte midler fra 2012 ble overført til 2013. I 2012 ble det opprettet 589 nye plasser til 1342 brukere, som det også ble utbetalt tilskudd til i 2013. I 2013 ble det opprettet 728 nye plasser til 1298 brukere. I 2012 og 2013 mottok tilsammen 216 kommuner tilskudd. Utbetaling for plasser opprettet i 2012, 2013 og 2014 er på ca. 80 mill., i tillegg til nye søknader i 2014. Tilskuddet dekker ca. 30 % av kostnadene ved å drive et dagaktivitetstilbud. Kommunene trenger tid til å planlegge og budsjettere med økt kapasitet, siden kommunene selv må finansiere 70%.

Per. 31.12.2013 var det registrert 829 pårørendeskoler/samtalegrupper for personer med demens. 316 av landets kommuner har fått tildelt tilskudd. Dette utgjør 74 % av landets kommuner. Dette er en økning på 58 % siden oppsummeringen 31.12.11. Vi regner med at målet vil bli nådd slik at alle med behov for det vil ha tilgang til pårørendeskoler.

Antall heldøgns omsorgsplasser tilpasset mennesker med demens og kognitiv svikt med tilsagn om tilskudd er i hele perioden fra 2008 til 2013 2.596 plasser. I 2013 er det gitt tilsagn om 365 plasser. Dette angir antall boenheter der demente er oppført som målgruppe for det aktuelle prosjektet - alle boenheter som er godkjent for tilskudd er i utgangspunktet tilrettelagt for demente.

Yngre personer med demens: «Møteplass for mestring» er en del av pårørendesatsingen. Det er i 2013 arrangert 7 kurssamlinger for yngre personer med demens sammen med pårørende. «Tid til å være ung» er et tilbud til ungdom som har en mor eller far med demens. Det er gjennomført to samlinger for denne gruppen i 2013.

Demenssykdom og samfunnsøkonomi: Formålet med et 3-årig program (2011 – 2014) er å øke kunnskap som skal bidra til å sette demenssykdom inn i et samfunnsøkonomisk perspektiv. Den

første rapporten fra prosjektet, «Enhetskostnader for dagsentertilbud», forelå i 2012. Første artikkel fra prosjektet ble publisert i 2013. Prosjektet videreføres i 2014.

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

Fylkesmennene har i oppdrag å følge opp dette arbeidet i kommunene, samt ha oversikt over antall kommuner som har framtidens omsorgsutfordringer på dagsorden i kommunenes helhetlige økonomi- og kommuneplanlegging. Oppfølgingen av dette rapporteres i årsrapport til FAD. Rapporteringen fra Fylkesmennene vil bli fulgt opp når rapporteringen foreligger.

Fylkesmennene i Sør- og Nord Trøndelag har fått i oppdrag å utvikle og implementere et verktøy for planlegging av helse- og omsorgstjenester i et langtidsperspektiv (Omsorg i plan). Pilotkommuner for utprøving av verktøyet ble valgt i august/september og arbeidet er videreført i 2013. Det er utviklet statistikkverktøy for pleie, omsorg og kommunehelsesdata, og en nettportal for deling av statistikk. Arbeidet sees i sammenheng med øvrige prosjekt som har som mål å levere styringsdata til kommunene.

### **Gode rammevilkår som sikrer langsiktighet, kvalitet og mangfold i samarbeidet mellom ideell sektor og omsorgssektoren.**

Det er gitt tilskudd til prosjekter «Aktivitet ved eldresentra» som stimulerer til brukermedvirkning og utviklingsprosjekter som kan ha dokumenterbar læringsverdi for andre. Utviklingen av aktiviteter og tiltak skal skje i et nært samarbeid med pensjonistorganisasjonene og ideelle organisasjoner. Helsedirektoratet jobber også med å samordne tilskuddsordninger knyttet til frivillighet for å få til en mer helhetlig satsing.

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

Program for en aktiv og fremtidsrettet pårørendepolitikk ble igangsatt høsten 2013. Det er gitt tilskudd til pilotprosjekter i kommunene. Kunnskapsinnhenting om ulike former for avlastningstilbud i kommunene ble igangsatt i 2013 sluttføres i 2014. Arbeidet med et opplærings- og veiledningstilbud til tilbud til pårørende og ansatte følges opp videre i 2014.

### **Arbeidet med prioriterte tiltak/oppdrag**

Planlagte satsninger og aktiviteter under Omsorgsplan 2015 har hatt en god utvikling i 2013. I budsjettinnspillene per 01.04 og 01.08.13, ble det gitt en oversikt over status for iverksatte tiltak, planer for og forslag til nye tiltak, samt en underveisvurdering relatert til konkrete målsettinger.

I den nye avtalen mellom regjeringen og KS om utvikling av kvalitet i de kommunale helse- og omsorgstjenestene for perioden 2012 – 2015 angis mål og strategier for kvalitetsutvikling. Helsedirektoratet og KS har i fellesskap drøftet tiltak som er skissert under hovedoverskriftene «Bærekraft og nye løsninger, Tjenesteutvikling, Personell og kompetanse» i avtalen mellom Regjeringen og KS.

Helsedirektoratet fikk i 2013 i oppdrag å lage en plan for organisering og gjennomføring av omsorgsplan 2020. Planen ble oversendt Helse- og omsorgsdepartementet i november 2013. I forbindelse med Revidert nasjonalbudsjett fikk helsedirektoratet en rekke oppdrag knyttet til oppfølgingen av O2020.



Program for utvikling og implementering av velferdsteknologi ble igangsatt høsten 2013. Det er gitt tilskudd til kommuner for utprøving av trygghetspakker innen velferdsteknologi. Nettverk for tilskuddsmottakerne er etablert og følges videre opp i 2014. Det er etablert samarbeid med Innomed og KS.

Det ble utarbeidet en foreløpig plan for utrulling av Livsgledesertifisering av sykehjem i regi av Livsglede for eldre. Arbeidet følges videre opp i 2014.

Program for en aktiv og fremtidsrettet pårørendepolitikk ble igangsatt høsten 2013. Det er gitt tilskudd til pilotprosjekter i kommunene. Arbeidet med kunnskapsinnhenting om ulike former for avlastningstilbud i kommunene ble igangsatt i 2013 og sluttføres i 2014. Arbeidet med et opplærings- og veiledningstilbud tilbud til pårørende og ansatte følges opp videre i 2014.

Aktivitet ved eldresentre er et satsingsområde, og det er gitt tilskudd til prosjekter som stimulerer til brukermedvirkning og utviklingsprosjekter som kan ha dokumenterbar læringsverdi for andre.

Helsedirektoratet jobber med en utredning av forholdet mellom lovens utdanningskrav og kompetansesituasjonen i tjenestene til personer med utviklingshemming ved utøving av tvang og makt. Oppdraget fullføres innen fristen 1.5.2014.

Arbeidet med utarbeidelse av en opplæringshåndbok for brukerstyrt personlig assistanse (BPA) og kursopplegg for arbeidsledere og assistenter ble igangsatt i 2012, og skulle ferdigstilles innen utgangen av 2013. Helsedirektoratet har fått utsatt frist på oppdraget til januar 2014.

Høgskolen i Lillehammer har fått oppdraget med å foreta en utredning/analyse av innhold, omfang og effekt av ordningen med BPA. Oppdraget forventes ferdigstilt i desember 2014 med følgende delleveranser: delrapport som oppsummerer eksisterende kunnskap ble ferdigstilt 1. juni 2013, delrapport basert på egen datainnhenting og analyse forventes ferdigstilt innen 1. mars 2014, sluttrapport med en samlet oppsummering, analyse og vurdering, samt et konkret forslag til opplegg for løpende innhenting av styringsdata forventes ferdigstilt 1. desember 2014.

Helsedirektoratet har på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet utarbeidet forslag til nye kvalitetsindikatorer for omsorgstjenesten. Forslagene er oppsummert i en egen rapport som ble ferdigstilt desember 2013. Arbeidet med indikatorer for omsorgstjenesten inngår som en del av arbeidet med utvikling av nasjonalt kvalitetsindikatorsystem i samarbeid med KS, kommunene, fag og forskningsmiljøer, yrkesorganisasjonene og frivillige organisasjoner.

Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester er aktive som pådrivere for kunnskap og kvalitet i tjenestene i sitt fylke. I 2013 har utviklingssentrene blant annet deltatt i arbeidet med pasientsikkerhetskampanjen på område legemiddelhåndtering gjennom læringsnettverk i fylkene. Utviklingssentrene har hatt fokus på ernæring, aktiv omsorg, lindrende behandling og forebyggende tiltak i sykehjem og hjemmetjenesten. Det ble gitt til sammen 5,4 mill. i styrking til utviklingssentrene særlig knyttet til kvalitets og nettverksarbeid. Videre ble det i 2013 gitt en ekstrabevilgning på til sammen 10 mill. til utvikling og gjennomføring av lokale prosjekter for velferdsteknologi og innovasjonstiltak. Tiltaket videreføres i 2014.

### Vurdering av resultater som ikke ble nådd



De lave utdanningstallene for helsefagarbeidere vurderes fortsatt som kritisk for tilgangen på kvalifisert personell. Antall nyutdannede med videregående helsefaglig utdanning ble mer enn halvert fra 2008 til 2010, og har ikke tatt seg opp. Søkningen er god til helse- og oppvekstfag, men over halvparten faller fra helsearbeiderfaget i overgangen til læretid. Voksenopplæring på videregående nivå har tradisjonelt hatt stor betydning for omsorgstjenestene, men også her svikter rekrutteringen. Samlet ligger tilgangen på helsefagarbeidere betydelig under målet om en brutto tilgang på 4500 per år.

Måltallet for dagaktivitetsplasser til personer med demens er i perioden 2012-2015 9200 nye plasser. Målet er 2300 nye plasser per år som skal gi ca. 5000 brukere et tilbud pr år. Målet om 2300 plasser ble ikke nådd i 2013. Det er imidlertid en positiv utvikling i 2013. Det er gjort forenklinger i regelverket for tilskuddsordningen som kan bidra til bedre måloppnåelse i 2014.

Helsedirektorater fikk i oppdrag å revidere rundskriv IS-10/2004 Rettsikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemming. Arbeidet kom sent i gang på grunn av kapasitetsproblemer. Arbeidet ble påbegynt i 2013 og vil fullføres i løpet 2014.

## 5.2 Primærhelsetjenesten

---

### Langsiktige mål

- Riktig bruk og håndtering av legemidler i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.
- Kort ventetid i alle deler av primærhelsetjenesten
- Styrke forebyggende og helsefremmende arbeid i kommunene, herunder helsestasjon og skolehelsetjeneste og frisklivssentraler
- Bidra til at helsepersonell avdekker vold og overgrep
- Sikre at kommunehelsetjenesten har tilstrekkelig oppdatert kunnskap om tortur, fysisk og psykisk vold som asylsøkere kan ha vært utsatt for, jamfør Istanbul-protokollen samt asylsøkernes rett til helsetjenester
- Styrket jordmortjeneste både mht. kapasitet og kvalitet
- Styrket legetjeneste i kommunene ved blant annet økt rekruttering av fastleger og styrking av legevakt
- Styrket tverrfaglig samarbeid hvor helsetjenester bygges rundt pasientens behov.
- Sikre tilstrekkelig ressurser på habiliterings- og rehabiliteringsområdet.
- Best mulig helse og egenmestring i befolkningen
- Sikre likeverdige tjenester til innvandrerbefolkningen
- Styrke tilgjengeligheten til de kommunale helse- og omsorgstjenestene for innvandrerbefolkningen
- Sikre likeverdige helse- og omsorgstjenester for urbefolkningen

### Vurdering av måloppnåelsen

Målet om kort ventetid i alle deler av primærhelsetjenesten er vanskelig å operasjonalisere konkret pga. manglende aktivitetsdata fra primærhelsetjenesten. I forbindelse med utviklingen av statistikkområdet og registerfunksjoner for kommunal helse- og omsorgstjeneste, vil det være mulig å utvikle datasett som mer konkret gir informasjon om ventetider. Østfold fylke har som forsøksfylke innført nasjonalt legevaktnummer 116117. Driftsdata generert ved at publikum ringer nummeret viser klart hvordan volum på henvendelser endrer seg gjennom døgnet og data på svartid på

oppkallet som operatør mottar. Dette gir legevakt og legevaktsentral mulighet til å dimensjonere tjenesten i tråd med behov, sesong- og døgnvariasjoner. Det tas sikte på å innføre 116117 som nasjonal ordning i september 2014.

Måloppnåelsen innenfor området forebyggende og helsefremmende arbeid i kommunene med fokus på helsestasjoner, skolehelsetjenester og frisklivssentraler har Helsedirektoratet bl.a. utarbeidet et utkast til forskrift for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon- og skolehelsetjenesten, som ble oversendt HOD i 2013.

På tilskuddsområdet er midlene for styrking av helsestasjons- og skolehelsetjenesten fordelt til 65 kommuner og 1 fylkeskommune.

Når det gjelder styrking av kapasiteten i skole- og helsetjenesten viser SSB KOSTRA en økning i antall årsverk på 2,8 % fra 2011 til 2012. Antall årsverk for helsesøstre har økt med 6,2 %, jordmødre 6,9 %, annen fagutdanning 5,2 %, mens for fysioterapeuter er det en nedgang på 3,4 %, og for leger er det en nedgang på 2,0 %. Tall fra KOSTRA for 2013 vil foreligge i mai/ juni 2014.

For målet om å bidra til at helsepersonell avdekker vold og overgrep, viser Helsedirektoratet til arbeidet som pågår med retningslinje for helsestasjon- og skolehelsetjenester, veileder tannhelsetjenester for barn og unge samt revidering av retningslinje for svangerskapsomsorgen-vold mot gravide. Retningslinje for vold i nære relasjoner – svangerskap planlegges ferdig mars 2014. For øvrig viser vi til omtale lengre ned.

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) lanserte i 2013 en elektronisk Håndbok for helsepersonell ved mistanke om fysisk barnemishandling, for å øke handlingskompetansen i helsetjenesten slik at barn utsatt for fysisk mishandling blir identifisert tidligst mulig, og sikres mot nye overgrep. NKVTS igangsatte arbeid med å utvide håndboka med veiledende materiell slik at den også omhandler seksuelle overgrep, samt at den gjelder for kommunale helse- og omsorgstjenester og tannhelsetjenesten. De regionale ressursentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) skal bistå med implementering av håndboka. Gjennom IS-1/2013 ble kommunene bedt om å øke innsatsen mot vold i nære relasjoner, ved for eksempel utarbeiding av kommunale handlingsplaner på temaet. RVTSene understøtter kommunene i arbeidet.

For å sikre at kommunehelsetjenesten har tilstrekkelig oppdatert kunnskap om tortur, fysisk og psykisk vold som asylsøkere kan ha vært utsatt for, jamfør Istanbul-protokollen samt asylsøkernes rett til helsetjenester, igangsatte Helsedirektoratet i 2013 arbeidet med utredning av hvordan Istanbul-protokollen kan implementeres. Arbeidet ledes av direktoratet i samarbeid med en arbeidsgruppe bestående av fagekspertise. Utkast vil ferdigstilles og sendes på høring i løpet av 2014. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) har i samarbeid med Helsedirektoratet og UDI utarbeidet en opplæringspakke om migrasjonshelse for ansatte i asylmottak. Undervisningen skal gjennomføres i løpet av 2 dager og inneholder spesielt kunnskap om psykisk helse, kunnskap om vold og vurdering av voldsrisiko. Opplæringen gjennomføres av UDI og de regionale ressursentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging.

I kommende veileder på lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne, «Sammen for mestring», er asylsøkeres psykiske helse og rett til helsetjenester innen psykisk helse og rus tematisert.

På området styrket kapasitet og kvalitet i jordmortjenesten pågår revisjon av faglige retningslinjer fortløpende. I 2013 har Helsedirektoratet arbeidet med revisjon av diabetesretningslinje som også inkluderer gravide, vold og seksuelle overgrep mot gravide og SF- mål. (Kvalitetskrav for fødselsomsorgen, retningslinjer for hjemmefødsel og barselomsorgen). En videre revisjon av svangerskapsretningslinjen må finne sin plass i 2014.

Arbeidet med styrking av legevakt har i stor grad dreid seg om arbeidet med revisjon av forskrift om akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus. For å øke rekrutteringen av fastleger er det tildelt 75 mill. til ca. 250 fastlegehjemler. Endelig vurdering av tilskuddsordningen vil skje når kommunene rapporterer på bruken av midlene våren 2014.

For å oppnå styrket tverrfaglig samarbeid hvor helsetjenester bygges rundt pasientens behov har Helsedirektoratet utarbeidet veileder til forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator. Her vektlegges at pasientens behov skal være bestemmende for sammensetningen av det tverrfaglige teamet rundt den enkelte. Dette er også sentrale krav til kommuner som mottar tilskudd for å styrke tilbudet innen habilitering og rehabilitering. Tidlig tverrfaglig kartlegging med utgangspunkt pasientens helhetlige behov og ressurser, i samsvar med FNs konvensjon om rettigheter til personer med nedsatt funksjonsevne, fremheves som sentralt. I dette ligger at det kan avdekkes behov innen både fysisk, psykisk og sosial funksjonsevne og at koordinert innsats kan settes inn i tidlig fase. Fra mindre kommuner meldes det om manglende fagressurser for å sikre dette. For eksempel har norske kommuner bare ca. halvparten så mange ergoterapeuter som i Danmark. Flere kommuner har etablert tverrfaglige team innen rehabilitering gjennom prosjekter finansiert av midler fra samhandlingsreformen. Det er gjennomgående avvik knyttet til tverrfaglig samarbeid i Helsetilsynets rapporter fra tilsyn med rehabilitering i sykehjem.

For å sikre tilstrekkelig ressurser på habilitering- og rehabiliteringsområdet har Helsedirektoratet satt i gang arbeid med å forbedre statistikk- og kunnskapsgrunnlaget på feltet både når det gjelder tjenester og behov. Det er nødvendig å differensiere for å få frem behov av ulikt omfang og kompleksitet. Målet er å gi tjenestene bedre styringsdata samt å gjøre det mulig å følge med på utviklingen nasjonalt. Brukerorganisasjonene mener det er store mangler i tilbudet til personer med kroniske sykdommer og unge.

Styrking av habilitering og rehabilitering er et sentralt mål i tilskuddsordningene på feltet. Gjennom tilskudd til hverdagsrehabilitering prøves det ut modeller for hverdagsrehabilitering. Dette innebærer rehabilitering til personer med mindre omfattende behov, hovedsakelig til hjemmetjenestens brukere og i noen grad til mennesker med psykisk utviklingshemming, som tidligere i liten grad har fått rehabilitering. Det er igangsatt følgeevaluering for å dokumentere effekt av denne satsingen. Så langt foreligger det ikke dokumentasjon som kan bekrefte om dette bidrar til en reell styrking på feltet som helhet. Tilgjengelig statistikk kan så langt ikke vise at feltet er styrket i tråd med politiske mål.

For å oppnå best mulig helse og egenmestring i befolkningen skal tjenestene innen habilitering og rehabilitering bistå brukerne slik at de kan oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, og leve selvstendige liv på egne premisser. Helsedirektoratet vektlegger mestringsperspektivet i sin veiledning til tjenestene innen habilitering og rehabilitering, herunder i ny veileder til forskrift som er under utarbeidelse. En stor del av målgruppene innen dette feltet har langvarige behov og må lære å leve med/mestre funksjonsnedsettelse. Mestring er også en sentral føring ved tildeling av tilskudd på flere områder. Økt fokus på at tjenestene i større grad skal bidra til den enkeltes mestring

innebærer at det både må arbeides annerledes i eksisterende tjenester og at det må finnes konkrete lærings- og mestringstilbud også i kommunene. Noe av denne virksomheten utvikles ved frisklivsentraler.

For å styrke tilgjengeligheten til de kommunale helse- og omsorgstjenestene for innvandrerbefolkningen, samt sikre likeverdige tjenester til innvandrerbefolkningen har Helsedirektoratet gjennomført en kartlegging av bruken av tolketjenester innen kommunale helse- og omsorgstjenester. Denne viser at kommunenes rutiner for bestilling og bruk av tolk gjennomgående er svært mangelfulle, og at de ofte bruker tolker uten gode formelle kvalifikasjoner.

Helsedirektoratet legger vekt på å nå innvandrerbefolkningen i det nasjonale, befolkningsrettede informasjonsarbeidet. Et eksempel på det er kampanjevirkosomhet knyttet til ramadan. For øvrig får Diabetesforbundet øremerket tilskudd for informasjonsarbeid rettet mot innvandrerbefolkningen. På målområdet for å sikre likeverdige helse- og omsorgstjenester for urbefolkningen er datainnsamlingen i SAMINOR II-undersøkelsen til Universitetet i Tromsø er godt i gang. Undersøkelsen vil i større grad enn SAMINOR I kunne gi berørte kommuner et informasjonsgrunnlag om tjenestebehov og tjenestetilfredshet hos den samiske befolkningen. Både når det gjelder samene som urfolk og innen innvandrerhelse er det et problem at det mangler et datagrunnlag om i hvilken grad tjenestene faktisk tilrettelegges for brukerne. Det er derfor vanskelig for direktoratet å gjøre kvalifiserte vurderinger av måloppnåelse.

Innen pleie- og omsorgssektoren i flere av kommunen i det samiske forvaltningsområdet (jf Samelovens språkregler) har demensplanens samiske satsing utløst mye læring og en økt bevisstgjøring som vi har godt håp om vil resultere i bedre og mer brukertilpassede tjenester. Satsingen er dokumentert i rapporten IS-2052.

For riktig bruk og håndtering av legemidler i den kommunale helse- og omsorgstjenesten er det utarbeidet rutiner, gjennomført kampanjer og etablert læringsarenaer. For riktig legemiddelbruk i sykehjem er det gjennom den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen etablert rutiner for å gjennomføre strukturerte legemiddelgjennomganger, hvor Helsedirektoratets "Veileder om legemiddelgjennomganger IS-1998" legges til grunn for arbeidet.

I januar 2011 ble den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen «I trygge hender» lansert. Dette har vært en treårig kampanje som har hatt til hensikt å redusere pasientskader og forbedre pasientsikkerheten i Norge.» I trygge hender» er gjennomført i spesialist- og primærhelsetjenesten i perioden 2011 - 2013, på oppdrag fra Helse- og omsorgsministeren. Tre av 11 innsatsområder er innen legemiddelområdet: samstemming av legemiddellister, riktig legemiddelbruk i sykehjem og samstemming av legemiddellister og riktig legemiddelbruk i hjemmetjenesten.

Gjennom disse tiltakene har det vært avholdt læringsnettverk for alle utviklingssentrene i landet – som igjen er i gang med implementering av tiltakene i sine distrikt. Alle utviklingssentrene har gjennom tre nasjonale nettverkssamlinger i 2012-2013, tilegnet seg kunnskap og erfaring relatert til legemiddelgjennomganger/samstemming av legemiddelliste. Helsedirektoratet har fulgt læringsnettverkene tett og bidratt med faginnlegg på samlingene.

Stortinget har vedtatt at kampanjen fra januar 2014 skal fases over til å være et fem årlig nasjonalt program for pasientsikkerhet. Programmet skal bygge på tiltak og erfaringer fra

pasientsikkerhetskampanjen. Det er et mål å sikre at tiltakene i programmet tas i bruk i det daglige arbeidet i tjenestene, og er forankret hos ledelsen på alle nivå

### Arbeidet med prioriterte oppdrag/aktiviteter

Direktoratet har et pågående arbeid med:

- Ny retningslinje for helsestasjons- og skolehelsetjenesten.
- Retningslinje for svangerskapsomsorgen på temaet vold og seksuelle overgrep mot gravide
- Forskning og utvikling: AFene, Nklm, ASP er veldrevet. Stor etterspørsel etter forskningsmidler.
- Læringsnettverk lege- og tannlegekontor: Forstudiet i rute, rapport levert desember 2013.
- Arbeidet med styrking av legevakt: Revisjon av forskrift om akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus.
- Spesialitetsstruktur og innhold i allmenn og samfunnsmedisin: Prosjektet er i fase med hovedprosjektet.
- Systematisk kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid i kommunenes helse- og omsorgstjenester: Rapporten leveres januar 2014.

### Vurdering av resultater som ikke ble nådd

Veileder for helsestasjons- og skolehelsetjenesten er oppgradert til et ordinært retningslinjearbeid, et arbeid som man tar sikte på å levere 2015.

Oppdraget med å revidere gjeldende nasjonal faglige retningslinje for svangerskapsomsorgen på temaet «vold og seksuelle overgrep mot gravide», som hadde frist ut 2013, er forsinket og tar sikte på ferdigstilling i løpet av mars 2014.

Direktoratets forslag til forskrift om akuttmedisinske tjenester ble oversendt HOD i april 2013. Det ventes på at forslaget skal ut på ekstern høring.

Innføring av nasjonalt legevaktnummer 116117 er forsinket, departementet er særskilt orientert om dette. Den nye innføringsdato er satt til 1. sept. 2014.

## 5.3 Psykisk helse og rus

---

### Langsiktige mål

Fremme psykisk helse i befolkningen å forebygge psykiske lidelser og rusmiddelproblemer, i tillegg til å redusere stigma og fordommer knyttet til psykiske lidelser og rusmiddelbruk:

- Fremme selvstendighet og mestring av eget liv for mennesker med rusmiddelproblemer og psykiske vansker eller lidelser.
- Tilgjengelige og likeverdige helse- og omsorgstjenester av god kvalitet.
- Økt kvalitet og mer virksomme tjenestetilbud med vektlegging av et bruker- og mestringsperspektiv. Styringsinformasjon, dokumentasjon og statistikk av god kvalitet.

- Alle barn og unge skal få et tilgjengelig og likeverdig tjenestetilbud av høy faglig kvalitet, uavhengig av sosial bakgrunn og hvor i landet de bor. Risikoutsatte barn, herunder barn som pårørende, må identifiseres tidlig og virksomme intervensjoner iverksettes.
- Styringsinformasjon, dokumentasjon og statistikk av god kvalitet.

### Vurdering av måloppnåelsen

Det er utarbeidet/utarbeides retningslinjer og veiledere for hele rus- og psykisk helseområdet:

- Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne er utarbeidet. Den ferdigstilles i begynnelsen av 2014, hvor også kommunikasjons- og implementeringsarbeid vil pågå.
- Veileder om bruk av tvang overfor personer med rusmiddelproblemer sendes på høring primo 2014.
- Psykoseretningslinjene og rundskriv for rusmestringsenhetene er lansert, samt gjennomføringsforskrift rus og rapport om utskrivningsklare pasienter ferdigstilt.

Etablering og implementering av flere nye retningslinjer, veiledere og rundskriv vil sammen med oppfølgingen av tiltakene i «Nasjonal Overdosestrategi», «Nasjonal strategi for økt frivillighet i psykiske helsetjenester 2012-2015» og «Oppfølgingsplan for arbeid og psykisk helse (2013-2016)» vil bidra til en styrking av tjenestene.

De første kvalitetsindikatorerne for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og psykisk helsevern ble publisert på helsenorge.no i november 2013 og vil være viktige mål for kvalitet og utvikling i tjenestene.

Resultatene så langt er gode for aktivt oppsøkende behandlingsteam (ACT). Det er i midlertidig ønskelig å etablere flere FACT-team slik at flere som er målgruppen for denne ordningen får tilbudet.

### Arbeidet med prioriterte oppdrag/aktiviteter

Innsatsen for barn og unge er intensivert i 2013, blant annet ved at Helsedirektoratet har ledet arbeidet med utviklingen av en ny tverretattlig strategi for barn og unges psykiske helse. Arbeidet har vært bredt sammensatt med deltakelse fra både departement og direktorater. Strategien er oversendt Helse- og omsorgsdepartementet som drøfter den videre med de involverte departementene. Psykisk helse i skolen har fra 2013 hatt nye mål og tilskuddsordningen og ble i 2013 åpnet for alle nasjonale aktører. Det fireårige prosjekt «Skolen som arena for barn og unges psykiske helse» ble startet opp, hvor Utdanningsdirektoratet og Helsedirektoratet er sammen om prosjektledelsen.

Det er i 2013 innvilget tilskudd til KS til prosjektet «Bedre samhandling for barn og unge med psykiske vansker og rusproblemer». Prosjektet er en del av strategien for en samordnet innsats for barn og unges psykiske helse. Prosjektet samsvarer med den inngåtte kvalitetsavtalen mellom KS og HOD, hvor psykisk helse og rus er et prioritert satsningsområde. Tilskuddet skal dekke utgifter til aktivitet som bidrar til å utvikle kompetanse og kunnskap om ledelse og organisasjonsutvikling i kommunen, i tråd med «Samhandlingsreformen». Tilskuddet skal også stimulere til utvikling og bruk av samhandlingsmodeller og kompetansehevede tiltak om barn og unge og deres familier, for ansatte i de kommunale tjenestene innen psykisk helse – og rusfeltet.

Tiltakene i «Oppfølgingsplan for arbeid og psykisk helse (2013-2016)» legger en plattform for å fremme selvstendighet og mestring. Det er aktivitet i alle tiltakene som forventet. Dialogen med Arbeids- og velferdsdirektoratet er god. Et av de sentrale tiltakene i oppfølgingsplanen er individuell

jobbstøtte (IPS). Effektevaluering av IPS-metodikken er igangsatt, der man ønsker å se om effekten på metodikken er den samme i Norge som internasjonalt. Andre sentrale tiltak er bl. a knyttet opp mot «Ny GIV» og tilskuddsordningen «Psykologer i de kommunale helse- og omsorgstjenestene». De fleste kommunene som mottar tilskudd over denne ordningen har rettet tilbudet inn mot forebyggende arbeid med målgruppen barn og unge samt deres familier. I nytt regelverk for tilskuddsordningen i 2013 ble kommunene oppfordret til å vurdere å bruke psykologstillingen til å understøtte regjeringens satsing «Ny GIV», hvor formålet er å redusere frafall i skolen.

Antall rapporterte årsverk i kommunalt rusarbeid har økt fra 4033 årsverk i 2011 til 4123 årsverk i 2012. Andel årsverk som ytes innenfor de ulike tiltakene/tjenestene i kommunalt rusarbeid har holdt seg stabilt i samme periode. I kommunalt psykisk helsearbeid har antall årsverk holdt seg relativt stabilt fra 2011 til 2012, både for tjenester rettet mot voksne og tjenester rettet mot barn og unge. Det er også en positiv trend både i forhold til andel av personell med høyskole/-eller universitetsutdanning, samt andel med videreutdanning i psykisk helse/rusarbeid.

I psykisk helsevern (PHV) for voksne har antall døgnplasser blitt redusert med 42 % de siste 15 årene. Oppholdene blir kortere og flere behandles også poliklinisk. Tall fra de åtte første mnd. i 2013 tyder på en liten økning i PHV, mens det har vært en nedgang i antall behandlede pasienter i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og psykisk helsevern for barn og unge. Færre døgnplasser og raskere utskrivning fører til at flere har behov for polikliniske, ambulante og kommunale tjenester. Samtidig går ressursoverføring fra sykehusene til DPSene senere enn forventet. Utviklingen krever derfor fortsatt stor oppmerksomhet.

Den tverrfaglige kompetanseprofilen i TSB ble kartlagt i desember 2013, og de fleste vurderte kvaliteten, kompetansen og personellsammensetningen som god. I 2013 ble også den første nasjonale brukerundersøkelsen i TSB gjennomført, og resultatene viser blant annet at det er behov for økt samhandling og bedre koordinering av tjenestetilbudet mellom TSB og kommunene. Resultatene fra en Sintef-rapport som ble publisert i oktober pekte i en noe annen retning, hvor resultatene viste at samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene opplevdes å fungere godt rundt de fleste pasienter, vurdert av behandler og pasient i fellesskap. I de tilfellene hvor samarbeidet ble beskrevet som dårlig, handlet det ofte om uavklarte botilbud og at det tok lang tid til å få på plass nødvendige tilbud, eller at pasienten ikke ønsket hjelp fra kommunen. Rapporten slo fast at mange pasienter får god hjelp fra aktivt oppsøkende behandlingsteam (ACT). Det ble i 2013 innvilget tilskudd til 16 ACT-team og 1 FACT-team.

Arbeidet med vold i nære relasjoner og vold mot barn og unge har hatt høy prioritet i 2013. Dette har vært knyttet til arbeid med St.m. 15, ny «handlingsplan mot vold i nære relasjoner (2014-2017)» og «strategi for å bekjempe vold og seksuelle overgrep mot barn og unge (2014-2017)». I 2013 er det utviklet et sett med spørsmål som omhandler kommunenes arbeid med vold i nære relasjoner, som vil bli en del av kommunenes rapportering i IS-24 (kommunalt psykisk helsearbeid). I rapporteringen blir kommunene blant annet bedt om å angi om de har utarbeidet en kommunal handlingsplan mot vold i nære relasjoner. De første resultatene vil foreligge i 2014, og gir på sikt muligheten til i større grad å få status og utviklingstrekk på dette området.

«Tidlig Inn» er et opplæringsprogram til kommuner for å oppdage og følge opp gravide og småbarnsforeldre med vansker knyttet til rus, psykisk helse, og vold i nære relasjoner. Formålet er å intervensere tidlig for å forebygge skjevutvikling hos barna, og for å avdekke vansker og hjelpe foreldrene på et så tidlig tidspunkt som mulig. Programmet gir opplæring i gode verktøy og metoder



innen tidlig intervensjon, og anbefalinger knyttet til tverrsektoriell samhandling i oppfølgingen. Per 31.12.2013 har 60 kommuner deltatt i opplæringen.

Helsedirektoratet gir tilskudd til nasjonale og regionale kunnskaps- og kompetansesentre innenfor psykisk helse og rusfeltet. Sentrene har tilgrensede ansvars- og arbeidsområder og det stilles krav om at de bidrar til aktiv samhandling og effektiv ressursutnyttelse på nasjonalt og regionalt nivå. Samhandlingskravet til sentrene forutsetter at Helsedirektoratet samordner tildelingsprosessene internt. Det er etablert en kompetansesentergruppe for å sikre korrekte, enhetlige, effektive og forutsigbare tildelings- og rapporteringsprosesser.

Helsedirektoratet har i 2013 arbeidet med å kartlegge behovet for et tverrfaglig behandlingstilbud for personer med tortur- og krigsskader. Kunnskap om traumatiserte flyktninger og asylsøkere og deres behov har blitt innhentet fra kompetansesentrene og andre fagpersoner, og et satsningsforslag for å styrke tilbudet til denne gruppen i 2015 er oversendt HOD.

Arbeidet etter 22. juli terroren har fortsatt i tråd med «Oppfølgingsplan for 2013-2014». Hovedfokus har vært generell styrking av tjenestenes traumekompetanse med tanke på alle som rammes av kriser og katastrofer, inkl. rammede og berørte etter 22. juli. Den kollektive oppfølgingen av de rammede etter 22. juli ble avsluttet i februar 2013. Videreføring av forskningsprogram ved Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) og prosjektet «Bedre håndtering av kriser og komplisert sorg» har vært viktige deler av arbeidet. Møtene i Nasjonalt lederforum 18.12.13 og Samarbeidsorganet 19.12.13 viste tydelig behov for fortsatt prioritering. Noen tiltak ble i 2013 vedtatt utsatt til 2014 pga. manglende finansiering.

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) har siden 2011 fått årlige prosjekttilskudd til å implementere traumekartlegging og traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT) i barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker over hele landet med hensikt å styrke kompetansen på traumer og traumebehandling, og for å sikre kontinuitet i kompetanse over tid. Per 31.12.2013 har 22 BUPer og et Barnehus deltatt i implementeringsprosjektet.

Det har vært et prioritert arbeid å utarbeide en ny legespesialitet innen rus- og avhengighetsmedisin, og det tas sikte på oppstart av utdanning høst 2014/vår 2015. Det er ca. 60 % private institusjoner i TSB og Helsedirektoratet har gitt et grunnlag for å kunne sammenligne kostander og kvalitet ved institusjonene.

Forebygging og behandling av alkoholproblemer ble løftet opp i den første nasjonale alkoholkonferansen (november 2013), og vil følges opp i 2014.

Nasjonal overdosestrategi skal bidra til å redusere antall overdoser. Arbeidet er godt i gang og strategien leveres 15. mars.

To levekårsundersøkelser om hhv barn og voksne som pårørende til pasienter med rusavhengighet er iverksatt i 2013 for å få mer kunnskap og sikre god hjelp og oppfølging.

Helsedirektoratet arbeider med regjeringens strategi for økt frivillighet i psykisk helsevern. 14 nasjonale tiltak skal iverksettes innen 2015. I 2012 ble 5 400 personer tvangsinnlagt til sammen 7 800 ganger i det psykiske helsevernet for voksne. Korrigert for befolkningsvekst ser man for første gang en nedgang, den er på seks prosent fra 2011. I 2013 ble det avholdt rådslag om medisinfrie tilbud, og



det er utviklet et kartleggings skjema for egenopplevd bruk av tvang. Arbeidet med kontrollkommisjonene er styrket og det er iverksatt tiltak for å få til bedre data på bruk av tvang.

I 2013 var det totalt 222 rettssaker knyttet til overprøving av tvungent psykisk helsevern. Helsedirektoratet hadde prosessansvar (var advokat) i 100 av disse, og forberedte de resterende 122 for Regjeringsadvokaten.

#### Vurdering av resultater som ikke ble nådd

Det gjenstår mye på å utvikle lavterskeltilbud innen rus og psykisk helsefeltet i kommunene for både barn og unge, og voksne. Samarbeid innen utdanning, helse og barnevern er sentrale tiltak.

Tilbudet til traumatiserte flyktninger og asylsøkere har ikke hatt den styrkingen som var ønskelig i 2013. Et satsingsforslag for styrking til denne gruppen i 2015 er oversendt HOD.

### 5.4 Tannhelsetjenester

---

#### Langsiktige mål

- Likeverdig tilgjengelighet til tannhelsetjenester av god kvalitet og hjelp til dem som trenger det mest.
- Kunnskapsbaserte tjenester og høy kompetanse i tannhelsetjenesten.

#### Vurdering av måloppnåelsen

##### Bedre geografisk fordeling av tannlegespesialister

Grunnlaget for vurderingen er KOSTRA-statistikk som er basert på rapportering fra fylkeskommunene. Antall spesialister i den offentlige tannhelsetjenesten økte i perioden 2008 til 2012 fra 31 % til 46 % (43 %). I perioden 2008 til 2011 økte antall offentlige spesialister fra 31 % til 46 % (45 %). I privat sektor økte antallet fra 353 til 372 i 2012. Antall offentlige årsverk økte i nord fra 10 i 2008 til 17 (70 %) i 2012. I samme tidsrom sank antall spesialister i privat praksis med 7 årsverk i nord. I Oslo, Akershus, Østfold og Hedmark økte antall spesialister i den offentlige tannhelsetjenesten med 2 årsverk fra 2008 til 2012. I privat tannhelsetjeneste var det nærmest ingen endring i antall spesialister i Oslo, Akershus og Østfold i perioden fra 2008 til 2012. Sør-Norge hadde en samlet økning på 16 spesialister i perioden.

Summen av offentlige og private spesialister økte fra 384 i 2008 til 419 i 2012 (9 %). Økningen var størst i sør og midt. I nord var det ingen økning i antall spesialister. Tallene indikerer en positiv utvikling, men det er fortsatt geografiske skjevheter i fordelingen av spesialister.

##### Regionvis fordeling av antall årsverk knyttet til forskning og fagutvikling i tannhelsetjenesten.

Data fra fylkene mangler for 2013, og ettersendes når de foreligger.

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

KOSTRA-data for 2013 blir publisert i juni 2014 og foreløpige tall kommer i mars. Derfor benyttes tall fra 2012. Signifikant karies indeks (SIC-indeks) måler gjennomsnittlig DMFT på tredjedelen av gruppen med mest karies. Sic-indeks for 12-åringer i landet ble redusert fra 3,3 i 2010 til 2,9 i 2012. Det er en bedring av tannhelsen i denne gruppen. De fylkesvise variasjoner er relativt store. I 2010 varierte SIC-indeks i fylkene fra 4,0 til 2,4, og i 2012 fra 3,9-2,3. Det er altså 70 % mer karies i det

«dårligste» fylket sammenlignet med det «beste». Antall fylker med SIC-indeks under 3 var 4 i 2010 og 10 i 2012.

### Arbeidet med prioriterte oppdrag/aktiviteter

#### Tannbehandlingsmaterialer.

Produkttesting av tannfyllingsmaterialer er utført ved UiO. Rapport med resultater fra testingen er utarbeidet av oppdragstaker.

#### Utredningsoppdrag angående effekt av tannbehandlingstilbud til rusmiddelavhengige og til kartlegging av tannhelseforhold hos personer med kvalifiseringsstønad fra NAV.

Oppdraget er etter utlysning gitt til Tannhelsetjenestens kompetansesenter øst (TKØ). Arbeidet fortsetter i 2014.

#### Utarbeide veileder for behandlingsforløp for personer med TMD, se nærmere under spesielle oppdrag under spesialisthelsetjenester

Veilederen er en del av et større oppdrag om TMD. Planleggingen av veilederen ble påbegynt i 2012 og arbeidet er videreført i 2013.

#### Øvrige aktiviteter:

- Utarbeidelse av veileder for tannhelsetjenester til barn og unge. Arbeidet er initiert av direktoratet og ble startet i 2012. Arbeidet er videreført i 2013.
- Tidligere oppdrag om et utviklingsprosjekt for å hjelpe personer som opplever helseplager som de setter i sammenheng med amalgamfyllinger. Prosjektet består av flere delprosjekter og utføres av BVG og NAFKAM, og ble startet opp i 2013. Prosjektet fortsetter vi 2014.
- Bidrag med innspill om tannhelsefeltet til ulike dokumenter i direktoratet

#### Faste oppdrag:

St.meld. nr. 35 (2006-2007) Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning og Innst. S nr. 155 (2007 – 2008) - tannhelsefeltet. Følge-med-ansvar, tilskuddsforvaltning

- Direktoratet har deltatt på fylkestannlegemøtene i 2013
- Det er gjennomført et styringsdialogmøte med de regionale odontologiske kompetansesentrene (ROK)
- dialogmøte med ROK om oppbygging av tilrettelagt tannhelsetilbud til personer som har vært utsatt for tortur, overgrep eller som har odontofobi.
- Det er gjennomført dialogmøter med NIOM og BVG (Bivirkningsgruppen),
- Det er gjennomført dialogmøter med NTF, NTPF og Norsk Tannvern

#### Vurdering av resultater som ikke ble nådd

Det er behov for å utarbeide/revidere veiledere/retningslinjer, som en viktig del av kvalitetssikring og kvalitetsutvikling av tjenesten.

Direktoratet kunne også bidra mer på områdene forskning og fagutvikling, helsefremmende- og forebyggende arbeid, samhandling og forbedring av rapporteringen fra tjenesten.

## 6. SPESIALISTHELSETJENESTEN

### 6.1 Langsiktige mål

---

- Høy kvalitet og pasientsikkerhet i spesialisthelsetjenesten
- Relevant og pålitelig styringsinformasjon
- God kvalitet og kapasitet i tilbudet til kreftpasienter
- Kvalitet og kapasitet i tilbudet til rusmiddelavhengige på tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk
- God kvalitet og kapasitet i tilbudet til pasienter med langvarige smerte- og/eller utmattelsestilstander
- Riktig bruk og håndtering av legemidler i spesialisthelsetjenesten
- Kort saksbehandlingstid på enkeltsaker

### 6.2 Vurdering av måloppnåelsen

---

#### **Kvalitet og pasientsikkerhet i spesialisthelsetjenesten**

Helsedirektoratet skal bidra til *høy kvalitet og pasientsikkerhet i spesialisthelsetjenesten*, og er herunder tillagt ansvaret for godkjenning av nasjonale medisinske kvalitetsregistre og utvikling av regelverk. Videre har arbeidet med oppfølging av nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten vært viktig for kvalitetsutviklingen. I mai 2013 ble ny publiseringsløsning for nasjonale kvalitetsindikatorer lansert på helsenorge.no. Her publiseres data hvert tertial.

Det arbeides kontinuerlig med utvikling og implementering av nasjonale faglige retningslinjer og veiledere for å bidra til økt kvalitet og pasientsikkerhet i spesialisthelsetjenesten. Ny spesialiststruktur for leger vil i tillegg være avgjørende for fremtidig tilgang på riktig kompetanse i helsetjenesten.

Med formål om å oppnå økt kvalitet og pasientsikkerhet i helsetjenesten er det etablert et nytt nasjonalt system for innføring av nye metoder spesialisthelsetjenesten. Dette er en samordning og systematisering av arbeidet med å vurdere nye metoder, og ble presentert av daværende helseminister på fagseminar den 24. januar 2013. De regionale helseforetakene, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, Statens Legemiddelverk og Helsedirektoratet samarbeider nært om oppgavene knyttet til etablering og implementering av det nasjonale systemet. Sekretariatsfunksjonen er lagt til Helsedirektoratet. Målet er at alle nye metoder skal være trygge og effektive før de tas i bruk. I tillegg skal systematisk metodevurdering bidra til rettferdig prioritering av ressurser i helsetjenesten ved at forholdet mellom effekt og kostnader er vurdert før helseforetakene beslutter anvendelse.

#### **God kvalitet og kapasitet i tilbudet til kreftpasienter**

Handlingsprogrammene for kreft er avgjørende for at helse- og omsorgstjenesten skal oppnå det langsiktige målet om; *god kvalitet og kapasitet i tilbudet til kreftpasienter*. Dette arbeidet vært særlig prioritert under satsingen på kreft i 2013. Per dags dato er det ferdigstilt og publisert totalt 16 nasjonale handlingsprogrammer på ulike kreftformer. Ytterligere seks er under utvikling.

For å utvide innholdet i handlingsprogrammene er det etablert tre nye faggrupper. Programmene skal innebefatte hele pasientforløpet, blant annet fastlegens rolle, seneffekter og rehabilitering. Videre er utvikling av nye kvalitetsindikatorer på kreft igangsatt for å bidra til *relevant og pålitelig styringsinformasjon* i spesialisthelsetjenesten.

Nasjonale screeningprogrammer bidrar til tidlig diagnostikk og økt overlevelse på kreftområdet. I 2013 ble arbeidet med «nasjonal styringsstruktur for screening» påbegynt for å sikre god kvalitet og styring av nasjonale screeningprogram. Dette arbeidet vil ferdigstilles i 2014. Nasjonal strategi for kreft «Partnerskap mot kreft» skal sikre god og helhetlig samhandling og implementering på fagområdet, hvor det overordnede målet er å bedre kvaliteten på tilbudet til kreftpasienter.

### **Riktig bruk og håndtering av legemidler i spesialisthelsetjenesten**

Helsedirektoratet har i 2013 bidratt til økt kvalitet og pasientsikkerhet ved oppdrag underlagt det langsiktige målet; *riktig bruk og håndtering av legemidler i spesialisthelsetjenesten*. Direktoratet har i denne perioden gjennomført en rekke forvaltningsoppgaver på legemiddelområdet som; gjennomgang av rekvirerings- og utleveringsforskriften, forslag til revidering av legemiddelhåndteringsforskriften, samt innført endrede rutiner for håndtering av rett til rekvirering av sentralstimulerende legemidler.

Helsedirektoratet ivaretar deler av myndighetsfunksjonen for legemiddelberedskap, og har i denne rollen blant annet; gjennomført analyser av leveransesituasjonen for kritisk viktige legemidler, bistått i utarbeidelse av stortingsmelding om pandemi og revidert pandemiplan og bidratt til samarbeid med nasjonalt aktører på legemiddelområdet.

Som en oppfølging av den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen «I trygge hender, 2011» har Helsedirektoratet blant annet støttet utviklingssentrene under nasjonale nettverkssamlinger. Dette har bidratt til kompetanseheving på legemiddelområdet.

Helsedirektoratet har i 2013 gjennomført tunge oppdrag som nasjonal faglig rådgiver innenfor antibiotika. Ny faglig nasjonal retningslinje for bruk av antibiotika i sykehus ble ferdigstilt og publisert på nett den 1. juli. 2013. I forbindelse med den internasjonale antibiotika-dagen den 18. november ble det arrangert en fagdag med fokus på antibiotikaresistens. Videre har Helsedirektoratet også gitt innspill og kommentarer på dokumentasjon brukt under WHO-møtet.

Det er en samfunnsmessig utfordring at det forskes for lite på nye typer antibiotika. Begrunnelsen er at inntjeningen ved å produsere ny hylleware som primært skal benyttes ved resistensutvikling er lav. Helsedirektoratet arbeider derfor med å utvikle intensiver for økt forskning på dette fagfeltet.

E-resept bidrar til tryggere legemiddelbruk og forebyggelse av utilsiktede feil og skader ved å gi legene bedre oversikt over pasientens legemiddelbruk, gi enklere rutiner og færre falske resepter. Det er beskrevet som et mål i tildelingsbrevet at e-resept skal være i bruk i alle landets kommuner, legekantor, apotek og Helseforetak. I dette ligger også at Helsedirektoratet er ansvarlig for forvaltning av Reseptformidleren og alle meldinger som kommuniseres gjennom Reseptformidleren.

Helsedirektoratet har lyktes godt i å etablere egnede arenaer for gjensidig orientering, drøfting og anbefaling av ulike tiltak tilhørende forvaltning av e-resept. Det har vært stor oppslutning rundt arenaene, og samarbeidet med sektoren har fungert godt. Reseptformidleren var i stabil drift innenfor kravet om oppetid på 99,99 % med unntak av ved 3 hendelser.

#### **Kort saksbehandlingstid på enkeltsaker**

Helsedirektoratets forvaltning av helserett innen spesialisthelsetjenesten omfatter blant annet lovforklaring, utarbeidelse av rundskriv og annen veiledning innen helserett. Dette arbeidet bidrar til å sikre riktig forståelse og etterlevelse av regelverket i spesialisthelsetjenesten. Direktoratets saksbehandlingssystem gir per dags dato ikke tilstrekkelig oversikt og kontroll over reell saksbehandlingstid og restanser.

Helsedirektoratet har høyt fokus på saksbehandlingstid av rettsferdsvederlagssaker, og måling i 2013 tilsier at gjennomsnittlig saksbehandlingstid er under 12 måneder.

#### **God kvalitet og kapasitet i tilbud til pasienter med langvarige smerte- og/eller utmattelsestilstander**

Veilederen for CFS/ME ble publisert elektronisk i juni 2013. Nasjonal kompetansetjeneste for CFS/ME og Helsedirektoratet utarbeidet og ferdigstilte veilederen i samarbeid. Trykket versjon og kortversjon for leger vil foreligge i januar 2014.

#### **Nasjonal innføring av nødnett i helsetjenesten**

Hovedmålet for innføring av et felles, landsdekkende Nødnett er at det skal gi et tryggere og mindre sårbart samfunn gjennom sikrere og bedre kommunikasjon for nød- og beredskapsstater.

Helsedirektoratet har prosjektansvaret for innføringen i helsetjenesten. 2013 har vært et oppstartsår i det nasjonale innføringsprosjektet og nødnett har i perioden blitt innført i spesialisthelsetjenesten i innlandet. Dette er i henhold til plan. Innføringen fortsetter i 2014 og 2015.

Helsedirektoratet har myndighetsfunksjon for nødnett i helsetjenesten og er ansvarlig for at det leveres en løsning som tilfredsstillende funksjonelle og tekniske behovene. Evalueringen som ble gjennomført etter første utbyggingstrinn (2009-2011) pekte på en rekke utfordringer i løsningen som blir brukt for akuttmottak og legevakter. I 2013 har man fått tilpasset løsningen for disse kontrollrommene og løst de fleste utfordringene i et samarbeid med Direktoratet for Nødkommunikasjon (DNK) og leverandørene.

Det er til den enhver tid gjeldende plan for innføring av nytt nødnett som vil være aktivitetsstyrende for prosjektorganisasjonen. Nødnettprosjektets prosjektorganisasjon har fulgt den plan og metodikk som har vært avtalt i prosjektet mellom Helsedirektoratet, DNK og leverandørene. Det har bidratt til at AMK Innlandet som den første AMK i den nasjonale utbyggingen. Helsedirektoratet har i tillegg besøkt hver kommune i hele landet og bidratt i en reststrukturering av svarsteder for Nødnett i henhold til forskriftskrav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus.

Arbeidet har vært vanskelig som følge av forsinkelser hos leverandører og uavklarte forhold rundt ansvar og finansiering internt i helsetjenesten. Dette har ført til at viktige aktiviteter så som anskaffelse av opplæringsløsning og etablering av regionale og lokale mottaksprosjekter har blitt forsinket men målet om full nasjonal innføring innen utgangen av 2015 står fast og innføringen følger vedtatt plan.

### 6.3 Vurdering av resultater som ikke ble nådd

---

Helsedirektoratets oppgaveportefølje innenfor spesialisthelsetjenester har vært omfattende i 2013 – både med hensyn på oppgaver gitt i tildelingsbrevet, samt oppgaver gitt i løpet av året. Dette har ført til forsinkelser på enkelte oppdrag. Oppdrag som nevnes i denne sammenheng er oppfølgingen av 22.juli-tiltakene, ulike arbeid med nasjonale faglige retningslinjer og veiledere, forskningsområder som eksempelvis ALS og arbeidet med handlingsplan for kroniske nyresykdommer.

Helsedirektoratet erkjenner en betydelig risiko for måloppnåelsen ved spesialisthelsetjenesteområdet i henhold til gitte mål og oppdrag i tildelingsbrevet for 2014.

## 7. TVERRGÅENDE OMRÅDER

### 7.1 Samhandling

---

#### Langsiktige målsetning

Direktoratet skal sikre at samhandlingsreformens mål og intensjoner følges opp innenfor direktoratets sentrale områder, blant annet gjennom deltakelse i nasjonale samordningsstrukturer og understøtte gjennomføringen av samhandlingsreformen lokalt gjennom informasjons og veiledningsarbeid. KS og Fylkesmennene skal trekkes inn i arbeidet der dette er hensiktsmessig jf. tildeling over kapittel 720, post 21 og jf. oppdrag knyttet til reformen under primærhelsetjenester og finansiering.

#### Vurdering av måloppnåelsen

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

Direktoratet har deltatt aktivt i de nasjonale samordningsstrukturene og understøttet gjennomføringen av samhandlingsreformen lokalt gjennom informasjons- og veiledningsarbeid. KS og Fylkesmennene er trukket inn i arbeidet på alle aktuelle områder og oppgaver.

#### Arbeidet med prioriterte oppdrag/aktiviteter

De enkelte oppgavene direktoratet har med samhandlingsreformens mål og virkemidler følges opp og rapporteres på fra de enkelte divisjonene, unntatt det som rapporteres her.

#### Øyeblikkelig hjelp døgnopphold

Helsedirektoratet har ansvar for å utarbeide veiledningsmateriell for øyeblikkelig hjelp-området, og revidert utgave ble publisert i januar 2013. Ny revidering vil foreligge i februar 2014.

Helsedirektoratet har ansvaret for forvaltningen av tilskuddsordningen, herunder revidering av regelverk og fordeling av halvparten av midlene som skal overføres kommunene i forbindelse med de nye oppgavene kommunene har fått. Helsedirektoratet har innhentet styringsdata fra kommunene per 1. september 2013 som presenteres i Samhandlingsstatistikk i februar 2014. Det ble også foretatt en undersøkelse blant utvalgte kommuner i november/desember 2013. Rapporten er publisert.

#### **Merkantilt sekretariat for Tvisteløsningsnemnda**

Nemnda har behandlet 10 saker, 2 meklinger om inngåelse av avtale og 8 tvister om betaling for utskrivningsklare pasienter

#### **Den forvaltningsmessige følge med-rapporten om samhandlingsreformen**

Følge med-rapporten ble levert til HOD etter justert avtale 15. august 2013. Etter utsjekking med KS blir den nå publisert. Det blir den siste forvaltningsmessige følge med-rapporten om samhandlingsreformen i gammelt format. Fra og med 2014 vil all aktuell statistikk inngå som del av våre andre rapporter og publiseringer og så bli brukt til analyse og anbefalinger i en rapport til HOD i juni hvert år med tanke på neste års statsbudsjett og store nye satsninger.

#### **Nettinformasjon**

Helsedirektoratet la våren ned magasinet «God helse-gode liv» for å satse på nettutvikling.

Nettsidene knyttet til samhandlingsreformen er restrukturert og utviklet med blant annet bedre løsning for kommunal medfinansiering og sider for tvisteløsningsnemnda.

<http://www.helsedirektoratet.no/samhandlingsreformen/Sider/default.aspx>.

Det jobbes videre med å bedre informasjonen om kommunale helsetjenester for befolkningen via helsenorge.no

## **7.2 Elektronisk samhandling**

---

### **Langsiktige målsetninger**

Helsedirektoratet skal videreutvikle den nasjonale helseportalen helsenorge.no. Bedre funksjonalitet og flere selvbetjeningsløsninger skal etableres. Utvalgt informasjon skal oversettes til engelsk og minoritetsspråk. Flere kvalitetsindikatorer inkludert ventetider skal presenteres. Samarbeidet mellom helseportalen og Altinn skal videreføres, blant annet med sikte på forenklet skjemahåndtering. Refusjonsordningen ved transport til og fra behandling (pasientreiser) skal forenkles.

Helsedirektoratet skal medvirke til å realisere målene i Samspill 2.0 strategien – Nasjonal strategi for elektronisk samhandling i helse- og omsorgssektoren 2008-2013. Helsedirektoratet skal etablere nasjonal kjernejournal. Det overordnede målet med nasjonal kjernejournal er å øke pasientsikkerheten ved at viktige pasientopplysninger gjøres tilgjengelig for behandlende helsepersonell uavhengig av tid og sted. Prosjektet må ha god og bred deltakelse fra interessentene i sektoren.

Helsedirektoratet skal videreutvikle e-reseptløsningen for ytterligere grad av beslutningsstøtte om legemidler ved forskrivning og for å støtte bruk av multidose i pleie- og omsorgssektoren.

Helsedirektoratet skal bidra i arbeidet med å lage handlingsplaner for realisering av tiltakene i Meld. St. 9 (2010 – 2013) Én innbygger - én journal.

Helsedirektoratet skal lede og videreutvikle Nasjonalt utvalg for IT-prioritering i helse- og omsorgssektoren (NUIT).

Helsedirektoratet skal bidra til at det utvikles en sertifiseringsordning for funksjonalitet i elektroniske pasientjournalssystemer. Helsedirektoratet skal bistå Norsk Helsenett SF i etableringen av testsenter for helse- og omsorgssektoren som på sikt skal erstatte Helsedirektoratets testmiljø for meldinger.

### Vurdering av måloppnåelsen

Helsetjenestens veiledningssenter (HELFO) ble i mai omgjort til 800HELSE og etablert som veiledningstelefon tilknyttet helsenorge.no for brukerveiledning og rådgivning til innbyggere.

Ny løsning for presentasjon av nasjonale kvalitetsindikatorer på helsenorge.no ble lansert 30.05.2013. Kvalitetsindikatorerne gir informasjon til pasienter og brukere om kvaliteten i helse- og omsorgstjenesten. På helsenorge.no/Kvalitet i helsetjenesten er det publisert tall for 55 nasjonale kvalitetsindikatorer innen somatikk, psykisk helse / rus og kommunale pleie- og omsorgstjenester. Indikatorerne presenteres på behandlingsstedsnivå og oppdateres 3 – 5 ganger pr. år.

Helsedirektoratet åpnet opp deler av sine data og informasjonsartikler i mai 2013 gjennom helsenorge-plattformen. Disse ble da tilgjengeliggjort til bruk for markedsaktører. Dette har resultert i flere brukervennlige apper som eksempel Giftinfo app og Finn legevakt app.

I slutten av august ble Min helse lansert. Flere av de eksisterende påloggbare tjenester ble da samlet under en felles pålogging med formål å øke brukervennligheten og forberede for etablering av flere digitale tjenester innenfor Min helse. Innsyn i kjernejournalen ble samtidig tilgjengeliggjort for pilotbrukerne.

For minoritetsbefolkningen er det utviklet en ny og felles inngangsside på helsenorge.no til alt innhold som er tilgjengelig på fremmedspråk. Sykehuset Østfold har levert digitale pekebøker for møter der fremmedspråk er en utfordring.

Kjernejournal ble utviklet og klargjort for uttesting i Trondheim, Klæbu, Malvik og Melhus. Innbyggerløsningen ble lansert i august, og helsepersonell har fra slutten av oktober tatt løsningen i bruk. Helsedirektoratet har hatt svært høy fokus på risikostyring i kjernejournalprosjektet.

I februar 2013 ble nasjonal innføring av e-resept hos fastleger, avtalespesialister, apotek og bandasjister slutført. Det har vært gjennomført en rekke risikoreduserende tiltak for å sikre stabil og sikker drift.

Helsedirektoratet har levert forslag til Nasjonal handlingsplan for e-helse 2014-2016.

Nasjonalt utvalg for prioritering av IKT tiltak i helse- og omsorgssektoren (NUIT) har bidratt til sterkere styring av IKT utviklingen i sektoren gjennom prioritering av tiltak innen meldingsutvikling – og utbredelse for 2014. NUITs mandat er utvidet fra 2014 til å gjelde alle nasjonale IKT- tiltak som krever utvikling og endringer i flere EPJ/PAS/fagsystemer og hvor tiltaket berører aktører på tvers i sektoren samt standardisering av helsefaglig terminologi og kodeverk.

### Arbeidet med prioriterte oppdrag/aktiviteter



Bedre funksjonalitet i helsenorge.no er etablert blant annet gjennom etableringen av Min helse og bedre tilrettelagt for minoritetsbefolkningen. Arbeidet med minoritetshelse bør imidlertid videreføres for ytterligere utvidelser av informasjonsinnhold. Nye selvbetjeningsløsninger er etablert i form av søk på kvalitetsinformasjon til understøttelse av behandlingsvalg og innsyn i kjernejournal.

Kjernejournal-prosjektet er i henhold til plan med hensyn til videreutvikling, evaluering, og oppstart av pilot i Stavanger området våren 2014.

Multidose i e-resept skal etter plan piloteres etter plan våren 2014. Det tas sikte på nasjonal innføring innen utgangen av 2014.

Forslag til Nasjonal handlingsplan for e-helse 2014-2016 beskriver prioriterte innsatsområder og omfatter en lang bruttoliste over ønskede nasjonale tiltak etter innspill fra sektoren (140 tiltak). Årlige tiltaksplaner skal utarbeides med bakgrunn i prioritering og årlige budsjettprosesser. Tiltaksplan 2014 leveres første kvartal 2014. NUIT skal i 2014 innstille prioriterte tiltak for 2015.

Sekretariatet for departementets eHelsegruppe har tilrettelagt for fire møter med bred deltagelse og behandling av saker av strategisk betydning for hele sektoren. Det har blitt arrangert åtte møter i nasjonalt Fag- og Arkitekturutvalg. Nasjonalt utvalg for prioritering av IKT- tiltak i helse- og omsorgssektoren (NUIT) gjennomførte tre møter samt ett møte med IKT leverandører.

Det er i regi av styringsgruppen for Norm for Informasjonssikkerhet utarbeidet ny strategi for normen samt prioritert ønsket videreutvikling i 2014.

#### **Vurdering av resultater som ikke ble nådd**

Fritt sykehusvalg med ventetider er ikke overført til helsenorge.no grunnet manglende finansiering. Dette bør i det videre sees i sammenheng med etablering av Fritt behandlingsvalg.

Høring på forskrift om bruk av obligatoriske standarder og funksjonskrav ble sendt på høring i 2013 og er ikke trådt i kraft. Høring omfattet ikke krav om sertifisering av funksjonalitet i elektroniske pasientjournalssystemer og Helsedirektoratet har av den grunn ikke arbeidet med utvikling av en sertifiseringsordning.

Ikrafttredelse av Helseinformasjonssikkerhetsforskriften er utsatt og oppgaven med forvaltning av denne har dermed ikke startet opp.

### **7.3 Finansiering og helserefusjoner**

---

#### **Langsiktige målsetninger**

- Finansieringsordninger som støtter opp om en effektiv og rettferdig helsetjeneste av god kvalitet.
- Finansieringsordningene skal understøtte sørge-for ansvaret.
- Finansieringsordningene skal understøtte gode pasientforløp og samhandlingsløsninger.

#### **Vurdering av måloppnåelsen**

Helsedirektoratet vurderer det slik at oppdragene er levert innen fristen både på faste oppgaver som innsatsstyrt finansiering (ISF), kommunal medfinansiering (KMF), radiologifinansiering,

budsjettanalyser, fastlegestatistikk, SAMDATA og på spesielle oppdrag på finansieringsområdet som KBF og ISF for flere somatiske spesialisthelsetjenester.

Det er utarbeidet flere rapporter i 2013 som har bidratt til å bedre kunnskapsgrunnlaget for helse- og omsorgstjenestene. Rapporten «Samhandlingsstatistikk 2011-12» ble publisert i februar, og viser utviklingen i kostnader og aktivitet i både primær- og spesialisthelsetjenesten, samt utviklingen for særskilte virkemidler i Samhandlingsreformen. «Samdata spesialisthelsetjenesten 2012» ble ferdigstilt som planlagt og publisert i starten av september. Rapporten ble betydelig utvidet i 2013 og inkluderte mer langsiktige analyser av kostnadsutviklingen i spesialisthelsetjenesten, analyser av kostnader til private aktører og finansiering. I tillegg har det blitt utarbeidet rapporter for 1) Driftsindikatorer for DPS-er, 2) Bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne, 3) Medisinsk-teknisk utvikling og helsekostnader, 4) Ressursbruk, aktivitet og pasientsammensetning i TSB 2012.

Det er også utarbeidet en rapport som tar for seg finansiering av forebyggende helsetjenester. Videre arbeid med implementering av Pasientrettighetsdirektivet, herunder etablering av nasjonalt kontaktpunkt i HELFO og arbeid med kriterier for forhåndsgodkjenning har vært en sentral oppgave på utlandsområdet. En annen sentral oppgave har vært å utarbeide materiale til EU for å sikre korrekte landoppgjør.

I tillegg har det i 2013 vært økt etterspørsel etter data fra Kontroll og utbetaling av helse refusjon (KUHR) til forskning og utredningsformål. Et eksempel er «Sykdomspulsen» i Folkehelseinstituttet (FHI) som ble publisert på nett nylig. Den baserer seg på data fra KUHR.

Pilotprosjekt for elektronisk kommunikasjon for psykologer og psykiatere, herunder elektroniske oppgjør til HELFO/KUHR via Norsk Helsenett er slutført.

Arbeidet med å etablere elektroniske lister til fastlegene går fremover. Per 31.12.2013 mottok ca. 31 % av fastlegene sin pasientliste elektronisk. De enkelte EPJ leverandørene trengte naturlig nok litt tid på å få utviklet og distribuert de tekniske løsningene for å motta listene. Dette var per 31.12. gjennomført av alle leverandørene og det forventes at alle fastlegene vil motta sine lister elektronisk fram mot sommeren 2014. Fastlegestatistikken utarbeides og oversendes departementet kvartalsvis.

Divisjonen har jobbet tett med HOD om høringen på individuell refusjon i blåreseptordningen og utfasing av bidragsordningen for legemidler med høringsfrist 15. januar 2014.

Videre har det vært mye arbeid med H-resept og prosjektet med overføring av legemidler fra folketrygd til RHF finansiering. Det er også arbeidet med ny forskriftstekst for § 5 og § 6 (medisinsk forbruksmateriell og næringsmidler). Det er utarbeidet analyserapporter av stønadsutbetalinger for innslagspunkt 7 (tannutviklingsforstyrrelser) og 14 (sterkt nedsatt evne til egenomsorg hos personer som har varig sykdom eller varig nedsatt funksjonsevne).

Omfanget av antall søknader om utleveringer hvor kobling med andre registre er påkrevd, er økende. Dette er et krevende arbeid, som fordrer utstrakt samarbeid og avklaringer med andre sentrale registre for å lage bedre og raskere prosesser for utlevering av data til forskningsformål.

## Arbeidet med prioriterte oppdrag/aktiviteter

Helsedirektoratet publiserte høsten 2012 en nasjonal spesifikasjon for kostnader per pasient (KPP) og bidro ved hjelp av dette til et grunnlag for beregning av kostnader på pasientnivå i spesialisthelsetjenesten. I 2013 har Helsedirektoratet tilrettelagt for å ta KPP-data inn kostnadsvektarbeidet gjennom utviklingen av en godkjenningsordning for sykehus, og har bidratt til å tilrettelegge for samhandling og erfaringsutveksling mellom helseforetak som ønsker å innføre KPP.

Arbeidet med kvalitetsbasert finansiering (KBF) ble spesielt prioritert. I løpet av første halvåret ble det i bred dialog med ulike interessenter utviklet en modell for å måle ulike sider av kvalitet. Det ble også utviklet belønningssystem med fokus på motivering av alle aktører, inkludert poengberegningmodell. KBF ble godt mottatt av HOD og implementert fra 2014 og det har vært mye positiv oppmerksomhet rundt ordningen.

I andre halvår 2013 ble potensiell utvidelse av ISF-ordningen med flere somatiske spesialisthelsetjenester hos private, utredet. Helseregioner deltok aktivt i arbeidet og rapport ble levert til HOD medio desember.

Divisjonen er en sterk bidragsyter inn i arbeidet med eSaks/Public 360, særlig for saksbehandlingsløsninger som skal benyttes av HELFO.

Ordningen med automatisk frikort har hatt en stabil og sikker drift i 2013. Gjennomsnittlig tid fra en borger oppnådde frikortet til frikort ble utstedt var i 2013 ca. 11 dager. Dette er langt under målet på 3 uker.

Det er i løpet av 2013 utviklet og implementert en løsning for løpende utlevering av data til nasjonal kjernejournal. Risikovurderingen som er gjort avdekket ingen risikoer over det som er akseptabelt. Løsningen skal etter planen settes i produksjon i løpet av januar 2014.

Det ble i løpet av året etablert et nasjonalt system for validering og dekningsgradsanalyser med forankring i Norsk pasientregister. Som et sentralt helseregister etablert med hovedformål administrasjon, styring og kvalitetssikring av spesialisthelsetjenesten, registrerer Norsk pasientregister utvalgte opplysninger om utført spesialisthelsetjeneste i offentlig og privat regi. Med sin tilgang til personidentifiserbare data fra spesialisthelsetjenesten sitter Norsk pasientregister i en unik posisjon til å kunne utføre gode og nøyaktige dekningsgradsanalyser for landets medisinske kvalitetsregistre.

Norsk pasientregister har i løpet av 2013 tatt i bruk Norsk helsenetts personregistertjeneste og vasker regelmessig fødselsnummer mot Norsk helsenetts personregister. Oppfølgingen av rapporterte fødselsnummer er bedret delvis ved at tilbakemeldingene til de rapporterende enheter gis raskere og tydeligere oppdager feilregistreringer. Dette gir økt sikkerhet for at korrekt fødselsnummer knyttes til rett person og dermed at riktige helseopplysninger knyttes til rett person.

#### **Vurdering av resultater som ikke ble nådd**

Oppdraget om å ferdigstille prosjekt og pilotering av registrering av utprøvende behandling i spesialisthelsetjenesten ble ikke ferdig innenfor 2013 grunnet stort arbeidspress, omorganisering av kodeverksarbeidet og vanskeligheter med å få deltakelse fra sektoren.

Planlagt utvidelse av (kommunal medfinansiering) KMF til psykiatri og rus ble stoppet av departementet og er derfor ikke levert.

## 7.4 Beredskap

---

### Langsiktige målsetninger

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

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

### Vurdering av måloppnåelsen

Måloppnåelsen i 2013 på området Beredskap vurderes som god.

Helsedirektoratet var involvert i 26 reelle hendelser av ulik størrelse og alvorlighetsgrad i 2013. Den mest omfattende og krevende av disse var terroraksjonen ved Statoils anlegg i In Amenas i Algerie.

I 2013 har Utenriksdepartementets utrykningsenhet (URE) blitt brukt i to hendelser (Algerie og Filippinene). Helsedirektoratet har bidratt i krisestab i UD og Politidirektoratet syv ganger. Direktoratets vurdering er at behovet for denne tjenesten er økende og oppdragene mer kompliserte. Direktoratet jobber med å styrke krisehåndteringsevnen i sektoren bl.a. ved oppfølgingen av 22.7.2011, arrangere og delta i øvelser, arrangere fagseminarer, samt følge opp læring fra øvelser og reelle hendelser på en systematisk måte. Direktoratet deltar i tillegg i arbeidet med nasjonal CBRN-strategi. Dette arbeidet prioriteres inn i 2014.

Direktoratet vurderer at helsesektorens evne til krisehåndtering generelt sett er god. I 2013 har Direktoratet og RHF/HF tatt i bruk krisestøtteverktøyet HelseCIM, som har bidratt til å styrke krisehåndteringsevnen. Andre sektorer har i 2013 styrket sin krisehåndtering blant annet ved å opprette døgnbaserte situasjonssentre. Dette har ført til at spørsmål om ansvarsdeling og roller har oppstått. Det er viktig å sikre et fortsatt godt samarbeid med andre sektorer fremover.

Dersom HOD beslutter å endre til ny beredskapsmodell for legemiddelberedskap, i samsvar med forslagene i direktoratets rapport om Nasjonal legemiddelberedskap, vil beredskapsnivået kunne styrkes.

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

### Arbeidet med prioriterte oppdrag/aktiviteter

#### Oppfølgingsarbeidet etter 22.7.2011

Arbeidet følges opp i tråd med fremdriftsplanen. Det er fortsatt betydelige oppfølgingsoppgaver. Det vises til direktoratets interimrapport av 3. juli 2013, hvor vi foreslår omprioriteringer og utsettelse av noen tiltak.

#### Revisjon av pandemiplanen og vurdering av behov for en generell plan mot alvorlige smittsomme sykdommer.

Direktoratet leverte utkast til revidert pandemiplan 31.5.2013. Nytt utkast leveres april 2014, i påvente av WHO's revisjon av sitt planverk.

### **Bidrag til forskrift om beredskap ved helseskadelige miljøhendelser**

Direktoratet avventer bestilling fra HOD.

### **Implementere IHR**

Når det gjelder implementering av A- og C-hendelser, er direktoratet avhengige av den varslede bestilling fra HOD.

### **Utpeke objekter i sektoren iht. forskrift om objektsikkerhet, jf. Sikkerhetsloven**

Forslag til utpekte objekter er levert.

### **Følge opp rapporten Evaluering av NBC-senteret**

Oppdraget ansees utført gjennom forvaltning av tilskudd til senteret.

### **Koordinere sektorens deltagelse i Øvelse Barents Rescue 2013, Sivil Nasjonal øvelse mv.**

Øvelse Barents Rescue 2013 var nasjonal helseøvelse for året. Sektoren deltok i en rekke øvelser i 2013, herunder politiets øvelse TYR og Øvelse Østland arrangert av NVE. Direktoratet har i sin øvelsesplanlegging lagt vekt på å øve lærdommer fra reelle hendelser og øvelser, i særdeleshet gjelder det læringspunkter etter 22.7.2011. Oppdraget om en nasjonal helseøvelse anses utført ved den reelle hendelsen ved Mathallen i Oslo, jf. kontaktmøte beredskap 7. juni.

Nasjonal helseøvelse 2014 blir Øvelse Svalbard. Øvelsen planlegges gjennomført i november 2014 som en øvelse i å unnsatte Svalbard ved en hendelse der. Det legges vekt på å øve læringspunkter fra 22.7.2011.

Til orientering vil øvelse SNØ 2015 ha et kjemikaliescenario.

### **I samarbeid med HOD, følge opp rapport om nasjonal legemiddelberedskap**

Direktoratet avventer HODs beslutning om forslagene i rapporten om ny ordning for legemiddelberedskap.

Direktoratet har videre fokusert på arbeidet med kritisk viktige legemidler, avtale med Legemiddelverket om å utføre holdbarhetsanalyser for beredskapslegemidlene som Helsedirektoratet eier (jod, antiviralia), tiltaket jod-tabletter (atomberedskap) og ny/forbedret løsning for nasjonal antidotoversikt tilgjengelig på internett, stortingsmelding om pandemi og revidert pandemiplan og forhåndsavtaler med grossister og apotekeiere om distribusjon av eventuelle beredskapslegemidler (antiviralia, jod). Direktoratet har samarbeidet med FHI i utforming av anbudsutlysning til forhåndsavtale om vaksine mot pandemisk influensa.

### **Vurdering av resultater som ikke ble nådd**

Det vises til direktoratets interimrapport om 22.7.2011 av 3. juli 2013, hvor vi foreslår omprioriteringer og utsettelse av noen tiltak.

## 7.5 Internasjonalt arbeid

---

### Langsiktige målsetninger

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

### Vurdering av måloppnåelsen

Direktoratet har i 2013 videreført sitt arbeid mot WHO og EU, herunder bidratt til koordinering og samordning av norsk innsats. Norsk deltakelse i EUs helseprogram må sies å være bra, Norge deltar i mange Joint Actions.

Direktoratet ble i 2011 programpartner under EØS finansieringsmekanisme for to programmer på vold i nære relasjoner, i henholdsvis Slovakia og Estland. Det er etablert et samarbeid med Polen om et program med fokus på sosiale ulikheter i helse. Arbeidet med konkrete prosjekter er godt i gang. Samarbeid med Polen har imidlertid vist seg å ha noen utfordringer mht. fremdrift, bl.a. har det vært utfordrende å engasjere Norske kommuner i arbeidet.

### Arbeidet med prioriterte oppdrag/aktiviteter

Norge var styremedlem i WHO i perioden 2010-2013. Styrevervet ble avsluttet i mai 2013. WHO-arbeidet videreføres med vekt på forberedelse og deltakelse i møter i de styrende organer. Arbeidet er organisert som avgrensede prosjekter for styremøtet i januar, helseforsamlingen i mai, og møtet i Regionalkomiteen for Europa i september. I tillegg deltar avdelingen i nordisk samordning i forkant av møter i WHO.

Helsedirektoratet arrangerte i 2013 konferansen "Oslo +4: Health systems in times of global economic crisis: an update of the situation in the WHO European Region". Konferansen omhandlet helsesystemer i Europa og hvordan de blir påvirket av finanskrisen. Prosjekt involverte to eksterne internasjonale partnere; WHO EUROs regionkontor i København og WHO EUROs satelittkontor i Barcelona. Møtet var et oppfølgingsmøte til oslomøtet om samme tema avholdt i 2009. Norge har fått meget gode tilbakemeldinger fra WHO EURO på konferansen. WHO EUROs Barcelonakontor samarbeider med European Observatory hva gjelder publisering av forskningsrapporter, bøker og policy oppsummeringer som ble gjort i anledning konferansens tema om helse og finanskrisen. Dette arbeidet skal ferdigstilles 31.3.2014.

Sammen med NORAD/WHO/GHWA arrangerte Helsedirektoratet en konferanse i Oslo for høyinntektsland som forberedelse til Third Global Forum for Human Resources for Health og deltok i GHWA-konferansen i Recife i Brasil.

### Nærområdene

Helsedirektoratet er engasjert i helsesamarbeidet med nærområdene og deltar i program-komiteen for Barents helse- og sosialprogram som ledes av HOD. Programkomiteen vurderer søknader og tildeler årlig 18 millioner kroner. Direktoratet deltar i styringskomiteen av The Barents Hiv/Aids Programme som er en gruppe under Joint Working Group for Health and Related Social Issues (JWGHS) under Barents Euro-Arctic Council (BEAC) og Barents regionalråd.

Helsedirektoratet har innen rammen av Barentssamarbeidet programansvar for to prosjekter i Arkhangelsk region i Nordvest-Russland: Reform i helsesektoren og Forebygging av selvmord.

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

### **Nordlig dimensjon**

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

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

### **EU-programmer**

Helsedirektoratet er nasjonalt kontaktpunkt for EUs helseprogram (2008-2013) og EUs program for narkotikaforebygging og -informasjon (2007-2013). Norge er associated partner i 4 av 5 utlyste Joint Action (som er myndighetsstyrt samarbeid mellom EØS-land og Kommisjonen): NTNU om kreft, Oslo Universitetssykehus om alkohol, Folkehelseinstituttet og Sirius om legemiddelovervåking og Helsedirektoratet om kroniske sykdommer. Det er i 2013 ingen norske prosjektpartnere, men to norske prosjektpartnere står på reservelisten. Det er Oslo Universitetssykehus og NTNU i to ulike prosjekter om epilepsi og sunn aldring. Av 69 søknader om prosjektstøtte var det 9 som ble fikk støtte. Det var ingen norske søkere til EUs program for narkotikaforebygging og -informasjon.

Helsedirektoratet har inngått i delegasjonen til FNs narkotikakommisjon.

Helsedirektoratet har deltatt i Europarådets bioetikkkomite (tidligere CDBI, nå DH-BIO) arbeid, og har vært representert i styret siden juni 2011. I 2013 har Helsedirektoratet representert Norge med to delegater i komiteen; herunder leder, som er gjenvalgt for 2014. Helsedirektoratet følger opp komiteens arbeid, og gir fortløpende innspill til dokumenter som utarbeides i komiteen, i samråd med HOD.

Som fagmyndighet for medisinsk utstyr, deltar Helsedirektoratet i EU-kommisjonens ekspertgrupper og arbeidsgrupper for medisinsk utstyr. I 2013 har det vært betydelig aktivitet som følge av «Joint Action Plan» iverksatt etter skandalen med PIP brystimplantatene, og vi har blant annet vært aktive deltakere i et «Joint Assessment Pilot Programme» vedrørende tilsyn med tekniske kontrollorgan.

## **7.6 Personell og kompetanse**

---

### **Langsiktige målsetninger**

- Tilstrekkelig tilgang på kvalifisert og kompetent personell i helse- og omsorgssektoren.



- Relevant og god praksisundervisning i helse- og omsorgstjenesten.
- Forsvarlig og god ivaretagelse av autorisasjons- og godkjenningsordninger for helsepersonell.

### Vurdering av måloppnåelsen

Å sikre tilstrekkelig tilgang på kvalifisert og kompetent helsepersonell er en av hovedutfordringene for helse- og omsorgssektoren både på nasjonalt, regionalt og lokalt nivå. Arbeidet med å skaffe bedre oversikt og data for personellutviklingen og over kompetansebehov går fremover.

Legestillingsregisteret (LSR) som ble satt i drift fra januar 2013 vil bli et nyttig styringsverktøy for legestillinger. Det nye Helsepersonellregisteret som ble satt i drift fra november 2013, vil også bidra til bedre oversikt. Fra 2011 til 2012 viser data fra SSB en samlet økning på 3,8 % for leger i kommunehelsetjenesten og 5,2 % for sykepleiere i kommunale pleie- og omsorgstjenester. For leger og sykepleiere i spesialisthelsetjenesten var økningen på henholdsvis 2,7 % og 1 %. Dette er imidlertid ikke tilstrekkelig for å dekke for det økte behovet. Kompetanseløftet 2015 er inne i sitt syvende år. Det har vært god måloppnåelse på flere områder, og andelen personell med relevant utdanning fra høyskole og universitetsnivå fortsetter å øke i tråd med målsettingen i Kompetanseløftet, men det er fortsatt en betydelig andel ufaglærte særlig innen pleie- og omsorgstjenestene. En kunnskapsoppsummering om effekten av endret oppgavedeling i spesialisthelsetjenesten viser at «oppgavedeling» / «Task shifting» kan spille en avgjørende rolle i arbeidet med å sikre tilstrekkelig kompetent personell.

I 2013 ble det gjennomført en kartlegging av kvaliteten i praksisstudiene i sykepleie, vernepleie, fysioterapi og ergoterapi. Rapporten peker på flere utfordringer; vansker med å skaffe nok relevante praksisplasser, uforutsigbare samarbeidsrutiner mellom utdanningsinstitusjoner og tjenestesteder, for liten stabilitet i tilgang på veiledere, manglende veiledningskompetanse og manglende ledelsesforankring når det gjelder ansvaret for å følge opp studenter. Det er igangsatt et arbeid i regi av Universitets og høyskolerådet for å følge opp, men det gjenstår mye arbeid for å nå det langsiktige målet om relevant og god praksisundervisning i helse- og omsorgssektoren. Dette krever en betydelig innsats fra både utdanningsinstitusjoner, utdanningsmyndigheter, helse- og omsorgstjenestene og helse- og omsorgsmyndighetene.

Arbeidet med å sikre gode autorisasjons- og godkjenningsordninger for helsepersonell er et kontinuerlig utviklingsarbeid, med stadig nye utfordringer som følge av endringer i EU-regelverk eller omlegging av ordninger. Rapporten om ny spesialiststruktur og innhold for leger ble overlevert HOD i sommer. Endringen av turnusordningen for leger er i rute, og arbeidet med å etablere ny spesialitet i rus- og avhengighetsmedisin for leger pågår. I desember 2013 ble det kjent at offentlig godkjenning som allmennlege med rett til trygderefusjon måtte stanses som følge av feil tolkning av regelverket. Man fryktet at det over flere år var gitt godkjenninger på feil grunnlag. Dette medførte en rask endring av forskriften, og arbeidet vil følges opp i 2014. For helsepersonell utdannet i land utenfor EØS er det utarbeidet et nytt forslag til godkjenningsordning som består av; jevngodhetsvurdering av søkers utdanning, språkkrav, fagtest og kurs i nasjonale fag. Kvalifiseringstiltakene skal i første omgang gjelde for leger, tannleger, sykepleiere og helsefagarbeidere, og det er inngått avtaler om profesjonsnøytrale kurs i nasjonale fag. Det nye helsepersonellregistret (HPR) skal sikre at oppdaterte data om godkjenninger for helsepersonell overføres fra HPR til de ulike aktørene i helsesektoren på en trygg og effektiv måte.

### Arbeidet med prioriterte oppdrag/aktiviteter

Det ble gitt 14 spesielle oppdrag i tildelingsbrevet for 2013, hvorav 6 er ukvittert, 3 utgår, 4 er i rute. Oppdraget om nytt rundskriv om helsepersonells attester/erklæringer i utlendingssaker avventer en klargjøring av bestillingen, og er rapportert forsinket. Følgende oppdrag pågår og er i rute:



- oppfølging av stortingsmeldingen om velferdsutdanningene
- etablering av ny spesialitet i rus- og avhengighetsmedisin
- forvalte nødvendige overgangsordninger ifm. omlegging av turnustjenesten for leger
- gjennomgang av regelverket på spesialistgodkjenningsområdet for leger

### Vurdering av resultater som ikke ble nådd

Selv om det nye Legestillingsregisteret (LSR) er kommet i funksjon, er ikke den automatiske integrasjon mellom LSR og HFene sine lønns- og personalsystem helt på plass. Dette arbeidet ble forsinket som følge av utviklingen av kvotefordelingssystemet for legestillinger og omlegging av Legestillingsregister til LSR v2. Kun Helse Sør-Øst og Helse Vest fikk utviklet og etablert integrasjonsløsningene i 2013. Helse Nord og Helse Midt-Norge benytter foreløpig et web-grensesnitt hvor registeret ajourholdes manuelt. Helse Midt tester ut sin integrasjonsløsning i januar 2014. Helse Nord har avvartet utviklingsarbeidet i Helse Sør-Øst, da de ønsker å benytte samme løsning.

## 7.7 Forskning og innovasjon

---

### Langsiktige målsetninger

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

### Vurdering av måloppnåelsen

Helsedirektoratet yter tilskudd til fire Allmenntilleggsmedisinske forskningsenheter (AFer), Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM), Antibiotikasenteret for primærmedisin (ASP) og Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (Nklm). Alle de 7 miljøene har kommet med vesentlige bidrag til forskning i allmenn- og samfunnsmedisin med i alt 11 disputaser for den medisinske doktorgrad og 166 fagfelle-vurderte vitenskapelige artikler i nasjonale og internasjonale tidsskrift.

Helsedirektoratet har etablert nytt system for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten som skal sikre at nye metoder, legemidler osv. er kostnadseffektive og trygge for pasientene. Systemet bygger på prinsippet om at innføring av nye metoder skal være kunnskapsbasert og kostnadseffektivt.

Helsedirektoratets arbeid med utforming og oppdatering av nasjonale retningslinjer og veiledere for helsetjenesten bidrar til å implementere ny kunnskap, og skal sikre at behandlingen og tjenestene som tilbys er optimale.

### Arbeidet med prioriterte oppdrag/aktiviteter

Det er gjennomført 7 disputaser for den medisinske doktorgrad og 136 fagfelle-vurderte vitenskapelige artikler i nasjonale og internasjonale tidsskrift. Det er levert bidrag til flere fagbøker. Den vitenskapelige produksjonen spenner fra diabetes mellitus, hjerte- og kar, hormon- og vitaminforstyrrelser, smittevern, legemiddelforskriving, medisinsk dårlig forklarte tilstander, bivirkninger av medikamentbruk, vekt, innvandrermedisin, svangerskap, nyfødtmedisin, knokkelbrudd, tillit, luftveissykdommer, laboratoriemedisin, antibiotikaresistens, psykisk helse, internasjonale helsespørsmål, legevakt, bruk av spesialisthelsetjeneste, kommunikasjon, turnustjeneste m.m.

### **Helsedirektoratet har deltatt i følgende fora:**

- Koordineringsgruppe for 22.7-forskning
- Nasjonal samarbeidsgruppe for medisinsk og helsefaglig forskning (NSG)
- RHFenes strategigruppe for forskning
- Klinisk forskningsprogram (NFR)
- WHO/NIH/OECD oppfølgingsprosjekt innen kliniske studier
- Globvac
- HelseOmsorg21, Helsedirektøren møter i Topplederforum og Helsedirektoratet har avgitt samlet uttalelse til arbeidsgruppens rapporter.

### **Innovasjon**

Det er tildelt midler til InnoMeds arbeid inn mot den kommunale helse- og omsorgstjenesten, samt innovasjon på tvers av tjenestenivåene. InnoMed har levert i tråd med virksomhetsplanen/budsjett, og det er foretatt en evaluering av InnoMed i løpet av 2013.

Det ble tildelt 3 mill. kroner til 9 innovasjonsprosjekter med nasjonalt potensial i regi av InnoMed, jf. koordineringsutvalgets mandat hvor det heter at koordineringsutvalget kan forslå større nasjonale innovasjonsprosjekter.

Helsedirektoratet deltar sammen med HOD fra 2012 i Nasjonalt program for leverandørutvikling i regi av NHO og KS.

Helsedirektoratet er deltaker i et nasjonalt innovasjonsnettverk i offentlig sektor fasilitert av Direktoratet for forvaltning og IKT (DIFI). I tillegg til DIFI og Helsedirektoratet består kjernegruppen av Norsk Form, Politidirektoratet, Skatteetaten, Statens vegvesen og Direktoratet for økonomistyring i staten (DFØ).

Helsedirektoratet bidrar i den nasjonale utredningen om «persontilpasset medisin», som ledes av Helse Sør-Øst RHF. Et av temaene i utredningen er implementering, bl.a. av nye genetiske undersøkelser i helsetjenesten (såkalte genomundersøkelser).

### **Forskningskoordinering 22. juli**

Arbeidet med å koordinere forskning har i 2013 gått over i en ny fase. I den første fasen var det avgjørende å forhindre duplisering av prosjekter og henvendelser. Forskningsprosjektene som er i direkte kontakt med de berørte er nå alle godt i gang, og flere av dem avslutter datainnsamlingen i løpet av 2014. I løpet av 2013 er det etablert formelle samarbeid mellom flere forskergrupper som regulerer felles logistikk i datainnsamlingen, innhenting av data på vegne av hverandre og rettigheter til data som er samlet inn i fellesskap. I den andre og avsluttende fasen arbeider koordineringsgruppa for at dataene som er samlet inn kan oppbevares for fremtidig forskning, og ikke gå til spille. Målet er å samordne samtykker og godkjenninger og avklare de juridiske og administrative spørsmålene rundt dette innen koordineringsgruppa avslutter sitt arbeid 31.12.2014.

Foruten det løpende arbeidet har de forskningsetiske komiteene arrangert frokostseminarer med tema fra 22. juli-forskningen. Seminarene har vært godt besøkte. Det er også gitt støtte til å arrangere konferanser til NKVTS og Senter for krisepsykologi. De forskningsetiske komiteene har også opprettet et nettverk for de om lag 20 PhD-stipendiatene som arbeider med 22. juli.

### **Utviklingssentrene**

Helsedirektoratet mottar rapportering fra Utviklingssentrene først 15.02.14, og utarbeider samlereport som oversendes HOD etter dette.

## 8. STYRING OG KONTROLL I VIRKSOMHETEN

### Måltavle

Helsedirektoratet gjennomfører faste risikovurderinger i form av måltavle-rapportering til ledelsen tre ganger pr. år. Måltavlen er delt inn i et fellesområde hvor alle divisjonene i direktoratet rapporterer på de samme målsetningene, og en del hvor hver divisjon rapporterer på målsetninger med høy risiko for deres område. Felles rapporteringspunkter for hele direktoratet er basert på en overordnet vurdering av risiko, og har i 2013 hatt fokus på følgende forhold:

- økonomisk resultat
- anskaffelsesregelverk (faktura over 100.000)
- tilskuddsregelverk (regelverk pr ordning)
- sykefravær
- restansesaker
- leveranse kvalitet planprosesser
- personvern og informasjonssikkerhet

Den divisjonsspesifikke delen av måltavlen har mellom 11 og 21 risikovurderinger av prioriterte oppdrag pr. divisjon.

Systematisk risikovurderingen har ført til økt bevissthet rundt tilskuddsforvaltning. Det har de siste årene blitt gjennomført en rekke tiltak som har forbedret og effektivisert tilskuddsforvaltningen i Helsedirektoratet. De viktigste tiltakene i 2013 har vært:

- Videreføring av sertifisering av tilskuddsforvaltere
- Kurs og opplæring
- Standardisering ved videreutvikling av brevmal og elektroniske søknad- og rapporteringsskjema

### Riksrevisjonen

Riksrevisjonens kommentar til regnskapsrevisjon for regnskapsåret 2012 er at det i det alt vesentlige er utarbeidet i samsvar med regelverk for statlig økonomistyring, og har ingen vesentlige merknader etter kontroll av utvalgte disposisjoner.

I løpet av regnskapsrevisjonen for 2013 har direktoratet fulgt opp funn fra 2012 revisjonen i form av brudd på bruk av fleksitid, og vil følge opp bruk av fleksitid i 2014.

November 2013 ble rapporten «Riksrevisjonens undersøkelse av effektivitet og resultatoppnåelse i Helsedirektoratet Dok. 3:3 (2013-2014)» overlevert Stortinget. Rapporten konkluderer som følger:

- 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.

Helsedirektoratet ønsker en bedre intern styring og vil gå systematisk igjennom avdekkede svakheter med mål om å få til en helhetlig virksomhetsstyring. Vi vil også vurdere tiltak for å øke effektivitet i arbeidet med retningslinjer og veiledere, samt utvikle en god metodikk for arbeidet med nasjonale retningslinjer. Vi vil ha økt fokus på mål- og resultatstyring i tilskuddsforvaltningen, og finne gode metoder for tilgjengeliggjøring av lovfortolkningsarbeidet.

#### **Nytt virksomhetsstyringsverktøy**

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

## **9. VURDERING AV FRAMTIDSUTSIKTER**

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

Helsetjenesten har en utfordring i å levere tjenester som er tilpasset brukernes behov og forventninger om høy kvalitet, god informasjon, medvirkning og tilrettelegging.

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

Ny regjering har nye prioriteringer innenfor helse- og omsorgspolitikken. Det påvirker Helsedirektoratets oppgaveportefølje i 2014 og årene fremover. Nasjonal helse- og sykehusplan, fritt behandlingsvalg, kreftbehandling, rus og psykisk helse er noen sentrale satsinger der vi forventer store oppdrag.

Hele helse- og omsorgssektoren har hatt en stor utvikling innenfor de digitale løsningene de siste årene, og denne utviklingen vil fortsette i 2014. Helsedirektoratet har implementert digitale løsninger på flere helseområder allerede, og innehar noe av den beste kompetansen nasjonalt på dette området.

Fokus på utvikling av gode omsorgsordninger for eldre og andre grupper med pleiebehov, er en viktig prioritet i et samfunn hvor vi har en stor andel eldre i befolkningen. Det er gjort mye i 2013 for denne gruppen, særlig overfor pasienter med demens og deres pårørende. I 2014 vil det fortsatt gjennomføres mange tiltak for denne gruppen, samt øvrige grupper med behov for omsorg og for pårørendes behov for informasjon og avlastning.

Helsedirektoratet vil opprettholde innsatsen mot de store livsstilssykdommene, og deres konsekvenser for helsen. Helsedirektoratet vil prioritere innsatsen for økt aktivitet, sunnere kosthold, og bedre helse hos folk flest.

Helsedirektoratet har utviklet en ny strategi for perioden 2014 til 2018, som angir de områdene som skal styrkes i årene som kommer. Innenfor strategiområdene er det plukket ut 8 satsingsområder, som skal gis særlig prioritet i det kommende året. Målene i strategien med tilhørende satsingsområder er som følger:

- Folkehelse og forebygging først
  - Lokalt folkehelse arbeid
- God dialog og medvirkning
  - Åpenhet og tilgjengelighet i statistikk og data
  - Enkel og sikker kommunikasjon gjennom elektroniske løsninger
- Fremme kvalitet og pasientsikkerhet
  - Styrke Helsedirektoratets normerende rolle og
  - Rekruttering og kompetanseheving i helse- og omsorgssektoren,
  - God og tilgjengelig kvalitets- og styringsinformasjon.
- Lærende og effektiv organisasjon
  - Helhetlig ledelse og styring
  - Jobbe smartere

Strategien og satsingsområdene til Helsedirektoratet tydeliggjør hvordan de politiske satsingene for 2014 bidrar til de overordnede målsetningene for fremtidens helse- og omsorgsarbeid. Strategien gir perspektiver for det arbeidet som Helsedirektoratet skal utføre på oppdrag fra Storting og regjering i 2014, og årene fremover.

Helsedirektoratet er godt rustet for å håndtere oppgaver knyttet til fremtidens helseutfordringer. Direktoratet består av 890 ansatte med spisskompetanse innenfor helse- og omsorgsområder som; spesialisthelsetjenesten, primærhelsetjenesten og folkehelse, samt sentrale støttefunksjoner for å

utvikle gode og effektive helse- og omsorgstjenester; E-helse og IT, helseøkonomi og finansiering, beredskap og administrasjon.

Med kompetente ansatte og et godt fundament for vårt arbeid, ser Helsedirektoratet frem til et aktivt og spennende 2014.

## 10. ÅRSREGNSKAP

Årsregnskapet vil bli oversendt som eget dokument når det er ferdigstilt.

## 11. RAPPORTERING PÅ FELLESFØRINGER

Årets fellesføring for offentlige virksomheter er å utarbeide en vurdering av sikkerhetstilstanden for virksomheten. Helsedirektoratet har utarbeidet en egen sikkerhetsrapport i henhold til kravene i fellesføringene, men rapporten er sikkerhetsgradert, og legges derfor ikke inn i årsrapporten, men går i en egen ekspedisjon til Helse- og omsorgsdepartementet.

## 12. ETATSTYRERS VURDERING AV YTRE OG UNDERLIGGENDE ETATER

### 12.1 Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (SAK)

---

#### **Overordnet mål og samfunnsoppdrag**

SAK har ansvar for å behandle og avgjøre søknader både fra Norge og utlandet om autorisasjon og lisens for 29 helseprofesjonsutdanninger.

SAK har også oppgaver i forbindelse med turnustjeneste for leger (utgående ordning), fysioterapeuter og kiropraktorer og forvaltning av tilskudd knyttet til turnustjenesten.

Hovedmål: SAK skal være en sentral del i prosessen med å tilføre helsesektoren kvalifisert personell.

- SAK skal ivareta intensjonene i norsk helselovgivning med pasientsikkerhet i høyetet
- SAKs søkere skal motta en grundig og forutsigbar saksbehandling basert på prinsipper om likebehandling og service
- SAK skal være en inkluderende arbeidsplass hvor ansatte trives
- SAKs ansatte skal til enhver tid ha nok relevant kunnskap til å behandle alle søknader

### **Vurdering av måloppnåelse i 2013**

SAK har i hovedsak god måloppnåelse i 2013. De har nådd viktige milepæler i sentrale utviklingsløp, og samtidig ivaretatt daglige drifts- og forvaltningsoppgaver på en god måte. Videre har de måttet gjennomføre flere stor dagnader knyttet til ikke planlagte prosesser som for eksempel ny gjennomgang av søknader fra sykepleiere med utdanning fra utlandet.

SAK har mottatt 15,8 % flere søknader enn i 2012, og innvilget 33,4 % flere autorisasjoner. Det økte søknadsvolumet er håndtert uten at det har oppstått restanser ifht angitt saksbehandlingstid. Det viser at SAK har utviklet seg til å bli en fleksibel organisasjon som kan håndtere økt søknadsvolum uten at dette går ut over saksbehandlingstiden.

SAK har i et samarbeid med Helsedirektoratet utviklet et enkelt måle- og styringssystem for å sikre kontroll og overvåking av saksbehandlingstiden. Systemet har fungert godt og vist at SAK gjennom hele året i hovedsak har håndtert søknadene innenfor angitte saksbehandlingsfrister.

Helsedirektoratet vil påpeke at man er særlig tilfreds med at SAK har fått behandlet søknader fra tannleger fra land utenfor EU/EØS. Disse søkerne har tidligere måtte leve med svært utilfredsstillende og lang saksbehandlingstid.

### **Kvalitet i saksbehandlingen**

SAK har utviklet et kvalitetssystem for saksbehandlingen som er under stadig utvikling. Det er behov for å utvikle kvalitetsindikatorer (PKler) for å sikre god måling av kvaliteten. Vi anser imidlertid at Statens Helsepersonellnemnd (SHPN) vurderinger fungerer som en god kvalitetsindikator. I 2013 stadfestet nemnda SAKs vedtak i 93,2 % av de 117 oversendte saker. Det anser vi som er meget tilfredsstillende resultat, og som dokumentasjon på at saksbehandlingen i SAK holder god kvalitet.

### **Utviklingsprosesser**

Nytt Helsepersonellregister ble innført fra 1. november. Det var en viktig milepæl som sikrer SAK og alle brukere av helsepersonellregisteret (HPR) et bedre tilbud og bedre og mer effektive saksbehandlingsrutiner.

### **Arbeidsmiljø**

SAK arbeider godt med utvikling av arbeidsmiljøet. For å sikre at målene for dette nås vil det tidlig i 2014 bli gjennomført ny medarbeidertilfredshetsundersøkelse. Da vil vi vite om SAK har gjenstående arbeidsmiljøutfordringer.

## 12.2 Sammendrag av pasient og brukerombudenes årsmeldinger

---

I 2013 mottok landets pasient- og brukerombud 14 433 saker mot 15 225 året før. Dette er en svak nedgang i antall saker.

Siden 2009 ved utvidelsen av ordningen til å omfatte kommunal helse- og omsorgstjeneste har henvendelser fra denne del av helsetjenesten generelt vist en jevn økning. Evalueringen av utvidelsen i 2009 som ble foretatt i 2012 påpeker blant annet at ordningen må bli mer kjent. Tiltak for å få dette til er iverksatt med ny kommunikasjonsstrategi og WEB løsninger. Ombudet har gjennom møter med brukere av helse- og omsorgstjenesten samlet erfaringer som kan brukes for å styrke kvaliteten i tjenestene og samhandlingen med pasientene og brukerne og vil være en viktig premissleverandør i blant annet i arbeidet med pasientsikkerhet. I tillegg til felles årsmelding gir ombudene ut årsmelding for eget fylke.

På bakgrunn av ombudenes felles erfaringer i 2013 har de pekt på følgende prioriterte anbefalinger:

- Pasienter må rutinemessig tilbys kopi av henvisning, epikrise og prøvesvar
- Tolk må alltid benyttes ved behov
- Helse- og omsorgstjenestene til pasienter med psykisk lidelse og rusavhengighet må styrkes
- Koordinator må utpekes for pasienter med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte helsetjenester

## 12.3 HELFO

---

De økonomiske rammene for HELFO i 2013 har vært et gevinstrealiseringskrav på 6 årsverk (3,3 mill. kr), og et effektiviseringskrav som følge av revidert nasjonalbudsjett på 2 mill. kr. Budsjettet for 2013 var følgelig 1 prosent lavere enn året før.

Til tross for omfattende utviklingsoppgaver er HELFOs resultatoppnåelse meget god i forhold til de mål og resultatkrav som gjelder for 2013.

Antall søknader på områdene legemidler, bidrag og tannhelse er redusert de siste årene som følge av regelverksendringer. Samtidig er gjennomsnittlige kompleksitet i sakene trolig større nå enn før, i og med at flere av de «enkle» sakene er overført til direkte oppgjør. Det har også kommet flere saker på



utlandsområdet, bl.a. som følge av innføringen av stønad til planlagt ikke-sykehusbehandling (ftl § 5-24 a). Dette er til dels kompliserte saker.

HELFO Servicesenter har over flere år hatt en økning i antall henvendelser, og spesielt som følge av innføringen av automatisk frikort i 2010. Antall henvendelser har de to siste årene hatt en svak nedadgående trend. Det skyldes både at frikortordningen er innarbeidet og godt kjent, samt at flere brukere trolig får dekket sitt informasjonsbehov via nettsidene helfo.no og nå helsenorge.no. Brukerstøtte for helsenorge.no og Nasjonalt kontaktsenter for utlandsaker (jf. implementering av nytt pasientdirektiv) er nye oppgaver for HELFO Servicesenter.

Kompleksitet og henvendelser har økt på utlandsområdet og oppbygging av Servicesenteret har krevd ressurser. Samtidig har det vært krav til gevinstrealisering og effektivisering. En av flere mulige årsaker til fortsatt god resultatoppnåelse er nedgang i antall søknader på stønadsområdene legemidler, bidrag og tannhelse. En slik endring i oppgaveportefølje, kombinert med krav om gevinstrealisering er imidlertid krevende. Omstillingen har pågått over tid og krever god ledelse og planlegging, oversikt over kompetanse i organisasjonen og tilrettelagte kompetanseutviklingstiltak.

På legemiddelområdet har nedgangen i antall søknader vært størst i perioden 2008 til 2010. Årsakene er først og fremst regelverksendringer innenfor bidragsordningen (folketrygdloven § 5-22). Antall legemidler som omfattes av ordningen er redusert og i tillegg kan bedre og mer presis informasjon om vilkår og rettigheter på legemiddelområdet ha ført til færre søknader over tid. Søknadsinngangen i 2013 er på 95 000 saker, og reduksjonen fra 2012 er marginal.

Den gjennomsnittlige saksbehandlingstiden for legemiddelsaker var i 2013 på 14 dager og har en synkende trend gjennom året (sesongvariasjoner). Høsten 2013 har gjennomsnittlig saksbehandlingstid vært på 10 dager. Resultatkravet er 4 uker for prioriterte saker (barn og alvorlig syke) og 8 uker for øvrige saker. Antall saker over ytre grense har i snitt ligget på om lag 25 saker.

Gjennomsnittlig saksbehandlingstid på bidragsområdet var i 2013 på 9 dager. Også her er det en nedadgående trend i løpet av året og høsten 2013 har saksbehandlingstiden vært på 7 dager i gjennomsnitt.

Tannhelseområdet er første stønadsområdet som overføres fra systemløsninger i NAV til ny saksbehandlingsløsning i Helsedir/HELFO. Overføringen våren 2013 medførte en midlertidig økning av gjennomsnittlig saksbehandlingstid på opp mot 25 dager i april og mai, med en stabilisering på 8-10 dager i løpet av høsten.

Resultatkravet er 8 uker. Saksinngangen på tannhelseområdet har i 2013 vært på i underkant av 50 000 søknader. Det har de siste årene vært en synkende trend i saksinngang som følge av overgangen til direkte oppgjør.

HELFO har i 2013 gjennomført kvalitetsundersøkelser for to saksområder – vedtak om individuell stønad til tannbehandling og vedtak om tilbakekreving. Undersøkelsene følges opp med tiltak.

Antall klagesaker ligger på et stabilt lavt nivå (rundt 1000 årlig som er under 1 prosent av saksinngangen). Det registreres en økning i antall klagesaker på oppgjørsområdet. I 2013 har 97 saker blitt behandlet i Trygderetten, hvorav HELFO har fått medhold i 89 av sakene. Dette tolkes dithen at HELFO har en god rettsanvendelse.

Resultatkrav til utbetaling til helseaktørene er 5 virkedager for elektroniske oppgjør og 1 måned for manuelle oppgjør og diskettoppgjør. Kravene er fullt ut oppfylt. Andel behandlere som sender elektronisk over linje fortsetter å øke. Elektronisk innsending fra helsestasjoner har økt fra 15 til 42 prosent fra 2012 til 2013. Tilsvarende økning for leger er fra 66 til 74 prosent og for tannleger fra 46 til 53 prosent. Tannpleiere fikk refusjonsrett i 2013 og av disse er det 66 prosent som sender oppgjør elektronisk over linje. HELFO har i 2013 hatt en egen kontrollaktivitet overfor behandlere som ikke sender inn sine oppgjør elektronisk og som ikke omfattes av unntaksreglene. Fysioterapeuter og psykologer har fortsatt en lav andel elektronisk innsending. Det jobbes i direktoratet med å bedre rammebetingelsene for elektronisk innsending for disse behandlergruppene.

Det ligger elektroniske kontroller i HELFOs oppgjørssystemer. I tillegg gjennomføres risikobaserte kontroller, både løpende kontroller og planlagte/målrettede nasjonale og regionale kontroller. HELFO har i 2013 gjennomført førstegangskontroller for nye behandlere (96 prosent). Planlagte kontroller er gjennomført i henhold til kontrollplan. I 2013 har HELFO lagt vekt på preventive tiltak som generell informasjon via nettsider. Tilbakekreving etter utbetaling er på 53 mill. kr. (30 mill. kr. i 2012) og antall manuelt avviste oppgjør er høyere i 2013 enn i 2012. HELFO har i 2013 anmeldt 3 behandlere og 2 brukere for bedrageri og dokumentforfalskning. Etatsstyrer er opptatt av at hele virkemiddelkjeden tas i bruk, inkludert informasjonsvirksomhet, og er tilfreds med at HELFO i tillegg til aktiv kontroll også legger vekt på preventive virkemidler og jobber kunnskapsbasert i sin oppfølging av helseaktørene.

HELFO Servicesenter har levert sine beste resultater i 2013. Antall henvendelser var nær 560 000 i 2013, en nedgang på 7 prosent fra 2012. Brukerundersøkelser viser at 94 prosent av de som henvender seg til Servicesenteret er fornøyd med publikumshåndteringen (resultatkrav på 90 prosent). 91 prosent svarer at de er fornøyd med opplevd kvalitet og 88 prosent er fornøyd med ventetiden. Dette til tross for at ventetiden på telefon er lenger enn fastsatte resultatkrav. Resultatene dokumenterer en god og profesjonell publikumshåndtering i HELFO. Tjenestene scorer blant annet høyt på «evne til å sette seg inn i brukers behov» og «høflighet og respekt». HELFO Servicesenter ble i 2013 tildelt kundeserviceprisen for beste service innen offentlig sektor.

HELFO har i 2013 deltatt aktivt i utviklingen av helsenorge.no for privatpersoner. Prosessen med å bygge om Hefo.no til et nettsted for helseaktørene er startet. I mai 2013 ble telefontjenesten Helsenorge 800HELSE lansert som brukertjeneste til helsenorge.no. Helsetjenestens veiledningstjeneste ble lagt inn i 800HELSE.

HELFO har håndtert 8 235 saker innenfor ftl § 5-24 a stønad til planlagt ikke-sykehusbehandling i utlandet. Det er en nedgang fra 2012 til 2013 på 9 prosent samtidig som utbetalt beløp har økt med 22 prosent. ¼ av sakene gjelder fysioterapeutisk behandling. Det ble i 2012 gjennomført kvalitetsundersøkelse på saker innenfor § 5-24 a og fysioterapi. Forbedringspunkter ble avdekket og tiltak iverksatt. Etatsstyrer er tilfreds med at det igangsettes tiltak for å bedre kvaliteten.

Manglende systemstøtte innebærer manglende styringsdata på saksbehandlingstider, men etatsstyrers oppfatning er at utlandsområdet, inkludert § 5-24 a, er godt håndtert i 2013.

Det ble i 2013 utstedt til sammen 1 129 000 frikort. Dette er en svak nedgang fra året før. Gjennomsnitt for innsendte egenandeler fra helseaktørene er 7,7 dager etter konsultasjon, med unntak fra Pasientreiser hvor antall dager i 3. tertial var 36. Dette styres imidlertid av brukeren selv

som må sende inn søknad for pasientreiser uten rekvisisjon. Gjennomsnittlig antall dager fra registrering av siste egenandel og til pasienten har sitt frikort i posten er 10,2 i tredje tertial. Snittet for året ligger litt over, men langt under målet om 3 uker. Utviklingen fra 2012 er positiv, men resultatene for innsendingshyppighet og kvalitet ligger fortsatt litt under resultatkravene. Gjennomsnittlig saksbehandlingstid for frikort tak 2 har siden mai 2013 stabilisert seg på 6 dager. Kravet er 2 uker.

Til sammen 1211 reelle fristbrudd ble meldt til HELFO Pasientformidling i 2013. Sammenlignet med 2012 så er antall meldte fristbrudd redusert med 19 prosent. Pasientformidlingen har per 1.1.2014 6 rammeavtaler innenfor somatikk og 14 rammeavtaler innenfor psykisk helsevern og tverrfagligspesialisert rusbehandling (TSB). Det går i gjennomsnitt 20 dager fra registreringsdato til behandlingsdato (tertialvis variasjon fra 17 til 23 dager). Tilsvarende for 2012 var 21 dager. mens resultatkravet er 14 dager. Økt saksbehandlingstid skyldes kompleksitet i sakene, mottak av informasjon fra sykehusene etc. For noen små og spesielle pasientgrupper er det også utfordrende å skaffe subsidiær behandling.

HELFO har i 2013 gjort alle nødvendige forberedelser til omorganisering av virksomheten. Ny organisasjonsmodell iverksatt fra 1.1.2014 innebærer overgang fra en geografisk modell til en funksjonsinndeling med tre styringslinjer; Kommunikasjon og servicetjenester, Saksbehandling og utbetaling og Kontroll.

HELFO hadde per 31.12.2013 i underkant av 560 årsverk. Sykefraværet var på 7,6 prosent mot 7,4 prosent i 2012.

Regnskapsresultat per 31.12.2013 viser balanse i forhold til tildelt budsjett. Etatsstyrers vurdering er at HELFO har en god økonomistyring

#### **12.4 Nasjonalt kunnskapssenter**

---

Kunnskapssenteret ser i 2013 en endring i virksomheten fra tradisjonelle oppgavene knyttet til innhenting, vurdering, oppsummering og formidling av kunnskap. Produksjonen har dreid fra systematiske oppsummeringer og metodevurderinger til mer undervisning, veiledning og støttefunksjoner til helsetjenesten og helseforvaltningen. Dette forklarer reduksjonen i antall egne publikasjoner. Kunnskapssenteret har i 2013 også økte forvaltnings- og sekretariatsfunksjoner.

I 2013 publiserte Kunnskapssenteret 66 rapporter og notater (inkludert metodevurderinger, forskningsoppsummeringer, systematiske litteratursøk med sortering, og PasOpp-rapporter). I tillegg er det publisert omtaler av rapporter, vitenskapelige og populærvitenskapelige artikler og nyhetsbrev. Etterspørselen øker og oppdragsgiverne gir kortere tidsfrister, slik at en økende andel av henvendelsene dessuten besvares med andre produkter og tjenester enn tidligere.

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

Gjennom undervisning og støtte bidrar Kunnskapssenteret til kunnskapsbasert praksis og helsetjeneste. Årlig forskningsworkshop på Holmsbu, støtte til minimetodevurderinger og fagprosedyrer er eksempler på dette.

Blant oppgavene som krever stadig mer ressurser og kompetanse fra ulike deler av organisasjonen er sekretariatsfunksjonen for pasientsikkerhetskampanjen, oppfølging av rammeverksprosjektet for nasjonale kvalitetsindikatorer med publisering av overlevelsedata og meldeordningen for uønskede pasienthendelser i spesialisthelsetjenesten. Meldeordningen hadde sitt første hele driftsår i 2013, og mottok i alt 9523 meldinger.

Oppmerksomhet, synlighet og høy formidlingsaktivitet har gitt utslag i fortsatt høyt antall formidlede oversikter fra de internasjonale søsterorganisasjoner. Likeledes har Kunnskapssenterets ansatte vært aktive som foredragsholdere i 2013, med 353 foredrag og 196 undervisningsdager.

I 2013 publiserte kommunikasjonsseksjonen fire nummer av bladet «Kunnskapskilden» – to som rettet seg mot kommunehelsetjenesten og to som rettet seg mot spesialisthelsetjenesten. «Kunnskapskilden» inneholder informasjon om Kunnskapssenterets publikasjoner og aktiviteter.

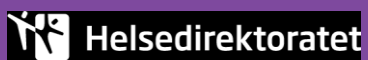
Kunnskapssenteret bidrar i mange internasjonale oppdrag, støtter WHO og NORAD og leder arbeidspakker i flere EU-finansierte prosjekt.

Helsebiblioteket blir stadig mer benyttet og hadde i 2013 i gjennomsnitt over 150 000 unike besøkende per måned. Helsebiblioteket har publisert Barnelegeforeningens generelle og akutte veileder i pediatri på [www.helsebiblioteket.no](http://www.helsebiblioteket.no), og som en offline app i 2013. I tillegg til metodebok for indremedisinere er nå 19 nasjonale retningslinjer fra Helsedirektoratet publisert på Helsebiblioteket. Dette er innhold som er mye brukt. Helsebiblioteket har gjennomført en anbudskonkurranse for legemiddeloppslagsverk, og Micromedex vant konkurransen. Dette oppslagsverket ble tilgjengelig fra 1.1.2014. I 2013 var Helsebiblioteket til stede 90 ulike steder på stand og foredrag.

Kunnskapssenteret har ansvar for sekretariatet for Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten. Rådet leverer sin årsrapport til Helse- og omsorgsdepartementet innen 1. mars påfølgende år, og der oppsummeres sekretariatets virksomhet. Årsrapporten publiseres på rådets hjemmeside.

Ved utgangen av 2013 hadde Kunnskapssenteret 168,3 årsverk i produktivt arbeid, fordelt på 199 tilstedeværende ansatte. Det totale sykefraværet i 2013 var på 3,42 %. Det periodiserte virksomhetsregnskapet viser inntekter på 241,0 mill. og utgifter på 241,8 mill. Driftsunderskuddet på 0,8 mill. skyldes i hovedsak økning i overførte feriedager. Rapportering til statskassen viste et resultat i balanse.

Den økonomiske situasjonen i Kunnskapssenteret er i økende grad krevende fordi de tildelte forvaltnings- og sekretariatsoppgaver ikke følges med tilsvarende tilskudd og bevilgninger. Disse oppgavene må derfor delvis finansieres av basisgrunnbevilgningen beregnet til Kunnskapssenterets tradisjonelle oppgaver innen kunnskapsoppsummering og -formidling. I tillegg har en svak kronekurs det siste året gitt betydelige ekstra kostnader for Helsebiblioteket som har de fleste av sine lisenser og abonnementer i utenlandsk valuta.



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

**Telefon:** +47 810 20 050

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

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

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

## Arbeidsgivers rapportering om likestilling og arbeid mot diskriminering - Helsedirektoratet 2013

### Faktisk tilstand

Helsedirektoratet hadde pr 31.12.13 i alt 888 ansatte, en økning på 65 ansatte. Det var 66 % kvinner i virksomheten, ett prosentpoeng opp fra 2012.

### Overordnet vurdering

I gruppene seniorrådgivere, og spesielt for gruppen over 50 år, spesialstillinger/prosjektledere, og avdelingsdirektører var fortsatt kvinner lønnet lavere enn menn. Til tross for særlige tiltak i 2.3.4- og 2.3.3- forhandlinger for disse gruppene, var forskjellen i lønn for kvinner i kode *seniorrådgiver* fremdeles - 4. Begge grupper har gått opp 1 trinn, menn til 73 og kvinner til 69, men differansen har vært uendret fra 2010.

Det er liten endring i kvinneandelen i stillingsgruppene rådgiver, seniorrådgiver og ledere, men større endring i kvinneandel for deltidsstillinger som har økt fra 60 % til 73, under rådgivernivå fra 82 til 87 og for spesialstillinger fra 46 til 54 %.

Målrettede tiltak for rekruttering i gruppen divisjonsdirektører førte til at vi i 2011 oppnådde 50 % kvinner i denne gruppen. I gruppen av avdelingsdirektører har vi i desember 2013 en kvinneandel på 59 %.

Gruppen under rådgivernivå har den høyeste kvinneandelen med 87 %, 5 prosentpoeng opp fra 2012, mens gruppen spesialstillinger med 8 prosentpoeng oppgang, fremdeles har lavest kvinneandel med 54 %.

### Lønnsnivå

7 % av arbeidsstokken var *deltidstilsatte*, som i 2011 og 2012. Kvinneandelen var 73 %, en oppgang på 8, etter en nedgang på 9 prosentpoeng fra 2011. I gruppen deltidstilsatte hadde lønnsforskjellen mellom kvinner og menn gått ned med 6 trinn, og var på 17 (59/76). Deltidstilsatte kvinner har i perioden 2005 – 2013 hatt en lønnsøkning fra trinn 46 til 59, opp 13 trinn. Menn har i samme perioden jevnt over hatt en betydelig høyere lønn fra 59 til 76, med en topp på 1 tr 80 i 2012. Forskjellen mellom kvinner og menn har variert fra 13 til 23 lønnstrinn.

7 % av de ansatte var i stilling *under rådgivernivå*, av dette utgjorde kvinner 87 %, en oppgang på 5 prosentpoeng. Gruppen var likelønnet i perioden 2005 til 2008. Fra 2009 til 2011 var dette den eneste gruppen der kvinner hadde høyere gjennomsnittslønn enn menn. I 2012 og 2013 er kvinner og menn likelønnet. Nå i ltr. 49, 1 mer enn i 2012.

*Gruppen rådgivere* utgjorde 23 % av de ansatte, det samme som i 2012. Kvinneandelen var 76 %, en nedgang på 1 prosentpoeng. I 2006 hadde menn trinn 52 og kvinner 51. I 2007 snudde dette slik at kvinner hadde ltr 52 og menn 51. Trenden der kvinner hadde ett trinn mer enn menn var stabil i perioden 2007 - 2009. Begge grupper hadde i 2009 en økning på 1 trinn. I 2010 økte menn med 2 trinn og kvinner med 1, begge til 56. Lønnstrinnet var uendret i 2011. I 2012 hadde menn igjen 1 trinn mer enn kvinner, og i 2013 er forskjellen 2 trinn. Kvinner har samme trinn 57, mens menn nå har 59. Dette er en uheldig utvikling sett i et likestillingsperspektiv.

*Gruppen seniorrådgivere* utgjorde i 2013 58 %, en økning på 1 prosentpoeng. 61 % var kvinner, 1 prosentpoeng mer enn i 2012. Lønnsdifferansen ble i 2009 endret fra - 4 til - 2 trinn. I 2010 økte den igjen til -4 trinn. Dette er fremdeles uendret i 2013. Både kvinner og menn hadde gått opp 1 trinn til

## Vedlegg 1

hhv 69 og 73. Dette vil vi fortsatt ha et kontinuerlig fokus på i 2.3.3- og 2.3.4- forhandlinger og spesielt ved lønnsfastsetting ved nyrekruttering.

*Gruppen spesialstillinger/prosjektledere* utgjorde 6 %, som i 2012. Kvinneandelen har økt fra 46 til 54. Her ser vi en av de største forskjellene med 10 lønnstrinn, kvinner gikk opp et trinn 69 og menn var uendret på 79. I 2007 var differansen på 19 trinn, i 2008 16, i 2009 14 og i 2011 13. Vi ser at forskjellene langsomt reduseres. Leger og mannlige prosjektledere (ofte tidligere ledere) trakk gruppen menn opp, og bibliotekarer trakk gruppen kvinner ned. Ser vi på gruppen prosjektledere isolert, hadde kvinner trinn 77 og menn 89, en differanse på hele 12 trinn, en oppgang på 2 trinn fra 2012. Kvinneandelen var 57 % enn oppgang fra 25 % i 2011.

*Assisterende direktør, divisjonsdirektører og avdelingsdirektører* utgjorde 6 % av bemanningen. 1 prosentpoeng mer enn i 2012. Kvinneandelen var 57 %, 1 prosentpoeng ned fra 2012. Gjennomsnittlig lønnstrinn er uendret for kvinner med 86, mens menn har gått ned fra 88 til 87. Differansen har nå gått ned til 1 trinn, mens det var 2 trinn fra 2010 til 2012, og 4 i 2009. I gruppen av divisjonsdirektører var kjønnsfordelingen 50/50, en betydelig endring fra 2010 da menn utgjorde 84 %. Kvinner og menn hadde i 2012 trinn 93, opp fra 91 i 2010 og 2011. I 2012 har menn i denne gruppen ltr 94, mens kvinner har 93.

For gruppen av avdelingsdirektører er kvinneandelen 59 % i 2013. Det ble i 2007 tatt grep for å løfte kvinnelige ledere slik at lønnsforskjellen kun var 1 trinn, i 2008 steg det til 2 trinn. Fra 2009 til 2013 har vi hatt en stabil differanse på 1 trinn, i 2011 var det 83/84, i 2012 og i 2013 85/86. Dette vil vi fortsatt ha kontinuerlig fokus i 2.3.3- og 2.3.4- forhandlinger og spesielt ved lønnsfastsetting ved nyrekruttering.

*Lønn relatert til alder.* Gjennomsnittsalder i Helsedir har vært stabil på 45-46 år. Gjennomsnittlig lønnstrinn var i 2013 67, 1 opp fra 2012.

I gruppen *under 40* hadde kvinner ltr. 61 og menn 66. Differanse var på 3 trinn i 2009, med en nedgang til 2 trinn i 2010 og 11, og er nå på vei oppover med 4 trinn i 2012 og totalt 5 trinn i 2013.

I *gruppen 40-49* var forskjellen 5 trinn, fra trinn 67 til 72. En nedgang på 1 trinn. Kvinner hadde gått opp 1 trinn fra 2012 og menn var uendret.

I *gruppen 50-59* har forskjellen ligget stabilt på 7 til 8 trinn. Differansen i 2013 er 9 trinn. Kvinner er uendret på trinn til 67, mens menn fikk 1 trinn til 76.

I *gruppen over 60* hadde kvinner trinn 68, opp 2, mens menn var uendret på 76. Forskjellen er på hele 8 trinn, men med en nedgang på 2 trinn fra 2012.

***Menn har en stigende lønnskurve med økende alder, fra trinn 66 til 76. Kvinnelønn starter på trinn 61 og flater ut på 67 fra gruppen 40 år og oppover. Kvinner har gjennomgående lavere lønn enn menn, og forskjellen øker med alder.***

I direktoratets *Seniorpolitiske retningslinjer*, som ble ferdigstilt i 2009, kom det frem at den største forskjellen i lønn relatert til alder fremkommer i gruppen over 60 år, der kvinner lå gjennomgående lavere enn menn i lønn. Det er et mål å utjevne skjevheter også innenfor denne gruppen og følgende tiltak er foreslått:

- *Seniorpolitiske hensyn skal tillegges vekt som ett av flere momenter ved kommende lokale 2.3.3 forhandlinger*

## Vedlegg 1

- *Seniorpolitiske hensyn skal kunne tillegges vekt ved kommende 2.3.4 forhandlinger der dette er relevant*

### **Lønnsforhandlinger 2.3.3 og 2.3.4**

Det ble ikke avholdt lokale lønnsforhandlinger etter 2.3.3 i 2013.

I 2.3.4-forhandlingene fikk kvinner 55 % av midlene i 2013. Dette er vesentlig lavere enn deres andel av lønnsmassen.

### **Sykefravær**

Direktoratet har i all hovedsak et stabilt sykefravær. Vi ser som ellers i samfunnet, at kvinner har et høyere sykefravær enn menn, og deltidsansatte har et høyere sykefravær enn heltidsansatte. Gjennomsnittlig egenmeldt og sykmeldt fravær i direktoratet de siste årene har vært; 5,50 % (2010) 5,49 % (2011), 5,60 (2012), og 5,50 (2013). Vi ser det som positivt at det totale sykefraværet for 2013 er omtrent uendret fra de siste tre årene.

#### *Kvinner heltid:*

Denne gruppen hadde et fravær på 6,09 % i 2010, 6,18 % i 2011, 6,60 % i 2012 og en liten nedgang til 6,5 % i 2013.

#### *Menn heltid:*

Denne gruppen hadde et fravær på 3,64 % i 2010, 4,22 % i 2011, 3,9 % i 2012 og en liten nedgang til 3,6 % i 2013.

#### *Tiltak:*

Sykefraværet følges systematisk opp av den enkelte leder med fokus på forebyggende tiltak og tilrettelegging. Sykefraværet tas jevnlig opp i AMU, i ledermøter, i måltavla og i ledersamtaler. Tiltak for å nå målet på at sykefraværet ikke skal overstige 5,5 % er enda tettere oppfølging av sykmeldte så tidlig som mulig; med fokus på å forebygge og redusere sykefraværet, styrke jobbnærværet, bedre arbeidsmiljøet og tilrettelegge på arbeidsplassen for og stimulere eldre arbeidstakere til å stå lengre i jobb. Det er vedtatt lederkriterier og gjennomført tiltak for kompetanseheving for ledere i oppfølging av sykemeldte.

### **Overtid**

34 % av de ansatte arbeidet overtid i 2013, 31 % av kvinnene og 38 % av mennene. Totalt sett var det 5 prosentpoeng nedgang i antall som arbeider overtid. Kvinner jobbet i snitt 61 timer, mens menn jobbet 69. Kvinner jobbet i snitt 11 timer mer, mens menn jobbet i snitt 2 timer mindre enn i 2012. *Andelen ansatte som arbeider overtid har gått ned.* Gjennomsnittlig timesats var kr 479. Timesats for kvinner var kr 433, 90 % av snittsats, mot 93 % i 2012. Sats for menn var kr 567, dvs. 118 % av snitt mot 112 % i 2012.

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

31 % av de ansatte avviklet velferdspermisjon i 2013, 33 % av kvinnene og 27 % av mennene. Kvinnene benyttet velferdspermisjon 355 ganger med et snitt på 1,52 dager pr gang. Mennene avviklet 118 permisjoner med et snitt på 1,29 dager. Antall dager velferdspermisjon har økt fra 431 i 2010 til 740 i 2012, men har en nedgang til 693 i 2013.

34 % av de ansatte avviklet omsorgspermisjon i 2013, 36 % av kvinnene og 31 % av mennene, en økning med 1 prosentpoeng for alle kategorier. Kvinnene benyttet omsorgspermisjon 832 ganger, med et snitt på 6 dager pr gang. Mennene avviklet 404 permisjoner, med et snitt på 4 dager. Antall



## Vedlegg 1

tilfeller med omsorgspermisjon har økt fra 1002 i 2010 til 1236 i 2013. Snittedager per tilfelle var uendret på 4 for menn, og økte med 1 til 6 for kvinner.

Ser vi på fødselspermisjoner isolert ser vi at 7 % av kvinnene, 41 personer, har avviklet et snitt på 59 dager, og at 6 % av mennene, 19 personer, har avviklet 41 dager.

### **Kompetansetiltak**

Også i 2013 gjennomførte direktoratet et opplæringsprogram Basis forvaltningskompetanse for alle ansatte i direktoratet. Programmet består av mange grunnkurs i forvaltning, hver på 3 timer innenfor følgende hovedområder:

- Helsedirektoratet, lønns- og personalpolitikk (herunder likestilling), omgivelser og samfunnsoppdrag
- Kunnskapsbasert metode og informasjonsinnhenting
- Virksomhetsstyring
- Saksbehandling
- Lover og regler
- Bruk av IKT
- Personvern og informasjonssikkerhet
- Startpakke for nytilsatte
- Rett på sak
- 360
- Fagkurs i tilskuddsforvaltning

Alle medarbeidere skal ha gjennomgått programmet i løpet av en to års periode.

I 2013 har 1305 personer deltatt på disse kursene. Av de 1305 er 914 kvinner og 391 menn, altså 70 % kvinner og 30 %.

### **Rekruttering av søkere med ikke-vestlig innvandrerbakgrunn**

Helsedirektoratet har fokuseringen på rekruttering av søkere med ikke-vestlig bakgrunn (landgruppe 2). Vi følger de sentrale retningslinjene om å oppfordre personer med innvandrerbakgrunn til å søke våre ledige stillinger, og våre ledere blir oppfordret til å ha en offensiv holdning i rekrutteringen fra denne gruppen.

I 2013 hadde ca. 17,35 % av alle søkerne til ledige stillinger ikke-vestlig innvandrerbakgrunn, hvilket var noen flere enn året før (2012: 15,2 %). Ca. 12 % av disse søkerne ble innkalt til intervju og ca. 3 % ble innstilt. Helsedirektoratet ansatte totalt 143 søkere i 2013. 5 av disse hadde innvandrerbakgrunn, dvs. 3,5 %. Dette er kun foreløpige tall, da ikke all rekruttering for 2013 ikke er ferdigstilt. I 2012 satte Helsedirektoratet et mål for de neste to årene om at 10 % av alle dem vi ansetter skal ha ikke-vestlig innvandrerbakgrunn (søkere fra landgruppe 2). Dette målet er på overordnet nivå for Helsedirektoratet samlet, da det kan være ulikt i de ulike divisjonene for hvilken mulighet de har til å nå målet.

Avdeling HR deltar også i det interne migrasjonsteamet i Helsedirektoratet. I «Strategi for helsedirektoratets arbeid med likeverdige helse - og omsorgstjenester for innvandrerbefolkningen 2012-2016» er satt interne mål i handlingsplanen for rekruttering av ansatte med minoritetsbakgrunn, utvikle tiltak for systematisk nyttiggjøring av ansatte med minoritetsbakgrunn sin kompetanse og følge opp tiltakene i kommunikasjonsstrategi.

## Vedlegg 1

I perioden 2012-2013 deltar Helsedirektoratet som en av flere virksomheter i forsøk med moderat kvotering av søkere med ikke-vestlig innvandrerbakgrunn. Forsøket med moderat kvotering innebærer at en søker med ikke-vestlig innvandrerbakgrunn *skal* innstilles foran en annen søker som er likt eller tilnærmet likt kvalifisert. Vi har til nå ikke benyttet moderat kvotering for å ansette eller rangere denne gruppen søkere. Vi har ansatt flere søkere med innvandrerbakgrunn, men de er blitt innstilt til stillingene fordi de har vært best kvalifisert og det dermed ikke har vært nødvendig å bruke moderat kvotering.

### **Rekruttering av personer med nedsatt funksjonsevne**

Her vises til punkt 6.1 i årsrapporten om Inkluderende arbeidsliv.

Helsedirektoratet har deltatt i et prosjekt under FAD og hovedsammenslutningene for å oppfylle delmål 2 i IA avtalen om å inkludere flere med nedsatt funksjonsevne eller nedsatt arbeidsevne. Prosjektet pågikk i 2012 og 2013. Ett av våre tiltak er å opprette et internt utvalg med deltakere fra aktuelle fagavdelinger som skal komme med råd om hvordan mål om økt antall ansatte med redusert funksjonsevne kan nås. Utvalget ble opprettet høsten 2011 og skal lage tiltaksplan med klare mål, arbeidet har blitt noe forsinket, og ble revitalisert i 2013. Det er gjennomført en kartlegging blant ledere med personalansvar, hvor man ønsket å kartlegge i hvilken grad Helsedirektoratet som arbeidsgiver tilrettelegger/følger opp ansatte med redusert funksjonsevne. Målet er å samle erfaring, for igjen å øke kompetansen om tilrettelegging for ansatte med redusert funksjonsevne. Resultatene fra kartleggingen er ikke ferdig.

I 2013 hadde ca. 2,12 % av alle søkerne til ledige stillinger nedsatt funksjonsevne. 11,43 % av disse søkere ble innkalt til intervju, 0,7 % ble innstilt og 0,7 ble tilsatt. Disse tallene er foreløpige, da rekruttering til stillinger for 2013 ennå ikke avsluttet.

### **Universell utforming**

Helsedirektoratet er leietakere i Entrass bygg i Universitetsgaten 2 i Oslo.

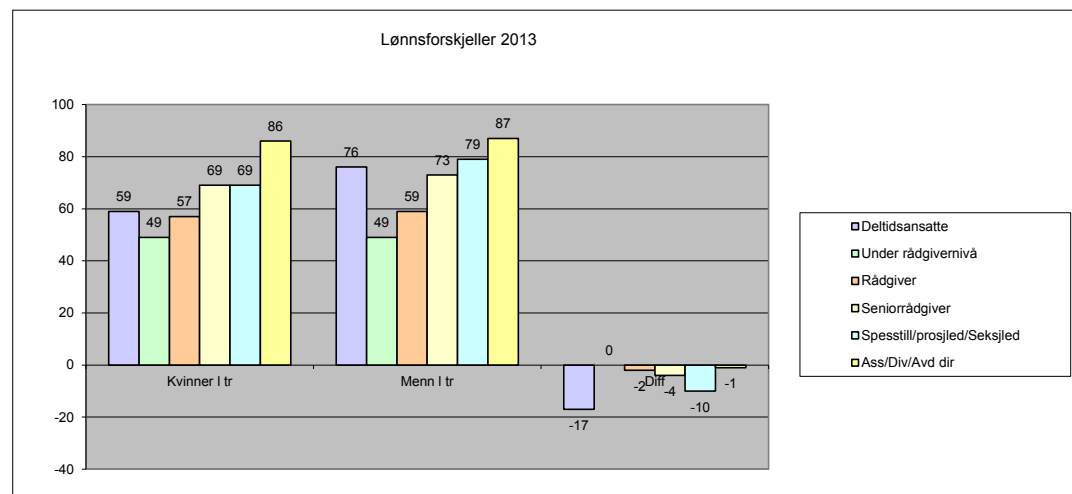
Bygget ble totalrenovert og framsto ved innflytting nesten som et nybygg. Universitetsgaten 2 har fått en **universell utforming**. Det vil si at bygningen og det valgte interiøret, så langt det er teknisk mulig, er utformet med tanke på at det skal være brukervennlig også for mennesker med nedsatt funksjonsevne. Direktoratet har selv ekspertise på dette området, og bygget er etablert som et referansebygg for andre som skal bygge med universell utforming.

Helsedirektoratet som IA-virksomhet er forpliktet på å legge til rette lokaler og utstyr slik at vi kan ansette personer med spesielle behov og legge til rette for ansatte som har behov for spesialutstyr. Vi har den senere tid benyttet tiltaket om tilretteleggingstilskudd fra NAV flere ganger blant annet for innkjøp av regulerbare bord og spesialstoler.

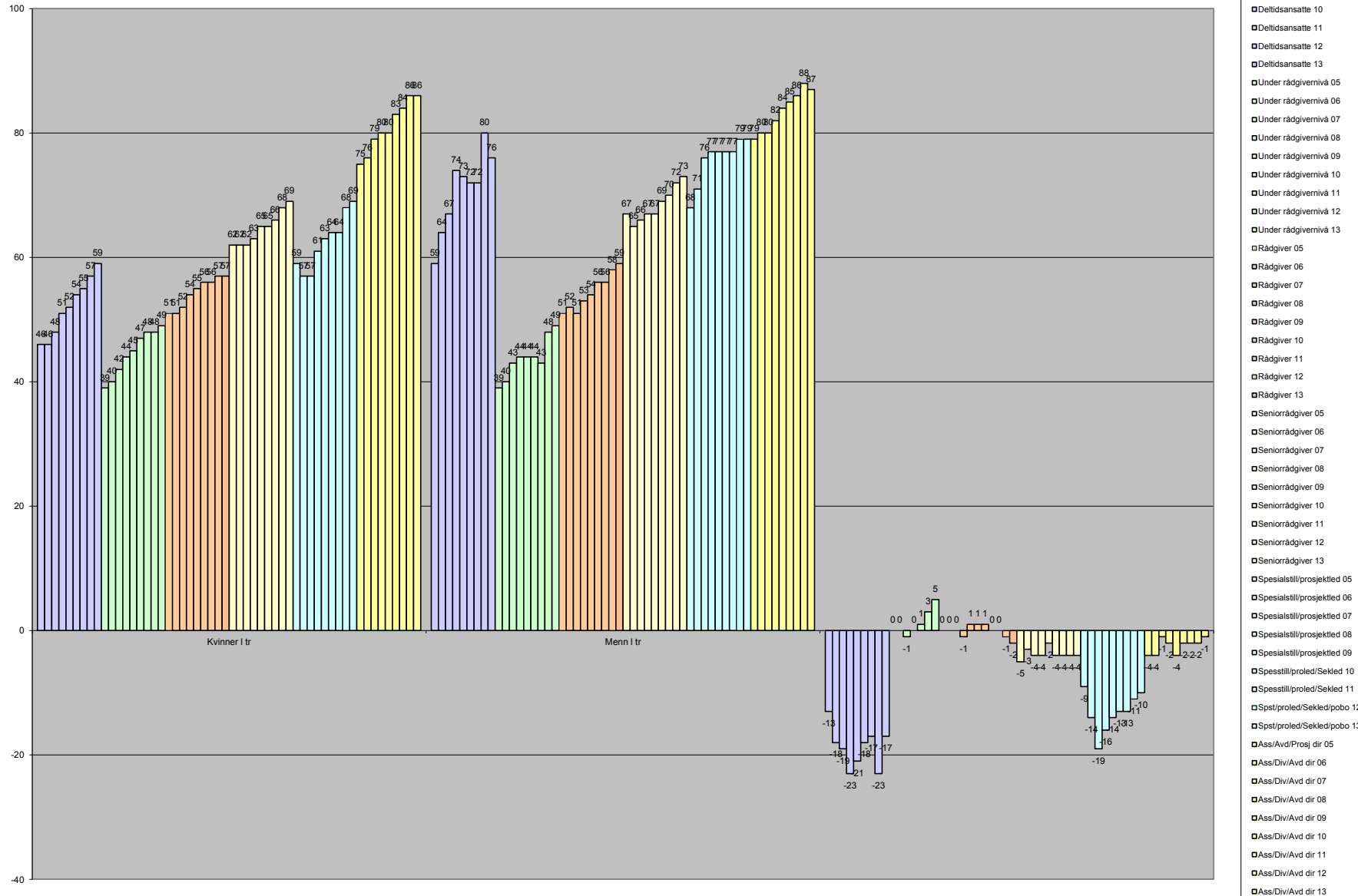
Helsedirektoratet 2013	% av total bemanning	Antall pers	Antall kvinner	Kvinner ltr	Antall menn	Menn ltr	Kvinneandel	Diff ltr (kv-m)
Totalt i Helsedir		888	583	65	305	74	66	-9
Deltidsansatte	7	59	43	59	16	76	73	-17
Under rådgivernivå	7	63	55	49	8	49	87	0
Rådgiver	23	202	153	57	49	59	76	-2
Seniorrådgiver	58	515	315	69	200	73	61	-4
Spesst/prosjled/seksjled/pobo	6	57	31	69	26	79	54	-10
Ass/Div/Avd dir	6	51	29	86	22	87	57	-1

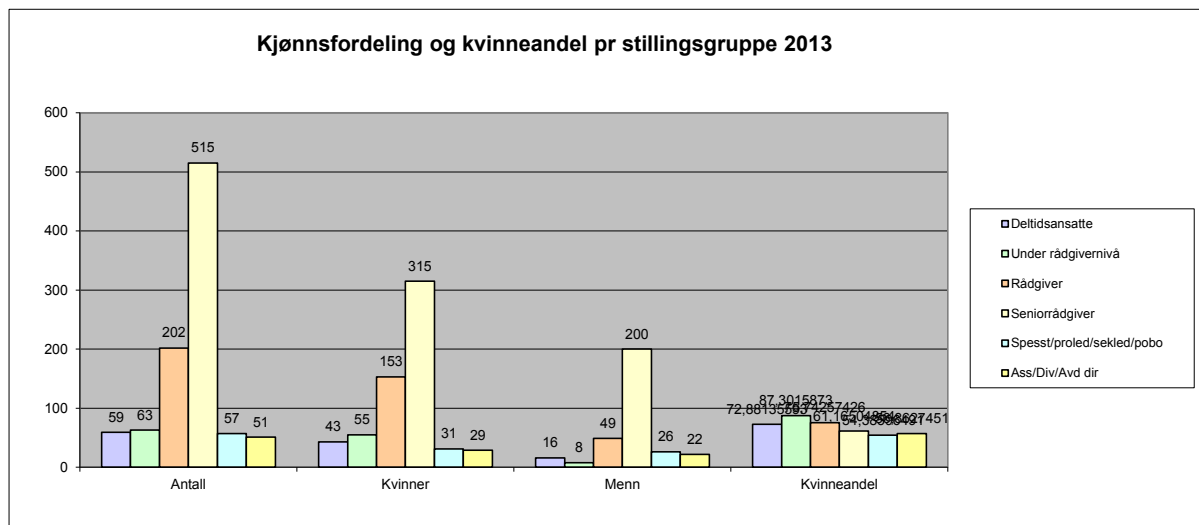
Direktør i Helsedir unntatt

Gjennomsnitt og median alle: ltr 67



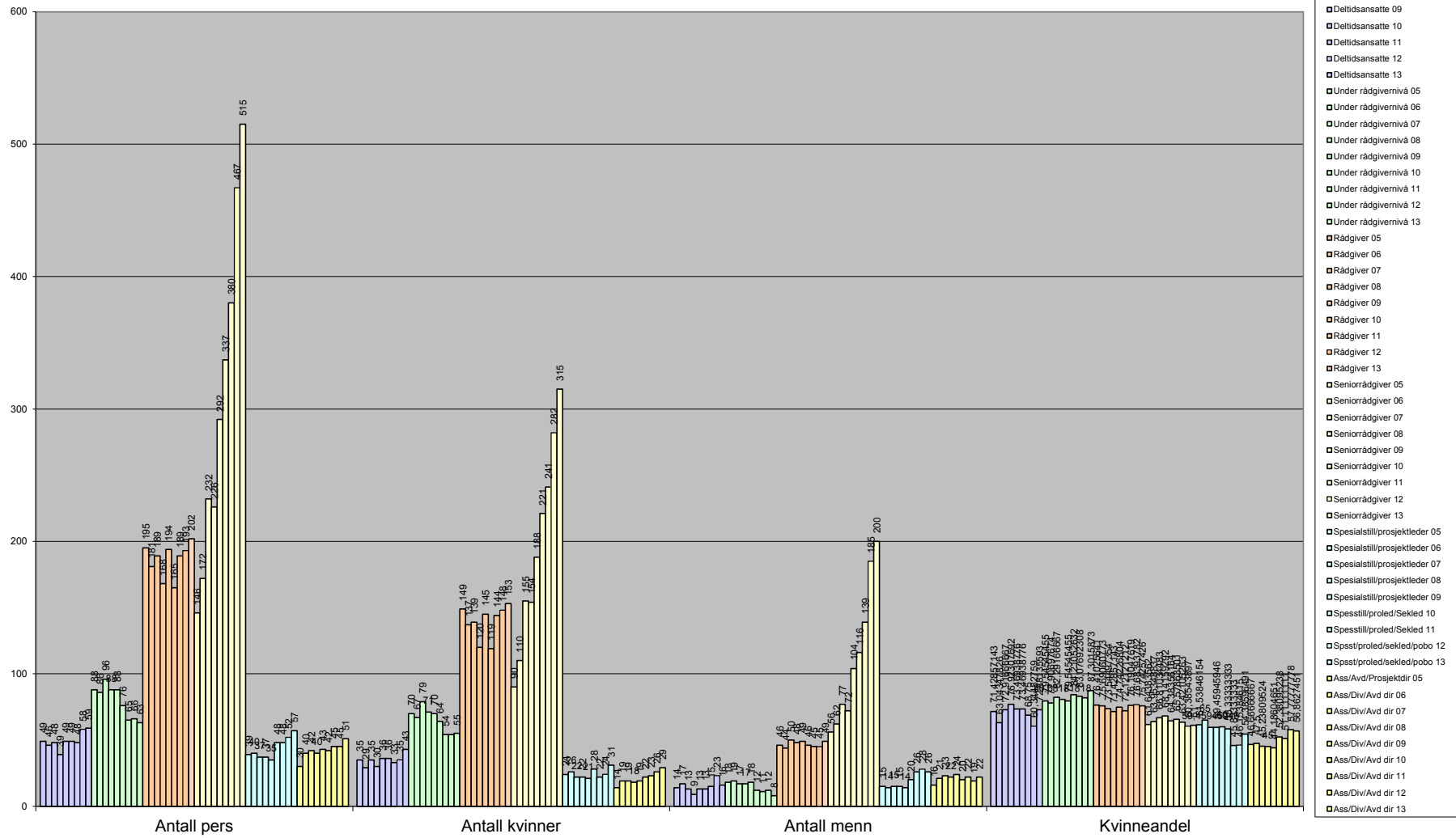
Lønnsforskjeller 2005 til 2013

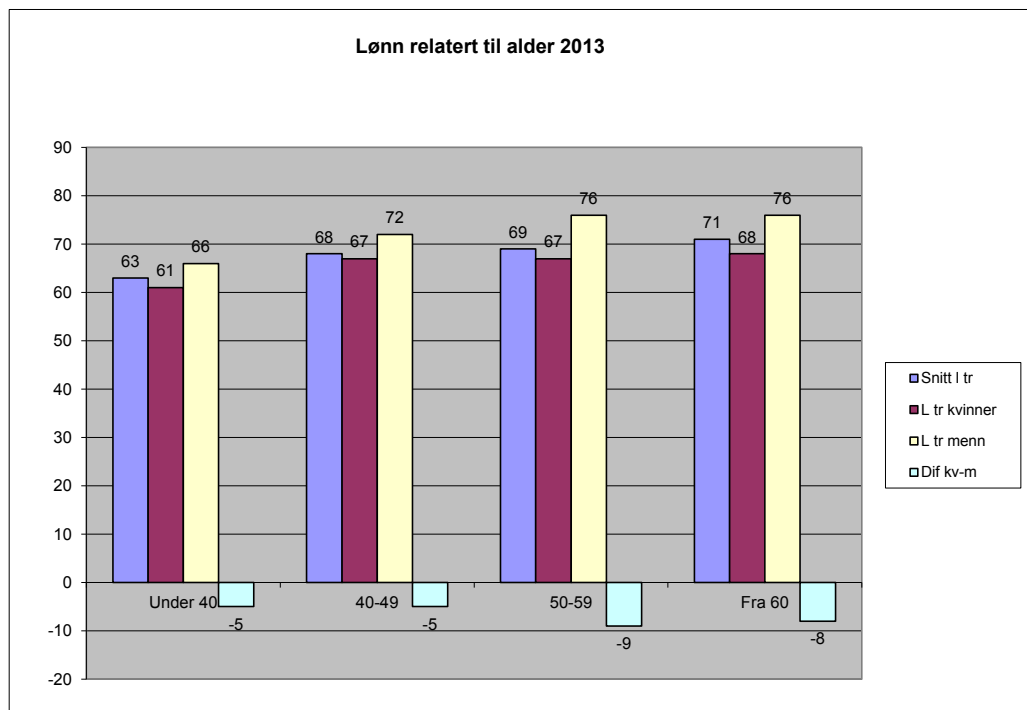




	Antall	Kvinner	Menn	Kvinneandel
Deltidsansatte	59	43	16	73
Under rådgivernivå	63	55	8	87
Rådgiver	202	153	49	76
Seniorrådgiver	515	315	200	61
Spesst/proled/sekled/pobo	57	31	26	54
Ass/Div/Avd dir	51	29	22	57

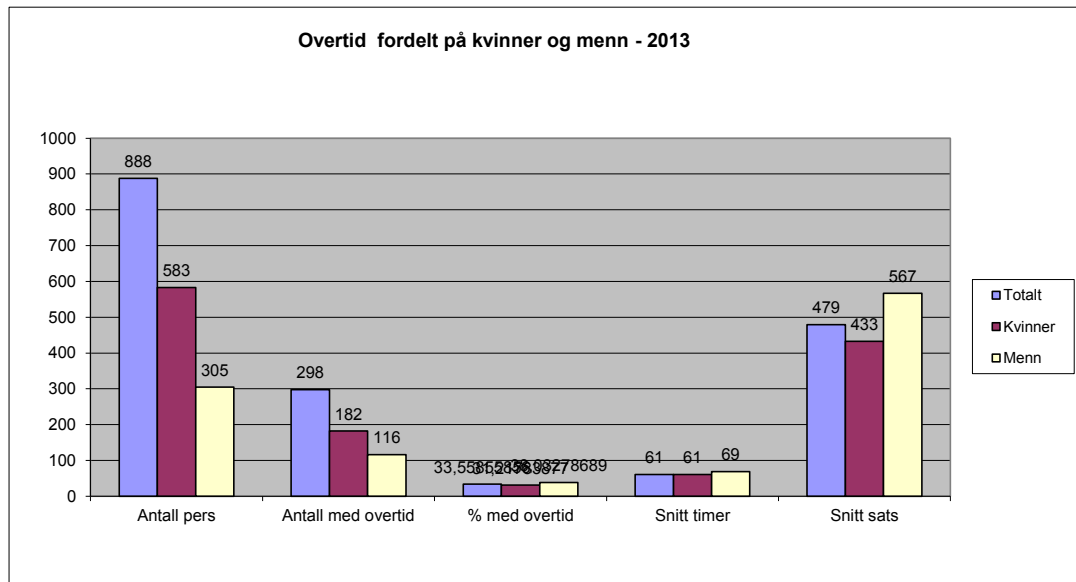
### Kjønnsfordeling og kvinneandel pr stillingsgruppe - 2005 til 2013





Gjennomsnittsalder i Helsedir er 45,5 år, og gjennomsnittlig lønnstrinn er 67.

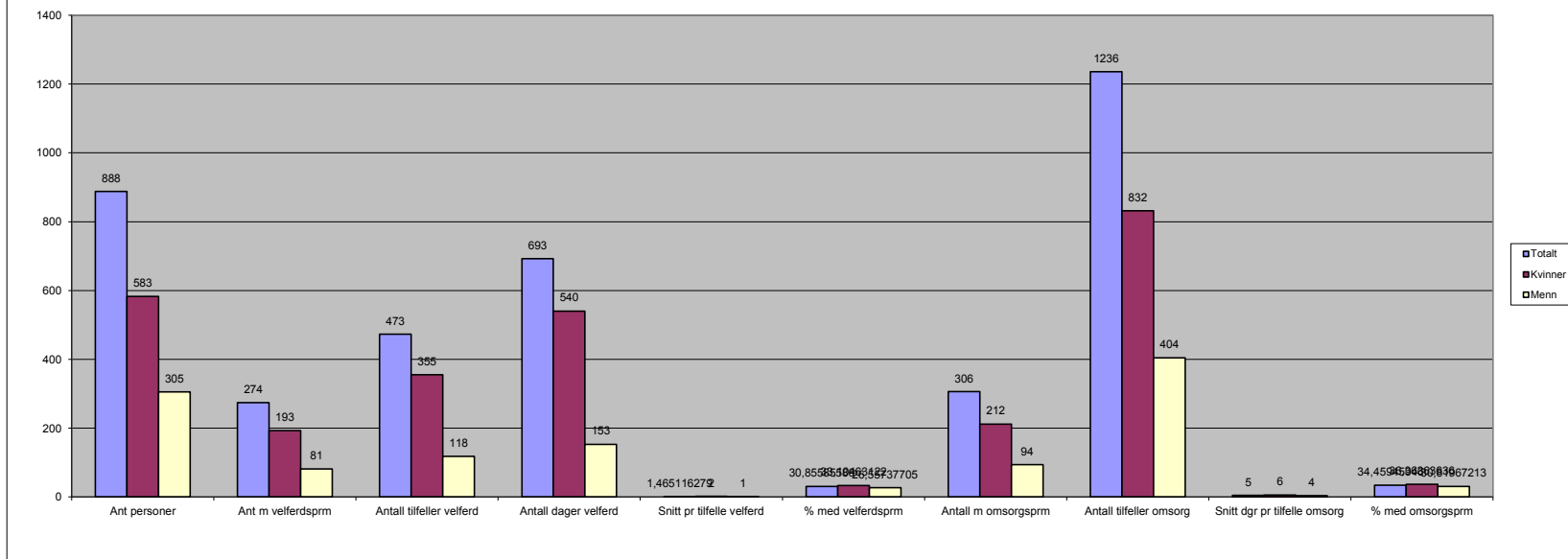
Alder/lønnstrinn	Snitt l tr	L tr kvinner	L tr menn	Dif kv-m
<b>Under 40</b>	63	61	66	-5
<b>40-49</b>	68	67	72	-5
<b>50-59</b>	69	67	76	-9
<b>Fra 60</b>	71	68	76	-8



Overtid	Antall pers	Antall med overtid	% med overtid	Snitt timer	Snitt sats
Totalt	888	298	34	61	479
Kvinner	583	182	31	61	433
Menn	305	116	38	69	567



Velferds- og omsorgsperm med lønn 2013



Velferds- og omsorgspermisjon med lønn	Ant personer	Ant m velferdsprm	Antall tilfeller velferd	Antall dager velferd	Snitt pr tilfelle velferd	% med velferdsprm	Antall m omsorgsprm	Antall tilfeller omsorg	Snitt dgr pr tilfelle omsorg	% med omsorgsprm
Totalt	888	274	473	693	1	31	306	1236	5	34
Kvinner	583	193	355	540	2	33	212	832	6	36
Menn	305	81	118	153	1	27	94	404	4	31