

HelseDirektoratets årsrapport 2022

Først publisert: 28.04.2023

Sist faglig oppdatert: 28.04.2023



Innhold

1. Leders beretning	3
2. Introduksjon til virksomheten og hovedtall	10
3. Årets resultater og aktiviteter	19
4. Styring og kontroll i virksomheten	78
5. Vurdering av framtidssikter	84
6. Årsregnskap	86
7. Etatstyrers vurdering av underliggende etater .	112

Leders beretning

Året 2022 ble det tredje år på rad som var sterkt preget av krisehåndtering og helseberedskap. Koronavarianten omikron, som var betydelig mer smittsom enn tidligere varianter, viste seg å gi noe mindre alvorlig sykdom enn tidligere varianter, og vaksinene var effektive. Derfor fikk vi tidlig i året mulighet til å normalisere det meste av samfunnsdriften. Pandemien er der fremdeles, men våre oppgaver dreide seg mer i retning av å overvåke, vurdere belastningen for pasienter og helsetjenesten og forstå situasjonen. Og å kunne fylle vårt samfunnsoppdrag med de hovedaktiviteter som inngår i oppdraget.

Helsedirektoratet bidrar til at den nasjonale helseberedskapen er robust, samordnet og effektiv ved kriser og katastrofer

Russlands invasjon i Ukraina har medført at all beredskapstenkning i samfunnet har fått større oppmerksomhet. Helsedirektoratet har deltatt i det tverrsektorielle totalforsvarssamarbeidet, som er ledet av Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap og Forsvaret. Å beskytte befolkningens helse og å sikre en velfungerende helsetjeneste i hele krisespekteret er en viktig del av totalforsvaret, og avgjørende for opplevelse av trygghet og tillit. Sammen med helsetjenesten har vi bistått i regjeringens hjelpearbeid for Ukraina, med transport og behandling av syke og skadde, leveranser av utstyr og medisiner og deltatt i den felles europeiske koordineringen. Vi har deltatt i arbeidet ledet av Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet, slik at vi er best mulig rustet ved eventuelle atomhendelser gjennom godt samvirke på tvers av sektorer og geografi.

I evalueringsarbeidet etter pandemien er det blitt tydelig at det norske helseberedskapsarbeidet er helt avhengig av en god europeisk samordning. Norge og Helse- og omsorgsdepartementet har derfor engasjert seg i den nye europeiske helsesatsingen (EU4Health) som ble lansert av EU i 2021. Helsedirektoratet har ansvaret for det nasjonale sekretariatet som støtter og koordinerer de norske bidragene i helsesatsingen.

I hele Europa, Norge inkludert, var det også i 2022 tydelig at pandemien påførte helsetjenesten betydelige belastninger, og mange helsearbeidere ga uttrykk for at de var slitne. I motsetning til de fleste land i Europa, har Norge gjennom pandemien klart å opprettholde god kapasitet til å behandle de fleste pasientgrupper, og eventuelle etterslep ble i stor grad håndtert gjennom 2022. Tilgangen på kvalifisert helsepersonell oppleves imidlertid mange steder vesentlig dårligere enn før pandemien, ikke minst i fastlegeordningen og omsorgstjenestene.

Men også spesialisthelsetjenesten gir uttrykk for økende personellmangel. Spesialisthelsetjenesten i Norge, og særlig i Helse Nord, har vært avhengig av avtaler med helsepersonell som er bosatt i utlandet. Tilgangen på utenlandsk helsepersonell er mindre etter pandemien. I tillegg har et økende antall helsepersonell valgt å arbeide gjennom vikarbyråer. De demografiske endringene med stadig flere eldre og økte omsorgsbehov påvirker også situasjonen. I 2022 ble knapphet på helsepersonell en tydeligere utfordring for helsesektoren. Denne utfordringen vil trolig øke i årene som kommer.

Hele organisasjonen har medvirket i arbeidet med å følge opp pandemien, krigen i Ukraina og den påfølgende skjerpede sikkerhetspolitiske situasjonen.. Dette er gjort med et bredt samarbeid innen helsetjenesten og tverrsektorielt med både offentlige myndigheter og etater, privat sektor, frivillige organisasjoner samt bruker- og pårørendeorganisasjoner.

Arbeidet med å lære av pandemihåndteringen har hatt stor oppmerksomhet i 2022, dels gjennom koronakommisjonsarbeidet, men også i form av interne evalueringer hos oss og våre samarbeidspartnere. Oppsummeringene inngår som underlag i departementets arbeid med helseberedskapsmeldingen, som kommer i 2023, og i Helsedirektoratets løpende arbeid for å styrke den nasjonale helseberedskapen.

Krigen i Ukraina og den skjerpede sikkerhetspolitiske situasjonen medført behov for å mobilisere og omstille kapasiteter. Dette skal understøtte behovet for helsetjenester til ankommende flyktninger fra Ukraina og medisinsk evakuering og behandling av syke og sårede fra Ukraina gjennom et tett og godt nasjonalt og internasjonalt samarbeid.

Helsedirektoratet har sammen med sektoren og Forsvarets sanitet, løftet frem betydningen av at den nasjonale helseberedskapen er i stand til å ivareta hele krisespektret. I dette arbeidet inngår et bredt sivil-militært samarbeid om helseberedskap – både nasjonalt, nordisk og i NATO – gjennom å utvikle planer og beredskapstiltak og øve på krevende skade- og katastrofescenarier.

Helsedirektoratet har sammen med sektoren bidratt til at Norge har kunnet stille med kompetanse og ressurser internasjonalt. Det medisinske temaet NOR-EMT vil som følge av dette bli videreført som en permanent internasjonal kapasitet. Norge er også valgt til å drive EUs ambulansefly for pasienter med høyrisikosmitte. Samtidig bidrar norske eksperter strategisk og faglig i både WHO- og NATO-samarbeidet.

Helsedirektoratet gir råd om kosthold, fysisk aktivitet, psykisk helse og rusmidler

Gjennom 2022 er det blitt enda tydeligere at satsing på folkehelsearbeid er avgjørende. Vi så under pandemien hvordan god folkehelse bidro til større motstandsdyktighet, og hvordan en friskere befolkning kan gi mindre sosial ulikhet i helse, bedre liv og bidra til at nødvendige omstillinger blir mindre smertefulle. Kommunenes mulighet til å drive godt lokalt folkehelsearbeid er avgjørende. Vi har gitt våre anbefalinger til folkehelsemeldingen som kommer i 2023.

Helsedirektoratet fortsatte i 2022 arbeidet for å bidra til sunnere levevaner, i det første "normalåret" etter pandemien.

Helsedirektoratet satser planmessig på kommunikasjon, inkludert kampanjer som prioriterte virkemidler for at befolkningen skal opprettholde en høy bevissthet om og tillit til direktoratets råd, tjenester og verktøy. Tilliten til Helsedirektoratets råd er høy og fortsetter å stige, også etter pandemien.

Direktoratet videreutviklet et digitalt verktøy om amming og spedbarnsmat på flere språk og har utviklet en ny versjon av Kostholdsplanleggeren.

I fjor lanserte vi oppdaterte råd om fysisk aktivitet. All fysisk aktivitet teller og gir helsegevinst, også den med lav intensitet og kort varighet. Barn under to år frarådes skjermbruk. Voksne og eldre bør kompensere med ekstra fysisk aktivitet når de ellers sitter mye stille. Helsedirektoratet reviderer rådene om individuelt tilpasset fysisk aktivitet ved ulike tilstander og diagnoser.

I oppfølgingen av nasjonal alkoholstrategi 2021–2025 er tre tiltak levert:

- forslag til forskrift om utmåling av overtredelsesgebyr
- delleveranse om forslag om innføring av advarselsmerking
- samarbeid med partene i arbeidslivet som munnet ut i en kampanje

Det er gjennomført et større tilsyn med alkoholbransjen, og informasjonskampanjen om cannabis og helse (weedensenteret.no) ble videreført i 2022.

For å hindre rekruttering av unge til tobakks- og nikotinbruk fører direktoratet blant annet tilsyn for å begrense reklame og salg av ulovlige produkter. I tillegg til nasjonale kampanjer, er det gjennomført et vellykket pilotprosjekt ved frisklivssentralene i Vestre Viken med bruk av gratis legemidler og veiledning.

Gjennom kampanjen "Snakk om selvmordstanker – det kan redde liv" og bedre informasjon på helsenorge.no, bidrar Helsedirektoratet til økt åpenhet og trygg kommunikasjon om selvmord.

Helsedirektoratet lanserte i 2022 satsingen "LEV" som favner områdene kosthold, alkohol, tobakk, fysisk aktivitet og psykisk helse. Målet er å tilby råd og verktøy for å ta gode helsevalg, senke terskelen for å komme i gang og gi hjelp og motivasjon til å gjennomføre endringer. Rådene og verktøyene skal fungere godt også for dem med lav helsekompetanse og svake digitale ferdigheter.

Utvalget av gode digitale verktøy økte i 2022, særlig innenfor psykisk helse. Den psykiske helseappen Tankevirus og røykesluttappen Slutta benyttes i stort omfang.

Helsedirektoratet bidrar til å redusere helseforskjeller ved å samarbeide med helsesektoren og andre sektorer

Fordelingsperspektivet er gjennomgående i Helsedirektoratets innspill til ny folkehelsestrategi. Fra University College London har vi innhentet en større gjennomgang av den norske politikken for å redusere sosial ulikhet i helse. Implementeringen av Strategi for å heve helsekompetansen i befolkningen (2019-2023) er for tiden en viktig plattform for å redusere helseforskjeller. Mange rapporterer om problemer med å finne, forstå, vurdere og anvende helseinformasjon, og vi jobber for å innarbeide helsekompetanse-perspektivet på flere områder.

DigiUng ledes av Helsedirektoratet i samarbeid med Barne-, ungdoms- og Norsk helsenett, KS Digitaliseringsdirektoratet, helse Bergen og Oslo kommune. Programmet jobber for å samle offentlige tjenester og informasjon for ungdom på ett sted.

Innenfor området arbeid og helse samarbeider Helsedirektoratet med NAV for å bedre tilbudet til den enkelte bruker. Vi arbeider blant annet med arbeidsdeltakelse som en viktig faktor for utjevning av sosial ulikhet i helse, ser på arbeidsmedisinske forhold i folkehelsearbeidet og arbeidsrettet rehabilitering som en del av tjenestetilbudet i helse- og omsorgstjenesten.

Livshendelsen alvorlig sykt barn er et samarbeid mellom Helsedirektoratet, Direktoratet for e-helse, Utdanningsdirektørene, Statped, Nav, KS og Flekkefjord kommune. Det er gjennomført et StimuLab-prosjekt som identifiserte 10 ulike innsikter som det var mulig å gå videre med.

Barn og unge var spesielt utsatte under pandemien, og barn og unge opplever store endringer, ikke minst på grunn av teknologi og sosiale medier. Det er viktig å forstå utviklingen, og hvordan den påvirker helsesituasjonen og mestringsmulighetene. Spørreundersøkelser antyder en betydelig økning av depressive symptomer blant unge. Helsedirektoratet jobber derfor tett med våre samarbeidspartnere i andre sektorer for å sikre felles forståelse og samordning av virkemiddelbruk. Eksempler på dette er lavterskeltilbud i kommunene, Digi-Ung og rammeverket for familier med alvorlig syke barn.

Sammen med helsepersonell og brukere utvikler Helsedirektoratet tjenestene

Helsedirektoratet har gjennom 2022 jobbet med å videreutvikle metodisk tilnærming til involvering, og jobber systematisk med brukermedvirkning i et eget senter. I prosessene legger prosjektmetodikken opp til å involvere brukere, helsepersonell og beslutningstakere, både som innleide fagmedarbeidere og deltakere i prosjektgrupper og referansegrupper.

I tillegg til involveringen, holder vi jevnlig kontakt på ledelsesnivå med flere aktører i sektoren, både pasientorganisasjoner, fagforeninger og ulike grupperinger av beslutningstakere. Målsetningen er å diskutere vår aktivitet også på et strategisk nivå. Gjennom pandemien høstet vi spesielt gode erfaringer med å samarbeide systematisk med representanter fra statsforvalterne, helseforetakene og kommunene. Slike samarbeid er videreført også etter pandemien.

De pårørende har i økende grad blitt anerkjent som en egen og viktig brukerstemme. I 2022 gjennomførte vi på nytt pårørendeundersøkelsen blant unge pårørende i alder 16-25 år. Resultatene vil offentliggjøres i 2023.

Helsedirektoratet bidrar til at pasientene får oppfylt sine rettigheter og påvirket behandling og tjenestetilbud

Helsedirektoratet jobber langs flere akser for å bidra til at brukerne får innfridd rettighetene sine. Gjennom helserefusjoner vil både pasienter og helsetjenesteleverandører sikres økonomiske oppgjør de har krav på. Helfo sørger for refusjoner i tråd med rettighetene. I 2022 har vi publisert flere veiledere og rundskriv til forskrifter, for å tydeliggjøre brukernes rettigheter og krav til helsetjenestene.

Gjennom 2022 har Helsedirektoratet bidratt til å forenkle tilgangen til informasjon og mer effektiv dialog med helsemyndighetene og helsetjenestene. Målet er at flere får innfridd sine rettigheter raskt og riktig.

- Det er utviklet en tverrsektoriell veileder i samarbeid mellom fire direktorat. Veilederen skal bidra til at lovgivning og regelverk blir likt forstått og brukt på tvers av sektorene.
- Elektronisk medisineringsstøtte er et av de velferdsteknologiske verktøyene som har hatt størst vekst de siste fire årene. Det er likevel fortsatt et stort potensial for økt bruk i kommunene.

Helfo arbeider med å utvikle sine tjenester for å sikre økt automatisering og brukerorientering.

Brukermedvirkning har også vært sentralt når de nasjonale pasientforløpene har blitt revidert og forenklet i 2022.

Ny nasjonal faglig retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering (LAR) ble publisert i mai 2022. Det er lagt særlig vekt på økt brukermedvirkning, økt grad av individuelle vurderinger og flere legemidler i LAR. Retningslinjen tydeliggjør ansvarsdelingen mellom kommune og spesialisthelsetjeneste, og anbefaler et tettere samarbeid om pasienter i LAR.

Helsedirektoratet forvalter og videreutvikler finansieringsordningene for helsetjenestene

Helsedirektoratet samarbeider tett med sektoren for å utvikle innsatsstyrt finansiering (ISF) og de øvrige aktivitetsbaserte finansieringsordningene for spesialisthelsetjenesten. Videreutviklingen er i tråd med Nasjonal helse- og sykehusplan (NHSP) og legger særlig stor vekt på å sammenhengende tjenester for pasienten, samhandlingstiltak og digitale tjenester.

Innen helserefusjonsområdet har direktoratet forvaltnings- og utviklingsansvar for finansieringsordninger, IKT-systemer og regelverk. Vi har hatt særlig oppmerksomhet på fastlegeområdet, delen av tannhelseområdet som dekkes av folketrygden og deler av laboratorieområdet. Det har også i 2022 vært utviklingsarbeid knyttet til pandemien.

Tilskudd fra Helsedirektoratet har stor betydning for kommunene og frivilligheten innen helse. Alle landets kommuner mottok tilskudd i 2022, og samlet fikk kommunesektoren tildelt 14 milliarder kroner. Av dette beløpet ble vel 1 milliard tildelt via statsforvalterne, som med sin kommunekunnskap kan fordele tilskudd ut fra lokale behov. Over 300 frivillige organisasjoner fikk tildelt 1,5 milliarder kroner.

Helsedirektoratet har, med ett unntak, siden 2019 gjennomført årlig stedlig kontroll med utvalgte kommuner. I 2022 trappet vi opp kontrollaktiviteten og besøkte i tillegg enkelte frivillige organisasjoner. Internt har vi jobbet med risikovurdering av ordninger, utvikling av rutiner og tiltak for opplæring og veiledning. I 2022 har det vært økende oppmerksomhet fra pressen rettet mot direktoratets forvaltning og kontroll av tilskuddsmidlene.

Gjennom tilskuddsordningen knyttet til koronapandemien har sentrale helsemyndigheter fått nyttig kunnskap om hvordan aktørene ved hjelp av tilskuddsmidler raskt kan mobilisere når helsekriser oppstår.

Regjeringen har startet et arbeid med å redusere antall navngitte tilskuddsmottagere i statsbudsjettet. I Prp. 1S (2022-2023) lå det forslag til avvikling av en rekke av de øremerkede tilskuddene og innlemmelse i de søknadsbaserte ordningene. Hensikten er at konkurranse om tilskuddsmidlene skal identifisere de beste tiltakene, og derigjennom sikre bedre måloppnåelse og effekt.

Helsedirektoratet bidrar til å sikre at pasienter møter helsepersonell som har riktig utdanning og kompetanse

Behovet for helsepersonell vil øke i årene som kommer som følge av demografiutviklingen med økt antall eldre og økt etterspørsel etter tjenester.

Helsedirektoratet bidrar til å sikre og bedre tilgangen på helsepersonell med riktige kvalifikasjoner og kompetanse. Kvalitet og ivaretagelse av pasientsikkerhet i helse- og omsorgssektoren er avhengig av kompetent helsepersonell i tilstrekkelig omfang. Vi må utnytte helsepersonellet bedre, bl.a. gjennom mer bruk av heltidsstillinger, redusere turnover, omfordeling av oppgaver og økt digitalisering i tjenestene.

Antall søknader om godkjenning av helsepersonell øker i forhold til tidligere år. I 2022 mottok vi 28 920 saker knyttet til søknader om autorisasjon og lisens. Det ble innvilget 19 385 autorisasjoner og 3 255 lisenser. Med virkning fra 1. januar 2022 ble naprapater, osteopater og paramedisinere innlemmet i autorisasjonsordningen. Helsedirektoratet har i 2022 innvilget 931 autorisasjoner fra disse gruppene.

Vi mottok 2068 søknader og godkjente 1664 nye spesialister i 2022, en økning på ca. 20 % fra året før. Spesialistgodkjenning av kliniske allmennsykepleiere er den første sykepleiergruppen som har fått offentlig spesialistgodkjenning. Hittil har 96 sykepleiere fått denne spesialistgodkjenningen.

Helsedirektoratet har i 2022 arbeidet med å konsolidere porteføljen i Kompetanseløft 2025, og foreslått en helhetlig revidering av porteføljen. I den forbindelse har vi fått gjennomslag for forslag om styrking av regional ressurs hos statsforvalterne, for å jobbe tettere på kommunene med støtte og veiledning for å beholde og rekruttere helse- og sosialfaglig personell.

Arbeidet med oppgavedeling og ledelseskompetanse for å gjennomføre nødvendige endringstiltak er videreført gjennom bl.a. Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten, Tørnprosjektet og Jobbvinnerprosjektet. Dette er tre av seks pågående tiltak som er lagt inn i regjeringens Opptappingsplan for heltid og god bemanning.

Helsedirektoratet følger med på helseutviklingen og foreslår tiltak som skal gi folk bedre helse

Helsedirektoratet skal levere analyser av høy kvalitet, som forutsetning for å fatte gode beslutninger og utvikle effektive tiltak. Det strategiske utviklingsområdet Med gode analyser styrker vi vår evne til å beskrive utviklingstrekk og konsekvensene de har for helsesystemet, og til god formidling av kunnskap og statistikk. Direktoratet gjennomførte i 2022 en intern analyse av styrker og utfordringer i følge med-arbeidet.

I 2022 har Helsedirektoratet gitt månedlige beskrivelser av status og utvikling i allmennlegetjenesten, og fulgt tett med på effekten av iverksatte tiltak i Handlingsplanen for allmennlegetjenesten. Flere av tiltakene er ferdig utredet og gjennomført eller nærmer seg iverksetting.

Det er satt i gang en rekke tiltak for å utvikle og tilgjengeliggjøre kunnskap om kvalitet i tjenestene, heriblant forbedring av statistikk og nye nasjonale kvalitetsindikatorer. Gjennom oppfølgingen av handlingsplanen, er arbeidet med å få fram relevant statistikk og kvalitetsindikatorer for allmennlegetjenesten styrket. Helsedirektoratets analyser har gitt viktige analysebidrag til ekspertutvalgets gjennomgang av situasjonen i allmennlegetjenesten.

I 2022 har Helsedirektoratet levert analyser som sammenstiller utviklingen i befolkningens bruk av helse- og omsorgstjenester med den demografiske befolkningsutviklingen for femårsperioden, og beskrevet kostnadsutviklingen i spesialisthelsetjenesten nasjonalt og regionalt. Kostnadsveksten i spesialisthelsetjenesten var sterkere i 2020 og 2021 enn i årene før pandemien.

Analysene av psykisk helsevern viser økning i pasienter, aktivitet og kostnader i 2021. Dette gjaldt både tjenestene for voksne og tjenestene for barn unge, men veksten var sterkest for barn og unge. Korrigert for befolkningsutviklingen var det 15,6 prosent flere barn og unge i alderen 0-17 år i det psykiske helsevernet i 2021 enn i 2019.

I 2022 har Helsedirektoratet levert styringsinformasjon til helsefelleskapene på barn og unge med omfattende og/eller langvarige behov for helse- og omsorgstjenester, samt for personer med alvorlige psykiske lidelser. Formålet med styringsinformasjonen, er å legge grunnlag for en god og likeverdig dialog i helsefelleskapene. Helsefelleskapene involverer helse- og omsorgstjenester på alle nivå og mange ulike aktører, og det er lagt vekt på å utvikle informasjon om tjenester på tvers av forvaltningsnivåene.

Ett samordnet, effektivt og brukerorientert direktorat

Det jobbes intenst med å utvikle og implementere teknologi som gjør at helsetjenesten kan levere sikrere, bedre og mer effektive helsetjenester i hele landet. Det gjelder ikke minst velferds- og avstandsteknologi, kunstig intelligens og persontilpasset medisin. Alle disse områdene fordrer et bredt samarbeid innad i helsetjenesten og mellom helsesektoren og andre offentlige og private aktører. Helsedirektoratets myndighetsroller ivaretas i stort gjennom å utrede helserettslige og etiske problemstillinger, og gjennom koordinering i ulike samarbeidsfora. Vi samarbeider tett med Direktoratet for e-helse om myndighetsrollene på IKT-området.

I tråd med endringsmålene til direktoratet om å bli enda mer samordnet, effektivt og brukerorientert har vi jobbet videre med våre fire strategiske utviklingsområder Brukeren først, Digitalt førstevalg, Gode analyser og Effekt helt ut. I 2022 har det vært lagt spesielt vekt på kompetanseutvikling og framtidig kompetansebehov i vår kompetansestrategi. Det er jobbet med å utarbeide nasjonale faglige råd for bruker- og pårørendemedvirkning innen rus og psykisk helse for å styrke brukermedvirkning i helse og omsorgstjenestene.

Helsedirektoratets plan for digitalisering har vært lagt til grunn for digitalisering av direktoratets tjenesteområder. Vi har jobbet med å effektivisere direktoratets arbeidsprosesser og samhandling gjennom bl.a. innføring av verktøy som Microsoft365 og lansering av ny søknadsportal for flere av tilskuddsordningene.

Bjørn Guldvog

Helsedirektør

Introduksjon til virksomheten og hovedtall

Omtale av virksomhet og samfunnsoppdrag

Helsedirektoratets samfunnsoppdrag er å bidra til at flere har god helse, at helseforskjellene blir mindre mellom folk og at flere får god og sikker behandling. Direktoratet skal også understøtte at pasienter og brukere møter en samordnet tjeneste.

Helsedirektoratet er som fagdirektorat og myndighetsorgan underlagt Helse- og omsorgsdepartementet. Helsedirektoratet utfører oppgaver innen tre ulike roller:

- Faglig rådgiver: Helsedirektoratet er fagorgan innen folkehelse-, levekårs- og helse- og omsorgstjenesteområdet. Direktoratet skal være en pådriver for kunnskapsbasert arbeid, og sammenstille kunnskap og erfaring i faglige spørsmål og opptre nasjonalt faglig normerende.
- Forvaltningsrollen: Helsedirektoratet har en rekke forvaltningsoppgaver etter delegering fra Helse- og omsorgsdepartementet, herunder myndighet til å anvende og fortolke lov og regelverk innenfor folkehelse og helse- og omsorgssektoren.
- Iverksetter av vedtatt politikk: Helsedirektoratet skal sikre at vedtatt politikk settes i verk innen helse- og omsorgsområdet i tråd med føringene som departementet gir.

Videre skal direktoratet tilrettelegge for økt samfunnssikkerhet og beredskap og har et særskilt ansvar for koordinering av nasjonal helseberedskap.

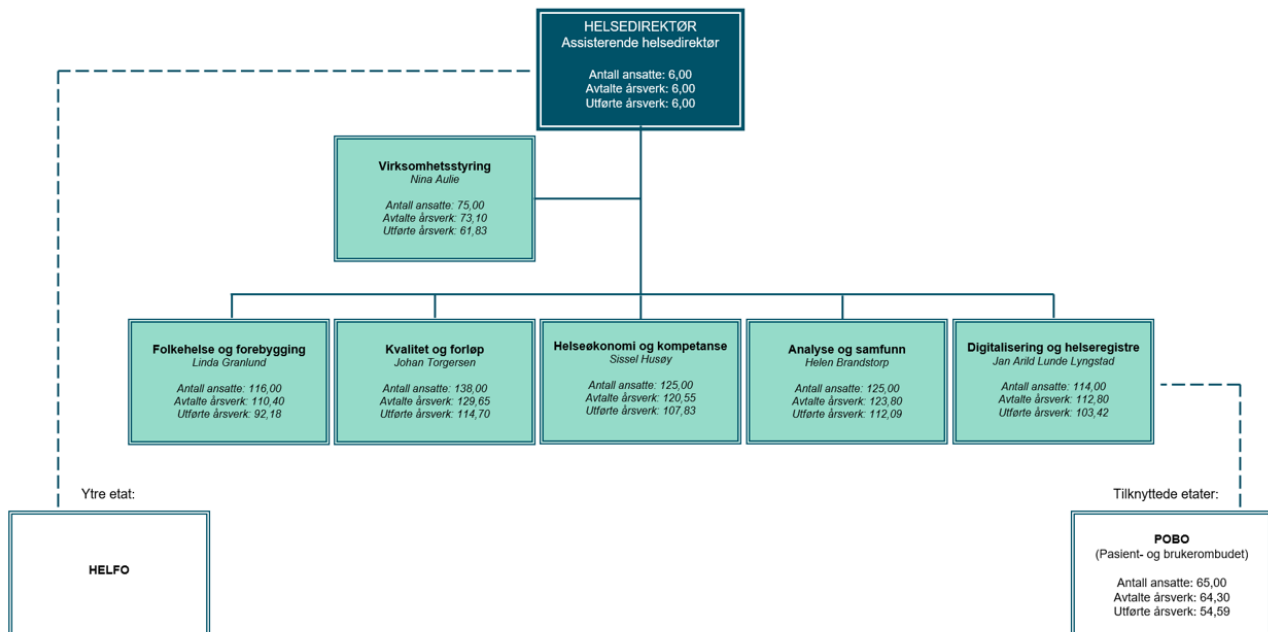
Helsedirektoratets målgrupper er mange og ulike. De viktigste er befolkningen (de som trenger informasjon om helse, rettigheter og helse- og omsorgstjenester) og de som jobber med helse og omsorg (f. eks: Helse- og omsorgsdepartementet, de regionale helseforetakene, Statsforvalter, kommuneledelse og ansatte i helse- og omsorgstjenesten).

Helsedirektoratet samarbeider også godt med andre sektorer som påvirker helse, for eksempel samferdselssektoren, utdanningssektoren og miljøsektoren. Samarbeid med andre statlige myndigheter som Folkehelseinstituttet (FHI), Direktoratet for sivilt beredskap, Mattilsynet og Legemiddelverket er viktig, slik at råd og tiltak vi foreslår er kunnskapsbasert og godt koordinert med andre aktører.

Omtale av organisasjonen

Helsedirektoratet ble i 2022 ledet av helsedirektør Bjørn Guldvog og de to assisterende direktørene Olav Valen Slåttebrekk og Espen Rostrup Nakstad.

Helsedirektoratet er organisert i seks divisjoner hver med en divisjonsdirektør som rapporterer til ledelsen. Figur 2-1 Helsedirektoratets organisasjonskart framstiller organiseringen.



Figur 2 1 HelseDirektoratets organisasjonskart. [Se større versjon](#)

Ved utgangen av året besto HelseDirektoratet av 593 faste og 106 midlertidige stillinger. I den midlertidige bemanningen inngår det 69 ordinære midlertidige, 15 timelønnede, ni vikarer, syv på pensjonistavlønning, fem lærlinger og ett åremål. De faste og midlertidige stillingene tilsvarer 676,3 avtalte årsverk og 598,1 utførte årsverk.

HelseDirektoratet er lokalisert med arbeidssted i Oslo (Vitaminveien 4), Trondheim (Holtermanns veg 70). Et aldersvennlig Norge som er organisert som en seksjon i HelseDirektoratet er lokalisert i Ålesund (Ystenesgata 6 B).

Ved utgangen av året besto Pasient- og brukerombudet (POBO) av 62 faste ansatte og tre midlertidig ansatte. I den midlertidige bemanningen inngår det ordinær midlertidig og to vikarer. Dette tilsvarer 64,3 avtalte årsverk og 54,6 utførte årsverk. Pasient- og brukerombudet er selvstendig og uavhengig, men ordningen er administrativt knyttet til HelseDirektoratet og er en del av direktoratets juridiske organisasjon.

HelseDirektoratet inklusiv POBO utgjør 764 ansatte, 740,6 avtalte årsverk og 652,7 utførte årsverk.

Helseøkonomiforvaltningen (Helfo) er en del av HelseDirektoratet, men defineres som ytre etat og vi henviser derfor til deres egen årsrapport

Arbeidsmiljø

Som resultat av en intern prosess hvor vernetjenesten, tillitsvalgte og ledelsen deltok ble det fastsatt et nytt overordnet HMS-mål for direktoratet våren 2022. Vårt felles mål er at HelseDirektoratet skal være en trygg, åpen og involverende arbeidsplass preget av arbeidsglede, mestring og utvikling for både ledere og medarbeidere. Målet skal være en rettesnor for hvordan vi samarbeider, organiserer arbeidet vårt og hvordan vi ønsker at det skal være å jobbe i HelseDirektoratet. Det ble gjennomført en overordnet risikovurdering hvor representanter fra de tillitsvalgte, vernetjenesten, bedriftshelsetjenesten, ledelsen og HR deltok. Gjennom risikoanalysen så vi at de viktigste forutsetningene for å nå målet er at ansatte opplever at de har riktig kompetanse, opplevelsen av å få benyttet kompetansen og at arbeidsbelastningen ikke er for høy for enkeltansatte over tid.

Helsedirektoratet inngikk 1. februar 2022 avtale med Aktimed Helse om bedriftshelsetjenester (BHT), og Aktimed Helse som senere fusjonerte med Falck Helse har vært en aktiv bidragsyter i direktoratets HMS-arbeid i 2022. Vernetjenesten har i samarbeid med arbeidsgiver vært aktivt involvert i direktoratets HMS-arbeid.

Vi gjennomfører jevnlig medarbeiderundersøkelser og vernerunder, som både er et utgangspunkt for å utarbeide mål og tiltak på divisjons- og avdelingsnivå samt en metode for å måle om vi oppfyller direktoratets overordnede mål. Vi gjennomførte i 2022 medarbeiderundersøkelsen 10-faktor. Resultatet av undersøkelsen vurderes som godt og den underbygger risikovurderingen knyttet til ansattes ønske om relevant kompetanseutvikling. Helsedirektoratet vedtok en felles kompetansestrategi medio desember 2022 som vil bli implementert fra og med 2023.

Vårt mål for 2022 var at sykefraværet ikke skulle overstige 4,2 prosent. Det totale sykefraværet (egenmeldt og legemeldt) var 5,73 % i 2022 som er en økning fra henholdsvis 2021 og 2020 hvor sykefraværet var på 3,84 % og 3,58 %. Sykefraværet har variert gjennom året og vi ser at det til en viss grad har vært en sammenheng med økning av koronasmitte og andre luftveisinfeksjoner. HR og BHT bidrar inn der det er hensiktsmessig for å forebygge sykefravær. Dette gjennom blant annet råd og veiledning, deltakelse i dialogmøter og andre hensiktsmessige tiltak til ledere og ansatte.

Covid-19-pandemien har preget arbeidsmengden i Helsedirektoratet de siste par årene. Arbeidstilsynet gjennomførte et tilsyn i 2021 som ble fulgt opp med tiltak. Sammen med vernetjenesten og de tillitsvalgte har vi også i året som har gått hatt oppmerksomhet på arbeidstid og bruk av overtid. I 2022 ser vi at det er en betydelig nedgang antall overtidstimer i forhold til både 2021, 2020 og 2019. Vi ser også at en endring av avregningstidspunktet for fleksitiden til 31. august gjør at det er lettere for ansatte å avspasere plusstid.

Redegjørelse om likestilling og ivaretagelse av aktivitetsplikt

Helsedirektoratet har en aktivitets- og redegjøringsplikt både som arbeidsgiver og offentlig myndighet.

Kjønnsbalanse

Helsedirektoratet besto ved utgangen av året med 699 faste og midlertidige ansatte. Kjønnsfordelingen var 67 % og 33 % menn. I ledende stillinger var kvinneandelen 47 % og menn 53 %. Pasient og brukerombudet hadde totalt 65 faste og midlertidige ansatte. Kjønnsfordelingen var på 18,5 % menn og 81,5 % kvinner.

Helsedirektoratet har tatt ut oversikt over alle medarbeidere som har hatt hel eller delvis foreldrepermisjon i løpet av 2022:

Gjennomsnittlig antall uker foreldrepermisjon for menn i 2022 er 10 uker.

Gjennomsnittlig antall uker foreldrepermisjon for kvinner i 2022 er 15 uker.

Arbeid med likelønn

Gjennomsnittlig årslønn ved utgangen av året var kr 777 200. For kvinner utgjorde gjennomsnittslønnen kr. 760 900. og for menn kr. 817 700. Topplederlønnene er holdt utenfor beregningen av dette gjennomsnittet. Kjønnsfordeling og lønn på ulike stillingsnivåer/grupper er gjengitt i Tabell 2-1 Lønnsversikt Helsedirektoratet og Tabell 2-2 Lønnsversikt POBO. I disse tallene har vi tatt ut timelønnede, lærlinger og medarbeidere på pensjonistlønn

Tabell 2-1 Lønnsoversikt Helsedirektoratet

Stillingsgruppe	Gjennomsnittlig lønn menn	Gjennomsnittlig lønn kvinner	Årslønn % (Kvinner/menn)	Antall kvinner	Antall menn
9106 Direktør	1 845 000	-	-	-	1
1061 Assisterende direktør	1 502 576	-	-	-	2
1062 Direktør	1 291 900	1 336 800	103,5 %	4	3
1538 Fagdirektør		1 168 100	-	3	-
1060 Avdelingsdirektør	1 146 300	1 141 900	99,6	15	14
1113 Prosjektleder	1 029 300	934 600	90,7 %	22	7
1220 Spesialrådgiver	956 500	992 500	101,3 %	3	3
1211 Seksjonssjef	985 200	998 000	101,1 %	2	4
1364 Seniorrådgiver	808 100	780 500	96,5 %	335	149
1434 Rådgiver	606 700	608 600	100,3 %	83	19
1408 Førstekonsulent	485 800	501 600	103,2 %	3	1

Tabell 2-2 Lønnsoversikt POBO

Stillingsgruppe	Gjennomsnittlig lønn menn	Gjennomsnittlig lønn kvinner	Årslønn % (Kvinner/menn)	Antall kvinner	Antall menn
1060 Avdelingsdirektør	1 132 982	-	-	-	1
1553 Pasient- og brukerombud	815 500	819 800	100,5 %	12	2
1364 Seniorrådgiver	673 800	661 300	98,1 %	29	8
1434 Rådgiver	622 000	560 400	90 %	10	
1408 Førstekonsulent	-	500 663	-	1	-

Kjønnsfordelingen i Helsedirektoratet inkl. POBO er 70 % kvinner og 30 % menn. Den prosentvise fordelingen mellom kvinner og menn i midlertidige stillinger er den samme som for faste stillinger, jf. Tabell 2-3 Kjønnsfordeling, faste og midlertidige stillinger.

Tabell 2-3 Kjønnsfordeling, faste og midlertidige stillinger

	Helsedirektoratet		POBO	
	Faste stillinger	Midlertidig stillinger	Faste stillinger	Midlertidig stillinger
Kvinner	410	72	50	3
Menn	183	34	12	-

Helsedirektoratets lønnspolitikk skal bidra til at alle medarbeidere har likeverdige muligheter for lønnsutvikling, og at lønnsdannelsen oppleves som rettferdig, saklig og forutsigbar. Den har også til hensikt å bidra til å utjevne utilsiktede lønsmessige skjevheter og lønsmessig likestilling mellom kjønnene skal ha en særlig prioritet.

Det var viktig for de lokale partene å sørge for at alle medarbeidere skulle få lønnsutvikling gitt den spesielle pris- og kostnadsutviklingen vi opplevde i løpet av 2022. I 2.5.1-forhandlingene ble det for tariffområdet til LO/YS enighet mellom de lokale partene om et flatt kronetillegg. Det ble ikke forhandlet om individuelle opprykk etter HTA 2.5.1 for dette tariffområdet. Av den totale lokale potten for dette tariffområdet gikk 69,3 % av potten til kvinner og 30,7 % av potten til menn. Dette er i underkant av det kvinneandelen innenfor nevnte tariffområde (70,3 %) skulle tilsi.

For tariffområdet Akademikerne/Unio som også inkluderte de uorganiserte i Helsedirektoratet ble det enighet om et generelt prosenttillegg, i tillegg til at det ble forhandlet om individuelle tillegg. Føringene i lønnspolitikken ble lagt til grunn. Det var 191 kvinner og 51 menn som fikk individuelt opprykk gjennom 2.5.1-forhandlingene for dette tariffområdet. Av den delen av potten som ble benyttet på individuelle opprykk ble 82,6 % tildelt kvinner og 17,4% tildelt menn. Av den totale lokale potten for dette tariffområdet gikk 76 % av potten til kvinner og 24 % av potten til menn. Dette er noe mer enn kvinneandelen innenfor nevnte tariffområde (73 %) skulle tilsi.

Vi ser at det har vært en positiv utvikling i løpet av 2022 mot større grad av likelønn i flere stillingsgrupper når vi sammenligner lønnsnivået per 31.12.2022 med samme tidspunkt året før. Dette gjelder stillingsgrupper som avdelingsdirektør, prosjektleder, seksjonssjef, seniorrådgiver og rådgiver. Der det fortsatt er forskjeller i lønnsnivå mellom kvinner og menn, er det ikke grunnlag for å konkludere med at disse skyldes en tendens til forskjellsbehandling av kjønnene. Vi vil også i fortsettelsen måtte være bevisste likelønn mellom kvinner og menn i alle lønnsinnplasseringer ved rekruttering og vurderinger av lønnsopptrykk.

Ufrivillig deltid

I Helsedirektoratet er 39 ansatte som jobber deltid. Av disse er 64 % kvinner og 36 % menn. I POBO er det to som jobber deltid, begge er kvinner.

Deltidsbruken er knyttet til ansatte som har behov for redusert stilling pga. helse –og/eller velferdsmessige behov, studenter med bijobb/sommerjobb og pensjonister som jobber på pensjonistvilkår og vi har noen ansatte som har sin hovedstilling hos en annen arbeidsgiver. Helsedirektoratets vurdering er at ufrivillig deltid, uavhengig av kjønn, ikke er å anse som noen vesentlig utfordring hos oss.

Inkludering

Helsedirektoratet ønsker å knytte til seg ansatte med forskjellig alder, kjønn og bakgrunn. Herunder ønsker vi å bidra til å oppnå regjeringens målsetting om at 5 % av nyansettelser i staten skal være personer med hull i CV eller nedsatt funksjonsevne med redusert funksjonsevne. Helsedirektoratet har utviklet interne retningslinjer, veiledere og maler som benyttes i rekrutteringsprosessene våre og som skal bidra til økt mangfold og inkludering. I tillegg har vi en samarbeidsavtale med NAV St. Hanshaugen. Dette samarbeidet benyttes både i ordinær rekruttering og forløpende ved administrative ansettelser. Internt rapporteres det på resultatene av dette arbeidet både i ledermøtet og i AMU.

I 2022 hadde Helsedirektoratet hadde totalt 81 kunngjøringer som førte til rekruttering av til sammen 108 stillinger. Det var totalt 2228 søkere til stillingene, hvorav 1555 kvinner og 673 menn. Av disse var 290 søkere med ikke-vestlig bakgrunn (13% av søkermassen). Tilsvarende oppga 40 at de hadde nedsatt funksjonsevne (1,8% av søkermassen) og 52 kandidater "hull i CV" (2,3 % av søkermassen). I tillegg til annonserte stillinger hadde vi 61 midlertidige administrative tilsetninger. Totalt ansettelser for direktoratet i 2022 var 171.

Det har blitt foretatt totalt 8 nyansettelser i målgruppen "hull i CV" og nedsatt funksjonsevne i løpet av 2022. Dette tilsvarer 7,1 % av alle nyansettelser i året. Helsedirektoratet har derfor oppnådd inkluderingsdugnadens mål om å rekruttere 5 % fra denne målgruppen.

Aktivitet som myndighet med å fremme likestilling og hindre diskriminering

Helsedirektoratet skal styrke hele befolkningens helse gjennom helhetlig og målrettet arbeid på tvers av tjenester, sektorer og forvaltningsnivå. Vår visjon om "God helse – gode liv" gjelder alle. Helsedirektoratet har siden 2014 jobbet målrettet med bruker- og pårørendemedvirkning.

Helsedirektoratet benytter det overordnede brukerrådet som en del av arbeidet for å identifisere hva som for disse gruppene er strategisk viktige saker og prosesser knyttet til direktoratets roller og samfunnsoppdrag. Brukerrådet består av 19 personer som representerer hver sin organisasjon/gruppe. Dette viser bredden i Helsedirektoratets portefølje og av brukergrupper som favner blant annet somatikk, psykisk helse, rus, funksjonshemmede og kronisk syke, akutt syke, barn, ungdom/unge voksne, eldre, folkehelse, kjønns og seksualitetsmangfold, innvandrerbefolkningen, den samiske befolkningen og pårørende.

Som følge av bredden av direktoratets oppgaveportefølje er flere divisjoner og avdelinger engasjert i arbeid som er knyttet til å fremme likestilling og hindre diskriminering innen helsesektoren. Av bidrag her nevnes deltakelse i samarbeidsmøter/faglig innspill til Kvinnehelseutvalget, tverretattlig forum for likestillingsdata, arbeid med minoritetshelse, LHBTIQ faglig saksarbeid, innen fagområdet habilitering og rehabilitering, bidrag inn til "Menn i helse" (rekruttering av menn til helsesektoren, Kompetanseløft 2025) mv. Helsedirektoratet bidrar også med helsedata og statistikk innen dette området. Det foregår et godt samarbeid på tvers på disse fagområdene i direktoratet og vi vil i 2023 se på nytten av å koordinere dette ytterligere. samt starte arbeidet med å utarbeide en "likestillingspolicy" for direktoratet.

Helsedirektoratets brukerråd

Helsedirektoratet har to brukerråd; Brukerrådet og BrukerRoP, som gir oss et bruker- og pårørendeperspektiv på overordnet, strategisk nivå.

Brukerrådet er et rådgivende organ for Helsedirektoratets ledelse, og en drøftingsarena for strategisk viktige saker og prosesser knyttet til direktoratets roller og samfunnsoppdrag. Brukerrådets leder var i 2022 Sissel Karin Haavaag, generalsekretær i Norges epilepsiforbund. Det har vært 4 ordinære møter med i alt 15 saker i 2022. Det har vært et ad hoc digitalt møte hvor Brukerrådet ga innspill som inngikk i besvarelsen av oppdrag om å styrke beredskapen i helse- og omsorgstjenestene. Sekretariatet er forankret i divisjon folkehelse og forebygging.

BrukerRoP er direktoratets brukerråd på rus og psykisk helsefeltet. BrukerRoP behandler saker på overordnet og strategisk nivå, og oppnevner også bruker- og pårørenderepresentanter til å jobbe i arbeidsgrupper og prosjektgrupper i direktoratet. BrukerRoP ble i 2022 ledet av Esben Haldorsen fra organisasjonen Marborg. I 2022 har BrukerRoP behandlet 14 saker og deltatt med representanter inn i 17 ulike arbeider. BrukerRoP er kontinuerlig involvert i arbeidet med opptrappingsplanen psykisk helse og forebygging og behandlingsreform på rusfeltet.

Nøkkeltall om virksomheten

Tabell 2-4 Tall for årsverk og utgifter i Helsedirektoratet og POBO (eksl Helfo)

--	--	--	--	--	--

	2022	2021	2020	2019
Avtalte årsverk	741	763	685	640
Samlet tildeling post 01-99 (hele mill. kroner) [1]	9 236	13 023	10 022	9 376
Utnyttelsesgrad post 1-29 [2]	87 %	89 %	89 %	86 %
Sum driftsutgifter (hele mill. kroner)	2 047	2 002	1 673	1 415
Lønnsandel av driftsutgifter	35 %	36 %	38 %	42 %
Lønnsutgifter per årsverk (hele tusen) [3]	1 088	1 072	1 035	1 003

Fellesføringer

Øke antall lærlinger i offentlig virksomhet

Direktoratet har pr 31.12.22 lærlinger i følgende kategorier:

1 lærling innen service og administrasjon H22-V24

1 lærling innen IKT drift H22-V24

2 lærlinger innen mediegrafikk H21-V23

1 lærling innen innholdsproduksjon H22-V24

I 2022 ble lærlingeordningen utvidet med en lærling innen IKT driftsfaget og en lærling innen innholdsproduksjon. Vi erstattet også 2 lærlinger som avla fagprøve i 1. halvår med en ny lærling innen service og administrasjon. Direktoratet har vurdert lærlinger innenfor bygningsdrift og sikkerhet, men finner ikke å ha kapasitet til dette på nåværende tidspunkt. Innenfor mediefag vil vi tilsette en ny lærling hvert år, men i de øvrige fag vil vi avslutte det 2-årige læringsløpet før det tilbys ny plass.

Redusere konsulentbruken

Regnskapsførte utgifter for konsulent tjenester til kommunikasjonsrådgivning utgjorde i 2022. 9,8 mill. kroner. Tabell 2-5 Regnskapsførte utgifter div. konsulent tjenester 2022 viser regnskapsførte utgifter i fire kategorier. Direktoratet benytter kommunikasjonsrådgivingstjenester til informasjons- og holdningskampanjer, der konsulentene samarbeider med ansatte i direktoratet.

Tabell 2-5 Regnskapsførte utgifter div. konsulent tjenester 2022

Regnskapsførte utgifter til kjøp av konsulent tjenester på fire underkategorier (mill. kroner)	
670 Konsulent tjenester innen økonomi, revisjon og juss	1,7
671 Konsulent tjenester til utvikling av programvare, IKT-løsninger mv.	201,9
672 Konsulent tjenester til organisasjonsutvikling og kommunikasjonsrådgivning	20,8
673 Andre konsulent tjenester	91,9

Innenfor utvikling av programvare, IKT-løsninger har direktoratet valgt en strategi basert på et bevisst forhold til bruk av markedet samt søke å gi konsulentselskapene et større helhetsansvar for deres leveranser, redusere dobbeltroller mellom faste og innleide samt frigjøre administrasjonsoppgaver hos våre faste ansatte. Vi har erfart at dyktige utviklere ønsker å jobbe hos konsulentselskapene. Dyktige utviklere skriver bedre

programkode som gir høyere kvalitet og reduserer antall feil som igjen reduserer forvaltningskostnader. Konsulentene inngår i team med god samhandling med fast ansatte.

Departementets føringer

Internasjonalt samarbeid

Internasjonalt arbeid utføres i tråd med tildelingsbrevet fra HOD. Dette innebærer at Helsedirektoratet skal levere faglig underlag i viktige internasjonale prosesser, på globalt, europeisk og nordisk nivå.

Globalt bidrar Helsedirektoratet med innspill til arbeidet ledet av Verdens helseorganisasjon (WHO), og deltar i ulike initiativer og nettverk. I 2022 har Direktoratet blant annet bidratt med innspill til WHO's handlingsplan for helsepersonell, sittet som «co-chair» i en ekspertgruppe for helsepersonell-koden, deltatt i nettverk for saltreduksjon og i nettverk for å redusere markedsføring av usunn mat og drikke til barn. Direktoratet har i tillegg en rekke internasjonale leveranser av helseregisterdata til WHO, OECD, NOMESCO, Eurostat mfl. via SSB, som har rollen som Norges kontaktpunkt mot internasjonale aktører.

Helsedirektoratet har det operative ansvaret for norsk deltakelse i EUs fjerde helseprogram, EU4Health. Siden oppstarten i 2021 deltar Norge i 12 av 14 myndighetssamarbeid under EU4Health. Helsedirektoratet har fått koordinatorrollen for myndighetssamarbeidet PREVENT NCD, og har i den forbindelse profesjonalisert viktige støttefunksjoner innen økonomi, juss og virksomhetsstyring det siste året. I 2022 etablerte også Helsedirektoratet en tverrsektoriell samordningsarena med ansvarlige etater for Horisont Europa (NFR), DIGITAL (DigDir) og UCPM (DSB) for å ivareta helhetlig norsk deltakelse på tvers av EUs sektorovergripende satsinger. Det ble gjennomført en rekke kompetansebyggende tiltak for ledere og eksperter, bl.a. studieturer til EUs institusjoner og hospiteringsavtale med Direktoratet for e-helse. I samråd med sektoren er det også utviklet flere prosess-støttende tiltak for å øke sjansen for at norske fagmiljøer kan ta del i EU samarbeidet.

Under EØS-midlene er Helsedirektoratet i programperioden 2014–2021 (implementering til 2024) donorprogrampartner i Estland, Slovakia, Polen og Romania. Helsedirektoratet har i 2022 blant annet organisert deltakelse for alle norske organisasjoner med Donor Program Partner-rolle (DPP) på Arendalsuka sammen med FHI, gitt innspill til arbeidet med neste planperiode for EØS-midlene sammen med FHI, og deltatt på seminar for DPP-aktører i Brussel. I tillegg har Helsedirektoratet støttet organiseringen et EØS-nettverksmøte i Praha om forebygging av psykiske lidelser blant barn og unge, og organisert tre studieturer til Norge for rumensk helsepersonell, ordførere, og representanter fra forvaltningen.

Helsesamarbeidet i nordområdene har blitt sterkt påvirket av krigen i Ukraina, og aktiviteten til Barents og Nordlige dimensjon har vært begrenset det siste året. I Nordisk ministerråd har Helsedirektoratet deltatt aktivt i ulike arbeidsgrupper og vært ansvarlig for å arrangere møter, blant annet på temaene funksjonshindringer og fysisk aktivitet. Arbeidet med de nordiske ernæringsanbefalingene er utvidet med 6 måneder og planlegges ferdigstilt i juni 2023.

Internasjonalt og nordisk beredskapssamarbeid er omtalt i del 3 under "Mål 9".

Sikkerhet og beredskap i helsedirektoratet

Se omtale i årsrapportens del 4.

[1] Nasjonale beredskapslagre for legemidler og smittevern er ikke inkludert

[2] Korrigeret for ekstraordinære poster i 2022 knyttet til Ukraina-krigen og beredskapsatsing EU der utgiftene er finansiert utenfor ordinær tildeling

[3] Basert på antall gjennomsnittlig utførte årsverk for året

Årets resultater og aktiviteter

3.1

Mål 1 – Folkehelsearbeidet er kunnskapsbasert og tverrsektorielt

Status og utvikling på målområdet

Folkehelsearbeidet på nasjonalt nivå i Norge bygger på en systematisk fireårs-syklus der et kunnskapsgrunnlag bestående av bl.a. FHIs folkehelse rapport og Helsedirektoratets Sektorrapport danner grunnlaget for Direktoratets innspill til ny folkehelsemelding, som igjen legger deler av grunnlaget for regjeringens folkehelsemeldinger. Direktoratet leverte sitt innspill til ny folkehelsemelding i vår. Her gjorde vi bl.a. en vurdering av det tverrsektorielle folkehelsearbeidet (kapittel 1), og anbefalte at arbeidet revitaliseres, bl.a. er koplingen mellom folkehelsemålene og det tverrsektorielle arbeidet svakt. Det er også behov for et styrket kunnskapsgrunnlag i form av effektevalueringer og samfunnsøkonomiske analyser.

Når det gjelder det lokale folkehelsearbeidet, har Helsedirektoratet i samarbeid med Folkehelseinstituttet etablert et sett med styringsindikatorer som skal vise i hvilken grad kommunene har etablert et systematisk folkehelsearbeid. Andelen norske kommuner som ikke har et oversiktsdokument etter loven har sunket fra 60 prosent i 2014 til drøyt 10 prosent i 2017, til 8 prosent i 2022. I 2022 hadde 75 prosent av kommunene drøftet identifiserte folkehelseutfordringer i arbeidet med kommunal planstrategi, og 59 prosent oppga at de identifiserte utfordringene hadde påvirket hvilke planer kommunen skulle prioritere/utarbeide i inneværende kommunestyreperiode. 57 prosent hadde gjennomgått og vurdert sitt arbeid med folkehelse i inneværende 4-årsperiode.

Styringsindikatorer

Vurderingskriterier: Hvordan Helsedirektoratet bidrar til systematisk folkehelsearbeid lokalt

Helsedirektoratet gir veiledning til kommuner direkte, gjennom samarbeid med KS, i samarbeid med andre direktorater, gjennom statsforvalter og fylkeskommuner. Veivisere, webinar og veiledning ligger tilgjengelig på direktoratets nettsider.

Nøkkeltall 1: Andel kommuner som har etablert et systematisk folkehelsearbeid i henhold til folkehelseloven

77 prosent av kommunene har utarbeidet eller holder på å utarbeide oversiktsdokument over helsetilstanden i kommunen og faktorer som har påvirket tilstanden de siste 4 årene (2019-2022); 59 prosent av kommunene oppgir at identifiserte hovedutfordringer på folkehelseområdet har påvirket hvilke planer kommunen skal prioritere eller utarbeide i inneværende kommunestyreperiode; 57 prosent av kommunene har gjennomgått og vurdert sitt arbeid med folkehelse i 4-årsperioden.

Nøkkeltall 2: Andel kommuner som iverksetter tiltak rettet mot psykososiale påvirkningsfaktorer på helse

72 prosent av kommunene oppgir at de har prioritert å sette i verk tiltak på området psykisk helse og livskvalitet som følge av at dette er blant deres største folkehelseutfordringer

Nøkkeltall 3: Andel kommuner som iverksetter tiltak innenfor program for folkehelsearbeid i kommunene

54 prosent av landets kommuner utvikler tiltak innenfor programmet.

Måloppnåelse

Det kunnskapsbaserte og tverrsektorielle folkehelsearbeidet understøttes fra nasjonale myndigheter gjennom en pakke av tiltak, og det er vanskelig å knytte enkeltelementer i denne pakken til konkrete effekter. På nasjonalt nivå er det også vanskelig å finne gode utfallsmål for det systematiske folkehelsearbeidet. Tall fra kommunene viser imidlertid at en stor andel av norske kommuner faktisk har etablert et systematisk folkehelsearbeid etter folkehelseloven i løpet av de ti årene siden den trådte i kraft, og det er rimelig å knytte denne framgangen til loven i seg selv, og til ulike tiltak som direkte understøtter implementeringen av den. På nasjonalt nivå er vår vurdering at systematikken i det tverrsektorielle folkehelsearbeidet med fordel kan revitaliseres; blant annet mangler et delmål-nivå mellom de tre folkehelsemålene og de tverrsektorielle indikatorene.

Sentrale aktiviteter i direktoratet

På nasjonalt nivå deltar direktoratet aktivt i en rekke tverrdirektorale samarbeid:

- Direktoratet har nylig innledet et samarbeid med Direktoratet for arbeidstilsynet om arbeid og helse
- Arbeidet med felles nasjonale faglige anbefalinger for arbeid og helse er i en god prosess i samarbeid med Arbeids- og velferdsdirektoratet (NAV). Forvaltning av "Veileder med beslutningsstøtte" ivaretas av HDIR i samarbeid med AVDIR. Løpende implementeringsaktivitet overfor brukere av løsningen, m.a. ved tilstedeværelse på kongresser og gjennom kurs og forelesninger ved UiO og NTNU, har vært gjennomført. Statistikk-løsningen for sykemelder oppdateres løpende (hvert år) og utvikles videre.
- Oppdragene i tildelingsbrevet for 2022 om utarbeidelse av plan for utprøving av tjenestesamhandlingsmodeller mellom NAV og helsetjenesten til personer med milde til moderate psykiske lidelser, og plan for videreutvikling av IPS -samarbeidet er begge levert
- Digi-Ung ledes av Helsedirektoratet i samarbeid med Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, Direktoratet for e-helse, Norsk helsenett, KS, Digitaliseringsdirektoratet, Helse Bergen og Oslo kommune.
- Livshendelsen Alvorlig sykt barn er et samarbeid mellom Helsedirektoratet, Direktoratet for e-helse, Utdanningsdirektørene, Statped, Nav, KS og Flekkefjord kommune.
- Helsedirektoratet deltar i kjernegruppen for utsatte barn og unge, som er en oppfølging av departementenes strategi Gode hver for oss- best sammen.
- Oppvekstprofiler er et samarbeid mellom FHI, Helsedirektoratet, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, Utdanningsdirektoratet, Nav, Inkluderings- og mangfoldsdirektoratet og KS.
- Luftsamarbeidet, et samarbeid med Miljødirektoratet, Statens vegvesen, Meteorologisk institutt og Folkehelseinstituttet.

Det tverrsektorielle folkehelsearbeidet på regionalt og lokalt nivå ivaretas først og fremst gjennom den systematikken som folkehelseloven legger opp til, og som direktoratet understøtter gjennom ulike typer veiledning og kompetansestøtte. I 2022 har videreføringen av Program for folkehelsearbeid i kommunene

vært direktoratets viktigste virkemiddel i denne understøttelsen. Høsten 2022 har vi startet planlegging for veien videre fram mot programmets siste år i 2026. I tillegg har regelverket for tilskuddsordningen tilknyttet programmet har vært under revidering. Midtveisevalueringen utført i 2021 og levert i februar 2022 har også vært grunnlag for planleggingen videre.

I 2022 var det ti år siden folkehelseloven loven trådte i kraft, og direktoratet markerte dette med et stort jubileumsseminar i juni.

3.2

Mål 2 – Befolkningen har gode levevaner og god livskvalitet i trygge og helsefremmende lokalsamfunn

Status og utvikling på målområdet

Vi må bli bedre til å forebygge sykdom gjennom å legge til rette for gode levevaner for å hindre en overbelastning på helsevesenet. Vi vet at mesteparten av sykdomsbyrden i Norge er ikke-smittsomme sykdommer som i stor grad kan forebygges. For å hindre en kraftig kostnadsvekst i helsetjenesten og styrke livskvaliteten blant folk flest kreves det en tydelig kursendring med mer forebygging og bedre levekår for flere.

I FHIs oppdatering[4] av status på måloppnåelse for ikke smittsomme sykdommer frem mot 2025 og 2030 ligger det an til at vi ikke når målene knyttet til fysisk inaktivitet, overvekt og fedme. Det har i 2022 vært en økning i dødsulykker i trafikken, noe som kan bidra til mindre trygge og helsefremmende lokalsamfunn. Den samme FHI-oppdateringen anslår at utviklingen på NCD-målområdet alkohol går riktig vei, men utviklingen etter 2020 er usikker pga. usikre tall under pandemien. Rundt 7 prosent av befolkningen (16-74 år) røykte daglig i 2022, mot 8 prosent året før. Utvikling går i ønsket retning. De med kort utdanning både røyker og snuser mest.

I nasjonal handlingsplan for bedre kosthold (2017–2023) er det satt kvantitative mål for endringer i kostholdet innen 2023. Matforsyningstallene fra rapporten [Utviklingen i norsk kosthold 2022](#) tyder på at det er langt igjen for å oppnå målet om 20 prosent økning i forbruk av grove kornvarer, grønnsaker, frukt og bær, fisk og sjømat. Kostens innhold av mettet fett er også langt fra målet, mens innholdet av tilsatt sukker er nærmere målet. Kjøttforbruket har gått opp i 2021. Andelen med kjennskap til Nøkkelhullsmerket holder seg stabilt høy, og utgjør 96 prosent i 2022. Tilliten til merkeordningen er god, og 46 prosent synes at Nøkkelhullet gjør det enklere å velge sunnere.

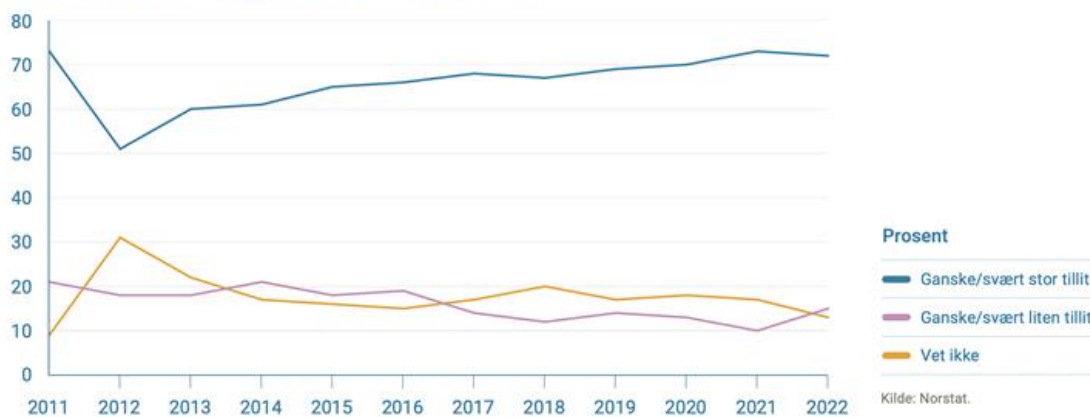
Styringsindikatorer

Nøkkeltall 1: Andel av befolkningen som har tillit til nasjonale råd om levevaner

Alkohol: 83 pst. (mot 82 pst. i fjor) har tiltro til Helsedirektoratets informasjon knyttet til alkohol (mens 78 pst. har tiltro til tilsvarende info fra FHI, 57 pst. til fastlegen og 52 pst til Vinmonopolet).[5]

Tilliten til Helsedirektoratets kostråd holder seg stabilt høy, se Figur 3-1 Tillit til kostråd fra Helsedirektoratet. Siden 2015 har andelen som oppgir a ha ganske stor eller svært stor tillit til kostrådene økt fra 65 til 72 prosent i 2022. Tilliten til kostrådene øker med utdanningsnivå.

I hvilken grad har du tillit til kostrådene fra Helsedirektoratet?



Figur 3-1 Tillit til kostråd fra Helsedirektoratet

Nøkkeltall 2: Utvikling i befolkningens aktivitetsnivå

Vi avventer nye tall fra FHIs kartlegging fra 2020-2022, der fysisk aktivitet er registrert med aktivitetsmålere blant voksne og eldre.

Subanalyser fra en Lancet artikkel av antall skritt blant voksne, presentert på den nordiske konferansen om fysisk aktivitet i 2022, viste en nedgang på antall daglige skritt på ca. 10-15 % fra 2019 og 2020 til 2022. Det er uklart om tallene gjenspeiler totalt aktivitetsnivå og er representative.

Nøkkeltall 3: Utvikling i bruk av tobakks- og nikotinprodukter i befolkningen

Rundt 7 prosent av befolkningen (16-74 år) røykte daglig i 2022, mot 8 prosent året før. Blant unge 16-24 år røyker rundt 2 prosent. 15 prosent i den voksne befolkningen bruker snus daglig, det samme som i fjor. Blant unge 16-24 år snuser rundt 22 prosent. Det er flest som snuser daglig blant de yngste og færrest blant de eldste, et mønster som er motsatt av det man finner i røyking.

De med kort utdanning både røyker og snuser mest. Den sosiale forskjellen har lenge vært stor i røyking. Mens det tidligere ikke var noen sosiale forskjeller i snusbruk, har det også der blitt stadig større ulikhet. Dette viser tall fra SSB.

Ungdataundersøkelsen gjennomføres blant elever på ungdomstrinnet og i videregående. Der ser man at ungdoms røykevaner har vært nokså stabile på et lavt nivå siden starten av 2010-tallet, mens andelen som snuser har gått en del tilbake.

Nøkkeltall 4: Bruk av alkohol og andre rusmidler i befolkningen

Rapporteringen baserer seg på de nyeste tallene fra FHI (høst 2021), og viser bl.a. at nordmenn i alderen 15 år og eldre drikker i gjennomsnitt ca. 7 liter ren alkohol per år. Vi ser bl.a. at eldre drikker oftere enn yngre, men de har et mindre risikofylt drikkemønster.

Åtte av ti oppgir at de har drukket alkohol siste år og halvparten har drukket 6 eller flere enheter ved samme anledning de siste 12 mnd. Disse målene har vært stabile i perioden 2012-2021. Voksne menn

drikke oftere enn kvinner, mens det blant ungdom generelt er små forskjeller i alkoholvaner hos gutter og jenter.

Når det gjelder ungdoms alkoholbruk (8.klasse til vg3) var det en markant nedgang etter årtusensskiftet, men tall fra NOVA/Ungdata viser at utviklingen det siste tiåret har vært stabil. Svært få begynner på 8. trinn, men på 10. trinn har ca. én av fire vært beruset. Blant elevene på vg1 er andelen dobbelt så høy, og tallene øker utover på videregående.

Cannabis er det mest brukte illegale rusmidlet i Norge. En av fire har prøvd cannabis i løpet av livet, mens rundt 5 prosent oppgir å ha brukt cannabis i løpet av siste 12 måneder. Dette er helt i tråd med funn i Helsedirektoratets befolkningsundersøkelse 2021, foretatt av Opinion i oktober i fjor. I samme undersøkelse 2018 svarte 19 % at de hadde brukt cannabis noen gang.

De fleste som rapporterte bruk av cannabis noen gang hadde bare brukt rusmidlet noen få ganger. Oppunder 60 % hadde brukt cannabis 1-5 ganger. I tråd med andre undersøkelser (Bakken, 2020; Bye og Bretteville-Jensen, 2020), pekte pilen for cannabisbruk blant de yngste (16-20 år) oppover før pandemien. Sammenligner vi årene 2016-2018 med 2019-2021, er utviklingen i aldersgruppen 16-30 år stabil. Det at omfanget av cannabisbruk blant de yngste har gått noe ned under pandemien, er i tråd med andre spørreundersøkelser (Bakken, 2021).

Nylig cannabisbruk – siste år eller siste måned – er mest utbredt i de yngste aldersgruppene, men økningen i cannabisbruk blant de yngste har likevel avtatt de to siste årene. (Samsvarer med Hdir befolkningsundersøkelse 2021.) Flere menn enn kvinner bruker cannabis.

De sentralstimulerende stoffene kokain, ecstasy/MDMA og amfetaminer er de mest brukte illegale rusmidlene etter cannabis. Også disse stoffene er mest utbredt blant menn og i de yngste aldersgruppene.

Nøkkeltall 5: Utvikling i norsk kosthold, «mer av»-gruppene

I nasjonal handlingsplan for bedre kosthold (2017–2023) er det satt kvantitative mål for endringer i kostholdet innen 2023. Matforsyningstallene fra rapporten Utviklingen i norsk kosthold 2022 tyder på at det er langt igjen for å nå målene om 20 prosent økning i forbruk av grove kornvarer, grønnsaker, frukt og bær, fisk og sjømat.

Over tid har engros forbruket av grønnsaker, frukt og bær økt betydelig, men ikke de senere årene. Forbruket av grønnsaker har økt med 2 prosent fra 2015 til 2021, mens forbruket av frukt og bær har gått ned med 6 prosent i samme tidsrom. Forbruket av fisk og sjømat er 12 prosent lavere enn i 2015, og har forandret seg lite de siste årene. Det mangler tall for forbruk av grove kornvarer. Andelen sammalt mel fra norske møller har ligget mellom 24 og 27 prosent siden 2015.

Pandemien har ført til betydelig nedgang i grensehandelen i 2020 og 2021, og til økt ordinær import og økt nasjonal produksjon av en del varer. Disse endringene har bidratt til høyere engros forbruk av noen varegrupper, som kjøtt og sukker. Kjøttforbruket har gått opp i 2021. Sukkerforbruket har gått mye ned i lang tid, men gikk noe opp i 2021.

Måloppnåelse

Alkohol: Redusert grensehandel som følge av pandemiltak medførte en sterk økning i innenlands (og dermed registrert) salg av alkohol, men befolkningsundersøkelser tyder på at forbruket i snitt holdt seg

noenlunde stabilt. Gjennomsnittstallene skjuler imidlertid en tendens til at storforbrukere drakk noe mer, mens de som drakk lite fra før, drakk enda mindre under nedstengningen. Befolkningens tillit til norsk alkoholpolitikk er noenlunde stabil og forholdsvis høy.

Tobakk: Rundt 7 prosent av befolkningen (16-74 år) røykte daglig i 2022, mot 8 prosent året før. Utvikling går i ønsket retning. De med kort utdanning både røyker og snuser mest.

Kosthold: Kjennskap til Helsedirektoratets kostråd økte i 2022. Tillit til kostrådene holder seg stabilt høy og har økt de siste årene. Tilliten til kostrådene øker med utdanningsnivå. Kjennskapen til Nøkkelhullsmerket har holdt seg stabilt høy de siste årene.

Fysisk aktivitet: FHIs oppdatering av status på måloppnåelse for fysisk aktivitet frem mot 2025 og 2030, viser at vi ikke ser ut til å nå målene knyttet til fysisk aktivitet. Blant barn og unge er aktivitetsnivået uforandret eller har gått ned. Vi avventer nye tall fra FHI om objektivt målt fysisk aktivitetsnivå blant voksne og eldre. Vi forventer nye tall første halvdel 2023. Det er forventet at andelen som oppfyller rådene for voksne vil øke siden rådene er justert.

Sentrale aktiviteter i direktoratet

Gå- og aktivitetsvennlige nærmiljøer

Det ble i 2022 lansert nye befolkningsrettede generelle råd om fysisk aktivitet og stillesitting til [barn og unge](#) og [voksne og eldre](#). Rådene er nå mer presise for barn under 5 år. Rådene blant voksne og eldre er spesielt blitt tydeligere når det gjelder behovet for å kompensere for mer fysisk aktivitet ved mye stillesitting og at alle over 65 år anbefales fallforebyggende trening. I forbindelse med Styrkeuka og arbeid med e-læringen BASIS er deler av rådene kommunisert ut, dette gjelder fremst rådene om styrke- og balansetrening.

Helsedirektoratet var i 2022 hovedarrangør for en nordisk konferanse om fysisk aktivitet. Det har vært godt samarbeid med andre land og nasjonale aktører i planlegging og gjennomføring. Minst 2600 personer har sett hele eller deler av konferansen. Sannsynligvis var konferansen en av de største på fysisk aktivitet i verden i 2022. Som en oppfølging er det opprettet et nordisk digitalt nettverk om fysisk aktivitet. Nordens velferdssenter koordinerer arbeidet.

Helsedirektoratet har videre oppdatert arbeidet med å styrke kompetansen om fallforebyggende trening for eldre ([BASIS](#)) og videreutvikle [Smart mosjon i arbeidslivet](#). Ved utgangen av året var det gjennomført drøyt 4200 BASIS kurs. Flere har fått tilgang til oppdatert kunnskap. For tredje året på rad gjennomførte Helsedirektoratet [Styrkeuka](#) i samarbeid med flere organisasjoner. Fordelene ved styrketrening er kommunisert ut av flere avsendere gjennom et bredt spekter av kanaler.

Fysisk aktivitet i forebygging og behandling

I oppfølging av handlingsplan for fysisk aktivitet reviderer, forenkler og digitaliserer Helsedirektoratet nasjonale faglige råd for bruk av fysisk aktivitet i forebygging og behandling i helse- og omsorgstjenesten (Aktivitetshåndboken). I 2022 ble nye anbefalinger for barn, unge, voksne, eldre og gravide, samt for personer med kols og demens, publisert. [Prosjekts nettside](#) gir informasjon om prosjektet, høringsutkast og ferdige kapitler. Interessenter kan abonnere på prosjektnettsiden og få varsel når nye anbefalinger legges ut på høring og publiseres.

Kommunikasjon og kampanjer

I kommunikasjonssatsingen Lev er levevaneområdene tobakk, kosthold, fysisk aktivitet og alkohol samlet. Satsingen kommuniserer levevanene i sammenheng med psykisk helse. Post pandemi er det lagt vekt på betydningen av enkle hverdagsjusteringer – og at psykisk og fysisk helse henger tett sammen. En felles satsning på levevaneområdet gjør det mulig for Helsedirektoratet å være mer synlig og til stede ute i medielandskapet. En jevn synlighet og tilstedeværelse bidrar til økt tillit og kunnskap. Målinger fra kampanjestart i Q2 til slutten av Q4 viser en økning i kjennskap og tillit til Helsedirektoratets råd på alle de fem levevanene. Rekkevidden og respons på kommunikasjonstiltakene er god – og tallene for nedlastinger av mestringsverktøy er høye: Appen Tankevirus (forebygging/mestring av psykiske plager) har per 31.12 nær 100 000 nedlastinger og 80 000 aktive brukere. En høy andel av brukerne rapporterer bedre psykisk og somatisk helse målt med validerte skåringsverktøy. Appen Slutta (tobakksslutt) har p.t 1,3 millioner nedlastinger – 300 000 siste 12 mnd.

Kampanjen [Snakk om selvmordstanker- det kan redde liv](#), bidrar til økt åpenhet og trygg kommunikasjon om selvmord. Det er etablert en [landingside for kampanjen på helsenorge.no](#) der man kan få råd og veiledning, både om en selv har selvmordstanker, eller er bekymret for om noen i sin nærhet har selvmordstanker. Landingsiden fikk 30 000 flere besøkende i kampanjeperioden fra oktober til desember i 2022.

Digitale mestringsverktøy

De siste årene har apper og andre digitale lærings- og mestringsverktøy blitt en tydeligere prioritet i kommunikasjonsarbeidet. Gode digitale verktøy gjør det mer engasjerende å lære prinsipper og teknikker som er relevante for å lykkes med atferdsendring og trene den psykiske helsa. Den digitale [verktøykatalogen](#) på Helse Norge fikk sent i 2021 3 nye verktøy for bedre psykisk helse: Tankevirus, Mamma Mia (forebygging av fødselsdepresjon) og Stressmestring. Fra tidligere rommer katalogen Slutta, Heia meg og Gå10. De tre sistnevnte har en jevn økning i antallet nedlastinger og brukere gjennom året.

Miljørettet helsevern

I samarbeid med Miljødirektoratet og Folkehelseinstituttet arrangerte Helsedirektoratet en "Miljø- og helsedag" for formidling av kunnskap om miljøfaktorer til kommuner, fylkeskommuner, Statsforvalter, andre myndigheter og interesseorganisasjoner. Tema for konferansen var helsefremmende nærmiljøer, med fokus på natur som miljøfaktor. Natur som helsefremmende miljøfaktor ble belyst, i tillegg til arealplanlegging som virkemiddel for kommunen og utforming av uteområder i barnehager og skoler. Ca. 120 deltok fysisk på konferansen, og ca.350 deltok digitalt. Konferansen ble streamet, og ligger tilgjengelig på helsedirektoratets nettsider. Evalueringen av konferansen viser et stort behov for kunnskap om miljø og helse lokalt, og det var svært positiv respons på at konferansen.

Direktoratet har også arrangert konferansen "Allergifrisk", i samarbeid med regionale senter for astma, allergi og annen overfølsomhet (RAAO). Målgruppen for fagkonferansen er leger, sykepleiere og annet helsepersonell i primær- og spesialisthelsetjenesten.

Direktoratet har oversendt til departementet forslag til endringer i forskrift om badeanlegg, bassengbad og badstue mv. og vurdering av behov for revisjon av forskrifter innen miljørettet helsevern, i henhold til oppdrag i tildelingsbrev.

Alkohol

Direktoratets arbeid på alkoholområdet har i 2022 hovedsakelig bestått i oppfølging av flere tiltak i Nasjonal alkoholstrategi, bl.a. har vi levert et forslag til utforming av overtredelsesgebyr for brudd på alkoholloven og utredet spørsmålet om alkohol bør merkes med helseinformasjon ("advarelsmerking"). Mot slutten av året gjennomførte direktoratet et større tilsyn med alkoholreklame i sosiale medier og på nett.

Tobakk

En stadig lavere andel av befolkningen røyker fast. Andelen som snuser holder seg stabil, men det siste året har det vært en betydelig økning av unge kvinner som snuser daglig (SSB). Rundt 7 prosent av den voksne befolkningen mellom 16 og 74 år røykte daglig i 2022. Det tilsvarer 320 000 personer. Både blant menn og kvinner har det lenge vært en stor nedgang i røyking, og andelen som røyker daglig er halvert de siste ti årene. Blant ungdom mellom 16 og 24 år var det rundt 2 prosent som røykte daglig i 2022. På ti år er andelen redusert fra 7 til 2 prosent. Rundt 15 prosent av befolkningen 16-74 år brukte snus daglig i 2022. Det tilsvarer 680 000 personer. Blant menn har andelen gått opp fra 14 til 21 prosent, og for kvinner fra 4 til 9 prosent på ti år. 22 prosent av unge i alderen 16-24 brukte snus i 2022.

Det er fortsatt forsinkelser i innlemmelsen av EUs tobakksproduktdirektiv i EØS-avtalen. Arbeid i henhold til implementering vil fortsette frem mot implementeringstidspunktet, som trolig vil skje i løpet av første kvartal 2023. Direktoratet har blant annet gjort klar en anbudskonkurranse for å kunne utpeke en virksomhet som skal ha ansvar for utstedelse av ID'er i den nye sporingsordningen for tobakksprodukter.

Direktoratet hadde per 31.12.2022 mottatt totalt syv søknader til behandling i henhold til ny forskrift om godkjenning av nye tobakks- og nikotinprodukter. Alle syv er avslått blant annet med bakgrunn i å hindre rekruttering blant barn og unge, samt normalisering av tobakks- og nikotinprodukter. Fire av avslagene har blitt påklaget til departementet.

Direktoratet avdekker gjennom tilsyn og tips fra publikum stadig brudd på reklameforbudet i tobakkskadeloven. Spesielt skjer bruddene på nettsider og i sosiale medier. I tillegg har det vært en del brudd på forbudet med salg av produkter som skjuler helseadvarsler. Direktoratet følger opp disse bruddene så langt det lar seg gjøre. Direktoratet har også samarbeidet noe med Forbrukertilsynet i oppfølgingen av influencers omtale og avbildninger av tobakks- og nikotinprodukter i sosiale medier.

Et forbud mot å innføre, utføre eller produsere tobakksvarer og utstyr for tobakksproduksjon uten bevilling trådte i kraft den 15. juni 2021. Næringsdrivende som forsøker å innføre eller utføre tobakksvarer uten bevilling blir stanset i toll. Pr. 31.12.2022 er det utstedt 31 bevillinger; 24 bevillinger til innførsel av tobakksvarer, fem til utførsel og to til produksjon. Bevillingene er fordelt på 26 bevillingshavere. Det er 14 søknader til behandling; ni søknader om innførsel og fem om utførsel. Det har vært en del arbeid med å avklare krav til bevilling for innførsel av tobakksvarer til Svalbard, men etter et godt samarbeid med Sysselmasteren og Tolletaten er dette nå avklart.

Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold 2017-2023

Helsedirektoratet koordinerer oppfølgingen av planen på tvers av direktoratene. Handlingsplanen er et bidrag til å følge opp FNs bærekraftsmål, WHO's globale mål på ernæringsområdet og WHO's mål om å redusere for tidlig død av ikke-smittsomme sykdommer.

Skolefrukt

Løpende drift, kvalitetssikring, utviklings- effektiviserings- og kommunikasjonstiltak ble gjennomført. Pilotkonseptet "Fruktpause" ble landsdekkende for å gi økt valgfrihet. Verktøy til undervisning ble oppgradert. Skolefrukt støttet opp om satsinger på #MerAv og Skolemat, og direktoratet informerte om Skolefrukt i egne kanaler.

Skolefrukt-ansvarlige og elever/foresatte opplever ordningen positivt. Undersøkelser viser også at elever som går på skoler med foreldrebetalt Skolefrukt, men som ikke abonnerer, i større grad svarer at de har med seg frukt/bær hjemmefra enn elever som går på skoler uten Skolefrukt. Dette kan bety at foreldrebetalt Skolefrukt også virker positivt overfor elever som ikke abonnerer.

Intensjonsavtalen for et sunnere kosthold

Intensjonsavtalen om tilrettelegging for et sunnere kosthold mellom helsemyndighetene og matbransjen videreføres ut 2025 og ble signert på ny i januar 2022. Per 31.12 er 90 aktører tilsluttet avtalen.

I desember 2022 ble rapport med resultater fra arbeidet med saltreduksjon/Saltpartnerskapet for perioden 2019-2021 publisert. Rapporten er utarbeidet av Fafo på oppdrag fra Helsedirektoratet. I perioden 2015–2018, ble det vist at om lag 40 prosent av matvarekategorier som hadde egne saltmål oppnådde målene. De tilsvarende tallene for 2021 var 54 prosent. Dette er en positiv utvikling, spesielt sett i lys av at saltmålene for perioden 2019-2021 ble skjerpet. Rapporten viser at matbransjen verdsetter samarbeidet på tvers av bransjen og med myndighetene høyt. Helsedirektoratet har støttet opp om NM Sunn mat i farta og NM Sunn Mat i kantina – #MerAv, i regi Intensjonsavtalen. Det ble utviklet verktøy og orientert i nyhetsbrev.

De nordiske ernæringsanbefalingene - NNR2022

NNR2022 prosjektet er et nordisk samarbeid om revisjon av de nordiske ernæringsanbefalingene fra 2012. Nordisk ministerråd er oppdragsgiver. Hensynet til overvekt og bærekraft inngår i prosjektet. Etter som omfanget av NNR2022 prosjektet er betydelig utvidet siden prosjektets oppstart i 2019 - spesielt med hensyn til arbeidet med integrering av bærekraftsaspekter i de nye anbefalingene - er prosjektperioden forlenget med 6 måneder. NNR2022 planlegges ferdigstilt i juni 2023.

Offentlig høring av næringsstoff- og matvarekapitler er igangsatt, og per desember 2022 er 48 av 53 næringsstoff- og matvarekapitler annonsert for offentlig høring. I tillegg er to av fem bakgrunns kapitler på bærekraftsaspekter publisert for offentlig høring. Det er etablert et kunnskapssenter (NNR-SR Centre) som skal gjennomføre ni systematiske kunnskapsoppsummeringer. Mange av disse er publisert og de resterende vil publiseres i 2023. Alle bakgrunnsdokumenter vil danne grunnlaget for de endelige anbefalingene.

Sunt, bærekraftig og klimavennlig kosthold i fylker og kommuner

I samarbeid med Miljødirektoratet svarte Helsedirektoratet ut oppdraget om å "... utarbeide forslag til framdriftsplan med skisse til mulige modeller og kostnadsberegninger, for styrket tverrsektorielt samarbeid for tilrettelegging for et sunt, bærekraftig og klimavennlig kosthold i fylker og kommuner i tråd med Klimaplan 2030". Leveransen ble fulgt opp i Tillegg til tildelingsbrev: "Oppdrag om kartlegging av ernæringsarbeid i kommunene". Helsedirektoratet samarbeidet med NHN og Miljødirektoratet om utlysning av bistand til en slik kartlegging. Folkehelseinstituttet vant anbudet. Direktoratene skal levere besvarelse våren 2023.

Internasjonalt samarbeid på kostholdsområdet

Helsedirektoratet deltar i nordisk samarbeid på kostholdsområdet som er organisert under Nordisk Ministerråd. Helsedirektoratet deltar i WHO's nettverk for saltreduksjon, ESAN (European Salt Action Network). Videre deltar Helsedirektoratet i europeisk WHO-nettverk for å redusere markedsføring av usunn mat og drikke til barn, WHO's "European Action Network on Reducing Marketing Pressure on Children".

Røykesluttprosjekt i Vestre Viken (2020-23)

Helsedirektoratet har utbetalt midler til kommuner tilhørende Vestre Viken HF for å tilby gratis legemidler og veiledning/kurs i røykeslutt til dagligrøykere. Helsedirektoratet har informert om tilbudet til helsepersonell og innbyggere gjennom kampanjer og kommunikasjonsaktiviteter. Helsedirektoratet har

vært i jevnlig dialog med pilotkommunene og arrangert webinarer og samlinger for erfaringsutveksling. Andre aktuelle samarbeidspartnere har vært bl.a vært apotek, legemiddelindustrien, Apotekforeningen, NCD-alliansen, Den Norske Legeforeningen og FHI. Under Folkehelsekonferansen 2022 stilte Helsedirektoratet med poster om røykesluttprosjektet.

I løpet av 2022 har omtrent 730 dagligrøykere fått gratis hjelp til røykeslutt på frisklivssentralene i pilotkommunene. For flere av deltakerne har økonomi tidligere vært en barriere for å forsøke å slutte med anbefalt metode. Frisklivssentralene rapporterte at i overkant av 60 % av deltakerne var røykfrie ved kurs- og veiledningsslutt. FHI viser også til gode resultater i sin evalueringsrapport, hvor i underkant av 30 % fortsatt var røykfrie 6 måneder etter avsluttet oppfølging

[4] (<https://www.fhi.no/nettpub/ncd/sammendrag/>)

[5] Opinions befolkningsundersøkelse desember 2023

3.3

Mål 3 – Mindre sosial ulikhet i helse og i bruken av helse- og omsorgstjenester

Status og utvikling på målområdet

Mange av årsakene til sosial ulikhet i helse befinner seg i andre sektorer enn helsesektoren, og direktoratets tverrsektorielle innsats, som er omtalt ovenfor, er derfor en viktig innsatsfaktor. I direktoratets innspill til ny folkehelsemelding er sosial ulikhet innarbeidet som en gjennomgående dimensjon i folkehelsearbeidet, men påvirkningsfaktorer og ulikhetsdrivere i andre sektorer er bare unntaksvis berørt. I forståelse med Helse- og omsorgsdepartementet har direktoratet derfor innhentet en ekstern gjennomgang og mulige tiltak i alle sektorer for å redusere sosiale helseforskjeller. Gjennomgangen ble foretatt av Michael Marmots miljø ved University College London, og vil bli lansert i mars 2023.

Status og utvikling når det gjelder sosiale ulikheter i helse og deres årsaker er ellers omtalt i fjorårets [Sektorrapport om folkehelse 2021](#).

Når det gjelder sosial ulikhet i bruken av helse- og omsorgstjenester, har vi begrenset med rutinemessige data om dette (en [SSB-rapport fra 2021](#) er siste litt omfattende nasjonale oversikt). Det er flere årsaker til dette; dels er det krevende å vurdere bruk av helsetjenester opp mot behov og dels har det vært teknisk og juridisk krevende å få koplet helsedata til sosioøkonomiske data. Direktoratet jobber med å få på plass bedre rutiner på dette feltet.

Styringsindikatorer

Vurderingskriterier 1: Hvordan Helsedirektoratet tilrettelegger for å ta i bruk anbefalte virkemidler for å redusere sosial ulikhet i helse

Helsedirektoratet har bl.a. utviklet et verktøy kommunene kan benytte for å bevisstgjøre seg og vurdere innsatser for å redusere sosiale helseforskjeller. Verktøyet er en strukturert oversikt over eksempler på kunnskapsbaserte tiltak og strategier med to ulike tilnærminger; universelle og målrettede. Tiltaksområdene går på tvers av sektorer. En digital versjon er under utarbeidelse.

Vurderingskriterier 2: Hvordan Helsedirektoratet gjennom sine virkemidler gjør det enklere for befolkningen å finne, forstå og ta i bruk helseinformasjon og navigere i helsesystemet

Ny nettside om helsekompetanse (ble etablert i april i 2022, og helsekompetanse er nå inne som målområde i Helsensorges innholdsstrategi. Måletting, segmentering og oversetting av budskap for å nå innvandringsgrupper bedre med enkel informasjon har hatt særskilt fokus på Ukraina i denne perioden. Et overgripende kommunikasjonskonsept for levevanene, LEV, med støtte i helsekompetansearbeidet ble lansert i mars i 2022, med mål om å motivere til endring ved å bygge mestringstro og vise sammenhengen mellom levevaner og ikke-smittsomme sykdommer (NCD), og samtidig tilby lavterskel digitale verktøy som støtter folk med å ta gode helsevalg. Innsiktsstudier (kvantitative og kvalitative dybdeintervjuer) som måler tillit, kjennskap til myndighetenes råd og forståelsen av disse er gjennomført/ under gjennomføring. Flere webinarer og konferanser har blitt gjennomført.

Vurderingskriterier 3: Hvordan Helsedirektoratet bidrar til økt helsekompetanse i befolkningen

Operasjonalisering av strategi for å øke helsekompetansen er i rute, og helsekompetanseaspektet er innlemmet i en rekke prosesser og strategier som Nasjonal helse- og sykehusplan, Kompetanseløftet, Velferdsteknologiprogrammet, Hjernehelsestrategien mfl. Målområde 1 i strategien er helsekompetanse i alt vi gjør, og det er iverksatt en kartlegging av alle helsekompetanserelevante aktiviteter og tiltak i Helsedirektoratet med sikte på å få en bedre koordinert innsats på feltet. Intern referansegruppe er etablert, en rekke webinarer er gjennomført, ny nettside er opprettet og samarbeid med bruker- og pårørendeorganisasjoner er etablert i 2022. Det gjennomføres pt. en innsiktsstudie med hensikt å begrunne noen av funnene gjort i undersøkelsen HLS19 (The International Health Literacy Population Survey 2019–2021).

Nøkkeltall 1: utviklingen i sosial ulikhet i helse og påvirkningsfaktorer for helse

Det finnes mange sammensatte påvirkningsfaktorer for helse. Både oppvekst, utdanning, arbeidsliv og inntekt er viktig. Norske beregninger viser at hjerte- karsykdommer, lungekreft og kronisk lungesykdom står for nær 60 % av forskjellene i dødelighet før 67 årsalder mellom de med kort og lang utdanning.

Forventet levealder ved 30 år for de med grunnskoleutdanning og de med høyere utdanning varierer med 4,7 år for menn og 3,2 år for kvinner (EU-SILC 2019). Andelen som rapporterer egen helse som svært god eller god (25-64 år) varierer også sterkt mellom utdanningsgrupper. 82,5 % av kvinnene med høyere utdanning rapporterer om god helse, mens det blant kvinner med grunnskoleutdanning bare er 61,7 % som er fornøyd med egen helse. For menn er tallene henholdsvis 84,8 % (høyere utdanning) og 73,1 % (grunnskoleutdanning).

Nøkkeltall 2: Andel av befolkningen med lav helsekompetanse

Undersøkelsen Health Literacy Population Survey (HLS19) viste at en betydelig andel (opp mot 80 prosent) har problemer med å navigere i helsevesenet, og mange har ulike utfordringer med å finne, forstå, vurdere og anvende informasjon knyttet til helsen sin. Informasjon knyttet til håndtering av psykiske problemer er et område som peker seg ut. Det samme gjelder digital helsekompetanse. Tilsvarende utfordringer finnes også i flere innvandringsgrupper. Per 2021 er 1 av 3 på eller under laveste nivå for generell helsekompetanse i Norge. Dette innebærer begrenset mulighet til å forholde seg til helseinformasjon.

Måloppnåelse

I arbeidet med å redusere sosial ulikhet i helse, er avstanden mellom tiltak og resultat stor både i tid og rom. I tillegg ligger det en sektoriell utfordring i at mange av de antatt mest effektive virkemidlene befinner seg i andre sektorer enn helse. Det er derfor vanskelig å knytte konkrete aktiviteter i direktoratet til harde helseutfall som kunne kvalitetsjustert leveår eller økninger i forventet levealder.

Sentrale aktiviteter i direktoratet

En viktig del av direktoratets aktiviteter for å redusere ulikhet i helse er rettet mot påvirkningsfaktorer i andre sektorer, og omtalt i forbindelse med det tverrsektorielle folkehelsearbeidet ovenfor (under mål1). I tillegg er mange av aktivitetene mot nærmiljø og levevaner innrettet slik at det skal bidra til redusert ulikhet i helse (se omtale under mål 2).

Direktoratets arbeid med å implementere Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen har i 2022 vært innrettet mot å tilrettelegge helsesystemet generelt, og helsetjenestene spesielt, på en måte som i større grad tar hensyn til befolkningens sammensetning og forutsetninger, og derigjennom redusere sosial ulikhet i helsetjenestebruk. Erfaringer fra arbeidet med å nå ut til hele befolkningen og alle befolkningsgrupper under pandemien, har gitt verdifull innsikt i utfordringsbildet på dette området. Rent konkret har direktoratet jobbet med å innarbeide helsekompetanseperspektivet i en lang rekke av våre tjenesteutviklingsprosjekter, i helsefaglige utdanninger og i bruker- og interesserorganisasjonsdialoger.

3.4

Mål 4 – Pasienter og brukere mottar helse- og omsorgstjenester av god kvalitet i hele landet

Status og utvikling på målområdet

Helsedirektoratet legger Institute of Health Improvement (IHI) sin definisjon av tjenester av god kvalitet til grunn. Tjenester av god kvalitet kjennetegnes ved: å ha effekt, å være effektive, likt fordelt, trygge og sikre, brukerorienterte og gitt på rett tidspunkt. Helsedirektoratet har gjennom året hatt en rekke aktiviteter mot alle de seks dimensjonene. Gjennom arbeidet med allmennlegeordningen jobber vi for å sikre tilgjengelighet til gode allmenntjenester i kommunene. Tilgang til fastlege er dokumentert å ha effekt på sykkelighet og dødelighet. Dessverre har vi ikke sett den ønskede forbedrede tilgangen på fastleger og situasjonen er fremdeles bekymringsverdig. Nasjonale pasientforløp for psykisk helse og rus skal bidra til bedre tilgang, bedre brukerinvolvering og likere fordeling av helsetjenester med effekt. Disse videreutvikles nå for bedre samhandling, kvalitet og tilpasning til brukergruppens behov og forenkling av forløpsarbeidet for tjenestene. Helsedirektoratet jobber tett med Bufdir i flere prosjekter for å gi barn i barnevernet tilgang til gode helsetjenester.

Mennesker med seksuelle interesser for barn har nå fått et behandlingstilbud bygget på kunnskapsbaserte faglige råd, gjennom Det finnes hjelp. Dette er et nytt tilbud med mål også om å forebygge overgrep mot barn og som nå er etablert over hele landet. En omfattende kampanje høsten 2022 medførte en stor økning i antall personer som tok kontakt.

Gjennom arbeidet med retningslinjer søker vi å gi normerende råd om effektiv helsetjeneste med effekt for bruker. 2022 har vært et år hvor revisjon og oppdatering av retningslinjer har stått sentralt slik at helsetjenesten får så oppdatert normering som mulig. Arbeidet med pasientsikkerhet gjennom arbeid med tiltak i den nasjonale handlingsplanen for kvalitet og pasientsikkerhet går videre og sentralt i 2022 var opprettelse av samordningsorgan for myndighetsaktører på feltet. Målet er å kunne jobbe mer strategisk og samordnet for trygge og sikre tjenester. Global trigger tool (GTT) måler andel opphold med alvorlige eller mindre alvorlige uheldige hendelser. GTT sank nasjonalt i årene frem til 2019, men i etterkant har den nasjonale trenden snudd. Imidlertid er det svak nedgang i de mest alvorlige hendelsene, mens mindre alvorlige hendelser stiger noe. Legemiddelfeil er fremdeles den vanligste årsaken til pasientskader. Innenfor omsorgstjenesten er arbeidet med Leve hele livet og utrulling av velferdsteknologi viktige prosesser. Antallet kommuner med en eller flere former for velferdsteknologi økte gjennom 2022. Dette sikrer bedre tilgang til og mer brukerstyrte helsetjenester i digital form.

Styringsindikatorer

Vurderingskriterier 1: Hvordan Helsedirektoratet bidrar til å redusere uønsket variasjon i helse- og omsorgstjenestene

Oppgaver rettet mot allmennlegetjenesten er høyt prioritert i Helsedirektoratet. Arbeidet krever relasjoner til ulike aktiviteter og oppgaver både internt og eksternt, og vi har derfor stort fokus på god koordinering. Helsedirektoratet har lagt ned mye arbeid i å bistå ekspertutvalget for gjennomgang av allmennlegetjenesten, og er ansvarlige for eller deltar inn i flere prosjekter og oppgaver knyttet til målsetninger og tiltak i Handlingsplan for allmennlegetjenesten. Det er utviklet flere nye nasjonale kvalitetsindikatorer som belyser kvaliteten innenfor allmennlegetjeneste, og flere vil bli publisert for første gang i 2023.

Oppdrag om vurdering av regulering og finansiering av legevaktsordningen er ferdigstilt og Helsedirektoratet har utviklet og forvaltet en tilskuddsordning for rekruttering til de minste legevaktdistriktene. Helsedirektoratet har ledet prosjekt Pilot legevakt, som har forsøkt nye måter å organisere legevakt på ved bruk av video.

Tilskuddsordningen Kommunalt rusarbeid fikk i 2022 ny innretning. Den legger vekt på at kommunene kan inngå samarbeid med bruker- og pårørendeorganisasjoner om å etablere tjenestetilbud.

Helsedirektoratet har utarbeidet veiledende materiell til alle norske kommuner om opprettelse og organisering av Rådgivende enhet for russaker, rutiner og vilkår for oppmøte og eventuell rusmiddeltesting og innhold ved oppmøte hos rådgivende enhet for russaker.

Vurderingskriterier 2: Hvordan Helsedirektoratet bidrar til økt pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenestene

Pasientsikkerhetskultur på arbeidsplassen påvirker hvorvidt pasienter blir skadet. Helsedirektoratet jobber derfor for å inkludere en slik måling i det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet. I tillegg, leder Helsedirektoratet utviklingen av en plattform for samordning av relevante aktører i helseforvaltningen der strategier, tiltak og mål i WHO Patient Safety Action Plan blir lagt til grunn.

Prosjektet for videreutvikling av GTT-metoden har i 2022 hatt fokus på kartlegging av samstemthet i vurdering av skade og innrapportering av resultater til Norsk pasientregister (NPR). Helse Sør-Øst automatisere deler av granskningsprosessen slik man har gjort i Helse Nord.

Helsedirektoratet har flere relevante oppdrag rettet mot utfordringsområdene innenfor pasientsikkerhet som f. eks nasjonale faglige råd om legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang og gjennomføring av handlingsplan for et bedre smittevern og antibiotika resistens.

Vurderingskriterier 3: Hvordan Helsedirektoratet bidrar til at pasient og brukers lovfestede rettigheter oppfylles

Helsedirektoratet publiserer data på andel fristbrudd, vurderingsgaranti og ventetider slik at helsesektorene kan sette inn tiltak.

Nøkkeltall 1: Antall kommuner med frisklivs-, lærings- og mestringstilbud

Ved inngangen til 2022 hadde 65 prosent av kommuner og bydeler etablert frisklivssentral. 86 prosent av befolkningen er bosatt i kommuner med frisklivssentral. Foreløpige tall for 2022 kommer i mars og endelige tall i juni 2023

Nøkkeltall 2: Andel listeinnbyggere uten fastlege

3,9 % av listeinnbyggere var uten fastlege per 31/12-22.

Nøkkeltall 3: Andel sykehusopphold med minst én pasientskade for samlekategori E-I

Andelen opphold med minst én skade utgjorde 12,8 % i 2021. Målsetningen om 10,3 % er nedfelt i oppdragsdokumentene til RHFene.

Måloppnåelse

Gjennom arbeidet med allmennlegeordningen jobber vi for å sikre tilgjengelighet til gode allmenntjenester i kommunene. Tilgang til fastlege er dokumentert å ha effekt på sykелighet og dødelighet. Dessverre har vi ikke sett den ønskede forbedrede tilgangen på fastleger, og situasjonen er fremdeles bekymringsverdig.

Nasjonale pasientforløp for psykisk helse og rus skal bidra til bedre tilgang, bedre brukerinvolvering og likere fordeling av helsetjenester med effekt. Det er ikke tilstrekkelig måloppnåelse på området, disse videreutvikles nå for bedre samhandling, kvalitet og tilpasning til brukergruppens behov, og forenkling av forløpsarbeidet for tjenestene.

Helsedirektoratet har prioritert revisjon og oppdatering av retningslinjer slik at helsetjenesten får så oppdatert normering som mulig.

Arbeidet med pasientsikkerhet gjennom arbeid med tiltak i den nasjonale handlingsplanen for kvalitet og pasientsikkerhet går videre. Tjenestene rapporterer om en svak nedgang i de mest alvorlige hendelsene, mens mindre alvorlige hendelser stiger noe i antall.

Sentrale aktiviteter i direktoratet

Tilskuddsordningen Kommunalt rusarbeid fikk i 2022 ny innretning. Ordningen skal bidra til bedret livskvalitet, mestring og mulighet for en aktiv og meningsfull tilværelse for personer med rusmiddelproblemer og deres pårørende, gjennom å styrke tilbud innen forebygging, tidlig intervensjon, behandling og oppfølging. Den nye innretningen legger vekt på at kommunene kan inngå samarbeid med bruker- og pårørendeorganisasjoner, andre frivillige og ideelle aktører og/eller offentlige tjenester om å

etablere tjenestetilbud. Den enkelte bruker og pasient skal medvirke både i planlegging, utvikling og evaluering av tilbudet. Ordningen har truffet et behov i kommunene og søknadsgrunnlaget var langt større enn bevilgningen. Statsforvalteren innvilget tilskudd til 146 kommuner i ordningens første år.

Oppdrag læring og mestring i helse- og omsorgstjenesten.

Helsedirektoratet har startet arbeidet med å følge opp forprosjektrapporten om læring og mestring i helse- og omsorgstjenesten. Direktoratet skal:

1. Videreutvikle nasjonale føringer og veiledere for læring og mestring i helse- og omsorgstjenesten herunder tydeliggjøre hva som skal forstås med lærings- og mestringstilbud, formål og målgruppe.
2. Foreslå tiltak for å gjøre etablerte lærings- og mestringstilbud i spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten bedre kjent for ansatte i helsetjenesten og pasienter og pårørende.
3. Utrede og komme med forslag til hvordan fagutvikling og samhandling innen læring og mestring best kan ivaretas for å styrke kvaliteten på lærings- og mestringstilbudet i helse- og omsorgstjenesten. Helsedirektoratet skal videre vurdere juridiske forhold som kommunens plikt til å yte lærings- og mestringstilbud. Statusrapport ble oversendt HOD i desember 2022. Arbeidet skal ferdigstilles i 2023.

Fysisk aktivitet i forebygging og behandling

Helsedirektoratet reviderer, forenkler og digitaliserer nasjonale faglige råd for bruk av fysisk aktivitet i forebygging og behandling i helse- og omsorgstjenesten (Aktivitetshåndboken). I 2022 ble nye anbefalinger for barn, unge, voksne, eldre og gravide, samt for personer med kols og demens, publisert. Prosjekts nettside gir informasjon om prosjektet, høringsutkast og ferdige kapitler.

Ernæring i forebygging og behandling

Digitalt Bra mat for bedre helse kurslederkurs for ansatte i frisklivssentraler er oppdatert i 2022 og det er avholdt et kurs. Nasjonale faglige retningslinjer for å forebygge og behandle underernæring er revidert og publisert i 2022. Den nye retningslinjen gir et forenklet rammeverk for ernæringspraksis og gjelder for alle helsetjenestenivåer. Helsedirektoratet følger opp konkrete tiltak i nasjonal handlingsplan for kosthold og ernæringsstrategi for eldre. Det er inngått avtale om nasjonale kartlegginger av mat og måltider i sykehjem og hjemmetjeneste og sykehus med Høgskolen i Østfold og St. Olavs hospital, samt avtale med utviklingscenter.no om å samle og spre eksempler på godt ernæringsarbeid.

Diabetesarbeid

Helsedirektoratet har samarbeidet med Norsk diabetesregister for voksne (NDV) for å bidra til økt bruk av Noklus diabetesskjema og økt innrapportering til registeret fra allmennpraksis. Det er inngått en treårig oppdragsavtale med NDV som sikrer gratis lisens til nye brukere og teknisk støtte. NDV har begynt innsamling av pasientrapporterte data som vil bidra til å øke registerets dekningsgrad.

Det har vært bedring i flere kvalitetsindikatorer i diabetesbehandlingen fra 2020 til 2021. Andel pasienter med diabetes type 1 med langtidsblodsukker i målområdet har økt. Fortsatt er det for mange som ikke får undersøkt øyebunn og urin årlig, og for få kommer i mål med kolesterolverdiene. NDV har derfor startet et LDL-prosjekt i 2022.

Det er inngått en fireårig oppdragsavtale med Diabetesforbundet som skal bidra til å oppfylle enkelte av målene i nasjonal diabetesplan. I oktober-22 ble det inngått en samarbeidsavtale med Aldring og helse om

å revidere fagprosedyren for behandling og oppfølging av diabetes i sykehjem og hjemmetjeneste. Arbeidet igangsettes i 2023.

I 2022 har det pågått revisjon av tre kapitler i diabetesretningslinjen som nærmer seg ferdigstilling, og mange sider om diabetes på Helse Norge har blitt revidert. I tillegg har anbefaling om fysisk aktivitet ved diabetes type 1 blitt ferdigstilt og sendt på høring.

Det ble avholdt tre møter i Nasjonalt fagråd for diabetes i 2022. Implementeringen av programmet for regelmessige netthinneundersøkelser for diabetisk retinopati pågår i regi av de regionale helseforetakene. Helsedirektoratet deltar som observatør, men registrerer at programmet er forsinket i alle regioner.

Helsedirektoratet har hatt tett kontakt med forskningsmiljøer som forsker på svangerskapsdiabetes. I mai 2022 ble det avholdt et internasjonalt seminar om testing for svangerskapsdiabetes i samarbeid med FHI. Høsten 2022 har Helsedirektoratet på oppdrag fra HOD utarbeidet regelverk for en ny tilskuddsordning "Diabetesarbeid" som innføres fra 2023. Helsedirektoratet ble bedt om å utarbeide et forslag til fornyet Nasjonal diabetesplan og et utkast ble oversendt HOD i februar 2022.

3.5

Mål 5 – Pasienter, brukere og pårørende opplever sammenhengende helse- og omsorgstjenester på tvers av fagområder og forvaltningsnivå

Status og utvikling på målområdet

Sammenhengende helsetjenester er en av de seks dimensjonene som definerer kvalitet i helsetjenesten. Arbeidene med pakkeforløp søker å legge til rette for sammenhengende tjenester. Nasjonalt var andelen kreftpakkeforløp som ble gjennomført innen anbefalt forløpstid på ca. 71%. Målsetningen er 70, men det sees variasjon mellom helseregionene. (63,2-98,6%). Innen psykisk helse og rus har pakkeforløpene (nasjonale pasientforløp) samme målsetning. Forløpstid for utredning i psykisk helsevern for voksne har falt fra 74% i 2021 til 68% i 2. tertial 2022. For samme indikator for barn og unge er utvikling den samme med nedgang fra 55% til 46% i samme periode. Begge indikatorene har målsetning på 80%. Årsaker til denne utviklingen kan forklares med etterslep etter pandemi, høyt sykefravær i helsetjenesten, sykehus i beredskap.

Arbeidet i helsefelleskapene skal understøtte samordning av tjenester mellom nivåene. Helsefelleskapet eies som arena av helseforetak og kommuner, men Helsedirektoratet har bidratt med å fasilitere nettverk, spre informasjon og veilede i tilskuddsordninger. 18 av 19 helsefelleskap er nå etablert.

Helsetjenester til barn i barnevernet er utviklet videre gjennom 2022 i samarbeid med BufDir. Målet har vært å sikre bedre sammenheng mellom helsetjenester og barnevernstjenester.

Samhandling påvirkes fremdeles av ulike digitale løsninger mellom tjenestenivåene og innad i tjenestenivåene. En kan ikke forvente én samlet digital løsning på dette, men må løses gjennom å utvikle

gode løsninger på avgrensede områder. Eksempel på dette er arbeidet med pasientens legemiddelliste som både adresserer sammenhengende tjenester og den hyppigst forekommende feilen i helsetjenesten; legemiddelfeil.

Styringsindikatorer

Vurderingskriterier 1: i. Hvordan Helsedirektoratet bruker virkemidlene sine for å understøtte helsefelleskapenes arbeid med felles planlegging og utvikling av tjenester

Helsedirektoratet har bidratt til erfaringsdeling for helsefelleskapene gjennom å fasilitere Nettverk for helsefelleskap og informasjonskanaler som nyhetsbrev for helsefelleskap (4-6 utgaver per år) og nettside på helsedirektoratet.no med egen temaside for helsefelleskap.

Helsedirektoratet bidrar med å formidle kontakt mellom helsefelleskap og å informere om helsefelleskap gjennom betydelig foredragsvirksomhet. Helsedirektoratet jobber med å se sine virkemidler i sammenheng for å understøtte helsefelleskapene og det er mange normerende produkter som er av betydning for utvikling av tjenester og pasientforløp for de prioriterte pasientgruppene, og pedagogiske virkemidler, herunder et stort arbeid med utvikling av styringsinformasjon til helsefelleskapene i tillegg til utvikling av finansieringsordninger (ISF og resultatbasert finansiering i 2022) og aktuelle tilskuddsordninger, særlig Tilskudd til felles sekretariatsfunksjon for kommunene i helsefelleskap.

Vurderingskriterier 2: ii. Hvordan Helsedirektoratet bidrar til å støtte kommunene i planlegging og utvikling av et sammenhengende tjenestetilbud på tvers av sektorene i kommunene

Arbeidet med å videreutvikle forløpene innen psykisk helse og rus er delt inn i to faser; navneendring og videreutvikling av forløpene. Oppdaterte forløp med bruk av nytt navn trår i kraft i 2023.

Formålet med å videreutvikle forløpene er bedre samhandling, kvalitet og brukerinnflytelse, tilpasning til brukergruppens behov og gjøre forløpsarbeid enklere for tjenestene.

Det er blitt avholdt innspillmøter med ressurspersoner fra RHF og HF; Bruker- og pårørende organisasjoner og fag-/profesjonsorganisasjoner, for å sikre oss gode innspill og refleksjoner og arbeidet videreføres i 2023.

Nøkkeltall 1: Andel epikriser sendt fra sykehusene innen en dag etter at pasienten er skrevet ut fra somatisk helsetjeneste[6]

Somatikk: 66,7 %

Psykisk helsevern voksne: 56 %

Nøkkeltall 2: Antall ACT og FACT team

I 2022 hadde man omtrent 16 FACT ung- team, det var i tillegg til disse ca.15 forprosjekter. Det var omtrent 77 ACT/ FACT team i 2022 og rundt 11 forprosjekter. Det er rapportert inn at fire FACT-team ble nedlagt i 2022.

Måloppnåelse

Arbeidene med pasientforløp søker å legge til rette for sammenhengende tjenester. Nasjonalt var andelen av pasientforløp innen kreftområdet som ble gjennomført innen anbefalt forløpstid på ca. 71 %. Målsetningen er 70 %. Innen psykisk helse og rus har pakkeforløpene (nasjonale pasientforløp) tilsvarende målsetning om gjennomføring innen anbefalt forløpstid. Andelen gjennomført innen anbefalt forløpstid for utredning i psykisk helsevern for voksne har falt fra 74 % i 2021 til 68% i 2. tertial 2022. For samme indikator for barn og unge er utviklingen den samme med nedgang fra 55% til 46% i samme periode. Målsetning er 80 % både for voksne og for barn og unge.

Arbeidet i helsefelleskapene skal understøtte samordning av tjenester mellom nivåene. Helsefelleskapet eies som arena av helseforetak og kommuner, men Helsedirektoratet har bidratt med å fasilitere nettverk, spre informasjon og veilede i tilskuddsordninger. 18 av 19 helsefelleskap er nå etablert.

Innen rehabiliteringstjenestene ble det foretatt en forløpsanalyse gjennom et uttrekk av prepandemi data, med pasienter som mottok rehabilitering enten i spesialist- eller primærhelsetjenesten i 2018. Analysen indikerer at de fleste rehabiliteringspasienter ikke er del av sammenhengende eller sømløse rehabiliteringsforløp. Dette kan til dels forklares med at tilbudene i spesialist- og primærhelsetjenesten er innrettet mot ulike pasient-/brukergrupper.

Sentrale aktiviteter i direktoratet

Rehabilitering

I en rapport fra direktoratet til HOD fra desember 2022, pekte vi på at forvaltningens mulighet til å måle kapasitet, kvalitet og bærekraft i rehabiliteringstjenestene er betinget tilgang på representative og pålitelige tjenestedata. Det ble primo 2022 søkt om og gitt tillatelse til å koble individdata fra NPR og KPR, og dataene ble utlevert som anonymisert statistikk. Av strenge personvern hensyn, lot det seg ikke gjennomføre å koble de samme data med registerdata fra NAV.

I forbindelse med forløpsanalysene utført som del av dette tiltaket, ble det gjort et uttrekk av prepandemi data, med pasienter som mottok rehabilitering enten i spesialist- eller primærhelsetjenesten i 2018, men ikke i 2017. Formålet var å avgrense uttrekket til pasienter som startet på et nytt forløp i 2018. Det er ikke skilt mellom pasienter med behov for rehabilitering for en nyoppstått tilstand eller dem med kroniske tilstander. Som del av uttrekket ble det også tatt ut data på bruk av andre helsetjenester som bruk av spesialisthelsetjenester forut for rehabiliteringen i 2018. Utvalget var personer over 18 år, 1) registrert med DRG-kodene for rehabiliteringstjenester i 2018 i NPR, men ikke i 2017, og/eller 2) registrert som mottakere av rehabilitering i eller utenfor institusjon i KPR, i 2018, men ikke i 2017. Uttrekket identifiserte 67 018 personer (tilsvarende 1,3% av landets befolkning i 2018).

Resultat fra analysen:

1. Volum av sammenhengende forløp: Kun i underkant av 7 % av pasientene mottok rehabilitering fra mer enn en tjenesteyter/et tjenestenivå i løpet av kalenderåret 2018.
2. Demografiske forskjeller hos tjenestemottakere i spesialist- og primærhelsetjenesten:
 - 9 % av rehabiliteringsbrukerne i primærhelsetjenesten er over 70 år, men det tilsvarende tallet for pasienter ved sykehus og private rehabiliteringsinstitusjoner er hhv. 32 % og 21 %.
3. Ulikheter i sykdomsbyrde før oppstart av rehabilitering: I perioden fra 2008 til 2017, altså året før bruk av rehabiliteringstjenester i 2018, øker bruken av spesialisthelsetjenester hos de ulike gruppene med rehabiliteringspasienter på følgende måte:
 - Rehabiliteringspasienter fra 2018 i sykehus: 59 %
 - Rehabiliteringspasienter fra 2018 i private rehabiliteringsinstitusjoner: 65 %
 - Rehabiliteringsbrukere fra 2018 i primærhelsetjenesten: 36 %

Dette understøtter at rehabiliteringstilbudene i sykehus, private rehabiliteringssenter og kommunene i dag er innrettet mot ulike, til dels separate, pasientgrupper.

Analysen konkluderte med at tjenestedata fra Norsk pasientregister (NPR) og Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) indikerer at de fleste rehabiliteringspasienter ikke er del av sammenhengende eller sømløse rehabiliteringsforløp. Dette kan til dels forklares med at tilbudene i spesialist- og primærhelsetjenesten er innrettet mot ulike pasient-/brukergrupper.

Oppdrag læring og mestring i helse- og omsorgstjenesten.

Helsedirektoratet har startet arbeidet med å følge opp forprosjektrapporten om læring og mestring i helse- og omsorgstjenesten. Direktoratet skal:

1. Videreutvikle nasjonale føringer og veiledere for læring og mestring i helse- og omsorgstjenesten herunder tydeliggjøre hva som skal forstås med lærings- og mestringstilbud, formål og målgruppe.
2. Foreslå tiltak for å gjøre etablerte lærings- og mestringstilbud i spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten bedre kjent for ansatte i helsetjenesten og pasienter og pårørende.
3. Utrede og komme med forslag til hvordan fagutvikling og samhandling innen læring og mestring best kan ivaretas for å styrke kvaliteten på lærings- og mestringstilbudet i helse- og omsorgstjenesten. Helsedirektoratet skal videre vurdere juridiske forhold som kommunens plikt til å yte lærings- og mestringstilbud. Statusrapport ble oversendt HOD i desember 2022. Arbeidet skal ferdigstilles i 2023.

Selvmordsforebyggende arbeid:

Helsedirektoratet har utarbeidet et ressurskart over det selvmordsforebyggende arbeidet i Norge. Ressursen inngår i det veiledende materialet for kommunene om forebygging av selvskading og selvmord og i nettressurs for arbeidet med å utvikle kommunale handlingsplaner for forebygging av selvmord.

[6] 2. tertial 2022

3.6

Mål 6 – Helse- og omsorgstjenesten tar raskt i bruk virksomme og ressurseffektive verktøy og arbeidsmetoder

Status og utvikling på målområdet

At helsetjenesten har tilgang til og tar i bruk ressurseffektive arbeidsmetoder og verktøy bidrar til å øke kvaliteten på helsetjenesten samtidig som det reduserer kostnader og øker produktiviteten. Noen av disse arbeidsmetodene inkluderer:

Velferdsteknologi – Helsedirektoratet har ledet nasjonalt velferdsteknologiprogram siden 2014. Formålet har vært å prøve ut, og etter hvert implementere, velferdsteknologi i landets kommuner. Velferdsteknologi

skal bli en integrert del av hvordan helse- og omsorgstjenester gis og skal tildeles på lik linje som mer "tradisjonelle" helse- og omsorgstjenester.

Å følge med på implementeringstakten på dette relativt ferske feltet vil gi en pekepinn på hvorvidt Helsedirektoratet (og samarbeidende etater) har lyktes med målsettingen. Nordens velferdssenter i Sverige ser også på disse dataene, og sammenligner med tilsvarende i Sverige. Det kan synes som om Norge har kommet lengre i implementeringen av dette feltet, noe som antageligvis delvis kan tilskrives det faktum at Norge har hatt et nasjonalt program på området.

Tall fra KPR (antall brukere i helse- og omsorgstjenesten som har velferdsteknologi som en del av tjenestetilbudet) viser at totalantallet øker fra år til år:

2021: 115 678 brukere

2020: 109 765 brukere

2019: 82 542 brukere

Kunstig intelligens - Selve implementeringsarbeidet gjøres av helsetjenesten. I fjorårets [sluttrapport](#) er en oppsummering av status på arbeidet og hvilke produkter som er i bruk i både spesialisthelsetjenesten (avsnitt 2.1.2) og kommunal helse- og omsorgstjeneste (avsnitt 2.1.3). Der står det beskrevet hvor langt sektoren er kommet i arbeidet, i tillegg til eksempler på bruk i helsetjenesten i dag.

Normerende produkter - Helsedirektoratet har standardisert ordbruken på råd og anbefalinger. Det gjør det lettere å kjenne styrken på normeringen og prioritere å tvers av fagfelt. For at helsetjenesten skal få en enkel tilgang til råd og anbefalinger må de være tilgjengelige gjennom API'er på de arbeidsflater som helsepersonell benytter. En gjennomgang av Helsedirektoratets normerende produkter viser at det fortsatt er en del normerende produkter som ikke er digitalisert. Helsedirektoratet bruker nå mer ressurser på å revidere eldre publikasjoner enn på utvikling av nye normerende produkter. Herunder også skriving inn på strukturert digitalt format.

Digitale konsultasjoner – Når det gjelder e konsultasjoner hos fastlege har andelen falt noe siden pandemien, men vi er fremdeles på et vesentlig høyere nivå enn før pandemien. Dette indikerer at fastlegene her i større grad har tatt i bruk nye arbeidsformer: [E-konsultasjoner hos fastleger - Helsedirektoratet](#)

Verktøy og metoder for kvalitetsforbedring – Nettsiden www.itryggehender24-7.no inneholder kompetanse og metoderressurser til bruk i tjenesten for å bygge kompetanse i systematisk forbedring og verktøy for å gjennomføre forbedringsprosesser. Nettsiden er under kontinuerlig oppdatering og forbedring

Utprøving av nye arbeidsmodeller som primærhelseteam

Pilotprosjekt med primærhelseteam (PHT) i fastlegepraksiser startet 01.04.2018 og inkluderer i dag 17 fastlegepraksiser fordelt på 9 kommuner og 3 bydeler i Oslo. Målet for pilotprosjektet er å undersøke om PHT gir et bedre tilbud til pasientene enn det ordinære fastlegetilbudet.

Styringsindikatorer

Vurderingskriterier 1: Hvordan Helsedirektoratet påvirker implementeringstakt av velferdsteknologi i helse- og omsorgssektoren

Å følge med på implementeringstakten på dette relativt ferske feltet vil gi en pekepinn på hvorvidt Helsedirektoratet (og samarbeidende etater) har lyktes med målsettingen. Nordens velferdssenter i Sverige ser også på disse dataene, og sammenligner med tilsvarende i Sverige. Det kan synes som om Norge har kommet lengre i implementeringen av dette feltet, noe som antageligvis delvis kan tilskrives det faktum at Norge har hatt et nasjonalt program på området.

Vurderingskriterier 2: Hvordan Helsedirektoratet legger til rette for at normerende produkter tas i bruk i Helsetjenesten

Helsedirektoratet legger til rette for at normerende produkter tas i bruk ved nå å publisere produktene på et gjenkjennelig strukturert digitalt format. Vi reduserer også omfanget på produktene og fokuserer gir anbefalinger på spesifikke problemstillinger der vi ser det er særlig behov for normering. Det nye digitale formatet med åpne data (API) bidrar også til at helsetjenesten kan importere dem inn i egne verktøy (for eksempel elektroniske pasientjournaler, oppslagsverk, metodebøker og andre elektroniske verktøy).

Styringsparameter: Andel retningslinjer/veiledere som er digitalisert og oppdatert (faglig gjennomgått)

Type normerende produkt	Antall	i PDF-format
Nasjonale faglige retningslinjer	78	17 (+ 28 krefthandlingsprogram)
Nasjonale faglige råd	30	1
Nasjonale forløp (inkl. pakkeforløp kreft)	40	0
Nasjonale veiledere	61	40

Måloppnåelse

Helsedirektoratet har i 2022 gjennom sine oppdrag i tildelingsbrev og i sitt samfunnsoppdrag, jobbet med utbredelse, pilotering og tilrettelegging av virksomme og ressurseffektive verktøy og arbeidsmetoder på en rekke tjeneste og teknologiområder. Felles for alle områdene har vært et nært samarbeid med aktørene i helsetjenesten for å møte behovene.

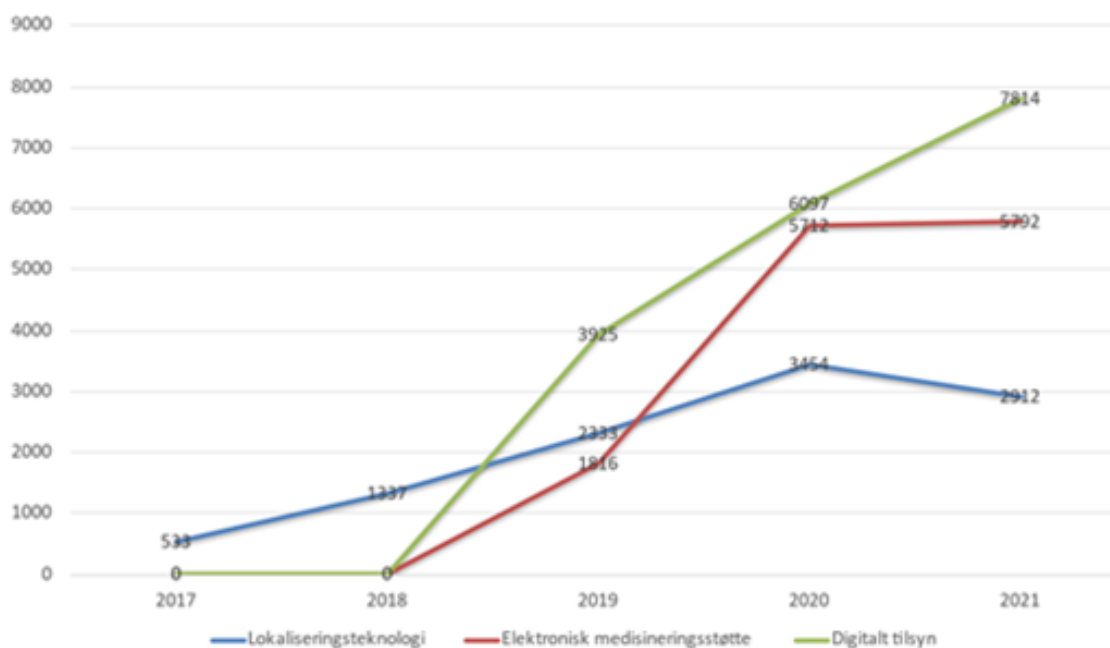
Gjennom Velferdsteknologiprogrammet ser vi en økende utbredelse av velferdsteknologi som tas i bruk i helsetjenesten. Rapportene Digital hjemmeoppfølging - sluttrapport fra nasjonal utprøving 2018-2021 (Hdir, 2021) og Digital hjemmeoppfølging og ressursbruk i primær- og spesialisthelsetjenesten (FHI, 2022) viste bl.a. at pasienter og pårørende opplevde positive effekter som bedre mestring. Grunnet lite forskning og fortsatt begrenset utbredelse er det for lite kunnskapsgrunnlag for å si om og i hvilken grad dette gir besparelser for helsetjenesten. Tilskuddsordningene i Velferdsteknologiprogrammet vil evalueres videre inn i 2023.

I arbeidet med Kunstig intelligens (KI) har Helsedirektoratet sammen med Direktorat for e-helse og Legemiddelverket etablert en tverretatelig regulatorisk veiledningstjeneste for å støtte og veilede helsetjenesten i trygg implementering og innføring av kunstig intelligens. Det er nå en rekke konkrete pågående initiativ og innføringer spesielt innen radiologi i spesialisthelsetjenesten, som er antatt å ville gi både økt kvalitet og mer effektiv ressursbruk. I primærhelsetjenesten er ennå ikke kunstig intelligens i vesentlig grad tatt i bruk, men det er eksempler der KI nå blir benyttet innen både logistikk og bemanningsplanlegging.

Sentrale aktiviteter i direktoratet

Velferdsteknologi

Det er en jevn stigning i rapporteringen på velferdsteknologi i kommunen. Digitale trygghetsalarmer er imidlertid en velkjent teknologi som har ganske lik utbredelse på tvers av de nordiske landegrensene. Det er kanskje heller ikke et godt uttrykk for den tjenesteinnovasjon som skjer der ute. Dersom man imidlertid tar for seg de tre andre teknologiene måler man mer av nybrottsarbeidet som skjer, og som velferdsteknologiprogrammet har bidratt til. Figur 3-2 Utvikling i bruk av tre velferdsteknologiske verktøy viser den store veksten i bruk av bla. elektronisk medisineringsstøtte fra 2017 til 2021.



Figur 3-2 Utvikling i bruk av tre velferdsteknologiske verktøy

Kunstig intelligens

Kunstig intelligens er nevnt i Nasjonal helse- og sykehusplan som en muliggjørende teknologi for å øke kvaliteten og redusere ressursbruken i helsetjenesten. Det nasjonale koordineringsprosjektet for kunstig intelligens-arbeidet ble opprettet høsten 2019 og har siden da hatt som fokus å støtte og hjelpe helsetjenesten i dette arbeidet. I fjor etablerte prosjektet tverretatlige nettsider til støtte i sektorens arbeid på dette området. Det er opprettet en tverretatlig redaksjon som holder nettsidene oppdaterte. I tillegg ble tverretatlig veiledningstjeneste opprettet. Dette er et spisset tilbud for én-til-én-veiledning, som skal brukes der det er behov for veiledning etter flere regelverk i ett og samme møte. I år skal prosjektet lage nasjonale rammer for valideringen (kvalitetssikring) som gjøres når man anskaffer et produkt med kunstig intelligens.

Normerende produkter

Nasjonalt faglig råd om implementering av Helsedirektoratets normerende produkter lanseres i 2023. Rådet bygger på kunnskapsbaserte implementeringsrammeverk og -modeller og kan også appliseres på andre intervensjoner og anbefalinger som skal implementeres.

Helsedirektoratet er i ferd med å gå systematisk gjennom publiserte normerende produkter. Tall fra Helsedirektoratet.no per 31. januar 2023 viser at det fremdeles er en del publikasjoner som er merket med at de er i PDF-format. De er ikke fullstendig gjennomgått og faglig oppdatert, men det kan være at enkelte anbefalinger, råd eller tekst er oppdatert.

Antall sidevisninger er et mål for bruk, selv om det vil ha noen feilkilder. Helsedirektoratet kan kun hente ut sidevisninger fra eget domene, og vil ikke kunne fange opp bruk etter at det inkorporert i andre sine kanaler eller de som har laget utskrifter.

Nasjonale faglige retningslinjer for å forebygge og behandle underernæring er revidert og publisert i 2022. Det anbefales nå ett enkelt verktøy (MST) for å vurdere risiko for underernæring, uavhengig av alder, diagnose og helsetjenestenivå. Dette vil kunne bidra til en bedre, mer effektiv og enhetlig ernæringsoppfølging.

Pilotprosjekt primærhelseteam

Pilotprosjekt med primærhelseteam (PHT) i fastlegepraksiser startet 01.04.2018 og inkluderer i dag 17 fastlegepraksiser fordelt på 9 kommuner og 3 bydeler i Oslo. Pilotprosjektet prøver ut en teammodell med fastlege, sykepleier og helsesekretær, og i to av praksisene inngår også psykolog i teamet. Fastlegen leder teamet. Det er to ulike finansieringsmodeller i prosjektet: honorarmodellen og driftstilskuddsmodellen. Prosjektet omfatter 112 fastleger med totalt 103 000 listeinnbyggere. Det gis tilskudd til ca. 29 nye årsverk for sykepleiere i fastlegepraksisene. Målet for pilotprosjektet er å undersøke om PHT gir et bedre tilbud til pasientene enn det ordinære fastlegetilbudet. Prosjektet var opprinnelig treårig, men ble i 2019 vedtatt utvidet med fire nye fastlegepraksiser og i varighet med to år. Pilotprosjektet avsluttes 31.03.2023. Driften ved pilotkontorene videreføres inntil regjeringen har tatt stilling til ekspertutvalgets anbefalinger knyttet til flerfaglighet. Det omfatter at begge finansieringsmodellene videreføres i hele 2023. Tilskudsregelverket gjelder tom. 31.03.2023, og Helsedirektoratet er i prosess med å utarbeide et tilskudsregelverk som skal gjelde fom. 1. april. Helsedirektoratet har midler til å forvalte ordningen med PHT i 2023.

Forsøket evalueres gjennom et samarbeid mellom Universitetet i Oslo ved Institutt for helse og samfunn, Nasjonalt senter for distriktsmedisin (Universitetet i Tromsø) og Oslo Economics. Det publiseres [årlige underveirsrapporter fra evalueringen](#), samt [sluttrapport for perioden 2018-2021](#). Årets rapport viser nye, og forsterker også tidligere, funn som viser at forsøket med PHT i fastlegekontor oppnår flere av effektmålene. Evalueringen i 2023 blir gjennomført som tidligere år. Det er blant annet tenkt å gi en noe bredere utredning av hvordan landets fastlegekontor kan arbeide tverrfaglig med utgangspunkt i erfaringene fra forsøket med primærhelseteam. Helsedirektoratet har gjennom pilotperioden arrangert to årlige fellessamlinger med ansatte i deltakende legekantor, kommunale prosjektledere og ressursgruppen. Siste samling avholdes i mars 2023. Prosjektet har gjennomført statusmøter med legekantorene hvert halvår. Avsluttende statusmøter ble gjennomført før jul. Gjennom piloten har det blitt holdt månedlige, digitale undervisninger for deltakende legekantor. Siste undervisning ble gjennomført i februar.

3.7

Mål 7 – Pasienter, brukere og pårørende medvirker og blir involvert av helsepersonell i eget forløp og i utviklingen av tjenestene

Status og utvikling på målområdet

Bruker- og pårørendemedvirkning er et strategisk utviklingsområde i Helsedirektoratet, og et av målene er å bidra til økt bruker- og pårørendemedvirkning i helse- og omsorgstjenesten.

Kunnskapsbasert praksis og vår metodikk for utvikling av normerende produkter stiller krav om bruker- og pårørendemedvirkning, og medvirkning er integrert som anbefalinger eller delanbefalinger i en del av våre normerende produkter.

I arbeidet med de nasjonale faglige råd for bruker- og pårørendemedvirkning i rus og psykisk helsefeltet, har fremskaffelse av kunnskapsgrunnlaget om både erfaringer med og effekten av brukermedvirkning og hvordan få til samarbeidet om bruker- og pårørendemedvirkning vært et viktig arbeid 2022. Kunnskapsinnhenting har blitt gjort i direkte dialog med bruker, pårørende, organisasjoner og praksisfelt og gjennom et omfattende litteratursøk. Vi har oppnådd økt interesse og forventning til vårt produkt gjennom involvering, webinarer og deltakelse på faglige arenaer.

En viktig forutsetning for å få til bruker- og pårørendemedvirkning på tjeneste- og systemnivå er tilgjengelige bruker- og pårørenderepresentanter og erfaringskonsulenter. Regelverket for flere tilskuddsordninger, herunder tilskudd til driftsmidler til bruker- og pårørendeorganisasjoner på rus, psykisk helse og voldsfeltet og tilskudd til kommunalt rusarbeid, har blitt tydeligere på bruker- og pårørendemedvirkning og samarbeidet med bruker- og pårørendeorganisasjonene.

Styringsindikatorer

Vurderingskriterier Helsedirektoratets bruk av systematisk brukermedvirkning i gjennomføring av oppdrag og faste oppgaver:

Helsedirektoratet har et mål om systematisk bruker- og pårørendemedvirkning i vårt arbeid. Det interne Senter for brukermedvirkning gir praktisk hjelp og veiledning for å sikre bruker- og pårørendemedvirkning i mange av direktoratets oppdrag. Det er utviklet et kursopplegg og en film for introduksjon til verdier og holdninger til bruker- og pårørendemedvirkning som anvendes eksternt og internt. Vi utvikler i samarbeid med bruker- og pårørenderepresentanter et kompetansetiltak som skal bidra til mer systematisk bruker- og pårørendemedvirkning i våre arbeidsprosesser.

Styringsparameter: Oppdrag og faste oppgaver som er gjennomført med bruker- og pårørendemedvirkning

Det er store variasjoner på hvor langt vi har kommet. På noen fagområder og avdelinger gjennomføres en høy andel av oppdrag og oppgaver med god bruker- og pårørendemedvirkning, mens det på andre områder er en for lav andel

Nøkkeltall 1: Mottakere av rehabilitering og habilitering på institusjon og hjemme med individuell plan (NKI):

Andel mottakere av rehabilitering/habilitering i hjemmet med IP:

2021: 9,95 %
2020: 11,19 %
2019: 6,64 %

Andel mottakere av rehabilitering/habilitering institusjon med IP:

2021: 1,67 %
2020: 1,45 %
2019: 2,20 %

Nøkkeltall 2: Pasienterfaringer med fastlege og fastlegekontor (NKI):

I 2022 utviklet Helsedirektoratet en ny kvalitetsindikator basert på en brukererfaringsundersøkelse gjennomført av FHI. Spørsmålene i undersøkelsen er regnet om til 5 indikatorer innenfor følgende tema: Fastlegen, Organisering og øvrige ansatte, Tilgjengelighet, Mestring og Koordinering og samhandling. Resultatene vises i en skala fra 0-100, hvor 100 er best. På nasjonalt nivå gir pasientene best vurderinger på indikatorene Fastlegen og Organisering og øvrige ansatte, begge med skår på 77 av 100. Pasientene var minst fornøyde med tilgjengeligheten på time hos fastlegen. Skåren på denne indikatoren er 63 av 100.

Måloppnåelse

Arbeidet med å utvikle nasjonale faglige råd for bruker- og pårørendemedvirkning i rus og psykisk helsefeltet bidrar til en bevisstgjøring og økt interesse gjennom bred involveringsprosess med bruker, pårørende, organisasjoner og praksisfeltet. Målet er økt bruker- og pårørendemedvirkning i tjenestene, og rådene vil inneholde anbefalinger om hvordan man oppnår god bruker- og pårørendemedvirkning på individ-, tjeneste- og systemnivå. De faglige rådene skal videreutvikles til å gjelde hele helse- og omsorgsfeltet på sikt.

Det er store variasjoner på den systematiske bruker- og pårørendemedvirkning i gjennomføring av oppdrag og faste oppgaver i direktoratet. På noen fagområder og avdelinger gjennomføres en høy andel av oppdrag og oppgaver med god bruker- og pårørendemedvirkning, mens det på andre områder er en for lav andel. Gjennom vårt strategiske utviklingsområde "brukeren først" og Senter for brukermidvirkning oppnår vi større bevissthet om tidlig bruker- og pårørendemedvirkning i gjennomføring av oppdrag og faste oppgaver. Kompetanseutvikling om bruker- og pårørendemedvirkning er igangsatt og 52 ansatte har gjennomført introduksjonskurset om verdier og holdninger til bruker- og pårørendemedvirkning.

Sentrale aktiviteter i direktoratet

Rask psykisk helsehjelp har bruker- og pårørendemedvirkning i utviklingen av ordningen og i 9 av 10 oppdrag.

Nasjonale faglige råd for bruker- og pårørendemedvirkning i rus og psykisk helsefeltet har medvirkning i alle prosesser. Målet er økt bruker- og pårørendemedvirkning i tjenestene.

Nasjonale pasientforløp psykisk helse og rus har brukermidvirkning som et av målene og brukerrepresentanter har vært en del av arbeidsgruppen i hele prosessen.

Normerende produkter som retningslinjer, faglige råd, med mer., utarbeides med bruker- og pårørendemedvirkning, og brukermidvirkning er integrert som anbefalinger eller delanbefalinger i de fleste av våre normerende produkter.

Oppdrag Opptappingsplan psykisk helse og Oppdrag forebygging og behandlingsreform rus har bruker- og pårørendemedvirkning i arbeidsprosessen og i anbefalingene til tiltak.

Fengselshelsetjenester: bruker- og pårørenderepresentanter deltar i deler av oppdraget, dialog med flere bruker- og pårørendeorganisasjoner.

ACT/FACT og FACT ung: 7 av 10 oppgaver/oppdrag har bruker- og pårørendemedvirkning. FIT, Modellen er basert på medvirkning fra brukere.

Rådgivende enhet for russaker har bruker- og pårørendemedvirkning i alle prosesser. Innspills møter, åpen dialog samarbeid om utvikling av produkter. Krav fra HOD om brukermidvirkning i oppdragene.

Leve hele livet har bruker- og pårørendemedvirkning i hele prosessen. Representanter for pasienter, brukere og pårørende er med i referansegruppe. Brukere er invitert med i innspillsprosesser i oppfølging av ernæringsstrategien.

Demensplan og Lindrende: bruker- og pårørendemedvirkning i hele prosessen.

Pårørendestrategi: bruker- og pårørendemedvirkning i arbeidsgruppen, ekspertgruppen og i alle delprosjekter

Prioriteringsveileder i kommunene: Bruker- og pårørenderepresentanter deltar i arbeidsgruppen, brukermidvirkning på ulike nivåer i prosjektet.

Kompetanseløft: Programmet leverte i 2022 tre store oppdrag i tillegg til den faste porteføljen. Det har vært bruker- og pårørendemedvirkning på ulike nivåer i alle 3 oppdrag innen kompetanseløft.

Tannhelseteam; Oppfølging av evaluering av TOO (Tannhelsetilbud til tortur og overgrepsofsatte og personer med odontofobi) TTB2022-09: To brukerrepresentanter har deltatt i arbeidet

Legeteam; Handlingsplanen har brukerrepresentasjon i referansegruppen.

Oppdrag læring og mestring i helse- og omsorgstjenesten; Bruker- og pårørendemedvirkning er sentralt i løsning av oppdraget.

Digiung har aktiv brukermidvirkning i 7 av 8 prosjekter. I prosjektene er det i tillegg brukertesting, brukerundersøkelser, workshoper og intervjuer, samt et ungdomspanel som brukes aktivt.

Livshendelsen Alvorlig sykt barn Det er opprettet et ungdomspanel og et foreldrepanel som har deltatt aktivt i arbeidet med brukerinnsikt i utvikling av prosjektet enklere tilgang til informasjon.

Den tverrsektorielle veilederen Sammen om barn og unges psykiske helse har hatt brukerrepresentanter med i utviklingen av veilederen.

Arbeidet med Helsekompetansestrategi har bruker- og pårørendemedvirkning i flere av arbeidsprosessene

I oppdrag om Advarselsmerking alkohol har det vært dialogmøte med brukerorganisasjoner.

Oppdrag om responstid og standard for kompetanse og utstyr, og Oppdrag om å vurdere endringer i regulering og finansiering av legevakt har involvert brukerrutvalget til førstehjelpsdugnaden "sammen redder vi liv" samt BrukerRoP.

Tilskuddsregelverk; aktiv bruker- og pårørendemedvirkning i revidering av regelverket for driftstilskudd til bruker- og pårørendeorganisasjoner og i ordningen for tilskudd til kommunalt rusarbeid.

3.8

Mål 8 – Helse- og omsorgstjenesten planlegger helhetlig og langsiktig for en bærekraftig utvikling

Status og utvikling på målområdet

Endringer i den demografiske utviklingen med større andel eldre og lavere andel yrkesaktive, utfordrer Norges økonomiske bæreevne og helsetjenestene, der framskrivninger viser at gapet mellom ressurser og ønsker og behov vil fortsette å øke. Mangel på kompetent personell, høyt sykefravær og turnover utfordrer helsetjenestenes bærekraft.

God helse i befolkningen er en forutsetning for et bærekraftig samfunn. Å fremme helse og forebygge sykdom er derfor helt nødvendig. Befolkningens helse er avhengig av mange faktorer utenfor helsetjenesten, som beskrevet under tidligere mål. I de siste årene har de sosiale helseforskjellene økt.

I tillegg vil klima- og miljøkrisen påvirke vår handlingsevne gjennom økte kostnader til både forebygging og reparasjon av naturødeleggelser og infrastruktur, økt migrasjon, nye sykdommer og muligens flere personskader forårsaket av naturhendelser på grunn av endringer i naturen (skred, "ekstremvær") grunnet klimaendringer.

Styringsindikatorer

Vurderingskriterier 1: Hvordan Helsedirektoratet gjennom sine virkemidler og aktiviteter bidrar til at helsetjenestene planlegger helhetlig og langsiktig for en bærekraftig utvikling

Helsedirektoratet har bidratt til måloppnåelse gjennom kunnskapsutvikling om sunn aldring og aldersvennlig samfunnsutvikling, bevisstgjøring rundt aldring og helsekompetanse i befolkningen og nettverksbygging mot kommuner og ulike sektorer i samfunnet. For å nå målet bidrar vi med å forebygge sykdom gjennom folkehelseiltak rettet mot både befolkningen, kommunene og tjenestene. Ulike aktiviteter og virkemidler som finansiering, juridiske, normerende og pedagogiske, bidrar til personell- og kompetanseutvikling, organisasjonsutvikling og utvikling av planleggingskompetanse i kommunene, støtte til både kommunene og spesialisthelsetjenesten til å ta i bruk og utvikle teknologi, samt bistand og tilrettelegging for samhandling og samarbeid mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten (helsefelleskapene).

Vurderingskriterier 2: Hvordan Helsedirektoratet støtter helsetjenestene i evaluering av klimagassutslipp og utvikling mot et bærekraftig lavutslippssamfunn

Helsedirektoratet fikk i 2022 i oppdrag å kartlegge klimagassutslipp i helse- og omsorgssektoren, som ledd i oppfølging av COP26 helseprogram. Det pågår nå et arbeid med å beskrive utviklingsområder for både bedre metoder for å måle klimagassutslipp og utslippsreducerende tiltak. Spesialisthelsetjenesten har siden 2019 laget egne klimagassregnskap som dekker direkte energirelaterte utslipp. Sykehusinnkjøp HF har fått i oppdrag å bidra i videreutviklingen av klimagassregnskap for spesialisthelsetjenesten og Helsedirektoratet følger dette arbeidet tett. Bærekraft og klima blir også integrert i arbeidet med å utvikle nye nordiske ernæringsråd.

I spesialisthelsetjenestens årlige rapport for samfunnsansvar for 2022 framgår det at utslippet var 330 199,10 tonn CO₂. (tonn utslipp - kjøp av gjenvinningskraft). Utslippene fordeler seg slik:

Energibehov: 60 %

Gasser: 6 %

Transport ansatte: 3 %

Transport pasienter: 34 %

Det finnes ikke et samlet tall for kommunale helse- og omsorgstjenester. Eksempel fra Hamar kommune viser at sektoren hadde utslipp på 9 684 CO₂ ekvivalenter i 2016.

Måloppnåelse

For å utvikle helsetjenestene i mer bærekraftig retning som fortsatt kan gi likeverdige tjenester av høy kvalitet, er det behov for helhetlig og langsiktig planlegging både i kommunene og helseforetakene. Det er også viktig at de sammen har forståelse for hverandres behov og klarer å ivareta pasientenes behov gjennom god dialog og felles planlegging og samhandling.

Skal kommunene møte utviklingen på en bærekraftig måte er det behov for langsiktige og helhetlige planer. I Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM) rapport Hva hemmer og hva fremmer tilgang på kvalifisert personell i distriktskommunene (januar 2022) framgår det at mange kommuner mangler helhetlige kompetanse- og personellplaner som er politisk behandlet for å møte morgendagens utfordringer. For det systematiske folkehelsearbeidet i kommunene er planlegging en viktig faktor. Siden 2014 er det gjennomført målinger av hvordan det systematiske folkehelsearbeidet har utviklet seg i kommunene, og her kan vi se en ganske markant framgang. Andelen kommuner som ikke har et lovpålagt oversiktsdokument har sunket fra 60 prosent i 2014 til 8 prosent i 2022. I 2022 hadde 75 prosent av kommunene drøftet og identifiserte folkehelseutfordringer i arbeidet med kommunal planstrategi, og 59 prosent oppga at de identifiserte utfordringene hadde påvirket hvilke planer kommunen skulle prioritere. Kommunene oppfatter aldri som en av de største folkehelseutfordringene – etter psykisk helse og livskvalitet. Se nærmere omtale under målområde 1.

Det er behov for å intensivere arbeidet med å rekruttere og beholde helsepersonell. Det er fortsatt en jevn vekst i antall årsverk og sysselsatte, men utviklingen går for sakte og er ikke bærekraftig. Videre er det nødvendig å se utfordringene på området mer i sammenheng med hvilke ressurser og tiltak som settes inn for å møte utfordringene. Mangel på kompetent personell kan true pasientsikkerheten og kvaliteten i helsetjenestene. Et lyspunkt er signaler fra tjenestene om at det nye tilskuddet til AKS-sykepleiere bidrar til bedre samhandling og koordinering mellom tjenestenivåene og færre reinnleggelser. Se også mål 10.

Bruken av velferdsteknologi går framover, men det er fortsatt et stort potensial for mer implementering av velferdsteknologi i kommunene. I denne sammenheng er det også viktig å sørge for god fiberdekning. I NSDM rapport "Hva hemmer, og hva fremmer tilgang på kvalifisert personell i distriktskommunene" framgår det at det fortsatt er langt igjen før alle landets kommuner har fullt utbygd fiberdekning. Også for spesialisthelsetjenesten viser tallene at bruken av teknologi fremdeles er relativt lavt, og at potensialet for økning antas å være stort.

Mange eldre er ikke-digitale. Selv om den kommende eldregenerasjonen vil være mer vant til digitale medier, er det mye som tyder på at mange vil ha vanskeligheter med å følge med på utviklingen, ettersom de blir eldre. Dette er noe Helsedirektoratet og helsetjenestene må ta høyde for i forbindelse med informasjonstiltak og kommunikasjon med publikum. Ved utvikling av nye digitale løsninger er brukermedvirkning viktig.

Forebygging bidrar til mindre behov for helsetjenester og sikrer mer bærekraftig utnyttelse av ressursene. At forebygging nytter, viser bl.a. nedgangen i andelen dagligrøyker som i 2022 var på 7 %. Et gledelig resultat av dette er at det vi nå ser en nedgang i antall nye tilfeller av lungekreft hos menn. For unge mellom 16 og 24 år var andelen dagligrøykere kun 2 % i 2022. Dette vil gi helsegevinster på sikt. Mindre bruk av helsetjenester vil også medføre mindre utslipp av klimagasser og redusere avfall fra helsetjenesten. Satsingen på forebygging og helsefremming må fortsette og incentivers, både i helsetjenestene og i samfunnet som helhet.

Vi har i dag langt mer kunnskap om både aldring og demografiutvikling, gode tiltak og hva som er nødvendig for å få til en mer bærekraftig utvikling både innen helse- og omsorgssektoren og for samfunnet som helhet. For å oppnå reelle forbedringer må politiske prioriteringer, interesser og ressurser i forskjellige sektorer trekke i samme retning.

Sentrale aktiviteter i direktoratet

Gjennom finansielle, juridiske, normerende og pedagogiske virkemidler samt styringsinformasjon bidrar Helsedirektoratet til at helsetjenestene kan møte de demografiske og helsemessige utfordringene på en bærekraftig måte:

Kompetanseløftet – personellutvikling, planlegging og organisasjonsutvikling i kommunene

Kompetanseløft 2025 (Om Kompetanseløft 2025) skal bidra til en faglig sterk tjeneste og sikre at den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten har tilstrekkelig og kompetent bemanning. Tiltakene omfatter omsorgstjenester, primærhelsetjeneste, tannhelsetjenester og psykisk helse, rus og vold og har fire strategiområder:

- Rekruttere, beholde og utvikle personell
- Brukermedvirkning, tjenesteutvikling og tverrfaglig samarbeid
- Kommunal sektor som forsoningsaktør, fagutviklings- og opplæringsarena
- Ledelse, samhandling og planlegging

(Les mer om kompetanseløftet og bruk av framskrivninger under mål 10.)

Samhandling og koordinering - Helsefelleskap

For å styrke bærekraften i tjenestene må vi utnytte ressursene best mulig og dette krever god samhandling mellom aktørene. Helsefelleskapene er lansert som en arena for samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene for å utvikle tjenestene. Helsedirektoratet understøtter helsefelleskapene og utviklingen av tjenestene og pasientforløp for de prioriterte pasientgruppene gjennom bruk av våre virkemidler (Se også mål 5).

Velferdsteknologi og digitalisering

Å legge til rette for bruk av velferdsteknologi og digitale løsninger er viktig i planleggingen av en bærekraftig utvikling, da velferdsteknologi og digitale løsninger kan hjelpe mennesker med å leve selvstendig og aktivt lenger. Dette kan redusere behovet for omsorg og støtte fra andre og gi mer effektiv bruk av ressurser og mindre belastning på helse- og omsorgssektoren. Teknologi bidrar også til å spare tid og utgifter for helse- og omsorgstjenestene og dermed mer effektiv ressursbruk. Når helse- og omsorgstjenester i større grad blir gitt hjemme hos brukerne ved hjelp av digitale hjelpemidler, vil transportbehovet bli mindre og vi får mindre behov for store institusjonslokaler. På den måten blir det også mindre klimautslipp. Dette reduserer reisekostnader og reisevei og kan gi positive klimaeffekter. (Se også mål 6.)

Finansiering

Omlegging til en mer bærekraftig utvikling av helsetjenestene med f.eks. vekt på mer bruk av teknologi og digitale tjenester samt annen kunnskapsutvikling, forutsetter finansieringsordninger som støtter opp om dette. I rapporten Utvikling av finansieringssystemene for bedre å understøtte sammenhengen i tjenestene har Helsedirektoratet skissert mulige grep i form av konsepter for valg av finansieringssystem og betalingsordninger. Det ble også vurdert hvordan finansieringsordningene kan synkroniseres bedre og betydningen av økt digitalisering. Helsedirektoratet jobber videre med oppdrag om finansieringsløsninger for samhandling.

Helsedirektoratet administrere også tilskuddsordninger som frivillige organisasjoner m.fl. kan søke på for å styrke den digitale kompetansen i befolkningen – spesielt blant eldre. (Se også mål 11.)

Forebygging og helsefremming - Arbeid for mer aldersvennlig samfunn – Leve hele livet/Bo trygt hjemme

Helsedirektoratet bidrar til en bærekraftig utvikling gjennom sitt folkehelsearbeid. Forebygging og helsefremming bidrar til mer bærekraftig utnyttelse av ressursene og mindre behov for helsetjenester for hele befolkningen (se målområde 1-3). Mindre bruk av helsetjenester vil også medføre mindre utslipp av klimagasser og redusere avfall fra helsetjenesten.

Arbeidet for et aldersvennlig samfunn i Helsedirektoratet er godt forankret innenfor folkehelsearbeidet. Strategien for et aldersvennlig samfunn (2016 – 2022) har gitt kunnskapsutvikling innenfor kommunal planlegging, medvirkning, lokalsamfunnsutvikling og aldersvennlig stedsutvikling, aldring i rurale områder, bolig og transport, forventninger til alderdommen m.m. Fremskaffelse av kunnskap og erfaringer om aldring, aktivitet og fellesskap før, under og etter pandemien har bidratt til et godt kunnskapsgrunnlag for planlegging av bærekraftige tiltak for økt deltakelse og selvstendighet i samfunnet. På slutten av strategiperioden er det gjennomført en kartlegging for å 1) identifisere faktorer som påvirker valg av tidlig avgang blant ansatte i helse- og omsorgssektoren og 2) områder der det er behov for å sikre at tjenestene kan nyttiggjøre seg erfaringer og kompetanse blant eldre arbeidstakere. Kartleggingen er gjort av Oslo Economics og publiseres vinteren 2023.

God helsekompetanse og tilgang til likeverdige helsetjenester er viktige forutsetninger for at alle kan leve gode liv med god helse. Mange eldre har lav digital kompetanse og står i risiko for å havne i et digitalt utenforskap som skaper større sosiale ulikheter og helseforskjeller. Helsedirektoratet har gjort et innsiktsarbeid om Eldres motivasjon og barrierer i bruk av digitale løsninger og hjelpemidler til bruk i videreutvikling av digitale verktøy slik at de blir lette å benytte for flest mulig og på den måten bidra til en bærekraftig utvikling.

Etter at Senteret for et aldersvennlig Norge ble etablert i 2021 som en egen seksjon i Helsedirektoratet, er ansvaret for programmet med samme navn lagt dit. En aldersvennlig samfunnsutvikling forutsetter tversektorielt samarbeid mellom myndigheter, næringsliv og sivilsamfunnet. Det er etablert en

partnerskapsordning som skal bidra til deling av erfaringer og kunnskap om utfordringene og mulighetene samfunnet står overfor på tvers av sektorer. Det er også etablert et nasjonalt nettverk av kommuner der senteret bistår med å få alle kommunenes sektorer ansvarliggjort i arbeidet for en bærekraftig samfunnsutvikling. Ved utgangen av 2022 var vel 200 kommuner inkludert. Boliger som er gode for alderdommen, tilgang til trygge og tilgjengelige grøntområder, offentlige rom og transportløsninger er del av programmet. Gjennom kampanjen planleggelitt.no oppfordres den voksne befolkningen til å ta valg som gjør at man kan greie seg lenger uten hjelp eller omfattende tjenester i alderdommen.

Arbeidet med [Leve hele livet-reformen](#) og å forberede Bo trygt hjemme-reformen har pågått gjennom hele 2022. Målet med reformen har vært å bidra til at eldre kan mestre livet lenger, ha trygghet for at de får god hjelp når de har behov for det, at pårørende kan bidra uten at de blir utslitt og at ansatte kan bruke sin kompetanse i tjenestene. De fleste kommuner har implementert hele eller deler av reformen, og evalueringen så langt viser at mange kommuner har knyttet arbeidet med reformen til det overordnede planarbeidet i kommunene. Mer informasjon og kunnskaps- og støttemateriell finnes på Ressursportal for analyse og planlegging (ressursportal.no) (Se også mål 4.)

Oppfølging av FNs bærekraftsmål

Helsedirektoratet har samarbeidet med FHI, HOD og SSB i arbeidet med å følge opp FNs bærekraftsmål. Bl.a. har vi bidratt i dialog med FHI og SSB i etablering av en portal som viser hvordan Norge ligger an for å nå målene. Under bærekraftsmål 3 om helse og livskvalitet, er det allerede tatt inn noen data i [SSB-portal](#).

Oppfølging av COP-26 - Klima- miljø og helsearbeid

Helsedirektoratet fikk i 2022 i oppdrag å kartlegge klimagassutslipp i helse- og omsorgssektoren, som ledd i oppfølgingen av COP26 helseprogram. Det pågår et arbeid med å beskrive utviklingsområder for både bedre metoder for å måle klimagassutslipp – og utslippsreducerende tiltak.

Spesialisthelsetjenesten har siden 2019 laget egne klimagassregnskap som dekker direkte og energirelaterte utslipp. Utslipp som skyldes innkjøp og anskaffelser – såkalte indirekte utslipp – inngår ikke i dette regnskapet. Sykehusinnkjøp HF har fått i oppdrag å bidra i videreutviklingen av klimagassregnskap for spesialisthelsetjenesten og Helsedirektoratet følger dette arbeidet tett. I spesialisthelsetjenestens årlige rapport for samfunnsansvar blir klimaregnskapet presentert: [Spesialisthelsetjenestens rapport for samfunnsansvar 2021.pdf \(helse-midt.no\)](#)

De nordiske ernæringsanbefalingene - NNR2022

NNR-prosjektet er et nordisk samarbeid om revisjon av de nordiske ernæringsanbefalingene fra 2012. Nordisk ministerråd er oppdragsgiver og har bedt om at bærekraftaspektet ved kostholdet skal integreres i de kommende NNR, som ledd i deres visjon om å bli verdens mest bærekraftige region innen 2030. Helsedirektoratet er administrativt ansvarlig for NNR. Prosjektet startet i 2019 og planlegges ferdigstilt i juni 2023. Etter lanseringen vil de nordiske og baltiske land benytte NNR som kunnskapsgrunnlag for å revidere nasjonale kostråd som Helsedirektoratet har ansvar for. Se også mål 2.

3.9

Mål 9 – Den nasjonale helseberedskapen er robust, samordnet og effektiv ved kriser og katastrofer

Status og utvikling på målområdet

Den nasjonale helseberedskapen har også i 2022 vært preget av arbeidet med å følge opp behov knyttet til Covid-19. Dette har påvirket Helsedirektoratets virksomhet. Hele organisasjonen har medvirket i arbeidet med å følge med på utvikling og behov. Svært mange og ulike behov innen hele sektoren er svart ut, og arbeidet har skjedd i et bredt tverrsektorielt samarbeid med både offentlige myndigheter og etater, privat sektor, frivillige organisasjoner samt bruker- og pårørendeorganisasjoner. Fremover er det avgjørende å kombinere tiltak for fortsatt håndtering av smittevern og beredskap med systematisk evaluering, læring og videreutvikling av den lokale, regionale og nasjonale helseberedskapen.

Krigen i Ukraina og den skjerpede sikkerhetspolitiske situasjonen har medført behov for å mobilisere og omstille kapasiteter. Dette har vært nødvendig for å understøtte behov for helsetjenester til ankomende flyktninger fra Ukraina og medisinsk evakuering og behandling av syke og sårede fra Ukraina, og samtidig understreket betydningen av at den nasjonale helseberedskapen møter hele spekteret av aktuelle krisescenarier. Endret sikkerhetspolitisk situasjon understreker også ytterligere viktigheten av et bredt sivil-militært samarbeid om helseberedskap. Trusselbildet peker også på viktigheten av et bredt tverrsektorielt perspektiv. Effektiv helseberedskap for komplekse og krevende hendelser krever samordning med andre sektorer – f.eks. transport. Innenfor helsesektoren er det samtidig behov for utviklede avtaler, planverk og øvelser mellom tjenestene.

I takt med økende digitalisering av helse- og omsorgssektoren vil digital sikkerhet og beredskap som setter sektoren i stand til å håndtere alvorlige, uønskede IKT-hendelser også kreve økt oppmerksomhet fremover. Forsyningsikkerhet – i bred forstand – er et annet risikoområde som må gis vekt.

Norsk helsetjeneste må forberede seg på hendelser i hele krisespekteret fram mot 2040. Dette vil kreve innsats nasjonalt og samtidig fordre videreutvikling av nordisk, europeisk og internasjonalt samarbeid.

Styringsindikatorer

Vurderingskriterier 1: Oppdatert og tilgjengeliggjort kunnskap om risiko og sårbarhet i helse- og omsorgssektoren, status for beredskapstiltak og –virkemidler i helse- og omsorgssektoren og status for forebyggende sikkerhetstiltak.

Etter at Helsedirektoratet la frem rapport med overordnede risiko- og sårbarhetsvurderinger av nasjonal beredskap i helse- og omsorgssektoren i 2019, har vi erfart både en omfattende pandemi, et mer krevende digitalt trusselbilde og en skjerpet sikkerhetspolitisk situasjon. Forhold påpekt i tidligere nasjonale analyser er fortsatt gyldig og relevante. Samtidig må en motstandsdyktig helse- og omsorgsberedskap hele tiden tilpasses endrede forutsetninger og behov. Endringer i det sikkerhetspolitiske landskapet med krig i Europa, globalisering og sårbare forsyningskjeder, klimaendringer, teknologisk utvikling, demografiske endringer og urbanisering har stor betydning, også for arbeidet med helseberedskap. Pandemien har også gitt oss læringspunkter og synliggjort avhengigheter og uønskede sårbarheter.

Helsedirektoratet har etablert et evalueringsprogram med et bredt helse- og samfunnsperspektiv for å samle innsikt og erfaringer fra aktører som har håndtert covid-19-pandemien og andre helserelaterte hendelser de siste 20 årene. Programmet leverer underlag til nasjonale utredninger som «Totalberedskapskommisjonen» og «Helseberedskapsmeldingen». I tillegg er det både gjennomførte og pågående evalueringer som understøtter dette arbeidet.

Kriteriet er ivaretatt, og samtidig er det svært viktig å videreutvikle kunnskapsgrunnlaget.

Direktoratet fremhever betydningen av å bygge et bredt og helhetlig monitorerings- og analysesystem som sammenstiller informasjon om kapabilitet, kapasitet, aktivitet og kvalitet for både tjenesteutvikling, beredskap og krisehåndtering i sektoren. Systemet bør etableres som en del av direktoratets ordinære følge med-rolle og rapporteringskjeden innen helseberedskap, og det må være tilrettelagt for løpende, sanntids datainnhenting, sammenstilling, analyse og tilgjengeliggjøring.

Vurderingskriterier 2: Robuste, koordinerte og forberedte systemer

Den nasjonale helse- og omsorgsberedskapen har blitt utfordret gjennom tre år med pandemi, og samtidig vist seg å være gjennomgående god. Det er relevante og gode lover, planverk og systemer. Det er allikevel avdekket behov for å videreutvikle helseberedskapen – også for andre komplekse og krevende krisescenarier, inkludert for sikkerhetspolitiske kriser og krig.

Direktoratet vil fremheve det sivil-militære samarbeidet om medisinsk evakuering og oppfølging av syke og sårede fra Ukraina.

Viser ellers til pågående gjennomganger av den sentrale helseforvaltningen og sentral lovgivning innen smittevern og beredskap. Direktoratet har også tidligere fremmet anbefalinger til lovendringer.

Kriteriet er ivaretatt. Fremover er det behov for å videreutvikle et gjennomgripende, operativt og øvd planverk mot hele bredden av kriser, inkludert CBRNE-hendelser og krig. Det anses også som sentralt å styrke arbeidet med håndtering av alvorlige digitale trusler.

Vurderingskriterier 3: Robust tilgang til kompetanse, innsatsfaktorer og infrastruktur

Tilgangen til personell er både før, under og etter pandemien avdekket som et område med flere utfordringer og behov for styrking. Direktoratet har besvart oppdrag og flere parallelle utredninger pågår. Det er viktig å vektlegge tilstrekkelig nasjonal selvforsyning av legemidler, utstyr og personell. Arbeidet med forsyningssikkerhet må samtidig ses i en bredere regional og internasjonal kontekst, og derfor er det sentralt å bidra aktivt inn i prosesser for å styrke den nordiske og europeiske koordineringen av forsyningssikkerheten.

Kriteriet er ivaretatt. Direktoratet har fremmet anbefalinger til styrket beredskap for både legemidler og smittevernutstyr. Direktoratet har forsterket innsatsen innen europeisk helseberedskapssamarbeid og har i 2022 ledet arbeidet med nordisk helseberedskapssamarbeid.

Vurderingskriterier 4: Direktoratets egenberedskap og interne sikkerhet for uønskede hendelser som berører sektoren

Direktoratet har utviklet en metode for gjennomføring av verdivurdering. Direktoratet vil i sitt videre arbeid legge identifiserte verdier med tilhørende støttefunksjoner til grunn for et systematisk sikkerhets- og beredskapsarbeid. Det er også gjort flere sikkerhetstester av IKT-tjenester og infrastruktur. Norsk helsenett, har økt sitt aktivitetsnivå, og gjennomførte i samarbeid med direktoratet flere aktiviteter for å sikre motstandsdyktigheten i IKT-systemene.

Direktoratets egen beredskapsplan er revidert i 2022. Det er gjennomført opplæring og øvelser. Det er startet opp prosess med intern gjennomgang og læring etter tre år med krisehåndtering. Kriteriet anses ivaretatt.

Måloppnåelse

Målet om at den nasjonale helseberedskapen er robust, samordnet og effektiv ved kriser og katastrofer anses som tilfredsstillende ivarettatt.

Det er samtidig behov for å videreutvikle beredskapen på en del områder. Skjerpet sikkerhetspolitisk situasjon understreker behovet for å videreutvikle tiltak og øve planer for de mest krevende skade- og katastrofescenarier, inkludert gjennom tverrsektorielt samarbeid, sivil-militært samarbeid og samarbeid innen nordisk og europeisk helseberedskapssamarbeid.

Begrensede kapasiteter og økte behov krever vektlegging av effektive løsninger.

Sentrale aktiviteter i direktoratet

I samarbeid med mange andre virksomheter i og utenfor helse- og omsorgssektoren, nasjonalt og internasjonalt, har Helsedirektoratet i 2022 aktivt fulgt opp krevende utfordringer som:

- Covid-19
- Følgekonskvenser av krigen i Ukraina
- Utbrudd av apekopper.

Følgekonskvenser av krigen i Ukraina

Etter utbruddet av fullskala invasjonskrig i Ukraina i februar 2022 er det omstilt kapasiteter til å bidra med å understøtte ulike medisinske behov hos syke og sårede ukrainske pasienter. Viktige bidrag fra norsk side er pasienttransport og ulike donasjoner. Helsedirektoratet har også gitt informasjon til ukrainske flyktninger om helsetilbud og rettigheter i Norge. Direktoratet har fulgt helsesituasjon og -behov blant nyankomne fra Ukraina gjennom året, gjennom dialog med statsforvaltere, andre direktorater og kommunehelsetjenestene i mottakskommuner. Utfordringene knyttet til høye ankomststall er fulgt opp gjennom tilpasset informasjon til de nyankomne, veiledning til tjenestene og rapporteringsløsninger som bidrar til bedre samordning mellom aktørene.

Krigen i Ukraina og en skjerpet sikkerhetspolitisk situasjon har understreket betydningen av sivil-militært samarbeid. Norge har gjennom EUs ordning for sivil beredskap (UCPM) gitt omfattende bistand til Ukraina og naboland i form av medisinsk materiell, utstyr og legemidler. Norge deltar aktivt i det europeiske samarbeidet for medisinsk evakuering av pasienter fra Ukraina og transporterte i 2022 totalt 584 ukrainske pasienter til Norge og andre mottakende land. Direktoratet har gitt dette arbeidet høy prioritet i 2022 og aktivitetene har fått mye oppmerksomhet i mediene.

Håndtering av Covid-19

Helsedirektoratet har brukt betydelige ressurser fra hele organisasjonen i å understøtte håndteringen av Covid-19 også i 2022. Dette omfatter analyse, juridisk, beredskaps- og helsefaglig rådgivning, oppdragsbesvarelser, informasjonsaktiviteter og omfattende koordinering for å følge opp behov innen sektoren. Direktoratet har levert et stort antall oppdrag til Helse- og omsorgsdepartementet.

Mye av Helsedirektoratets kommunikasjonsinnsats i 2022 har også vært knyttet til pandemien, og her har direktoratet prioritert pressearbeid, kampanjer, informasjon i sosiale medier, informasjon til befolkningen på Helsenorge og informasjon til helsetjenesten på Helsedirektoratets nettsider. Det er gjennomført spørreundersøkelser og dialogmøter med representanter for blant annet kommunene og minoritetsgrupper, og informasjon er oversatt til relevante språk og tilpasset ulike minoritetsgrupper.

Bidrag til Koronakommisjonen, Totalberedskapskommisjonen og ny helseberedskapsmelding

Helsedirektoratet har bidratt med faglige vurderinger til Helse- og omsorgsdepartementets arbeid med kommende stortingsmelding om helseberedskap. Direktoratet har også frigjort ressurs til å bistå i sekretariatet til departementets arbeid med helseberedskapsmeldingen. Direktoratet har også fremmet beredskapsfaglige vurderinger til totalberedskapskommisjonen, gitt høringsinnspill til koronakommisjonen og det nyere koronautvalget.

Atomberedskap

Atomberedskapsøvelsen Arctic REIHN ble tidlig i 2022 utsatt grunnet krigen i Ukraina. En begrenset diskusjonsøvelse ble likevel gjennomført for direktoratets eget kriseutvalg. Direktoratet er fast medlem av kriseutvalget for atomhendelser. Som del av dette arbeidet er det i 2022 arbeidet med scenarioutvikling, informasjonsberedskap og distribusjon av jod-tabletter.

Sivil-militært samarbeid

Helsedirektoratet har bidratt i utarbeidelse av felles, koordinerte planer. Avtale mellom Helsedirektoratet og Forsvarets operative hovedkvarter fra 2011, ble revidert og signert i 2022. Avtalen innbefatter blant annet mulighet for å utløse SAS-avtalen med bruk av et 737-fly med medisinsk utrustning bemannet med medisinsk personell.

Helsedirektoratet har også koordinert bistandsanmodninger om legemidler og materiell fra Ukraina via EUs koordineringsenhet.

Helseberedskapsrådet har i 2022 avholdt to møter, og rådet har blant annet fulgt opp fremdriften i arbeid med å sikre tilgang på blod og et igangsatt pilotprosjekt for styrkedisponering. Det arbeides med å etablere en bredt sammensatt totalforsvarsgruppe innen helse for å styrke felles situasjonsforståelse og understøtte arbeid med samordnet planverk. Helsedirektoratet deltar også i prosjektrådet for Forsvarets forskningsinstitutt sin utredning om Forsvarets sanitet mot 2040.

Internasjonalt helseberedskapssamarbeid

Helsedirektoratet bidrar i en rekke innsatser innen internasjonal beredskap, bl.a. RescEU, NOR EMT, EU4Health, Svalbardgruppen og ulike EU-konsortier.

EU har styrket sitt helseberedskapssamarbeid. DG HERA er etablert som ansvarlig helseberedskaps-myndighet. Et regulatorisk rammeverk er på plass og Helsedirektoratet bidrar aktivt i DG HERA sitt arbeid med medisinske mottiltak mot prioriterte grensekryssende helsetrusler.

Gjennom helseprogrammet EU4Health, lyser EU ut midler til samarbeidsprosjekter for å bygge beredskapskapabiliteter. Helsedirektoratet har det operative ansvaret for norsk deltakelse i EU4Health. I 2022 er det satt en struktur for bred informasjonsformidling. Det er gjennomført kompetansebyggende tiltak på EUs helsesatsing. I samråd med sektoren er det også utviklet flere prosess-støttende tiltak, slik at norske fagmiljøer kan ta del i EU-samarbeidet. Norge deltar nå i alle de etablerte myndighetssamarbeidene innen helseberedskap. Utover helseprogrammet finansieres EUs helseberedskapssatsing også i Horisont Europa, DIGITAL og gjennom UCPM. Helsedirektoratet etablerte i 2022 en tverrsektoriell samordningsarena med Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap, Norges forskningsråd og Digitaliseringsdirektoratet for å ivareta helhetlig norsk deltakelse på tvers av sektorer og satsinger.

Nordisk helseberedskapssamarbeid

Helsedirektoratet ivaretok formannskapet i den nordiske helseberedskapsgruppen (Svalbardgruppen) i 2022. Gruppens arbeid er forankret i den nordiske helseberedskapsavtalen (2002), gruppens mandat og strategi (2018-2028).

Helsedirektoratet arrangerte den årlige nordiske helseberedskapskonferansen i Oslo i desember 2022. Konferansen omhandlet blant annet utviklingstrekk og endringer i behov, organisering og rammer av samarbeidet, regionalt helseberedskapssamarbeid i Europa, humanitære konsekvenser av krigen i Ukraina og koordinering av bistand gjennom WHO og EU, og sivil-militært samarbeid i en nordisk kontekst.

I 2022 ferdigstilte gruppen arbeidet med egne intranettsider, publikumsrettede nettsider, kartlegging av status for strategisk arbeidsplan, matrise for deltakelse i internasjonale forum og informasjonsutveksling fra disse. Flere oppgaver som pågår eller ble startet opp i 2022 vil bli videreført inn i 2023, herunder prosjekt med felles nordisk situasjonsforståelse og -plattform, og utvidelse av formål for nordisk brannskademekanisme. I tillegg ble et prosjekt for grenseoverskridende helseberedskapssamarbeid foreslått og godkjent for oppstart i 2023.

Den nordiske brannskademekanismen ble aktivert eller pre-aktivert fem ganger i 2022. Mekanismen fortsetter å være et viktig operasjonelt verktøy for nordisk helseberedskap.

Samarbeidet med de nordiske landene om helseberedskap har vært viktig under pandemien, og betydningen av dette samarbeidet styrkes ytterligere som følge av forventet svensk og finsk medlemskap i NATO.

Permanente beredskapsordninger for helsepersonell

Med basis i erfaringene fra pandemien har Helsedirektoratet i 2022 evaluert bruken av midlertidige registre over helsepersonell i beredskap. Mobilisering av helsepersonell kan iverksettes raskt dersom kriseplanene på alle nivå inneholder en oversikt over hvor ansvaret ligger, hvilket personell som er tilgjengelig, hvilken kompetanse som finnes og hvordan disse kan benyttes i krise. I tillegg må samarbeidslinjene defineres, både interkommunalt, interregionalt og nasjonalt og hvordan en eskalering eventuelt skal iverksettes. Opprettelse av nasjonale registre over en spesifikk gruppe helsepersonell (for eksempel intensivsykepleiere) er ikke anbefalt. Et slikt register krever omfattende forvaltning og vedlikehold for å ha ønsket verdi.

Beredskapslagre for forsyningskritiske legemidler

Helsedirektoratet fikk i 2022 i oppdrag å bidra i arbeidet med å bygge opp, drifte og vedlikeholde beredskapslagre for legemidler.

Helsedirektoratets utkast til høringsnotat om innretning for forskriftsfestet legemiddelberedskaps-lager i primærhelsetjenesten er sendt på høring.

I 2022 har Helsedirektoratet koordinert nasjonal legemiddelberedskap og hatt tett dialog med Nasjonal legemiddelberedskapslager, Nasjonalt senter for legemiddelmangel og legemiddelberedskap i spesialisthelsetjenesten og Statens legemiddelverk.

Helsedirektoratet er nasjonal kontakt for felles europeisk anskaffelse av covid-19-legemidler og har samarbeidet tett med de regionale helseforetakene, Statens legemiddelverk og Sykehusinnkjøp. Direktoratet har koordinert utarbeidelse av nasjonale faglige råd for covid-19 legemidler til bruk både i spesialist- og primærhelsetjenesten, og tilrettelagt for innkjøp, distribusjon og rekvirering av covid-19 legemidler til bruk i primærhelsetjenesten.

Utarbeidelse av veiledningsmateriale for statsforvaltere og kommuner innen legemiddelberedskap, er etter avtale med departementet utsatt til etter at primærhelsetjenestens beredskapslager er forskriftsfestet.

En mulighetsstudie for industriell antibiotikaproduksjon ble overlevert departementet mars 2022.

Beredskapslager for smittevernutstyr

Helsedirektoratet har i 2022 levert utredning med anbefalinger til forskriftsfestet plikt til kommuner, regionale helseforetak og fylkeskommuner (offentlig tannhelsetjeneste) om å sørge for tilgang til smittevernutstyr tilsvarende seks måneders normalforbruk ved å ha eget beredskapslager, ha lager i samarbeid med andre eller avtaler med leverandører eller grossister. Utredningen bygger på faglige vurderinger fra FHI om scenarier og behov for utstyr, samt innspillsmøter med en kommuner, KS, de regionale helseforetakene, Statens helsetilsyn, fag- og profesjonsforeningene, representanter for statsforvalterne, bruker- og pårørendeorganisasjoner mm.

Fremtidig løsning for nød- og beredskapskommunikasjon

Helsedirektoratet har, sammen med Helsetjenestens driftsorganisasjon for Nødnett HF, Direktoratet for e-helse og Norsk Helsenett SF, bidratt i utarbeidelse av hovedrapport og tilleggsutredning i forbindelse med en konseptvalgutredning for fremtidig løsning for nød- og beredskapskommunikasjon – neste generasjon nødnett (NGN). Direktoratet har også bidratt i arbeidet med forprosjektplanen i NGN-prosjektet.

NOR EMT

Verdens helseorganisasjon (WHO) etablerte i 2013 ordningen for Emergency Medical Teams (EMT) for å sikre at kapasiteter med forutsigbar kvalitet og innhold til bruk ved katastrofer og kriser hvor koordinert internasjonal bistand og støtte er nødvendig. NOR EMT, Norges helseteam for internasjonale operasjoner, ble godkjent av WHO/EU i 2018. Helsedirektoratet leder piloten som er organisert som et tverrsektorielt samarbeid mellom de fire RHF-ene, FHI og DSB. Direktoratet er overordnet ansvarlig for innholdet i kapasiteten, inkl. at teamet oppfyller WHO's internasjonale krav.

NOR EMT er en nasjonal helseberedskapskapasitet som kan benyttes ved både nasjonale, nordiske og internasjonale kriser. Etter oppdraget på Haiti i 2021 har ikke NOR EMT vært på internasjonale oppdrag da det er utstyr som ikke er gjenanskaffet, men helseeksperter fra personellpoolen har bidratt i både WHO og EUs koordineringsmekanismer i Polen for å understøtte evakuering av pasienter fra Ukraina.

Regjeringen har besluttet at kapasiteten skal videreføres som en permanent helsekapasitet fra 2023.

NOR EMT piloten ble eksternt evaluert våren 2022. Evalueringen peker på forbedringsområder som skal hensyntas i utvikling av ordningen.

NOJHAIP

Norge har inngått avtale med EU om finansiering av et ambulansefly for transport av pasienter i risikogruppen for høysmitte. Helsedirektoratet har bistått i dialogen med EU og jobbet frem en søknad om finansiering i 2020. Prosjektet med anskaffelse av fly samt organisering av helseteam ble slutført i februar 2022. Flyet har vært i drift siden 1. mars 2022 og dette er iht. kontrakten med EU. Finansieringen fra EU er avtalt ut 2026. Samarbeidet med EU fungerer godt, og Helsedirektoratet er forespurt om å utvide bruken av flyet til andre bruksområder som f.eks. CBRN og brannskader.

Tilskudd til frivillige organisasjoner, til beredskapslager av legemidler og til CBRNE-senteret

Helsedirektoratet fordelte i 2022 en engangs tilskuddsramme på 9 millioner norske kroner til frivillige organisasjoner for å styrke deres kapasitet og kompetanse til å bistå kommunene i gjennomføring av vaksinasjon og TISK-strategien. Midlene ble fordelt likt mellom Norsk folkehjelp, Norske Kvinners Sanitetsforening og Norges Røde Kors.

I forbindelse med etablering av nasjonalt beredskapslager beregnet for primærhelsetjenesten har Helsedirektoratet inngått avtale om rullerende beredskapslager med de tre fullsortimentsgrossistene. Avtalene forvaltes av Nasjonal beredskapslager (B180) på vegne av Helsedirektoratet. Helsedirektoratet er også gitt fullmakt til å gjøre innkjøp av covid-19 legemidler og har anskaffet covid-19-legemidler gjennom bilateral avtale via felles europeisk innkjøpsavtale i regi av JPA-HERA.

Helsedirektoratet ga tilskudd til Oslo universitetssykehus HF ved Nasjonal behandlingstjeneste for CBRNE-medisin for å bidra til at tjenesten kan ivareta sine oppgaver. I forbindelse med tilskuddet ble det også stilt forventning til senterets medvirkning i tre beredskapsanalyser i regi av CE-myndighetsgruppe. På samme måte bidro senteret i tverrsektorielt arbeid for utarbeidelse av CBRNE-prosedyre for samhandling på skadested – et tverrsektorielt arbeid som bygde på prosedyre for pågående livstruende vold (PLIVO).

Donasjoner til Ukraina

Norge har i arbeidet med bistandsanmodninger og donasjoner til Ukraina valgt å være en del av EUs krisehåndteringsmekanisme UCPM. Helsedirektoratet er tildelt en koordinerende rolle i helse- og omsorgssektoren og har i 2022 løpende vurdert anmodninger og innmeldte forslag til donasjoner.

Det har i 2022 blitt donert store mengder medisiner og medisinsk utstyr fra Norge, f.eks. ambulansibusser, ambulanser, medisiner, smittevernutstyr, vaksinasjonsutstyr, hurtigtester, vernedrakter og mye medisinsk utstyr. Helsedirektoratet har i 2022 koordinert tre legemiddeldonasjoner til Ukraina og en donasjon til Slovakia.

Arbeidet med bistandsanmodninger og donasjoner er tidkrevende. Det er lange prosesser fra anmodende land fremmer sitt behov, via EU, for Norges del deretter via DSB for nasjonal koordinering, og frem til donasjon kan iverksettes. Samlet sett går det med mye ressurser til dette arbeidet.

Medisinsk evakuering (MEDEVAC)

Etter Russlands fullskala invasjonsangrep på Ukraina 24. februar 2022 ble det raskt behov for medisinsk evakuering og oppfølging av ukrainske pasienter. Norge innførte 4. mars midlertidig kollektiv beskyttelse for ukrainske flykninger, og EU iverksatte MEDEVAC-operasjoner (medisinsk evakuering) gjennom EUs UPCM-ordning. Den 21. mars ankom de første pasientene til Norge.

Norge er det landet som transporterer flest pasienter på grunn av faste ukentlige flygninger. I 2022 transporterte Norge totalt 584 pasienter. Dette tallet inkluderer pasienter som ble transportert til Norge og til andre land.

- Transport av pasienter til Norge:
 - 143 pasienter er ankom Norge sammen med 90 pårørende.
 - Pasientene er transportert både med SAS (et ombygget Boeing 737-700) i samarbeid med Forsvarets AE-tjeneste, sivile norske ambulansefly, rutefly og chartret fly.
 - Alle fire regionale helseregioner har vært involvert, og MEDEVAC-pasienter har blitt tatt imot ved 20 ulike sykehus.
- Transport av pasienter på vegne av andre land:
 - Norge har transportert 458 pasienter og 126 pårørende på vegne av andre land.
 - Pasientene er transportert både med AE/SAS og sivilt ambulansefly.

- Den første flyvning med transport av pasienter på vegne av andre land med AE/SAS var 23. juni, mens den første flyvning med sivilt ambulansefly var 17. april.

Norge har siden august 2022, tilbudt faste ukentlige flyvninger til europeiske land som ønsker å benytte transporttjenesten til å evakuere ukrainske pasienter. Avtalen med EU er forlenget til 30. april 2023. Flyet opereres av SAS og bemannes med medisinsk personell fra Forsvarets sanitet.

Norge har også hatt en rekke personer utsendt som ulike eksperter for å støtte EUs arbeid med MEDEVAC. Fire norske liaisonoffiserer har fungert som MEDEVAC-eksperter i ERCC (Emergency Response Coordination Centre) i Brussel i totalt 11 uker høsten 2022. Dette videreføres i 2023.

3.10

Mål 10 – Helse- og omsorgstjenesten har tilstrekkelig og kompetent personell

Status og utvikling på målområdet

Personell er den største ressursen og den viktigste innsatsfaktoren i helse- og omsorgstjenesten. Behovet for helsepersonell, særlig sykepleiere og helsefagarbeidere, vil øke i årene som kommer. Det skyldes i all hovedsak høyere levealder i befolkningen med økt forsørgerbrøk. Vi må utnytte helsepersonellet bedre, bl.a. gjennom mer bruk av heltidsstillinger, redusere turnover, omfordeling av oppgaver og økt digitalisering i tjenesten

Mye av vårt arbeid handler om å sikre og bedre tilgangen på helsepersonell med riktige kvalifikasjoner og kompetanse.

Sikring av kvalitet og ivaretagelse av pasientsikkerhet i helse- og omsorgssektoren er derfor avhengig av kompetent helsepersonell i tilstrekkelig omfang. Helsedirektoratet benytter i dag framskrivninger som sier noe om framtidig behov for helsepersonell i Norge på ulike nivåer.

Styringsindikatorer

Vurderingskriterier 1: I hvilken grad Helsedirektoratets statistikk og analyser av framtidig behov for kompetanse- og personell treffer behovene for relevante aktører i hele landet

Helsedirektoratet bruker statistikk og analyser av framtidig behov for personell og kompetanse først og fremst internt, og i kommunikasjon rettet mot departementet. RHFene bruker egne framskrivninger på sitt nivå, mens kommunene i liten grad ser ut til å bruke framskrivninger utover et samlet nivå i KS. Dersom helsefelleskapene skal jobbe mer med temaet kan det bli aktuelt å understøtte dem.

Vurderingskriterier 2: I hvilken grad Helsedirektoratets arbeid med utdanning og kompetansetiltak treffer behovene i tjenestene i hele landet

Kompetanseløft 2025 (K2025) er både en strategisk plan og en handlingsplan med konkrete tiltak. I overgangen fra K2020 til K2025 var det kun mindre endringer i porteføljen av tiltak. De fleste tilskuddsordninger ble videreført, og har vært pågående i mange år. Nye satsninger kommer til, men det er relativt små midler som bevilges til disse i forhold til det store budsjettet på 2,2 milliarder pr år til K2025

samlet. Helsedirektoratet har derfor i 2021 arbeidet med å konsolidere porteføljen i programmet, og i 2022 anbefalt at det gjennomføres en helhetlig revidering av porteføljen. Dette for å sikre effekt helt ut til sluttbruker i tråd med Helsedirektoratets strategiske utviklingsområder og K2025 sine strategiområder.

Gjennomgang av porteføljen i K2025 viser at det er nødvendig med omfattende programendringer for å oppnå målsetningene med programmet. Gjennomgangen bør ha som hovedmål å sammenstille en helhetlig portefølje i tråd med utfordringsbildet og målsetningen for Kompetanseløftet 2025. Forslag til forbedringer innebærer at K2025 får en mer samordnet og spisset strategi for kompetanseheving i tråd med personellsituasjonen primært i omsorgstjenesten og sekundært i helsetjenesten. Tiltak må romme kompetanseheving som dekker krav til faglig forsvarlighet i tråd med venstreforskyvning, pleietyngde, velferdsteknologi, mentorordninger og oppgavedifferensiering (jf. Jobbvinnerprosjektets resultater og anbefalinger). Helsedirektoratet anbefaler derfor en omdisponering og/eller reduksjon av 13 tiltak, og en påfølgende økning av 9 sentrale og nasjonale tiltak. Forslaget til revidering inkluderte også spesifikt forslag om endring av det kommunale kompetanse- og innovasjonstilskuddet tilpasset mer i tråd med tilbakemeldingene fra Statsforvalter og kommunene.

Styringsparameter 1: Andel saker på autorisasjons- og godkjenningområdet som er behandlet innenfor angitt saksbehandlingstid fordelt på søknader innenfor EØS, utenfor EØS og manuelt behandlet søknader for norskutdannede

Autorisasjon:

Ca. 91,5 % av sakene på autorisasjonsområdet ble i 2022 behandlet innenfor angitt saksbehandlingstid. Dette er 1,5 % bedre enn i 2021, og vesentlig bedre enn tidligere år.

Saksporteføljen er meget stor og kompleks, og det har gjennom året vært høy søknadsinngang, bla på grunn av 3 nye personellgrupper (naprapat, osteopat og paramedisiner) med til sammen 1130 søknader.

Det er høy oppmerksomhet knyttet til oppfølging av saker innenfor angitt saksbehandlingstid og det jobbes med å redusere fristbrudd.

Spesialistgodkjenning:

Målet om at 90% av søknadene skulle behandles innenfor saksbehandlingstiden, ble overholdt for konvertering av søknader fra EU/EØS. For de andre kategoriene er 90%-målet ikke nådd i 2022.

Vi har mottatt og behandlet betydelig flere søknader i 2022 enn tidligere. Gjennomsnittlig saksbehandlingstid er fortsatt litt for lang for noen kategorier. En større andel saker er kompliserte søknader fra utlandet.

Spesialistgodkjenning av sykepleiere er en ny forvaltningsoppgave som krever ressurser.

LEAN-prosess er i gang for å forbedre og forenkle prosessene. Dette arbeidet har gitt gevinster, men må fortsette i 2023 for å gi varig effekt.

Styringsparameter 2: Andel godkjente og registrerte utdanningsvirksomheter for spesialistutdanning for leger

Per 31.12.2022 hadde 202 virksomheter, av 700 søkere, blitt godkjent utdanningsvirksomhet. Disse er hovedsakelig virksomheter i spesialisthelsetjenesten.

336 virksomheter, av ca. 400 søkere, er nå registrerte utdanningsvirksomheter. De fleste av disse er kommuner som har søkt registrering i allmenntannlege og samfunnsmedisin, i tillegg kommer noen private/ideelle.

Nøkkeltall 1: Andel personell med helse- og sosialfaglig kompetanse i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og fylkeskommunale tannhelsetjenesten

Andelen årsverk utført av personell med helse- og sosialfaglig utdanning i den kommunale helse- og omsorgstjenesten var i 2021, 77,8 prosent. Kilde NKI.

I den fylkeskommunale tannhelsetjenesten var andelen sysselsatt personell med helse- og sosialfaglig utdanning 94,7 prosent. Kilde K2025.

Nøkkeltall 2: Andel personell i heltidsstillinger i helse- og omsorgstjenestene (inkl. tannhelsetjenesten)

I 2021 var andelen med avtalt heltid 58 prosent iblant sysselsatte med helse- og sosialfaglig utdanning i helse- og omsorgstjenestene

Nøkkeltall 3: Andel godkjent helsepersonell som er utdannet i utlandet

I 2022 var andelen godkjent helsepersonell (autorisasjon) i Norge 72,66 %, (72,57 i 2021). Tallene viser at majoriteten fortsatt av godkjent helsepersonell i Norge fortsatt utdannes nasjonalt, selv om det er store forskjeller mellom profesjonene. Et eksempel er lege hvor kun 39 % er utdannet i Norge.

Nøkkeltall 4: Ubesatte helsepersonellstillinger i helseregionene (kommune- og spesialisthelsetjeneste - enkelte eller flere profesjoner).

Det var i 3. kvartal 2022 17 400 ledige stillinger i helse- og omsorgstjenesten.

Nøkkeltall 5: Andel LIS-stillinger av de samlede stillingene i aktuelle spesialiteter, og antall LIS i allmenntannlege (i ny ordning).

Antall spesialistgodkjenninger for alle spesialiteter, totalt for leger er: 12168

Andel spesialistgodkjenninger i 2022 i ny ordning er 24% og 38% i allmenntannlege. Andelen i ny ordning er stigende.

Nøkkeltall 6: Antall utdanningsstillinger for spesialisthelsetjeneste

Antall spesialistgodkjente klinisk allmenntannlege er totalt 96.

Måloppnåelse

Helse- og omsorgstjenestene har i hovedsak tilstrekkelig og kompetent personell, men vi ser at det er økende rekrutteringsutfordringer og at det vil bli økende gap mellom tilbud og etterspørsel etter helsepersonell framover.

Helsedirektoratet har grunnlag for å si noe om framtidige behov, men pandemien har vist at det behøves mer data for behov for, og tilgjengelighet av, helsepersonell i sanntid.

Arbeidet med rapport om felles framskrivninger i 2021 tydet på at en god del aktører ikke bruker så mye framskrivninger i sitt arbeid på personellfeltet. Dersom helsefelleskapene får større ansvar for å se på personellbehov, kan Helsedirektoratet framover i større grad bistå det regionale nivået.

Økt antall godkjente legespesialister kan bidra til måloppnåelse. Spesialistgodkjenning av klinisk allmennsykepleiere ble innført for å styrke kompetansen i kommunene og bidra til rekruttering. Det er knyttet forventninger til hvordan denne gruppen kan bidra til høyere kompetanse og økt kvalitet i tjenesten.

Forskriftsfestet krav om godkjenning og registrering av utdanningsvirksomheter bidrar til at tjenesten må ha større fokus på utdanning og kompetanse enn tidligere. Dette kan bidra til bedre utdanningsløp og kompetanse i tjenesten.

Antall søknader om autorisasjon er stadig økende og nye grupper personell er omfattet av ordningen. En stor andel får innvilget sine autorisasjonssøknader og utgjør viktige ressurser i en presset helsetjeneste. De fleste søkere med utdanning fra norske læresteder får autorisasjon umiddelbart etter innsendt søknad (innmeldingsliste) og blir raskt tilgjengelig for tjenesten.

Totalt sett fikk flere helsepersonell spesialistgodkjenning i 2022 enn de siste årene. Dette bør bidra til at tjenesten har tilstrekkelig og kompetent personell, selv om dette er vanskelig å måle på kort sikt.

Målet om at 90% av søknadene skulle behandles innenfor saksbehandlingstiden, ble overholdt for konvertering av søknader fra EU/EØS. For de andre kategoriene ble 90%-målet ikke nådd i 2022.

Vi har mottatt og behandlet betydelig flere søknader i 2022 enn tidligere. Gjennomsnittlig saksbehandlingstid er fortsatt for lang. Noe av årsaken er at en større andel søknader er kompliserte søknader fra utlandet. Disse er kompliserte og tar tid.

Spesialistgodkjenning av sykepleiere er en ny forvaltningsoppgave som krever ressurser. Mange søknader i overgangsordningen og med utenlandsk utdanning, gjør at saksbehandlingstiden blir komplisert og lang – opp mot 1 år. Etter hvert vil norske søkere kunne få søknaden behandlet nærmest automatisk via vitnemålportalen.

Arbeid med effektivisering, forbedring og forenkling av saksbehandlingsprosessene (LEAN) har gitt gevinster, men må fortsette i 2023 for å gi varig effekt.

I 2022 ble det tilført ekstra personell som bidro til raskere behandling av saker.

Det er forskriftsfestet i spesialistforskriften at alle virksomheter som utdanner legespesialister, skal være enten godkjent eller registrert utdanningsvirksomheter. Siden nye søknader mottas kontinuerlig, vil det alltid være noen som kommer til å være i prosess, men som ikke er endelig godkjent/registrert. Alle som søkte før 1.mars 2019, har midlertidig godkjenning mens saksbehandlingen pågår. Vi arbeider for at alle som er i prosess, skal bli godkjent i løpet av 2023.

Helsedirektoratet mottok ca. 1100 søknader i 2019. Per 31.12.22 hadde 202 virksomheter blitt godkjent utdanningsvirksomhet, av 700 søkere. Disse er hovedsakelig virksomheter i spesialisthelsetjenesten. Alle søknader er i prosess, men det vil fortsatt ta noe tid å få ferdigbehandlet disse. 336 virksomheter er registrerte utdanningsvirksomheter, av ca. 400 søknader. De fleste er kommuner som har søkt registrering i allmennmedisin og samfunnsmedisin. I tillegg kommer noen private/ideelle.

Saksbehandlingstiden er snart på fire år – og fortsatt er det mange saker i prosess. I 2022 ble det tilført ekstra personell som bidro til noe raskere behandling av saker.

Sentrale aktiviteter i direktoratet

Kompetanseløft 2025

K2025 sitt arbeid er forankret i programmets styringsdokumenter og årshjul. K2025 har levert 4 oppdrag til HOD i tillegg til de faste leveransene (junirapporten, augustrapporten og årsrapporten). Viser til årsrapport for mer detaljert rapportering for sentrale satsninger i henhold til handlingsplanen fra Helse- og omsorgsdepartementet på vedtatte strategier i Kompetanseløft 2025. K2025 har ved innovativ anskaffelse etablert følgeforskning av K2025 som styrker strategiområde 1 rekruttere, beholde og utvikle fagkompetanse og personell. Følgeforskningen gjøres av Fafo Institutt med partnere. I tillegg har Senter for omsorgsforskning (SOF) på oppdrag utført forskning som omhandler ufullstendig helse- og omsorgshjelp og kompetansebehov i norske sykehjem.

Følgemedansvar på statistikk- og registerdata for den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Personell- og kompetansesituasjonen i de kommunale helse- og omsorgstjenestene er fortsatt utfordrende over hele landet. Helse- og omsorgspersonell er et knapphetsgode i både små og store kommuner, uavhengig av sentralitet. Det er utfordrende å rekruttere, beholde og utvikle personell og fagkompetanse. Det gjelder spesielt helsefagarbeidere, sykepleiere inkludert spesialsykepleiere som helsesykepleiere og jordmødre, vernepleiere og fastleger. Den fylkeskommunale tannhelsetjenesten har i mindre grad utfordringer med personell- og kompetansesituasjonen, men det er fylkesvise forskjeller som må adresseres. Det kjente utfordringsbildet blir fortsatt bekreftet fra Statsforvalterne og i statistikken. Det er fortsatt en høy andel ansatte i deltidsstillinger, høy andel personell uten helse- og sosialfaglig utdanning, høyt sykefravær og høy turnover. Turnover er særlig høy for ansatte under 30 år og blant personell i aldersgruppen 60 år og eldre. I den fylkeskommunale tannhelsetjenesten er utfordringsbildet noe annerledes da de må ha autorisasjon eller godkjent utdanning på fagfeltet. Det er også lav andel tannhelsepersonell i deltidsstillinger. Sykefraværet er derimot på samme nivå som for helse- og omsorgstjenesten og det er høy turnover for tannleger og tannpleiere.

Innhold i utdanningene

Helsedirektoratet har etablert et godt system for å hente inn og vurdere og forskriftsfeste endringer i kompetansekravene til de 46 legespesialitetene og har foretatt endringer også i 2022.

Vi har utredet grunnlaget for etablering av ny spesialitet i rettsmedisin og igangsatt prosess for etablering av ny spesialitet i palliativ medisin.

Vi har anbefalt løsning for å styrke kompetansen i helseteknologi for ulike grupper helsepersonell og skissert kompetansekrav og -tiltak i våre faglige råd og anbefalinger.

ALIS-kontorene har fått revidert sitt mandat til også å inkludere samfunnsmedisin og har i tillegg fått noen utvidede oppgaver tilknyttet veiledning og annet.

Chief Nursing Officer –

Helsedirektoratet har representert norske helsemyndigheter i internasjonale møter eller fora der det er forventet at landene skal stille med Chief Nursing Officer (CNO), Chief Midwifery Officer (CMiO), Chief Dental Officer (CDO) og Chief Medical Officer (CMO) i EU- og WHO-sammenheng. De siste årene har ulike utpekte medarbeidere fylt disse funksjonene. Den som er utpekt som CNO har også ivaretatt CMiO-funksjonen.

WHO EURO etablerte høsten 2021 et knutepunkt for CNO og CMiO fra medlemslandene, og la med det grunnlaget for nettverket Nursing and Midwifery Global Community of Practice. I den forbindelse ba WHO

EURO Norge om å nominere en fast CNO til dette knutepunktet, noe som ble gjort i februar 2022, da avdelingsdirektør Liv Heidi Brattås Remo formelt ble oppnevnt. Fra oktober 2022 har i tillegg seniorrådgiver/jordmor Helene Normann fungert som CMiO rådgiver for CNO. Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) vurderer at funksjonene samtidig kan åpne for deltakelse i andre internasjonale nettverk som kan ha nytteverdi for helsemyndighetene, slik som i pandemi- eller andre beredskapssituasjoner. CNO har i 2022 deltatt i møter annenhver måned i CNO nettverket, i tillegg til at hun siden august 2022 også har deltatt i Global Nursing Leadership Institute, sammen med 29 andre sykepleieledere fra alle WHO sine regioner.

Autorisasjon

Godkjenning av helsepersonell er en viktig oppgave for Helsedirektoratet. I 2022 mottok vi 28 920 saker knyttet til søknader om autorisasjon og lisens. Det ble innvilget 19 385 autorisasjoner og 3 255 lisenser fordelt på de 32 helsepersonellgruppene, se Tabell 3-1 Antall innvilgede autorisasjoner og lisenser (HPR) for oversikt over antall innvilgede autorisasjoner og lisenser. Det ble gitt 1 614 avslag i samme periode.

Helsedirektoratet mottok i 2022, som i årene før, flest søknader fra søkere med utdanning fra Danmark, Polen og Sverige når norskutdannede ikke tas med i beregningen. Økningen i antall søkere med utdanning fra Pakistan fortsetter å øke, og i 2022 mottok Helsedirektoratet 1462 søknader fra pakistansk utdannede søkere sammenlignet med 616 søknader fra samme søkergruppe året før, noe som tilsvarer en økning på 137 %.

I arbeidet med håndteringen av covid-19 var det også i starten av 2022 behov for å mobilisere helsefagstudenter som reservepersonell i helsetjenesten. 463 studenter, elever og lærlinger i ulike helsefag fikk i henhold til Covid-19 forskriften innvilget midlertidig studentlisens i siste studieår.

Med virkning fra 1. januar 2022 ble naprapater, osteopater og paramedisinere innlemmet i autorisasjonsordningen. Helsedirektoratet har i 2022 behandlet 970 søknader om autorisasjon fra disse gruppene og innvilget 931 autorisasjoner. Etter vedtak i Stortinget i mai -22 har det vært jobbet med å tilrettelegge for å innlemme manuellterapeuter i autorisasjonsordningen med virkning fra 01.01.23.

Kompletteringsprogrammet for ELTE-kandidater ble avsluttet i 2022 og siste gruppe kandidater fullfører nå veiledet praksis og ventes å søke autorisasjon i starten av 2023. Totalt har 180 kandidater fordelt på 4 kull gjennomført programmet.

Antall gyldige autorisasjoner i helsepersonellregisteret (HPR) utgjorde per 31.12.2022 574. 458, se Tabell 3-2 Antall gyldige autorisasjoner i helsepersonellregisteret (HPR) pr. 31.12.2022. I tillegg kommer 4 414 gyldige lisenser pr. samme dato.

Fra 2019 er veterinærer og fiskehelsebiologer fjernet fra oversikten, da Helsedirektoratet ikke er godkjenningsmyndighet selv om disse to gruppene registreres i HPR.

Tabell 3-1 Antall innvilgede autorisasjoner og lisenser (HPR)

	Norge		Norden		EU/EØS		Andre		Totalsum	
	2021	2022	2021	2022	2021	2022	2021	2022	2021	2022
Ambulansearbeider (AA)	416	273	0	4	3	3	2	1	421	281
Apotektekniker (AT)	264	249	1	1	9	4	2	1	276	255
Audiograf (AU)	29	16	1	0	2	0	0	0	32	16
Bioingeniør (BI)	383	299	11	11	11	7	4	3	410	320

Ergoterapeut (ET)	249	264	5	5	1	0	0	1	255	270
Provisorfarmasøyt (FA1)	210	187	13	11	31	25	22	34	276	257
Reseptarfarmasøyt (FA2)	122	105	4	5	1	1	462	672	589	783
Fotterapeut (FO)	49	71	0	1	1	1	0	0	50	73
Fysioterapeut (FT)	610	632	33	92	60	61	14	15	717	800
Helsesekretær (HE)	625	657	0	0	3	4	1	0	629	661
Helsefagarbeider (HF)	4705	4515	147	304	27	27	24	33	4903	4879
Hjelpepleier (HP)	3	2	0	0	0	0	0	0	3	2
Jordmor (JO)	102	104	72	132	8	13	2	0	184	249
Klinisk ernæringsfysiolog (KE)	53	52	1	2	3	5	2	2	59	61
Kiropraktor (KI)	0	0	2	3	0	2	70	63	72	68
Lege (LE)	1247	1319	329	541	1051	1093	301	211	2928	3164
Naprapat (NP)		1		391		0		0		392
Omsorgsarbeider (OA)	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Ortopediingeniør (OI)	1	14	6	7	8	4	2	1	17	26
Optiker (OP)	68	73	3	9	15	12	8	5	94	99
Ortoprist (OR)	0	0	0	1	3	2	1	1	4	4
Osteopat (OS)		263		5		2		0	0	270
Paramedisiner (PM)		268		1		0		0		269
Perfusjonist (PE)	0	0	0	1	1	1	0	0	1	2
Psykolog (PS)	349	324	227	271	152	111	13	8	741	714
Radiograf (RA)	214	174	3	2	5	6	0	1	222	183
Sykepleier (SP)	6516	4848	793	1119	556	715	73	95	7938	6777
Tannhelsesekretær (TH)	216	293	5	3	2	6	4	0	227	302
Tannlege (TL)	120	144	20	27	96	111	58	39	294	321
Tannpleier (TP)	69	87	1	0	5	6	1	0	76	93
Tanntekniker (TT)	11	0	1	1	5	7	0	0	17	8
Vernepleier (VP)	1362	1039	0	0	0	1	0	0	1362	1040
Totalsum	17933	16274	1678	2950	2059	2230	1066	1186	22797	22640

Antall autorisasjoner samsvarer ikke med antall sysselsatte i helsesektoren, men viser autorisert helsepersonell.

Tabell 3 2 Antall gyldige autorisasjoner i helsepersonellregisteret (HPR) pr. 31.12.2022

	Norge	Norden	EU/EØS	Andre	Ikke reg. utd. land i HPR	Totalsum
Ambulansearbeider (AA)	7119	163	97	28		7407
Apotektekniker (AT)	7862	19	143	161	3	8188
Audiograf (AU)	736	22	6	7		771
Bioingeniør (BI)	7645	395	145	207	1488	9880

Ergoterapeut (ET)	5929	300	101	123	390	6843
Farmasøyt (FA)	2402	264	72	74		2812
Provisorfarmasøyt (FA1)	3234	738	734	197		4903
Reseptarfarmasøyt (FA2)	2687	309	22	747	1	3766
Fotterapeut (FO)	2966	21	28	8	219	3242
Fysioterapeut (FT)	10140	2709	3779	1129	330	18087
Helsesekretær (HE)	15451	8	98	30	6	15593
Helsefagarbeider (HF)	43158	4582	528	8376	6	56650
Hjelpepleier (HP)	85449	8395	656	1548	8202	104250
Jordmor (JO)	2331	2627	240	64	1913	7175
Klinisk ernæringsfysiolog (KE)	631	115	9	38		793
Kiropraktor (KI)		193	1	1010	3	1207
Lege (LE)	20821	15220	14301	3200	236	53778
Naprapat (NP)	1	391				392
Omsorgsarbeider (OA)	8632	7	4			8643
Ortopediingeniør (OI)	178	111	31	38	21	379
Optiker (OP)	1917	390	81	51	224	2663
Ortoptist (OR)		17	40	31		88
Osteopat (OS)	263	5	2			270
Paramedisiner (PM)	268	1				269
Perfusjonist (PE)	11	41	5		1	58
Psykolog (PS)	8123	1938	566	175	74	10876
Radiograf (RA)	4413	553	109	122	265	5462
Sykepleier (SP)	139343	40326	8123	3708	6816	198316
Tannhelsesekretær (TH)	6047	61	118	76	4	6306
Tannlege (TL)	4432	1172	2014	356	1126	9100
Tannpleier (TP)	2040	86	57	10	80	2273
Tanntekniker (TT)	698	64	133	18		913
Vernepleier (VP)	22473	97	28	7	500	23105
Totalsum	417400	81340	32271	21539	21908	574458

Spesialistgodkjenning

Det ble godkjent flere spesialister i 2022 enn de siste årene, 1664 nye spesialister i 2022 mot 1380 i 2021, se Tabell 3-3 Godkjente spesialister. Flere spesialiteter har hatt en økning i forhold til tidligere år. Vi mottok 2068 søknader, en økning på 22% fra 2021.

De fleste leger i spesialisering søker fortsatt godkjenning etter gammel ordning, men trenden er økende. Omtrent 30% av søknadene var i ny ordning i 2022. Det er et mål at så mange som mulig søker spesialistgodkjenning etter ny ordning.

Spesialistgodkjenning av klinisk allmennsykepleiere er den første sykepleiergruppen som har fått offentlig spesialistgodkjenning. Spesialistgodkjenningen er basert på fullført mastergrad i avansert klinisk allmennsykepleie. Hittil har 96 sykepleiere fått denne spesialistgodkjenningen.

Det er etablert en digital godkjenningsordning via Vitnemålportalen som på sikt skal bidra til tilnærmet automatisert spesialistgodkjenning for norske studenter med bestått masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie ved norsk universitet eller høyskole. Foreløpig har spesialistgodkjenning bare blitt gitt til sykepleiere i overgangsordning samt sykepleiere med utdanning fra utlandet. Disse søknadene behandles manuelt.

Helsedirektoratet har på oppdrag fra HOD utredet modeller for spesialistgodkjenning av åtte nye sykepleiergrupper. Arbeidet ble gjennomført med involvering av flere eksterne aktører, RHF, KS, kommuner, fagforeninger.

Tabell 3-3 Godkjente spesialister

	2018	2019	2020	2021	2022
Lege	1171	1355	1327	1317	1568
Akutt- og mottaksmedisin		24	18	18	8
Allmennmedisin	221	293	318	319	300
Anestesiologi	81	95	91	71	95
Arbeidsmedisin	7	11	9	11	14
Barne- og ungdomspsykiatri	38	24	30	34	36
Barnekirurgi		2	2		2
Barnesykdommer	42	35	34	39	46
Blodsykdommer	11	9	2	11	12
Bryst- og endokrinkirurgi	3	6	8	4	5
Endokrinologi	7	11	4	11	14
Fordøyelsesykdommer	10	24	12	17	27
Fysikalsk medisin og rehabilitering	11	14	10	9	26
Fødselshjelp og kvinnesykdommer	38	51	55	47	60
Gastroenterologisk kirurgi	12	17	20	14	23
Generell Kirurgi	33	63	41	41	63
Geriatrici	14	7	17	21	23
Hjertesykdommer	44	35	37	45	38
Hud og veneriske sykdommer	11	19	10	9	11
Immunologi og transfusjonsmedisin	3	5	5	6	6
Indremedisin	125	108	133	140	144
Infeksjonssykdommer	10	10	16	10	16
Karkirurgi	7	7	7	7	5
Klinisk farmakologi	3	3	5	5	5
Klinisk nevrofysiologi	1	1	3	3	5
Lungesykdommer	11	12	26	20	15

Maxillofacial kirurgi	3	2	2		2
Medisinsk biokjemi	9	6	7	4	8
Medisinsk genetikk	1	3	4	4	5
Medisinsk mikrobiologi	7	11	9	4	14
Nevrokirurgi	3	4	4	5	4
Nevrologi	26	37	23	25	54
Nukleærmedisin	4	4	5	5	6
Nyresykdommer	10	15	9	11	14
Onkologi	17	30	20	27	27
Ortopedisk kirurgi	41	65	46	36	64
Patologi	16	19	19	8	15
Plastikkirurgi	9	13	14	11	12
Psykatri	100	73	77	86	89
Radiologi	85	76	64	67	82
Revmatologi	11	15	14	11	22
Rus- og avhengighetsmedisin	1	4	3	13	19
Samfunnsmedisin	27	15	27	26	54
Thoraxkirurgi	5	2		2	2
Urologi	13	20	15	14	18
Øre- nese- halssykdommer	16	25	20	19	28
Øyesykdommer	24	30	32	27	30
Optiker	1				
Kontaktlinsekompetanse	1				
Sykepleier				24	68
Klinisk allmennsykepleie				24	68
Tannlege	49	44	27	39	28
Endodonti	9	3	1	4	3
Kjeve- og ansiktsradiologi	3			2	1
Kjeveortopedi	18	14	9	16	7
Oral protetikk	3	6	3	4	3
Oral-kirurgi og oralmedisin	6	12	7	9	6
Pedodonti	2	5	2	1	3
Periodonti	8	4	5	3	5
Totalsum	1221	1399	1354	1380	1664

Digitalisering og IKT-utvikling innen spesialistgodkjenning

Forutsetningen for en bærekraftig forvaltning av godkjenningsordningene, er digitalisering og automatisering der det er mulig. De regionale helseforetakene har etablert en digital kompetanseportal for dokumentasjon og oppfølging av leger i spesialisering. Helsedirektoratet etablerte en tilsvarende portal til

bruk utenfor helseforetakene. Målet er digital kompetanseportal som er enkel, effektiv og samordnet, hvor hele utdanningsløpet til LIS er samlet, som legger til rette for rask og mest mulig automatisert saksbehandling, og som kan gi tilgang på gode data, både for Helsedirektoratet og andre relevante aktører. For å lykkes, er det nødvendig med prioritering av ressurser til fortsatt digitalisering.

Godkjenning og registrering av utdanningsvirksomheter

En godkjent utdanningsvirksomhet er et helseforetak, privat eller ideell institusjon, laboratorium eller annen virksomhet som kan tilby utdanning i en eller flere medisinske spesialiteter. En registrert utdanningsvirksomhet er en kommune som er kan tilby gjennomføring av utdanning i spesialiteten allmenmedisin. En registrert virksomhet kan også være annen offentlig eller privat virksomhet kan tilby gjennomføring av utdanning i samfunnsmedisin eller arbeidsmedisin.

Helsedirektoratet mottok mer enn 1100 søknader om godkjenning og registrering som utdanningsvirksomhet. Oppgaven er ressurskrevende og tar tid, både for Helsedirektoratet, Legeforeningens spesialitetskomiteer og for kontaktpersoner og utdanningsansvarlige i virksomhetene. Det pågående arbeidet og dialogen med virksomhetene bidrar imidlertid til økende bevissthet på gjennomføring av spesialistløp i ny ordning og vil heve kvaliteten på spesialistutdanningen.

Ved årsskiftet er 336 virksomheter registrert som utdanningsvirksomheter, og 202 virksomheter er godkjente. Tilnærmet alle søknader er i prosess.

Midlertidige registre for reservepersonell

Under Covid19-pandemien ble det etablert midlertidige registre med reservepersonell som kunne bistå kommunene der det var mangel på personell. Registerne er nå avviklet. Helsedirektoratet har levert en rapport med evaluering av midlertidige registre samt forslag til permanente beredskapsordninger for helsepersonell (se beredskap)

Følge med-arbeidet

Helsedirektoratet jobber generelt mye med analyse av behov for personell som en del av direktoratets følge-med-arbeid, spesielt i kommunal helse- og omsorgssektor, gjennom arbeidet med Kompetanseløft 2025. Dette arbeidet gjøres kjent ut mot kommunene blant annet ved hjelp av statsforvalterne.

Når det gjelder framskrivninger, benytter Helsedirektoratet disse spesielt inn i analysene som gjøres i innspill til utdanningskapasitet. Dette arbeidet går u.off. til HOD, så det treffer ikke behov ute i tjenesten, men direktoratet har som mål å publisere tall og statistikk fra arbeidet ut på nett slik at det kan bli mer nyttig også for andre.

Helsedirektoratet jobber særlig med analyser av tilgang til og behov for sykepleiere, men arbeidet med sykepleiermonitorering har hatt begrenset framdrift i 2022. Her er det også planer om å publisere informasjon og statistikk på nett.

Helsedirektoratet har bidratt inn i Helsepersonellkomisjonens arbeid. Vi utarbeider i tillegg LIS1-rapporter, og har mye tall og statistikk tilgjengelig på autorisasjons- og godkjenningsfeltet, som ulike aktører kan bruke til å se på spesielt tilbudet av helsepersonell framover, se tabellene over.

Mål 11 – Finansieringsordningene understøtter samhandling og ønsket faglig utvikling, og bidrar til likeverdige og effektive helse- og omsorgstjenester av god kvalitet

Status og utvikling på målområdet

Finansieringsordningene innen kommunehelsetjenesten har i 2022 blitt videreutviklet i tråd med politiske føringer og handlingsplaner. Dette har særlig omfattet finansiering av fastlegeordningen, forsøkene med primærhelseteam, men også mindre områder som fysioterapi, logopedi og audiopedagogi. Innenfor refusjonsområdet som gjelder spesialisthelsetjenesten er arbeidet med videreutvikling av finansieringsordningen for laboratorieanalyser viet mye oppmerksomhet. Innenfor legemiddelområdet er det ytt vesentlige bidrag inn i arbeidet med områdegjennomgang av hele legemiddelområdet. ISF-ordningen og tilgrensende aktivitetsbaserte finansieringsordninger for spesialisthelsetjenesten videreutvikles i tråd med NHSP og innspill fra sektoren. Vi har en årlig innspillsrunde med de fire RHFene. Det er søkelys på sammenhengende tjenester, samhandlingstiltak, digitale tjenester som understøtter ovennevnte, samt å ta inn nye metoder. Samarbeid, kommunikasjon og forankring både internt i Helsedirektoratet og ut mot sektoren er en viktig del av endringsarbeidet for 2022 og videre i 2023.

De aktivitetsbaserte finansieringsordningene for spesialisthelsetjenesten utvikles for å understøtte sørge-for-ansvaret til de regionale helseforetakene. Ordningene skal understøtte ønsket faglig utvikling og legge til rette for kostnadseffektiv pasientbehandling. Innsatsstyrt finansiering (ISF) var i 2022 på om lag 42 milliarder kroner. Dette tilsvarer en ISF-andel på 50%. For 2023 er andelen ISF endret til 40%. I tillegg til ISF kommer Resultatbasert finansiering (RBF) med en bevilgning på 600 millioner.

På oppdrag fra HOD utredes ulike finansieringsløsninger for å understøtte sammenhengende tjenester for de fire pasientgruppene som er beskrevet i Nasjonal helse og sykehusplan. I tillegg ses det på finansiering av svangerskap, fødsel og barselomsorgen. I tillegg til oppdrag i tildelingsbrevet kommer de regionale helseforetakene/ helseforetakene årlig komme med innspill til endringer og justeringer for å forbedre modellene. Innspillene prioriteres i dialog med RHFene, og i samråd med HOD.

I tillegg til søkelys på samarbeidsaktiviteter og sammenhengende tjenester er digital hjemmeoppfølging et område som er gjenstand for utvikling både i ISF og RBF. Et annet område som vokser i ISF er kostbar pasientadministrert legemiddelbehandling. I 2022 ble nye legemidler for behandling av ALS, MS, narkolepsi, nyresvikt og transplantasjoner overført fra rammebevilgningen til ISF. Det er også gjort justeringer innenfor rehabilitering og for intensive heldagstjenester i psykisk helsevern.

Helsedirektoratet forvaltet i 2022 176 tilskuddsordninger med et budsjett på ca. 19 milliarder kroner. Regjeringen har startet et arbeid med å redusere antall navngitte tilskuddsmottagere i statsbudsjettet. I Prop. 1S (2022-2023) lå det forslag til avvikling av en rekke av de øremerkede tilskuddene og innlemmelse i de søknadsbaserte ordninger. Hensikten er at konkurranse om tilskuddsmidlene skal identifisere de beste tiltakene, og derigjennom sikre bedre måloppnåelse og effekt. I 2022 gjennomgikk eller reviderte Helsedirektoratet 41 tilskuddsregelverk og utviklet 18 nye regelverk. Revideringer/oppdateringer av regelverkene er blant annet en følge av funn over tid i flere evalueringer av tilskuddsordninger, og av Riksrevisjonens gjennomgang i 2022 av tilskudd til organisasjoner. Målet er å fastsette mer presise mål og tydelige kriterier for måloppnåelse for tilskuddsordningene for slik å lettere kunne måle resultater og effekt.

Innen helserefusjonsområdet har direktoratet forvaltnings- og utviklingsansvar for finansieringsordninger, IKT systemer og regelverk som omfatter ordninger der utgiftene i 2022 beløp seg til om lag 43 mrd.kr.

Forvaltningsdelen har forløpt uten nevneverdige driftsproblemer i 2022. Det mer utviklingsorienterte arbeidet har i 2022 særlig vært innrettet mot å bidra med utredninger for å sikre finansieringsordninger som støtter opp under politiske prioriteringer for å sikre pasientgrupper "rett behandling" på en kostnadseffektiv måte.

Det har videre vært et siktemål at regelverket for ordningene er slik innrettet at det blir mest mulig enkelt for behandlerne å forstå regelverket. Dette bidrar til å sikre god etterlevelse og riktig refusjon for "rett behandling" .

Styringsindikatorer

Vurderingskriterier 1: Dialog og involvering av berørte aktører for utvikling av finansieringsordningene i spesialisthelsetjenesten og i de kommunale helse- og omsorgstjenestene

Utredninger og annet utviklingsarbeid innenfor de kommunale helse- og omsorgstjenestene som er omtalt under sentrale aktiviteter, er i stor grad gjennomført etter dialog og involvering av berørte aktører. Det dreier seg om profesjonsforeninger, RHF, Helfo og kommuner/KS. På oppdrag fra HOD utredet direktoratet konsepter for finansieringsordninger som bedre understøtter sammenhengende tjenester, herunder også møte med politisk ledelse, RHF, KS og akademia der rapport ble presentert og drøftet.

Vurderingskriterier 2: Effekt av tilskudd som virkemiddel for å nå målet om likeverdige og effektive tjenester av god kvalitet

Måloppnåelse vurderes opp mot regelverk for hvert prosjekt som får midler. Saksbehandler vurderer så måloppnåelse for den enkelte ordning basert på måloppnåelse i enkelttilskudd. Helsedirektoratet vurderer måloppnåelse som god samlet sett for tilskuddsporteføljen. 88% av tilskuddsordningene er vurdert til høy, eller middels måloppnåelse. Samtidig må det presiseres at det er utfordrende å måle effekt. Nøkkeltall for andel kommuner som mottar tilskudd (100%), viser at vi når bredt ut til brukere over hele landet. Vi evaluerer tilskuddsordninger og reviderer en stor del av regelverkene våre årlig for å sikre at tilskuddsordningene stadig skal bli mer treffsikre for bedre effekt.

Styringsparameter: - Andel av tilskuddsordninger med høy måloppnåelse

Ved siste rapportering 1. juni 2022, var andelen tilskuddsordninger med høy måloppnåelse 68 %, mens andelen tilskuddsordninger med lav måloppnåelse var 6 %

Nøkkeltall 1: - Andel av tilskuddsordninger evaluert (egen og ekstern) siste 5 år

I 2022 ble det gjennomført en evaluering og startet opp enda en evaluering av tilskuddsordninger: Det er i tillegg gjennomført en kartlegging av hjelpetelefoner, chatte-tjenester osv. som omfattet 13 tilskuddsordninger (38 mottakere). Én følgeevaluering over tid ble fullført i 2022, og tre videreført fra tidligere år. Det inngår flere tilskuddsordninger i følgeevalueringene. Andelen evalueringer av tilskuddsordninger (ekskl. følgeevalueringer) siste fem år er ca. 12 pst.

Nøkkeltall 2: - Andel av regelverk for tilskuddsordninger gjennomgått/revidert siste år

Av 176 regelverk ble 41 regelverk revidert og 18 nye utarbeidet i 2022. Andelen reviderte/gjennomgatte regelverk er slik 34 %

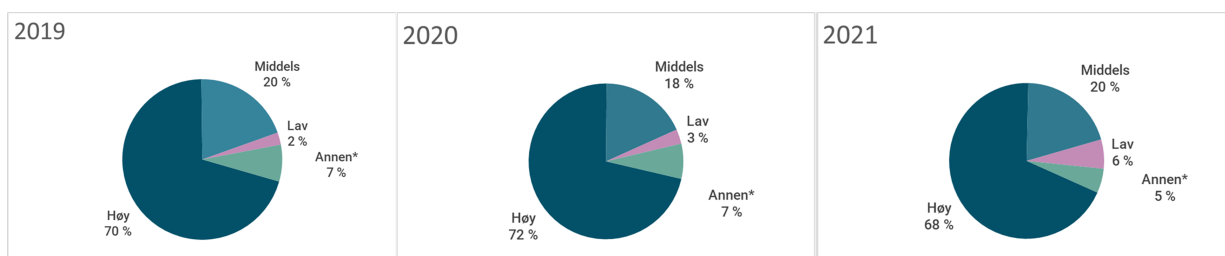
Nøkkeltall 3: - Andel av kommuner som benytter seg av tilskudd for å bedre kvaliteten i helse- og omsorgstjenestene

100 pst, dvs. alle landets kommuner, mottar tilskudd gjennom en eller flere av de 69 tilskuddsordninger direktoratet forvalter som er relevante for kommuner.

Måloppnåelse

Samlet vurdering av måloppnåelse for tilskuddsordningen baseres på innsendt og kontrollert rapportering fra tilskuddsmottakerne. Frist for mottakerne for rapportering til Helsedirektoratet er normalt 1. april året etter tilskuddet ble tildelt. Samlet rapport for måloppnåelse for 2022 er derfor først klar primo juni. Helsedirektoratet oversender egen rapport på måloppnåelse og effekt innen 1. juni 2023 jf. årlig oppdrag i tildelingsbrevet.

De fleste av tilskuddsordningene Helsedirektorat forvalter har hatt høy oppnåelse over tid. I perioden 2019-2021, har andelen ordninger med høy måloppnåelse lagt rundt 70 prosent.



Funnene fra evalueringsrapportene og Riksrevisjonen om for lite presise mål, utdelte kriterier for måloppnåelse for tilskuddsordningene og for lite målrettede rapporteringskravene, tilsier at det er svakheter i den samlede vurderingen av måloppnåelse. Helsedirektoratet har utarbeidet veiledning for saksbehandlerne i vurdering av måloppnåelse. Det vil også bli gitt mer veiledning om rapportering til tilskuddsmottakerne før rapporteringsfristen 1. april 2023. Kontinuerlig arbeid med revidering av regelverk, og fastsetting av tydelige mål, kriterier for måloppnåelse, eventuelle vurderingskriterier og rapporteringskrav i disse vil forhåpentligvis bidra til bedre effekt på sikt. Dette er et langsiktig arbeid.

Direktoratet samarbeider med sektoren med å utvikle finansieringsordninger for å understøtte ønsket faglig utvikling. Videre følger vi også opp politiske føringer herunder arbeidet med Nasjonal helse og sykehusplan, og nå Nasjonal samhandlingsplan. Utviklingsarbeidet vårt er i stor grad avhengig av tilgang på data fra Norsk pasientregister. Utviklingen av registeret setter sine begrensninger på vårt utviklingsarbeid, herunder at arbeidet med KPP-databasen enda ikke er ferdigstilt og at vi heller ikke får data på episodenivå. Også sektoren trenger mer detaljerte styringsdata for at blant annet arbeidet med tjenesteforløp (pasientforløp) kan utvides.

Direktoratet har hatt flere til dels store og omfattende oppdrag i 2022. Disse har med få unntak blitt har avtalt tidsfrist. I noen få tilfeller er fristen forskjøvet etter avtale med departementet. Resultatet av disse utredningene har ikke blitt i omsatt til offentlig politikk enda, men siktemålet er at endret finansiering skal bidra til å understøtte målet om at de bedre samhandling og ønsket faglig utvikling, og bidra til likeverdige og effektive helse- og omsorgstjenester av god kvalitet

Direktoratets forvaltningsoppgaver knyttet til gjeldende helserefusjonsordninger har gått uten nevneverdige driftsproblemer. Dette betyr høy måloppnåelse ved at grunnlaget er lagt for at i) innbyggerne har fått

oppfylt sine rettigheter og ii) at behandlere, apotek m.v. har fått utbetalt sine krav uten forsinkelser o.l. Det jobbes kontinuerlig med å lukke de merknader Riksrevisjonen har hatt til utførelsen av forvaltningsoppgavene både i direktoratet og i Helfo.

Sentrale aktiviteter i direktoratet

Tilskudd

Helsedirektoratet har i 2022 lagt vekt på flere utviklingsområder for tilskuddsforvaltningen:

- 16 tilskuddsordninger ble lyst ut med felles søknadsfrist 1. desember 2022. Flertallet av ordningene er rettet mot ideell og frivillig sektor. Et stort antall organisasjoner søker på mer enn en tilskuddsordning, og felles søknadsfrist for disse ordningene ga Helsedirektoratet rom for mer koordinert behandling av søknadene. Særlig viktig er det at ny søknadsfrist har gitt Helsedirektoratet mulighet til utbetalinger av tilskudd tidligere på året enn før. Tidlig utbetaling er en klar føring fra HOD.
- I nye og endrede regelverk er det vektlagt tydeliggjøring av mål, kriterier for måloppnåelse, eventuelle vurderingskriterier og rapporteringskrav. Det har vært søkelys på at disse elementene i regelverkene skal være konsistente seg imellom (resultatlogikk). Utlysningene med frist 1. desember hadde nyutviklede søknadsskjema.
- Bruker- og pårørendeperspektivet er tydeliggjort eller introdusert i flere i regelverk der det er relevant. Dette er i tråd med signaler fra HOD og mål i Helsedirektoratets strategi om "brukeren først".
- Det er jobbet med å få ut mer informasjon til saksbehandlere, søkere og mottakere av midler. Nettsidene for tilskuddsforvaltning med veiledning om søknadsskriving er videreutviklet og det er gjennomført webinar rettet mot ideell og frivillig sektor knyttet opp mot utlysningen 1. desember.
- Arbeidet med å styrke internkontrollen fortsatte i 2022 (se vedlegg IV). Her vil vi særlig trekke fram risikoanalyse av tilskuddsporteføljen og stedlige kontroller ute hos tilskuddsmottaker.

Finansiering

- Utvikling av ISF og RBF i tråd med sentrale føringer fra HOD og politisk ledelse, samt innspill fra RHF/HF. I utviklingen har vi særskilt fokus på samhandling, sammenhengende tjenester og digital hjemmeoppfølging. Utviklingsarbeidet innebærer også utvikling av programvare som beregner ISF-refusjonen.
- Tertilsvise møter med HOD/FIN der Helsedirektoratet gir prognoser for aktivitetsutviklingen og utbetalingene gjennom de aktivitetsbaserte ordningene (ISF og takster)
- Jevnlige møter i nasjonalt økonomidirektørmøte (RHF ene), der direktoratet informerer og samarbeider om utviklingen av ordningene

Helserefusjoner

Innenfor helserefusjonsområdet har mye av utredningsaktiviteten i 2022 vært konsentrert rundt:

- Handlingsplanen for allmennlegetjenesten - mer spesifikt knyttet til endret finansiering for å understøtte bedre målene om bedre stabilitet i ordningen og bedre ivaretagelse av pasienter med sammensatte behov. Det er særlig lagt ned mye arbeid med endret innretning på basistilskuddet (risikjustering).
- Endret finansieringsordning for patologiske laboratorieprøver
- Regelverk for finansiering av kjeveortopedisk behandling og for periodontitt behandling for å sikre best dekning til de som har de største behovene.
- Oppfølging av områdegjennomgangen for legemidler.

- Stønad til vanedannende legemidler.
- Høringsnotat om endringer i blåreseptordningen
- Utviklingsoppgaver innen fysioterapiområdet som bruk av kompetansetakster for fysioterapeuter med kommunal driftsavtale og kvalitetssikring av ordningen med rett til refusjon for utdanningskandidater og lærere.
- Innenfor utlandsområdet (Folketrygdlovens § 5-24 og 5-24a) har det vært lagt ned mye arbeid etter at det på grunn av personvern hensyn ikke ble mulig å lenger ha en agentavtale for USA studenter, konsekvenser av Brexit knyttet til helserettigheter og bistand til HOD i forbindelse med ESA sak som gjelder Norges praksis med å redusere til 80% av aktuell DRG for beregning av kostnader ved sykehusbehandling.

3.12

Mål 12 – Tilgang på relevant og oppdatert styringsinformasjon og analyser bidrar til kunnskapsbaserte helsetjenester og riktigere ressursbruk

Status og utvikling på målområdet

Helsedirektoratet har et helhetlig ansvar for forvaltning og utvikling av Norsk pasientregister (NPR) og Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR), samt for utvikling av tjenester som gir tilgang til oppdaterte og relevante analyser og styringsinformasjon, - som nasjonale kvalitetsindikatorer.

Helsedirektoratet har per 2022 over 1300 faste leveranser av styringsinformasjon til ulike beslutningstakere i helsetjenesten/forvaltningen. Dette omfatter RHF-ene, Riksrevisjonen, nasjonale og internasjonale statistikker hos SSB, FHI, SKDE og Helsetilsynet mfl. Styringsinformasjon til HOD leveres i egne visninger ("dashboards"), rapporter og løpende ved spesifikke henvendelser. Det er lansert ny statistikk for skadedata og innenfor allmennlegeområdet. Det er også oppdatert styringsinformasjon om spesialisthelsetjenesten gjennom Samdata-prosjektet. Gjennom NKI-systemet er det oppdatert styringsdata knyttet til kvalitet i spesialisthelsetjeneste, samt noe data for kommunale tjenester. Som en del av handlingsplan for allmennlegetjeneste er det utviklet et følge med system med spissede månedsrapporter og mer utdypende kvartals-/årsrapporter. Ut over dette har den løpende datainnsamlingen og tilgjengeliggjøringen av data vært gjennomført som normalt.

For utleveringer til forskningsformål er ventetiden fortsatt lengre enn ønskelig. Dette er ikke en ny situasjon og en sammensatt problemstilling, men må også sees i sammenheng med forsinkelsene Helsedataprogrammet (HDP) og etableringen av Helsedataservice (HDS) – jamfør også direktoratet for eHelses Sluttrapport for HDP: "Det får derfor store negative konsekvenser for både registerforvaltning, forskning, innovasjon og utvikling av helsetjenesten at Helseanalyseplattformen (HAP) er satt på vent". I ettertid ble HAP besluttet avvirket. Helsedirektoratet ansatte og lærte opp 6 nye årsverk i 2022 for å kompensere for dette, - noe som har tatt kapasitet fra utleveringsformålet.

Helsedirektoratet har gjennom året hatt tett samarbeid med direktoratet for e-Helse og bidratt aktivt i utvikling/forbedring av fellestjenester, herunder metadata og øvrig innhold på helsedata.no.

Helsedirektoratet har også i 2022 brukt betydelige ressurser på å understøtte HDP/HDS. Arbeidet har gjennom året vært i rute, og det pågår forberedende aktiviteter for å bidra til at HDS kan ivareta vedtaksmyndighet i 2023.

Styringsindikatorer

Vurderingskriterier 1: God dialog med målgruppene om viktig og relevant styringsinformasjon og analyser av helse- og omsorgstjenestene

Helsedirektoratet har etter vår egen oppfatning god dialog med mange av målgruppene for våre statistikker og analyser. Dette gjelder blant annet for allmennlegetjenesten og vårt arbeid mot helsefelleskapene, men også på andre områder. Det er samtidig på dette området som andre at vi kan bli bedre på tidlig involvering i utarbeidelse av våre planer innen de ulike tema vi skal utarbeide styringsinformasjon for. Det er samtidig en utfordring å få en god dialog med bredden av målgruppene for tjenestene, siden det både er mange ansvarlige enheter og mange lag med målgrupper hos en del aktører.

Vurderingskriterier 2: I hvilken grad Helsedirektoratets publisering av styringsinformasjon og analyser møter målgruppene sine behov

Det er ikke gjennomført kartlegginger som gir et mer entydig svar på dette, men vår vurdering er at tilbakemeldingene i hovedsak understøtter at våre statistikk- og analyseprodukter dekker behov hos målgruppene. Det er samtidig også tilbakemeldinger som peker i retning at vi ikke leverer godt nok på enkelte områder. Det knytter seg både til ønske om hyppigere oppdatering av en del statistikk, samt gjennomføre eller vri analyser mot det brukere mener er viktigere områder. En underliggende utfordring på dette området er de store muligheter som ligger i det enorme datagrunnlaget som i dag finnes i ulike registre og kilder i kombinasjon med en begrenset kapasitet til statistikk og analysearbeid.

Vurderingskriterier 3: I hvilken grad møter registerforvaltningen brukernes behov for tilgang til statistikk, analyser og datagrunnlag

Oppdaterte registerdata er gjennomgående høyt etterspurt i sektoren og gjennom året er det levert datagrunnlag fra NPR og KPR som understøtter løpende styring og finansiering av helsetjenesten i henhold til bestillinger. Det er også utarbeidet en revidert strategi for direktoratets helseregistre og vi er i gang med implementeringen av målbildene i denne, gitt de tilgjengelige budsjetttrammene (ikke fullt finansiert).

Det er imidlertid ingen tvil om at behovene overstiger både tilgjengelige budsjetttrammer, kapasitet og kapabilitet i dagens registre. Vi ser at både endringsbehov og samtidighet i oppdrag utfordrer både vår leveringsevne og våre prioriteringer. Det er også grunn til å stille spørsmålstegn ved om vi har riktige rammer (lov- og forskriftsmessig) for å kunne utføre enkelte av våre oppdrag og dekke sektorens behov. Oppdelingen i et register for spesialist- og et register for primærhelsetjenesten, gjør det tidvis utfordrende å kunne implementere løsninger som lar oss følge pasientforløp på tvers i tjenesten og monitorere logistikk kjedene i tjenesten på en god måte, i hvert fall hjelper ikke dagens forskrifter oss her og gjør i enkelte tilfeller arbeidet mer komplisert enn nødvendig og gir ikke nødvendigvis økt personvern. For å møte denne utfordringen kreves det målrettet langsiktig investering i registerutvikling med forutsigbarhet over budsjettår og gode milepæler underveis.

KPR er utvidet med etterspurte data fra fastlegeordningen. Det er kjent behov for et utvidet datagrunnlag i KPR med data fra helsestasjon- og skolehelsetjeneste, tannhelsetjeneste, helse- og omsorgstjeneste, og allmennlegetjeneste. På de andre områdene pågår det utvikling, men nye datagrunnlag er foreløpig ikke tilgjengelig for sluttbruker.

Nøkkeltall 1: - Dataprodukter levert til Helseanalyseplattformen

Helsedataprogrammet er avsluttet og funksjonaliteten Dataprodukter ble tatt ut av scope og leveranse.

Nøkkeltall 2: - Rapporterte registervariabler og metadata fra KPR og NPR til nasjonal variabelkatalog

Registerbeskrivelser, registervariabler og metadata for KPR/NPR rapporteres etter plan og avtale til helsedata.no

Nøkkeltall 3: - Søknader om data fra NPR og KPR i felles søknadsskjema som behandles av Helsedirektoratet

Alle nye forskningssøknader som ønsker data fra KPR/NPR blir sendt inn via felles søknadsskjema. HDS videresender søknadene til Hdir for behandling. Hdir foretar juridisk behandling og tilrettelegging og utlevering av omsøkt informasjon

Nøkkeltall 4: - Økt bruk av Helsedirektoratets dashboard-løsninger for statistikk for allmennlegetjenesten og for kvalitetsindikatorene

Data om bruk av direktoratets dashboard for allmennlegetjenesten og kvalitetsindikatoren (NKI) indikerer at det var økt bruk fra 2021 til 2022. Antall unike sidehenvisninger for statistikk allmennlegetjenesten økte med 19% til drøyt 4800, mens tilsvarende for NKI var 11% til 11500 sidehenvisninger. I denne bruken vil både interne og eksterne brukere inkluderes.

Måloppnåelse

Måloppnåelsen når det gjelder "Tilgang på relevant og oppdatert styringsinformasjon og analyser som skal bidra til kunnskapsbaserte helsetjenester og riktigere ressursbruk", vurderes i 2022 til å være god. De faste leveransene går som planlagt, i henhold til bestilling og er i mange tilfeller utvidet både i hyppighet og innhold. Samtidig er det identifisert betydelig utviklingsbehov, for eksempel knyttet til hyppighet på oppdatering av statistikk og analyse, vridning av analyser mot brukergruppens behov, samt ønsker om og behov for hyppigere oppdatering av KPR og NPR. Disse behovene er samlet sett betydelig større enn direktoratets kapasitet og kapabilitet, og endringsbehov og samtidighet i oppdrag utfordrer både leveranseevne og prioritering. Det er risiko knyttet til behovet for endring på området, antallet oppdrag som skal understøttes, og finansieringssituasjonen, spesielt på registerområdet. For å få til den ønskede utviklingen er det nødvendig å sørge for forutsigbar finansiering over år og målrettet langsiktig prioritering.

Sentrale aktiviteter i direktoratet

En rekke aktiviteter i ordinær forvaltning og utvikling understøtter dette området. Den daglige driften av rapporteringsregimet til NPR og KPR, samt tilgjengeliggjøring av data, er en grunnsten på området. Det samme gjelder utvikling av Nasjonale kvalitetsindikatorer og andre analyser som utføres i Helsedirektoratet.

- Implementering av Helsedirektoratets strategi for helseregistre; Det er definert fem strategiske utviklingsområder med tilhørende tiltak på helseregisterområdet og gjennom året er det investert i ulike tiltak som skal understøtte disse. Arbeidet avhenger av forutsigbar finansiering og tydelig prioritering og fokus skal det la seg gjennomføre. Det er utarbeidet et oppdatert mål bilde for NPR og KPR, og arbeidet med å implementere er i gang. Det er videre gjennomført pilotering/utprøving av teknisk løsning for å etter hvert kunne ha hyppig oppdaterte data i KPR.

- Statistikk og analyser for de fire prioriterte gruppene i nasjonal helse- og sykehusplan er etablert; Skrøpelige eldre, Alvorlige psykiske lidelser, Barn og unge samt Kroniske/sammensatte lidelser.
- Statistikk og analyser om allmennelegetjenesten er etablert; Helsedirektoratet tilgjengeliggjør ulike statistikker som skal beskrive aktiviteten i allmennelegetjenesten og gjennomfører en rekke analyser og utredninger om tjenesten. Det er også etablert relevante statistikker bak pålogging, tilrettelagt for den enkelte fastlege til bruk i egen praksis i prosjekt Allmennelegedata.
- Det er tilgjengeliggjort data og utarbeidet analyser om kapasitet, kostnader, tilgjengelighet, aktivitet og ressursutnyttelse for spesialisthelsetjenesten, samt for forløp mellom spesialist- og primærhelsetjenesten (Samdata).
- Utvikling og forvaltning av NKI-er i henhold til lovpålagte oppgaver, nye bestillinger og behov er gjennomført.
- Løpende leveranser av styringsinformasjon til RHF-er og andre brukere er ivarettatt gjennom året.
- Videreutvikling av kommunalt pasient- og brukerregister (KPR): KPR er utvidet med data fra fastlegeordningen. Det pågår ellers betydelig utvikling for å etablere datafangst fra helsestasjon- og skolehelsetjeneste og tannhelse samt fremskaffe nasjonale data til Tannhelseutvalget i en engangsløseleveranse.
- Videreutvikling av norsk pasientregister (NPR): NPR er utvidet med data om medisinsk strålebruk og radiologi og det er jobbet med å understøtte endringene på nasjonale pasientforløp på psykisk helse-området.

3.13

Mål 13 – Helseaktører og innbyggere får rett ytelse til rett tid

Status og utvikling på målområdet

Status er at alle brukere av Helfo sine tjenester - både innbyggere og helseaktører – får god service, avklart sine saker innen fastsatt frist og kontrollert og utbetalt sine refusjonskrav uten opphold. Utviklingen er at dette i stadig større grad skjer innenfor en digitalisert og automatisert kontekst.

Styringsindikatorer

Vurderingskriterier 1: Helfo og Helsedirektoratets innsats for å bidra til god etterlevelse av refusjonsregelverket

Det er utarbeidet en Strategi for etterlevelse, inkludert tiltak. Etterlevelse har vært tema på alle felles ledersamlinger Helfo/Hdir i 2022. Det er prioritert tiltak som vil kreve innsats fra både Helfo og Hdir. Arbeidet med modernisering av rundskriv som startet i EDiT er videreført. I Helfo er det arbeidet videre med det treårige prosjektet "Lærende kontrollvirksomhet" (2021-2023,) støttet av Forskningsrådet) med sikte på økt kunnskap om virkemidler og effekt i etterlevelsesarbeidet. I tillegg har Helfo, gjennom et internt prosjekt, satt fokus på koordinering og samhandling på tvers av de ulike styringslinjene, med mål om økt etterlevelse. De siste års utviklingsarbeid har gitt økt analysekompetanse og en mer effektiv saksbehandling av kontroll saker. Det jobbes kontinuerlig med å bedre regel motorene i kontrollverktøyene. Det foretas for få etterkontroller av helseaktører med høy risiko og dette er et prioritert område for Helfo i 2023.

Vurderingskriterier 2: Digitalisering og brukerorientering av tjenestene

Det er i 2022 gjennomført og videreført flere aktiviteter som støtter opp under dette målet, herunder:

- Videre arbeid med Felles kontaktregister og praksisinfo
- Modernisering, forenkling og digital publisering av rundskriv
- Ferdigstilt funksjonalitet som muliggjør at brev fra Helfo til borgere kan ekspederes direkte til Helsenorge uavhengig av fagsystem i Helfo
- Startet arbeidet med felles henvisningsmottak for henvisninger til kjeveortopedisk behandling
- Chat bot i Helfo
- Videreutvikling portalen for individuelle søknader på blåresept.

Styringsparameter 1: Saksbehandlingstid (basert på 2. og 3. tertial 2022)

Saksbehandlingstid	Type sak
4,8 dager	legemidler prioriterte saker
10,5 dager	legemidler øvrige saker
18,3 dager	bidragssaker forhåndstilsagn
22,0 dager	bidragssaker refusjon
12,0 dager	tannhelsesaker
9,2 dager	frikort

Styringsparameter 2: Andel fornøyde brukere

Tjenestetype	Resultat 2022	Måltall
Veiledningstjenesten Helsenorge telefon	90 %	85 %
Veiledningstjenesten Helsenorge e-post	43 %	80 %
Telefontjenestene helseaktører	91 %	85 %
Besvarelse epost til helseaktørene	82 %	80 %
Fristbruddpasienter (Helfos tjenester):	95 %	90 %
Helfos administrasjon av fastlegeordningen	NA	75 %

Styringsparameter 3: Tilgjengelighet

Sakstype	Resultat 2022	Måltall
Ventetid Veiledningstjenesten Helsenorge:	77 %	65 %
Svarprosent Veiledningstjenesten Helsenorge:	88 %	80 %
epost besvart innen 2 virkedager når det ikke er behov for 2.linje:	90 %	100 %
Svarprosent telefon helseaktører	89 %	83%
Fristbruddsaker, gjennomsnittlig saksbehandlingstid	8,7 virkedager	6 virkedager
Fristbruddsaker ferdigbehandlet av Helfo innen 10 virkedager	73 %	90 %
Fritt behandlingsvalg, andel søknader innen somatiske tjenester ferdigbehandlet innen 6 uker:	75 %	50 %
Fritt behandlingsvalg, andel søknader innen andre tjenester ferdigbehandlet innen 6 uker	89 %	50 %

Nøkkeltall 1: Andel refusjonskrav fra helseaktører sendt digitalt

Alle refusjonskrav sendes nå til Helfo digitalt

Nøkkeltall 2: Antall klager

Helfo behandlet 2125 klagesaker i 2022

Nøkkeltall 3: Antall helsepersonell som har fått melding om at refusjonsprofilen avviker vesentlig fra normen/gjennomsnittet

Nytt nøkkeltall ikke tilgjengelig. Lagt inn som rapporteringskrav fra og med 2023

Nøkkeltall 4: Antall helsepersonell som har fått varsel om tilbakebetaling

Antall tilbakekrevinger i 2022 var 42

Nøkkeltall 5: Tilbakebetalt beløp fra helseaktører

Tilbakekrevd beløp i 2022: 211,4 millioner kroner

Måloppnåelse

Måloppnåelsen i Helfo når det gjelder publikumstjenester er god både når det gjelder innbyggere og helseaktører. Brukertilfredsheten for begge disse gruppene er meget god. Når det gjelder ivaretagelse av rettigheter vurderes også måloppnåelsen som god. De aller fleste brukerne i betydningen pasienter får avklart sine rettigheter innenfor fastsatte frister. Helseaktørene får kontrollert og utbetalt sine refusjonskrav uten opphold, det vil si at refusjonskrav som er korrekte blir utbetalt samme eller påfølgende dag de kommer inn.

Sentrale aktiviteter i direktoratet

Sentrale aktiviteter i direktoratet for å sikre god måloppnåelse dreier seg om regelverksutvikling i form av arbeid med rundskriv og flere digitaliseringsoppgaver hvis siktemål har vært å sikre økt automatisering og brukerorientering. Eksempler på de viktigste tiltakene går frem av listen ovenfor under avsnittet om vurderingskriterier.

Styring og kontroll i virksomheten

Overordnet vurdering av styring og kontroll

Helsedirektoratets styres gjennom instruks, årlige tildelingsbrev og faste møter med etatsstyrer. Direktoratets totale oppgaveportefølje består av både faste oppgaver, tidsavgrensede oppgaver og spesielle oppdrag i tillegg til direktoratets egeninitierte oppgaver. Tildelingsbrevet for 2022 besto av 62 spesielle oppdrag og 78 tilleggsoppdrag ble mottatt gjennom året. I tillegg har direktoratet hatt en rekke oppdrag fra tidligere år med varighet inn i 2022 som er videreført. Oppgavene ivaretas av den enkelte divisjon med tilhørende avdelinger. Helsedirektøren har tydeliggjort sine føringer, ansvar og myndighet i mål- og disponeringskriv til divisjonsdirektørene. Virksomhetsstyringsverktøyet PULS er Helsedirektoratets sentrale verktøy for planlegging, budsjettering, styring og rapportering, og brukes som utgangspunkt for all oppfølging av Helsedirektoratets virksomhetsplan. Disse styrende dokumenter og styringsverktøy gir direktoratet et godt rammeverk for styring og kontroll av egen virksomhet.

Gjennom 2022 ble det gjennomført totalt to fagmøter og to etatsstyringsmøter mellom etatsstyrer (HOD) og virksomhetsledelsen i direktoratet. Dette oppleves som en god arena for samhandling.

I Tildelingsbrevet for 2022 har direktoratet fått ny målstruktur med tilhørende indikatorer (vurderingskriterier, nøkkeltall og styringsparametere). Vår vurdering er at dette vil ta oss et godt stykke på vei mot ytterligere mål- og resultatstyring. Det har gjennom 2022 blitt gjennomført et implementeringsarbeid i Helsedirektoratet for å sikre god forankring i alle divisjoner.

Covid19-pandemien preget organisasjonen i starten av 2022, men beredskapsorganisasjon og øvrig tilpasninger i organisasjonen ble bygget ned i takt med avvikling av tiltak.

Nærmere omtale av vesentlige forhold

Helsedirektoratet valgte i 2022 å leie inn bistand for gjennomføring av prosjekt Informasjonsforvaltning for å kunne skaffe seg et grunnlag for videre organisering og etablering av informasjonsforvalterfunksjonen. Ila året er det levert utkast til strategi for 2022-2024, nåsituasjonsanalyse inkl mål for strategiperioden, samt en omfattende tiltaksliste. Gjennom høsten ble fokuset til prosjektet tiltak og leveranser inn mot M365 samt utarbeidelse en overordnet lagringsveileder for direktoratet. Disse tiltakene vil være viktig grunnelementer i bedre forvaltning av informasjon og dokumentasjon.

I 2022 har Helsedirektoratet gjennomført anskaffelsesløp for Kvalitetssystem. Dette vil være et viktig verktøy for forbedring og oppfølging av rammeverk for internkontroll og være et sentralt tiltak for god informasjonsforvaltning.

Fra april 2022 ble det etablert en egen avdeling for sikkerhet. Dette innebar at direktoratet samlet ansvaret for informasjonssikkerhet, fysisk sikkerhet, personell sikkerhet samt organisatorisk sikkerhet i en divisjon under en avdelingsdirektør. Dette vil være et viktig tiltak for mer helhetlig styring av sikkerhetsarbeidet i direktoratet.

Internkontroll

Internkontrollarbeidet er en kontinuerlig prosess, som skal bidra til målrettet effektiv drift, pålitelig rapportering og sikre etterlevelse av eksterne krav i lover, forskrifter og Stortingets vedtak og forutsetninger. Vi ser på internkontroll som et helhetlig arbeid som innebærer alle vesentlige prosesser, inkludert sikkerhet, personvern og HMS.

Helsedirektoratet arbeider målrettet og systematisk med å legge til rette for effektiv internkontroll i tråd med krav i Reglement for økonomistyring i staten.

I 2022 har vi jobbet for integrering mellom internkontroll og avvik- og forbedringsarbeid, og på den måten jobbe for kvalitetsstyring og kontinuerlig forbedring sett i sammenheng. Vi har videre arbeidet med å knytte til oss en leverandør på kvalitetsstyring, som kan støtte direktoratets utvikling av kvalitetsstyring i vesentlige prosesser. Arbeidet har pågått både i direktoratet på tvers av fagområder, også på sektornivå på tvers av virksomheter under Helse- og omsorgsdepartementet.

Internrevisjon

Internrevisjonen er en uavhengig objektiv bekreftelses- og rådgivningsfunksjon for Helsedirektoratet underlagt Helsedirektør. Den skal gjennom en systematisk og strukturert metode, samt avgivelse av bekreftelser, bidra til forbedringer i risikostyring, internkontroll og virksomhetsstyring og inngå som en del av direktoratets system for styring og kontroll, Internrevisjonens ansvarsområder omfatter Helsedirektoratet, Helfo, Pasient og brukerombudene, og har revisjonsrett ovenfor NHN og andre leverandører i henhold til avtale. Internrevisjonen består av et internt årsverk og har en fast samarbeidsavtale med ekstern leverandør for leveranser av internrevisjonstjenester.

Internrevisjonen har i løpet av 2022 gjennomført sine aktiviteter i henhold til fastlagt og godkjent plan for internrevisjonen. Hovedfokus i 2022 har vært oppfølging og implementering av anbefalinger fra tidligere leverte revisjoner med særlig fokus på informasjonssikkerhet.

Internrevisjonen leverer både ordinære revisjonsoppdrag samt bistandsoppdrag/rådgivningsoppdrag for å styrke styring og kontroll. I 2022 gjennomført internrevisjonen følgende revisjonsoppdrag: 1. Prosjekt-, program og porteføljestyling i Hdir, 2. Informasjonssikkerhet i Hdir, 3. Informasjonssikkerhet i Helfo, 4. Anskaffelser i Hdir og 5. Leverandørrevisjon av informasjonssikkerhet NHN. I tillegg ble det levert tre bistandsoppdrag: 1. Bistand – strategi for helserefusjoner, 2. Gjennomgang av organiseringen av sikkerhet i Hdir, Helfo og POBO og 3. Nullpunktsanalyse internkontroll/kvalitetssystem i Hdir. Internrevisjonen utarbeider egen årsrapport med nærmere beskrivelse av sin virksomhet i året.

Riksrevisjonen

Resultater fra Riksrevisjonens finansielle kontroll for 2022 foreligger ikke på tidspunktet årsrapporten for 2022 utarbeides. Revisjonsberetningen for 2022 blir offentliggjort på www.helsedir.no når den er mottatt.

Revisjonsberetningen for 2021 konkluderte med at Helsedirektoratets årsregnskap ga et dekkende bilde av virksomhetens disponible bevilgninger, inntekter, utgifter og kapitalposter per 31. desember 2021, i samsvar med regelverk for økonomistyring i staten.

Helsedirektoratet jobber systematisk med oppfølging av forvaltningsrevisjonens rapporter, for å tilbakeføre verdifull informasjon fra Riksrevisjonens undersøkelser i vårt videre arbeid. Rapporter fra 2022 som ligger i et oppfølgingsløp per 31.12.22 er følgende:

- [Undersøkelse av tilskudd til organisasjoner](#)

- [Helsedirektoratets etterkontroll av helserefusjoner](#)
- [Undersøkelse av myndighetenes innsats mot vold i nære relasjoner](#)
- [Undersøkelse av helse-, opplærings- og velferdstjenester til innsatte i fengsel](#)

Porteføljestyring

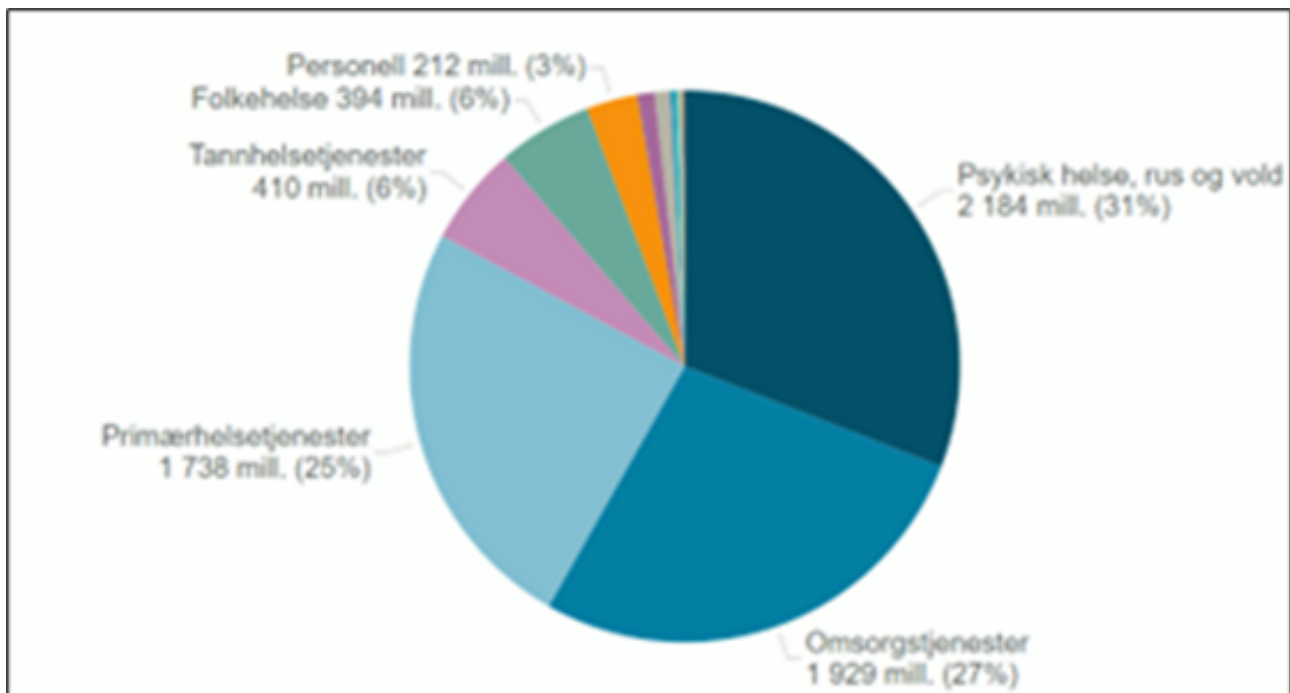
Helsedirektoratet har siden 2016 hatt ett eget regime for digitaliseringsprosjekter gjennom ett eget porteføljestyre, prosjektene er en delmengde av den totale oppdrag- og oppgaveporteføljen til helsedirektoratet og består av både oppdrag via tildelingsbrev og egeninitierte oppgaver. Porteføljestyret ledes av assisterende helsedirektør, etter delegering fra helsedirektøren, og styrets medlemmer er divisjonsdirektørene samt direktør i Helfo. Styret har en porteføljeansvarlig og ett porteføljekontor som ligger organisert under divisjon virksomhetsstyring og avdeling plan og styring.

IKT porteføljen besto i 2022 av ca 55 prosjekter, der flere er flerårige, og hadde en total årlig investering på ca. 369 millioner kroner (som dekker da både interne og eksterne kostnader samt på noen områder og tilskudd ut mot helsesektoren). Ett subsett av disse prosjektene (15) igjen er og en del av den Nasjonale porteføljen forvaltet av Direktoratet for eHelse.

Tilskuddsforvaltning og evalueringer av tilskuddsordninger

Tilskudd er et sentralt virkemiddel for regjeringens helsepolitiske mål. I 2022 hadde Helsedirektoratet ansvar for forvaltningen av 177 tilskuddsordninger. Dette er en nedgang fra 187 ordninger i 2021. Elleve av ordningene var delegert til andre tilskuddsforvaltere: syv tilskuddsordninger ble forvaltet av statsforvalterne, to ordninger av Aldring og helse (nasjonalt kompetansesenter), en ordning av fylkeskommunene samt en ordning av Stiftelsen Dam. Nedgangen i totalt antall ordninger skyldes bl.a. utfasing av tilskuddsordninger knyttet til covid19. Flere av disse tilskuddsordningene var delegert statsforvalterne.

Det samlede budsjettet for tilskuddsordningene var på 19,22 mrd. kroner, en nedgang på ca. 10 prosent fra 2021 (21,46 mrd. kroner). Programkategorien "Særlig ressurskrevende helse- og sosiale tjenester" stod for 63 prosent av tilskuddsbudsjettet for 2022 (12,2 mrd. kroner). Andre kapitler med betydelig andel av budsjettet var "Psykisk helse og rusarbeid" (11 prosent), "Omsorgstjenester" (10 prosent) og "Primærhelsetjenester" (9 prosent), jf. Figur 4-1 Tilskuddsbudsjettet 2022 fordelt på fagområder.



Figur 4-1 Tilskuddsbudsjettet 2022 fordelt på fagområder

Kommunene mottok langt den største andelen av tilskuddsmidlene: ca. 83 prosent medregnet "Særlig ressurskrevende helse- og sosiale tjenester" (ca. 50 prosent av andre ordninger). Deretter følger frivillige og ideelle organisasjoner, herunder stiftelser, som mottar ca. 11 prosent av tilskuddsmidlene. De resterende 6 prosentene fordeler seg på fylkeskommuner, universiteter og høyskoler helseforetak/regionale helseforetak, bedrifter og privatpersoner.

Om lag 61 prosent av tilskuddsordningene var i 2022 øremerket spesifikke mottakere eller grupper av mottakere i St.prp. 1(S), mens budsjettet utgjorde ca. 12 prosent av tilskuddsbudsjettet. Det er ventet nedgang i denne andelen på bakgrunn politiske føringer i Prop. 1S (2022-2023).

Tilskuddordninger der tilskudd ble tildelt etter åpen konkurranse hadde et samlet budsjett for 2022 på cirka 1,3 mrd. kroner. Av dette utgjorde om lag 38 prosent åpne konkurranser forbeholdt frivillige og ideelle organisasjoner, ca. 38 prosent var forbeholdt kommunal sektor, og om lag 24 prosent var åpent for et bredere spekter av mottakere.

Helsedirektoratet hadde i 2022 særlig oppmerksomhet på styrket internkontroll. Det ble gjennomført riskoanalyser av samtlige tilskuddsordninger. Risikoanalysene er del av grunnlaget for både kontroller og evalueringer. Arbeidet med bedret kontroll av innsendt rapportering på forbruk og måloppnåelse ble videreført fra 2021. Stedlige kontroller ble utvidet til å omfatte frivillig og ideell sektor i tillegg til kommuner: det ble utført stedlige kontroller i elleve kommuner og hos 14 mottakere innen frivillig og ideell sektor. Det ble også gjort femten etterkontroller av rapporteringer fordelt på fem tilskuddsordninger, og tre mottakere per ordning. Den styrkede internkontrollen omfatter også mer systematisk oppfølging av varslinger, med ny prosedyre.

Helsedirektoratet gjennomfører evaluering av tilskuddsordninger basert på en vurdering av vesentlighet og risiko, måloppnåelse, årstall for regelverket, om ordningen er evaluert tidligere, politisk og samfunnsmessig aktualitet, potensiale for vurdering på tvers av ordninger (klyngeevaluering) og overføringsverdi. Tilgjengelige budsjettmidler på aktuelt kapittel sett opp mot estimert omfang av evalueringene, setter rammene for hvor mange evalueringer som kan gjennomføres per år.

I løpet av de siste 6 årene (2017-2022) er det utført 21 evalueringer av 22 tilskuddsordninger. Med unntak av 2017, da det bare ble utført en evaluering, er det per år gjort mellom 4 og 6 evalueringer. Det i samme periode

også gjennomført 18 følgeevalueringer av ulike satsinger og handlingsplaner, der en eller flere tilskuddsordninger inngår.

Tabell 4-1 Evalueringer av tilskuddsordninger 2022

Kap.post	Navn på tilskuddsordning	Navn på evalueringsrapport
0765.75, 0764.21	Nasjonal støttegruppe etter 22. juli hendelsen	Evaluering av tilskuddsordning – nasjonal støttegruppe etter 22.juli
0714.79	Studenter - psykisk helse og rusmiddelbruk	Igangsatt 2022, avsluttes i 2023

Det gjøres også følgeevalueringer av planer, programmer, piloter og kampanjer der tilskuddsordninger inngår, og som har ulikt omfang i innhold og tidsperiode. I 2022 ble følgeevaluering av pilotprosjekt på legevaktfeltet slutført, mens følgeevaluering som pågår også i 2023 er:

- Pilot for strukturert tverrfaglig oppfølging – Oppfølgingsteam
- Tiltaksutvikling innen program for folkehelsearbeid i kommunene
- Leve hele livet (KS)

Sikkerhet og beredskap i helsedirektoratet

I begynnelsen av Q2 ble avdeling sikkerhet etablert i Stab virksomhetsstyring. Dette innebar at Hdir samlet ansvaret for informasjonssikkerhet, fysisk sikkerhet, personell sikkerhet samt organisatorisk sikkerhet i en divisjon under en avdelingsdirektør. Avdelingen ble gitt det samlede ansvaret for styrende dokumenter innen sikkerhet, etablere en systematisk sikkerhetsstyring, og det strategiske ansvaret for sikkerhetsområdet med tilhørende risikostyring for sikkerhet i Helsedirektoratet, pasient og brukerombudene og Helfo. I 2022 har vi gjennom oppdatering av policy for sikkerhet etabler en felles tilnærming til sikkerhetsarbeidet som også inkluderer et samlet målbilde for sikkerhetsarbeidet.

Hdir sitt systematiske sikkerhetsarbeid for informasjonssikkerhet, personellsikkerhet og fysisk sikkerhet søker å følge beste praksis herunder 27001 rammeverket. ISO 27001 er en internasjonal standard som setter forventninger til informasjonssikkerhets ledelse, og det er gjennom 2022 gjennomført flere aktiviteter som har økt integreringen av sikkerhetsarbeidet med virksomhetsstyringen. Vi har også forbedret tertialvis rapportering på sikkerhetstilstanden på avdelingsnivå gjennom blant annet å definere tydelige mål for sikkerhetsarbeidet som understøtter virksomhetsoppgaver og samfunnsoppdrag.

Gjennom 2022 har direktoratet benyttet tid og ressurser på å identifisere og forankre en metode for gjennomføring av verddivurdering. Direktoratet har på slutten av året en oversikt over de verdiene med tilhørende støttefunksjoner som er sentrale for utførelsen av Hdir sine virksomhetsoppgaver og samfunnsoppdrag. Direktoratet vil i sitt videre arbeid legge de identifiserte verdiene med tilhørende støttefunksjoner til grunn for det systematiske sikkerhet og beredskapsarbeidet, denne tilnærmingen styrker Hdir sitt systematiske sikkerhetsarbeid.

Direktoratet har i 2022 gjennomført flere sikkerhetstester av IKT tjenester og infrastruktur for å øke robustheten i vår IKT portefølje. Som følge av situasjonen i Europa har også vår hoved driftsleverandør Norsk helsenett økt sitt aktivitetsnivå, og gjennomførte i samarbeid med oss flere aktiviteter for å sikre IKT systemene sin motstandsdyktighet. Det er også gjennomført et eget arbeid knyttet til tilgangsstyring til IKT systemer og tjenester. Et resultat av arbeidet er oppdaterte retningslinjer for tilgangsstyring i både Hdir og Helfo.

Direktoratet vil i 2023 arbeidet systematisk videre med å inkludere Helfo og Pobo i direktoratets helhetlige sikkerhetsarbeid.

Personvern

Personvern er viktig å ivareta i direktoratets prosesser for å sikre tillit i befolkningen. Personvern ivaretas av den enkelte medarbeider i egen oppgaveløsning, men støttes av personvernombud og ressurspersoner i et tverrfaglig team (lag). Personvernombud er også ombud for Helfo og Pobo, og det er tett dialog om aktiviteter og problemstillinger.

Direktoratet har i 2022 hatt flere aktiviteter på området. Et sentralt fokusområde vært internkontroll. Det har blitt vedtatt en egen Policy for personvern, og felles føringer i retningslinjer og malverk videreutviklet. Rapportering tertialsvis til ledelsen har blitt videreutviklet som en helhetlig del av virksomhetsstyringen. Organisasjonen har fulgt opp internrevisjonsrapporter som angår personvern, og den helhetlige revisjonsrapporten innen personvern i direktoratet fra 2020 er avsluttet.

For å sikre at personvern ivaretas i prosesser og løsninger, er det sentralt at direktoratets oversikt over håndtering av personopplysninger (behandlingsprotokoller) er gode og oppdaterte. En viktig aktivitet i 2022 har vært helhetlig gjennomgang og oppdatering av eksisterende protokoller. Denne gjennomgangen vil, i tillegg til å ha økt bevisstheten i organisasjonen, danne et godt grunnlag for å sikre etterlevelse av krav og føringer i enkeltprosesser, og legge til rette for integrering mot nytt internkontrollsystem (ledelsessystem) i 2023/2024.

Et annet av direktoratets fokusområder innen personvern i 2022 har vært økt kompetanse. Det har blitt innført digital opplæring for nyansatte (nanokurs), gjennomført foredrag og dilemmatrening i flere miljøer, samt gjennomført mer avansert opplæring i samarbeid med Norsk Helsenett og NHN. Kompetansehevingsaktiviteter vil bli videreført og videreutviklet i 2023.

Vurdering av framtidsutsikter

Regjeringen skriver i Nasjonalbudsjettet 2023 at "Handlingsrommet i budsjettene forventes å bli mindre i årene fremover, jf. Meld. St. 14 (2020–2021) Perspektivmeldingen 2021.", og at "Aldringen av befolkningen gir økte utgifter til pensjon og press på helse- og omsorgstjenestene, samtidig som veksten i arbeidsstyrken avtar." Dette er utfordringer som også vi må regne med vil påvirke direktoratet som virksomhet framover. Gjennomgangen av den sentrale helseforvaltningen, som regjeringen er i gang med, vil også kunne få påvirke virksomheten framover.

Regjeringen har startet arbeidet med en melding til Stortinget om *helseberedskap* som etter planen skal fremmes i 2023. Helse- og omsorgssektoren er Norges største beredskapssektor og en vesentlig del av totalberedskapen. Den overordnede målsettingen for helseberedskapen er å forebygge og begrense skade samt håndtere hendelser i hele krisespekteret – også mindre sannsynlige hendelser med stort skadepotensiale. Koronakommisjonen har i sine rapporter pekt på flere forbedringspunkter når det gjelder helseberedskapen. Anbefalingene vil utgjøre et viktig grunnlag for den varslede meldingen, og for oppfølgingen i direktoratet kommende år.

Regjeringen har varslet at den første halvår 2023 vil legge fram en *folkehelsemelding*, der direktoratet vil ha viktige oppfølgingsoppgaver. For å kunne opprettholde offentlige velferdsordninger viser beregninger at det er nødvendig med lavere sykefravær, mer heltid, at flere står i jobb til de er 67, en reduksjon i antall uføretrygdete, samt å få utsatte grupper i arbeid. Å være i jobb er en viktig kilde til inntekt, fellesskap og læring for den enkelte. Forutsetningen er at befolkningen har god helse..

De største sykdomsgruppene med høy dødelighet og tap av friske leveår er kreft, hjerte- og karsykdommer, kroniske respiratoriske lungesykdommer og diabetes. Det er fire felles risikofaktorer som kan knyttes til disse sykdomsgruppene; usunt kosthold, fysisk inaktivitet, tobakksbruk og alkohol. I tillegg er muskel- og skjelettsykdommer og psykiske lidelser viktige årsaker til ikke-dødelig helsetap i de fleste aldersgrupper. Helsedirektoratet skal, sammen med Folkehelseinstituttet, ivareta Norges ansvar som koordinator for "Joint Action Cancer and other NCDs prevention" under EU4Health i perioden 2023– 2027.

Tiltak rettet mot en enkelt sykdom må nødvendigvis være spesifikk, og blir ikke nødvendigvis riktig mot andre plager eller sykdommer. Tiltak rettet mot de fire store risikofaktorene gir en bredere tilnærming og vil ha effekt på flere lidelser. Tobakk, alkohol, kosthold og manglende fysisk aktivitet har betydning både for utvikling og behandling av kreft, hjerte- og karsykdom, kols og diabetes, men også for flere andre sykdomsgrupper som blant annet demens og andre nevrologiske sykdommer, muskel- og skjelettlidelser og psykiske lidelser.

Helse- og omsorgstjenestene har et kontinuerlig behov for *tilgang på kvalifisert arbeidskraft*. Både spesialisthelsetjenesten og de kommunale helse- og omsorgstjenestene er lokalisert i hele landet og driver i stor utstrekning tjenester som har døgnkontinuerlig drift. Den demografiske utvikling tilsier i utgangspunktet et økende behov for kvalifisert arbeidskraft til tjenestene. Samtidig ventes ikke noen vekst i landets samlede arbeidskraft. Framover vil det være behov for å styrke kvaliteten, organiseringen og tilretteleggingen av tjenestene. Her vil også det å lykkes med å styrke folkehelsen spille inn på behovet for arbeidskraft. Helsedirektoratet har en viktig rolle i å trekke utviklingen i en ønsket retning, og dette arbeidet vil ha høy prioritet.

Helsedirektoratet har ansvar for autorisasjon av helsepersonell og for spesialistgodkjenning for profesjonsgrupper. Direktoratet har ansvar for programmet Kompetanseløft 2025. med en rekke tiltak for å styrke kompetansen i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Fra 2023 inngår også tiltak for å redusere uønsket deltid i tjenestene i programmet.

God **samhandling** mellom tjenestene på tvers av forvaltningsnivåer er viktig for at pasienter, brukere og pårørende skal oppleve sammenhengende tjenester. Helsedirektoratet støtter i dag samarbeidet i helsefelleskapene mellom kommuner og helseforetak, og arbeider hele tiden med å videreutvikle virkemidlene for å styrke samhandlingen i tjenestene. Regjeringen har varslet at den vil legge fram Nasjonal Helse- og samhandlingsplan 2024-27 i andre halvår 2023. Direktoratet vil ha viktige oppgaver i kraft av planen, både som videreføring av tiltak som støtte til helsefelleskap, og gjennom nye oppgaver.

Samhandling i tjenestene gir også grunnlag for å utnytte knappe helsepersonellressurser godt, jf. omtale under "Helsepersonell".

Det strategiske utviklingsområdet Digital Førstevalg har som hensikt å stimulere Helsedirektoratet til både utvikling og bruk av digitale løsninger og videre være en pådriver for utvikling av **digitale tjenester** i helse- og omsorgssektoren.

Helsedirektoratet leder det nasjonale velferdsteknologiprogrammet som innbefatter en rekke digitaliseringstiltak i tjenestene. Ny teknologi er allerede tatt i bruk i tjenestene, og programmet skal lede til en ytterligere økning i bruk framover. Bruk av ny teknologi vil være én av måtene å møte utfordringene som følge av den demografiske utvikling og knapphet på arbeidskraft.

Ungdommer er tydelige på hvilke utfordringer de har i møte med det offentlige hjelpeapparatet. Digitale tjenester for barn og unge er allerede et viktig utviklingsområde. DIGI-UNG programmet jobber aktivt for å ta ungdom i alderen 13 til 20 på alvor og sørge for at det offentlige vil være til stede, til støtte og til hjelp digitalt via ung.no, uavhengig av sektor. Arbeidet er godt i gang, og programmet har oppdaget to behovsområder som faller utenom omfanget til DIGI-UNG. Forskning på sammenhengen mellom sosiale medier og ungdommers psykiske helse peker på noen utfordringer. Digitale medier har blitt en integrert del av barn og unges hverdag. Halvparten av alle barn og unge i alderen 3-11 år er på internett daglig. Å tilby kvalitetssikret informasjon og veiledning digitalt til barn under 13 år burde være høyt prioritert og vil dekke et betydelig behov.

Helsedirektoratet utøver en viktig rolle i å legge til rette for bedre bruk av **helsesdata** i helseforskning, styrke grunnlaget for kunnskapsbaserte helse- og omsorgstjenester og stimulere til innovasjon og næringsutvikling.

Betydning av tilgang til helsedata er tydelig synliggjort gjennom pandemien. I 2021 utviklet Helsedirektoratet en strategi for direktoratets nasjonale helseregistre, NPR og KPR. Det er identifisert fem strategiske utviklingsområder med tilhørende tiltak. Strategien danner grunnlag for satsingsforslag for å utvikle Helsedirektoratets helseregistre de neste årene.

Direktoratet forvalter økonomiske, juridiske og pedagogiske virkemidler. Direktoratet vil bruke utviklingsstrategien for å skape mer helhet i virkemiddelbruken, noe som vil gi positiv effekt for bruker og samfunn. Vi vil her trekke veksler på de konstruktive erfaringer som er høstet gjennom pandemihåndteringen.

Årsregnskap

6.1

Ledelseskommentarer

Formål

Helsedirektoratet ble dannet i 2002 og er et bruttobudsjettert forvaltingsorgan underlagt Helse- og omsorgsdepartementet. Direktoratet skal styrke helsen til hele befolkningen gjennom helhetlig og målrettet arbeid på tvers av tjenester, sektorer og forvaltningsnivå. Direktoratet skal gjøre dette med utgangspunkt i rollen som fagorgan, regelverksforvalter og iverksetter på helsepolitisk område.

Bekreftelse

Årsregnskapet er avlagt i henhold til bestemmelser om økonomistyring i staten med tilhørende rundskriv fra Finansdepartementet. Årsregnskapet inneholder oppstilling av bevilgningsrapportering, artskontorrapportering og noter. Regnskapet gir et dekkende bilde av direktoratets disponible bevilgninger, regnskapsførte utgifter, inntekter, eiendeler og gjeld.

Vurdering av vesentlige forhold

I 2022 har Helsedirektoratet gradvis redusert midlertidig ansatte som har jobbet med pandemihåndtering. Selv om årets regnskap ikke er like påvirket av pandemihåndteringen som tidligere år, har vi eksempelvis økte utbetalinger på innkrevingsvirksomhet og overføringer til staten på 137,1 mill. kroner knyttet til feilutbetalinger til kommuner i forbindelse med testing og vaksinasjon av covid-19. Andre driftsutgifter har derimot økt i 2022. Reiseaktiviteten har tatt seg opp og økt fra 21,2 mill. kroner til 26,7 mill. kroner. Det har også vært en økning i utgifter til drift av eiendom og lokaler på 4,9 mill. kroner som skyldes ombygginger og økte strømudgifter. Den nye premiemodellen for pensjonspremie har resultert i et mindreforbruk på 13,9 mill. kroner på pensjonsutgifter.

Årets tildeling – artskontorrapportering

Endring i inntekter og utgifter er basert på sammenlignende regnskapstall mellom 2021 og 2022, se Tabell 6-2 Artskontorrapporteringen.

Driftsinntekter har økt med 125,6 mill. kroner (Note 1 Innbetalinger fra drift)

Innbetalinger fra tilskudd og overføringer har økt med 96,2 mill. kroner. Hovedårsaken er innbetalinger av tilskudd og overføringer knyttet til eksterne prosjekter, overføringer fra andre for aktiviteter som bistand til

Ukraina har vært betydelig større enn forventet og mange av aktivitetene vil også fortsette utover i 2023. Salgs- og leieinntekter har økt med 26,4 mill. kroner sammenlignet med i fjor. Hovedårsaken til økningen er inntekter på "tilfeldige inntekter" der vi mottok 30 mill. kroner fra Forsvarsmateriell for å kjøpe inn ambulansibusser til Ukraina.

Utbetalinger til lønn redusert med 12,4 mill. kroner (Note 2)

Midlertidige ansettelser av ansatte som har jobbet med pandemihåndtering har gradvis blitt avviklet gjennom 2022. Antall utførte årsverk har gått ned fra toppåret 2021 fra 1072 til 1047 i 2022. Helsedirektoratet nærmer seg samme nivå som 2019 da utførte årsverk var på 1036.

Andre utbetalinger til drift økte med 13,8 mill. kroner (Note 3)

Hovedårsaken til økning i andre driftsutgifter, er reiser og diett og utgifter til drift av eiendom og lokaler som omtalt tidligere. På samme tid har vi redusert anskaffelse av utstyr og konsulent- og fremmede tjenester i 2022 på til sammen 137 mill. kroner. I motsatt skala har vi en økning i øvrige driftskostnader på 172,6 mill. kroner. Hovedårsaken er innkjøp av Paxlovid i 2022 på til sammen 168,1 mill. kroner. Det er tabletter til behandling av voksne pasienter med covid-19 som ikke har behov for supplerende oksygenbehandling, men med økt risiko for å utvikle alvorlig covid-19 sykdom. I tillegg hadde direktoratet også utgifter til beredskapslager på 53,1 mill. kroner.

Innkrevingsvirksomhet og andre overføringer til staten har økt med 137,1 mill. kroner (Note 6)

Mellom 2020 og 2021 var det ingen vesentlige endringer i innkreving, men i 2022 har det vært en betydelig økning på 147,7 mill. kroner. I hovedsak skyldes økningen tilbakebetaling av feilutbetalingssaker fra kommuner på grunn av mangelfull journalføring og feil takstbruk i forbindelse med testing og vaksinerings mot covid-19. I tillegg har vi hatt en reduksjon på 10,3 mill. kroner på refusjon for helsetjenester til utenlandsboende.

Tilskudd og andre overføringer fra staten har økt med 148,9 millioner kroner (Note 7)

Helfo har i 2022 hatt en økning på 472,7 mill. kroner, mens direktoratet har hatt en reduksjon på 323,9 mill. kroner på tilskuddsforvaltning og andre overføringer fra staten. I 2022 ble tilskudd til kommuner redusert med 1938, 8 mill. kroner, og skyldes i hovedsak overslagsbevilgning "forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenester" på 2706,7 mill. kroner. Bevilgningen ble i 2022 redusert med 2708,8 mill. kroner. Tilskudd til statsforvaltningen økte i 2022 med 162,2 mill. kroner. Økningen kan i hovedsak knyttes til overføringer til RHF og HF for innkjøp av hurtigtester, beredskapslager og medisinsk smittevernustyr som til sammen utgjør 1903,3 mill. kroner. Vi har også hatt reduksjon i utbetalinger til tilskudd til statsforvaltningen, og de kan knyttes til poliklinisk virksomhet, egenandelstak og helsetjenester utenlandsbeboerne.

Årets tildeling – bevilgningsrapportering

Endringer mellom tildeling og regnskap inkluderer også belastningsfullmakter, se Tabell 6-1 Bevilgningsrapportering 31.12.2022.

Helsedirektoratets utgifts- (kap.740) og inntektskapitler (kap. 3740)

Helsedirektoratet fikk en samlet tildeling på 1441 mill. kroner og 2022 viser et samlet merforbruk på 129,3 mill. kroner på post 01 og 21, hvorav 99 mill. kroner er knyttet til eksternt finansierte prosjekter. Merforbruket dekkes av merinntekter knyttet til eksternt finansierte prosjekter på kap.3740 post 02 på 153,2 mill. kroner, og siden posten har en merinntektsfullmakt mot kap. 0740 post 01 og post 21 gir det direktoratet et samlet resultat på 23,9 mill. kroner (inkluderer avgitte belastningsfullmakter til NAV og Statsforvalteren).

Folkehelse (kap.714 og 3714)

Helsedirektoratet fikk tildelt 504 mill. kroner til folkehelse i 2022. Bevilgningen til folkehelse økte med 17.,6 mill. kroner i 2022. Regnskapet for 2022 viser et mindreforbruk på 30,1 mill. kroner. I hovedsak skyldes det et mindreforbruk på tobakksområdet på 16 millioner. Innføring av Eu's tobakksdirektiv har påvirket utgifter knyttet til aktiviteter som skulle vært gjennomført som en konsekvens av nytt EU direktiv. På grunn av forsinkelsen har ikke direktoratet fått utført alle innføringsaktiviteter, herunder innføring av et nytt system for sporing og sikkerhetsmerking av tobakksvarer, ubenyttet bevillingsordning og andre innføringsaktiviteter ble satt på vent. Inntektene for tobakksalgregisteret ble flyttet fra kap. 3740 post 04 til kap. 3714 post 04 i Prp. 1S for 2022. I 2022 mottok vi kun fem bevillingssøknader som forklarer mindreinntekten på gebyrinntekter.

Kommunale og fylkeskommunale helse- og omsorgstjenester (kap.734,761,762,765, 769,770)

Kommunale og fylkeskommunale helse- og omsorgstjenester består av omsorgstjenester, primærhelsetjenester, psykisk helse-, rus- og voldsarbeid og tannhelsetjenester.

Omsorgstjenester (kap. 761 og 769) fikk bevilgning på til sammen 2 100 mill. kroner, som tilsvarer en reduksjon på 3061,4 mill. kroner sammenlignet med 2021. Reduksjonen fra fjoråret knyttes i hovedsak til kap. 761 post 65 Forsøk med statlig finansiering. Helsedirektoratet har et samlet mindreforbruk på 20 mill. kroner til omsorgstjenester. Mindreforbruket forklares i hovedsak med mindreforbruk på post 21 og post 79 på 12,4 mill. kroner. De har vært forsinkelser i flere prosjekter der leveransene har blitt flyttet til 2023. Andre årsaker er ubrukte midler i 2022 som ikke ble benyttet.

Primærhelsetjenesten (kap. 762) fikk bevilget til sammen 1897 mill. kroner i 2022 og fikk et samlet mindreforbruk på 26,2 mill. kroner. I hovedsak skyldes mindreforbruket på forsinkelser i prosjekter, lavere antall søkere til tilskuddsordninger, midler har kommet sent på året og andre aktiviteter har stoppet opp av ulike årsaker. Primærhelsetjenesten fikk redusert bevilgningen i 2022 på til sammen 91,5 mill. kroner, med en reduksjon på 188 mill. kroner på allmennlegetjenester (post 63) og spesielle driftsmidler (post 21), og en økning på forebyggende helsetiltak (post 60) og tilskudd (post 70) på til sammen 94,8 mill. kroner.

Psykisk helse-, rus og voldsarbeid (kap. 734 og 765) fikk tildelt 321,8 mill. kroner mindre i 2022 sammenlignet med 2021, og skyldes i hovedsak reduksjon i tildeling på kap. 765 psykisk helse og rusarbeid (post 21). Hovedårsaken til mindreforbruket skyldes i hovedsak ubrukte midler til systematisk evaluering av tilskuddsordninger som utgjør 297,5 mill. kroner av mindreforbruket (post 21). Andre årsaker er omfordeling og omdisponering av midler og prosjekter som har blitt forsinket eller utsatt.

Tannhelsetjenester (kap. 770) har et samlet mindreforbruk på 33,6 mill. kroner, som blant annet skyldes at vi avventer avklaringer fra Helse- og omsorgsdepartementet rundt å omdisponere midlene til å dekke merforbruk på andre oppgaver, tilskuddsmottakere har benyttet overførte midler fra 2021 til å dekke årets utgifter og andre tilskuddsordninger har hatt færre søkere.

Spesialisthelsetjenester (kap. 732,733,737 og 781)

Spesialisthelsetjenesten fikk bevilget 226,6 mill. kroner i 2022, som er betydelig lavere enn for 2021 på grunn av reduksjon på tilskudd til regionale helseforetak som ble benyttet under pandemien. Totalt er det for 2022 et mindreforbruk på 49,9 mill. kroner. Det er tilskuddspostene som utgjøre hovedandelen av mindreforbruket på 46,4 mill. kroner. Noe av forklaringen er færre søkere, lavere reiseaktivitet, forsinkelser på prosjekter som etablering av genomdatabase og pakkeforløp til nasjonale pasientløp psykisk helse og rus.

Personell og kompetanse (kap.783)

Personell og kompetanse fikk 279, 2 mill. kroner i bevilgning i 2022, en reduksjon på 11 mil. kroner fra året før. Samlet mindreforbruk på 7,8 mill. kroner skyldes i hovedsak mindreforbruket til ELTE tilskudd til universiteter og helseforetak, utbetaling til turnustjenester og kvalifiseringstiltaks for helsepersonell utdannet utenfor EØS.

Revisjonsordning

Riksrevisjonen er ekstern revisor og bekrefter årsregnskapet for Helsedirektoratet. Årsregnskapet er ikke ferdig revidert per d.d. men revisjonsberetningen antas å foreligge i løpet av 2. kvartal 2023. Beretningen vil bli publisert på Helsedirektoratets nettside.

Oslo, 1. mars 2023 (Korrigert 14. april 2023)

Bjørn Guldvog

Helsedirektør

6.2

Prinsippnote til årsregnskapet

Årsregnskap for statlige virksomheter er utarbeidet og avlagt etter nærmere retningslinjer fastsatt i bestemmelser om økonomistyring i staten ("bestemmelsene"). Årsregnskapet er i henhold til krav i bestemmelsene punkt 3.4.1, nærmere bestemmelser i Finansdepartementets rundskriv R-115 av desember 2019 og eventuelle tilleggskrav fastsatt av overordnet departement.

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

1. Regnskapet følger kalenderåret.
2. Regnskapet inneholder alle rapporterte utgifter og inntekter for regnskapsåret.
3. Regnskapet er utarbeidet i tråd med kontantprinsippet.
4. Utgifter og inntekter er ført i regnskapet med brutto beløp.

Oppstillingene av bevilgnings- og artskontorrapportering er utarbeidet etter de samme prinsippene, men gruppert etter ulike kontoplaner. Prinsippene samsvarer med krav i bestemmelsene punkt 3.5 til hvordan virksomhetene skal rapportere til statsregnskapet. Sumlinjen "Netto rapportert til bevilgningsregnskapet" er lik i begge oppstillingene.

Virksomheten er tilknyttet statens konsernkontoordning i Norges Bank i henhold til krav i bestemmelsene pkt. 3.7.1. Bruttobudsjetterte virksomheter tilføres ikke likviditet gjennom året, men har en trekkrettighet på sin konsernkonto. Ved årets slutt nullstilles saldoen på den enkelte oppgjørskonto ved overgang til nytt år.

DFØ gir Helsedirektoratet/Helfo unntak fra oppstilling av artskontorapporteringen i R-115 punkt 4.5 og gir tillatelse til at det opprettes en egen overskrift og regnskapslinje for oppgjørstjenester til virksomheter utenfor statsregnskapet. Regnskapslinjen skal presenteres før linjen Netto rapportert til bevilgningsregnskapet.

Unntaket gjelder fra og med regnskapsåret 2022 til og med regnskapsåret 2025.

Helfo har for kap. 740 post 60, 61, 70, 71, 72 og 73 rapportert etter nettoprinsippet. Unntakene er gjennomført for oppgjørordninger og er etter avtale med DFØ, samt innarbeidet i Prp. 1 S.

Bevilgningsrapporteringen

Oppstillingen av bevilgningsrapporteringen (Tabell 6-1 Bevilgningsrapportering 31.12.2022) omfatter en øvre del med bevilgningsrapporteringen og en nedre del som viser beholdninger virksomheten står oppført med i kapitalregnskapet. Bevilgningsrapporteringen viser regnskapstall som virksomheten har rapportert til statsregnskapet. Det stilles opp etter de kapitler og poster i bevilgningsregnskapet virksomheten har fullmakt til å disponere. Kolonnen samlet tildeling viser hva virksomheten har fått stilt til disposisjon i tildelingsbrev for hver statskonto (kapittel/post). Oppstillingen viser i tillegg alle finansielle eiendeler og forpliktelser virksomheten står oppført med i statens kapitalregnskap.

Mottatte fullmakter til å belaste en annen virksomhets kapittel/post (belastningsfullmakter) vises ikke i kolonnen for samlet tildeling, men er omtalt i Noter B Forklaring til brukte fullmakter og beregning av mulig overførbart beløp til neste år til bevilgningsoppstillingen. Utgiftene knyttet til mottatte belastningsfullmakter er bokført og rapportert til statsregnskapet, og vises i kolonnen for regnskap.

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

Artskontorapporteringen

Oppstillingen av artskontorapporteringen (Tabell 6-2 Artskontorapporteringen) har en øvre del som viser hva som er rapportert til statsregnskapet etter standard kontoplan for statlige virksomheter og en nedre del som viser eiendeler og gjeld som inngår i mellomværende med statskassen. Artskontorapporteringen viser regnskapstall virksomheten har rapportert til statsregnskapet etter standard kontoplan for statlige virksomheter. Virksomheten har en trekkrettighet på konsernkonto i Norges Bank. Tildelingene er ikke inntektsført og derfor ikke vist som inntekt i oppstillingen.

Regnskapstall i bevilgnings- og artskontorapportering med noter viser regnskapstall rapportert til statsregnskapet. I tillegg viser noten til artskontorapporteringen Sammenheng mellom avregning med statskassen og mellomværende med statskassen bokførte tall fra virksomhetens kontospesifikasjon i kolonnen Spesifisering av bokført avregning med statskassen. Noter viser forskjellen mellom beløp virksomheten har bokført på eiendels- og gjeldskontoer i virksomhetens kontospesifikasjon (herunder saldo på kunde- og leverandørreskontro) og beløp virksomheten har rapportert som fordringer og gjeld til statsregnskapet og som inngår i mellomværendet med statskassen.

Virksomheten har innrettet bokføringen slik at den følger kravene i bestemmelser om økonomistyring i staten. Dette innebærer at alle opplysninger om transaksjoner og andre regnskapsmessige disposisjoner som er nødvendige for å utarbeide pliktig regnskapsrapportering, jf. bestemmelsene punkt 3.3.2, og spesifikasjon av pliktig regnskapsrapportering, jf. bestemmelsene punkt 4.4.3, er bokført. Bestemmelsene krever blant annet utarbeiding av kundespesifikasjon og leverandørspesifikasjon. Dette medfører at salgs- og kjøpstransaksjoner bokføres i kontospesifikasjonen på et tidligere tidspunkt enn de rapporteres til statsregnskapet, og innebærer kundefordringer og leverandørgjeld i kontospesifikasjonen.

Helsedirektoratet fikk innvilget søknad om unntak fra R-115 punkt 4.5 Oppstilling av artskontorapporteringen og har fått innvilget mulighet til en egen regnskapslinje for oppgjørsvirksomheten før linjen Netto rapportert til bevilgningsregnskapet på artskonto 827 som heter oppgjørstjenester. Oppgjørene innebærer utbetaling til den som utfører tjenesten, og viderefakturering og innbetaling fra finansieringsansvarlig. For to av disse ordningene, Fritt behandlingsvalg (FBV) og H-resept, har omfanget av ordningene blitt så vidt store at det påvirker presentasjonen av årsregnskapet der ordningene til nå er vist. Det vises til kommentarer fra Riksrevisjonen i årlig finansiell revisjon og dialog mellom Helsedirektoratet/Helfo og DFØ, herunder blant annet brev av 26. april 2022, deres ref. 18/545 – 2.

Tabell 6-1 Bevilgningsrapportering 31.12.2022

Utgifts-kapittel	Kapittelnavn	Post	Posttekst	Note	Samlet tildeling **	Regnskap 2022
0701	E-helse, helseregistre mv.	21	Spesielle driftsutgifter	A/B	13 681 000	13 630 807
0702	Beredskap	21	Spesielle driftsutgifter	A/B	19 000 000	11 914 999
0702	Beredskap	22	Beredskapslagring legemidler	A/B	2 828 299 000	254 146 147
0702	Beredskap	70	Tilskudd	A/B	4 237 000	13 058 505
0702	Beredskap	71	Tilskudd beredskapslagring smittevernustyr	A/B	1 500 847 000	3 814 234 267
0709	Pasient- og brukerombud	01	Driftsutgifter	A/B	79 405 000	78 224 166
0714	Folkehelse	21	Spesielle driftsutgifter	A/B	113 384 000	92 686 269
0714	Folkehelse	60	Kommunale tiltak	A/B	90 300 000	90 299 842
0714	Folkehelse	70	Rusmiddeltiltak mv.	A/B	180 047 000	180 858 505
0714	Folkehelse	74	Skolefrukt mv.	A/B	28 586 000	21 100 000

0714	Folkehelse	79	Andre tilskudd	A/B	91 700 000	88 776 508
0717	Legemiddeltiltak	70	Tilskudd	A	7 000 000	7 000 000
0732	Regionale helseforetak	21	Spesielle driftsutgifter	A/B	9 400 000	5 633 565
0732	Regionale helseforetak	70	Særskilte tilskudd	A/B	20 500 000	20 500 000
0732	Regionale helseforetak	77	Laboratorie- og radiologiske undersøkelser	A/B	4 179 675 000	4 177 047 577
0733	Habilitering og rehabilitering	21	Spesielle driftsutgifter	A/B	12 653 000	13 868 188
0733	Habilitering og rehabilitering	79	Andre tilskudd	A/B	3 419 000	1 300 000
0734	Særskilte tilskudd til psykisk helse og rustiltak	01	Driftsutgifter	A/B	94 964 000	2 879 554
0734	Særskilte tilskudd til psykisk helse og rustiltak	21	Spesielle driftsutgifter	A/B	19 626 000	18 218 855
0734	Særskilte tilskudd til psykisk helse og rustiltak	70	Hjemhenting ved alvorlig psykisk lidelse mv.	A	3 042 000	0
0734	Særskilte tilskudd til psykisk helse og rustiltak	72	Utviklingsområder innen psykisk helsevern og rus	A	13 448 000	13 448 000
0737	Historiske pensjonskostnader	70	Tilskudd	A	65 002 000	32 558 359
0740	Helsedirektoratet	01	Driftsutgifter	A/B	1 350 283 000	1 333 691 295
0740	Helsedirektoratet	21	Spesielle driftsutgifter	A/B	90 557 000	179 752 241
0761	Omsorgstjeneste	21	Spesielle driftsutgifter	A/B	210 849 000	120 343 555
0761	Omsorgstjeneste	60	Kommunale kompetansetiltak	A/B	9 514 000	9 514 000
0761	Omsorgstjeneste	61	Vertskommuner	A	903 016 000	903 027 000
0761	Omsorgstjeneste	65	Forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenestene	A	122 265 000	122 233 437
0761	Omsorgstjeneste	67	Utviklingstiltak	A	86 542 000	71 607 287
0761	Omsorgstjeneste	68	Kompetanse og innovasjon	A	381 900 000	25 500 000

0761	Omsorgstjeneste	71	Frivillig arbeid mv.	A	20 026 000	20 026 000
0761	Omsorgstjeneste	72	Landsbystiftelsen	A	88 075 000	88 075 000
0761	Omsorgstjeneste	73	Særlige omsorgsbehov	A	96 884 000	96 824 988
0761	Omsorgstjeneste	75	Andre kompetansetiltak	A	11 707 000	10 875 739
0761	Omsorgstjeneste	79	Andre tilskudd	A/B	156 019 000	206 305 274
0762	Primærhelsetjeneste	21	Spesielle driftsutgifter	A/B	262 900 000	123 663 729
0762	Primærhelsetjeneste	60	Forebyggende helsetjenester	A	508 078 000	508 108 856
0762	Primærhelsetjeneste	61	Fengselshelsetjeneste	A	193 876 000	193 876 000
0762	Primærhelsetjeneste	63	Allmennhelsetjenester	A	798 455 000	795 039 494
0762	Primærhelsetjeneste	70	Tilskudd	A/B	55 062 000	73 540 287
0762	Primærhelsetjeneste	73	Seksuell helse	A/B	61 538 000	61 490 804
0762	Primærhelsetjeneste	74	Stiftelsen Amatheia	A	26 712 000	26 712 000
0765	Psykisk helse, rus og vold	21	Spesielle driftsutgifter	A/B	233 157 000	150 836 415
0765	Psykisk helse, rus og vold	60	Kommunale tjenester	A/B	318 128 000	5 970 953
0765	Psykisk helse, rus og vold	62	Rusarbeid	A/B	460 265 000	0
0765	Psykisk helse, rus og vold	71	Brukere og pårørende	A/B	186 439 000	185 712 040
0765	Psykisk helse, rus og vold	72	Frivillig arbeid mv.	A/B	501 839 000	498 658 097

0765	Psykisk helse, rus og vold	73	Utviklingstiltak mv.	A	137 773 000	120 843 110
0765	Psykisk helse, rus og vold	74	Kompetansesentre	A/B	325 073 000	323 139 178
0765	Psykisk helse, rus og vold	75	Vold og traumatisk stress	A/B	271 883 000	267 065 810
0769	Utredningsvirksomhet mv.	21	Spesielle driftsutgifter	A/B	14 000 000	5 099 999
0769	Utredningsvirksomhet mv.	70	Tilskudd	A/B	0	5 600 000
0770	Tannhelsetjenester	21	Spesielle driftsutgifter	A/B	29 500 000	27 071 323
0770	Tannhelsetjenester	70	Tilskudd	A/B	414 579 000	383 396 466
0781	Forsøk og utvikling mv.	21	Spesielle driftsutgifter	A/B	30 788 000	31 231 826
0781	Forsøk og utvikling mv.	79	Tilskudd	A/B	84 821 000	70 891 201
0783	Personell	21	Spesielle driftsutgifter	A/B	65 314 000	44 508 560
0783	Personell	61	Tilskudd til kommuner	A	193 338 000	192 380 899
0783	Personell	79	Andre tilskudd	A/B	28 337 000	17 110 322
2711	Spesialisthelsetjeneste m.v.	70	Spesialisthjelp	A	2 490 000 000	2 495 604 075
2711	Spesialisthelsetjeneste m.v.	71	Psykologhjelp	A	398 000 000	396 234 550
2711	Spesialisthelsetjeneste m.v.	72	Tannbehandling	A	2 490 000 000	2 488 890 324
2711	Spesialisthelsetjeneste m.v.	76	Private laboratorier og røntgeninstitutt	A	1 185 000 000	1 167 630 762
2751	Legemidler mv.	70	Legemidler	A	12 370 000 000	12 279 749 662
2751	Legemidler mv.	71	Legeerklæringer	A	15 000 000	15 624 452

2751	Legemidler mv.	72	Medisinsk forbruksmaterieell	A	2 220 000 000	2 217 839 849
2752	Refusjon av egenbetaling	72	Egenandelstak	A	7 390 000 000	7 328 225 969
2755	Helsetjenester i kommunene mv.	62	Fastlønnsordning fysioterapeuter	A/B	489 000 000	468 392 131
2755	Helsetjenester i kommunene mv.	70	Allmennlegehjelp	A	6 671 500 000	6 546 475 855
2755	Helsetjenester i kommunene mv.	71	Fysioterapi	A/B	1 423 500 000	1 396 602 711
2755	Helsetjenester i kommunene mv.	72	Jordmorhjelp	A	81 000 000	78 028 103
2755	Helsetjenester i kommunene mv.	73	Kiropraktorbehandling	A	205 000 000	203 744 080
2755	Helsetjenester i kommunene mv.	75	Logopedisk og ortopedisk behandling	A	243 000 000	250 274 078
2756	Andre helsetjenester	70	Helsetjenester i annet EØS-land	A	4 000 000	4 009 412
2756	Andre helsetjenester	71	Helsetjenester i utlandet mv.	A	420 000 000	287 987 554
2756	Andre helsetjenester	72	Helsetjenester til utenlandsboende mv.	A	260 000 000	252 667 240
2790	Andre helsetiltak	70	Bidrag	A	230 000 000	222 544 804
0540	Digitaliseringsdirektoratet	25	Medfinansieringsordningen	B	0	28 631 583
0571	Rammetilskudd til kommuner	21	Spesielle driftsutgifter	B	0	82 652
0575	Ressurskrevende tjenester	60	Toppfinansieringsordning	B	0	10 695 729 000
0575	Ressurskrevende tjenester	61	Tilleggskompensasjon	B	0	55 000 000
0605	Arbeids- og velferdsdirektoratet	01	Driftsutgifter	B	0	296 721
0660	Krigspensjon	70	Tilskudd, militære	B	0	0
0660	Krigspensjon	71	Tilskudd, sivile	B	0	0

0701	E-helse, helseregistre mv.	21	Spesielle driftsutgifter	B	0	398 850	
0702	Beredskap	21	Spesielle driftsutgifter	B	0	36 290	
0703	Internasjonalt samarbeid	21	Spesielle driftsutgifter	B	0	440 033	
0704	Norsk helsearkiv	21	Spesielle driftsutgifter	B	0	408 046	
0710	Vaksiner mv.	23	Forhåndsavtaler og vaksinasjon mot covid-19	B	0	23 868 545	
0747	Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet	01	Driftsutgifter	B	0	995 653	
1320	Samferdselsdepartementet	01	Driftsutgifter	B	0	4 653 474	
2651	Arbeidsavklaringspenger	72	Legeerklæringer	B	0	378 909 029	
2661	Grunn- og hjelpestønad, hjelpemidler mv.	77	Ortopediske hjelpemidler	B	0	24 022 602	
1633	Nettoordning, statlig betalt merverdiavgift	01	Driftsutgifter		0	239 050 425	
Sum utgiftsført						56 692 707 000	65 804 155 811

Inntekts-kapittel	Kapittelnavn	Post	Posttekst	Note	Samlet tildeling **	Regnskap 2022	Merinntekt mindreinnt (-)
3714	Folkehelse	04	Gebyrinntekter	B	3 245 000	2 698 117	-546 883
3740	Helsedirektoratet	02	Diverse inntekter		21 057 000	174 267 392	153 210 39
3740	Helsedirektoratet	04	Gebyrinntekter		39 855 000	47 975 191	8 120 191
3740	Helsedirektoratet	05	Helsetjenester til utenlandsboende mv.		65 000 000	66 551 009	1 551 009
5309	Tilfeldige inntekter	29	Ymse		0	19 282 675	
5572	Sektoravgift under Helse- og omsorgsdepartementet	75	Sektoravgift tobakk		18 000 000	18 244 765	
5700	Folketrygdens inntekter	72	Arbeidsgiveravgift		0	125 698 885	
5701	Diverse inntekter	86	Innkrevning feilutbetalinger		0	199 641 964	
Sum inntektsført					147 157 000	654 359 999	

Oppgjørsvirksomhet

Utgiftskapittel	Kapittelnavn	Post	Posttekst		Samlet tildeling**	Regnskap 2022	Merinntekt og mindre- inntekt(-)
740	Helsedirektoratet	60	Oppgjørsordning gjesteinnbyggeroppgjør for fastleger	B	0	0	0
740	Helsedirektoratet	61	Oppgjørsordning covid-19 vaksinering	B	0	-5 517 622	5 517 622
740	Helsedirektoratet	70	Oppgjørsordning helsetjenester i annet EØS-land	B	0	2 518 340	-2 518 340
740	Helsedirektoratet	71	Oppgjørsordning h-reseptlegemidler	B	0	-32 433 872	32 433 872
740	Helsedirektoratet	72	Oppgjørsordning fritt behandlingsvalg	B	0	-1 063 097	1 063 097
740	Helsedirektoratet	73	Oppgjørsordning Statens pensjonskasse	B	0	-48 605	48 605
Netto rapportert fra aktører utenfor statsregnskapet						-36 544 856	36 544 856
Netto rapportert til bevilgningsregnskapet						65 113 250 956	

Kapitalkontoer

60077101	Norges Bank KK /innbetalinger Hdir	421 360 507
60077102	Norges Bank KK/utbetalinger Hdir	-22 684 437 094
60092501	Norges Bank KK/innbetalinger HELFO	8 058 158 237
60092502	Norges Bank KK/utbetalinger HELFO	-50 850 936 440
707002	Endring i mellomværende med statskassen, Hdir	-47 650 210
707013	Endring i mellomværende med statskassen, HELFO	-9 745 956
Sum rapportert		65 113 250 956

Beholdninger rapportert til kapitalregnskapet (31.12)

Konto	Tekst	2022	2021	Endring
707002	Mellomværende med statskassen	-83 423 721,73	-35 773 512	-47 650 210
707013	Mellomværende med statskassen	-23 574 563,94	-13 828 608	-9 745 956
65.00.07.01	Oppgjørsordning h-reseptlegemidler	-71 890 081	-39 456 209	-32 433 872

65.00.07.02	Oppgjørsordning fritt behandlingsvalg	-23 324 870	-22 261 773	-1 063 097
65.00.07.03	Oppgjørsordning helsetjenester i annet EØS-land	2 518 340	0	2 518 340
65.00.07.04	Oppgjørsordning covid-19 vaksinerings	-5 517 622	0	-5 517 622
65.00.07.05	Oppgjørsordning Statens pensjonskasse	-48 605	0	-48 605
65.00.07.06	Oppgjørsordning gjesteinnbyggeroppgjør for fastleger	0	0	0

Noter A Forklaring av samlet tildeling utgifter

Kapittel og post	Overført fra i fjor	Årets tildelinger	Samlet tildeling
070121	0	13 681 000	13 681 000
070221	0	19 000 000	19 000 000
070222	88 299 000	2 740 000 000	2 828 299 000
070270	0	4 237 000	4 237 000
070271	1 390 847 000	110 000 000	1 500 847 000
070901	0	79 405 000	79 405 000
071421	5 724 000	107 660 000	113 384 000
071460	0	90 300 000	90 300 000
071470	0	180 047 000	180 047 000
071474	7 486 000	21 100 000	28 586 000
071479	0	91 700 000	91 700 000
071770	0	7 000 000	7 000 000
073221	4 800 000	4 600 000	9 400 000
073270	0	20 500 000	20 500 000
073277	0	4 179 675 000	4 179 675 000
073321	0	12 653 000	12 653 000
073379	0	3 419 000	3 419 000
073401	0	94 964 000	94 964 000
073421	1 204 000	18 422 000	19 626 000
073470	0	3 042 000	3 042 000
073472	0	13 448 000	13 448 000
073770	0	65 002 000	65 002 000
074001	13 053 000	1337230000	1350283000*
074021	32 892 000	57 665 000	90 557 000
076121	7 200 000	203 649 000	210 849 000
Kapittel og post	Overført fra i fjor	Årets tildelinger	Samlet tildeling
076160	0	9 514 000	9 514 000
076161	0	903 016 000	903 016 000

076165	0	122 265 000	122 265 000
076167	0	86 542 000	86 542 000
076168	0	381 900 000	381 900 000
076171	0	20 026 000	20 026 000
076172	0	88 075 000	88 075 000
076173	0	96 884 000	96 884 000
076175	0	11 707 000	11 707 000
076179	0	156 019 000	156 019 000
076221	0	262 900 000	262 900 000
076260	0	508 078 000	508 078 000
076261	0	193 876 000	193 876 000
076263	132 000 000	666 455 000	798 455 000
076270	0	55 062 000	55 062 000
076273	0	61 538 000	61 538 000
076274	0	26 712 000	26 712 000
076521	49 500 000	183 657 000	233 157 000
076560	6 224 000	311 904 000	318 128 000
076562	47 391 000	412 874 000	460 265 000
076571	2 181 000	184 258 000	186 439 000
076572	2 134 000	499 705 000	501 839 000
076573	0	137 773 000	137 773 000
076574	3 338 000	321 735 000	325 073 000
076575	5 000 000	266 883 000	271 883 000
076921	0	14 000 000	14 000 000
077021	9 500 000	20 000 000	29 500 000
077070	0	414 579 000	414 579 000
Kapittel og post	Overført fra i fjor	Årets tildelinger	Samlet tildeling
078121	0	30 788 000	30 788 000
078179	0	84 821 000	84 821 000
078321	1 327 000	63 987 000	65 314 000
078361	0	193 338 000	193 338 000
078379	0	28 337 000	28 337 000
271170	0	2 490 000 000	2 490 000 000
271171	0	398 000 000	398 000 000
271172	0	2 490 000 000	2 490 000 000
271176	0	1 185 000 000	1 185 000 000
275170	0	12 370 000 000	12 370 000 000
275171	0	15 000 000	15 000 000

275172	0	2 220 000 000	2 220 000 000
275272	0	7 390 000 000	7 390 000 000
275562	0	489 000 000	489 000 000
275570	0	6 671 500 000	6 671 500 000
275571	0	1 423 500 000	1 423 500 000
275572	0	81 000 000	81 000 000
275573	0	205 000 000	205 000 000
275575	0	243 000 000	243 000 000
275670	0	4 000 000	4 000 000
275671	0	420 000 000	420 000 000
275672	0	260 000 000	260 000 000
279070	0	230 000 000	230 000 000
Sum totalt	1 810 100 000	54 882 607 000	56 692 707 000

*Overført beløp på kapittel 0740, post 01 er kr 12.852.000 i brevet fra HOD datert 14.06.2022 og stemmer ikke med overført beløp på bevilgningsregnskapet

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

Kapittel og post	Stikkord	Mer-utgift(-)/ mindre utgift	Utgiftsført av andre iht. avgitte belastnings-fullmakter(-)	Merutgift(-)/ mindreutgift etter avgitte belastningsfullmakter	Mer-innt mindre-i iht. mer-innt
070121	Kan overføres	50 193	0	0	0
070221	Kan overføres, kan nyttes under post 70	7 085 001	0	0	0
070222	Kan overføres, kan nyttes under post 71	2 574 152 853	-9 438 714	2 564 714 139	0
070270	Kan overføres, kan nyttes under post 21	-8 821 505	0	0	0
070271	Kan overføres, kan nyttes under post 22	-2 313 387 267	0	0	0
070901		1 180 834	0	0	0
071421/ 371404	Kan overføres, kan nyttes under postene 70, 74 og 79	20 697 731	-195 311	20 502 420	-349 46

071460	Kan overføres	158	0	0	0
071470	Kan overføres, kan nyttes under post 21	-811 505	0	0	0
071474	Kan overføres, kan nyttes under post 21	7 486 000	0	0	0
071479	Kan overføres, kan nyttes under post 21	2 923 492	0	0	0
073221	Kan overføres	3 766 435	0	0	0
073270	Kan overføres, kan nyttes under postene 72, 73, 74 og 75	0	0	0	0
073277	Overslagsbevilgning	2 627 423	0	0	Ikke akt
073321	Kan nyttes under post 79	-1 215 188	0	0	0
073379	Kan nyttes under post 21	2 119 000	0	0	0
073401		92 084 446	-93 400 143	-1 315 698	0
073421		1 407 145	0	0	0
073770	Overslagsbevilgning	32 443 641	0	0	Ikke akt
074001/ 374002		16 591 705	-56 020 562	-39 629 857	161 330
074021	Kan overføres	-89 195 241	-1 000 000	-90 195 240	0
076121	Kan nyttes under post 79	90 505 445	-27 766 077	62 739 367	0
076160	Kan overføres	0	0	0	0
076165	Overslagsbevilgning	31 563	0	0	Ikke akt
076179	Kan nyttes under post 21	-50 286 274	0	0	0
076221	Kan nyttes under post 70	139 236 271	-24 088 725	115 147 546	0
076270	Kan nyttes under post 21	-18 478 287	-65 417 243	-83 895 530	0

076273	Kan overføres	47 196	0	0	0
076521	Kan overføres, kan nyttes under post 72	82 320 585	-20 247 091	62 073 494	0
076560	Kan overføres	312 157 047	-270 866 549	41 290 498	0
076562	Kan overføres	460 265 000	-458 856 932	1 408 068	0
076571	Kan overføres	726 960	0	0	0
076572	Kan overføres, kan nyttes under post 21	3 180 903	0	0	0
076574	Kan overføres	1 933 822	0	0	0
076575	Kan overføres	4 817 190	0	0	0
076921	Kan nyttes under post 70	8 900 001	-1 499 464	7 400 536	0
076970	Kan nyttes under post 21	-5 600 000	0	0	0
077021	Kan overføres, kan nyttes under post 70	2 428 677	0	0	0
077070	Kan overføres, kan nyttes under post 21	31 182 534	0	0	0
078121	Kan overføres, kan nyttes under post 79	-443 826	-676 995	-1 120 820	0
078179	Kan nyttes under post 21	13 929 799	0	0	0
078321	Kan nyttes under post 79	20 805 440	-25 197 853	-4 392 413	0
078379	Kan nyttes under post 21	11 226 678	0	0	0
275562	Kan nyttes under post 71	20 607 869	0	0	0
275571	Kan nyttes under post 62	26 897 289	0	0	0
	Sum	1 507 577 234	(1 054 671 657)	2 654 726 512	-

Opplysninger om avgitte belastningsfullmakter på inntektskapitler*

Kapittel og post	Merinntekt og mindreinntekt (-)	Inntektsført av andre iht. avgitte belastningsfullmakter (+)	Merinntekt og mindreinntekt (-) etter avgitte belastningsfullmakter											
371404	-546 883	197 419	-349 464											

* Denne delen skal kun fylles ut og presenteres av virksomheter som har avgitt belastningsfullmakter på inntektskapitler.

Forklaring til bruk av budsjettfullmakter, Helsedirektoratet

Avsender	Kapittel/post	Mottatt	Forbruk
Digitaliseringsdirektoratet	054025	39 893 186	28 631 583
Kommunal- og distriktsdepartementet	057121	200 000	82 652
Kommunal- og distriktsdepartementet	057560	12 102 348 000	10 695 729 000
Kommunal- og distriktsdepartementet	057561	55 000 000	55 000 000
Arbeids- og velferdsdirektoratet	060501	355 000	296 721
Arbeids- og velferdsdirektoratet	066070	30 000	0
Arbeids- og velferdsdirektoratet	066071	400 000	0
Direktoratet for e-helse	070121	500 000	398 850
Helse- og omsorgsdepartementet	070221		36 290
Helse- og omsorgsdepartementet	070321	1 000 000	440 033
Arkivverket	070421	410 000	408 046
Helse- og omsorgsdepartementet	071023	106 000 000	23 868 545
Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet	074701	1 000 000	995 653
Samferdselsdepartementet	132001	5 800 000	4 653 474
Arbeids- og velferdsetaten	265171	390 000 000	378 909 029
Arbeids- og velferdsetaten	266177	25 000 000	24 022 602
Arbeids- og velferdsetaten	570186	55 000 000	199 641 964
Sum		12 727 972 476	11 213 436 188

Helsedirektoratet har mottatt belastningsfullmakter på til sammen kr 12 727 972 476. Av dette er kr 11 213 436 188 belastet.

Avgitte belastningsfullmakter

Mottaker	Kapittel/post	Avgitt	Forbruk
Arbeids- og velferdsetaten (NAV)	0740.01	56 412 002	56 020 562
Arbeids- og velferdsetaten (NAV)	0762.21	200 000	0
Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet	0762.21	12 200 000	13 281 980
Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet	0765.21	370 000	319 271
Sum		69 182 002	69 621 813

Avgitte belastningsfullmakter til statsforvalteren

Kapittel/post	Avgitt	Forbruk
070222	44 900 000	9 438 714
071421	275 000	195 311
073401	79 580 000	93 400 143
073470	3 042 000	3 445 076
074021	1 000 000	1 000 000
076121	28 300 000	27 766 077
076167	11 800 000	11 759 509
076168	353 000 000	354 324 746
076221	5 293 000	10 806 746
076270	73 864 000	65 417 243
076521	19 408 000	19 927 819
076560	276 548 000	270 866 549
076562	460 260 000	458 856 932
076921	1 500 000	1 499 464
078121	500 000	676 995
078321	25 100 000	25 197 853
Sum	1 384 370 000	1 354 579 219

Helsedirektoratet har avgitt belastningsfullmakter på kr 1 453 552 002. Av dette er kr 1 424 201 030 belastet.

Mulig overførbart beløp

I 2022 har Helsedirektoratet beregnet at mulig overførbart beløp utgjør kr 491 819 816

Stikkordet «kan overføres»

Note B viser alle kapitler og poster som har stikkordet "kan overføres"

Stikkordet «kan benyttes under»

Note B viser alle kapitler og poster som har stikkordet "kan nyttes under"

Stikkordet «overslagsbevilgning»

Note B viser alle kapitler og poster som har stikkordet "overslagsbevilgning"

Fullmakt til å overskride driftsbevilgninger mot tilsvarende merinntekter

Helsedirektoratet har fullmakt til å overskride bevilgningen på kap. 0714, post 21 mot tilsvarende merinntekt under kap. 3714, post 04

Helsedirektoratet har fullmakt til å overskride bevilgningen på kap. 0740, post 01 og post 21 mot tilsvarende merinntekt under kap. 3740, postene 02 og 04

Innsparing i regnskapsåret som følge av bruk av fullmakt til å overskride driftsbevilgninger til investeringsformål mot tilsvarende innsparing i de tre følgende budsjettår

Romertallsvedtak

Stortinget samtykker i at Helse- og omsorgsdepartementet i tilknytning til oppgjørsordninger som forvaltes av Helfo, kan føre utgifter og inntekter uten bevilgning over kap. 740 Helsedirektoratet på følgende poster:

- post 60 Oppgjørsordning gjesteinnbyggeroppgjør for fastleger
- post 61 Oppgjørsordning covid-19 vaksinerings
- post 70 Oppgjørsordning helsetjenester i annet EØS-land
- post 71 Oppgjørsordning h-reseptlegemidler
- post 72 Oppgjørsordning fritt behandlingsvalg
- post 73 Oppgjørsordning Statens pensjonskasse

Netto mellomregning føres ved årets slutt i kapitalregnskapet for hver av ordningene.

Tabell 6-2 Artskontorrapporteringen

Oppstilling av artskontorrapporteringen 31.12.2022	Note	2022	2021
Driftsinntekter rapportert til bevilgningsregnskapet			
Innbetalinger fra gebyrer	1	50 673 308	47 762 036
Innbetalinger fra tilskudd og overføringer	1	114 039 846	17 850 685
Salgs- og leieinnbetalinger	1	60 227 547	33 804 723
Andre innbetalinger	1	126 600	36 656
Sum innbetalinger fra drift		225 067 301	99 454 100
Driftsutgifter rapportert til bevilgningsregnskapet			
Utbetalinger til lønn	2	1 033 807 351	1 046 196 653
Andre utbetalinger til drift	3	1 430 613 464	1 416 779 955
Sum utbetalinger til drift		2 464 420 815	2 462 976 608
Netto rapporterte driftsutgifter		2 239 353 514	2 363 522 508
Investerings- og finansinntekter rapportert til bevilgningsregnskapet			
Innbetaling av finansinntekter	4	12 568	740
Sum investerings- og finansinntekter		12 568	740
Investerings- og finansutgifter rapportert til bevilgningsregnskapet			
Utbetaling til investeringer	5	8 183 427	13 089 524
Utbetaling til kjøp av aksjer	5,8B		
Utbetaling av finansutgifter	4	119 978	162 331

Sum investerings- og finansutgifter		8 303 405	13 251 855
Netto rapporterte investerings- og finansutgifter		8 290 836	13 251 116
Innkrevingsvirksomhet og andre overføringer til staten*			
Innbetaling av skatter, avgifter, gebyrer m.m.	6	302 087 160	164 964 653
Sum innkrevingsvirksomhet og andre overføringer til staten		302 087 160	164 964 653
Tilskuddsforvaltning og andre overføringer fra staten*			
Utbetalinger av tilskudd og stønader	7	63 092 520 335	62 943 669 962
Sum tilskuddsforvaltning og andre overføringer fra staten		63 092 520 335	62 943 669 962
Inntekter og utgifter rapportert på felleskapitler **			
Gruppelivsforsikring konto 1985 (ref. kap. 5309, inntekt)		1 633 253	1 676 886
Arbeidsgiveravgift konto 1986 (ref. kap. 5700, inntekt)		125 698 885	127 105 019
Nettoføringsordning for merverdiavgift konto 1987 (ref. kap. 1633, utgift)		239 050 425	225 260 642
Netto rapporterte utgifter på felleskapitler		111 718 287	96 478 736
Oppgjørsvirksomhet	8	-36 544 856	10 072 517
Netto rapportert fra aktører utenfor statsregnskapet		-36 544 856	10 072 517
Netto rapportert til bevilgningsregnskapet		65 113 250 956	65 262 030 186
Oversikt over mellomværende med statskassen ***			
Eiendeler og gjeld		2022	2021
Fordringer på ansatte		404 632,130	333 345
Andre fordringer			66 417
Bankkontoer med statlige midler utenfor Norges Bank		918 526,350	46 121 491
Skyldig skattetrekk og andre trekk		-40 294 250,800	-42 461 269
Skyldige offentlige avgifter		3 063 339,900	5 483 505
Avsatt pensjonspremie til Statens pensjonskasse****		-34 350 868,000	0
Mottatte forskuddsbetalinger		-33 116 043	-13 085 448
Differanser på bank og uidentifiserte innbetalinger		277 905	69 551
Lønn (negativ netto, for mye utbetalt lønn m.m.)		15 403	-6 680
Differanser på bank og uidentifiserte innbetalinger		-3 916 930	-46 123 030
Sum mellomværende med statskassen	9	-106 998 285	-49 602 119

Note 1 Innbetalinger fra drift

Innbetalinger fra gebyrer	31.12.2022	31.12.2021
Gebyr for søknadsbehandling, tilvirkning av alkohol	448 201	411 000,00
Gebyr for autorisasjon	7 821 392	6 796 875

Andre gebyrinntekter, tilvirkningsgebyr alkohol	2 150 889	2 113 198
Gebyrinntekter - tobakkssalgsregisteret	1 248 664	5 397 935
Gebyrer statlig skjenkebevilling	3 200	-
Ordinære forhåndsinnbetalinger (vanlig autorisasjonssøknader)	39 000 963	33 043 029
Sum innbetalinger fra gebyrer	50 673 308	47 762 036
Innbetalinger fra tilskudd og overføringer		
Tilskudd fra andre statlige virksomheter	486 668	1 000 000
Tilskudd fra EU	3 540 388	689 792
Andre tilskudd og overføringer	109 243 070	16 160 893
Prosjektstøtte fra andre statlige virksomheter	769 719	
Sum innbetalinger fra tilskudd og overføringer	114 039 846	17 850 685
Salgs- og leieinnbetalinger		
Salgsinntekt tjenester, avgiftspliktig	14 383 569	21 698 452
Salgsinntekt tjenester, avgiftsfri	15 668 696	10 704 422
Refusjon, eksterne prosjekter	129 560	760 967
Inntekter v/utsending trykksaker	-	3 646
Tilfeldige inntekter (post 01,02)	43 028	236 655
Tilfeldige inntekter (diverse inntekter post 01-29)	30 002 694	400 581
Sum salgs- og leieinnbetalinger	60 227 547	33 804 723
Andre innbetalinger		
Salg av utrangert materiell, avgiftsfritt	126 600	36 656
Sum andre innbetalinger	126 600	36 656
Sum innbetalinger fra drift	225 067 301	99 454 100

Note 2 Utbetalinger til lønn

	31.12.2022	31.12.2021
Lønn	841 955 339	843 327 257
Arbeidsgiveravgift	125 694 524	127 105 019
Pensjonsutgifter*	79 812 006	93 742 711
Sykepenges og andre refusjoner (-)	-30 386 051	-32 695 686
Andre ytelser	16 731 533	14 717 352
Sum utbetalinger til lønn	1 033 807 351	1 046 196 653
Antall utførte årsverk*:	1 047	1 072

* Pensjoner utgiftsføres i artskontorrapporteringen. Premiesatsen for arbeidsgiverandelen utgjorde i 2022 10,3 prosent (arbeidsgiverandel av pensjonspremien/pensjonsgrunnlaget i 2022 rapportert til SPK) for Helsedirektoratet og 9,56 prosent for Helfo

For virksomheter som i 2021 benyttet en forenklet modell for premiebetaling

For regnskapsåret 2021 benyttet virksomheten en forenklet modell for premiebetaling, noe som innebar betaling av en fast premiesats for arbeidsgiverandelen på 12 prosent.

Forklaring til endringen av arbeidsgiverandel mellom 2021 og 2022

Fra 2022 har SPK lagt om pensjonspremiemodellen for statlige virksomheter. Fra 1. januar 2022 betaler alle statlige virksomheter en virksomhetsspesifikk hendelsesbasert arbeidsgiverandel som del av pensjonspremien. At premien er virksomhetsspesifikk, betyr at den beregnes ut fra den enkelte virksomhets forhold, ikke for grupper av virksomheter samlet. At den er hendelsesbasert, betyr at den tar hensyn til de faktiske hendelser i medlemsbestanden i virksomheten, slik at premiereserven er ajour i forhold til medlemmets opptjening. Medlemsandelen på to prosent av lønnsgrunnlaget er uendret.

Helsedirektoratet mottok tilleggsfaktura fra SPK i desember 2022

For virksomheter som mottok tilleggsfaktura fra SPK i desember 2022

Pensjonspremien for 2022 er basert på en oppdatert årsprognose fra SPK. I denne prognosen er det benyttet lik lønnsvekst for alle ansatte i beregningen av pensjonspremie i stedet for individuell lønnsvekst. Dette skyldes at individuelle lønnspåslag ikke var klar i tide til å bli inkludert i terminfakturaen for 6. termin 2022 fra SPK. Virkningen av individuelle lønnspåslag vil derfor først inngå i premiefakturaen for 1. termin 2023. Bruk av oppdatert års prognose for regnskapsføring av pensjonspremie i 2022 gir følgelig ikke et helt riktig bilde av faktisk pensjonspremie i 2022. Faktisk pensjonspremie for 2022 og 2023 blir riktig totalt sett, men fordelingen mellom de to regnskapsårene vil ikke være helt presis.

Note 3 Andre utbetalinger til drift

	31.12.2022	31.12.2021
Husleie	81 639 157	93 094 641
Vedlikehold og ombygging av leide lokaler	723 605	537 021
Andre utgifter til drift av eiendom og lokaler	22 861 955	17 919 807
Reparasjon og vedlikehold av maskiner, utstyr mv.	927 646	779 377
Mindre utstyrsanskaffelser	21 633 744	64 738 602
Leie av maskiner, inventar og lignende	45 783 027	55 904 590
Kjøp av konsulenttjenester	318 972 271	413 801 711
Kjøp av andre fremmede tjenester	577 923 247	602 644 290
Reiser og diett	26 669 317	5 481 728
Øvrige driftsutgifter	333 479 496	161 878 190
Sum andre utbetalinger til drift	1 430 613 464	1 416 779 955

Note 4 Finansinntekter og finansutgifter

Innbetaling av finansinntekter	31.12.2022	31.12.2021
Valutagevinst	12 568	740
Sum innbetaling av finansinntekter	12 568	740
Utbetaling av finansutgifter	31.12.2022	31.12.2021

Renteutgifter	106 632	146 112
Valutatap	13 347	16 219
Sum utbetaling av finansutgifter	119 978	162 331

Note 5 Utbetaling til investeringer og kjøp av aksjer

Utbetaling til investeringer	31.12.2022	31.12.2021
Maskiner og transportmidler		
Driftsløsøre, inventar, verktøy og lignende	8 183 427	13 089 524
Sum utbetaling til investeringer	8 183 427	13 089 524
Utbetaling til kjøp av aksjer	31.12.2022	31.12.2021
Sum utbetaling til kjøp av aksjer	-	-

Note 6 Innkrevingsvirksomhet og andre overføringer til staten

	31.12.2022	31.12.2021
Sektoravgift tobakksvarer	18 244 765	18 200 352
Refusjon for helsetjenester utenlandsboende	66 551 009	76 826 430
Tilbakebetaling feilutbetalings saker	199 641 964	51 984 917
Tilfeldige og andre inntekter (Statskonto 530929)	17 649 423	17 952 953
Sum innkrevingsvirksomhet og andre overføringer til staten	302 087 160	164 964 653

Note 7 Tilskuddsforvaltning og andre overføringer fra staten

	31.12.2022	31.12.2021
Tilskudd til kommuner og IKS	14 905 337 378	17 114 354 700
Tilskudd til fylkeskommuner	403 728 250	335 260 865
Tilskudd til ikke-finansielle foretak	17 618 746 653	16 604 329 980
Tilskudd til finansielle foretak	11 692 811	5 145 344
Tilskudd til private bedrifter	216 454 111	212 963 171
Tilskudd til Husholdninger	16 765 360 144	16 520 870 314
Tilskudd til organisasjoner og stiftelser	2 354 871 227	2 509 763 778
Tilskudd til statsforvaltningen	10 555 770 495	9 254 103 398
Tilskudd til utlandet	260 559 266	386 878 411
Sum tilskuddsforvaltning og andre overføringer fra staten	63 092 520 335	62 943 669 961

*Linje universitet, høgskoler og statsforvaltning er slått sammen til "Tilskudd til statsforvaltningen". Tilsvarende er endret for sammenlignende tall for 2021.

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

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

Note 8 Oppgjørsvirksomhet

	31.12.2022	31.12.2021
Oppgjørsordning covid-19 vaksinerings	-5 517 622	14 358 938
Oppgjørsordning helsetjenester i annet EØS-land	2 518 340	-794 471
Oppgjørsordning h-reseptlegemidler	-32 433 872	9 098 348
Oppgjørsordning fritt behandlingsvalg	-1 063 097	-12 668 518
Oppgjørsordning Statens pensjonskasse	-48 605	20
Sum netto rapportert fra aktører utenfor statsregnskapet	-36 544 856	10 072 517

Helfo har i statsbudsjettet for 2022 (Prp. 115 s) fått fullmakt til å belaste oppgjørsordninger netto på kapittel 740 post 60, 61, 70, 71, 72 og 73 uten tilhørende bevilgning og hvor netto mellomregning ved årets slutt er aktivert i kapitalregnskapet. I regnskapslinjen oppgjørstjenester inngår dermed både innbetalinger og utbetalinger for ordningene og presenteres her netto i henhold til Prp. 115 S. Årets netto belastning er kr -36 544 856 (netto inntekt) jfr. kapittel 740 post 60, 61, 70, 71, 72 og 73 i bevilgningsregnskapet. Tilsvarende størrelser for ordningene i 2021 var netto belastning kr 10 072 517 (netto utgift).

DFØ gir Helsedirektoratet/Helfo unntak fra oppstilling av artskontorapporteringen i R-115 punkt 4.5 og gir tillatelse til at det opprettes en egen overskrift og regnskapslinje for oppgjørsvirksomhet før linjen Netto rapportert til bevilgningsregnskapet som kan benevnes henholdsvis Oppgjørsvirksomhet og Netto innbetaling fra aktører utenfor statsregnskapet eller lignende. Helsedirektoratet/Helfo gis tillatelse fra DFØ til å benytte artskonto 827 for alle oppgjørsordninger for aktører utenfor statsregnskapet som de administrerer. Unntaket gjelder fra regnskapsåret 2021 til regnskapsåret 2025. Helfo har i 2022 tatt i bruk artskonto 827 for all oppgjørsvirksomhet iht. RNB 2022. I 2021 ble artskonto 827 kun benyttet til ordningene H-reseptlegemidler og fritt behandlingsvalg.

Note 9 Sammenheng mellom avregning med statskassen og mellomværende med statskassen Del A Forskjellen mellom avregning med statskassen og mellomværende med statskassen

		Spesifisering av bokført avregning med statskassen	Spesifisering av rapportert mellom-værende med statskassen	Forskjell
Finansielle anleggsmidler				
	Sum	0	0	0
Omløpsmidler				
	Kundefordringer	3 775 143		3 775 143
	Andre fordringer	446 783 467	404 633	446 378 834

	Bankinnskudd, kontanter og lignende	918 526	918 526	0
	Sum	451 477 136	1 323 159	450 153 977
Langsiktige gjeld				
	Sum	0	0	0
Kortsiktig gjeld				
	Leverandørgjeld	-35 928 660		-35 928 660
	Skyldig skattetrekk og andre trekk	-29 357 616	-40 294 251	10 936 635
	Skyldige offentlige avgifter	2 905 396	3 063 340	-157 943
	Annen kortsiktig gjeld	-1 018 657 577	- 71 090 533	-947 567 043
	Sum	-1 081 038 456	-108 321 444	-972 717 012
Sum		-629 561 320	-106 998 286	-522 563 035

Etatstyrers vurdering av underliggende etater

7.1

Helfo

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

Helfo forvalter et stønadsbudsjett på 42 mrd. kr som omfatter refusjon til helseaktører for behandling, refusjon for pasienters fritak fra egenandeler og refusjon for bruk av legemidler og medisinsk forbruksmateriell.

Tabell 7-1 Nøkkeltall for Helfo

	2022	2021
Antall forpliktete årsverk	431	442
Om servicetjenester		
Antall besøk på Helfo.no	1 850 460	1 736 726
Antall besøk på helsenorge.no	115 752 527	140 690 887
Antall telefonhenvendelser – informasjonstelefonen for Korona	167 954	652 286
Antall telefonhenvendelser – servicetjenester og veiledning	379 713	436 434
herav telefonhenvendelser til veiledning Helsenorge	337 164	392 785
Antall epost besvart (kontaktskjema - veiledning Helsenorge)	28 414	37 235
Antall egenandeler registrert	94 millioner	93 millioner
Antall europeiske helsetrygdkort	972 482	413 664
Andel fastlegebytter på nett	94,8 %	95,4 %
Antall reelle fristbruddhenvendelser til Helfo	26 669	14 403
Om refusjoner		
Refusjonsutgifter totalt	42,3 mrd kr	41,8 mrd kr
herav refusjon til behandlere for behandling	27,8 mrd kr	28,4 mrd kr
herav refusjonsutgifter for legemidler og medisinsk forbruksmateriell	14,5 mrd kr	13,4 mrd kr
Andel helseaktører som fremmer krav elektronisk over linje	90 %	88 %
Om individuelle søknader og krav		
Antall krav mottatt – legemidler[7]	254 732	225 244
Antall krav mottatt – tannhelse	1 633	2 944
Antall krav mottatt – utland (%C2%A7§ 5-24 og 5-24a) 2	22 728	19 051

Utvikling og omstilling i 2022

Etter to år med pandemi, hvor Helfo har hatt viktige og sentrale oppgaver, så har 2022 vært et mer ordinært år med hensyn til tjenesteproduksjon og -sammensetning. Samtidig fortsetter utviklingen av bedre og mer digitaliserte tjenester til brukerne. De aller fleste brukerne får løst sine behov gjennom nett, automatiserte tjenester og selvbetjeningsløsninger. Pandemien har medført en sterk økning av besøk på Helsenorger. De fem siste årene har antall besøk på Helfo sine sider på Helsenorger økt fra 3 millioner i 2018 til 9,4 millioner i 2022. De to siste årene har Helfo innført bruken av chat (både chatrobot og manuell chat). Helfo mottok 45 000 henvendelser via chat i 2022, og det er ambisjoner for videreutvikling av chat som kanal for flere tjenester.

Endringer i lovverk og automatisering av prosesser har gitt brukerne raskere og enklere tilgang på rettigheter de har krav på. Automatiseringsgraden for behandling av legemiddelsøknader var 80 prosent i 2022, noe som betyr at et stort antall brukere får vedtak og tilgang på legemidler i apotek i løpet av 1 dag. For behandling av søknader på legemiddelområdet og helsehjelp i inn- og utlandet så er gjennomsnittlig saksbehandlingstid halvert de siste 5 årene (fra 21 til 10 dager). Økt omfang av automatiserte løsninger bidrar til likere kvalitet og likebehandling i forvaltningen av stønadsområdene.

De siste fem år er antall ansatte i Helfo redusert med til sammen 95 årsverk, hvorav 55 årsverk er gevinstrealisering som følge av regelverksendringer og utvikling av digitale løsninger og rundt 40 årsverk er knyttet til effektivisering av driften.

Måloppnåelse i 2022

Helsedirektoratet vurdering er at Helfo har levert god måloppnåelse i 2022. Hovedbildet er at mål og krav er innfridd for tjenestene. Gjennomgangen for tjenesteområdene nedenfor viser at innbyggerne og helseaktørene får oppfylt sine rettigheter og behov til rett tid og med god kvalitet. Målinger viser også at Helfo har en høy brukertilfredshet i 2022. På noen få enkeltområder er det noe manglende oppfyllelse av mål og krav. Det skyldes sterk vekst i saksinnang og særskilte utfordringer i tjenesteproduksjonen.

Ved utgangen av 2022 har Helfo 431 forpliktende årsverk, en reduksjon på 11 årsverk fra 2021. Regnskaps-resultatet viser et merforbruk på 1,1 prosent og Helfo har følgelig hatt en god økonomistyring også i 2022.

Tjenesteområde servicetjenester

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

Besøkstallene for Helsenorger har økt kraftig de siste årene. En viktig årsak er økt informasjonsbehov i befolkningen som følge av pandemien. Antall besøk per måned økte fra 2,2 millioner i 2018 til 11,7 millioner i 2021. I 2022 er antall besøk redusert til 9,6 millioner per måned. I 2022 foregikk 96,6 prosent av Helfos brukermøter innenfor servicetjenester digitalt.

God tilgjengelighet og fortsatt høy brukertilfredshet for informasjons- og veiledningstjenester på telefon

I 2022 mottok Helfo i alt 379 700 telefonhenvendelser (sett bort fra koronatelefonen). Det er en nedgang på 13 prosent fra 2021. 77 prosent av henvendelsene ble besvart innen en ventetid på 150 sekunder som er godt over prestasjonsmålet på 65 prosent. Nedgang i antall henvendelser skyldes at tiltak omkring pandemien er avsluttet, samt at stadig flere finner svar på sine helserelaterte spørsmål via digitale kanaler. Brukere som velger å ringe har ofte sammensatte problemstillinger på tvers av flere fagområder og/eller mottar tidkrevende veiledning og opplæring for selv å kunne finne frem på nett. 90 prosent svarer at de er godt fornøyd, eller svært godt fornøyd med veiledningstjenesten på telefon, noe som er over prestasjonsmålet på 85 prosent.

Helsedirektoratets vurdering er at Helfo har levert en profesjonell informasjons- og veiledningstjeneste med god kvalitet også i 2022.

God håndtering av koronarelaterte oppgaver også i 2022

Informasjonstelefonen for korona ble satt i drift den 28.februar 2020 og avviklet 1.september 2022. Helfo hadde vel 650 000 henvendelser i 2021 og nær 170 000 henvendelser i 2022. Drift av koronatelefonen har krevd omfattende omdisponeringer internt i Helfo, innleie av personell, fleksible løsninger og iherdig innsats over tid. Nasjonalt kontrollsenner for innreisende ble avviklet 28.februar 2022, men Helfo skal opprettholde beredskap for reetablering ut mai 2023. Oppgavene knyttet til veiledning og brukerstøtte på koronasertifikat er videreført til juni 2023.

Helfo har vært sentral i håndteringen av viktige samfunnsoppgaver i pandemien de tre siste årene. Helsedirektoratets vurdering er at Helfo har vært løsningsorientert og profesjonell i sin tilnærming til oppdragene, og utvist stor fleksibilitet i en periode med raskt skiftende rammebetingelser.

Sterk økning i antall fristbrudd

I 2020 ble det varslet kun 4 536 fristbrudd som følge av pandemien og midlertidig suspensjon av ordningen. Antall varslede fristbrudd var 14 400 fristbrudd i 2021, mens tilsvarende tall for 2022 er nær 26 700 fristbrudd. Det er en økning på 85 prosent sammenlignet med 2021. Helfo har i 2022 formidlet 10 680 pasienter til fristbrudds-leverandører. Gjennomsnittlig saksbehandlingstid var 8,7 virkedager, mens kravet er 6 virkedager. 73 prosent av sakene ble behandlet innen på 10 virkedager, mens kravet er 90 prosent.

Helfo sender SMS og brev om alternativt behandlingstilbud. 42 prosent av pasientene takker ja til tilbud om behandling gjennom Helfo og fristbruddordningen, 35 prosent av pasientene tar ikke kontakt tilbake og 12 prosent av pasientene takker nei i kontakten med Helfo. Hele 95 prosent av brukerne som takker ja til alternativt behandlingstilbud er fornøyd med Helfo sine formidlingstjenester. Helfo har gjennomført to store nasjonale konkurranser for kjøp av tjenester innen psykisk helsevern og somatikk.

Helsedirektoratets vurdering er at Helfo har håndtert fristbruddområdet på en god måte i 2022, gitt økningen i antall fristbrudd på 85 prosent i løpet av ett år. Det har vært nødvendig med midlertidige ansatte for å håndtere det omfattende volumet. Sider ved forvaltningen av fristbruddordningen vil bli gjennomgått i 2023, jf. oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet.

Tjenesteområde behandlingsrefusjon

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

Høy tilgjengelighet og høy brukertilfredshet for helseaktørene

Helfo.no er plattformen for helseaktørene. Besøktallene på helfo.no i 2022 var på 1,85 millioner og innebærer en økning på 6,5 prosent fra 2021. Ved utgangen av 2022 var det 90 prosent av helseaktørene som sendte refusjonskrav elektronisk over linje.

Helfos veiledningstjeneste for helseaktørene har i 2022 besvart 69 prosent av telefonhenvendelser innen 120 sekunder, mens prestasjonsmålet er 60 prosent. Det var hele 91 prosent fornøyde brukere i 2022 mot 94 prosent i 2021. Tilsvarende var 82 prosent av helseaktørene fornøyde med Helfo sin håndtering av henvendelser på epost.

Helsedirektoratet er godt fornøyd med at Helfo oppnår en meget høy brukertilfredshet blant helseaktørene og god måloppnåelse for ventetid på telefon.

God måloppnåelse på behandling av søknader og refusjonskrav for helsehjelp i utlandet

Redusert reiseaktivitet i 2020 og 2021 påvirket saksmengden på utlandsområdet. Saksinngangen ble vesentlig redusert. I 2022 har antall søknader igjen økt. Økningen for helsetjenester i og utenfor EØS har økt med 19 prosent og søknader om rettighetsdokumenter (utland) har økt med 18 prosent sammenlignet med 2021. Helfo har overholdt saksbehandlingsfristene for utlandsområdet for (folketrygdloven § 5-24 og § 5-24a).

På blankettområdet er det 1 653 restansesaker ved utgangen av 2022, en økning på 16 prosent i forhold til 2021. Rettighetsdokument S1 dokumenterer rett til dekning av nødvendige utgifter til helsetjenester i bostedsland i EU/EØS. For søknader om rettighetsdokument S1 ble 83 prosent av sakene i 2022 behandlet innenfor ny frist på 4 uker, noe som tilsvarer nivået i 2021.

Oppfyllelse av krav om saksbehandlingstid på tannhelseområdet

Gjennomsnittlig saksbehandlingstid for refusjon for tannhelsebehandling var ved utgangen av 2021 på 9 dager. Ved utgangen av 2022 har gjennomsnittlig saksbehandlingstid økt til 13,7 dager. I siste tertial 2022 ble alle saker behandlet innen 8 uker (ytre grense på fagområdet).

Helsedirektoratet er godt fornøyd med måloppnåelsen på utlandsområdet i 2022, spesielt siden fagområdet har vært berørt av ny kontorstruktur og endret oppgavefordeling i Helfo, og opplever en vesentlig økning i saksinngang i 2022. Saksbehandlingstid på tannhelseområdet anses også som tilfredsstillende.

Tjenesteområde legemidler/medisinsk forbruksmateriell

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

God tilgjengelig på legemiddelområdet til tross for sterk økning i inngang legemiddelsaker de siste år

Saksmengden på legemiddelområdet økte med 18 prosent i 2020, 11 prosent i 2021 og ytterligere 10 prosent i 2022. Helfo mottok 97 prosent flere saker i 2022 enn i 2018. Innføring av automatisert saksbehandling, prosess- og kompetanseforbedring, samt aktiv prioritering og styring av ressurser har gjort det mulig å håndtere veksten i antall saker samtidig som antall årsverk på området er betydelig redusert de siste årene.

I 2020 ble 22 prosent av søknader om forhåndstilsagn for legemidler (inkl. næringsmidler) behandlet automatisk. Andelen økte til 76 prosent i 2021 og 80 prosent i 2022. Automatisert søknadsbehandling for blåresept har medført at bruker i 174 000 saker i 2022 opplevde å få tilgang til legemidler på apotek i løpet av 1 dag.

De resterende 20 prosent av sakene som behandles manuelt er til dels komplekse saker. Helfo har overholdt saksbehandlingsfrist i 96 prosent (bidragssaker) og 98 prosent (forhåndstilsagn legemidler). Ytre grense for saksbehandlingstid er 8 uker. Gjennomsnittlig saksbehandlingstid var ved utgangen av 2022 på 4,7 dager (prioriterte saker) og 9,5 dager (øvrigt saker) på legemiddelområdet.

Helsedirektoratet er veldig godt fornøyd med automatiseringsgraden som er oppnådd og som innebærer at det store flertallet av brukere får et veldig raskt svar på sine søknader. Saksbehandlingstidene for manuelle saker er også tilfredsstillende. Plikt til innsending via portal fra mai 2021, tett samarbeid mellom direktoratet og Helfo og et omfattende arbeid og vedlikehold av regelverket i blåreseptløsningen har gitt gode resultater. Utvikling i saksinngang viser at arbeidet med økt automatisering har vært helt avgjørende for gode tjenester til brukerne. Fagområdet er stort og omfattende med vekst i inngang og et regelverk i stadig endring. Tjenestene er følgelig sårbare og avhengig av god styring og en fleksibel innstilling fra både medarbeider og ledere.

Om Helfo sitt arbeid med etterkontroll og økt etterlevelse

Helfo mottar årlig om lag 120 millioner enkeltregninger og utbetalte 42 mrd. kr i 2022 hvorav 28 mrd. kr er refusjon til behandlere. Alle regninger som sendes inn elektronisk gjennomgår avanserte automatiserte kontroller. Helsedirektoratet og Helfo arbeider kontinuerlig med både forebyggende tiltak og forbedret kontroll med mål om stadig økt etterlevelse. Helfo vektlegger en kunnskapsbasert virkemiddelbruk, jobber systematisk med etterlevelse og har fokus på effektvurderinger.

Strategi etterlevelse 2025 og kontinuerlig utvikling av etterlevelsesarbeidet

Helsedirektoratet og Helfo ferdigstilte i 2022 Strategi for etterlevelse frem mot 2025. Det er valgt fire strategiske satsingsområder:

- Brukeren først
- Etterlevelse ved design
- Kunnskapsbasert bruk av virkemidler. Kontinuerlig tjenesteutvikling
- Effektive kontrolltiltak

Gjennom økt kunnskap om helseaktørene behov og hvorfor det gjøres feil skal rammebetingelser, arbeidsprosesser og tjenesteutvikling tilpasses slik at det blir enklere å gjøre rett og at svindel og misbruk oppdages. Det er definert innsatsområder for 2023 for å understøtte strategien.

Innovasjonsprosjektet Lærende kontrollvirksomhet er tildelt midler fra Norges forskningsråd. Prosjektet ble startet opp i 2021 og har 4-års varighet. Det er et samarbeidsprosjekt med flere andre offentlige etater med siktemål å styrke bruken av avansert analyse og store datamengder i kontrollarbeidet. I tillegg har Helfo arbeidet med bedre koordinering og informasjonsflyt internt for å øke effekten av det samlede etterlevelsesarbeidet på tvers av styringslinjene i virksomheten.

For få helseaktører med høy risiko utsettes for etterkontroll

Resultatene av etterkontrollvirksomheten i 2022 er 11 anmeldelser (tilsvarende antall som i 2021) og 17 behandlere ble fratatt retten til å praktisere for trygdens regning (21 behandlere i 2021). Det ble tilbakekrevd 211 mill. kr (42 mill. kr i 2021).

Helfo foretar risikobasert utvalg til etterkontroller og avdekker feilutbetalinger i så godt som alle saker som tas ut til kontroll. Riksrevisjonen gjennomførte en revisjon av etterkontroll i 2022 og påpekte at mange helseaktører med høy risiko ikke ble etter kontrollert, og at dette var sterkt kritikkverdig. Området etterkontroll styrkes med flere årsverk i 2023, og oppfølgingen av strategi etterlevelse i både Helsedirektoratet og Helfo skal bidra til at flere helseaktører med høy risiko følges opp. Etterkontrollsakene er ressurskrevende og økt ressursinnsats vil bidra, men kan ikke alene løse utfordringene. Det er også viktig å arbeide forebyggende og kontinuerlig følge opp helseaktørene for på den måten å bidra til at risiko for feil og forsøk på svindel og misbruk reduseres.

Manglende måloppnåelse for saksbehandlingstid - tap av retten til å praktisere for trygdens regning

Opprinnelige saksbehandlingsfrister for tilbakekreving og ble i 2022 justert fra 5 til 8 måneder for tilbakekreving og fra 5 til 12 måneder for tap av retten. Opprinnelige frister ble ansett som lite realistiske, samt utfordrende med hensyn til rettsikkerheten til helseaktørene. Gjeldende krav er at 80 prosent av sakene skal ligge innenfor de nye fristene. Resultatene viser at Helfo er nær opp til målet for tilbakekrevingssaker, men krav til saksbehandlingstid oppnås kun i 24 prosent av sakene med tap av retten.

Etterkontrollvirksomheten har over tid jobbet med prosessforbedring, kompetanseutvikling, regelverk og digitale løsninger, samt organisering og arbeidsformer. Resultatene av kontrollvirksomheten for de to siste årene viser et mer målrettet utvalg av saker og bedret produktivitet. Helsedirektoratet har forventninger til at denne utviklingen skal fortsette og gi stadig bedre resultatoppnåelse, også for saksbehandlingstid. Samtidig er omfattende forbedringer på noe lengre sikt, avhengig av bedre og mer tilpassede saksbehandlingsverktøy.

Styring og kontroll i virksomheten

Helfo har også i 2022 jobbet systematisk for å videreutvikle sin virksomhetsstyring i tråd med anerkjente standarder og veiledere for ledelsessystem for kvalitet og risikostyring. Det er lagt til rette for strategisk kompetansestyring gjennom definisjon av ulike roller i Helfo og hvilke tilhørende kunnskaper, ferdigheter og holdninger som kreves. Det er også utarbeidet en analyse av rett fremtidig kompetanse, inkludert gapet mellom nåværende kompetanse og antatt nødvendig kompetanse fremover i tid.

Helfo har et omfattende faglig ansvarsområde og forvalter store mengder informasjon. Internrevisjonen har i 2021 revidert ivaretagelse av personvern og i 2022 revidert ivaretagelse av informasjonssikkerhet i Helfo.

Det er gjennomført en rekke tiltak innenfor både personvern og informasjonssikkerhet og mange av oppfølgingspunktene ble lukket i 2022. Arbeidet fortsetter i 2023 og skjer i tett samarbeid med Helsedirektoratet.

Helfo har et eget team for beredskapsfag som trener og øver krisestaber på de ulike lokasjonene. I beredskapsarbeidet i 2022 har Helfo foretatt en konsekvensvurdering ved bortfall av IKT, utarbeidet en ny beredskapsplan og gjennomført øvelser for fysisk sikkerhet og for nasjonal krisestab.

Helsedirektoratets vurdering er at Helfo legger stor vekt på å utvikle og forbedre organisasjonens virksomhetsstyring og internkontroll. Helsedirektoratets vurdering er at Helfo har hatt en aktiv risikostyring med fortløpende vurdering og iverksettelse av tiltak.

[7] Inkluderer overføring av historiske krav fra Infotrygd (2 371 krav i 2021 og 17 586 krav i 2022).

7.2

Pasient- og brukerombud

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

Pasient- og brukerombudet i Vestland, kontor Bergen, har en koordinerende rolle for alle ombudene. Nasjonalt koordinerende pasient- og brukerombud skal bidra til å utvikle felles arbeidsmetodikk, bistår de øvrige ombudene med systematisk kompetanseutvikling og veiledning, gir råd i enkeltsaker, bidrar til felles løsning og forståelse av prinsipielle saker og følger med på hvordan ulike grupper av pasienter og brukere prioriteres ved tildeling av tjenester. Helsedirektoratet har med bakgrunn i rapport om faglig organisering, overlevert til departementet 22.10.2019, delegert en rekke ansvarsområder til NKPOBO. Delegering skjer formelt gjennom årlig mål- og disponeringsskriv.

Generelt om beslutningsmyndighet

Helsedirektoratet har delegert faglig beslutningsmyndighet til NKPOBO på følgende områder:

Felles faglig utvikling og faggrupper på tvers

Felles kunnskaps- og kompetansegrunnlag er viktig for å skape en felles praksis og retning i Pasient- og brukerombudet. Det er viktig at disse tiltakene er systematiske og har et tydelig målbilde. Det er viktig at det satses på kompetanseutvikling knyttet til de ulike fagområdene Pasient- og brukerombudet benytter seg av i det daglige arbeidet, som for eksempel juss eller faglige helseområder. Det skal etableres faggrupper knyttet til fagområder. Det er viktig at faggruppene åpner opp for deltakelse fra ansatte med ulik faglig bakgrunn. For hver faggruppe skal det vurderes om det skal opprettes dedikerte stillinger til faggruppene. Mandat for faggruppene utarbeides av koordinerende ombud og må godkjennes av administrativ leder i POBO som har det overordnede ansvaret for virksomhetsstyring mm.

Felles kommunikasjon og felles visuell profil, herunder kommunikasjonsstrategi

En omforent kommunikasjonsstrategi vil bidra til at ombudene benytter seg av de samme mediekanalene og bidrar til et helhetlig inntrykk og lik informasjon om ordningen. Koordinerende ombud har ansvar for kommunikasjonsstrategi i POBO og felles visuell (grafisk) profil. NKPOBO har også ansvar for standardtekster, brevmaler m.m. og skal ha beslutningsmyndighet på de faglige sidene av dette arbeidet.

Felles brukerperspektiv og brukerråd

NKPOBO skal sørge for at det opprettes et eget brukerråd og en egnet plattform for brukertilbakemeldinger på tjenestene til Pasient- og brukerombudet. Det er viktig at tilbakemeldinger blir en fast del av forbedringsarbeidet til Pasient- og brukerombudet.

POBOs veiledere og kodeverk

NKPOBO har ansvar for å utarbeide policy, retningslinjer, prosedyrer og veiledere som angår saksbehandling hos Pasient- og brukerombudet (herunder kodeverk). NKPOBO godkjenner faglige retningslinjer, prosedyrer og veiledere.

Administrativ leder godkjenner Policy, administrative retningslinjer og prosedyrer.

POBOs felles tjenestekatalog

NKPOBO har ansvar for å utarbeide og beslutte intern tjenestekatalog. I tjenestekatalogen skal ordningens tjenester være konkretisert og dokumentert.

Nasjonal talsperson i saker av nasjonal karakter og av nasjonal interesse

NKPOBO skal være nasjonal talsperson for Pasient- og brukerombudet. Koordinerende ombud skal i tett samarbeid med lokale leder utarbeide og utvikle beskrivelsen av hva rollen som nasjonal talsperson innebærer. Det utarbeides eget mandat for denne rollen.

Pasient- og brukerombudet i Vestland, kontor Bergen, har en koordinerende rolle for alle ombudene. Nasjonalt koordinerende pasient- og brukerombud bidrar til å utvikle felles arbeidsmetodikk, bistår de øvrige ombudene med systematisk kompetanseutvikling og veiledning, gir råd i enkeltsaker, bidrar til felles løsning og forståelse av prinsipielle saker og følger med på hvordan ulike grupper av pasienter og brukere prioriteres ved tildeling av tjenester.

Felles årsmelding er levert av Pasient- og brukerombudet ved nasjonalt koordinerende pasient- og brukerombud, og ligger vedlagt årsrapporten.

