



Samhandlingsstatistikk 2013-14

Rapportens tittel: Samhandlingsstatistikk 2013-14
Utgitt: Januar 2015

Utgitt av: Helsedirektoratet

Redaktør: Avdelingsdirektør Beate M. Huseby,
Avdeling økonomi og analyse

Bidragstere (alfab.): Beate M. Huseby
Guri Snøfugl
Inger Johanne Gjøn-Øien
Julie Kjelvik
Kari Hårstad Mehus
Lars Rønningen
Marit Pedersen
Marit Sitter
Michael Christian Kaurin
Per Bernard Pedersen
Sara Marie Nilsen
Sigurd Røtnes
Solfrid E. Lilleeng
Thor Hallgeir Johansen
Turi Saltnes
Turid Kristin Bigum Sundar
Vegard Håvik

Solveig Ose, Sintef Teknologi og samfunn (kap. 5)

Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo
Besøksadresse: Sluppenveien 12 C, 7037 Trondheim
Universitetsgata 2, Oslo

Tlf.: 810 20 050
Faks: 24 16 30 01
www.helsedirektoratet.no

Bestillingsnummer: IS-2245
ISBN-nr. 978-82-8081-345-9

Hftet kan bestilles hos: Helsedirektoratet v/ Trykksaksekspedisjonen
e-post: trykksak@helsedir.no
Tlf.: 24 16 33 68 Faks: 24 16 33 69
Ved bestilling, oppgi bestillingsnummer: IS-2245

Grafisk design: 07-gruppen AS
Trykkeri: Andvord Grafisk AS

Forord

Fra Helse- og omsorgsdepartementet understrekes det at samhandlingsreformen er en reform med bred demokratisk støtte. Det fremgår av Prop 1 (2014-15) at målet om et helhetlig og sammenhengende helsetilbud på rett nivå videreføres.

Samhandlingsreformens formål om å gi mer koordinerte tjenester og helhetlig behandling av pasientene skaper økt behov for å kunne vurdere helse- og omsorgstjenestene i et helhetlig og samlet perspektiv, på tvers av finansiering og ansvarsfordeling. Den nye kommunerollen gir kommunene et større ansvar for det helhetlige tilbudet av helsetjenester til befolkningen. Formålet med denne rapporten er derfor å utvikle en samlet statistikk for helse- og omsorgstjenestene på kostnader, tjenester og pasientgrupper.

Denne rapporten er et element i Helsedirektoratets ansvar for å følge utviklingen i helse- og omsorgssektoren både generelt og spesielt i forhold til samhandlingsreformen. Vår ambisjon er at rapporten skal være nyttig for offentlige helsemyndigheter, regionale helseforetak og helseplanleggere i kommunene.

Helsedirektoratet, januar 2015

Bjørn Guldvog

Helsedirektør

Innhold

| | | |
|--|---|-----------|
| 1 | INNLEDNING OG OPPSUMMERING | 5 |
| 1.1 | Samhandlingsreformen – hvordan går det? | 5 |
| 1.2 | Oppsummering del I – komparativ statistikk | 8 |
| 1.3 | Oppsummering del II – om samhandlingsreformen | 10 |
| DEL I: Sammenlignende statistikk for primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten | | 15 |
| 2 | KOSTNADER TIL HELSE- OG OMSORGSTJENESTER | 16 |
| 2.1 | Innledning | 16 |
| 2.2 | Kostnader til helse- og omsorgstjenester på nasjonalt nivå | 17 |
| 2.3 | Variasjoner i kostnader mellom helseregioner og kommunegrupper | 22 |
| 2.4 | Datagrunnlag og metode | 25 |
| 3 | PASIENTER OG MOTTAKERE AV HELSE- OG OMSORGSTJENESTER | 32 |
| 3.1 | Innledning | 32 |
| 3.2 | Bruk av spesialisthelsetjenester og primærhelsetjenester i 2013 | 32 |
| 3.3 | Utviklingen i perioden fra 2011-2013 | 33 |
| 3.4 | Variasjoner i helse- og omsorgstjenester mellom regioner og kommunegrupper i 2013 | 34 |
| 3.5 | Datagrunnlag og definisjoner | 37 |
| 4 | ÅRSVERK I HELSE- OG OMSORGSTJENESTENE | 44 |
| 4.1 | Innledning | 44 |
| 4.2 | Årsverksutviklingen i helse- og omsorgstjenesten | 44 |
| 4.3 | Legeårsverk i helse- og omsorgstjenesten | 46 |
| 4.4 | Sykepleiere, fysio- og ergoterapeuter i helse- og omsorgstjenesten | 47 |
| 4.5 | Årsverksutviklingen i regionene | 48 |
| 4.6 | Årsverk per 10 000 innbyggere | 50 |
| 5 | ÅRSVERK I HELSE- OG OMSORGSTJENESTER FOR PSYKISK HELSE OG RUS | 53 |
| 5.1 | Årsverk innen psykisk helse | 54 |
| 5.2 | Årsverk innen rusfeltet | 58 |
| DEL II: Samhandlingsreformen | | 61 |
| 6 | PASIENTER OG MOTTAKERE AV HELSE- TJENESTER INNEN PSYKISK HELSE OG RUS | 62 |
| 6.1 | Innledning | 63 |
| 6.2 | Resultater nasjonalt og regionalt nivå | 63 |
| 6.3 | Datagrunnlag og klassifisering | 69 |
| | Tabeller | 71 |

| | | |
|----------------------------------|---|------------|
| 7 | HABILITERING, REHABILITERING OG INDIVIDUELL PLAN | 82 |
| 7.1 | Innledning | 82 |
| 7.2 | Definisjon og datagrunnlag | 83 |
| 7.3 | Utviklingen i re-/habilitering 2010-2013 | 84 |
| 7.4 | Regionale variasjoner | 85 |
| 7.5 | Re-/habilitering og kommunestørrelse | 86 |
| 7.6 | Individuell plan og koordinator | 88 |
| 7.7 | Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering | 88 |
| 8 | MELDINGSUTVEKSLING | 96 |
| 8.1 | Innledning | 96 |
| 8.2 | Elektroniske omsorgsmeldinger | 96 |
| 8.3 | Data og metode | 97 |
| 8.4 | Utbredelse og bruk av omsorgsmeldinger | 97 |
| Kommunale tjenestetilbud: | | 103 |
| 9 | FRISKLIVSSENTRALER | 103 |
| 9.1 | Frisklivssentraler – beskrivelse og historikk | 103 |
| 10 | KOMMUNALT DØGNILBUD FOR ØYEBLIKKELIG HJELP | 106 |
| 10.1 | Innledning | 107 |
| 10.2 | Om data | 107 |
| 10.3 | Status for kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp | 107 |
| 10.4 | Hvordan benyttes døgntilbudet for øyeblikkelig hjelp? | 108 |
| 10.5 | Oppholdstid og beleggsprosent | 113 |
| 10.6 | Etableringstidspunkt og tilbud av korttidsopphold | 115 |
| 10.7 | Utviklingen i medisinske innleggelser for øyeblikkelig hjelp i sykehus | 115 |
| 10.8 | Bidrar døgntilbud for øyeblikkelig hjelp til å redusere innleggelser i sykehus? | 117 |
| 10.9 | Kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp og potensielt forebyggbare innleggelser | 120 |
| 11 | KORTTIDSPLASSE OG KORTTIDSOPPHOLD | 123 |
| 11.1 | Innledning | 123 |
| 11.2 | Økt antall og andel korttidsplasser | 123 |
| 11.3 | Økt antall mottakere av korttidsopphold | 125 |
| 12 | HJEMMETJENESTER I KOMMUNENE | 131 |
| 12.1 | Innledning | 131 |
| 12.2 | Hjemmetjenester | 131 |
| 12.3 | Utviklingen i hjemmetjenester 2009-2013 | 132 |
| 12.4 | Kommunal variasjon i hjemmesykepleie | 133 |
| 12.5 | Hjemmesykepleie og antall timer per uke | 134 |
| 12.6 | Hjemmesykepleie og alder | 134 |
| 12.7 | Sykelighet og bistandsbehov hos hjemmetjenestemottakere | 135 |
| 12.8 | Endring i sykelighet og bistandsnivå for hjemmetjenestemottakere | 136 |

Spesialisthelsetjenester:

141

| | | |
|-------------------|---|------------|
| 13 | UTSKRIVNINGSKLARE PASIENTER I SOMATISK SPESIALISTHELSETJENESTE 2010-2014 | 141 |
| 13.1 | Innledning | 141 |
| 13.2 | Utviklingen i antall opphold for utskrivningsklare pasienter | 142 |
| 13.3 | Utviklingen i antall liggedager for utskrivningsklare pasienter | 143 |
| 13.4 | Utviklingen i gjennomsnittlig liggetid for utskrivningsklare pasienter | 144 |
| 13.5 | Utviklingen i rater for utskrivningsklare pasienter etter region og kommunegrupper | 146 |
| 13.6 | Inntektsopplysninger fra helseforetakene | 148 |
| 13.7 | Datagrunnlag og definisjoner | 150 |
| 14 | UTVIKLINGEN I REINNLEGGELSER FOR PASIENTER SOM MELDES UTSKRIVNINGSKLARE | 159 |
| 14.1 | Innledning | 159 |
| 14.2 | Utviklingen i reinnleggelser for pasienter som meldes utskrivningsklare 2010-2014 | 160 |
| 14.3 | Datagrunnlag og definisjoner | 164 |
| 15 | AKTIVITET I SPESIALISTHELSETJENESTEN; POTENSIELT FOREBYGGBARE INNLEGGELSER OG KOMMUNAL MEDFINANSIERING | 170 |
| 15.1 | Innledning | 170 |
| 15.2 | Utviklingen i potensielt forebyggbare innleggelser og innleggelser omfattet av KMF 2011-2014 | 172 |
| 15.3 | Variasjoner mellom kommuner og regioner | 176 |
| 15.4 | Datagrunnlag og definisjoner | 177 |
| VEDLEGG 1: | KOMMUNEGRUPPER OG HELSEFORETAKSOMRÅDER I 2013 | 182 |





1

Innledning og oppsummering

Samhandlingsreformen som ble implementert den 1. januar 2012, har skapt økt behov for styringsinformasjon. Både kommuner, helseforetak, offentlige helsemyndigheter, fylkesmenn, media og andre aktører har økt behov for å kunne følge utviklingen i helsetjenestenes kostnader, organisering og faglige kvalitet (tilgjengelighet, effekt og trygghet). For kommunene innebærer samhandlingsreformen at det har blitt viktigere enn før å følge med på egne innbyggers bruk av spesialisthelsetjenesten, og for helseforetakene er det blitt viktig å følge utviklingen i kommunenes tilbud av helsetjenester for å kunne planlegge riktig kapasitet og bemanning. For pasientene og innbyggerne er det viktig at tjenestene som tildeles er sikre, har god kvalitet og oppleves som nyttige.

Samhandlingsreformen skaper behov for mange ulike typer styringsinformasjon. Det er behov for systematisk kunnskap om effekten av ulike typer forebygging, om de små, men effektive tiltakene som gjør at behovene for innleggelse på sykehus modereres. Det er også behov for god kunnskap på detaljert nivå om utviklingen innen de enkelte helse- og omsorgstjenester, og for statistikk som viser de store sammenhengene og gir et helhetlig perspektiv.

Formålet med denne rapporten er todelt:

- I. Å gi komparativ informasjon og hovedtall for utviklingen i ressursinnsats og aktivitet i primær- og spesialisthelsetjenesten.
- II. Å følge med på særlige insentiv og fokusområder innen samhandlingsreformen for å kunne vurdere utviklingen i henhold til de målene som ble satt for reformen.

Disse to formålene representerer rapportens to deler. I den første delen av rapporten har vi inkludert fem kapitler som har som formål å frembringe komparativ statistikk, d.v.s. statistikk som er sammenlignbar på tvers av organisatoriske skiller. Rapporten inkluderer komparativ statistikk fra både spesialist- og primærhelsetjenesten

for kostnader til helsetjenester, pasienter og mottakere av ulike helse- og omsorgstjenester, utviklingen i årsverk for spesialist- og primærhelsetjenesten, og utviklingen i aktivitet og årsverk innen psykisk helsevern og rusbehandling. Disse analysene er basert på kvalitets-sikrede data for årene 2010–2013, og vil representere utviklingen i reformens første to år. I den komparative delen av statistikken vil hovedfokus være på sammenligning av utviklingen i spesialist- og primærhelsetjenesten.

I den andre delen av rapporten beskrives særlige fokusområder og insentiv i reformen. Mange av analysene i del II av rapporten inkluderer data fra 2014 (eller data til og med 2. tertial 2014). Del II inneholder kapitler om utviklingen i liggedager for utskrivningsklare pasienter, samt en analyse av utviklingen i reinnleggelser for pasienter som meldes utskrivningsklare til kommunene. Rapporten inneholder også rapportering fra oppbyggingen av et kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp og en beskrivelse av utviklingen i korttidsplasser og hjemmetjenester innen omsorgstjenestene, et kapittel om frisklivssentralene og et om rehabilitering, samt en analyse av forebyggbare innleggelser og utviklingen i elektronisk meldingsutveksling mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste.

1.1 Samhandlingsreformen – hvordan går det?

I skrivende stund er samhandlingsreformen ved utgangen av sitt tredje år. Hva vet vi om resultatene av reformen så langt?

Utviklingstallene for både ressursinnsats (kostnader og årsverk) og aktivitetsutviklingen viser at det har vært noe sterkere vekst i primærhelsetjenesten enn i spesialisthelsetjenesten etter implementeringen av reformen. Kostnader til omsorgstjenester til hjemmeboende, til forebyggende arbeid i kommunene og til helse refusjon til fastleger har hatt større realvekst de to siste årene enn kostnadene til spesialisthelsetjenesten.

Årsverkstallene viser først og fremst en dreining mot høyere kvalifisert personell. Dette gjelder både primær- og spesialisthelsetjenesten. Antall sykepleiere i omsorgstjenesten økte med 9 prosent i de to årene etter samhandlingsreformen og veksten var enda sterkere for sykepleiere med spesialisering. Antallet leger økte betydelig i både primærhelsetjenesten (7,4 prosent) og i spesialisthelsetjenesten (6,3 prosent). Veksten i legeårverk er høyere enn det som befolkningsutviklingen alene tilsier. Tallene for årsverksutviklingen viser at den medisinsk-faglige kompetansen har blitt styrket i hele helsetjenesten.

Utviklingen i kostnader og årsverk er i tråd med målene i samhandlingsreformen, men følger samme utviklingstakt og retning som årene før reformen. For aktivitetsutviklingen i primærhelsetjenesten ser vi imidlertid et tydelig skifte fra 2012 i retning av økt antall mottakere av korttidsopphold og hjemmetjenester. Aktivitetsutviklingen viser sterkere vekst i mottakere av hjemmesykepleie og tidsbegrensede opphold på institusjon, enn for pasienter i spesialisthelsetjenesten. Det er ingen vekst i antallet mottakere av langtidsopphold på institusjon de to første årene etter innføringen av reformen.

For spesialisthelsetjenesten ser vi så langt ingen tydelige skift i antallet innlagte pasienter totalt, eller endringer i omfanget av innleggelser for øyeblikkelig hjelp¹, men det har vært en betydelig vekst i antallet registrerte opphold for utskrivningsklare pasienter og en betydelig nedgang i liggedager og gjennomsnittlig liggetid på sykehus for disse pasientene. Det er ikke totalt antall opphold som har økt, men andelen opphold registrert med utskrivningsklar pasient. Vi ser også at reinnleggelser av utskrivningsklare pasienter har økt noe.

Betalingsplikten for utskrivningsklare pasienter medførte økt registrering av utskrivningsklare pasienter på sykehusene allerede i januar 2012. I kapittel 13 om liggedager for

utskrivningsklare pasienter, viser vi at antallet opphold hvor pasienten meldes til kommunen som utskrivningsklar økte betydelig i både 2012, 2013 og i 2014. Økningen i registrerte opphold for utskrivningsklare pasienter var 260 prosent fra 2011 til 2014.

Mange kommuner har klart å ta imot de utskrivningsklare pasientene i løpet av det første døgnet hvor pasienten blir registrert utskrivningsklar, og rapporterer at pasientene de mottar er sykere enn før². I en rapport som NOVA har utarbeidet på oppdrag fra Norsk sykepleierforbund³ om hvordan kommunene håndterer økningen i utskrivningsklare pasienter, påpeker ni av ti sykepleiere at kompleksiteten i de sykepleiefaglige oppgavene har økt etter samhandlingsreformen. Det sies at kommunene mottar flere pasienter med kreft og/eller behov for palliativ behandling enn før reformen. I kapittel 13 viser vi at liggetiden på sykehus før pasientene meldes utskrivningsklare har gått ned fra 8,9 dager i 2010 til 6,7 dager i 2014. Dette kan indikere at pasientene har høyere omsorgsbehov ved utskrivning enn tidligere.

Det fremgår av både analysene til Grimsmo, fra rapporten til NOVA og fra media⁴ at håndteringen av utskrivningsklare pasienter har gitt utfordringer for samhandlingen mellom helseforetak og kommuner. I rapporten fra NOVA påpekes det at 36 prosent av sykepleierne som ble intervjuet er uenig i at det samlede tilbudet til pasientene har blitt mer helhetlig og koordinert, og at pasientforløp mellom sykehus og kommune har blitt forenklet. Fire av ti sykepleiere sier at samarbeidet med sykehuset har blitt bedre etter reformen, mens 24 prosent sier samarbeidet har blitt mer anstrengt.

I kapittel 13 viser vi at omfanget av liggedager for utskrivningsklare pasienter på sykehus øker med 36 prosent i 2014 (økning fra 2013 til 2014). Noe av økningen skyldes en registreringsendring for pasienter som meldes utskrivningsklar flere ganger i løpet av et syke-

1) Gjelder også aktivitet knyttet til kommunal medfinansiering.

2) Grimsmo, Anders (2013): Hvordan har kommunene løst utfordringen med utskrivningsklare pasienter? Forskning nr 2, 2013; 8:148-155. Gautun, Heidi og Astri Syse (2013): Hvordan tar de kommunale helse- og omsorgstjenestene i mot det økte antallet pasienter som skrives ut fra sykehusene. NOVA rapport 8/2013..

3) Gautun, Heidi og Astri Syse (2013): Hvordan tar de kommunale helse- og omsorgstjenestene i mot det økte antallet pasienter som skrives ut fra sykehusene. NOVA rapport 8/2013.

4) Adresseavvisen 13. nov 2014: «Pasienter sendes hjem uten at noen får beskjed. Bevisstløs 80-åring skal ha bli utskrevet fra St. Olavs. Han døde kort tid etter ankomst på sykehjemmet» Førstesideoppslag 13. nov 2014.

husopphold. Vi har beregnet effekten av dette på data i 2013 og korrigert for endringer i definisjonen av utskrivningsklar-dato økte antallet liggedager for utskrivningsklare pasienter på sykehus med omtrent 25 prosent i 2014. Økningen gjelder alle regioner og både små og store kommuner. Inntektene til helseforetakene har også økt i 2014 som følge av økt antall liggedager for utskrivningsklare pasienter.

Kommunenenes tilbud til utskrivningsklare pasienter har vært løst på ulikt vis, og det har vært tydelig vekst i mottakere av korttidsopphold og hjemmesykepleie. Rapporten fra NOVA påpeker at sykepleiere som arbeider i hjemmesykepleien rapporterer sterkere vekst i utskrivningsklare pasienter enn sykepleiere som arbeider på sykehjem/institusjon. Sykepleiere i begge tjenester rapporterer imidlertid mangel på både ressurser og kompetanse og kun tre av ti svarer at tjenesten de jobber i er tilstrekkelig bemannet for å klare å ta imot pasienter fra sykehus. Beskrivelsene i rapporten tilsier at mangel på ressurser og kompetanse kan ha bidratt til å begrense kommunenes evne til å ta imot utskrivningsklare pasienter i 2014.

Kommunenenes tilbud av korttidsopphold kan ha betydning for nivået av liggedager for utskrivningsklare pasienter. I kapittel 11 i denne rapporten viser vi at det er en sammenheng mellom dekningsgrad av korttidsopphold for eldre og liggedager per innbygger for eldre utskrivningsklare pasienter. Sammenhengen er særlig tydelig i små kommuner. Nivået av liggedager for eldre utskrivningsklare pasienter på sykehus er høyest i kommuner med 50 000-100 000 innbyggere og et lavt nivå av korttidsopphold for eldre, mens kommuner med tilsvarende størrelse og et middels nivå av korttidsplasser⁵ har lavere nivå av liggedager for utskrivningsklare pasienter per eldre innbygger. Et godt tilbud av korttidsplasser kan dermed være en av flere faktorer som gjør det mulig for kommunene å ta imot utskrivningsklare pasienter.

Helsedirektoratet har også samlet inn opplysninger om aktiviteten i det kommunale døgntilbudet for øyeblikkelig hjelp som er under oppbygging. Befolkningen i 247 av landets kommuner har nå tilbud om døgntilbud for øyeblikkelig hjelp i kommunal regi. Samlet gir dette tilbud til 67 prosent av landet innbyggere. Dette er et nytt tilbud

under utvikling og erfaringstallene så langt summeres opp til 15 426 innleggelser i perioden september 2013 t.o.m. august 2014. Det estimerte omfanget av liggedager i denne perioden er rundt 40 000. 168 kommuner har hatt et døgntilbud for øyeblikkelig hjelp gjennom hele rapporteringsperioden, mens de resterende har blitt etablert i løpet av rapporteringsperioden.

For kommuner med minst ett års drift tilsvarer den rapporterte aktiviteten en beleggspersent på 31 prosent. Disse kommunene har i gjennomsnitt 114 liggedøgn per innrapportert plass i det kommunale døgntilbudet. Det er imidlertid betydelig variasjon mellom kommunene, fra 1 til 274 liggedager per plass.

Formålet med oppbyggingen av et kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp er å unngå sykehusinnleggelser der dette ikke er ønskelig eller nødvendig ut fra en medisinsk-faglig vurdering. For innbyggere 80 år og eldre i kommuner med minst ett års drift av det kommunale tilbudet, tilsvarte innleggelsene i det kommunale tilbudet vel 15 prosent av innleggelsene på sykehus for øyeblikkelig hjelp innen medisinske diagnoser. Kommuner som ikke har etablert et slikt tilbud i kommunal regi eller har hatt dette i drift i mindre enn ett år hadde 1,6 prosent høyere rater for innleggelser på sykehus enn kommuner som har et slikt tilbud i kommunal regi. Effekten av det kommunale tilbudet på innleggelser for øyeblikkelig hjelp er foreløpig liten. Oppbyggingen av døgntilbudet for øyeblikkelig hjelp i kommunene har kommet langt, men bruken av plassene varierer betydelig mellom kommunene.

I denne rapporten viser vi også at den elektroniske informasjonsutvekslingen har økt betydelig i 2012 og 2013, både mellom kommuner og sykehus, og mellom kommuner og fastleger. Den elektroniske informasjonsutvekslingen fra helseforetak til kommuner økte fra knappe 1800 meldinger i 2011 til mer enn 150 000 meldinger i 2013, fordelt på 191 kommuner. 133 kommuner sendte også elektroniske meldinger til helseforetakene, mens tilsvarende tall for 2011 var 7 kommuner. IKT er et viktig virkemiddel for å realisere mål om helhet og samhandling i helse- og omsorgstjenesten og skal gi aktørene tilgang til relevant og oppdatert informasjon som gir grunnlag for god diagnostikk, behandling og pleie. På mange områder

5) Ingen kommuner med 50 000-100 000 innbyggere har et høyt nivå av korttidsopphold per eldre innbygger 80 år+.

har elektroniske meldinger erstattet papirforsendelser, eksempelvis er elektroniske henvisninger, epikriser, laboratoriesvar og automatisk frikort nå bredt tatt i bruk.

Regjeringsskiftet har medført at ett av de finansielle virkemidlene i samhandlingsreformen; kommunal medfinansiering, avvikles fra 2015. Argumentasjonen for avviklingen knyttes til regjeringserklæringen og partiernes stemmegivning under behandlingen av samhandlingsreformen i Stortinget da den ble vedtatt. I denne rapporten har vi derfor tatt ut kapitlet om kommunal medfinansiering, men vi har inkludert utviklingstall for aktivitetsgrunnlaget for kommunal medfinansiering i kapittel 15. Våre analyser viser at innleggelser som har inngått i beregningsgrunnlaget for kommunal medfinansiering har økt med 3,4 prosent fra 2011 til 2014, og at dette tilsvarer en årlig vekst på omtrent samme nivå som i 2011, året før samhandlingsreformen. KMF-aktivitet på poliklinikkene har også hatt omtrent samme årlige vekst i årene 2012-2014 som i 2011.

Samhandling er ikke et mål i seg selv, men er et virkemiddel for mer helhetlig og koordinert pasientbehandling. Samhandlingsreformen har som mål å gjøre pasientforløpene mellom sykehus og kommune enklere, men det er også fremkommet kunnskap som tilsier at de virkemidlene som skulle gi insentiv til økt samarbeid har medført nye utfordringer. Det er alvorlig at en fjerdedel av sykepleiere i kommunene hevder at samarbeidet med helseforetakene har blitt mer anstrengt etter reformen. Det er også avdekket alvorlig svikt i implementeringen av de systemene som er vedtatt og lagt til grunn for pasienthåndteringen. Kontrollkommissjonen i Trondheim kommune har avdekket at alvorlig syke og pleietrengende pasienter sendes hjem fra sykehus uten at kommunen er varslet. I Deloitte's rapport til KS om etterlevelsen av samarbeidsavtalene mellom kommuner og helseforetak⁶ konkluderes det med at hovedutfordringen knyttet til avtalene er omfanget, både antallet avtaler og detaljeringsgrad. At avtaleverket oppleves som omfattende utfordrer både implementering og etterlevelse og medfører høy ressursbruk hos kommuner og helseforetak. Undersøkelsen viser likevel at samarbeidsavtalene oppleves som et egnet og

nødvendig verktøy for samhandling, har bidratt til en tydeliggjøring av ansvar- og oppgavefordeling og medført et bedre samarbeid mellom partene⁷.

Tilgjengelig informasjon indikerer at det gjennomføres en betydelig innsats i både kommuner og helseforetak for å gi pasienter og innbyggere behandling og omsorg av høy kvalitet. Forbedringsarbeidet for mer helhetlig, koordinert pasientbehandling og enklere pasientforløp mellom helseforetak og kommuner må fortsette og tillegges vekt og betydning. Det er viktig å understreke at kommunene og sykehusene har et felles ansvar for å ivareta at pasientene får et godt nok behandling- og omsorgstilbud, enten dette er på sykehus, sykehjem eller i pasientens eget hjem.

1.2 Oppsummering del I – komparativ statistikk

Kapittel 2 - Kostnader til helse- og omsorgstjenester

Fra 2011 til 2013 var det sterkere vekst i kostnadene til primærhelsetjenesten enn til spesialisthelsetjenesten. I primærhelsetjenesten var det omsorgstjenester, forebyggende arbeid og refusjoner til fastleger som hadde størst realvekst, fra 6 til 8 prosent. Kostnadsveksten til omsorgstjenester for hjemmeboende var omtrent dobbelt så stor som for institusjonsbeboere i perioden, med henholdsvis 8 og 4 prosent.

Helseforetakenes kostnader til spesialisthelsetjenesten økte med 2 prosent fra 2011 til 2013, hvor veksten var størst for rusbehandling, ambulanse og pasienttransport. I samme periode økte helserefusjonene til private spesialister med 3 prosent, omtrent 1 prosent mer enn kostnadene til helseforetakene.

Det er variasjoner mellom helseregioner og kommunegrupper utvikling i kostnad per innbygger til ulike helsetjenester fra 2011 til 2013. Helse Sør-Øst hadde en kostnadsreduksjon på 1,8 prosent per innbygger til somatisk spesialisthelsetjeneste, mens de øvrige regionene hadde vekst på rundt en prosent. Kostnad per innbygger til omsorgstjenester økte med mellom 3 og 4 prosent for alle regioner, med unntak for Helse Vest som

6) DeLoitte 2014: Samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak – etterleves de? En undersøkelse av erfaringer i et utvalg kommuner og helseforetak. KS FoU-prosjekt nr.:134017.

7) <http://www.ks.no/tema/Helse-og-velferd/Samhandlingsreformen/Etterleves-samarbeidsavtalene-mellom-kommuner-og-helseforetak-/>

hadde en lavere vekst på 1,8 prosent fra 2011 til 2013. Det var også kostnadsvekst per innbygger i helserefusjoner til fastleger for alle regionene i perioden, med omtrent 5 til 6 prosent.

Kostnader til helse- og omsorgstjenester per eldre innbygger (80 år og over) er høyere enn for befolkningen samlet, dette skyldes at denne aldersgruppen har et større behov for helsetjenester enn yngre. Kostnader til eldre 80 år og over for somatisk spesialisthelsetjeneste hadde en realnedgang på omtrent 3 prosent fra 2011 til 2013, mens det for primærhelsetjenester var en kostnadsvekst i perioden, også for eldre.

I 2013 var eldres andel av kostnader til somatiske spesialisthelsetjenester omtrent 15 prosent (12,8 mrd), mens andelen av kostnader til institusjonsplasser var 71 prosent (31 mrd). Eldres andel av kostnadene til hjemmetjenester var 22 prosent og tilsvarte ca 10 mrd, og eldres andel av kostnadene til fastlege⁸ var 10,7 prosent (460 mill kr).

Kapittel 3 - Pasienter og mottakere av helse- og omsorgstjenester

Fra 2011 til 2013 var det tydelig vekst i antall pasienter hos fysioterapeut, pasienter som oppsøkte legevakt og for mottakere av tidsbegrenset opphold i institusjon. Det var også en vekst i mottakere av hjemmesykepleie. Veksten av pasienter i spesialisthelsetjenesten, både totalt og for pasienter som inngår i grunnlaget for kommunal medfinansiering var lavere, og omtrent på nivå med befolkningsøkningen i denne perioden.

For tidsbegrensede opphold på institusjon, mottakere av hjemmesykepleie og hjemmetjenester generelt, ser vi tydeligere vekst i årene 2012-2013 enn i årene før samhandlingsreformen (2009-10). Om lag 10 000 flere personer mottok en eller flere omsorgstjenester fra kommunen i 2013 enn i 2011. I spesialisthelsetjenesten ser vi derimot ingen tydelige skift som kan knyttes til samhandlingsreformen for verken innlagte pasienter, pasienter på poliklinikk eller for aktivitet knyttet til kommunal medfinansiering. Det har imidlertid vært vesentlige endringer i antall opphold og liggedager for

utskrivningsklare pasienter. Dette beskrives nærmere i kapittel 13.

Antallet mottakere av langtidsplasser er tilnærmet stabilt i perioden.

Det er større variasjoner mellom kommunegruppene når det gjelder bruk av legevakt og fysioterapeut, samt mottakere av omsorgstjenester, enn det er for bruk av spesialisthelsetjenester. Dette gjelder både for befolkningen i alt og for de eldste pasientene/mottakerne over 80 år.

Kapittel 4 - Årsverk i helse- og omsorgstjenestene

Det har vært en dreining mot høyere kvalifisert personell i primærhelsetjenesten. Antall sykepleiere i omsorgstjenesten økte med 9 prosent i toårsperioden etter samhandlingsreformen. Veksten var sterkest for sykepleiere med spesialisering, hvor antallet økte med 12-17 prosent. Tallet på sykepleiere uten spesialisering økte med 7 prosent. Spesialisthelsetjenesten hadde samtidig en svakere vekst på 2 prosent i antall sykepleiere.

Fra 2011 til 2013 økte tallet på leger i spesialisthelsetjenesten med 6,3 prosent, og med 7,4 prosent i primærhelsetjenesten. Dette har gitt mer medisinsk-faglig kompetanse i hele helsetjenesten. I primærtjenesten tilsvarte veksten på 7,4 prosent om lag 350 legeårsverk. Veksten var fordelt på 200 flere fastleger og 150 flere leger i institusjoner for eldre og funksjonshemmede.

Tallet på fysio- og ergoterapeuter i primærhelsetjenesten økte med 6,5 prosent i toårsperioden, mot 1,7 prosent i spesialisthelsetjenesten. Veksten i primærhelsetjenesten var fordelt på en vekst i kommunalt ansatte fysio- og ergoterapeuter på om lag 12 prosent, samtidig som at tallet på fysioterapeuter med driftsavtale kun økte med 0,9 prosent.

Kapittel 5 - Årsverk i helse- og omsorgstjenester for psykisk helse og rus

I 2013 var det 31 533 årsverk innen psykisk helse. Av disse var 37 prosent på kommunalt nivå og 63 prosent på spesialisthelsenivå. Både samlet årsverksinnsats og fordeling mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste

8) Folketrygdens refusjoner. Inkluderer ikke per-capita-tillegget til fastleger fra kommunene eller pasientenes egenandeler.

har vært relativt stabil siden opptrappingsplanen for psykisk helse ble avsluttet i 2008. Når vi tar hensyn til befolkningsutviklingen, er det en tydelig nedgang i årsverksinnsatsen innen psykisk helse, både i spesialisthelsetjenesten og i kommunene. Unntaket er årsverk i spesialisthelsetjenester til barn og unge, der det har vært en jevn økning siden 2009. Hvert femte årsverk inngår i tjenester til barn og unge og andelen er stabil i perioden 2007-2013. Andel av årsverk som går til barn og unge, ligger jevnt tre-fem prosentpoeng høyere i kommunene enn i spesialisthelsetjenesten.

Det foregår mye samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten innen psykisk helse. De vanligste måtene å samarbeide på er gjennom faste/jevnlige samarbeidsmåter, veiledning, ansvarsgrupper, ambulante team, akutt-team og gjennom Individuell Plan (IP). Noen kommuner opplever at samarbeidet er bedret fra 2012 til 2013 (44 prosent), mens andre mener det ikke er noen endring (56 prosent). Av de 44 prosentene som opplever endring, er det syv prosent som opplever at samarbeidet har blitt «mye bedre», 58 prosent svarer «bedre», 31 prosent svarer «dårligere» og tre prosent svarer «mye dårligere».

Den samlede personellressursen i TSB var i overkant av 3800 årsverk i 2013. Antall årsverk ble redusert med 3 prosent i løpet av 2013 (SAMDATA 2013, side 252). Polikliniske årsverk øker lite fra 2012 til 2013, men utgjør nå en fjerdedel av personellressursene i TSB. Innslaget av ambulant virksomhet utgjør omlag 10 prosent av den polikliniske virksomheten (ibid). Innen rusfeltet er det i 2013 omtrent like mange årsverk i kommunene som i spesialisthelsetjenestene, anslagsvis 3990 årsverk. Over halvparten av årsverkene går til oppfølgingstjenester i bolig og ruskonsulenttjenester, mens omtrent syv prosent inngår i oppsøkende/ambulante tjenester/tiltak. I Helse Sør-Øst er årsverkene relativt likt fordelt mellom nivåene, mens i Vest og Nord er det noen flere årsverk i kommunene enn i spesialisthelsetjenesten. I Helse Midt-Norge var det i 2013 noen flere årsverk i TSB enn i det kommunale rusarbeidet i opptaksområdet. Fra 2012 til 2013 rapporteres det om en nedgang på tre prosent i årsverksinnsatsen i kommunalt rusarbeid.

1.3 Oppsummering del II – om samhandlingsreformen

Kapittel 6 – Pasienter og mottakere av helsetjenester innen psykisk helse og rus

I 2013 var 5,9 prosent av befolkningen under 18 år i kontakt med fastlegen på grunn av psykiske vansker/lidelser og/eller rusmiddelproblemer. I tillegg fikk 0,3 prosent legevakttjenester for tilsvarende problematikk. I overkant av fem prosent av barne- og ungdomsbefolkningen mottok i samme periode behandling i psykisk helsevern for barn og unge eller hos avtalespesialister.

Den største andelen av fastlegens konsultasjoner til barn og unge gikk til pasienter med hyperkinetiske forstyrrelser og atferdsforstyrrelser. I det psykiske helsevernet og hos avtalespesialistene var i tillegg pasienter med nevrologiske lidelser en stor pasientgruppe. Blant pasienter som mottok legevakttjenester utgjorde pasienter med rusrelaterte lidelser en betydelig større andel enn i de øvrige tjenestene. Det var flere gutter enn jenter både hos fastlegen (58 prosent) og i det psykiske helsevernet (54 prosent) i 2013.

Blant den voksne delen av befolkningen var 16,4 prosent i kontakt med fastlege og 1,3 prosent i kontakt med legevakt på grunn av psykiske vansker/lidelser og/eller rusmiddelproblemer i 2013. Samme år var 4,3 prosent av befolkningen i behandling i det psykiske helsevernet for voksne og 0,7 prosent i TSB.

Både hos fastlegen og i poliklinisk psykisk helsevern var en stor andel av konsultasjonene blant voksne rettet mot pasienter med affektive og nevrotiske lidelser. I det psykiske helsevernet var pasienter med diagnosene schizofrene lidelser og personlighetsforstyrrelser relativt større pasientgrupper enn hos fastlege. Pasienter med rusrelaterte lidelser var den største pasientgruppen hos legevakt, og stod for en betydelig større andel av konsultasjonene enn i de øvrige tjenestene. Det var en større andel kvinner enn menn som oppsøkte fastlege (60 prosent), og var i behandling i det psykiske helsevernet (60 prosent) i 2013. Det var klare forskjeller i diagnosefordeling mellom kvinner og menn på begge tjenestenivå.

Det var større vekst i tallet på pasienter som oppsøkte fastlege for et psykisk helse- og/eller rusmiddelproblem i

2013 enn i årene før Samhandlingsreformen. Dette gjaldt både for barn og unge (4,5 prosent) og voksne (4 prosent). I det psykiske helsevernet var det en liten nedgang i pasienttallet for barn og unge (-0,6 prosent), og en svak vekst i tjenestene for voksne siste år (0,9 prosent).

Bruk av helsetjenester knyttet til psykiske vansker/lidelser og rusmiddelbruk varierte med kommunestørrelse også i 2013. Omfanget av pasienter som oppsøkte fastlegen for psykiske vansker økte med økende innbyggertall opp til 50 000 innbyggere, for deretter å avta. I storbyene var det et lavere forbruk av fastlegetjenester enn i de øvrige kommunegruppene, spesielt var dette tilfelle for barn og unge. I spesialisthelsetjenesten var det motsatt tendens for de to aldersgruppene; i det psykiske helsevernet for voksne økte forbruket av tjenester med økende kommunestørrelse, mens i tjenestene til barn og unge var pasientratene høyest i små kommuner og avtagende med økende kommunestørrelse. Tendensene var ikke like entydige i alle regioner.

Fra 2012 til 2013 var det større økning i antall nyinnflyttede i kommunale boliger blant brukere med psykiske lidelser og rusmiddelmisbruk enn i årene fra 2009 til 2012. Dette gjaldt også når man tok hensyn til befolkningsveksten.

Kapittel 7 - Habilitering, rehabilitering og individuell plan

Totalt sett er det vanskelig å spore noen stor økning i antall pasienter som mottar habiliterings- og rehabiliteringstjenester etter at samhandlingsreformen ble innført. Utviklingen følger grovt sett samme trend som før reformen ble innført. Det er heller ikke noen tydelig trend med større vekst i antall mottakere av habiliterings- og rehabiliteringstjenester i primærhelsetjenesten enn i spesialisthelsetjenesten.

I likhet med tidligere år var det en vekst i antall mottakere av tidsbegrenset opphold for habilitering og rehabilitering i kommunene fra 2012 til 2013. Veksten er imidlertid noe svakere og kommer ikke for alle regioner. Antall mottakere av habiliterings- og rehabiliteringstjenester utenfor institusjon i kommunene fortsetter å gå ned også i 2013. Også her er det noe ulik utvikling mellom kommunene. Her er det imidlertid viktig å påpeke at det er usikkerhet knyttet til datakvaliteten i og med at to av tre

kommuner ikke rapporterer mottakere av denne typen tjenester.

I spesialisthelsetjenesten er det vanskelig å gi et entydig svar på utviklingen i totalt antall pasienter som mottar habilitering og rehabilitering fra 2012 til 2013. Dette skyldes presiseringer i ISF-regelverket for hvordan poliklinisk rehabilitering skal kodes, noe som gjør at en del aktivitet som tidligere ble kodet som poliklinisk rehabilitering nå kodes annerledes og blir vanskelig å fange opp. For primær døgnerhabilitering er det imidlertid en nedgang i antall mottakere fra 2012 til 2013. Antall mottakere av sekundær døgnerhabilitering holder seg stabilt fra 2012 til 2013 kontrollert for befolkningsvekst.

Kapittel 8 - Elektronisk meldingsutveksling

Meldingsutveksling er en viktig elektronisk kommunikasjonsform mellom aktørene i helse- og omsorgssektoren. Tilnærmet alle aktørene i helse- og omsorgstjenesten er nå tilkoblet helsenet. Standardiserte elektroniske meldinger for kommunikasjon mellom omsorgstjenesten, fastleger og helseforetak (HF) ble ferdig utviklet i 2011 og er i hovedsak tatt i bruk.

I 2013 hadde nær halvparten av kommunene sendt 243 138 meldinger mot 130 966 meldinger i 2012. Fortsatt er det mange kommuner som ikke er kommet i gang med meldingsutveksling. Det forventes en fortsatt økning i 2014, både i antall meldinger og antall kommuner.

Kommunale tjenestetilbud

Kapittel 9 - Frisklivssentraler

Helseutfordringene i Norge preges i stor grad av sykdom som kan relateres til levevaner. Norge har gitt sin tilslutning til Verdens Helseforsamling (WHA) om å redusere for tidlig død av hjerte- karsykdom, kroniske lungesykdommer, kreft og diabetes, med 25 prosent innen 2025. Noen grupper i befolkningen har spesielt høy risiko for å få en eller flere av disse sykdommene. Dette er sykdommer som kan forebygges gjennom målrettede helsefremmende og forebyggende tiltak som beskrevet i den norske NCD-strategien, 2013-2017. Frisklivssentralen er en anbefalt kommunal forebyggende helsetjeneste som tilbyr målrettede tiltak til personer med økt risiko for, eller som har utviklet sykdom på grunn av levevaner. Frisklivssentralen gir støtte til å endre levevaner og mestre egen helse, basert på deltakernes behov.

I 2013 var det frisklivssentraler i 200 kommuner. 43 av disse hadde et interkommunalt samarbeid. Antallet kommuner med frisklivssentraler ble doblet fra 2011 til 2013. Totalt 15 117 brukere benyttet seg av tjenestetilbudene ved landets frisklivssentraler.

Om lag 101 frisklivssentraler har tilbud om snus eller røykesluttkurs, og 149 har tilbud om oppfølging av ernæring, enten i form av «Bra Mat for bedre helse»-kurs eller ved individuell veiledning. Dette innebærer en økning fra om lag 45 sentraler med snus- og røykesluttkurs og omtrent 90 sentraler med ernæringsstilbud i 2011.

89 kommuner rapporterte om frisklivstilbud til barn, unge og deres foresatte, og 71 kommuner hadde frisklivstilbud tilrettelagt for eldre.

Det er en høyere andel av de store kommunene som har en frisklivssentral enn de små. 113 av kommunene hadde mer enn en halv stilling knyttet til frisklivssentralen.

Kapittel 10 - Kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp

247 av landets kommuner med til sammen 67 prosent av innbyggerne har etablert et døgntilbud for øyeblikkelig hjelp i kommunal regi. Dette er et nytt tilbud under utvikling og erfaringstallene så langt summeres opp til 15 426 innleggelser fra 1. september 2013 til 31. august 2014. 168 kommuner har hatt tilbud om døgntilbud for øyeblikkelig hjelp i hele rapporteringsperioden, mens de resterende har blitt etablert i løpet av perioden.

Kommuner med minst ett års drift har totalt 7 innleggelser for befolkningen totalt, og 61 innleggelser per innbygger 80 år og over i det kommunale døgntilbudet for øyeblikkelig hjelp per 1000 innbyggere.

Innleggelsene i kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp har i hovedsak kort varighet. 76 prosent av innleggelsene varer 0-3 dager. For rapporteringsperioden fra september 2013 t.o.m. august 2014 er det estimerte antallet liggedøgn samlet sett i overkant av 40 000. For tilsvarende rapporteringsperiode i 2012-2013 var det estimerte antallet liggedøgn omtrent 11 000. Økningen i liggedøgn skyldes at flere kommuner har innført tilbudet og at flere av de som inngår har drift gjennom hele rapporteringsperioden.

For kommuner med minst ett års drift tilsvarer den rapporterte aktiviteten en beleggsprosent på 31 prosent. Disse kommunene har i gjennomsnitt 114 liggedøgn per innrapportert plass i det kommunale døgntilbudet. Det er imidlertid betydelig variasjon mellom kommunene, fra 1 til 274 liggedager per plass.

Det kommunale døgntilbudet for øyeblikkelig hjelp benyttes ofte til eldre pasienter. Aldersgruppen over 67 år utgjør 76 prosent av brukerne, og 50 prosent er over 80 år.

Formålet med oppbyggingen av et kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp er å unngå sykehusinnleggelser der dette ikke er ønskelig eller nødvendig ut fra en medisinsk faglig vurdering. For innbyggere 80 år og eldre i kommuner med minst ett års drift av det kommunale tilbudet, tilsvarte innleggelsene i det kommunale tilbudet vel 15 prosent av innleggelsene på sykehus for øyeblikkelig hjelp innen medisinske diagnoser. Kommuner som ikke har etablert et slikt tilbud i kommunal regi eller har hatt dette i drift i mindre enn ett år hadde 1,6 prosent høyere rater for innleggelser på sykehus enn kommuner som har et slikt tilbud i kommunal regi.

Det er trolig andre forhold enn de kommunale døgntilbudene som best forklarer variasjonene mellom kommuner i nivå av sykehusbruk blant eldre. Når det gjelder utviklingstallene, er det mulig at det kommunale døgntilbudet for øyeblikkelig hjelp har bidratt til å redusere innleggelser for øyeblikkelig hjelp blant eldre blant de kommunene som har kommet godt i gang med tilbudet, men effekten av det kommunale tilbudet på innleggelser for øyeblikkelig hjelp er liten.

Oppbyggingen av døgntilbudet for øyeblikkelig hjelp i kommunene har kommet langt, men bruken av plassene varierer betydelig mellom kommunene.

Kapittel 11 - Korttidsplasser og korttidsopphold

Etter innføringen av Samhandlingsreformen har både antall og andel korttidsplasser, samt mottakere av tidsbegrensede opphold økt betydelig. Veksten har vært sterkere i årene etter reformen enn i årene før reformen. Fra 2011 til 2013 har antallet korttidsplasser økt med 12 prosent og antallet mottakere av korttidsopphold totalt har økt med 14,5 prosent. Eldre mottakere av korttidsopphold økte også med nesten 11 prosent.

Antallet mottakere av langtidsopphold har ikke økt i perioden.

Veksten i antallet korttidsopphold har variert noe mellom regionene, men per 2013 er det kun små variasjoner mellom regionene i omfanget av korttidsopphold per eldre innbygger. Omfanget av korttidsopphold er generelt høyere i de største kommunene enn i mindre kommuner.

Omfanget av liggedager for eldre utskrivningsklare pasienter tenderer til å være høyere i kommuner med et lavt nivå av korttidsopphold enn for kommuner med et høyt nivå av korttidsopphold for eldre. Sammenhengen er mer kompleks for store kommuner enn for små.

Kapittel 12 - Tjenester til hjemmeboende

Kommunale hjemmetjenester er blant annet hjemmesykepleie, praktisk bistand, trygghetsalarm, matombringing og dagaktivitetstilbud. Tjenestene kan gis i kombinasjon, og mest vanlig er hjemmesykepleie som i 2013 ble gitt til 208 000 personer. 43 prosent av disse var 80 år og eldre.

Samhandlingsreformen har ført til nye brukergrupper i omsorgstjenestene og hjemmetjenestene. Både hjemmesykepleie og dagaktivitetstilbud har større vekst i antall mottakere i perioden 2011-2013, sammenlignet med perioden 2009-2011.

Hjemmesykepleie er vanligst for eldre mottakere. I befolkningen som helhet er det 41 mottakere per 1000 innbygger, mens i aldersgruppen over 80 år mottok 408 av 1000 innbyggere hjemmesykepleie i 2013. Samme aldersgruppe mottar i gjennomsnitt 4,4 timer hjemmesykepleie i uka. Det er til dels stor variasjon i hvor mange timer kommunene gir i hjemmesykepleie. Dette har blant annet sammenheng med det øvrige tilbudet som blir gitt aldersgruppen. Andelen over 80 år som mottar hjemmesykepleie har økt med 3 prosentpoeng siden 2009.

Hjemmesykepleie for de eldre har utviklet seg ulikt for ulike aldersgrupper. Blant de over 90 år mottar flere enn før hjemmesykepleie, for aldersgruppen 80-89 er det like mange som før, mens for de yngste eldre i aldersgruppen 67-79 år er andelen som mottar tjenesten redusert de siste årene.

Det er til dels store variasjoner mellom kommunene i omfanget av hjemmesykepleie. I gjennomsnitt har hver mottaker vedtak om 4,6 timer per uke med hjemmesykepleie, men det gis gjennomgående flere timer i kommuner i helseregionene Vest og Nord enn i landet for øvrig. Flest timer i uka tildeles i mellomstore kommuner i Vest (rundt 7 timer i uka), mens i Midt-Norge storby (Trondheim) tildeles kun 1,8 timer med hjemmesykepleie i uka i gjennomsnitt. Timetallet varierer blant annet med brukernes alder, og gjennomsnittet for de over 80 år er noe lavere enn for yngre mottakere.

Omfanget av timer med hjemmesykepleie til de eldste kan i noen grad knyttes til kommunenes tjenesteprofil. Kommuner med høy andel eldre mottakere av langtidsopphold i institusjon gir generelt sett færre timer per uke med hjemmesykepleie enn kommuner med få mottakere av langtidsopphold på institusjon.

Spesialisthelsetjenester:

Kapittel 13 - Utskrivningsklare pasienter i somatisk spesialisthelsetjeneste 2010-2014

I 2014 fortsetter økningen i antall opphold hvor pasienten meldes utskrivningsklar (260 prosent økning fra 2011 til 2014). Den største veksten gjelder opphold hvor pasienten tas imot av kommunen samme dag som han/hun meldes utskrivningsklar, spesielt i Helse Sør-Øst og Helse Vest. Antallet opphold for utskrivningsklare pasienter hvor pasienten blir liggende på sykehus i mer enn to dager etter at melding er sendt til kommunen er mer enn halvert i perioden fra 2011 til 2014. Fra 2013 til 2014 er det imidlertid en økning også i antallet opphold hvor pasienten blir liggende på sykehus i mer enn to dager.

Sum liggedager for utskrivningsklare pasienter gikk betydelig ned i alle regioner og nesten alle kommunegrupper etter innføringen av samhandlingsreformen i 2012. Nedgangen har fortsatt i perioden etter innføringen av reformen, men fra 2013 til 2014 ser vi en økning i liggedagsratene for utskrivningsklare pasienter fra 11 til 15 liggedager per 1000 innbyggere. Det er store nivåforskjeller mellom regioner og kommunegrupper, men det er en økning i liggedagsratene i nesten alle kommunegrupper i 2014. Noe av økningen skyldes endringer i definisjonen av hvilken dato som brukes når pasienten er meldt utskrivningsklar flere ganger i løpet av samme sykehus-

opphold⁹. Når vi korrigerer for dette var økningen i liggedager for utskrivningsklare pasienter 24 prosent fra 2013 til 2014.

For å kvalitetssikre liggedagstallene for utskrivningsklare pasienter, har vi innhentet inntektsopplysninger fra helseforetakene på liggedager for utskrivningsklare pasienter. Utviklingen i inntektsdata samsvarer med utviklingen i aktivitet målt av Norsk pasientregister, og viser en økning i antall liggedager for utskrivningsklare pasienter i 2014.

For pasienter som er meldt utskrivningsklare var det en betydelig nedgang i gjennomsnittlig liggetid etter innføringen av samhandlingsreformen i 2012. Nedgangen i liggetid var størst for perioden etter at pasientene ble meldt utskrivningsklare, men det var også noe nedgang i liggetiden før pasientene ble meldt utskrivningsklare. Siste år er ikke nedgangen i gjennomsnittlig liggetid for utskrivningsklare pasienter større enn nedgangen i liggetid for andre pasienter.

Kapittel 14 - Utviklingen i reinnleggelser for pasienter som meldes utskrivningsklare

Prosent reinnleggelser etter opphold hvor pasienten ikke ble meldt utskrivningsklar gikk noe ned i perioden fra 2010 til 2014. Nedgangen har vært størst i Helse Sør-Øst og Helse Vest.

For pasienter som ble meldt utskrivningsklar og ble tatt imot av kommunen etter 0-1 dager økte andelen reinnleggelser svakt fra 2013 til 2014. For disse pasientene økte andelen reinnleggelser med 1,4 prosentpoeng fra 2012 til 2014. Helse Sør-Øst har den høyeste andelen reinnleggelser for pasienter som ble meldt utskrivningsklare og ble tatt imot av kommunen etter 0-1 dag gjennom hele perioden.

For pasienter som ble tatt imot av kommunen etter 2 eller flere liggedager som utskrivningsklar på sykehus økte andelen reinnleggelser også i 2014. Dette kan knyttes til utviklingen i Helse Sør-Øst og Helse Nord. Det er fortsatt

forskjeller mellom regioner og kommunegrupper i nivå og utvikling i andel reinnleggelser for pasienter som er meldt utskrivningsklare.

Kapittel 15 - Potensielt forebyggbare innleggelser og kommunal medfinansiering

Internasjonale studier viser at for noen pasientgrupper kan tilbudet i primærhelsetjenesten ha betydning for volumet av innleggelser. Samhandlingsreformen har som mål å styrke lokalbaserte tjenester og fremme forebygging, og gjør det viktig å følge utviklingen i bruk av sykehustjenester som potensielt kunne vært forebygget eller behandlet utenfor sykehus. Dette kan være akutte innleggelser ved kronisk sykdom, andre innleggelser som gjelder forebyggbare kroniske tilstander, innleggelser for legebehandlete skader, andre akuttinnleggelser og andre forebyggbare tilstander.

Fra 2011 til 2014 var det en vekst i innleggelser som er potensielt forebyggbare ved vaksinerings på 24 prosent. Veksten er knyttet til økt antall innleggelser for vaksinerbar influensa og lungebetennelse. Akuttinnleggelser for pasienter med kroniske sykdommer (særlig atrieflimmer/flutter), andre potensielt forebyggbare akuttinnleggelser og legebehandlete skader økte også med 4-5 prosent i disse tre årene. Innleggelser for andre forebyggbare tilstander (liggesår, trykksår, lårbensbrudd) falt med 6 prosent i samme periode.

Kommunal medfinansiering avvikles fra 2015, men utviklingen i den sykehusaktiviteten som dannet grunnlag for medfinansieringen vil likevel være interessant å følge. Det er fremdeles ønskelig at kommunene skal ha kunnskap om utviklingen i sykehusaktivitet for egne innbyggere og vurdere tiltak for å forebygge innleggelser og styrke lokale tjenester.

Fra 2011 til 2014 var det en vekst i antall innleggelser omfattet av kommunal medfinansiering på nær 26 000 opphold og 3,4 prosent. Det var også en vekst i polikliniske konsultasjoner omfattet av kommunal medfinansiering på 7,7 prosent.

9) Se nærmere beskrivelse av dette under «Datagrunnlag og definisjoner».



DEL I

Komparativ statistikk for primær-
og spesialisthelsetjenesten



2

Kostnader til helse- og omsorgstjenester

Fra 2011 til 2013 var det større vekst i kostnadene til primærhelsetjenesten enn til spesialisthelsetjenesten. I primærhelsetjenesten var det omsorgstjenester, forebyggende arbeid og refusjoner til fastleger som hadde størst realvekst, fra 6 til 8 prosent. Kostnadsveksten til omsorgstjenester for hjemmeboende var omtrent dobbelt så stor som for institusjonsbeboere i perioden, med henholdsvis 8 og 4 prosent.

Helseforetakenes kostnader til spesialisthelsetjenesten økte med 2 prosent fra 2011 til 2013, hvor veksten var størst for rusbehandling, ambulanse og pasienttransport. I samme periode økte helse-refusjonene til private spesialister med 3 prosent, omtrent 1 prosent mer enn kostnadene til helseforetakene.

Det er variasjoner mellom helseregioner og kommunegruppers utvikling i kostnad per innbygger til ulike helsetjenester fra 2011 til 2013. Helse Sør-Øst hadde en kostnadsreduksjon på 1,8 prosent per innbygger til somatisk spesialisthelsetjeneste, mens de øvrige regionene hadde vekst på rundt en prosent. Kostnad per innbygger til omsorgstjenester økte med mellom 3 og 4 prosent for alle regioner, med unntak for Helse Vest som hadde en lavere vekst på 1,8 prosent fra 2011 til 2013. Det var også kostnadsvekst per innbygger i helserefusjoner til fastleger for alle regionene i perioden, med omtrent 5 til 6 prosent.

Kostnader til helse- og omsorgstjenester per eldre innbygger (80 år og over) er høyere enn for befolkningen samlet, dette skyldes at denne aldersgruppen har et større behov for helsetjenester enn yngre. Kostnader til eldre 80 år og over for somatisk spesialisthelsetjeneste hadde en realnedgang på omtrent 3 prosent fra 2011 til 2013, mens det for primærhelsetjenester var en kostnadsvekst i perioden, også for eldre. I 2013 var Eldres andel av kostnader til somatiske spesialisthelsetjenester omtrent 15 prosent (12,8 mrd), mens andelen av kostnader til institusjonsplasser var 71 prosent (31 mrd). Eldres andel av kostnadene til hjemmetjenester var 22 prosent og tilsvarte ca 10 mrd, og Eldres andel av kostnadene til fastlege¹ var 10,7 prosent (460 mill kr).

2.1 Innledning

I dette kapitlet beskrives kostnader til ulike deler av den norske helse- og omsorgstjenesten, kostnadsendringer, samt variasjoner mellom helseregioner og kommunegrupper². Formålet med kapitlet er å se på kostnader til primær- og spesialisthelsetjenesten i sammenheng, og variasjoner mellom helseregioner og kommunegrupper.

På nasjonalt nivå presenteres totale kostnadstall og kroner per innbygger til ulike helse- og omsorgstjenester. Prisjusterte endringstall fra 2009 til 2011, 2011 til 2013 og fra 2012 til 2013 er også oppgitt. Samhandlingsreformen ble implementert 1. januar 2012, og det kan derfor være interessant å se på endring mellom de siste årene før reformen og etter reformen. På regionalt- og kommu-

1) Folketrygdens refusjoner. Inkluderer ikke per-capita-tillegget til fastleger fra kommunene eller pasientenes egenandeler.

2) Se vedlegg 1 for oversikt over hvilken kommunegruppe de ulike kommunene tilhører i 2013.

negruppenivå presenteres kroner per innbygger, relativt kostnadsnivå og realendring fra 2011 til 2013.

For noen helsetjenester presenteres kostnader for eldre som er 80 år og over, både på nasjonalt- og kommune-gruppenivå. Eldre innbyggere har et større behov for helsetjenester, og det er derfor interessant å følge utviklingen i kostnader til denne aldersgruppen.

Se delkapittel 2.4 for en beskrivelse av datagrunnlag og metode.

2.2 Kostnader til helse- og omsorgstjenester på nasjonalt nivå

Kostnader til helse- og omsorgstjenester omfatter i dette kapitlet spesialisthelsetjenester, primærhelsetjenester og helserefusjoner til legemidler. Spesialisthelsetjenesten kan deles opp i tjenester som er utført av både statlig eide helseforetak og private avtalespesialister og laboratorie- og røntgeninstitutter. Primærhelsetjenesten kan deles opp i omsorgstjenester, forebyggende arbeid og behandling, re-/habilitering som inkluderer helse-refusjoner til blant annet fastleger og legevakt.

Tabell 2.1 presenterer nasjonale kostnader på et mer detaljert nivå for de ulike helsetjenesteområdene. Som det fremkommer av datagrunnlag og metode i delkapittel 2.4 benyttes det ulike datakilder for kostnadstallene. Dette medfører at kostnadsbegrepet er ulikt mellom noen tjenesteområder og ikke direkte sammenlignbart. Det understrekes at helserefusjoner (data fra KUHR) utbetalt fra folketrygden til ulike helsetjenester kun reflekterer nettopp Folketrygdens kostnader. Eksempelvis er fastlegenes kostnader finansiert av både refusjoner fra Folketrygden, basistilskudd (per capita tilskudd) betalt av kommunene og egenbetalinger. Kommunenes kostnader til blant annet fastleger, fysioterapeuter og legevakt inngår i funksjon 241 Diagnose, behandling og re-/habilitering i KOSTRA.

Kostnadsnivå og endring

Helseforetakenes kostnader til spesialisthelsetjenesten utgjorde 120 mrd kroner i 2013, justert for prisvekst var dette en økning på 1,9 prosent fra 2011 til 2013. Ved justering for befolkningsvekst får vi en liten nedgang i kostnader i perioden, og siste år utgjorde dette 23 406 kroner per innbygger. Det er somatiske tjenester som utgjør størst andel av kostnadene i spesialisthelsetjenesten, med 85 mrd kroner i 2013. Kostnadsveksten til somatiske tjenester var på 1,9 prosent fra 2011 til 2013, tilsvarende som for spesialisthelsetjenesten samlet. Det var kostnader til rusbehandling, ambulanse og pasienttransport som hadde størst vekst i treårsperioden med 4 til 6 prosent.

Private avtalespesialister, psykologer og laboratorie- og røntgeninstitutter er også en del av spesialisthelsetjenesten, og disse spesialistene mottok helserefusjoner fra Folketrygden på 2,6 mrd kroner eller 514 kroner per innbygger i 2013. For de private aktørene var det en vekst på 3,1 prosent fra 2011-2013 i helserefusjoner, hvor avtalespesialistene hadde en nedgang og psykologer og laboratorie- og røntgeninstitutter hadde vekst. Veksten i helserefusjoner til private spesialister økte altså mer enn kostnadene i helseforetakene.

I primærhelsetjenesten var det omsorgstjenester som utgjorde de største kostnadene med 95 mrd kroner i 2013, eller 18 529 kroner per innbygger. Av dette var kostnader til institusjonsbeboere på 43 mrd kroner (8 512 kroner per innbygger) og hjemmeboende 46 mrd kroner (8 987 kroner per innbygger). Kostnadsveksten var større i primærhelsetjenesten enn i spesialisthelsetjenesten i perioden 2011 til 2013. Omsorgstjenestene hadde samlet en kostnadsvekst på 6 prosent, hvor hjemmeboende mottakere av helsetjenester hadde størst økning med nesten 8 prosent. Kostnader til institusjonsbeboere økte med omtrent 4 prosent i treårsperioden, men justert for befolkningsveksten var det en nedgang fra 2010 til 2013. Kostnader til aktiviserings- og servicetjenester overfor eldre og personer med funksjonsnedsettelse økte med nesten 5 prosent samme periode.

3) Kostnader til Annet forebyggende arbeid (funksjon 233 i KOSTRA) omfatter blant annet helsestasjon for eldre/innvandrere og frisklivs-sentraler.

Forebyggende tjenester, som inkluderer blant annet helsestasjoner og skolehelsetjeneste, utgjorde 4 mrd kroner eller 773 kroner per innbygger i 2013. Kostnader til forebygging økte med 8 prosent fra 2011 til 2013, hvor kostnader til annet forebyggende arbeid³ hadde størst vekst med 11 prosent.

Behandling og re-/habilitering inkluderer helserefusjoner til blant annet fastleger, legevakt, fysioterapeuter og kiropraktorer, og hadde kostnader på 16 mrd kroner i 2013. Målt i kostnad per innbygger utgjorde dette 3 121 kroner. Det er kostnader til diagnose, behandling og re-/habilitering (funksjon 241 i KOSTRA) som utgjør størst andel av kostnadene i denne kategorien av helsetjenester, og omfatter blant annet lønn til kommunalt ansatte leger/fysioterapeuter og basistilskudd til fastleger. Diagnose, behandling og re-/habilitering hadde kostnader på 9,2 mrd kroner i 2013, og en økning på 4 prosent i treårsperioden. Helserefusjoner til fastleger økte med 7 prosent, legevakt økte med 3 prosent, fysioterapeuter økte med 1 prosent, og kiropraktor økte med 6 prosent.

Helserefusjoner til legemidler var i 2013 på 11 mrd kroner, en økning på 5,4 prosent fra 2011 til 2013. Veksten i helserefusjoner til legemidler omhandler hovedsakelig at nye medisiner er blitt inkludert i blåreseptordningen i treårsperioden. Målt i kroner per innbygger var kostnaden til legemidler på 2 154 i 2013, omtrent på samme nivå som i 2010.

Kostnadsendringer før og etter implementering av samhandlingsreformen

Det kan være interessant å se på endringer i kostnader fra 2009 til 2011 og fra 2011 til 2013, som representerer endring før og etter samhandlingsreformen ble implementert 1. januar 2012.

For spesialisthelsetjenesten totalt utgjorde kostnadsveksten 2 prosent både fra 2009 til 2011 og fra 2011 til 2013, mens det var variasjoner i endringstall mellom ulike sektorer i spesialisthelsetjenesten. Kostnader til somatisk spesialisthelsetjeneste hadde større vekst etter implementering av reformen, mens kostnadsveksten til bland annet rusbehandling og psykisk helsevern var lavere etter implementering.

I perioden 2009 til 2011 var det vekst i folketrygdens helserefusjoner til private spesialister med 8 prosent, dette endret seg i perioden etter reformen hvor det var en nedgang på nesten 4 prosent. Nedgangen gjaldt reduksjon i helserefusjoner siste år, fra 2012 til 2013.

Fra 2009 til 2011 var kostnadsveksten til omsorgstjenester i underkant av 4 prosent, mot 6 prosent fra 2011-2013. Veksten økte for både hjemmeboende og institusjonsboende, hvor veksten var størst første år etter at samhandlingsreformen ble implementert.

Kostnadsutviklingen til forebygging var på samme nivå før og etter samhandlingsreformen ble implementert. Kostnader til fastleger, legevakt og kiropraktor var noe lavere i toårsperioden etter reformen sammenlignet med siste toårsperiode før reformen. For legemidler ser vi motsatt utvikling, hvor det var en nedgang i kostnader til legemidler før reformen og vekst etter implementering.

Kostnader til eldre 80 år og over

Kostnader til somatisk spesialisthelsetjeneste for eldre 80 år og over hadde en realnedgang på 3,4 prosent fra 2011 til 2013, og utgjorde nesten 13 mrd kroner i 2013 (tabell 2.2). De totale kostnadene til somatisk spesialisthelsetjeneste økte for hele befolkningen i samme periode, samtidig gikk andelen DRG-poeng til eldre ned. Samme trend gjelder eldres kostnader til kommunal medfinansiering. Folketrygdens refusjoner til private spesialister viser en annen utvikling, hvor det har vært en realvekst på over 7 prosent fra 2011 til 2013.

I 2013 var eldres kostnader til omsorgstjenester på 41,9 mrd kroner, en økning på nesten 1,5 prosent fra 2011 til 2013. Herav utgjorde kostnader til institusjonsboende 30,9 mrd kroner, kostnader til hjemmeboende 9,9 mrd kroner og kostnader til aktivisering- og servicetjenester 1,1 mrd kroner. For eldre 80 år og over er det altså kostnader til institusjonsboende som utgjorde de største kostnadene i 2013.

Kostnadene til institusjonsboende økte med 2,4 prosent fra 2011 til 2013, mens det var en liten nedgang siste år. Samme periode ble kostnadene til hjemmeboende redusert med 0,7 prosent. Kostnadsnedgangen skyldes nedgang i andelene som beregnes for å estimere kostnadene til eldre 80 år og over. For institusjonsboende var

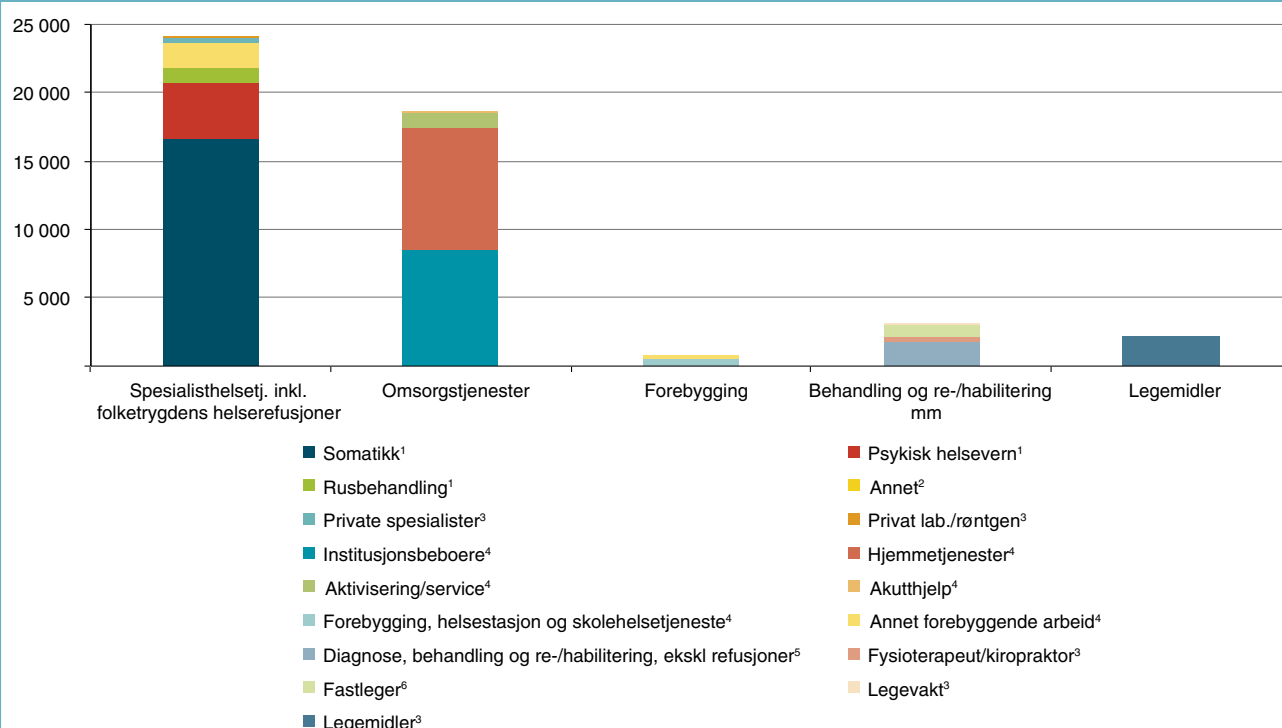
det nedgang i andel eldre beboere ved institusjon. Også for hjemmeboende var det nedgang i andel eldre mot-takere som ligger bak kostnadsnedgangen, samtidig var gjennomsnittlig antall timer hjemmetjenester per uke stabile for aldersgruppen. Dette innebærer at for eldre hjemmeboende har ikke mengden tjenester målt i gjennomsnittlig timer per uke gått ned, men antallet eldre i forhold til antall mottakere totalt er redusert.

Helserefusjoner til fastleger for eldre var på 460 mill kroner i 2013, en realvekst på 9 prosent fra 2011. Refusjoner til legevakt var samme år på 58 mill kroner, og

refusjoner til fysioterapeuter utgjorde 155 mill kroner, en realvekst på henholdsvis 5 og 6 prosent i treårsperioden.

Helserefusjoner til legemidler var i 2013 på 1,3 mrd kroner, en vekst på nesten 7 prosent fra 2011. Målt i kroner per innbygger var dette 6 016 kroner i 2013. Institusjoner må, på samme måte som helseforetak, selv betale for legemidler til sine beboere, og mottar ikke helserefusjoner fra folketrygden. Kostnader til legemidler for denne gruppen er derfor ikke inkludert i disse tallene, men i kostnadstall for institusjonsbeboere (funksjon 253 i KOSTRA).

Figur 2.1 Kostnad per innbygger til spesialisthelsetjenester, omsorgstjenester, forebygging, behandling, re-/habilitering mm. og legemidler i 2013.



1) Data fra Samdata spesialisthelsetjenesten 2013 (Helsedirektoratet, 2014).

2) Annet består av kostnader til ambulanse, pasienttransport og administrasjonskostnader i spesialisthelsetjenesten.

3) Data fra KUHR (Helsedirektoratet). Data omfatter kun Folketrygdens kostnader til helserefusjoner knyttet til de ulike helsetjenestene, og reflekterer ikke det totale kostnadsbildet.

4) Data fra KOSTRA (ssb.no).

5) Data for diagnose, behandling, rehabilitering og habilitering (funksjon 241) er hentet fra KOSTRA (ssb.no). Refusjoner fra Folketrygden til fastlønnede leger, -fysioterapeuter og -legevakt som utbetales direkte fra HELFO til kommunene er trukket ut fra denne funksjonen. Dette gjøres for å unngå dobbelttelling av kostnader i data fra KOSTRA og KUHR. Blant annet er tilskudd fra kommunene (per capita tilskudd) til fastleger inkludert i denne funksjonen.

6) Data fra KUHR (Helsedirektoratet) for fastlønnede- og privatpraktiserende fastleger. KUHR-data omfatter kun folketrygdens helserefusjoner til fastleger, og inkluderer ikke tilskudd fra kommunen (per capita tilskudd) og egenbetalinger.

Tabell 2.1 Kostnader og realendring totalt og per innbygger til spesialisthelsetjenesten, primærhelsetjenesten og folketrygdens helserefusjoner i 2013 på nasjonalt nivå.

| | Totalt, millioner kr | | | | Kroner per innbygger | | |
|--|----------------------|---------------------|---------------------|---------------------|----------------------|---------------|---------------|
| | 2013 | Pst endr 2009-11 | Pst endr 2011-13 | Pst endr 2012-13 | 2009 | 2011 | 2013 |
| Spesialisthelsetjenesten | | | | | | | |
| Helseforetak inkl. kapital | 119 584 | 2,0 | 1,9 | 0,4 | 23 675 | 23 538 | 23 406 |
| Somatikk ¹ | 84 531 | 1,3 | 1,9 | 0,6 | 16 858 | 16 635 | 16 545 |
| – herav KMF-aktivitet ² | 5 283 | * | * | -1,0 | * | * | 1 034 |
| Psykisk helsevern ¹ | 21 434 | 2,1 | 0,2 | -1,5 | 4 314 | 4 290 | 4 195 |
| Tverrfagl. spes. rusbehandling (18+) ¹ | 4 203 | 9,8 | 5,8 | 1,1 | 965 | 1 027 | 1 055 |
| Ambulanse og pasienttransport ¹ | 7 993 | 9,1 | 4,3 | 1,4 | 1 446 | 1 536 | 1 564 |
| Adm. m.m. ¹ | 1 423 | -8,4 | 2,3 | 11,5 | 313 | 279 | 279 |
| Folketrygdens refusjoner til private spes. | 2 627 | * | 3,1 | -2,3 | 450 | 511 | 514 |
| Spesialister med avtale ³ | 1 665 | 8,1 | -3,6 | -6,3 | 329 | 346 | 326 |
| Psykolog ³ | 308 | 7 | 4,8 | 2,9 | 29 | 59 | 60 |
| Private lab/røntgeninstitutter ³ | 653 | 17,9 | 24,0 | 6,8 | 92 | 106 | 128 |
| Primærhelsetjenesten | | | | | | | |
| Omsorgstjenester | 94 664 | 3,6 | 5,9 | 1,4 | 17 776 | 17 936 | 18 529 |
| Institusjonsbeboere (f253+f261) ⁴ | 43 487 | 1,1 | 3,7 | -0,1 | 8 541 | 8 414 | 8 512 |
| Hjemmeboende (f254) ⁴ | 45 915 | 6,2 | 7,7 | 2,5 | 8 267 | 8 553 | 8 987 |
| Aktivering/service (f234) ⁴ | 5 054 | 2,8 | 4,6 | 2,0 | 968 | 969 | 989 |
| Akutthjelp (f256) ⁴ | 208 | * | * | 405,2 | * | * | 41 |
| Forebygging | 3 948 | 8,5 | 7,9 | 2,7 | 694 | 734 | 773 |
| Forebygging, helsestasjon og skolehelsetjeneste (f232) ⁴ | 2 794 | 7,4 | 6,6 | 1,0 | 503 | 526 | 547 |
| Annet forebyggende arbeid (f233) ⁴ | 1 154 | 11,4 | 11,2 | 7,1 | 192 | 208 | 226 |
| Behandling, re-/habilitering mm. | 15 943 | * | 4,3 | 2,7 | * | 3 065 | 3 121 |
| Diagnose, behandling og re-/habilitering (f241 ekskl. refusjoner) ⁵ | 9 159 | * | 3,8 | 2,9 | * | 1 769 | 1 793 |
| Folketrygdens refusjoner til fastleger⁶ | 4 286 | 8,2 | 6,9 | 3,3 | 763 | 804 | 839 |
| – herav fastlønnede leger ³ | 322 | 7,8 | 10,3 | 4,7 | 56 | 58 | 63 |
| Legevakt ³ | 560 | 5,7 | 2,8 | 1,7 | 106 | 109 | 110 |
| – herav kommunalt bet. legevakt ³ | 126 | ⁸ | ⁸ | ⁸ | * | 14 | 25 |
| Fysioterapeut ³ | 1 803 | ⁷ | 1,3 | 0,3 | 278 | 357 | 353 |
| – herav fastlønnede fysioterapeuter ³ | 297 | 3,5 | 6,7 | 3,4 | 55 | 56 | 58 |
| Kiropraktor ³ | 135 | 13,4 | 6,3 | 2,2 | 23 | 25 | 26 |
| Legemidler³ | 11 006 | -1,5 | 5,4 | 2,7 | 2 182 | 2 094 | 2 154 |

*) Data er ikke tilgjengelig.

1) Data fra Samdata spesialisthelsetjenesten 2013 (Helsedirektoratet, 2014).

2) Offisielt tall på kostnader til kommunal medfinansiering (KMF) av somatiske tjenester fra Helsedirektoratet. Tallet er blant annet korrigert for endringer i budsjettforutsetningene i ISF, kontroll saker i Helsedirektoratet, saker i Avregningsutvalget og feil i NPK. Siden KMF ble innført fra og med 2012, finnes det ikke tilsvarende tall for 2010 og 2011.

3) Data fra KUHR (Helsedirektoratet). Data omfatter kun folketrygdens kostnader til helserefusjoner.

4) Data fra KOSTRA (ssb.no).

5) Data for diagnose, behandling, rehabilitering og habilitering (f241) er hentet fra KOSTRA (SSB). Kostnader til folketrygdens helserefusjoner til fastlønnede leger, -fysioterapeuter og -legevakt som utbetales direkte fra HELFO til kommunene er trukket ut fra denne funksjonen. Dette gjøres for å unngå dobbelttelling av kostnader mellom data fra KOSTRA og KUHR. Blant annet er tilskudd fra kommunene (per capita tilskudd) til fastleger inkludert i denne funksjonen.

6) Data fra KUHR (Helsedirektoratet) for fastlønnede- og privatpraktiserende fastleger. KUHR-data omfatter kun folketrygdens helserefusjoner til fastleger, og inkluderer ikke tilskudd fra kommunen (per capita tilskudd) og egenbetalinger.

7) Kuhr inneholder kun elektronisk registrerte krav for psykologer og fysioterapeuter. Andelen elektroniske krav økte betydelig frem mot 2011, endringstall er derfor ikke reelle i perioden.

8) Registrering av refusjoner til fastlønnet legevakt er nylig innført i KUHR. Forbedret rapporteringspraksis påvirker endringstall i stor grad, og er derfor ikke med i tabellen.

Tabell 2.2 Kostnader og realendring totalt og per innbygger til spesialisthelsetjenesten, primærhelsetjenesten og folketrygdens helserefusjoner i 2013 på nasjonalt nivå til eldre (80 år og over).

| | Totalt, millioner kroner | | | Kroner per innbygger (80+) | | | |
|---|--------------------------|-------------------------|-------------------------|----------------------------|----------------|----------------|----------------|
| | 2013 | Pst realendr 2011-13 | Pst realendr 2012-13 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
| Spesialisthelsetjenesten | | | | | | | |
| Somatikk totalt ¹ | 12 810 | -3,4 | -4,7 | 60 827 | 59 866 | 60 629 | 58 026 |
| - herav KMF-aktivitet ² | 994 | * | -5,0 | * | * | 4 723 | 4 503 |
| Folketrygdens refusjoner til private spesialister | 245 | 7,4 | 1,9 | 1 011 | 1 030 | 1 086 | 1 110 |
| Spesialister med avtale ³ | 206 | 4,2 | 0,6 | 888 | 892 | 924 | 933 |
| Psykolog ³ | 1 | -32,5 | -34,8 | 3 | 4 | 4 | 2 |
| Private lab/røntgeninstitutter ³ | 39 | 29,4 | 10,3 | 121 | 134 | 158 | 175 |
| Primærhelsetjenesten | | | | | | | |
| Omsorgstjenester | 41 863 | 1,5 | -0,7 | 185 077 | 186 173 | 190 340 | 189 631 |
| Institusjonsbeboere (f253+f261) ⁴ | 30 872 | 2,4 | -0,6 | 135 839 | 136 055 | 140 213 | 139 846 |
| Hjemmeboende (f254) ⁴ | 9 901 | -0,7 | -1,0 | 44 121 | 45 019 | 45 135 | 44 848 |
| Aktivering/service (f234) ⁴ | 1 090 | -3,6 | -1,5 | 5 117 | 5 100 | 4 993 | 4 937 |
| Behandling, forebygging, re-/habilitering mm. | * | * | * | * | * | * | * |
| Diagnose, behandling re-/habilitering | * | * | * | * | * | * | * |
| Folketrygdens refusjoner til fastleger⁵ | 460 | 9,2 | 3,1 | 1 780 | 1 899 | 2 011 | 2 082 |
| - herav fastlønnede leger ³ | 38 | 12,8 | 5,6 | 146 | 153 | 164 | 174 |
| Legevakt ³ | 58 | 4,8 | 2,2 | 244 | 249 | 256 | 262 |
| - herav kommunalt bet. legevakt ³ | 10 | 6 | 6 | 5 | 26 | 34 | 46 |
| Fysioterapeut ³ | 155 | 6,3 | 2,1 | 533 | 657 | 684 | 701 |
| Kiropraktor ³ | 2 | 13,7 | 6,9 | 6 | 7 | 8 | 8 |
| Legemidler³ | 1 328 | 6,7 | 5,7 | 5 656 | 5 620 | 5 671 | 6 016 |

*) Data ikke tilgjengelig.

1) Data fra Samdata spesialisthelsetjenesten 2013 (Helsedirektoratet, 2014).

2) Data fra Helsedirektoratet. Tallet er blant annet korrigert for endringer i budsjettforutsetningene i ISF, kontrollsaker i Helsedirektoratet, saker i Avregningsutvalget og feil i NPK. Kostnader til eldre 80 år og over beregnes ved å benytte eldres andel av KMF-poeng i 2012.

3) Data fra KUHR (Helsedirektoratet) omfatter kun folketrygdens kostnader til helserefusjoner. Pasientens alder er tilgjengelig i KUHR-data, og det er derfor mulig å skille ut refusjoner som gjelder eldre 80 år og over.

4) Data fra KOSTRA (ssb.no). Andel kostnader til eldre 80 år og over estimeres ved bruk av data fra IPLOS (SSB).

5) Data fra KUHR (Helsedirektoratet) for fastlønnede- og privatpraktiserende fastleger. KUHR-data omfatter kun folketrygdens helserefusjoner til fastleger, og inkluderer ikke tilskudd fra kommunen (per capita tilskudd) og egenbetalinger.

6) Registrering av refusjoner til fastlønnet legevakt er nylig innført i KUHR. Forbedret rapporteringspraksis påvirker endringstall i stor grad, og er derfor ikke med i tabellen.

2.3 Variasjoner i kostnader mellom helse-regioner og kommunegrupper

Tabell 2.3 viser deskriptiv statistikk for ulike helse- og omsorgstjenester hvor variasjoner i kostnad per innbygger mellom ulike kommuner fremkommer. Somatiske spesialisthelsetjenester hadde i 2013 et relativt standardavvik⁴ på 19 prosent, noe som innebærer at denne kostnadsgruppen hadde lavest variasjon av kostnad per innbygger i kommunene. Kostnad per innbygger til omsorgstjenester for institusjonsbeboere hadde et relativt standardavvik på 48 prosent, mens relativt standardavvik for hjemmeboende var litt lavere med 37 prosent. Relativt standardavvik for fastleger var på 21 prosent, og 89 prosent for legevakt. Annet forebyggende arbeid hadde stor variasjon i kommunenes kostnad per innbygger, og relativt standardavvik var på 121 prosent i 2013.

Figur 2.2 viser variasjoner i relativt kostnadsnivå per innbygger for kommunegrupper i 2013 til ulike helse-tjenester med og uten korrigeringer for behov (NOU 2008:2). Her er kommunene gruppert etter kommune-størrelse målt i antall innbyggere. Når kostnadsnivåene justeres for behov reduseres variasjonen mellom kommunegruppene. Uten behovskorrigeringer har de minste kommunene (under 5000 innbyggere) høyest kostnadsnivå til alle helsetjenester, spesielt er kostnadsnivået til omsorgstjenester og diagnose og behandling høyt. Ved korrigeringer for behov endrer dette bildet seg, og kostnadsnivået til de minste kommunene ligger da lavest både for helserefusjoner til fastleger og lege-midler. Kostnadsnivået holder seg fortsatt høyt for omsorgstjenester og diagnose og behandling. De største kommunene (over 100 000 innbyggere) har gjennom-gående et lavt kostnadsnivå, men ved behovskorrigeringer øker kostnadsnivået betydelig. Kommuner med

Tabell 2.3 Deskriptiv statistikk for kommunene i kostnad per innbygger til helse- og omsorgstjenester i 2013.

| | Min | Max | Gj. Snitt for kom. | Stand.-avvik | Relativt st.avvik i prosent |
|---|--------|--------|--------------------|--------------|-----------------------------|
| Somatisk spesialisthelsetjeneste ¹ | 11 444 | 32 802 | 18 425 | 3 496 | 19,0 |
| Avtalespesialister ² | 9 | 747 | 255 | 115 | 45,3 |
| Privat lab/røntgeninstitutter ² | 2 | 368 | 83 | 70 | 84,4 |
| Pleie institusjonsbeboere ³ | 1 052 | 41 052 | 11 794 | 5 662 | 48,0 |
| Pleie hjemmeboende ³ | 645 | 41 920 | 10 700 | 4 003 | 37,4 |
| Aktivering/ service ³ | - | 9 628 | 1 007 | 814 | 80,9 |
| Forebyggende arbeid ³ | 121 | 3 115 | 617 | 242 | 39,2 |
| Annet forebyggende arbeid ³ | - | 3 265 | 269 | 324 | 120,6 |
| Diagnose, behandling og re-/habilitering ekskl. refusjoner ⁴ | 969 | 17 857 | 2 871 | 1 626 | 56,7 |
| Fastlege/fastlønnet lege ⁵ | 427 | 1 914 | 877 | 188 | 21,5 |
| Legevakt ² | 32 | 1 207 | 147 | 131 | 88,9 |
| Fysioterapeut ² | 2 | 1 321 | 358 | 169 | 47,1 |
| Helsestasjon ² | 0 | 43 | 7 | 5 | 69,3 |
| Kiropraktor ² | 1 | 77 | 22 | 13 | 57,0 |
| Legemidler ² | 662 | 4 300 | 2 238 | 455 | 20,3 |

¹ Data fra Samdata spesialisthelsetjenesten 2013 (Helsedirektoratet, 2014).

² Data fra KUHR (Helsedirektoratet). Data omfatter kun kostnader til folketrygdens helserefusjoner knyttet til de ulike helsetjenestene.

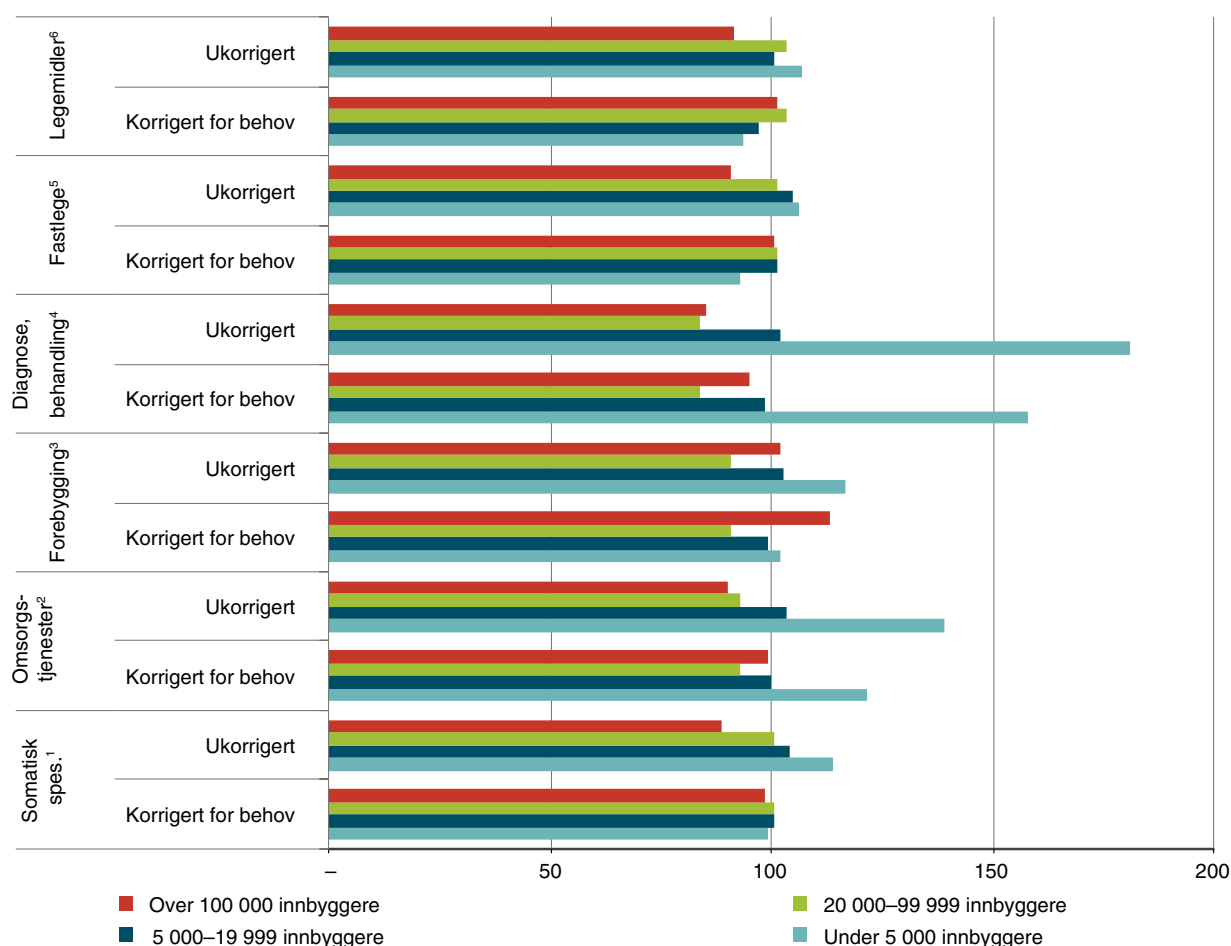
³ Data fra KOSTRA (ssb.no).

⁴ Data for diagnose, behandling, rehabilitering og habilitering (funksjon 241) er hentet fra KOSTRA (ssb.no). Refusjoner fra folketrygdens helserefusjoner til fastlønnede leger, -fysioterapeuter og -legevakt som utbetales direkte fra HELFO til kommunene er trukket ut fra denne funksjonen. Dette gjøres for å unngå dobbelttelling av kostnader i data fra KOSTRA og KUHR. Blant annet er tilskudd fra kommunene (per capita tilskudd) til fastleger inkludert i denne funksjonen.

⁵ Data fra KUHR (Helsedirektoratet) for fastlønnede- og privatpraktiserende fastleger. KUHR-data omfatter kun folketrygdens kostnader til fastleger, og inkluderer ikke tilskudd fra kommunen (per capita tilskudd) og egenbetalinger.

4) Relativt standardavvik viser gjennomsnittlig avvik fra gjennomsnittet i prosent. Dette beregnes ved å dividere standardavvik med gjennomsnitt og multiplisere med 100.

Figur 2.2 Relativt kostnadsnivå per innbygger etter kommunistørrelse til ulike helsetjenester i 2013 med og uten korrigeringer for behov (NOU 2008:2).



¹) Data fra Samdata spesialisthelsetjenesten 2013 (Helsedirektoratet, 2014).

²) Data fra KOSTRA (ssb.no). Omsorgstjenester består av funksjon 234, 253, 254 og 261 i KOSTRA.

³) Data fra KOSTRA (ssb.no). Forebygging består av funksjon 232 og 233 i KOSTRA.

⁴) Data for diagnose, behandling, rehabilitering og habilitering (funksjon 241) er hentet fra KOSTRA (ssb.no). Kostnader til folketrygdens helserefusjoner til fastlønnede leger og legevakt som utbetales direkte fra HELFO til kommunen er trukket ut fra denne funksjonen. Dette gjøres for å unngå dobbelttelling av kostnader i KOSTRA og KUHR. Data for refusjoner til fastlønnede fysioterapeuter er ikke tilgjengelig på kommunenivå og er derfor ikke trukket ut. Blant annet er tilskudd fra kommunene (per capita tilskudd) til fastleger inkludert i denne funksjonen.

⁵) Data fra KUHR (Helsedirektoratet) for fastlønnede- og privatpraktiserende fastleger. KUHR-data omfatter kun folketrygdens kostnader til fastleger, og inkluderer ikke tilskudd fra kommunen (per capita tilskudd) og egenbetalinger.

⁶) Data fra KUHR (Helsedirektoratet). Data omfatter kun kostnader til folketrygdens helserefusjoner knyttet til legemidler.

mellem 5000 - og 20 000 innbyggere får et litt lavere kostnadsnivå etter behovsjusteringer, mens kostnadsnivået for kommuner med mellom 20 000- til 100 000 innbyggere er uendret ved behovskorrigeringer.

Variasjoner i kostnader mellom helseregioner

Tabell 2.5 viser relativt kostnadsnivå per innbygger til ulike helseregioner og kommunegrupper i 2013 for somatisk spesialisthelsetjeneste, pleie- og omsorgstjenester,

forebygging, diagnose og re-/habilitering og fastleger. Tabell 2.6 viser realendring i kostnad per innbygger fra 2011 til 2013 for de samme helsetjenestene.

For å danne seg et bilde av kostnadsnivået til ulike helsetjenester for helseregionene så er trenden i 2013 at Helse Nord har et høyt kostnadsnivå, Helse Vest har et lavt kostnadsnivå, og Helse Midt-Norge og Helse Sør-Øst ligger rundt landsgjennomsnittet.

Helse Sør-Øst hadde et kostnadsnivå som lå tett på landsgjennomsnittet i 2013, kostnadsendringer var også i tråd med tall for landet totalt fra 2011 til 2013. Størst avvik fra landsgjennomsnittet gjaldt kostnad per innbygger til diagnose, behandling og re-/habilitering, hvor Helse Sør-Øst hadde et kostnadsnivå 9 prosent under landsgjennomsnittet.

Helse Vest hadde et lavt kostnadsnivå, og ligger på eller under landsgjennomsnittet til de ulike helsetjenestene presentert i tabell 2.5. Lavest kostnadsnivå gjaldt somatiske tjenester, hvor Helse Vest lå 11 prosent under landsgjennomsnittet i 2013. Regionens realendring fra 2011 til 2013 var høyere enn for landet samlet for somatiske spesialisthelsetjenester, forebygging og fastleger. Dette innebærer at regionen nærmer seg landsgjennomsnittet for disse helsetjenestene. Samtidig hadde Helse Vest lavest vekst i kostnader til omsorgstjenester med en økning på 1,8 prosent, mot landsgjennomsnittet på 3,1 prosent

Helse Midt-Norge hadde et kostnadsnivå på eller over landsgjennomsnittet til alle helsetjenestene i tabell 2.5. Høyest kostnadsnivå gjaldt somatiske spesialisthelsetjenester hvor regionen lå 7 prosent over landsgjennomsnittet i 2013. Helse Midt-Norge hadde realvekst fra 2011 til 2013 over landsgjennomsnittet for alle helsetjenestene i tabell 2.6, og øker dermed sitt kostnadsnivå i perioden.

Helse Nord hadde høyest kostnadsnivå blant de fire regionene til alle helsetjenestene i tabell 2.5, med unntak av kostnader til forebygging hvor det er Helse Midt-Norge som hadde høyest nivå. Kostnad per innbygger lå omtrent 20 prosent over landsgjennomsnittet for både somatiske spesialisthelsetjenester og omsorgstjenester. Kostnader til forebygging og fastleger lå 2-3 prosent over landsgjennomsnittet, mens diagnose, behandling og re-/habilitering lå 46 prosent over snittet. Realveksten i Helse Nord var over landsgjennomsnittet for somatiske spesialisthelsetjenester, omsorgstjenester og til fastleger. Samtidig var det nedgang i kostnader til forebygging i regionen, en annen utvikling enn i de øvrige helseregionene som hadde kostnadsvekst.

Tabell 2.9 viser brukerbetalinger per innbygger til primærhelsetjenesten, samt relativt kostnadsnivå og realendring fra 2011 til 2013. I 2013 utgjorde brukerbeta-

linger per innbygger 1 342 kroner, en realvekst fra 2011 på omtrent 3 prosent per innbygger. Helse Sør-Øst hadde lavest nivå i inntekter fra brukere, 6 prosent under landsgjennomsnittet. Helse Vest lå på landsgjennomsnittet, Helse Midt-Norge hadde inntekter 9 prosent over landsgjennomsnittet og Helse Nord hadde inntekter 22 prosent over landsgjennomsnittet. Det var inntektsvekst fra brukerbetalinger i alle regionene i treårsperioden.

Variasjoner i kostnader mellom kommunegrupper

I 2013 besto Norge av 428 kommuner. Disse kommunene er delt inn i 22 kommunegrupper ut fra hvilken helse-region de tilhører, antall innbyggere og reiseavstand til nærmeste sykehus. De aller største kommunene (målt i antall innbyggere) er storbyer.

Uavhengig av hvilken helseregion de ulike kommunegruppene tilhører så er det en sammenheng mellom relativt kostnadsnivå og antall innbyggere. Kommuner med færre enn 5000 innbyggere har generelt et høyere kostnadsnivå enn større kommuner. Tilsvarende har de største kommunene et lavere kostnadsnivå enn kommuner med færre innbyggere.

Det er også en sammenheng mellom kostnadsnivå og reiseavstand til nærmeste sykehus. For kommuner med 5000-19999 innbyggere er det for de fleste helsetjenester et høyere kostnadsnivå for kommuner med kort reiseavstand til sykehus sammenlignet med kommuner med lang reiseavstand. For somatiske spesialisthelsetjenester gjelder denne sammenhengen i alle helseregionene.

Variasjoner i kostnader mellom helseregioner for eldre 80 år og over

For eldre 80 år og over er det ikke like tydelige trekk i variasjoner i kostnadsnivå mellom de fire helseregionene til ulike helsetjenester, se tabell 2.7.

Helse Nord hadde et høyt kostnadsnivå til somatiske spesialisthelsetjenester og omsorgstjenester, men lavt kostnadsnivå til legemidler. Spesielt kostnader til institusjonsbeboere (tabell 2.8) er høyt for denne regionen, hvor kostnad per innbygger i 2013 var på 168 443 kroner – 20 prosent over landsgjennomsnittet. Helse Nord hadde også størst kostnadsvekst til institusjonsbeboere

fra 2011 til 2013, og øker dermed avstanden til landsgjennomsnittet i perioden.

På nasjonalt nivå hadde Helse Vest et lavt kostnadsnivå til ulike helsetjenester, dette kostnadsbildet er ikke like tydelig for eldre 80 år og over. For somatiske tjenester og legemidler ligger regionene litt under landsgjennomsnittet, men over landsgjennomsnittet til omsorgstjenester. Kostnadsnivået er høyere enn for landet totalt både for hjemmetjenester og institusjonsbeboere.

Helse Sør-Øst hadde de laveste kostnadene til eldre 80 år og over i 2013, med unntak av kostnader til legemidler. Det er spesielt kostnader til omsorgstjenester som er lave, dette gjelder både for institusjonsbeboere og hjemmetjenester.

Helse Midt-Norge sine kostnader til eldre avviker ikke mye fra landsgjennomsnittet. Kostnader til somatiske spesialisthelsetjenester er litt høye, mens kostnadene til de øvrige helsetjenestene i tabell 2.7 ligger litt under landsgjennomsnittet.

2.4 Datagrunnlag og metode

I tabeller på nasjonalt og kommunalt nivå presenteres kostnad per innbygger for Norge totalt til ulike helse- og omsorgstjenester. Nasjonale tall presenteres også som totaltall i tabeller på kommunenivå. På kommunenivå er det noen mangler i data, og det er derfor valgt å benytte nasjonale sumtall som i liten grad er påvirket av dette.

Realendring presenteres både på nasjonalt og kommunalt nivå. Se tabell 2.4 for oversikt over prisindekser som er benyttet.

Nasjonalt nivå - spesialisthelsetjenesten

Datagrunnlaget for spesialisthelsetjenesten på nasjonalt nivå er hentet fra SAMDATA (Helsedirektoratet) og Norsk pasientregister (Helsedirektoratet). For nærmere utdypning av kostnader til spesialisthelsetjenesten, se SAMDATA spesialisthelsetjenesten 2013 (Helsedirektoratet, 2014).

Kostnadstallet for kommunal medfinansiering (KMF) tilsvarende Helsedirektoratets offisielle kostnadstall for

2013, korrigert for endringer i budsjettforutsetningene i ISF, kontrollsaker i Helsedirektoratet, saker i Avregningsutvalget og feil i NPK. Tilsvarende tall finnes ikke for 2010 og 2011, da ordningen ikke var innført på dette tidspunktet.

Nasjonalt nivå - primærhelsetjenesten

Datagrunnlaget til primærhelsetjenesten består av data fra KOSTRA (ssb.no), KUHR (Helsedirektoratet) og IPLOS (SSB).

KOSTRA

Statistisk sentralbyrå (SSB) publiserer estimerte sumtall for kostnader til primærhelsetjenester på nasjonalt nivå i KOSTRA. Det er disse estimatene som benyttes i tabell 2.1 og 2.2. Data er hentet fra SSB sine nettsider (ssb.no). SSB beregner estimerer på nasjonalt nivå på grunn av manglende rapportering for noen kommuner, se <http://www.ssb.no/kostra/> for nærmere beskrivelse av dette.

SSB publiserer kostnadstall i KOSTRA for både kommuneregnskapet og konsernregnskapet. I dette kapitlet er *brutto driftsutgifter fra konsernregnskapet* datagrunnlag, hvor kostnadstall inkluderer særbedriftenes regnskaper (Interkommunale selskaper (IKS) og Interkommunale samarbeid). Målet med dette er å få frem den totale ressursbruken uavhengig av hvordan tjenester organiseres og produseres i kommunene.

IPLOS

Ved estimering av kostnader i KOSTRA til aldersgruppen 80 år og eldre benyttes data fra IPLOS (SSB). Det er mulig å estimere kostnader til eldre 80 år og over for omsorgstjenester på bakgrunn av denne dataen.

Kostnader til eldre 80 år og over ved institusjoner (funksjon 253 og 261) estimeres ved å multiplisere andel beboere 80 år og over med kostnader til institusjoner. Kostnader til omsorgstjenester for hjemmeboende (funksjon 254) 80 år og eldre beregnes ved å multiplisere andel timer totalt til aldersgruppen med kostnadene. Beregning av kostnader til eldre 80 år og over for aktiviserings- og servicetjenester (funksjon 234) gjøres ved å bruke andel timer til hjemmetjenester for aldersgruppen.

Tabell 2.4 Prisindekser for korrigering av prisvekst i perioden 2009-2013.

| Prisindeks | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|---|-------|-------|-------|-------|-------|
| Vektet prisindeks for arbeids- og produktinnsats i statlige helsetjenester ¹ | 1,028 | 1,052 | 1,038 | 1,041 | 1,000 |
| Akkumulert prisvekst | 1,168 | 1,136 | 1,080 | 1,041 | 1,000 |
| Kommunal deflator Finansdepartementet ² | 1,039 | 1,034 | 1,039 | 1,034 | 1,000 |
| Akkumulert deflator | 1,154 | 1,111 | 1,074 | 1,034 | 1,000 |
| Legemidler, ssb ³ | 1,040 | 1,024 | 1,009 | 1,015 | 1,000 |
| Akkumulert deflator | 1,091 | 1,048 | 1,024 | 1,015 | 1,000 |

1) Vektet prisindeks for arbeids- og produktinnsats i statlige helsetjenester levert av SSB.

2) Kostnadsdeflator for kommunesektoren utarbeides av Finansdepartementet.

3) Konsumprisindeks for legemidler er hentet fra ssb.no.

Folketrygdens helserefusjoner

Data for folketrygdens helserefusjoner leveres av Helsedirektoratets KUHR-database. Disse dataene består av regninger som utbetales fra HELFO, og reflekterer ikke det totale kostnadsbildet til de ulike refusjonsområdene. Eksempelvis finansieres fastleger av folketrygdens helserefusjoner, per capitatilskudd (betales av kommunene og kostnadsføres i KOSTRA på funksjon 241) og pasienters egenbetaling. Folketrygdens helserefusjoner inkluderer egenandeler betalt av det offentlige for personer med frikort.

Informasjon om pasienters alder er tilgjengelig i KUHR-data, og det er derfor mulig å skille ut kostnader til eldre 80 år og over.

Kommunenivå - spesialisthelsetjenesten

Kostnad per innbygger til somatiske spesialisthelsetjenester på kommunenivå beregnes ved å fordele kostnader regionvis etter kommunenes andel av DRG-poeng. Alle kostnader til somatiske spesialisthelsetjenester er fordelt på kommunenivå etter denne metoden. Kostnader til eldre 80 år og over fordeles ved hjelp av denne aldersgruppens andel av DRG-poengene. Beregning av eldre 80 år og over til KMF gjøres ved tilsvarende andelsberegninger.

Kommunenivå - primærhelsetjenesten KOSTRA

Kommuner med manglende data er fjernet fra datagrunnlaget ved beregning av kostand per innbygger for de ulike kommunegruppene. Manglende rapportering i KOSTRA gjelder Torsken kommune i 2010 og 2011, og Hamarøy kommune i 2013.

IPLOS

Estimering av kostnad per innbygger til eldre 80 år og over utføres tilsvarende på kommunenivå som på nasjonalt nivå, hvor data fra IPLOS (SSB) benyttes for å estimere andel kostnader til aldersgruppen.

Folketrygdens helserefusjoner

For å kunne fordele kostnader til folketrygdens helserefusjoner (KUHR-data) på kommunenivå bør data være registrert på pasientens bostedskommune. For deler av data er kun informasjon om behandlerkommune tilgjengelig, når dette er tilfellet blir ikke disse refusjonene fordelt på kommunenivå. For tjenesteområder med stor andel missing i data registrert på pasientens bostedskommune er det problematisk å presentere data på kommunenivå. I tabeller med data på regionalt og kommunalt nivå (kommunegrupper) benyttes kun andelen kostnader med informasjon om pasientens bostedskommune.

Tabell 2.5 Relativt kostnadsnivå per innbygger i 2013 til somatisk spesialisthelsetjeneste, omsorgstjenester, forebygging, diagnose og behandling og fastleger.

| Kommunegruppe | | Relativt kostnadsnivå | | | | |
|---------------|--|-----------------------------|-------------------------------|--------------------------|-----------------------------------|-----------------------|
| | | Somatisk spes. ¹ | Omsorgstjenester ² | Forebygging ³ | Diagnose, behandling ⁴ | Fastlege ⁵ |
| Region | Sør-Øst | 99 | 97 | 102 | 91 | 103 |
| | Vest | 89 | 98 | 91 | 100 | 92 |
| | Midt-Norge | 107 | 102 | 105 | 105 | 99 |
| | Nord | 122 | 120 | 102 | 146 | 103 |
| | Totalt | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| Sør-Øst | Under 5000 innb. | 108 | 131 | 129 | 168 | 104 |
| | 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | 101 | 100 | 102 | 87 | 110 |
| | 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | 110 | 105 | 100 | 101 | 111 |
| | Over 20000 innb. - lengre reiseavstand | 100 | 90 | 89 | 78 | 105 |
| | Over 20000 innb. - kort reiseavstand | 108 | 102 | 93 | 91 | 107 |
| | Storby ekskl Oslo | 97 | 95 | 100 | 85 | 103 |
| | Oslo | 88 | 86 | 109 | 85 | 91 |
| Vest | Under 5000 innb. | 101 | 140 | 111 | 181 | 101 |
| | 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | 91 | 101 | 97 | 105 | 96 |
| | 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | 98 | 102 | 109 | 103 | 102 |
| | Over 20000 innb. | 87 | 84 | 79 | 85 | 86 |
| | Storby | 85 | 91 | 85 | 82 | 87 |
| Midt-Norge | Under 5000 innb. | 117 | 133 | 115 | 167 | 110 |
| | 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | 107 | 103 | 100 | 105 | 99 |
| | 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | 115 | 99 | 114 | 90 | 96 |
| | Over 20000 innb. | 111 | 99 | 99 | 85 | 101 |
| | Storby | 96 | 82 | 106 | 86 | 92 |
| Nord | Under 5000 innb. | 131 | 156 | 106 | 211 | 111 |
| | 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | 123 | 116 | 123 | 164 | 108 |
| | 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | 136 | 125 | 100 | 130 | 107 |
| | Over 20000 innb. | 114 | 98 | 93 | 98 | 91 |
| | Storby | 98 | 82 | 78 | 84 | 91 |

1) Data fra Norsk Pasientregister (Helsedirektoratet). Alle kostnader til somatisk spesialisthelsetjeneste er fordelt på kommunenivå regionvis etter andel DRG-poeng.

2) Data fra KOSTRA (ssb.no). Kostnader omfatter funksjon 234, 253, 254 og 261. Den nye funksjonen 256 Akutthjelp er ikke inkludert i tallene da det er stor variasjon i hvor lang ulike kommuner er kommet i oppbygging av øyeblikkelig hjelp-tilbudet. Kommunene skal ha dette tilbudet på plass innen 2016.

3) Data fra KOSTRA (ssb.no). Kostnader omfatter funksjon 232 og 233.

4) Data for diagnose, behandling, rehabilitering og habilitering (funksjon 241) er hentet fra KOSTRA (ssb.no). Kostnader til folketrygdens helserefusjoner til fastlønnedeleger og legevakt som utbetales direkte fra HELFO til kommunen er trukket ut fra denne funksjonen. Dette gjøres for å unngå dobbelttelling av kostnader i KOSTRA og KUHR. Data for refusjoner til fastlønnede fysioterapeuter er ikke tilgjengelig på kommunenivå og er derfor ikke trukket ut. Blant annet er tilskudd fra kommunene (per capita tilskudd) til fastleger inkludert i denne funksjonen.

5) Data fra KUHR (Helsedirektoratet) for fastlønnede- og privatpraktiserende fastleger. Data fra KUHR (Helsedirektoratet) omfatter kun folketrygdens kostnader til fastleger, og inkluderer ikke tilskudd fra kommunen (per capita tilskudd) og egenbetalinger.

Tabell 2.6 Realendring i kostnad per innbygger fra 2011 til 2013 for somatisk spesialisthelsetjeneste, omsorgstjenester, forebygging, diagnose og behandling og fastleger.

| Kommunegruppe | | Realendring per innbygger 2011-2013 | | | | |
|---------------|--|-------------------------------------|-------------------------------|--------------------------|-----------------------------------|-----------------------|
| | | Somatisk spes. ¹ | Omsorgstjenester ² | Forebygging ³ | Diagnose, behandling ⁴ | Fastlege ⁵ |
| Region | Sør-Øst | -1,8 | 3,4 | 5,7 | 1,6 | 4,7 |
| | Vest | 1,4 | 1,8 | 7,1 | 1,3 | 5,4 |
| | Midt-Norge | 1,3 | 3,8 | 7,3 | 2,2 | 5,2 |
| | Nord | 0,7 | 3,3 | -2,7 | -0,1 | 6,2 |
| | Totalt | -0,5 | 3,3 | 5,3 | 1,8 | 4,3 |
| Sør-Øst | Under 5000 innb. | -4,6 | 4,4 | 7,0 | 1,1 | 5,8 |
| | 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | -1,3 | 5,0 | 8,7 | -1,2 | 5,7 |
| | 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | -3,7 | 0,7 | 6,7 | 4,4 | 4,9 |
| | Over 20000 innb. - lengre reiseavstand | 0,3 | 4,2 | 14,0 | 1,9 | 5,6 |
| | Over 20000 innb. - kort reiseavstand | -1,3 | 4,0 | 2,3 | 0,8 | 5,8 |
| | Storby ekskl Oslo | -0,8 | 4,5 | 5,2 | 1,1 | 4,0 |
| | Oslo | -3,4 | 0,4 | 1,0 | 5,7 | 2,7 |
| Vest | Under 5000 innb. | 1,9 | 2,6 | 2,4 | 4,8 | 6,1 |
| | 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | 2,4 | 0,9 | 8,4 | 2,1 | 6,4 |
| | 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | 5,2 | -1,0 | -0,7 | 6,9 | 4,5 |
| | Over 20000 innb. | 0,3 | 5,7 | 8,4 | 4,5 | 3,7 |
| | Storby | 0,5 | 1,6 | 9,2 | -2,3 | 5,5 |
| Midt-Norge | Under 5000 innb. | 0,1 | 3,2 | 11,4 | 1,4 | 3,3 |
| | 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | 1,6 | 3,0 | 22,5 | 6,0 | 4,1 |
| | 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | 2,5 | 3,8 | -0,1 | 12,5 | 7,9 |
| | Over 20000 innb. | 1,4 | 5,2 | 2,0 | 3,2 | 7,2 |
| | Storby | 1,6 | 4,8 | -2,4 | -4,0 | 6,0 |
| Nord | Under 5000 innb. | 0,9 | 3,3 | 2,2 | -3,8 | 5,8 |
| | 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | 0,6 | 5,6 | -2,6 | 7,8 | 9,5 |
| | 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | 2,7 | 3,5 | -4,9 | 5,5 | 2,4 |
| | Over 20000 innb. | -1,8 | 0,3 | -5,8 | 0,3 | 5,3 |
| | Storby | 2,6 | 6,4 | -5,6 | -4,8 | 8,3 |

1) Data fra Norsk Pasientregister (Helsedirektoratet). Alle kostnader til somatisk spesialisthelsetjeneste er fordelt på kommunenivå regionvis etter andel DRG-poeng.

2) Data fra KOSTRA (ssb.no). Kostnader omfatter funksjon 234, 253, 254 og 261. Den nye funksjonen 256 Akutthjelp er ikke inkludert i tallene da det er stor variasjon i hvor lang ulike kommuner er kommet i oppbygging av øyeblikkelig hjelp-tilbudet. Kommunene skal ha dette tilbudet på plass innen 2016.

3) Data fra KOSTRA (ssb.no). Kostnader omfatter funksjon 232 og 233.

4) Data for diagnose, behandling, rehabilitering og habilitering (funksjon 241) er hentet fra KOSTRA (ssb.no). Kostnader til folketrygdens helserefusjoner til fastlønnedeleger og legevakt som utbetales direkte fra HELFO til kommunen er trukket ut fra denne funksjonen. Dette gjøres for å unngå dobbelttelling av kostnader i KOSTRA og KUHR. Data for refusjoner til fastlønnede fysioterapeuter er ikke tilgjengelig på kommunenivå og er derfor ikke trukket ut. Blant annet er tilskudd fra kommunene (per capita tilskudd) til fastleger inkludert i denne funksjonen.

5) Data fra KUHR (Helsedirektoratet) for fastlønnede- og privatpraktiserende fastleger. Data fra KUHR (Helsedirektoratet) omfatter kun folketrygdens kostnader til fastleger, og inkluderer ikke tilskudd fra kommunen (per capita tilskudd) og egenbetalinger.

Tabell 2.7 Kostnad per innbygger i 2013 for eldre (80 år og over) til somatisk spesialisthelsetjeneste, pleie- og omsorgstjenester, fastleger og legemidler.

| Kommunegruppe | | Kroner per innbygger 2013 | | | |
|---------------|--|-----------------------------|--------------------------------|-----------------------|-------------------------|
| | | Somatisk spes. ¹ | Omsorgs-tjenester ² | Fastlege ³ | Legemidler ⁴ |
| Region | Sør-Øst | 57 008 | 182 256 | 2 090 | 6 117 |
| | Vest | 55 102 | 202 031 | 2 074 | 5 877 |
| | Midt-Norge | 59 705 | 187 211 | 2 065 | 5 856 |
| | Nord | 67 208 | 236 651 | 2 073 | 5 609 |
| | Totalt | 58 026 | 189 631 | 2 082 | 6 016 |
| Sør-Øst | Under 5000 innb. | 49 135 | 215 050 | 2 007 | 5 589 |
| | 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | 51 712 | 173 565 | 2 234 | 5 987 |
| | 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | 57 438 | 175 238 | 2 162 | 5 727 |
| | Over 20000 innb. - lengre reiseavstand | 56 948 | 163 137 | 2 136 | 6 236 |
| | Over 20000 innb. - kort reiseavstand | 60 646 | 171 441 | 2 136 | 6 748 |
| | Storby ekskl Oslo | 58 601 | 174 792 | 2 132 | 6 424 |
| | Oslo | 62 083 | 211 041 | 1 825 | 5 657 |
| Vest | Under 5000 innb. | 50 626 | 231 496 | 2 240 | 5 417 |
| | 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | 54 999 | 188 419 | 2 250 | 6 048 |
| | 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | 58 242 | 188 586 | 2 232 | 5 724 |
| | Over 20000 innb. | 58 295 | 198 199 | 1 899 | 6 262 |
| | Storby | 55 496 | 202 153 | 1 930 | 5 865 |
| Midt-Norge | Under 5000 innb. | 54 153 | 199 025 | 2 246 | 5 817 |
| | 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | 58 486 | 184 431 | 2 106 | 5 867 |
| | 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | 62 716 | 174 974 | 1 927 | 6 056 |
| | Over 20000 innb. | 62 425 | 184 949 | 1 976 | 5 805 |
| | Storby | 64 115 | 184 794 | 1 933 | 5 860 |
| Nord | Under 5000 innb. | 60 578 | 257 859 | 2 141 | 5 454 |
| | 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | 68 319 | 201 589 | 2 174 | 5 595 |
| | 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | 77 763 | 208 250 | 2 128 | 5 609 |
| | Over 20000 innb. | 65 508 | 276 281 | 1 815 | 5 780 |
| | Storby | 75 050 | 230 484 | 2 015 | 5 900 |

1) Data fra Norsk Pasientregister (Helsedirektoratet). Kostnader til somatiske spesialisthelsetjenester er fordelt etter eldre (80+) sin andel av DRG-poeng.

2) Omsorgstjenester omfatter funksjon 234, 253, 254 og 261 i KOSTRA (ssb.no).

3) Folketrygdens helserefusjoner til fastleger (fastlønnede- og privatpraktiserende leger). Data fra KUHR (Helsedirektoratet) omfatter kun folketrygdens kostnader til fastleger, og inkluderer ikke tilskudd fra kommunen (per capita tilskudd) og egenbetalinger.

4) Data fra KUHR (Helsedirektoratet) omfatter kun folketrygdens helserefusjoner til legemidler.

Tabell 2.8 Kostnad per innbygger i 2013 og realendring fra 2011 til 2013 for eldre (80 år og over) til institusjonsbeboere og hjemmetjenester.

| Kommunegruppe | | Kroner per innbygger | | | | | | Realendring 2011-2013 | |
|---------------|--|----------------------------------|----------------|----------------|---------------------------|---------------|---------------|-------------------------------|-------------------|
| | | Institusjonsbeboere ¹ | | | Hjemmeboende ² | | | Institu- sjons- beboere | Hjemme- boende |
| | | 2011 | 2012 | 2013 | 2011 | 2012 | 2013 | | |
| Region | Sør-Øst | 129 924 | 133 465 | 133 326 | 43 659 | 44 138 | 43 837 | 2,6 | 0,4 |
| | Vest | 145 577 | 147 450 | 146 789 | 51 354 | 51 415 | 50 511 | 0,8 | -1,6 |
| | Midt-Norge | 131 797 | 139 224 | 137 234 | 46 402 | 46 785 | 45 394 | 4,1 | -2,2 |
| | Nord | 160 733 | 167 473 | 168 443 | 54 445 | 49 116 | 47 808 | 4,8 | ³ |
| | Totalt | 136 055 | 140 213 | 139 846 | 45 019 | 45 135 | 44 848 | 2,8 | -0,4 |
| Sør-Øst | Under 5000 innb. | 155 524 | 159 596 | 158 155 | 50 363 | 51 174 | 48 178 | 1,7 | -4,3 |
| | 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | 119 171 | 127 854 | 124 300 | 41 301 | 43 590 | 44 989 | 4,3 | 8,9 |
| | 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | 124 572 | 125 882 | 112 020 | 51 735 | 58 601 | 58 010 | -10,1 | 12,1 |
| | Over 20000 innb. - lengre reiseavstand | 115 055 | 118 707 | 119 453 | 41 140 | 40 862 | 39 540 | 3,8 | -3,9 |
| | Over 20000 innb. - kort reiseavstand | 115 346 | 119 245 | 118 967 | 47 304 | 48 299 | 47 865 | 3,1 | 1,2 |
| | Storby ekskl Oslo | 119 733 | 125 073 | 125 759 | 45 388 | 45 539 | 43 887 | 5,0 | -3,3 |
| | Oslo | 164 484 | 161 021 | 167 805 | 38 502 | 35 887 | 37 331 | 2,0 | -3,0 |
| Vest | Under 5000 innb. | 168 244 | 172 927 | 174 558 | 58 694 | 60 683 | 59 695 | 3,8 | 1,7 |
| | 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | 133 641 | 135 408 | 131 680 | 54 087 | 52 822 | 51 389 | -1,5 | -5,0 |
| | 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | 121 135 | 122 414 | 119 529 | 69 186 | 65 046 | 61 732 | -1,3 | -10,8 |
| | Over 20000 innb. | 135 553 | 137 716 | 142 595 | 45 608 | 48 524 | 49 666 | 5,2 | 8,9 |
| | Storby | 150 351 | 151 758 | 150 987 | 45 704 | 45 736 | 44 962 | 0,4 | -1,6 |
| Midt-Norge | Under 5000 innb. | 147 836 | 156 674 | 150 154 | 47 012 | 45 267 | 45 687 | 1,6 | -2,8 |
| | 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | 136 530 | 139 720 | 134 072 | 45 033 | 46 532 | 45 746 | -1,8 | 1,6 |
| | 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | 100 290 | 106 108 | 112 549 | 61 423 | 60 452 | 55 905 | 12,2 | -9,0 |
| | Over 20000 innb. | 117 614 | 127 771 | 130 397 | 54 416 | 52 222 | 49 692 | 10,9 | -8,7 |
| | Storby | 131 698 | 141 984 | 143 416 | 34 231 | 38 387 | 36 253 | 8,9 | 5,9 |
| Nord | Under 5000 innb. | 181 086 | 188 310 | 190 085 | 55 379 | 51 760 | 50 185 | 5,0 | -9,4 |
| | 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | 150 115 | 152 564 | 158 844 | 47 393 | 37 860 | 39 941 | 5,8 | -15,7 |
| | 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | 153 137 | 163 686 | 160 462 | 49 077 | 44 659 | 45 307 | 4,8 | -7,7 |
| | Over 20000 innb. | 138 219 | 148 700 | 147 243 | 59 397 | 56 882 | 48 897 | 6,5 | -17,7 |
| | Storby | 154 633 | 157 738 | 165 898 | 60 634 | 56 399 | 59 087 | 7,3 | -2,6 |

1) Tjenester til institusjonsbeboere omfatter funksjon 253 og 261 i KOSTRA (ssb.no).

2) Hjemmetjenester omfatter funksjon 254 i KOSTRA (ssb.no).

3) Det er noe usikkerhet knyttet til andelsberegninger av kostnader til hjemmeboende i Helse Nord, dette gjelder hovedsakelig beregninger for 2011.

Tabell 2.9 Brukerbetalte inntekter¹ til primærhelsetjenesten i 2011, 2012 og 2013 per innbygger, relativt kostnadsnivå og realendring.

| Kommunegruppe | | Kroner per innbygger | | | Relativt nivå 2013 | Pst realendr 2011-13 |
|---------------|--|----------------------|--------------|--------------|-----------------------|-------------------------|
| | | 2011 | 2012 | 2013 | | |
| Region | Sør-Øst | 1 237 | 1 282 | 1 265 | 94 | 2,3 |
| | Vest | 1 314 | 1 339 | 1 338 | 100 | 1,8 |
| | Midt-Norge | 1 378 | 1 455 | 1 463 | 109 | 6,2 |
| | Nord | 1 559 | 1 632 | 1 638 | 122 | 5,1 |
| | Totalt | 1 303 | 1 351 | 1 342 | 100 | 3,1 |
| Sør-Øst | Under 5000 innb. | 1 768 | 1 804 | 1 757 | 131 | -0,6 |
| | 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | 1 162 | 1 224 | 1 191 | 89 | 2,5 |
| | 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | 1 234 | 1 274 | 1 290 | 96 | 4,5 |
| | Over 20000 innb. - lengre reiseavstand | 1 015 | 1 072 | 1 071 | 80 | 5,5 |
| | Over 20000 innb. - kort reiseavstand | 1 142 | 1 214 | 1 206 | 90 | 5,6 |
| | Storby ekskl Oslo | 1 219 | 1 253 | 1 248 | 93 | 2,4 |
| | Oslo | 1 367 | 1 391 | 1 363 | 102 | -0,3 |
| Vest | Under 5000 innb. | 2 057 | 2 083 | 2 078 | 155 | 1,0 |
| | 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | 1 117 | 1 157 | 1 138 | 85 | 1,9 |
| | 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | 1 121 | 1 177 | 1 149 | 86 | 2,6 |
| | Over 20000 innb. | 969 | 991 | 1 028 | 77 | 6,1 |
| | Storby | 1 377 | 1 391 | 1 396 | 104 | 1,4 |
| Midt-Norge | Under 5000 innb. | 1 989 | 2 059 | 2 078 | 155 | 4,5 |
| | 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | 1 422 | 1 504 | 1 490 | 111 | 4,8 |
| | 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | 1 096 | 1 157 | 1 154 | 86 | 5,3 |
| | Over 20000 innb. | 1 099 | 1 167 | 1 181 | 88 | 7,5 |
| | Storby | 1 216 | 1 306 | 1 335 | 99 | 9,8 |
| Nord | Under 5000 innb. | 2 224 | 2 320 | 2 305 | 172 | 3,6 |
| | 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | 1 381 | 1 472 | 1 568 | 117 | 13,6 |
| | 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | 1 602 | 1 692 | 1 650 | 123 | 3,0 |
| | Over 20000 innb. | 1 297 | 1 339 | 1 344 | 100 | 3,7 |
| | Storby | 862 | 903 | 903 | 67 | 4,7 |

1) Brukerbetalinger til primærhelsetjenester omfatter funksjonene 232, 233, 234, 253, 254 og 261 i KOSTRA (ssb.no).

Pasienter og mottakere av helse- og omsorgstjenester

Fra 2011 til 2013 var det tydelig vekst i antall pasienter hos fysioterapeut, pasienter som oppsøkte legevakt og for mottakere av tidsbegrenset opphold i institusjon. Det var også en vekst i mottakere av hjemmesykepleie. Veksten av pasienter i spesialisthelsetjenesten, både totalt og for pasienter som inngår i grunnlaget for kommunal medfinansiering var lavere, og omtrent på nivå med befolkningsøkningen i denne perioden.

For tidsbegrensede opphold på institusjon, mottakere av hjemmesykepleie og hjemmetjenester generelt, ser vi tydeligere vekst i årene 2012-2013 enn i årene før samhandlingsreformen (2009-10). Om lag 10 000 flere personer mottok en eller flere omsorgstjenester fra kommunen i 2013 enn i 2011. I spesialisthelsetjenesten ser vi derimot ingen tydelige skift som kan knyttes til samhandlingsreformen for verken innlagte pasienter, pasienter på poliklinikk eller for aktivitet knyttet til kommunal medfinansiering. Det har imidlertid vært vesentlige endringer i antall opphold og liggedager for utskrivningsklare pasienter. Dette beskrives nærmere i kapittel 13.

Antallet mottakere av langtidsplasser er tilnærmet stabilt i perioden.

Det er større variasjoner mellom kommunegruppene når det gjelder bruk av legevakt og fysioterapeut, samt mottakere av omsorgstjenester, enn det er for bruk av spesialisthelsetjenester. Dette gjelder både for befolkningen i alt og for de eldste pasientene/mottakerne over 80 år.

3.1 Innledning

I dette kapitlet beskrives utviklingen i omfanget av pasienter og mottakere av helse- og omsorgstjenester i både somatisk spesialisthelsetjeneste og primærhelsetjenesten¹, totalt og for eldre over 80 år. Den demografiske utviklingen med økt antall eldre og andel eldre gjør det viktig å følge utviklingen i bruken av tjenestene.

Formålet med dette kapitlet er å gi en samlet oversikt over antall pasienter og mottakere av helse- og omsorgstjenester i ulike deler av spesialist- og primærhelsetjenesten. Vi vil fokusere på sammenligninger i bruk av tjenester og dekningsgrad for ulike typer av helse- og omsorgstjenester. De ulike tjenestene beskrives i forhold til endringer over tid og tilbud, samt i forhold til variasjoner mellom regioner og kommunegrupper.

3.2 Bruk av spesialisthelsetjenester og primærhelsetjenester i 2013

I 2013 hadde 35,3 prosent av befolkningen i Norge minst en kontakt med den somatiske spesialisthelsetjenesten. 12 prosent var innlagt ved sykehus, mens 31,9 hadde en eller flere kontakter med poliklinikk i spesialisthelsetjenesten (figur 3.1).

Nær 95 prosent av alle pasienter som var i kontakt med spesialisthelsetjenesten var omfattet av kommunal medfinansiering (KMF). 61,5 prosent av de innlagte pasientene og 97,4 prosent av de polikliniske pasientene var omfattet av kommunal medfinansiering.

6,8 prosent av befolkningen totalt, og 68 prosent av eldre over 80 år mottok minst en omsorgstjeneste av kommu-

1) Primærhelsetjeneste i dette kapitlet er avgrenset til omsorgstjenester (mottakere totalt, mottakere av hjemmesykepleie og mottakere av langtidsplasser), fastlege, fysioterapeut og legevakt.

nen i 2013. 77,2 prosent av befolkningen hadde en eller flere kontakter med fastlege mens 22,1 prosent hadde kontakt med legevakten og i underkant av 9 prosent hadde vært til fysioterapeut. Det er en økning i antall pasienter som var i kontakt med både legevakten og fysioterapeut siste år.

For eldre over 80 år hadde 97 prosent vært i kontakt med fastlegen, 38 prosent hadde vært på legevakten, mens om lag 13 prosent hadde vært i kontakt med fysioterapi-tjenesten. Om lag 65 prosent av eldre over 80 år var i kontakt med spesialisthelsetjenesten og 68 prosent av de over 80 år mottok omsorgstjenester. 41 prosent mottok hjemmesykepleie, mens 30,5 prosent mottok praktisk bistand i hjemmet. Det var en nedgang på nær 1 prosentpoeng fra forrige år. Av de som mottar praktisk bistand utgjør eldre over 80 år nær 50 prosent.

3.3 Utviklingen i perioden fra 2011-2013

I perioden fra 2011 til 2013 økte befolkningen med 2,5 prosent, mens det var nedgang i antall eldre på 0,4 prosent. For at befolkningens tilgjengelighet til helse- og omsorgstjenester skal opprettholdes i perioden må antall

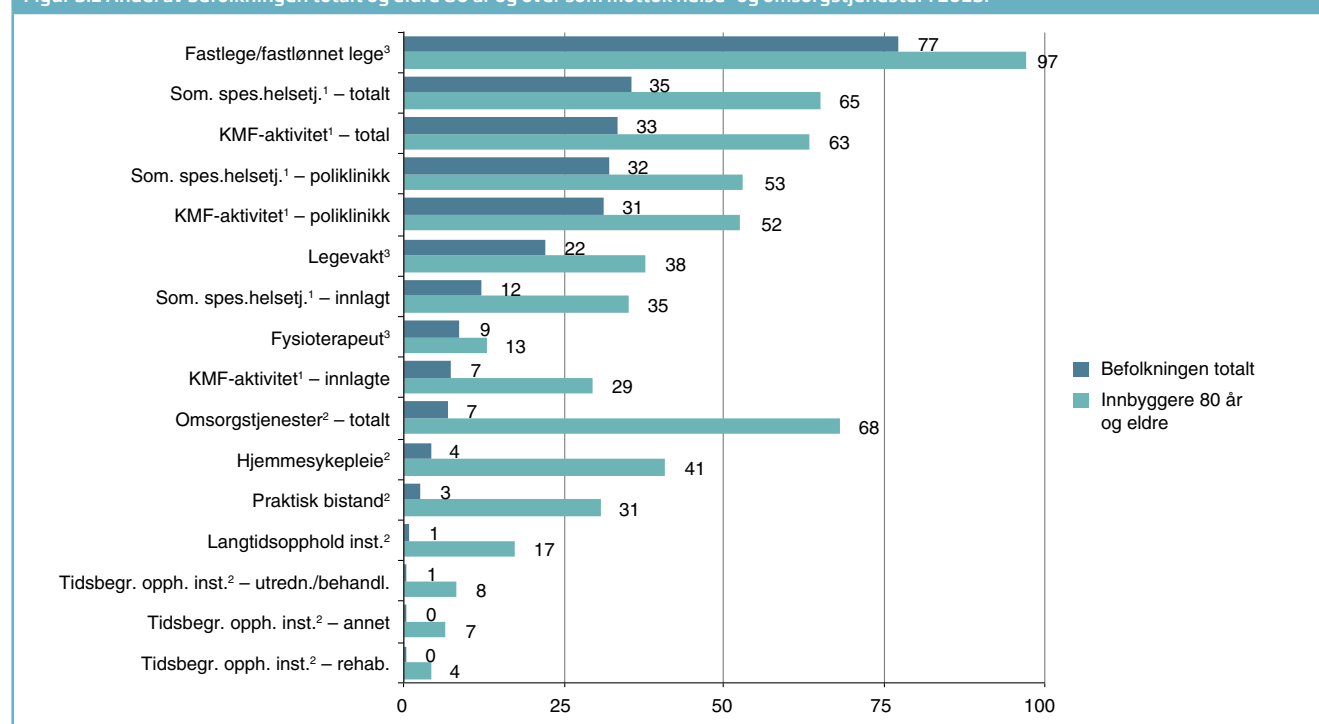
pasienter og mottakere ha økt tilsvarende. Befolkningsveksten har kommet i gruppen yngre eldre (67-79 år) som har økt med 10,4 prosent i perioden fra 2011 til 2013.

Pasienter og mottakere

Tabell 3.1 viser antall pasienter og mottakere for perioden 2009 til 2013. I perioden fra 2011 til 2013 har antall pasienter i spesialisthelsetjenesten økt med om lag 36 000, det tilsvarer en prosentvis vekst på 2,1 prosent. Dette er noe lavere enn befolkningsveksten. Veksten for innlagte pasienter (3 pst) var noe høyere enn for polikliniske pasienter (2,1 pst). For pasienter omfattet av kommunal medfinansiering (KMF) var veksten 3,4 prosent. I spesialisthelsetjenesten er det ingen tydelige skift i veksten av pasienter og aktivitet for årene før og etter reformen.

Om lag 10 000 flere personer mottok en eller flere omsorgstjenester i kommunen i 2013 enn i 2011. Dette tilsvarer en vekst på 3,1 prosent. Mye av økningen er knyttet til veksten i mottakere av hjemmesykepleie og korttidsopphold. Antall mottakere av langtidsopphold har vært stabilt, mens det blir færre mottakere av praktisk bistand. Dette følger tidligere års trend med nedgang i tjenestetilbudet. Veksten i korttidsopphold og hjemme-

Figur 3.1 Andel av befolkningen totalt og eldre 80 år og over som mottok helse- og omsorgstjenester i 2013.



1) Data fra Norsk pasientregister

2) Data fra SSB-IPLoS

3) Data fra KUHR-HELFO

sykepleie har vært høyere i perioden etter samhandlingsreformen enn i perioden 2009-2011. Se kapittel 11 og 12 for nærmere beskrivelse av utviklingen i korttidsopphold og hjemmetjenester.

Helsedirektoratet har også i år samlet inn opplysninger om aktiviteten i det kommunale døgntilbudet for øyeblikkelig hjelp som er under oppbygging. Se kapittel 10 for nærmere informasjon om pasienter og aktivitet i dette tilbudet.

Veksten i antall pasienter som oppsøkte legevakt og antall mottakere av fysioterapi fortsetter i 2013. Pasienter hos legevakt økte med nær 90 000 pasienter fra 2012 til 2013 og det utgjør en prosentvis vekst på 8,7. For perioden 2011-13 er det en vekst på 12 prosent. For mottakere av fysioterapi er veksten på nær 16 prosent i 2013, mens det for perioden har vært en økning på 21 prosent. Antall pasienter hos fastlegen økte med 1,4 prosent siste år, dette utgjør omtrent 56 000 flere pasienter i 2013 og følger siste års trend med jevn økning.

Som tidligere vist har det vært en liten nedgang i befolkningen over 80 år de siste 3 årene. For denne pasientgruppen har det vært en liten økning i antall pasienter i spesialisthelsetjeneste i perioden fra 2011 til 2013. Sterkest vekst har det vært for polikliniske pasienter. Omfanget av eldre mottakere av omsorgstjenester har vært stabilt i perioden, men det har vært en nedgang i antall mottakere av praktisk bistand på 4,7 prosent, samtidig ser man en økning i antall mottakere av korttidsopphold (tidsbegrenset opphold i institusjon). Dette omtales ytterligere i kapittel 11 og 12.

Opphold og konsultasjoner

Tabell 3.3 viser utviklingen i antall opphold og konsultasjoner i spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Det har vært en vekst i polikliniske konsultasjoner siste år, mens antall innleggelser er stabilt. For primærhelsetjenesten er det en nedgang i antall konsultasjoner hos fastlege og legevakt siste år, men en betydelig vekst i antall konsultasjoner hos fysioterapeut på nær 13 prosent siste år.

For eldre pasienter er det tilsvarende funn, økt omfang av polikliniske konsultasjoner og betydelig vekst i konsultasjoner hos fysioterapeut. Det var også en viss vekst i antall konsultasjoner hos legevakt.

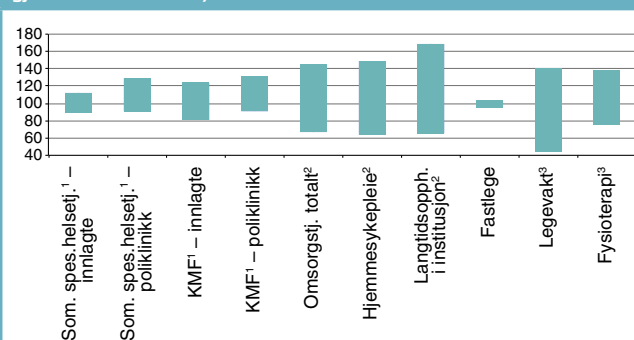
3.4 Variasjoner i helse- og omsorgstjenester mellom regioner og kommunegrupper i 2013

Tabell 3.4-3.5 viser kommunegruppenes og regionenes relative nivå av pasienter og mottakere av helse- og omsorgstjenester og tabell 3.6 beskriver utviklingen over tid. Det relative nivået viser kommunegruppens nivå av pasienter/mottakere i relasjon til landsgjennomsnittet som tilsvarer 100. Når kommunegruppen har et nivå på 108, betyr dette at de har 8 prosent høyere antall pasienter/mottakere av denne helsetjenesten enn landsgjennomsnittet. Tilsvarende vil et nivå på 91 si at regionene eller kommunegruppen ligger 9 prosent under landsgjennomsnittet. Det relative nivået er dermed godt egnet til å beskrive variasjonen mellom kommunegrupper og regioner.

Figurene 3.2-3.3 viser variasjoner mellom de ulike kommunegruppene i tilbudet og bruk av ulike helse- og omsorgstjenester for befolkningen i alt og for befolkningen over 80 år. Søylene i figuren beskriver kommunegrupper med laveste og høyeste relative nivå. Lange søyler indikerer større variasjoner, mens korte søyler indikerer mindre variasjoner.

Det er størst variasjoner i kommunegruppene når det gjelder omsorgstjenester og da spesielt for langtidsopphold i institusjon og for pasienter hos legevakt, mens variasjonene er mindre for spesialisthelsetjenesten og for antall pasienter hos fastlege. I spesialisthelsetjenesten er det dog noe større variasjon for innlagte pasienter som er omfattet av kommunal medfinansiering enn for innlagte pasienter i alt.

Figur 3.2 Variasjoner mellom kommunegrupper i antall pasienter og mottakere av helse- og omsorgstjenester i 2013. Relativt nivå (landsgjennomsnitt=100).

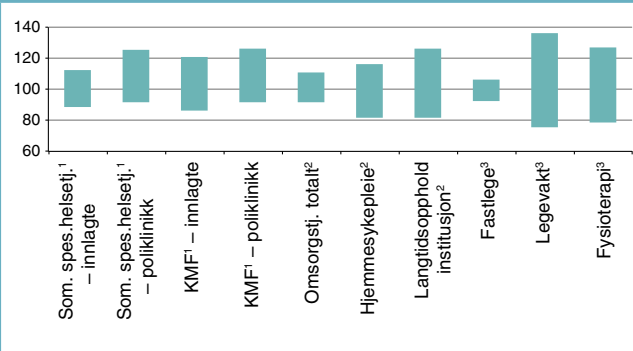


1) Data fra Norsk pasientregister

2) Data fra SSB-IPLOS

3) Data fra KUHR-HELFO

Figur 3.3 Variasjoner mellom kommunegrupper i antall pasienter og mottakere 80 år og over av helse- og omsorgstjenester i 2013. Relativt nivå (landsgjennomsnittet=100).



1) Data fra Norsk pasientregister

2) Data fra SSB-IPLoS

3) Data fra KUHR-HELFO

For de eldre 80 år og over er det minst variasjon mellom kommunegruppene i antall pasienter hos fastlegen og i spesialisthelsetjenesten, men også her ser man at innlagte pasienter som er omfattet av kommunal medfinansiering har en større variasjon enn innlagte pasienter i alt. Den største variasjonen finner vi i antall pasienter hos legevakt. For de eldre er det noe mindre variasjon mellom kommunegruppene når det gjelder omsorgstje-

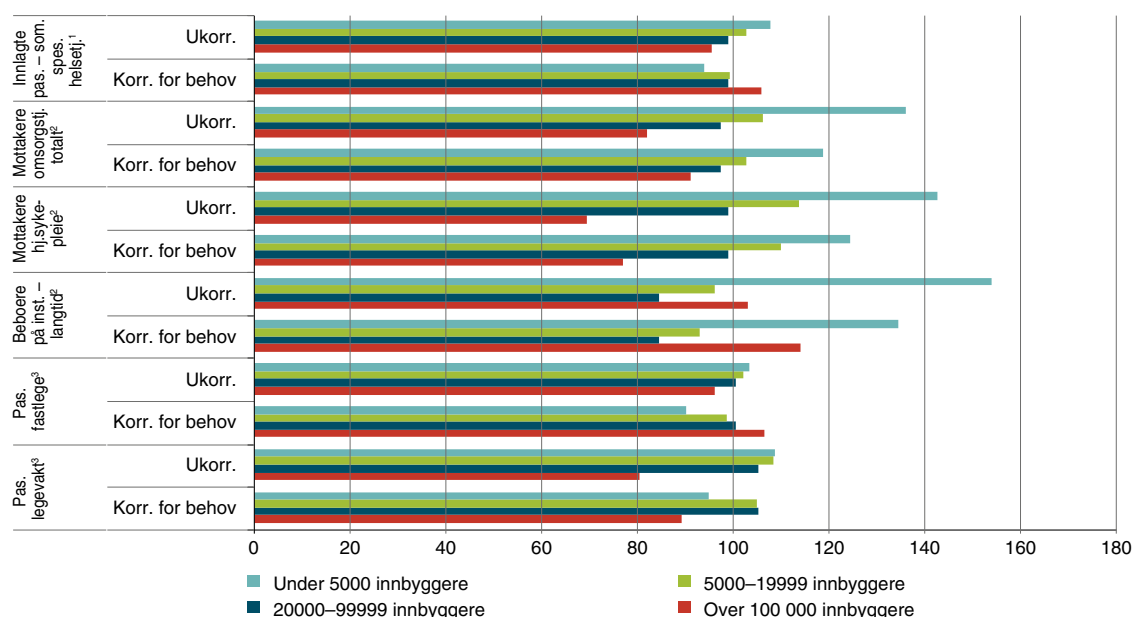
nestene enn befolkningen i alt, dette henger sammen med at dekningsgraden er høyere i denne aldersgruppen.

Variasjoner i kommunestørrelse

I figur 3.4 blir det relative nivået for kommunestørrelse beskrevet. For både somatiske spesialisthelsetjenester og omsorgstjenester totalt er det en tendens til at små kommuner har høyere nivå av pasienter og mottakere enn større kommuner. Forskjellene som er knyttet til kommunestørrelse er størst for mottakere av hjemmesykepleie og minst for pasienter hos fastlege. Figuren viser også kommunegruppens relative nivå korrigert for behovet for tjenester (NOU 2008:2). Når vi korrejerer for behov finner vi at effekten av kommunestørrelse blir mindre og for spesialisthelsetjenesten og pasienter hos fastlege snus effekten av kommunestørrelse. For antall mottakere av hjemmesykepleie og omsorgstjenester totalt er det betydelige forskjeller knyttet til kommunestørrelse selv når vi korrejerer for behov.

For befolkningen i alt er det størst variasjon mellom kommunegruppene når det gjelder langtidsopphold i kommunale institusjoner (tabell 3.4). Raten varierer mellom 65 til 169 prosent av landsgjennomsnittet. Høyeste nivå

Figur 3.4 Relativt nivå av pasienter og mottakere av helse- og omsorgstjenester per 1000 innbygger etter kommunestørrelse 2013 med og uten korreksjon av behov for helsetjenester (NOU 2008:2). Landsgjennomsnittet =100.



1) Data fra Norsk pasientregister

2) Data fra SSB-IPLoS

3) Data fra KUHR-HELFO

finner man i små kommuner med færre enn 5000 innbyggere (alle regioner). Storbyene har et nivå som er likt landsgjennomsnittet, eneste unntak er Tromsø (storby i Nord) som ligger på 65 prosent av landsgjennomsnittet.

For mottakere av fysioterapi er det tilsvarende forskjeller, små kommuner har høyere nivå enn større kommuner. Nivået for brukere av fysioterapitjenesten er betydelig høyere i Nord enn i andre regioner. Nivået er 30 prosent høyere enn landsgjennomsnittet.

For spesialisthelsetjenesten er variasjonene størst for pasienter som er omfattet av kommunal medfinansiering. Det laveste nivået av innlagte pasienter i KMF er i storbyene, mens det høyeste nivået er i små kommuner med under 5000 innbyggere samt i mellomstore kommuner med kort reisevei til sykehus.

Det er en tendens til at nivået av pasienter hos legevakt er høyere i små og mellomstore kommuner og lavere i storbyene. Det høyeste nivået av pasienter hos legevakt finner vi for små kommuner med under 5000 innbyggere i Nord, mens Oslo har det laveste nivået. Region Nord har et nivå som er 20 prosent høyere enn landsgjennomsnittet, mens de andre regionene er på landsgjennomsnittet.

Tabell 3.6 beskriver den prosentvise endringen i antall pasienter og mottakere av helse- og omsorgstjenester fra 2011 til 2013². Utviklingen i den somatiske spesialisthelsetjenesten varierer mellom de ulike kommunegruppene og regionene.

Region Midt-Norge har den største veksten av alle regioner i antall pasienter innlagt i spesialisthelsetjenesten, det er en økning i antall pasienter innlagt i alle kommunegruppene i regionen. Størst vekst ser man i Trondheim (storby).

For polikliniske pasienter er det region Vest som har den største økning i antall pasienter, der er det en lik vekst i alle kommunegruppene.

For mottakere av omsorgstjenester totalt er det en lik utvikling i alle regioner med unntak av Vest. De har en lavere vekst i mottakere av omsorgstjenester enn andre

regioner. Den lave veksten kan knyttes til nedgangen i antall langtidsplasser og mottakere av praktisk bistand, samt at det er svakere vekst i mottakere av hjemmesykepleie enn for de andre regionene. Region Vest har som eneste region en reduksjon i antall mottakere av langtidsplasser, nedgangen er større i små kommuner enn i store kommuner i regionen. Storbyene i alle regioner har en vekst i tjenestetilbudet.

Den sterke veksten i brukere av fysioterapi er stor i alle regioner og kommunegrupper, sterkest er veksten i storbyer i Sør-Øst og i store kommuner i Nord.

For brukere av legevakt ser man at det er visse *regionale* forskjeller, der Sør-Øst og Nord har den sterkeste veksten fra 2011 til 2013. I Sør-Øst er det en tendens til at veksten er større i små og mellomstore kommuner enn for storbyene og Oslo. I Nord ser man den sterkeste veksten i de store kommunene med over 20000 innbyggere.

Pasienter og mottakere over 80 år

For de eldre er det størst variasjon mellom kommunene når det gjelder pasienter hos legevakt og pasienter hos fysioterapeut, samt for mottakere av langtidsplasser i institusjon (tabell 3.5). Pasientratene hos legevakt varierer betydelig og ligger mellom 75 og 136 prosent av landsgjennomsnittet. Det er en tendens til at små kommuner har flere pasienter som bruker legevakt enn større kommuner. Unntaket er Tromsø, som har et nivå på 23 prosent over landsgjennomsnittet. Storbyene i Vest og Sør-Øst har et nivå som er om lag 20 prosent lavere enn landsgjennomsnittet, mens Trondheim er på landsgjennomsnittet.

Pasientratene for fysioterapi varierer mellom 78 og 127 prosent av landsgjennomsnittet. Det er en tendens til at større kommuner har høyere nivå enn mindre kommuner. Det høyeste nivået finner man i Oslo (121) og store kommuner i Nord (127), men Tromsø skiller seg ut gjennom å ha et lavere nivå enn andre kommuner i regionen (92).

For mottakere av langtidsplasser i institusjon er det en stor variasjon mellom kommunegruppene, de høyeste ratene finner vi i storbyene og i små kommuner med mindre enn 5000 innbyggere. Sammenstiller man dette

2) Endringstall av absolutte tall.

med variasjonene i mottakere av hjemmesykepleie (82-116) finner man at storbyene har lavere ratene for hjemmesykepleie og høyt nivå av institusjonsplasser for eldre. Små og mellomstore kommuner har et høyere nivå av hjemmesykepleie enn store byer, og små kommuner har et høyt nivå av både hjemmesykepleie og langtids-plasser for eldre.

For eldre pasienter er det et høyere nivå av innleggelser på sykehus i større kommuner enn i små. Samtidig øker variasjonene mellom kommunegruppene når man ser på eldre pasienter omfattet av kommunal medfinansiering (92-126). For polikliniske konsultasjoner er det mindre variasjoner knyttet til kommunestørrelse, men avstand til sykehus kan ha betydning. Kommuner med kort reise-avstand til sykehus har et høyere nivå enn tilsvarende store kommuner med lengre reiseavstand.

Forskjellen mellom kommunegrupper er minst når det gjelder eldres bruk av fastleger. Ratene varierer mellom 92-106 av landsgjennomsnittet. Tendensen er at nivået er høyest i små kommuner og lavest i storbyene.

Det er blant eldre pasienter hos legevakt og fysioterapeut man også finner de største *regionale* forskjellene. I tillegg er det er det noe større regionale variasjoner blant eldre mottakere av langtidsplasser enn for det resterende tjenestetilbudet. Region Nord har det høyest nivået av eldre pasienter hos legevakt og ligger betydelig høyere enn de andre regionene. Region Sør-Øst og Nord har også betydelig høyere nivå av pasienter hos fysioterapeut enn Region Vest og Midt-Norge. Blant mottakere av langtidsplasser har Region Sør-Øst det laveste nivå (96 pst), mens Nord har et nivå som er betydelig høyere enn de andre regionene.

3.5 Datagrunnlag og definisjoner

I dette kapitlet er det benyttet data fra Norsk Pasientregister (NPR), SSB-IPLoS, KUHR-HELFO og SSB-KOSTRA. Data fra spesialisthelsetjenesten er fra NPR, data for omsorgssektoren i primærhelsetjenesten er fra SSB-IPLoS, mens data fra fastleger, legevakt og fysioterapi er fra KUHR-HELFO. Befolkningstallene er fra SSB-KOSTRA.

Data fra spesialisthelsetjenesten er avgrenset til å gjelde somatisk sektor og er basert på analyse av data fra NPR fra 2009 til 2013. Det skilles mellom somatisk spesialisthelsetjeneste totalt og aktivitet som omfattes av kommunal medfinansiering (KMF). Data er analysert med utgangspunkt i pasientens bosted og er uavhengig av hvilket sykehus pasienten er behandlet ved.

Data for fastleger (inkl. fastlønnet leger), legevakt og fysioterapi er fra KUHR-HELFO og baserer seg på refusjoner som behandler har fått ut betalt fra HELFO. Data gjelder konsultasjoner og kontakter for 2009-2013 uavhengig når disse er utbetalt. Tallene vil derfor avvike fra HELFO-tall som gjelder antallet utbetalte refusjoner for det aktuelle regnskapsåret. Data er basert på pasientens bostedskommune og gjelder refusjoner som inneholder pasientens FNR/DNR. HELFO oppgir at det mangler informasjon om bostedskommune for rundt 1 prosent av refusjonene for fastlege/fastlønnet lege (2013). For pasienter som har flyttet i løpet av året vil disse personene opptre i flere kommuner og de geografiske oversiktene over bruk av fastlege, legevakt og fysioterapeut summeres opp til høyere bruk enn de nasjonale tallene. Det vil derfor være noe avvik mellom nasjonale tall og sumtall for tjenestene.

For bruk av fastlege blant eldre 80 år og over finner vi i noen tilfeller at antallet eldre pasienter overstiger antall innbyggere 80 år og eldre. For disse kommunene har vi valgt å sette antall pasienter lik antall innbyggere.

Data for omsorgssektoren er hentet fra SSB-IPLoS og gjelder sum mottakere av hjemmetjenester og institusjonstjenester i løpet av året.

Det mangler data fra noen kommuner i SSB-IPLoS. Vi har valgt å ta ut befolkningstall fra beregninger der det mangler tall eller tall ikke er tilgjengelig. Dette vil kunne medføre at enkelte kommunegrupper vil bestå av kun enkelte kommuner og dermed gi et avvikende resultat enn dersom alle kommuner ble inkludert. Oversikt over kommuner med manglende data er å finne i vedlegg til rapport, publisert på helsedirektoratet.no

Tabell 3.1 Pasienter og mottakere av helse- og omsorgstjenester i spesialist- og primærhelsetjenesten 2009-2013.

| | | Antall pasienter/mottakere (N=) | | | | Pst endring | |
|--|--|---------------------------------|-----------|-----------|-----------|-------------|---------|
| | | 2009 | 2011 | 2012 | 2013 | 2009-11 | 2011-13 |
| Pasienter og mottakere i befolkningen totalt | | | | | | | |
| Somatisk spesialist-helsetjenesten ¹ | Totalt | 1 718 712 | 1 767 166 | 1 785 141 | 1 803 497 | 2,8 | 2,1 |
| | Innlagt | 584 248 | 596 900 | 614 049 | 614 631 | 2,2 | 3,0 |
| | Poliklinikk | 1 550 898 | 1 597 072 | 1 608 758 | 1 630 098 | 3,0 | 2,1 |
| | KMF* - total | 1 605 923 | 1 660 068 | 1 677 139 | 1 699 690 | 3,4 | 2,4 |
| | KMF* - innlagte | 365 302 | 374 783 | 376 664 | 378 155 | 2,6 | 0,9 |
| | KMF* - poliklinikk | 1 492 374 | 1 544 991 | 1 564 714 | 1 588 265 | 3,5 | 2,8 |
| | Innlagt akutt medisinsk behandling | 396 121 | 389 125 | 391 772 | 389 605 | -1,8 | 0,1 |
| Omsorgs-tjenesten ² (Antall mottakere i løpet av året) | Omsorgstjenester | 332 811 | 334 763 | 341 519 | 345 254 | 0,6 | 3,1 |
| | Praktisk bistand | 138 876 | 137 117 | 136 255 | 135 309 | -1,3 | -1,3 |
| | Hjemmesykepleie | 192 069 | 197 054 | 204 315 | 208 263 | 2,6 | 5,7 |
| | Andre tjenester i hjemmet | 243 581 | 201 723 | 202 038 | 194 388 | -17,2 | -3,6 |
| | Langtids opphold i institusjon | 49 263 | 48 619 | 48 822 | 48 284 | -1,3 | -0,7 |
| | Tidsbegrenset opphold i institusjon - totalt | 52 177 | 54 091 | 60 513 | 61 920 | 3,7 | 14,5 |
| Øvrig primær-helsetjeneste ³ | Fastlege/fastlønnet lege | - | 3 842 921 | 3 887 992 | 3 944 346 | - | 2,6 |
| | Fysioterapeut | 250 385 | 373 245 | 389 554 | 451 311 | - | 20,9 |
| | Legevakt | 906 334 | 1 007 098 | 1 037 786 | 1 127 766 | 11,1 | 12,0 |
| Pasienter og mottakere i befolkningen 80 år og eldre | | | | | | | |
| Somatisk spesialist-helsetjenesten ¹ | Totalt | 139 963 | 142 753 | 143 662 | 143 349 | 2,0 | 0,4 |
| | Innlagt | 76 751 | 77 258 | 78 107 | 77 328 | 0,7 | 0,1 |
| | Poliklinikk | 111 117 | 115 015 | 116 543 | 117 041 | 3,5 | 1,8 |
| | KMF* - total | 135 477 | 138 822 | 139 815 | 139 773 | 2,5 | 0,7 |
| | KMF* - innlagte | 65 177 | 64 922 | 65 687 | 65 014 | -0,4 | 0,1 |
| | KMF* - poliklinikk | 108 962 | 113 757 | 115 297 | 115 891 | 4,4 | 1,9 |
| | Innlagt akutt medisinsk behandling | 60 263 | 59 978 | 60 826 | 59 868 | -0,5 | -0,2 |
| Omsorgs-tjenesten ² (Antall mottakere i løpet av året) | Omsorgstjenester | 151 457 | 150 563 | 151 506 | 149 982 | -0,6 | -0,4 |
| | Praktisk bistand | 72 981 | 70 768 | 69 368 | 67 431 | -3,0 | -4,7 |
| | Hjemmesykepleie | 86 900 | 88 427 | 90 250 | 90 032 | 1,8 | 1,8 |
| | Langtids opphold i institusjon | 38 901 | 38 431 | 38 612 | 38 119 | -1,2 | -0,8 |
| | Tidsbegrenset opphold i institusjon - totalt | 33 137 | 33 864 | 37 357 | 37 459 | 2,2 | 10,6 |
| Øvrig primær-helsetjeneste ³ | Fastlege/fastlønnet lege | - | 215 118 | 216 402 | 214 295 | - | -0,4 |
| | Fysioterapeut | 15 158 | 24 326 | 25 947 | 28 192 | - | 15,9 |
| | Legevakt | 71 830 | 78 090 | 81 980 | 83 451 | 8,7 | 6,9 |

1) Data fra Norsk pasientregister

2) Data fra SSB-IPLOS

3) Data fra KUHR-HELFO. Tall for fastlege er ikke tilgjengelig for 2009. KUHR inneholder kun elektronisk registrerte krav fra fysioterapeuter. Andelen elektroniske krav har økt frem mot 2011 og gitt en kunstig vekst for disse områdene. Endringstall er derfor ikke med i tabellen.

*) Tall for KMF-aktivitet i dette kapittelet kan være høyere enn det som kommunene delfinansierer. Dette skyldes at finansieringsgrunnlaget beregnes ut fra data for Innsatsstyrt finansiering, mens data i dette kapittelet inkluderer alle data fra Norsk pasientregister.

Tabell 3.2 Pasienter og mottakere av helse- og omsorgstjenester i spesialist- og primærhelsetjenesten per 1000 innbyggere 2009-2013.

| | | Antall pasienter/mottakere per 1000 innbygger | | | | |
|--|------------------------------------|---|------|------|------|------|
| | | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
| Pasienter og mottakere i befolkningen totalt | | | | | | |
| Somatisk spesialist-helsetjeneste ¹ | Totalt | 354 | 351 | 354 | 353 | 353 |
| | Innlagt | 120 | 118 | 120 | 122 | 120 |
| | Poliklinikk | 319 | 319 | 320 | 318 | 319 |
| | KMF* - total | 331 | 329 | 333 | 332 | 333 |
| | KMF* - innlagte | 75 | 74 | 75 | 75 | 74 |
| | KMF* - poliklinikk | 307 | 307 | 310 | 310 | 311 |
| | Innlagt akutt medisinsk behandling | 82 | 79 | 78 | 78 | 76 |
| Omsorgs-tjenesten ² (Antall mottakere i løpet av året) | Omsorgstjenester | 69 | 67 | 67 | 68 | 68 |
| | Praktisk bistand | 29 | 28 | 28 | 27 | 26 |
| | Hjemmesykepleie | 40 | 39 | 40 | 40 | 41 |
| | Andre tjenester i hjemmet | 50 | 41 | 40 | 40 | 38 |
| | Langtidsopphold | 10 | 10 | 10 | 10 | 9 |
| | Tidsbegrenset opphold - totalt | 11 | 11 | 11 | 12 | 12 |
| Øvrig primær-helsetjeneste ³ | Fastlege | - | 759 | 771 | 770 | 772 |
| | Fysioterapeut | 52 | 64 | 75 | 77 | 88 |
| | Legevakt | 187 | 193 | 202 | 205 | 221 |
| Pasienter og mottakere i befolkningen 80 år og eldre | | | | | | |
| Somatisk spesialist-helsetjeneste ¹ | Totalt | 636 | 634 | 644 | 648 | 649 |
| | Innlagt | 349 | 346 | 349 | 352 | 350 |
| | Poliklinikk | 505 | 514 | 519 | 526 | 530 |
| | KMF* - total | 616 | 615 | 627 | 631 | 633 |
| | KMF* - innlagte | 296 | 292 | 293 | 296 | 295 |
| | KMF* - poliklinikk | 495 | 505 | 513 | 520 | 525 |
| | Innlagt akutt medisinsk behandling | 274 | 271 | 271 | 275 | 271 |
| Omsorgs-tjenesten ² (Antall mottakere i løpet av året) | Omsorgstjenester | 688 | 682 | 679 | 684 | 679 |
| | Praktisk bistand | 332 | 324 | 319 | 313 | 305 |
| | Hjemmesykepleie | 395 | 397 | 399 | 407 | 408 |
| | Langtidsopphold | 177 | 174 | 173 | 174 | 173 |
| | Tidsbegrenset opphold - totalt | 151 | 151 | 153 | 169 | 170 |
| Øvrig primær-helsetjeneste ³ | Fastlege | - | 966 | 971 | 977 | 971 |
| | Fysioterapeut | 69 | 93 | 110 | 117 | 128 |
| | Legevakt | 326 | 345 | 352 | 370 | 378 |

1) Data fra Norsk pasientregister

2) Data fra SSB-IPLoS

3) Data fra KUHR-HELFO.

*) Tall for KMF-aktivitet i dette kapittelet kan være høyere enn det som kommunene delfinansierer. Dette skyldes at finansieringsgrunnlaget beregnes ut fra data for innsatsstyrt finansiering, mens data i dette kapittelet inkluderer alle data fra Norsk pasientregister.

Tabell 3.3 Opphold og konsultasjoner i spesialist- og primærhelsetjenesten 2009-2013.

| | | Antall konsultasjoner (N=) | | | | Pst endring | |
|--|------------------------------------|----------------------------|------------|------------|------------|-------------|---------|
| | | 2009 | 2011 | 2012 | 2013 | 2009-11 | 2011-13 |
| Opphold og konsultasjoner i befolkningen totalt: | | | | | | | |
| Somatisk spesialist-helse-tjeneste ¹ | Innleggelser | 1 079 681 | 1 093 737 | 1 128 272 | 1 132 817 | 1,3 | 3,6 |
| | Polikliniske konsultasjoner | 4 863 220 | 5 146 059 | 5 282 984 | 5 370 364 | 5,8 | 4,4 |
| | KMF* - innleggelser | 756 453 | 765 042 | 780 149 | 784 834 | 1,1 | 2,6 |
| | KMF* - polikliniske konsultasjoner | 4 631 285 | 4 890 298 | 5 038 963 | 5 126 560 | 5,6 | 4,8 |
| | Innlagt akutt medisinsk behandling | 543 206 | 534 794 | 542 816 | 539 877 | -1,5 | 1,0 |
| Øvrig primær-helse-tjeneste ² | Fastlege/fastlønnet lege | 12 244 840 | 13 340 580 | 13 567 009 | 13 370 379 | 8,9 | 0,2 |
| | Fysioterapeut | 5 539 370 | 7 875 714 | 7 985 553 | 8 860 552 | - | 12,5 |
| | Legevakt | 1 330 955 | 1 361 576 | 1 370 061 | 1 350 207 | 2,3 | -0,8 |
| Opphold og konsultasjoner pasienter 80 år og eldre: | | | | | | | |
| Somatisk spesialist-helse-tjeneste ¹ | Innleggelser | 170 593 | 171 000 | 174 603 | 174 084 | 0,2 | 1,8 |
| | Poliklinisk konsultasjon | 358 698 | 392 481 | 406 050 | 412 677 | 9,4 | 5,1 |
| | KMF* - innleggelser | 143 800 | 143 156 | 146 335 | 146 234 | -0,4 | 2,2 |
| | KMF* - poliklinisk konsultasjoner | 334 602 | 377 756 | 391 376 | 398 451 | 12,9 | 5,5 |
| | Innlagt akutt medisinsk behandling | 96 529 | 96 944 | 98 610 | 96 907 | 0,4 | 0,0 |
| Øvrig primær-helse-tjeneste ² | Fastlege/fastlønnet lege | 966 704 | 1 067 081 | 1 109 111 | 1 099 896 | 10,4 | 3,1 |
| | Fysioterapeut | 357 822 | 565 571 | 597 638 | 674 930 | - | 19,3 |
| | Legevakt | 69 893 | 73 685 | 76 923 | 77 902 | 5,4 | 5,7 |

1) Data fra Norsk pasientregister

2) Data fra KUHR-HELFO. KUHR inneholder kun elektronisk registrerte krav fra fysioterapeuter. Andelen elektroniske krav har økt frem mot 2011 og gitt en kunstig vekst for disse områdene. Endringstall er derfor ikke med i tabellen.

* Tall for KMF-aktivitet i dette kapittelet kan være høyere enn det som kommunene delfinansierer. Dette skyldes at finansieringsgrunnlaget beregnes ut fra data for innsatsstyrt finansiering, mens data i dette kapittelet inkluderer alle data fra Norsk pasientregister.

Tabell 3.4 Relativt nivå av pasienter og mottakere av helse- og omsorgstjenester per 1000 innbygger i 2013 (landsgjennomsnittet=100).

| Kommunegruppe | | Relativt nivå | | | | | | | | | |
|---------------|--|--------------------------------------|--------------|-------------------|------------------|-------------------------------|------------------------|-----------------|--|---------------|------------------|
| | | Somatisk spes. helsetj. ¹ | | | | Omsorgstjenester ² | | | Øvrig primærhelsetjeneste ³ | | |
| | | Innlagte pas. | Polikl. pas. | Innlagte pas. KMF | Polikl. pas. KMF | Mottakere totalt | Mottakere hj.sykepleie | Mottakere inst. | Pas. fastlege | Pas. legevakt | Pas. fysioterap. |
| Region | Sør-Øst | 98 | 97 | 100 | 97 | 100 | 99 | 95 | 100 | 96 | 101 |
| | Vest | 102 | 98 | 99 | 98 | 86 | 87 | 96 | 97 | 100 | 86 |
| | Midt-Norge | 102 | 105 | 98 | 105 | 111 | 109 | 112 | 101 | 100 | 99 |
| | Nord | 104 | 115 | 108 | 115 | 113 | 120 | 120 | 102 | 120 | 130 |
| | Totalt (prosent) | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| | Totalt per 1000 innbyggere | 353 | 319 | 74 | 311 | 68 | 41 | 9 | 786 | 217 | 88 |
| Sør-Øst | Under 5000 innb. | 105 | 102 | 112 | 102 | 137 | 146 | 137 | 104 | 96 | 111 |
| | 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | 100 | 97 | 103 | 97 | 110 | 117 | 94 | 103 | 104 | 113 |
| | 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | 103 | 105 | 112 | 105 | 110 | 117 | 89 | 103 | 104 | 96 |
| | Over 20000 innb. - lengre reiseavstand | 97 | 92 | 100 | 91 | 97 | 98 | 82 | 102 | 108 | 99 |
| | Over 20000 innb. - kort reiseavstand | 103 | 103 | 109 | 103 | 109 | 112 | 91 | 102 | 102 | 105 |
| | Storby ekskl Oslo | 96 | 92 | 98 | 91 | 100 | 95 | 89 | 99 | 102 | 97 |
| | Oslo | 93 | 99 | 87 | 99 | 77 | 63 | 102 | 95 | 73 | 89 |
| Vest | Under 5000 innb. | 108 | 106 | 110 | 107 | 119 | 126 | 150 | 100 | 105 | 92 |
| | 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | 105 | 99 | 102 | 98 | 91 | 97 | 81 | 99 | 118 | 98 |
| | 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | 107 | 108 | 108 | 109 | 93 | 97 | 82 | 101 | 106 | 75 |
| | Over 20000 innb. | 101 | 96 | 100 | 96 | 78 | 80 | 75 | 97 | 105 | 75 |
| | Storby | 99 | 96 | 93 | 95 | 77 | 74 | 100 | 95 | 87 | 82 |
| Midt-Norge | Under 5000 innb. | 108 | 113 | 109 | 113 | 144 | 149 | 166 | 104 | 96 | 116 |
| | 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | 100 | 106 | 98 | 106 | 110 | 116 | 113 | 101 | 102 | 101 |
| | 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | 103 | 109 | 102 | 110 | 102 | 119 | 83 | 101 | 105 | 98 |
| | Over 20000 innb. | 101 | 112 | 99 | 112 | 108 | 112 | 93 | 100 | 110 | 90 |
| | Storby | 100 | 92 | 89 | 91 | 95 | 68 | 99 | 101 | 93 | 94 |
| Nord | Under 5000 innb. | 110 | 115 | 118 | 116 | 141 | 146 | 169 | 104 | 141 | 130 |
| | 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | 107 | 110 | 112 | 110 | 118 | 127 | 113 | 103 | 124 | 135 |
| | 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | 112 | 129 | 123 | 130 | 113 | 125 | 122 | 104 | 119 | 138 |
| | Over 20000 innb. | 98 | 117 | 100 | 118 | 102 | 112 | 96 | 100 | 106 | 138 |
| | Storby | 90 | 101 | 81 | 100 | 67 | 70 | 65 | 98 | 99 | 102 |

1) Data fra Norsk pasientregister

2) Data fra SSB -IPLOS.

3) Data fra KUHR-HELFO. Total tall vil avvike fra sumtall da det ikke er tatt høyde for flyttinger i løpet av året.

* Tall for KMF-aktivitet i dette kapittelet kan være høyere enn det som kommunene delfinansierer. Dette skyldes at finansieringsgrunnlaget beregnes ut fra data for Innsatsstyrt finansiering, mens data i dette kapittelet inkluderer alle data fra Norsk pasientregister.

Tabell 3.5 Relativt nivå av pasienter og mottakere av helse- og omsorgstjenester per 1000 innbygger 80 år og over i 2013 (landsgjennomsnittet=100).

| Kommunegruppe | | Relativt nivå | | | | | | | | | |
|---------------|--|--------------------------------------|--------------|-------------------|------------------|-------------------------------|------------------------|-----------------|--|---------------|------------------|
| | | Somatisk spes. helsetj. ¹ | | | | Omsorgstjenester ² | | | Øvrig primærhelsetjeneste ³ | | |
| | | Innlagte pas. | Polikl. pas. | Innlagte pas. KMF | Polikl. pas. KMF | Mottakere totalt | Mottakere hj-sykepleie | Mottakere inst. | Pas. fastlege | Pas. legevakt | Pas. fysioterap. |
| Region | Sør-Øst | 98 | 97 | 98 | 97 | 99 | 97 | 96 | 100 | 95 | 106 |
| | Vest | 104 | 102 | 104 | 102 | 97 | 99 | 100 | 99 | 97 | 86 |
| | Midt-Norge | 100 | 103 | 100 | 103 | 104 | 105 | 106 | 102 | 105 | 92 |
| | Nord | 101 | 110 | 103 | 110 | 103 | 108 | 113 | 103 | 124 | 107 |
| | Totalt (prosent) | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| | Totalt per 1000 innbyggere | 350 | 530 | 295 | 525 | 685 | 408 | 176 | 972 | 374 | 88 |
| Sør-Øst | Under 5000 innb. | 89 | 92 | 86 | 92 | 107 | 109 | 108 | 105 | 96 | 90 |
| | 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | 92 | 94 | 90 | 94 | 98 | 102 | 93 | 102 | 94 | 100 |
| | 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | 102 | 100 | 104 | 100 | 99 | 106 | 90 | 103 | 102 | 82 |
| | Over 20000 innb. - lengre reiseavstand | 96 | 92 | 94 | 92 | 91 | 94 | 82 | 101 | 101 | 99 |
| | Over 20000 innb. - kort reiseavstand | 101 | 102 | 101 | 102 | 97 | 105 | 82 | 101 | 99 | 113 |
| | Storby ekskl Oslo | 101 | 96 | 101 | 97 | 97 | 97 | 91 | 99 | 104 | 109 |
| | Oslo | 107 | 100 | 110 | 100 | 107 | 82 | 122 | 92 | 75 | 121 |
| Vest | Under 5000 innb. | 99 | 96 | 98 | 96 | 107 | 108 | 116 | 104 | 106 | 86 |
| | 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | 102 | 98 | 101 | 98 | 100 | 107 | 85 | 102 | 113 | 82 |
| | 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | 108 | 102 | 108 | 102 | 93 | 99 | 83 | 97 | 102 | 79 |
| | Over 20000 innb. | 108 | 110 | 107 | 110 | 94 | 98 | 90 | 98 | 106 | 78 |
| | Storby | 106 | 105 | 106 | 105 | 94 | 91 | 109 | 95 | 81 | 92 |
| Midt-Norge | Under 5000 innb. | 94 | 104 | 93 | 103 | 111 | 114 | 114 | 105 | 101 | 100 |
| | 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | 97 | 101 | 97 | 101 | 103 | 107 | 111 | 103 | 106 | 85 |
| | 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | 102 | 100 | 103 | 99 | 100 | 116 | 83 | 101 | 104 | 93 |
| | Over 20000 innb. | 100 | 115 | 100 | 115 | 96 | 107 | 84 | 101 | 113 | 83 |
| | Storby | 110 | 95 | 110 | 94 | 106 | 87 | 121 | 97 | 104 | 101 |
| Nord | Under 5000 innb. | 94 | 100 | 94 | 100 | 109 | 109 | 126 | 106 | 136 | 102 |
| | 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | 99 | 105 | 100 | 105 | 100 | 106 | 104 | 104 | 124 | 108 |
| | 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | 112 | 126 | 120 | 126 | 101 | 105 | 110 | 102 | 122 | 99 |
| | Over 20000 innb. | 102 | 119 | 102 | 119 | 100 | 112 | 107 | 99 | 107 | 127 |
| | Storby | 111 | 111 | 111 | 111 | 100 | 109 | 103 | 98 | 123 | 92 |

1) Data fra Norsk pasientregister

2) Data fra SSB -IPLoS.

3) Data fra KUHR-HELFO. Total tall vil avvike fra sumtall da det ikke er tatt høyde for flyttinger i løpet av året.

* Tall for KMF-aktivitet i dette kapittelet kan være høyere enn det som kommunene delfinansierer. Dette skyldes at finansieringsgrunnlaget beregnes ut fra data for Innsatsstyrt finansiering, mens data i dette kapittelet inkluderer alle data fra Norsk pasientregister.

Tabell 3.6 Prosentvis endring av pasienter og mottakere av helse- og omsorgstjenester i 2011-2013.

| Kommunegruppe | | Prosentvis endring | | | | | | | | | |
|---------------|--|--------------------------------------|--------------|-------------------|------------------|------------------------------|-------------------------|-----------------|--|---------------|------------------|
| | | Somatisk spes. helsetj. ¹ | | | | Omsorgstjeneste ² | | | Øvrig primærhelsetjeneste ³ | | |
| | | Innlagte pas. | Polikl. pas. | Innlagte pas. KMF | Polikl. pas. KMF | Mottakere totalt | Mottakere hj. sykepleie | Mottakere inst. | Pas. fastlege | Pas. legevakt | Pas. fysioterap. |
| Region | Sør-Øst | 2,5 | 1,7 | 0,4 | 2,4 | 3,4 | 6,6 | 0,1 | 2,9 | 16,2 | 32,0 |
| | Vest | 3,1 | 4,6 | 1,4 | 5,2 | 1,2 | 1,9 | -1,6 | 3,9 | 11,6 | 23,8 |
| | Midt-Norge | 6,2 | 1,5 | 2,9 | 2,6 | 3,5 | 6,1 | -0,2 | 3,2 | 5,7 | 25,1 |
| | Nord | 1,1 | 0,2 | 0,2 | 0,7 | 3,5 | 6,0 | 0,4 | 1,3 | 13,7 | 33,1 |
| | Totalt (prosent) | 3,0 | 2,1 | 0,9 | 2,8 | 3,0 | 5,5 | -0,3 | 3,0 | 13,4 | 29,6 |
| Sør-Øst | Under 5000 innb. | -2,2 | -0,2 | -3,0 | 0,4 | -0,2 | 4,7 | -6,0 | 0,9 | 18,5 | 33,2 |
| | 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | 4,7 | 1,7 | 3,0 | 2,6 | 4,9 | 9,0 | -0,7 | 2,4 | 17,5 | 32,8 |
| | 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | 0,5 | -3,1 | -0,3 | -2,7 | 2,4 | 4,8 | -11,0 | 2,1 | 21,2 | 24,1 |
| | Over 20000 innb. - lengre reiseavstand | 5,0 | 1,8 | 3,8 | 2,7 | 2,2 | 4,1 | -0,2 | 2,9 | 18,6 | 30,4 |
| | Over 20000 innb. - kort reiseavstand | 2,5 | 2,2 | 1,4 | 2,9 | 1,4 | 5,2 | 1,0 | 2,1 | 24,0 | 30,9 |
| | Storby ekskl Oslo | 3,9 | 2,1 | 3,2 | 2,9 | 6,6 | 8,0 | 2,7 | 3,3 | 15,4 | 42,4 |
| | Oslo | -0,6 | 2,3 | -6,5 | 2,8 | 2,7 | 6,4 | 2,6 | 4,5 | 6,3 | 24,9 |
| Vest | Under 5000 innb. | 2,3 | 3,5 | 1,6 | 3,9 | -4,2 | 1,9 | -6,9 | 2,4 | 8,9 | 17,0 |
| | 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | 4,2 | 5,0 | 1,5 | 5,4 | 2,8 | 4,3 | -1,2 | 3,6 | 15,4 | 25,7 |
| | 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | 1,8 | 5,1 | 0,4 | 5,3 | 0,7 | 2,4 | -6,7 | 2,9 | 23,8 | 36,0 |
| | Over 20000 innb. | 2,6 | 4,9 | 0,7 | 5,6 | 8,9 | 8,4 | -2,0 | 5,4 | 23,4 | 18,9 |
| | Storby | 3,0 | 4,5 | 1,7 | 5,3 | 0,2 | -1,8 | 0,8 | 4,2 | 4,3 | 24,6 |
| Midt-Norge | Under 5000 innb. | 5,2 | 0,5 | 1,1 | 1,3 | 1,6 | 2,6 | 0,3 | 1,0 | 6,5 | 19,9 |
| | 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | 4,0 | 1,4 | 1,5 | 2,3 | 1,9 | 9,2 | -5,3 | 5,1 | 7,4 | 25,4 |
| | 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | 5,6 | -1,3 | 2,0 | -0,5 | 5,8 | 7,6 | -3,7 | 2,8 | 1,7 | 39,2 |
| | Over 20000 innb. | 4,8 | 0,1 | 3,4 | 1,3 | 5,7 | 4,6 | 4,0 | 2,3 | 8,3 | 20,4 |
| | Storby | 10,9 | 4,8 | 6,1 | 6,5 | 4,9 | 6,5 | 4,5 | 3,3 | 2,2 | 29,1 |
| Nord | Under 5000 innb. | 0,6 | -0,8 | -2,2 | -0,4 | 2,1 | 4,7 | -1,4 | 0,3 | 11,2 | 33,2 |
| | 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | 0,5 | -0,4 | 0,7 | 0,4 | 4,5 | 7,4 | 6,5 | 1,7 | 10,6 | 35,1 |
| | 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | 0,2 | 0,7 | 0,3 | 0,9 | 5,3 | 9,5 | -0,8 | 0,8 | 6,9 | 28,2 |
| | Over 20000 innb. | -0,1 | 1,2 | 1,4 | 1,7 | 1,5 | 2,8 | -2,7 | 1,4 | 30,3 | 36,0 |
| | Storby | 6,4 | 0,8 | 4,2 | 1,8 | 7,6 | 8,6 | 4,5 | 3,2 | 13,3 | 30,9 |

1) Data fra Norsk pasientregister

2) Data fra SSB -IPLOS.

3) Data fra KUHR-HELFO. Total tall vil avvike fra sumtall da det ikke er tatt høyde for flyttinger i løpet av året.

* Tall for KMF-aktivitet i dette kapittelet kan være høyere enn det som kommunene delfinansierer. Dette skyldes at finansieringsgrunnlaget beregnes ut fra data for Innsatsstyrt finansiering, mens data i dette kapittelet inkluderer alle data fra Norsk pasientregister.



4

Årsverk i helse- og omsorgstjenestene

Det har vært en dreining mot høyere kvalifisert personell i primærhelsetjenesten. Antall sykepleiere i omsorgstjenesten økte med 9 prosent i toårsperioden etter samhandlingsreformen. Veksten var sterkest for sykepleiere med spesialisering, hvor antallet økte med 12-17 prosent. Tallet på sykepleiere uten spesialisering økte med 7 prosent. Spesialisthelsetjenesten hadde samtidig en svakere vekst på 2 prosent i antall sykepleiere.

Fra 2011 til 2013 økte tallet på leger i spesialisthelsetjenesten med 6,3 prosent, og med 7,4 prosent i primærhelsetjenesten. Dette har gitt mer medisinsk-faglig kompetanse i hele helsetjenesten. I primærtjenesten tilsvarte veksten på 7,4 prosent om lag 350 legeårsverk. Veksten var fordelt på 200 flere fastleger og 150 flere leger i institusjoner for eldre og funksjonshemmede.

Tallet på fysio- og ergoterapeuter i primærhelsetjenesten økte med 6,5 prosent i toårsperioden, mot 1,7 prosent i spesialisthelsetjenesten. Veksten i primærhelsetjenesten var fordelt på en vekst i kommunalt ansatte fysio- og ergoterapeuter på om lag 12 prosent, samtidig som at tallet på fysioterapeuter med driftsavtale kun økte med 0,9 prosent.

4.1 Innledning

Med samhandlingsreformen som ble innført i 2012 har primærhelsetjenesten fått mer ansvar for befolkningens helse- og omsorgstilbud. Eksempler på dette er innføring av kommunale ø-hjelps-plasser, ansvar for pasienter som er utskrivningsklare fra sykehus, og et tydeligere fokus på forebyggende helsetjenester. Det gjør det interessant å følge med på om ressursinnsatsen i form av årsverk har økt mer i primærhelsetjenesten enn i spesialisthelsetjenesten, relativt sett. Det er også interessant å studere om andelen høyere kvalifisert personell i primærhelsetjenesten har økt.

Videre blir det sett nærmere på om det er regionale variasjoner på vekst i årsverk i helse- og omsorgstjenestene, og om det er regionale variasjoner i årsverkstetthet. Til slutt presenteres kommunale variasjoner i årsverk per innbygger.

4.2 Årsverksutviklingen i helse- og omsorgstjenesten

Fra 2011 til 2013 økte totalt antall årsverk med 2,2 prosent for spesialisthelsetjenesten. I primærhelsetjenesten økte årsverkene med 2,9 prosent for omsorgstjenesten og med 5,2 prosent for kommunehelsetjenesten. Tallet på årsverk i primærhelsetjenesten økte dermed mest i denne toårsperioden, og økningen var sterkest for kommunehelsetjenesten. Årsverk i institusjoner for eldre og funksjonshemmede i kommunehelsetjenesten økte prosentvis mest med 14,4 prosent.

De tilsvarende veksttallene i toårsperioden før samhandlingsreformen var en vekst på 2,9 prosent i spesialisthelsetjenesten og 4,4 prosent for omsorgstjenesten¹. Den totale veksten i årsverk til omsorgstjenesten var svakere i toårsperioden etter samhandlingsreformen med en økning på 2,9 prosent mot 4,4 prosent i de to

1) Deler av kommunehelsetjenesten gikk over til registerbasert innrapportering av årsverk i 2010. Omleggingen av datakilde gjør at tallet på årsverk for deler av kommunehelsetjenesten i 2009 ikke er direkte sammenlignbart med de påfølgende årene.

årene før. Men tallet på årsverk i brukerrettet omsorgstjeneste med universitets- og høyskoleutdanning økte med hele 10,3 prosent i perioden fra 2011-2013. Dette kan indikere en satsning på høyere kvalifisert arbeidskraft.

En sterkere vekst på 5,2 prosent i årsverk til kommunehelsetjenesten i siste toårsperiode kom av en vekst 6,4

prosent innenfor området diagnose, behandling og rehabilitering, og en vekst på 14,4 prosent i institusjoner for eldre og funksjonshemmede. Tallet på årsverk i skolehelsetjenesten og i helsestasjonene økte svakere med 1,3 prosent.

Tabell 4.1 Totalt antall årsverk i helse- og omsorgstjenestene 2013.

| Årsverk per tjenesteområde | Årsverk | | | Prosent endr. | | Årsverk per 10 000 innbyggere | | |
|--|---------|---------|---------|---------------|-----------|-------------------------------|------|------|
| | 2009 | 2011 | 2013 | 2009-2011 | 2011-2013 | 2009 | 2011 | 2013 |
| Spesialisthelsetjenesten¹ | 97 037 | 99 899 | 102 079 | 2,9 | 2,2 | 200 | 200 | 200 |
| Somatisk spes.helsetj. ekskl. rehab. ² | 66 960 | 68 093 | 69 964 | 1,7 | 2,7 | 138 | 137 | 137 |
| Psykisk helsevern ² | 19 516 | 20 435 | 19 804 | 4,7 | -3,1 | 40 | 41 | 39 |
| TSB ² | 3 313 | 3 771 | 3 826 | 13,8 | 1,5 | 7 | 8 | 7 |
| Omsorgstjenesten³ | 123 482 | 128 902 | 132 694 | 4,4 | 2,9 | 254 | 259 | 260 |
| Brugerrettet tjeneste | 117 178 | 122 604 | 126 483 | 4,6 | 3,2 | 241 | 246 | 248 |
| Brugerrettede tj., m/vdg.fagutd. ³ | 49 175 | 50 389 | 51 387 | 2,5 | 2 | 101 | 101 | 101 |
| Brugerrettede tj., m/høysk./univ. utd. ³ | 35 197 | 38 657 | 42 628 | 9,8 | 10,3 | 72 | 78 | 83 |
| Kommunehelsetjenesten⁴ | 11 952 | 12 879 | 13 601 | * | 5,6 | 25 | 26,5 | 28 |
| Diagnose, behandling og rehabilitering ⁵ | 7 230 | 7 483 | 7 960 | * | 6,4 | 15 | 15,4 | 16,4 |
| Skole/helsestasjon ⁶ | 3 510 | 4 161 | 4 2677 | * | 2,5 | 7 | 8,6 | 8,7 |
| Annet forebyggende arbeid ⁵ | 306 | 270 | 283 | * | 5 | 1 | 0,6 | 0,6 |
| Institusjoner for eldre og funksjonshemmede ⁵ | 737 | 816 | 934 | * | 14,4 | 2 | 1,7 | 1,9 |
| Administrasjon ⁵ | 170 | 149 | 157 | * | 5,4 | 0 | 0,3 | 0,3 |

1) SSB Statistikkbanken. Spesialisthelsetjenesten tabell 09457, avtalte årsverk etter helse- og sosialfaglig utdanning og tjenesteområde. Inkludert private avtalespesialister, ambulanse og rehabilitering.

2) SSB/Helsedirektoratet Samdata Spesialisthelsetjenesten 2013 tabell 1.2.

3) SSB Statistikkbanken. Pleie- og omsorgstjenesten tabell 07790 F1 konsern.

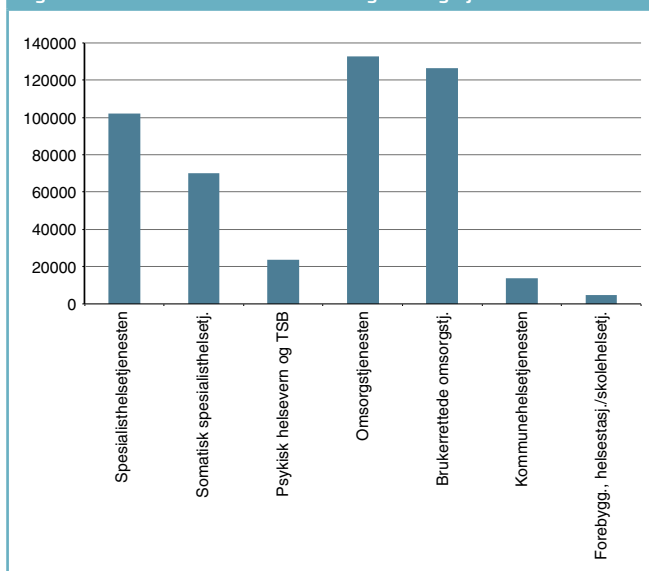
4) SSB Statistikkbanken. Kommunehelsetjenesten tabell 07798 E1 konsern Kostra funksjoner 120, 232, 233 og 241. Tabell 03807, tabell 03808 og tabell 03809.

5) Inkluderer kun årsverk til leger og fysioterapeuter

6) Årsverk til leger og fysioterapeuter fra Kostraskjema 1. For det øvrige personellet er det omlegging til registerbaserte data fra og med 2010. Kommunehelsetjenesten tabell 07798 E1 konsern.

7) Tallet er korrigert med +50 årsverk i forhold til data publisert i statistikkbanken. Dette skyldes feil i statistikkbanken pga kommunesammenslåinger.

Figur 4.1 Totalt antall årsverk i helse- og omsorgstjenesten 2013.



4.3 Legeårsverk i helse- og omsorgstjenesten

Tallet på legeårsverk økte prosentvis mer enn den totale årsverksveksten i både spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten gjennom hele perioden fra 2009 til 2013. For spesialisthelsetjenesten vokste tallet på legeårsverk med rundt 6 prosent både i toårsperioden før samhandlingsreformen og i toårsperioden etter samhandlingsreformen. I primærhelsetjenesten økte tallet på legeårsverk med 4,3 prosent i perioden fra 2009 til 2011, og med 7,4 prosent fra 2011 til 2013. Dette kan indikere en dreining mot høyere kompetanse og mer medisinsk spesialisering for begge omsorgsnivåene. Mens den prosentvise veksten i legeårsverk i toårsperioden før samhandlingsreformen var sterkest i spesialisthelsetjenesten har den i toårsperioden etter samhandlingsreformen vært sterkest i primærhelsetjenesten.

Bak den totale veksten på 7,4 prosent for legeårsverkene i primærhelsetjenesten fra 2011 til 2013 var det en vekst i antall fastleger på 5,5 prosent og en vekst i tallet på

Tabell 4.2 Legeårsverk i helse- og omsorgstjenestene 2009-2013.

| Legeårsverk per tjenesteområde | Totalt (N=) | | | Prosent endr. | | Årsverk per 10 000 innb. | | |
|---|-------------|--------|--------|---------------|-----------|--------------------------|------|------|
| | 2009 | 2011 | 2013 | 2009-2011 | 2011-2013 | 2009 | 2011 | 2013 |
| Spesialisthelsetjenesten¹ | 12 101 | 12 816 | 13 618 | 5,9 | 6,3 | 24,9 | 25,7 | 26,7 |
| Somatisk spes.helsetj. ekskl. rehab ² | 9 491 | 9 979 | 10 685 | 5,1 | 7,1 | 19,5 | 20,0 | 20,9 |
| Psykisk helsevern ² | 1 643 | 1 771 | 1 821 | 7,8 | 2,8 | 3,4 | 3,6 | 3,6 |
| TSB2 | 85 | 142 | 170 | 67,1 | 19,7 | 0,2 | 0,3 | 0,3 |
| Komm.helsetj. etter virkemåte³ | 4 637 | 4 837 | 5 197 | 4,3 | 7,4 | 9,5 | 9,7 | 10,2 |
| Diagnose, behandling og rehabilitering | 3 817 | 3 962 | 4 246 | 3,8 | 7,2 | 7,9 | 7,9 | 8,3 |
| Skole/helsestasjon | 210 | 210 | 207 | 0 | -1,7 | 0,4 | 0,4 | 0,4 |
| Institusjoner for eldre og funksjonshemmede | 383 | 427 | 502 | 11,5 | 17,5 | 0,8 | 0,9 | 1,0 |
| Administrasjon | 87 | 83 | 91 | -5,0 | 9,4 | 0,2 | 0,2 | 0,2 |
| Annet | 139 | 155 | 151 | 11,1 | -2,1 | 0,3 | 0,3 | 0,3 |
| Komm.helsetj. etter avtaleform³ | 4 637 | 4 837 | 5 197 | 4,3 | 7,4 | 9,5 | 9,7 | 10,2 |
| Næringsdrivende fastleger | 3 422 | 3 520 | 3 714 | 2,9 | 5,5 | 7,0 | 7,1 | 7,3 |
| Kommunalt tilsette leger | 661 | 756 | 920 | 14,4 | 21,7 | 1,4 | 1,5 | 1,8 |
| Turnuskandidater | 423 | 432 | 443 | 2,2 | 2,5 | 0,9 | 0,9 | 0,9 |
| Næringsdrivende utenfor fastlegeordn. | 131 | 129 | 120 | -1,5 | -7,0 | 0,3 | 0,3 | 0,2 |

1) SSB Statistikkbanken. Spesialisthelsetjenesten tabell 09457, avtalte årsverk etter helse- og sosialfaglig utdanning og tjenesteområde. Inkludert private avtalespesialister, ambulanse og rehabilitering.

2) SSB/Helsedirektoratet Samdata Spesialisthelsetjenesten 2013 tabell 1.2.

3) SSB Statistikkbanken. Kommunehelsetjenesten tabell 3807 legeårsverk etter virkeområde og avtaleform.

kommunalt ansatte leger med 21,7 prosent. Dette reflekteres også gjennom en vekst på 7,2 prosent i legeårsverk til diagnose, behandling og rehabilitering og en vekst på 17,5 prosent for legeårsverkene i institusjoner for eldre og funksjonshemmede i den siste toårsperioden. Tallet på leger i skolehelsetjenesten og ved helsestasjonene er omtrent uendret i perioden med en prosentvis nedgang på 1,7 prosent.

4.4 Sykepleiere, fysio- og ergoterapeuter i helse- og omsorgstjenesten

Sykepleieårsverkene i omsorgstjenesten økte med rundt 9 prosent både i toårsperioden før og i toårsperioden etter samhandlingsreformen. Innbyggertallet økte samtidig med om lag 2,5 prosent i begge toårsperiodene. For spesialisthelsetjenesten var veksten i sykepleieårsverk på 5 prosent fra 2009 til 2011, og på 2 prosent fra 2011 til 2013. I spesialisthelsetjenesten var det en svak vekst i sykepleieårsverkene i toårsperioden etter sam-

handlingsreformen. Korrigert for befolkningsveksten så har tallet på sykepleiere i spesialisthelsetjenesten gått ned i siste toårsperiode.

Tallet på sykepleiere i omsorgstjenesten økte sterkt gjennom hele perioden fra 2009 til 2013. Samtidig var det en enda sterkere vekst for sykepleiere med spesialisert, hvor årsverkene økte med 14-23 prosent fra 2009 til 2011, og med 12-17 prosent fra 2011 til 2013. Tallet på sykepleiere uten spesialisert økte med 6-7 prosent i begge toårsperiodene. Dette viser en dreining mot en større andel mer spesialiserte sykepleiere i omsorgstjenesten, og dermed også høyere kompetanse i tjenesten. Utviklingen har skjedd både i toårsperioden før samhandlingsreformen og i toårsperioden etter.

For helsestasjonene og skolehelsetjenesten var det ikke samme sterke vekst i tallet på sykepleiere. Fra 2011 til 2013 økte sykepleierårsverkene for denne delen av primærhelsetjenesten med 2,5 prosent. Samtidig er det en vekst i tallet på helsesøstre på nær 5 prosent, men

Tabell 4.3 Sykepleierårsverk i helse- og omsorgstjenesten 2009-2013.

| Sykepleiere per tjenesteområde | Totalt (N=) | | | Prosent endring | | Årsverk per 10 000 innbyggere | | |
|---|-------------|--------|--------|-----------------|-----------|-------------------------------|------|------|
| | 2009 | 2011 | 2013 | 2009-2011 | 2011-2013 | 2009 | 2011 | 2013 |
| Spesialisthelsetjenesten¹ | 33 142 | 34 786 | 35 518 | 5 | 2,1 | 68,2 | 69,8 | 69,5 |
| Somatisk spes.helsetj. ekskl. rehab. ² | 25 758 | 26 775 | 27 468 | 3,9 | 2,6 | 53 | 53,7 | 53,8 |
| Psykisk helsevern ² | 5 814 | 6 191 | 5 934 | 6,5 | -4,2 | 12 | 12,4 | 11,6 |
| TSB ² | 682 | 850 | 935 | 24,6 | 10 | 1,4 | 1,7 | 1,8 |
| Omsorgstjenesten³ | 28 729 | 31 465 | 34 211 | 9,5 | 8,7 | 59,1 | 63,1 | 67 |
| Psykiatrisk sykepleier | 1 164 | 1 323 | 1 476 | 13,7 | 11,5 | 2,4 | 2,7 | 2,9 |
| Geriatrisk sykepleier | 1 225 | 1 472 | 1 672 | 20,2 | 13,6 | 2,5 | 3 | 3,3 |
| Andre sykepl. med spesialisert/videreutdanning | 1 870 | 2 308 | 2 694 | 23,4 | 16,7 | 3,8 | 4,6 | 5,3 |
| Sykepleier uten spesialisert/videreutdanning | 18 962 | 20 263 | 21 606 | 6,9 | 6,6 | 39 | 40,6 | 42,3 |
| Vernepleier | 5 507 | 6 099 | 6 763 | 10,7 | 10,9 | 11,3 | 12,2 | 13,2 |
| Helsestasjon/skolehelsetj.⁴ | * | 2 806 | 2 877 | * | 2,5 | | 5,6 | 5,6 |
| Jordmødre | * | 269 | 282 | * | 5,1 | | 0,5 | 0,6 |
| Helsesøstre | * | 2 069 | 2 168 | * | 4,8 | | 4,1 | 4,2 |
| Andre sykepleiere | * | 468 | 427 | * | -8,7 | | 0,9 | 0,8 |

1) SSB Statistikkbanken. Spesialisthelsetjenesten tabell 09457, avtalte årsverk etter helse- og sosialfaglig utdanning og tjenesteområde. Inkludert private avtalespesialister, ambulanse og rehabilitering.

2) SSB/Helsedirektoratet Samdata Spesialisthelsetjenesten 2013 tabell 1.2.

3) SSB Statistikkbanken. Pleie- og omsorgstjenesten tabell 09934 Årsverk etter utdanning.

4) SSB Statistikkbanken. Pleie- og omsorgstjenesten tabell 07798 E1 konsern, funksjon 232.

Tabell 4.4 Fysio- og ergoterapeutårsverk i helse- og omsorgstjenesten 2009-2013.

| Fysio- og ergoterapeutårsverk per tjenesteområde | Totalt (N=) | | | Prosent endring | | Årsverk per 10 000 innb. | | |
|--|-------------|-------|-------|-----------------|-----------|--------------------------|------|------|
| | 2009 | 2011 | 2013 | 2009-2011 | 2011-2013 | 2009 | 2011 | 2013 |
| Spes.h.tjenesten¹ | 2246 | 2246 | 2285 | 0 | 1,7 | 4,6 | 4,5 | 4,5 |
| Somatisk spes.helsetj. | 1926 | 1913 | 1979 | -0,7 | 3,5 | 4 | 3,8 | 3,9 |
| Psykisk helsevern | 307 | 317 | 291 | 3,3 | -8,2 | 0,6 | 0,6 | 0,6 |
| TSB | 13 | 16 | 15 | 23,1 | -6,3 | 0 | 0 | 0 |
| Primærhelsetjenesten^{2,3} | 4 898 | 5 078 | 5 410 | 3,7 | 6,5 | 10,1 | 10,2 | 10,6 |
| Fysioterapeuter m/ driftsavtale ² | 2 603 | 2 619 | 2 642 | 0,6 | 0,9 | 5,4 | 5,3 | 5,2 |
| Fysioterapeuter m/ fast lønn ² | 1 474 | 1 534 | 1 730 | 4,1 | 12,8 | 3 | 3,1 | 3,4 |
| Turnuskandidater fysioterapi ² | 144 | 142 | 163 | -1 | 15,1 | 0,3 | 0,3 | 0,3 |
| Ergoterapeutårsverk i omsorgstjen. ³ | 679 | 782 | 875 | 15,3 | 11,8 | 1,4 | 1,6 | 1,7 |

1) SSB Statistikkbanken. Spesialisthelsetjenesten tabell 9548, årsverk etter yrke og tjenesteområde.

2) SSB Statistikkbanken. Kommunehelsetjenesten tabell 3808, fysioterapeutårsverk i kommunehelsetjenesten etter virkeområde og avtaleform.

3) SSB Statistikkbanken. Pleie- og omsorgstjenesten tabell 09934 Årsverk etter utdanning.

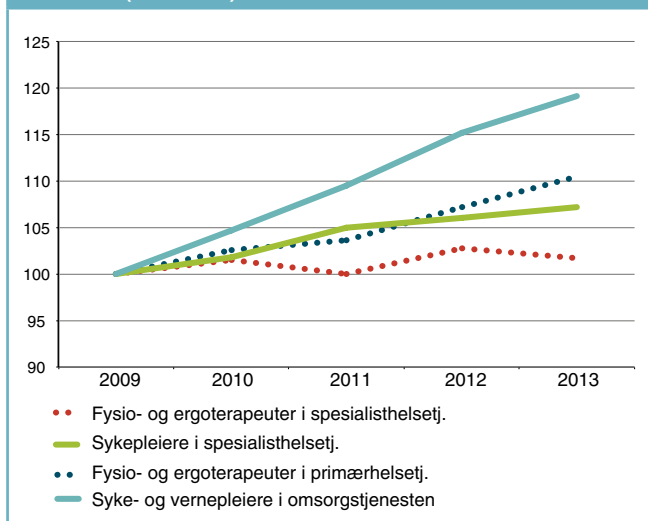
tallet på andre sykepleiere går noe ned. Dette kan indikere en dreining mot høyere spesialisering.

I spesialisthelsetjenesten økte tallet på fysioterapeuter og ergoterapeuter med 1,7 prosent i toårsperioden etter samhandlingsreformen, og i toårsperioden før reformen var tallet på årsverk uendret. For primærhelsetjenesten var det en årsverksvekst på 3,7 prosent fra 2009-2011, og på 6,5 prosent fra 2011 til 2013. For disse yrkesgruppene var det dermed i begge toårsperiodene

en vekst i primærhelsetjenesten som oversteg veksten i spesialisthelsetjenesten, og i tillegg var det en sterkere vekst i perioden etter samhandlingsreformen.

En sterkere vekst på 6,5 prosent i tallet på fysio- og ergoterapeuter i primærhelsetjenesten fra 2011 til 2013 relateres til en vekst på 12,8 prosent i kommunalt ansatte fysioterapeuter og til en vekst på 11,8 prosent i tallet på ergoterapeutårsverk i omsorgstjenesten. Tallet på fysioterapeuter med kommunal driftsavtale var lite endret gjennom perioden.

Figur 4.2 Prosentvis vekst i årsverk til sykepleiere, samt fysio- og ergoterapeuter, i spesialisthelsetjenesten og i primærhelsetjenesten 2009-2013 (2009=100).



4.5 Årsverksutviklingen i regionene

På nasjonalt nivå økte tallet på årsverk i omsorgstjenesten med 2,9 prosent fra 2011 til 2013, mot 2,7 prosent for den somatiske spesialisthelsetjenesten. Med unntak for region Vest, så har alle regionene en sterkere vekst i årsverk til omsorgstjenesten sammenlignet med veksten i årsverk for den somatiske spesialisthelsetjenesten i perioden (se rad 1 og 2 i tabell 4.5).

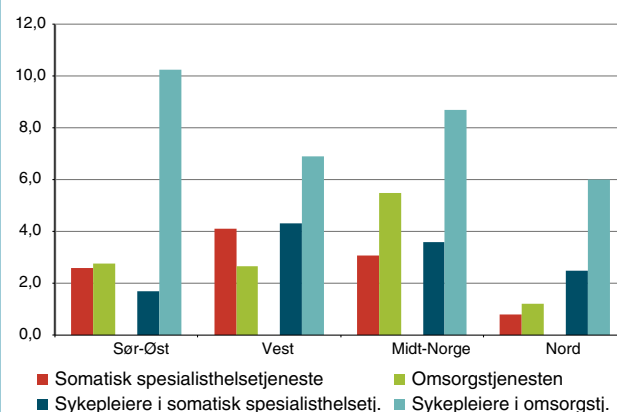
Sterkere vekst i årsverk til omsorgstjenesten sammenlignet med somatisk spesialisthelsetjenesten i toårsperioden etter samhandlingsreformen gjelder i særlig grad årsverk til sykepleiere. På nasjonalt nivå økte sykepleierårsverkene med 2,1 prosent i spesialisthelsetjenesten,

mot 8,7 prosent i omsorgstjenesten. Alle de fire regionene hadde en sterkere vekst i sykepleierårsverkene i omsorgstjenesten sammenlignet med spesialisthelsetjenesten (se rad 5 og 6 i tabell 4.5). Sør-Øst hadde en særlig sterk vekst i tallet på sykepleiere i omsorgstjenesten med en økning på 10,2 prosent i perioden.

På nasjonalt nivå økte tallet på legeårsverk i den somatiske spesialisthelsetjenesten med 7,1 prosent fra 2011 til 2013, mot 7,4 prosent i primærhelsetjenesten. Den marginalt sterkere veksten i kommunehelsetjenesten gjelder for alle regionene, se rad 3 og 4 i tabell 4.5.

Årsverk til fysio- og ergoterapeuter i spesialisthelsetjenesten økte til sammen med 1,7 prosent i toårsperioden etter samhandlingsreformen, mot en vekst på 6,5 prosent for de samme yrkesgruppene i primærhelsetjenesten. Sterkere vekst i årsverk til fysio- og ergoterapeuter i primærhelsetjenesten sammenlignet med spesialisthelsetjenesten gjelder alle helseregioner, se radene 7, 8 og 9 i tabell 4.5.

Figur 4.3 Prosentvis endring i totalt antall årsverk, og i sykepleierårsverk, for somatisk spesialisthelsetjeneste og omsorgstjenesten, 2011-2013.



Tabell 4.5 Endring i årsverksinnsats i helse- og omsorgstjenestene 2011-2013 etter region.

| Årsverk totalt | Årsverk totalt 2013 (N=) | | | | Prosent endring 2011-13 | | | |
|--|--------------------------|--------|------------|--------|-------------------------|------|------------|------|
| | Sør-Øst | Vest | Midt-Norge | Nord | Sør-Øst | Vest | Midt-Norge | Nord |
| 1 Somatisk spes. helsetjen. ¹ | 37 650 | 14 276 | 9 828 | 8 209 | 2,6 | 4,1 | 3,1 | 0,8 |
| 2 Omsorgstjenesten ² | 69 254 | 27 453 | 20 036 | 15 950 | 2,7 | 2,6 | 5,5 | 1,2 |
| 3 Leger i som.spes.helsetj. ¹ | 5 779 | 2 155 | 1 456 | 1 294 | 7,6 | 7,5 | 7,2 | 3,8 |
| 4 Leger i komm.helsetjen. ³ | 2 839 | 1 046 | 704 | 608 | 8 | 7,8 | 7,3 | 4,6 |
| - diagn., behandl. og rehab. | 2 353 | 838 | 573 | 483 | 7,8 | 8 | 7,2 | 2,8 |
| - institusjoner eldre og funk.hemm. | 272 | 109 | 65 | 56 | 17,7 | 16,4 | 18,7 | 17,3 |
| - næringsdrivende fastleger | 2 141 | 745 | 526 | 302 | 5,3 | 8,1 | 5,2 | 1,6 |
| - kommunalt tilsatte leger | 414 | 195 | 100 | 212 | 30,6 | 10,9 | 24,4 | 15,7 |
| 5 Sykepleiere i som.spes.helsetjen. ¹ | 14 544 | 5 470 | 4 286 | 3 168 | 1,7 | 4,3 | 3,6 | 2,5 |
| 6 Syke- og vernepl. i omsorgstjenesten ⁴ | 17 205 | 7 644 | 5 403 | 3 958 | 10,2 | 6,9 | 8,7 | 6 |
| 7 Fysio- og ergoterapiårsverk i somatisk spes.h.tjen. ⁵ | 1 056 | 395 | 314 | 222 | 0,6 | 6,5 | 2,6 | -3,9 |
| 8 Ergoterapeuter i omsorgstj. ⁶ | 446 | 181 | 149 | 98 | 9,2 | 15,5 | 15,3 | 12,7 |
| 9 Fysioterapeuter i komm. helse.tjen. ⁷ | 2 572 | 884 | 592 | 488 | 4,7 | 7,2 | 8,1 | 4,6 |

1) SSB/Helsedirektoratet Samdata Spesialisthelsetjenesten 2013 <http://www.helsedirektoratet.no/tall-analyse/samdata/datagrunnlag/Sider/definisjoner-og-grunnlags-data-2013.aspx>

2) SSB Statistikkbanken. Pleie- og omsorgstjenesten tabell 07790 F1 konsern.

3) SSB Statistikkbanken. Kommunehelsetjenesten tabell 3807 Legeårsverk etter virkeområde og avtaleform

4) SSB Statistikkbanken. Pleie- og omsorgstjenesten tabell 09934 Årsverk etter utdanning.

5) SSB Statistikkbanken. Spesialisthelsetjenesten tabell 09548, Årsverk etter tjenesteområde og yrke.

6) 3 SSB Statistikkbanken. Pleie- og omsorgstjenesten tabell 09934 Årsverk etter utdanning.

7) SSB Statistikkbanken. Kommunehelsetjenesten tabell 3808, fysioterapeutårsverk i kommunehelsetjenesten etter virkeområde og avtaleform.

4.6 Årsverk per 10 000 innbyggere

Det er regionale variasjoner i tallet på årsverk per innbygger. Dette gjenspeiler regionale forskjeller i nivå på inntekter til kommunene og til spesialisthelsetjenesten, som igjen reflekterer forskjeller i både geografisk struktur og behov for helse- og omsorgstjenester.

- Sør-Øst har et nivå på årsverksinnsatsen i somatisk spesialisthelsetjenesten, og i omsorgstjenesten, som er om lag 4-6 prosent under landsgjennomsnittet.
- Vest har et nivå på årsverk per innbygger som er om lag 2-3 prosent under gjennomsnittet for både somatisk spesialisthelsetjeneste og for omsorgstjenesten.
- I Midt-Norge er årsverksinnsatsen om lag 2 prosent over gjennomsnittet for somatisk spesialisthelsetjeneste, og nær 10 prosent over i omsorgstjenesten.
- I Nord er tallet på årsverk per innbygger i somatisk spesialisthelsetjeneste, og i omsorgstjenesten, om lag 25-28 prosent over landsgjennomsnittet.

Det kan være interessant å se nærmere på om ulikt nivå på den regionale ressurstilgangen reflekteres i tilsvarende ulik dekning for både lege- og sykepleierårsverk. De ulike delene av landet kan ha ulik tilgang på kvalifisert helsepersonell. Det kan også tenkes at regionene, for eksempel av historiske årsaker, kan prioritere disse yrkesgruppene ulikt. Årsverkstetthetene for de ulike yrkesgruppene kan dermed være annerledes enn hva ressurstilgangen kan legge til rette for.

I Sør-Øst er tallet på totale årsverk i forhold til innbyggere for omsorgstjenesten om lag 6 prosent under landsgjennomsnittet. Samtidig er legetettheten i primærhelsetjenesten bare 2 prosent under gjennomsnittet, mens tettheten av syke- og vernepleiere i omsorgstjenesten er 10 prosent under. For den somatiske spesialisthelsetjenesten i Sør-Øst er tallet på årsverk per innbygger nær 4 prosent under landsgjennomsnittet, fordelt på en legeinnsats som er 3 prosent under og en sykepleierinnsats som er 5 prosent under. For Sør-Øst kan det se ut til

Tabell 4.6 Årsverk i helse- og omsorgstjenesten 2013 per 10 000 innbygger etter region.

| Årsverk totalt | Årsverk per 10 000 innbyggere 2013 | | | | |
|--|------------------------------------|-------|------------|-------|--------|
| | Sør-Øst | Vest | Midt-Norge | Nord | Totalt |
| Somatisk spes helsetj. ¹ | 131,9 | 132,9 | 139,8 | 171,7 | 136,9 |
| Omsorgstjenesten ² | 242,6 | 255,7 | 285,1 | 333,6 | 259,7 |
| - Brukerrettede omsorgstjenester | 231,1 | 244,3 | 271,3 | 318,2 | 247,6 |
| Forebygging, helsestasjon og skolehelsetjeneste ³ | 8,5 | 7,7 | 7,8 | 9,8 | 8,3 |
| Legeårsverk i somatisk spesialisthelsetjeneste ¹ | 20,2 | 20,1 | 20,7 | 27,1 | 20,9 |
| Legeårsverk i kommunehelsetjenesten ⁴ | 9,9 | 9,7 | 10 | 12,7 | 10,2 |
| - Næringsdrivende fastleger | 7,5 | 6,9 | 7,5 | 6,3 | 7,3 |
| - Kommunalt tilsatte leger | 1,5 | 1,8 | 1,4 | 4,4 | 1,8 |
| Sykepleiere i somatisk spesialisthelsetjeneste ¹ | 51 | 50,9 | 61 | 66,3 | 53,8 |
| Syke- og vernepleiere i omsorgstjenesten ⁵ | 60,3 | 71,2 | 76,9 | 82,8 | 67 |
| Sykepleiere i forebygg., helsestasj. og skolehelsetj. ⁶ | 5,5 | 5,6 | 5,1 | 7,2 | 5,6 |
| Fysio- og ergoterapeuter i spesialisthelsetjenesten ⁷ | 3,7 | 3,7 | 4,5 | 4,6 | 4,5 |
| Fysio- og ergoterapeuter i primærhelsetjenesten ⁸ | 10,6 | 9,9 | 10,5 | 12,3 | 10,6 |

1) SSB/Helsedirektoratet Samdata Spesialisthelsetjenesten 2013 <http://www.helsedirektoratet.no/tall-analyse/samdata/datagrunnlag/Sider/definisjoner-og-grunnlags-data-2013.aspx>

2) SSB Statistikkbanken. Pleie- og omsorgstjenesten tabell 07790 F1 konsern.

3) SSB Statistikkbanken. Kommunehelsetjenesten tabell 07798 E1 konsern KOSTRA funksjon 232.

4) SSB Statistikkbanken. Kommunehelsetjenesten tabell 3807 Legeårsverk etter virkeområde og avtaleform.

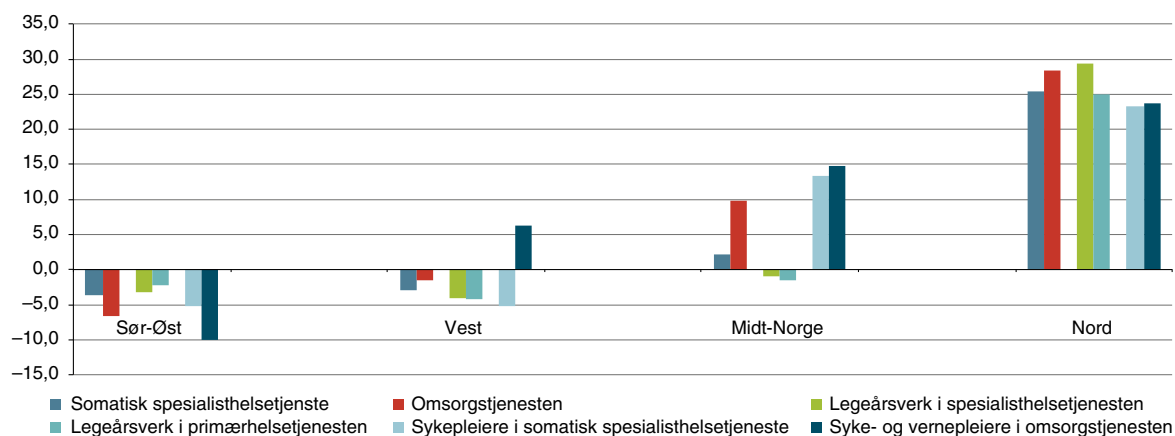
5) SSB Statistikkbanken. Pleie- og omsorgstjenesten tabell 09934 Årsverk etter utdanning.

6) SSB Statistikkbanken. Kommunehelsetjenesten tabell 07798 funksjon 232, sum jordmødre, helsesøstre og andre sykepleiere.

7) SSB Statistikkbanken. Spesialisthelsetjenesten Pleie- og omsorgstjenesten tabell 09934 Årsverk etter utdanning.

8) SSB Statistikkbanken. Kommunehelsetjenesten tabell 3808, fysioterapeutårsverk i kommunehelsetjenesten etter virkeområde og avtaleform, og pleie- og omsorgstjenesten tabell 09934 Årsverk etter utdanning.

Figur 4.4 Årsverk i helse- og omsorgstjenester per 10 000 innbyggere som prosentavvik fra landsgjennomsnitt i 2013 (landsgjennomsnitt = 0)



at gitt nivået på ressurser, så har legeårsverk i større grad har blitt prioritert enn sykepleierårsverk. Dette bildet gjelder i sterkest grad for primærhelsetjenesten.

Tallet på årsverk i forhold til innbyggere for omsorgstjenesten i Vest er 1,6 prosent under gjennomsnittet for landet. Samtidig går det fram av figur 4.5 at tallet på leger per innbygger i primærhelsetjenesten er om lag 4 prosent under landsgjennomsnittet, og at ressursinnsatsen i form av syke- og vernepleiere i omsorgstjenesten er 6 prosent over. Vest har dermed i forhold til sitt nivå på ressurser i primærhelsetjenesten høy sykepleierinnsats i omsorgstjenesten og et lavere tall på leger i forhold til innbyggere. Den somatiske spesialisthelsetjenesten i Vest har et tall på årsverksinnsatsen som er 3 prosent under landsgjennomsnittet, og her tallet på leger omtrent på samme nivå – men omfanget av sykepleiere er 5 prosent under gjennomsnittet. Gitt nivået på ressursinnsats per innbygger i Vest, er det dermed et lavt nivå på sykepleiere i den somatiske spesialisthelsetjenesten samtidig som at tallet på syke- og vernepleiere i omsorgstjenesten er høyt.

Midt-Norge har et nivå på den totale årsverksinnsatsen omsorgstjenesten som er nær 10 prosent over landsgjennomsnittet. Tallet på leger i primærhelsetjenesten i forhold til innbyggere er imidlertid 1,6 prosent under gjennomsnittet, samtidig som det tilsvarende tallet for syke- og vernepleiere i og omsorgstjenesten er om lag 15 prosent over. For primærhelsetjenesten i Midt-Norge kan det se ut til at et høyere nivå på ressursinnsatsen tas ut

som flere sykepleiere, men færre leger. I den somatiske spesialisthelsetjenesten kan den samme tendensen observeres. Den totale årsverksinnsatsen er 2 prosent over landsgjennomsnittet. Samtidig er tallet på sykepleiere om lag 13 prosent over gjennomsnittet, og tallet på leger er 1 prosent under.

I Nord er tallet på årsverk i forhold til innbyggere for den somatiske spesialisthelsetjenesten 25 prosent over landsgjennomsnittet. Tallet på leger i forhold til innbyggere er 29 prosent høyere, og tallet på syke- og vernepleierårsverk er 23 prosent over. Ressursinnsatsen i form av legeårsverk i somatisk spesialisthelsetjenesten er dermed høyere enn de totale ressursene skulle tilsi. For primærhelsetjenesten i Nord er årsverkstettheten i omsorgstjenestene 28 prosent over landsgjennomsnittet, samtidig som tallet på syke- og vernepleiere kun er 23 prosent over. Tallet på leger i forhold til innbyggere i primærhelsetjenesten ligger omtrent 25 prosent over. I forhold totale ressurser for primærhelsetjenesten i Nord, kan det dermed se ut til at tallet på syke- og vernepleiere i omsorgstjenesten er lavt.

Innad i regionene er det variasjoner mellom kommuner i årsverkstetthet for primærhelsetjenesten. Dette er illustrert i tabell 4.7 som viser lege- og fysioterapeutårsverk i kommunehelsetjenesten, samt brukerrettede årsverk i omsorgstjenesten, sett i forhold til innbygger-tallet i kommunene.

Små kommuner med under 5 000 innbyggere har høyere innsats av leger, fysioterapeuter og brukerrettede årsverk i omsorgstjenesten. Dette gjelder i alle regioner.

Oslo, og storbyene i andre regioner enn Sør-Øst, har alle et tall på brukerrettede årsverk per innbygger i omsorgstjenesten som er lavere enn gjennomsnittet for sin region. Med unntak for Sør-Øst, så har de store kommunene også et tall på leger per innbygger i primærhelsetjenesten som er lavere enn gjennomsnittet for sin region.

I Sør-Øst og i Nord har kommunene med kort reiseavstand til sykehus et høyere antall årsverk per innbygger i den brukerrettede omsorgstjenesten, sammenlignet med kommunene hvor befolkningen har lengre reiseavstand til sykehus. I Midt-Norge og i Vest er årsverksinnsatsen i omsorgstjenesten omtrent lik for kommuner med både kortere og lengre reiseavstand til sykehus.

Tabell 4.7 Årsverk per 10 000 innbyggere i helse- og omsorgstjenester etter kommune grupper 2009, 2011 og 2013. Leger og fysioterapeuter i kommunehelsetjenesten, samt brukerrettede årsverk i omsorgstjenesten.

| Årsverk | | Leger i kommune-helsetj. per 10 000 innb. | | | Årsverk brukerrett. omsorgstj. per 10 000 innb. ² | | | Fysioterapiårsverk i kommunene per 10 000 innb. | | |
|------------|--|---|------------|-------------|--|--------------|--------------|---|------------|------------|
| | | 2009 | 2011 | 2013 | 2009 | 2011 | 2013 | 2009 | 2011 | 2013 |
| Region | Sør-Øst | 9,2 | 9,4 | 9,9 | 223,6 | 229,7 | 231,1 | 8,9 | 8,8 | 9 |
| | Vest | 9,2 | 9,3 | 9,7 | 245,4 | 245,4 | 244,3 | 8 | 7,9 | 8,2 |
| | Midt-Norge | 9,5 | 9,5 | 10 | 259,8 | 262,4 | 271,3 | 8,2 | 8 | 8,4 |
| | Nord | 12 | 12,4 | 12,7 | 307,5 | 318,6 | 318,2 | 9,5 | 9,9 | 10,2 |
| | Totalt | 9,5 | 9,7 | 10,2 | 241,2 | 245,9 | 247,6 | 8,7 | 8,6 | 8,9 |
| Sør-Øst | Under 5000 innb. | 12,1 | 12,4 | 13,1 | 306,2 | 312,6 | 320,2 | 10,4 | 10,4 | 10,8 |
| | 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | 8,8 | 8,8 | 9,7 | 237,9 | 246 | 253,4 | 8,7 | 8,8 | 9,5 |
| | 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | 8,8 | 9 | 9,2 | 254 | 263,9 | 266,1 | 8,4 | 8 | 8,4 |
| | Over 20000 innb. - lengre reiseavstand | 8,5 | 8,7 | 9,3 | 211,8 | 225,5 | 224,9 | 8,1 | 8,1 | 8,6 |
| | Over 20000 innb. - kort reiseavstand | 9,4 | 9,8 | 10,6 | 248,7 | 249 | 261 | 9,3 | 9,3 | 9,5 |
| | Storby ekskl Oslo | 8,7 | 8,8 | 9,6 | 229,7 | 232 | 229,9 | 8,8 | 8,6 | 8,7 |
| | Oslo | 9,7 | 10,1 | 9,8 | 166,6 | 173,8 | 167 | 9,1 | 8,8 | 8,4 |
| Vest | Under 5000 innb. | 12,7 | 12,9 | 13,4 | 333,7 | 332 | 343,9 | 9,5 | 9,4 | 10,2 |
| | 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | 9,6 | 9,7 | 10,1 | 261,5 | 265,8 | 263,7 | 7,7 | 7,9 | 8,1 |
| | 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | 9,6 | 9,9 | 11,2 | 257,4 | 267,6 | 261,3 | 7,8 | 7,5 | 8,1 |
| | Over 20000 innb. | 6,9 | 7,4 | 8 | 210,3 | 207,1 | 217,5 | 6,7 | 6,8 | 7 |
| | Storby | 8,9 | 8,8 | 9 | 223,6 | 221,7 | 215,7 | 8,2 | 8 | 8,3 |
| Midt-Norge | Under 5000 innb. | 11,8 | 12 | 12,6 | 345,9 | 350,9 | 356,1 | 9,5 | 9,1 | 9,6 |
| | 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | 9,9 | 9,6 | 10,4 | 261,7 | 260,5 | 270,1 | 7,4 | 7,2 | 7,9 |
| | 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | 9 | 9,2 | 9,2 | 261,6 | 251,7 | 276,1 | 8,4 | 7,6 | 7,7 |
| | Over 20000 innb. | 8,5 | 8,9 | 9,7 | 251,8 | 264,1 | 275,4 | 8,7 | 8,7 | 8,2 |
| | Storby | 8,3 | 8,5 | 8,4 | 203,6 | 206,8 | 212,6 | 7,9 | 7,7 | 8,6 |
| Nord | Under 5000 innb. | 15,8 | 16,5 | 16,9 | 406,2 | 416,5 | 407,9 | 10,2 | 10,6 | 11 |
| | 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | 11,4 | 11,5 | 12,3 | 284,1 | 300,5 | 308,8 | 9,7 | 9,9 | 9,7 |
| | 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | 11,4 | 11,8 | 12,2 | 324,6 | 338,9 | 338,5 | 10,1 | 9,8 | 10,9 |
| | Over 20000 innb. | 9,2 | 9,3 | 9,4 | 260,8 | 272,6 | 265 | 8,9 | 9,7 | 10,2 |
| | Storby | 10,1 | 10,4 | 10,5 | 193,8 | 199,4 | 217 | 8,3 | 8,9 | 8,9 |

1) SSB Statistikkbanken. Kommunehelsetjenesten tabell 3807 Legeårsverk etter virkeområde og avtaleform

2) SSB Statistikkbanken. Pleie- og omsorgstjenesten tabell 07790 F1 konsern.

3) SSB Statistikkbanken. Kommunehelsetjenesten tabell 3808, fysioterapeutårsverk i kommunehelsetjenesten etter virkeområde og avtaleform.



5

Årsverk i helse- og omsorgstjenester for psykisk helse og rus

I 2013 var det 31 533 årsverk innen psykisk helse. Av disse var 37 prosent på kommunalt nivå og 63 prosent på spesialisthelsenivå. Både samlet årsverksinnsats og fordeling mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste har vært relativt stabil siden opptrappingsplanen for psykisk helse ble avsluttet i 2008. Når vi tar hensyn til befolkningsutviklingen, er det en tydelig nedgang i årsverksinnsatsen innen psykisk helse, både i spesialisthelsetjenesten og i kommunene. Unntaket er årsverk i spesialisthelsetjenester til barn og unge, der det har vært tilnærmet stabilt de siste årene. Hvert femte årsverk inngår i tjenester til barn og unge og andelen er stabil i perioden 2007-2013. Andel av årsverk som går til barn og unge, ligger jevnt tre-fem prosentpoeng høyere i kommunene enn i spesialisthelsetjenesten.

Det foregår mye samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten innen psykisk helse. De vanligste måtene å samarbeide på er gjennom faste/jevnlige samarbeidsmåter, veiledning, ansvarsgrupper, ambulante team, akutt-team og gjennom Individuell Plan (IP). Noen kommuner opplever at samarbeidet er bedret fra 2012 til 2013 (44 prosent), mens andre mener det ikke er noen endring (56 prosent). Av de 44 prosentene som opplever endring, er det syv prosent som opplever at samarbeidet har blitt «mye bedre», 58 prosent svarer «bedre», 31 prosent svarer «dårligere» og tre prosent svarer «mye dårligere».

Den samlede personellressursen i TSB var i overkant av 3800 årsverk i 2013. Antall årsverk ble redusert med 3 prosent i løpet av 2013 (SAMDATA 2013, side 252). Polikliniske årsverk øker lite fra 2012 til 2013, men utgjør nå en fjerdedel av personellressursene i TSB. Innslaget av ambulant virksomhet utgjør omlag 10 prosent av den polikliniske virksomheten (ibid). Innen rusfeltet er det i 2013 omtrent like mange årsverk i kommunene som i spesialisthelsetjenestene, anslagsvis 3990 årsverk. Over halvparten av årsverkene går til oppfølgingstjenester i bolig og ruskonsulent-tjenester, mens omtrent syv prosent inngår i oppsøkende/ambulante tjenester/tiltak. I Helse Sør-Øst er årsverkene relativt likt fordelt mellom nivåene, mens i Vest og Nord er det noen flere årsverk i kommunene enn i spesialisthelsetjenesten. I Helse Midt-Norge var det i 2013 noen flere årsverk i TSB enn i det kommunale rusarbeidet i opptaksområdet. Fra 2012 til 2013 rapporteres det om en nedgang på tre prosent i årsverksinnsatsen i kommunalt rusarbeid.

5.1 Årsverk innen psykisk helse

Datagrunnlag

Årsverksinnsatsen i psykisk helsevern hentes fra SAM-DATA, mens årsverksinnsatsen i kommunene hentes fra IS-24 rapporteringen på kommunalt psykisk helsearbeid.¹

I kommunene er fastlegens arbeid inkludert i det psykiske helsearbeidet. Det samles ikke inn data på dette gjennom IS-24, fordi dette gjøres gjennom KOSTRA. I tabell 5.2 er legeårsverkene til psykisk helse inkludert ved å anslå at hvert tredje årsverk i kommunehelsetjenesten går til psykisk helse. Legeårsverkene er ellers ikke tatt med i fremstillingen.

Følgende forkortelser benyttes i fremstillingen:

- PHV = Totalt i spesialisthelsetjenesten i psykisk helsevern
- PHV_BU = Tjenester til barn og unge i spesialisthelsetjenesten i psykisk helsevern
- PHV_VO = Tjenester til voksne i spesialisthelsetjenesten i psykisk helsevern
- PHA = Totalt kommunalt psykisk helsearbeid
- PHA_BU = Tjenester til barn og unge i kommunene i psykisk helsearbeid
- PHA_VO = Tjenester til barn og unge i spesialisthelsetjenesten i psykisk helsearbeid = PHAVO

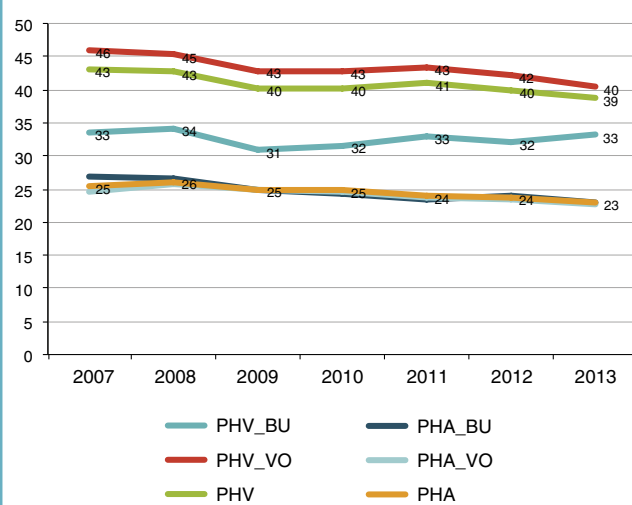
Endring fra 2007 til 2013

Totalt er det rapportert om 31 533 årsverk til psykisk helse i spesialisthelsetjenesten og i kommunene i 2013. Av disse er 37 prosent på kommunalt nivå og 63 prosent på spesialisthelsetjenestnivå. Fordelingen mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten har vært stabil de siste syv årene.²

Hvert femte årsverk inngår i tjenester til barn og unge og andelen er stabil i perioden 2007-2013. Andel av årsverk som går til barn og unge, ligger jevnt tre-fem prosentpoeng høyere i kommunene enn i spesialisthelsetjenesten.

Totalt har årsverksinnsatsen gått ned med tre prosent fra 2007 til 2013. Når vi tar hensyn til befolkningsutviklingen, er nedgangen naturlig nok sterkere, se figur 5.1. Befolkningen har i denne perioden vokst med ni prosent og i betydelig sterkere grad for voksne enn for unge.

Figur 5.1 Antall årsverk per 10 000 innbygger. Psykisk helsevern (PHV) og kommunalt psykisk helsearbeid (PHA), barn/unge (BU) og voksne (VO).



Årsverksdekningen har blitt ytterligere svekket pga økende befolkning i perioden, og det generelle bildet er at årsverkene både i spesialisthelsetjenesten og i kommunene har gått ned. I kommunene er det like mange årsverk per innbygger til barn/unge som til voksne, mens det er betydelig færre i årsverk per innbygger tilgjengelig for barn/unge enn for voksne i spesialisthelsetjenesten.

Den regionale variasjonen i 2013 er vist i tabell 5.1. I psykisk helsevern ligger regionene Sør-Øst, Vest og Midt-Norge på omtrent samme nivå, mens Nord ligger betydelig høyere. I kommunalt psykisk helsearbeid har kommunene i region Vest lavest årsverksinnsats til barn og unge, mens kommunene i Sør-Øst ligger lavest i tjenester til voksne. Kommunene i region Midt-Norge har høyest ressursinnsats både i tjenester til voksne og til barn/unge i 2013 i kommunene. Årsverksinnsatsen i kommunene avtar med størrelsen på kommunen (målt etter antall innbyggere), mens årsverkene i spesialisthelsetjenesten heller øker med kommunestørrelse.

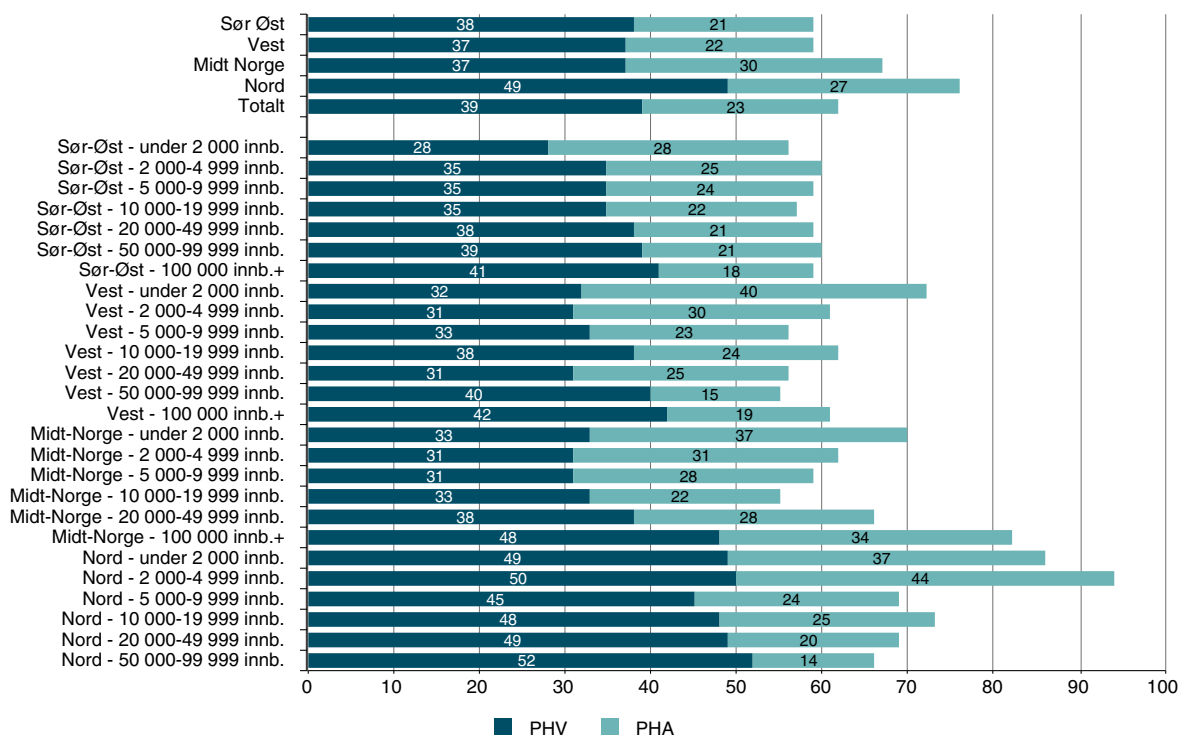
1) Det er SINTEF som har ansvaret for IS-24 rapporteringen. I 2013 rapporterte 426 av 428 kommuner.

2) Data eksisterer for kommunalt psykisk helsearbeid fra 2007 og vi ser derfor her på perioden 2007-2013.

Tabell 5.1 Antall årsverk per 10 000 innbyggere innen PHV og PHA, barn/unge (BU) og voksne (VO) , kommunegruppe og region 2013

| Kommunegruppe | | Psykisk helsevern | | | Psykisk helsearbeid | | |
|---------------|---------------------|-------------------|-----------|-----------|---------------------|-----------|-----------|
| | | PHV_BU | PHV_VO | PHV | PHA_BU | PHA_VO | PHA |
| Totalt | Sør Øst | 33 | 39 | 38 | 22 | 21 | 21 |
| | Vest | 28 | 40 | 37 | 17 | 24 | 22 |
| | Midt Norge | 31 | 39 | 37 | 31 | 29 | 30 |
| | Nord | 47 | 49 | 49 | 30 | 26 | 27 |
| | Totalt | 33 | 40 | 39 | 23 | 23 | 23 |
| Sør-Øst | Under 2 000 innb. | 33 | 27 | 28 | 31 | 28 | 28 |
| | 2 000-4 999 innb. | 31 | 36 | 35 | 25 | 25 | 25 |
| | 5 000-9 999 innb. | 35 | 35 | 35 | 22 | 25 | 24 |
| | 10 000-19 999 innb. | 34 | 36 | 35 | 25 | 21 | 22 |
| | 20 000-49 999 innb. | 34 | 39 | 38 | 21 | 20 | 21 |
| | 50 000-99 999 innb. | 32 | 41 | 39 | 25 | 20 | 21 |
| | 100 000 innb.+ | 32 | 43 | 41 | 18 | 18 | 18 |
| Vest | Under 2 000 innb. | 31 | 32 | 32 | 27 | 43 | 40 |
| | 2 000-4 999 innb. | 31 | 31 | 31 | 21 | 33 | 30 |
| | 5 000-9 999 innb. | 29 | 34 | 33 | 22 | 23 | 23 |
| | 10 000-19 999 innb. | 29 | 41 | 38 | 13 | 28 | 24 |
| | 20 000-49 999 innb. | 26 | 33 | 31 | 23 | 25 | 25 |
| | 50 000-99 999 innb. | 24 | 45 | 40 | 12 | 16 | 15 |
| | 100 000 innb.+ | 28 | 45 | 42 | 17 | 20 | 19 |
| Midt-Norge | Under 2 000 innb. | 52 | 28 | 33 | 37 | 38 | 37 |
| | 2 000-4 999 innb. | 35 | 30 | 31 | 36 | 30 | 31 |
| | 5 000-9 999 innb. | 29 | 32 | 31 | 31 | 28 | 28 |
| | 10 000-19 999 innb. | 37 | 32 | 33 | 23 | 22 | 22 |
| | 20 000-49 999 innb. | 30 | 41 | 38 | 33 | 27 | 28 |
| | 100 000 innb.+ | 25 | 54 | 48 | 32 | 34 | 34 |
| Nord | Under 2 000 innb. | 53 | 48 | 49 | 45 | 35 | 37 |
| | 2 000-4 999 innb. | 63 | 46 | 50 | 45 | 44 | 44 |
| | 5 000-9 999 innb. | 47 | 44 | 45 | 28 | 23 | 24 |
| | 10 000-19 999 innb. | 42 | 50 | 48 | 26 | 25 | 25 |
| | 20 000-49 999 innb. | 41 | 51 | 49 | 28 | 18 | 20 |
| | 50 000-99 999 innb. | 40 | 55 | 52 | 13 | 15 | 14 |

Figur 5.2 Årsverk per 10 000 innbygger i kommunegrupper og region. Psykisk helsevern (PHV) og kommunalt psykisk helsearbeid (PHA). 2013.



I Helse Sør-Øst er årsverkene jevnt relativt jevnt fordelt mellom befolkningen i ulike typer kommuner, når ressursinnsatsen i kommunene og i spesialisthelsetjenesten ses i sammenheng (se figur 5.2). I Helse Vest er det relativt mange kommunale årsverk til voksne innbyggere i de minste kommunene og samme tendens ses i helse Nord. I både Vest, Midt-Norge og Nord er det lavest samlet dekning i kommuner med mellom 50 000 og 100 000 innbyggere.

I kommunene er fastlegens arbeid inkludert i det psykiske helsearbeidet. Det samles ikke inn data på dette gjennom IS-24, fordi dette gjøres gjennom KOSTRA. Det antas at en relativt stabil andel av legeårsverkene i kommunehelsetjenesten inngår i det kommunale psykiske helsearbeidet. En rapport fra Helsedirektoratet sier «Erfaringer fra praksisfeltet og pasientstatistikk viser at man kan regne med at inntil en tredjedel av konsultasjonene i allmennpraksis inkluderer en psykisk problemstilling».³ I mangel på bedre anslag antar vi at en tredjedel av legeårsverkene i kommunehelsetjenesten fra hver kommune går til kontakt med mennesker med psykiske lidelser og plasserer de sammen med øvrige årsverk i

kommunalt psykisk helsearbeid. Dette betyr at 1 733 årsverk av legeårsverkene i kommunehelsetjenesten anslås å gå til psykisk helse i 2013. Tabell 5.2 bakerst i kapittelet viser årsverksfordelingen på ulike utdanningskategorier i psykisk helsevern og i kommunalt psykisk helsearbeid.

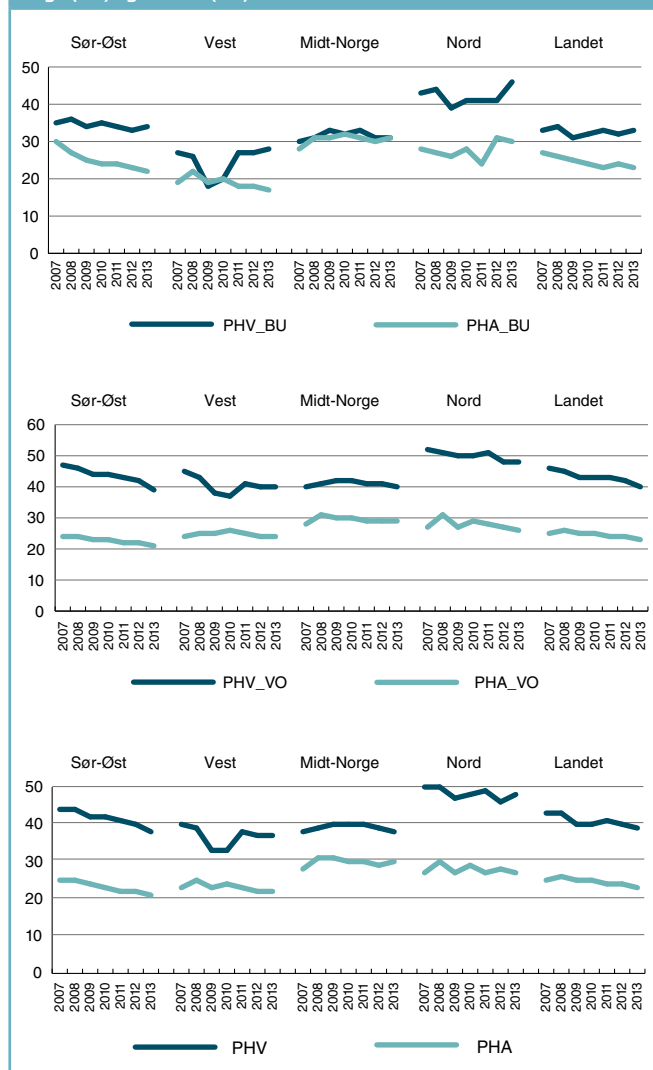
I figur 5.3 illustreres utviklingen i årsverk fra 2007-2013 i spesialisthelsetjenesten og i kommunene. For barn og unge er det særlig nedgang i helse Sør-Øst og Vest, mens for voksne er det nedgang også i Helse Nord. Midt-Norge ser ut til i størst grad opprettholde nivået.

Samarbeid mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten

Det er generelt vanskelig å kvantifisere samarbeid mellom tjenester. Etter hvert vil det utvikles bedre indikatorer for å følge utviklingen i kvaliteten på samarbeidet, men før det kan gjøres er det viktig å innhente mest mulig kvalitativ informasjon. Dette er blant annet gjort i pasientkartleggingene i PHV og i IS-24 i PHA.

3) Helsedirektoratet (2009): Allmennlegetjenesten og psykisk helse. IS-1655, s 11.

Figur 5.3 Antall årsverk per 10 000 innbygger, PHA og PHV, barn/unge (BU) og voksne (VO), 2007-2013.



Fra pasientkartleggingen gjennomført i 2012 og 2013 finner vi at behandlere og pasienter i spesialisthelsetjenesten mener samarbeidet med kommunene fungerer godt i de fleste tilfeller (Ose & Slettebak, 2013). Godt-fungerende ansvarsgrupper er særlig viktig for denne pasientgruppen, og at det er en koordinator som gjør en god jobb. Individuell Plan beskrives også som et viktig verktøy, men bruken av IP går betydelig ned både blant døgnpasienter og polikliniske pasienter de siste årene. Årsaken er foreløpig ukjent. Det foregår også jevnlig kontakt mellom nivåene på telefon om enkeltpasienter når det er nødvendig. Mange får også god hjelp fra NAV og i fra ACT team og andre samarbeidende grupper. Generelt får vi inntrykk av at det er mye som fungerer godt i samarbeidet mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste, spesielt rundt polikliniske pasienter.

Det er også en del som i dag fungerer dårlig. Spesielt gjelder dette forhold rundt boligspørsmål. Spesialisthelsetjenesten mener det er behov for en bolig med døgnbemanning for mange av pasientene, og kommunene sliter med å bygge ut dette. Det kan også være uenighet om hvilket tilbud pasienten faktisk trenger. Prosessen med avklaring av boligspørsmål tar i følge spesialisthelsetjenesten ofte for lang tid, og prosessen oppleves som byråkratisk noen steder. Kapasiteten vurderes å være alt for lav, men spesialisthelsetjenesten opplever også at bemanningen i eksisterende boliger ikke er god nok. Bedre kommuneøkonomi og gode og forpliktende ansvarsgrupper ser ut til å være de viktigste forslagene til forbedring fra respondentene i spesialisthelsetjenesten. Om boligspørsmålene løses og avklares raskere, vil dette sannsynligvis bedre samarbeidet mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten rundt pasienter med psykiske lidelser eller ruslidelser.

I IS-24 kartleggingen får vi mer informasjon om hvordan samarbeidet foregår sett fra kommunalt psykisk helsearbeid sin side. I 2013-kartleggingen inkluderte vi følgende spørsmål:

A) Helt konkret, hvordan samarbeider kommunen med spesialisthelsetjenesten om pasienter/brukere med psykiske lidelser og vansker?

B) Opplever dere at det har vært endringer i samarbeidet med spesialisthelsetjenesten det siste året?

C) Om ja, har samarbeidet med spesialisthelsetjenesten det siste året blitt bedre eller dårligere?

Svarene på A), B) og C) følger fortløpende:

A) 390 kommuner (91 prosent av alle kommunene) har bidratt med et kvalitativt svar på dette, og det er ansvarlige fagpersoner i kommunene som svarer. Når vi går gjennom svarene, finner vi stor variasjon i måter det samarbeides på, men vi kan gruppere en del av svarene i noen mer definerte kategorier:

- Faste/jevnlige samarbeidsmøter (38 prosent)
- Veiledning (37 prosent)
- Ansvarsgruppemøter (29 prosent)
- Ambulerende eller ambulante team (13 prosent)

- Akutt-team (7 prosent)
- Individuell plan (4 prosent)

Noen svarer også at de samarbeider i forbindelse med både innleggelser og utskrivninger, mens andre nevner at de har godt fungerende samarbeidsavtaler som regulerer samarbeidet.

Det er likevel en del kommuner som opplever at det er mye å gå på for å få samarbeidet til å fungere godt, og mange har konkrete forslag til forbedringer. Her er et eksempel fra en relativt liten kommune:

Vi har erfart at samarbeidet kan være vanskelig når det gjelder våre alvorligst syke. 2.linjetj. har for smalt fokus på psykotisk/ikke psykotisk kontra funksjonsnivå når det gjelder inn- og utskrivning. 2.linjetjenesten har for stor definisjonsmakt om pasienten er syk nok til innleggelse, eller frisk nok til utskrivning. Det gis for lite opplysninger og veiledning i overføring- og utskrivningsfaser. Vi opplever samarbeidet med lokalt DPS som tettere og bedre (kommune med ca 5000 innbyggere).

En annen kommune kommenterer samarbeidet slik:

Spesialisthelsetjenesten har en tendens til å skissere opp og definere det kommunale tilbudet de mener at en bruker skal ha, uten at kommunen har deltatt i disse vurderingene av hva slags kommunalt tjenestetilbud som vurderes som mest hensiktsmessig. Kommunen etter-spør samarbeidsmøter for utskrivelse/ avslutning av videre behandling for å ivareta brukermedvirkning i forhold til de kommunale tjenestene. Videre etterstrebes det å lage en mest mulig tilpasset oppfølgingsplan for den enkelte bruker. Det er viktig å avklare om bruker har mottatt optimal behandling forut for utskrivelse og hvorvidt andre aktører skal inn og bistå, herunder poliklinisk tilbud og andre behandlingstiltak i spesialisthelsetjenesten, henvises til privatpraktiserende psykolog med refusjon, NAV, PPA eller andre. Samarbeid skjer også ved deltakelse i ansvarsgrupper rundt pasienter, felles møter med pasienter, telefonisk kontakt og deltakelse i IP. Det avholdes møter mellom kommunene og DPS (stor kommune med over 50000 innbyggere).

Dette er sentrale problemstillinger som nevnes av mange kommuner. Mange har positive erfaringer med tverrfaglige team, men også her er det forbedringspotensial for å ta hensyn til behovene både hos pasient, i spesialisthelsetjenestene og i kommunene:

I noen saker har vi ansvarsgrupper der spesialisthelsetjenesten er med, men vi savner et tettere samarbeid. Vi skulle ønske spesialisthelsetjenesten var opptatt av våre vurderinger når vi har kjent en person gjennom flere år. Spesielt er vi misfornøyd med akuttambulant team som har som hovedoppgave å hindre innleggelser i spesialisthelsetjenesten (enten brukeren har behov for det eller ikke). Dette er tatt opp med spesialisthelsetjenesten flere ganger, men ikke ført til endring i praksis.

B) 44 prosent av kommunene som opplever endring i samarbeidet med spesialisthelsetjenesten innen psykisk helse siste år (2012-2013), mens 56 prosent opplever ingen endring.

C) Av de 44 prosentene av kommunene som opplever endring, er det syv prosent som opplever at samarbeidet har blitt «mye bedre», 58 prosent svarer «bedre», 31 prosent svarer «dårligere» og tre prosent svarer «mye dårligere».

5.2 Årsverk innen rusfeltet

Datagrunnlag:

Årsverksinnsatsen i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) hentes fra SAMDATA, mens årsverksinnsatsen i kommunene hentes fra IS-8 rapporteringen på kommunalt psykisk helsearbeid.⁴ Tallene er ikke helt sammenliknbare, fordi TSB behandler i stor grad personer over 18 år, mens brukerne i kommunene kan være yngre. Det kartlegges ikke hvor mange av årsverkene som går til unge under 18 år i kommunene, men det gjøres anslag på hvor mange årsverk som går til unge under 25 år (omtrent 13 prosent av årsverkene i 2013). I tabell 5.3 er alle årsverkene inkludert, også de som går til unge brukere.

4) Det er Rambøll som har ansvaret for IS-8 rapporteringen. I 2013 rapporterte 346 av 428 kommuner. For de 79 kommunene som ikke har rapportert, har Rambøll anslått årsverk på «bakgrunn av hva kommunen rapporterte tidligere år eller de fått nye verdier etter estimeringer.»

Tabell 5.2 Andel årsverk, utdanningsgrupper i PHV og PHA, 2013.

| | | Psykisk helsevern | | | | | | | | | | Psykisk helsearbeid | | | | |
|------------|---------------------|-------------------|-----------------|--------------|-----------|-----------|-----------|------------|-----------|----------------------|--------------|---------------------|-----------|----------|------------|--|
| | | Leger | Psyko- loger | Høysk./univ. | | VGS | Annet | Totalt | Leger | Psyko- lo- ger | Høysk./univ. | | VGS | Annet | Totalt | |
| | | | | m/v.utd | u/v.utd | | | | | | m/v.utd | u/v.utd | | | | |
| Totalt | Sør Øst | 9 | 12 | 20 | 25 | 11 | 22 | 100 | 14 | 2 | 24 | 30 | 22 | 8 | 100 | |
| | Vest | 9 | 13 | 20 | 29 | 11 | 18 | 100 | 13 | 2 | 21 | 31 | 24 | 9 | 100 | |
| | Midt Norge | 10 | 13 | 25 | 22 | 11 | 19 | 100 | 10 | 2 | 22 | 33 | 26 | 7 | 100 | |
| | Nord | 8 | 12 | 23 | 23 | 10 | 23 | 100 | 14 | 1 | 25 | 27 | 25 | 8 | 100 | |
| | Totalt | 9 | 12 | 21 | 25 | 11 | 21 | 100 | 13 | 2 | 23 | 31 | 23 | 8 | 100 | |
| Sør-Øst | Under 2 000 innb. | 8 | 12 | 21 | 23 | 11 | 24 | 100 | 17 | 2 | 27 | 27 | 21 | 6 | 100 | |
| | 2 000-4 999 innb. | 8 | 10 | 20 | 25 | 13 | 23 | 100 | 14 | 1 | 26 | 23 | 30 | 7 | 100 | |
| | 5 000-9 999 innb. | 8 | 12 | 21 | 25 | 12 | 23 | 100 | 13 | 1 | 24 | 30 | 27 | 5 | 100 | |
| | 10 000-19 999 innb. | 9 | 13 | 18 | 26 | 11 | 23 | 100 | 12 | 2 | 24 | 30 | 21 | 11 | 100 | |
| | 20 000-49 999 innb. | 9 | 13 | 20 | 25 | 11 | 22 | 100 | 14 | 2 | 22 | 27 | 26 | 8 | 100 | |
| Vest | 50 000-99 999 innb. | 9 | 11 | 20 | 26 | 11 | 24 | 100 | 13 | 2 | 26 | 32 | 22 | 5 | 100 | |
| | 100 000 innb. + | 11 | 12 | 20 | 25 | 10 | 21 | 100 | 15 | 4 | 23 | 35 | 14 | 9 | 100 | |
| | Under 2 000 innb. | 9 | 11 | 20 | 25 | 14 | 21 | 100 | 14 | 0 | 25 | 22 | 27 | 12 | 100 | |
| | 2 000-4 999 innb. | 9 | 11 | 20 | 24 | 13 | 20 | 100 | 12 | 2 | 19 | 30 | 30 | 8 | 100 | |
| | 5 000-9 999 innb. | 9 | 12 | 21 | 25 | 12 | 19 | 100 | 15 | 2 | 24 | 28 | 27 | 4 | 100 | |
| Midt-Norge | 10 000-19 999 innb. | 9 | 12 | 20 | 25 | 13 | 20 | 100 | 12 | 1 | 21 | 32 | 29 | 5 | 100 | |
| | 20 000-49 999 innb. | 10 | 15 | 21 | 28 | 11 | 15 | 100 | 10 | 5 | 20 | 37 | 21 | 9 | 100 | |
| | 50 000-99 999 innb. | 8 | 9 | 19 | 32 | 10 | 20 | 100 | 15 | 3 | 36 | 35 | 10 | 2 | 100 | |
| | 100 000 innb. + | 9 | 14 | 18 | 32 | 9 | 17 | 100 | 14 | 3 | 20 | 31 | 20 | 13 | 100 | |
| | Under 2 000 innb. | 10 | 12 | 22 | 24 | 9 | 23 | 100 | 11 | 0 | 24 | 29 | 28 | 8 | 100 | |
| Nord | 2 000-4 999 innb. | 10 | 12 | 23 | 24 | 11 | 19 | 100 | 12 | 0 | 25 | 31 | 27 | 5 | 100 | |
| | 5 000-9 999 innb. | 11 | 12 | 24 | 25 | 12 | 16 | 100 | 11 | 2 | 19 | 30 | 28 | 9 | 100 | |
| | 10 000-19 999 innb. | 10 | 14 | 26 | 21 | 8 | 21 | 100 | 13 | 3 | 26 | 26 | 21 | 12 | 100 | |
| | 20 000-49 999 innb. | 11 | 11 | 26 | 23 | 13 | 15 | 100 | 10 | 2 | 21 | 31 | 32 | 5 | 100 | |
| | 100 000 innb. + | 9 | 13 | 27 | 20 | 9 | 21 | 100 | 8 | 3 | 20 | 41 | 21 | 7 | 100 | |
| | Under 2 000 innb. | 8 | 11 | 22 | 25 | 10 | 24 | 100 | 15 | 0 | 24 | 22 | 31 | 8 | 100 | |
| | 2 000-4 999 innb. | 8 | 12 | 20 | 24 | 9 | 25 | 100 | 10 | 1 | 24 | 25 | 29 | 10 | 100 | |
| | 5 000-9 999 innb. | 8 | 12 | 23 | 24 | 9 | 23 | 100 | 15 | 1 | 19 | 31 | 27 | 7 | 100 | |
| | 10 000-19 999 innb. | 8 | 13 | 23 | 22 | 10 | 23 | 100 | 14 | 1 | 26 | 29 | 23 | 7 | 100 | |
| | 20 000-49 999 innb. | 9 | 12 | 30 | 21 | 9 | 19 | 100 | 13 | 2 | 32 | 28 | 18 | 7 | 100 | |
| | 50 000-99 999 innb. | 8 | 13 | 18 | 23 | 11 | 26 | 100 | 20 | 2 | 29 | 34 | 14 | 2 | 100 | |

Tabell 5.3 Antall årsverk og årsverk per 100 000 innbygger (18 år+), TSB og kommunalt rusarbeid, Helseregion 2013.

| | | Leger | Psykologer | Høyskole/univ m/ videreutdanning | Høyskole/univ u/ videreutdanning | Vgs utdanning | Annet (ikke helse og sosial) | Totalt |
|------------------------------|------------------|------------|------------|-------------------------------------|-------------------------------------|---------------|---------------------------------|--------------|
| Totalt (N=) | | | | | | | | |
| TSB | Helse Sør Øst | 115 | 281 | 486 | 721 | 140 | 564 | 2 307 |
| | Helse Vest | 32 | 93 | 125 | 266 | 57 | 142 | 715 |
| | Helse Midt-Norge | 18 | 43 | 117 | 191 | 15 | 114 | 498 |
| | Helse Nord | 5 | 22 | 48 | 102 | 23 | 107 | 307 |
| | Totalt | 170 | 438 | 776 | 1 281 | 234 | 927 | 3 827 |
| Kommunalt rusarbeid | Sør Øst | 17 | 78 | 294 | 265 | 739 | 816 | 2 209 |
| | Vest | 3 | 9 | 91 | 90 | 422 | 268 | 885 |
| | Midt-Norge | 4 | 4 | 65 | 27 | 183 | 185 | 468 |
| | Nord | 6 | 3 | 86 | 34 | 114 | 186 | 429 |
| | Totalt | 31 | 94 | 536 | 417 | 1 458 | 1 455 | 3 991 |
| Per 100 000 innbygger | | | | | | | | |
| TSB | Helse Sør Øst | 5 | 13 | 22 | 32 | 6 | 25 | 103 |
| | Helse Vest | 4 | 11 | 15 | 32 | 7 | 17 | 87 |
| | Helse Midt-Norge | 3 | 8 | 21 | 35 | 3 | 21 | 91 |
| | Helse Nord | 1 | 6 | 13 | 27 | 6 | 28 | 82 |
| | Totalt | 4 | 11 | 19 | 32 | 6 | 23 | 96 |
| Kommunalt rusarbeid | Sør Øst | 1 | 3 | 13 | 12 | 33 | 36 | 99 |
| | Vest | 0 | 1 | 11 | 11 | 51 | 33 | 108 |
| | Midt-Norge | 1 | 1 | 12 | 5 | 33 | 34 | 85 |
| | Nord | 2 | 1 | 23 | 9 | 30 | 49 | 114 |
| | Totalt | 1 | 2 | 13 | 10 | 37 | 37 | 100 |

I kommunalt rusarbeid har 37 prosent av årsverkene utdanning fra videregående, mens dette gjelder seks prosent av årsverkene i TSB. I TSB er 11 prosent av årsverkene psykologer, mens andelen psykologer i kommunalt rusarbeid er to prosent. Det er 36 prosent av årsverkene i kommunalt rusarbeid som har annen utdanning (ikke helse og sosial), mens dette gjelder 24 prosent av årsverkene i TSB.

Samlet sett er det 7800 årsverk som går til rusfeltet, der 49 prosent er i TSB og 51 prosent i kommunene. Den samlede personellressursen i TSB utgjør i 3 826 årsverk i 2013. Antall årsverk er redusert med 3 prosent i løpet av siste året (SAMDATA 2013, side 252). Polikliniske årsverk øker lite fra 2012 til 2013, men utgjør nå en fjerdedel av personellressursene i TSB. Innslaget av ambulant

virksomhet utgjør omlag 10 prosent av den polikliniske virksomheten (ibid).

Innen rusfeltet er det i 2013 omtrent like mange årsverk i kommunene som i spesialisthelsetjenestene, anslagsvis 3 990 årsverk. Over halvparten av årsverkene går til bolig og ruskonsulenter, mens omtrent syv prosent inngår i oppsøkende/ambulante tjenester/tiltak. I Helse Sør-Øst er årsverkene relativt likt fordelt mellom nivå, mens i Vest og Nord er det noen flere årsverk i kommunene enn i spesialisthelsetjenesten. I Helse Midt-Norge var det i 2013 noen flere årsverk i TSB enn det kommunale rusarbeid i opptaksområdet. Fra 2012 til 2013 rapporteres det om en nedgang på tre prosent i årsverksinnsatsen i kommunalt rusarbeid.

104827803041830581048278004827780802740117743041830048277803041830
8248278004827780802770304183058118240418305811804183030
818119249207803045830581184841830581

DEL II

Samhandlingsreformen

6

Pasienter og mottakere av helsetjenester innen psykisk helse og rus

I 2013 var 5,9 prosent av befolkningen under 18 år i kontakt med fastlegen på grunn av psykiske vansker/lidelser og/eller rusmiddelproblemer. I tillegg fikk 0,3 prosent legevakttjenester for tilsvarende problematikk. I overkant av fem prosent av barne- og ungdomsbefolkningen var i samme periode i behandling i psykisk helsevern for barn og unge eller hos avtalespesialister.

Den største andelen av fastlegens konsultasjoner til barn og unge gikk til pasienter med hyperkinetiske forstyrrelser og atferdsforstyrrelser. I det psykiske helsevernet og hos avtalespesialistene var i tillegg pasienter med nevrotiske lidelser en stor pasientgruppe. Blant pasienter som mottok legevakttjenester utgjorde pasienter med rusrelaterte lidelser en betydelig større andel enn i de øvrige tjenestene. Det var flere gutter enn jenter både hos fastlegen (58 prosent) og i det psykiske helsevernet (54 prosent) i 2013.

Blant den voksne delen av befolkningen var 16,4 prosent i kontakt med fastlege og 1,3 prosent i kontakt med legevakt på grunn av psykiske vansker/lidelser og/eller rusmiddelproblemer i 2013. Samme år var 4,3 prosent av befolkningen i behandling i det psykiske helsevernet for voksne og 0,7 prosent i TSB.

Både hos fastlegen og i poliklinisk psykisk helsevern var en stor andel av konsultasjonene blant voksne rettet mot pasienter med affektive og nevrotiske lidelser. I det psykiske helsevernet var pasienter med diagnosene schizofrene lidelser og personlighetsforstyrrelser relativt større pasientgrupper enn hos fastlege. Pasienter med rusrelaterte lidelser var den største pasientgruppen hos legevakt, og stod for en betydelig større andel av konsultasjonene enn i de øvrige tjenestene. Det var en større andel kvinner enn menn som oppsøkte fastlege (60 prosent), og var i behandling i det psykiske helsevernet (60 prosent) i 2013. Det var klare forskjeller i diagnosefordeling mellom kvinner og menn på begge tjenestenivå.

Det var større vekst i tallet på pasienter som oppsøkte fastlege for et psykisk helse- og/eller rusmiddelproblem i 2013 enn i årene før Samhandlingsreformen. Dette gjaldt både for barn og unge (4,5 prosent) og voksne (4 prosent). I det psykiske helsevernet var det en liten nedgang i pasienttallet for barn og unge (-0,6 prosent), og en svak vekst i tjenestene for voksne siste år (0,9 prosent).

Bruk av helsetjenester knyttet til psykiske vansker/lidelser og rusmiddelbruk varierte med kommunestørrelse også i 2013. Omfanget av pasienter som oppsøkte fastlegen for psykiske vansker økte med økende innbyggertall opp til 50 000 innbyggere, for deretter å avta. I storbyene var det et lavere forbruk av fastlegetenester enn i de øvrige kommunegruppene, spesielt var dette tilfelle for barn og unge. I spesialisthelsetjenesten var det motsatt tendens for de to aldersgruppene; i det psykiske helsevernet for voksne økte forbruket av tjenester med økende kommunestørrelse, mens i tjenestene til barn og unge var pasientratene høyest i små kommuner og avtagende med økende kommunestørrelse. Tendensene var ikke like entydig i alle regioner.

Fra 2012 til 2013 var det større økning i antall nyinnflyttede i kommunale boliger blant brukere med psykiske lidelser og rusmiddelmisbruk enn i årene fra 2009 til 2012. Dette gjaldt også når man tok hensyn til befolkningsveksten.

6.1 Innledning

Statistikk og styringsinformasjon på psykisk helse- og rusfeltet er sentralt for å kunne følge utviklingen i arbeidet med Samhandlingsreformen. Utfordringen er imidlertid at tjenester knyttet til psykiske vansker/lidelser og rusmiddelproblematikk ytes innenfor mange instanser og på ulike forvaltningsnivå. Per i dag har vi kunnskap om aktivitet og bruk av tjenester innenfor spesialisthelsetjenesten, men mangler fortsatt aktivitetsdata for deler av den kommunale virksomheten.

Det finnes i dag god oversikt over spesialisthelsetjenestens aktivitet (NPR), men ingen tilsvarende oversikt over hvor mange personer som årlig får hjelp for et psykisk helseproblem eller et rusmiddelproblem i kommunale tjenester. Deler av kommunenes helse- og omsorgstjeneste har ikke individbaserte dataregister, samt at det enda ikke foreligger koblinger mellom register på ulike forvaltningsnivå. Det er derfor betydelige utfordringer knyttet til å anslå hvor mange personer med psykiske helseproblemer og/eller rusmiddelproblemer som mottar slike tjenester i kommunene, samt å utføre analyser av pasientforløp i kommunenes helse- og omsorgstjeneste eller mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten for denne gruppen av pasienter.

Formålet med dette kapitlet er derfor å presentere analyser basert på de data som er tilgjengelige på nasjonalt nivå om bruk av tjenester blant pasienter med psykiske vansker/lidelser og/eller rusmiddelproblematikk. Kapitlet belyser hvor mange pasienter hos fastlege/legevakt og innen spesialisthelsetjenesten som får hjelp for psykiske vansker/lidelser og/eller rusmiddelproblemer. Videre presenteres forbruksrater for fastlegens pasienter og pasienter i psykisk helsevern fordelt etter kommunestørrelse. Pasientsammensetningen hos fastlegen og i det psykiske helsevernet blir også belyst. Avslutningsvis viser vi omfanget av nyinnflyttede pasienter i kommunale boliger fordelt på ulike brukergrupper.

6.2 Resultater nasjonalt og regionalt nivå

Barn og unge

I 2013 var 5,9 prosent barn og unge i alderen 0-17 år (66 329 pasienter) i kontakt med fastlegen på grunn av psykiske vansker. Dette genererte 82 861 konsultasjoner knyttet til psykiske helseproblemer for denne aldersgruppen. Nær 3600 barn og unge mottok legevakttjenester for denne typen problematikk. Gutter (58 prosent) utgjorde en større andel av pasientene enn jenter (42 prosent) hos fastlegen i 2013.

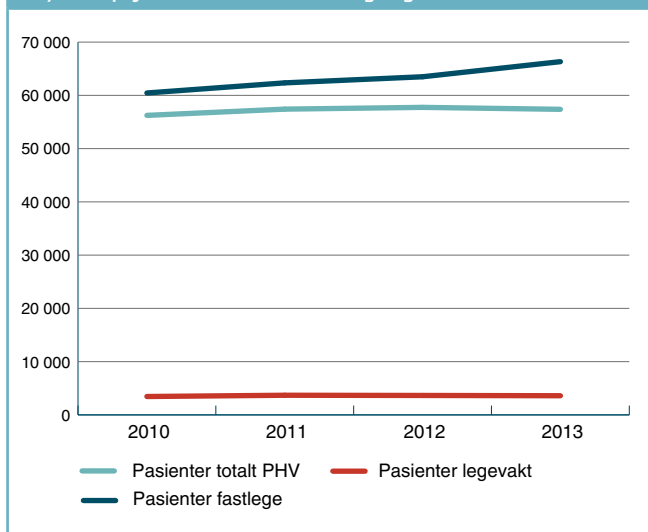
Det var vekst i både antall pasienter (4,5 prosent) og konsultasjoner (4,5 prosent) hos fastlegene fra 2012 til 2013. Dette var den sterkeste årlige veksten for pasienter siste fireårsperiode. Totalt for fireårsperioden økte antallet pasienter med 9,7 prosent og konsultasjoner med 15,8 prosent på nasjonalt nivå. Pasienter i kontakt med legevakt gikk noe ned siste år (-1,4), mens antall legevaktkonsultasjoner økte med 1 prosent. Siste fireårsperiode økte antall pasienter hos legevakt med 4,2 prosent og antall konsultasjoner med 12,2 prosent (se tabell 6.2 og 6.4).

Innenfor spesialisthelsetjenesten var 5,1 prosent av barne- og ungdomsbefolkningen i kontakt med det psykiske helsevernet i 2013 (57 380 pasienter), 55 304 ble behandlet i det offentlige psykiske helsevernet og 2 942 pasienter hos avtalespesialister. Et svært begrenset antall pasienter under 18 år var i kontakt med TSB for en ruslidelse (266 pasienter). Det var en svak nedgang i antallet pasienter i spesialisthelsetjenesten siste år (-0,6 prosent); -0,5 prosent i offentlig psykisk helsevern for barn og unge og -4,9 prosent hos avtalespesialistene (se tabell 6.2). Gutter (54 prosent) utgjorde også en større andel av pasientene i det psykiske helsevernet enn jenter (46 prosent)¹.

Figur 6.1 viser utviklingen i antall pasienter hos fastlege, legevakt og det psykiske helsevernet for barn og unge i perioden 2010 til 2013.

1) SAMDATA Spesialisthelsetjenesten 2013, tabell 16.3.

Figur 6.1 Antall pasienter 0-17 år hos fastlege og legevakt (P-diagnoser), samt psykisk helsevern for barn og unge 2010-2013.



Figuren viser at veksten i antall pasienter i perioden 2010 til 2013 var størst hos fastlegene, spesielt fra 2012 til 2013.

Barn og unge bosatt i kommuner i region Nord hadde i gjennomsnitt de høyeste pasientratene hos fastlegen knyttet til psykiske vansker/lidelser i 2013, mens pasienter fra kommuner i de tre øvrige regionene hadde rater på omtrent samme nivå. I offentlig psykisk helsevern var pasientraten høyest for pasienter fra Helse Nord og lavest for pasienter fra Helse Vest. Hos avtalespesialistene var situasjonen motsatt, høyeste pasientrate for pasienter bosatt i Helse Vest og lavest for pasienter fra Helse Nord. Det var imidlertid en relativt liten andel barn og unge som ble behandlet hos avtalespesialister, slik at totalraten var høyest i Helse Nord og lavest for pasienter fra Helse Vest (se tabell 6.14).

Mange av pasientene har trolig vært i kontakt med flere av tjenestene i løpet av året. Fastlegen er ofte henvisende instans, og de samme pasientene vil derfor både kunne gjenfinnes hos fastlegen og psykisk helsevern, TSB eller hos avtalespesialister. Manglende koblingsmuligheter mellom data fra fastlegene/legevakt og spesialisthelsetjenesten gjør at vi ikke har det eksakte tallet på antall personer som mottar disse tjenestene.

Voksne

I 2013 fikk 16,4 prosent av den voksne befolkningen behandling hos fastlegen for psykiske vansker/lidelser.

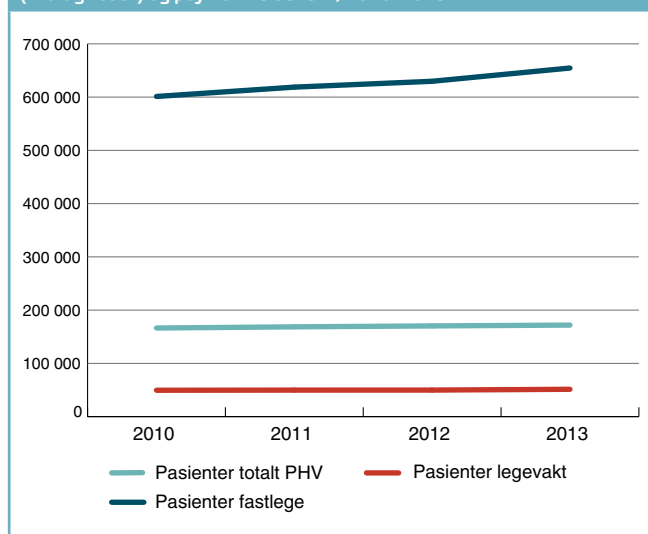
Omlag 1,3 prosent oppsøkte legevakt for tilsvarende problemer. Det var en større andel kvinner (60 prosent) enn menn (40 prosent) som var i kontakt med fastlegen på grunn av psykiske vansker/symptomer.

Det var en økning i pasienter både hos fastlegen (fire prosent) og hos legevakt (tre prosent) fra 2012 til 2013. Dette representerer den sterkeste årlige veksten for pasienter siste fire år. Antall konsultasjoner økte med 1,5 prosent på nasjonalt nivå siste år.

Omlag 3,2 prosent av den voksne befolkningen var i behandling i det psykiske helsevernet og 1,3 prosent hos avtalespesialister i 2013, totalt utgjorde dette 4,3 prosent. I TSB var det 0,7 prosent av befolkningen over 18 år i behandling. Det var vekst i antall pasienter i offentlig psykisk helsevern (2,3 prosent) og en reduksjon hos avtalespesialistene (-2,2 prosent) siste år, totalt utgjorde dette en svak vekst (0,9 prosent). I TSB økte antallet pasienter med to prosent siste år (se tabell 6.2).

Figuren under viser utviklingen i antall pasienter hos fastlege, legevakt og det psykiske helsevernet for voksne i perioden 2010 til 2013.

Figur 6.2 Antall pasienter 18 år og over hos fastlege, legevakt (P-diagnoser) og psykisk helsevern, 2010-2013.



Figuren viser at det var spesielt vekst i antall pasienter hos fastlegen i perioden 2010 til 2013 (8,9 prosent), og at denne veksten var sterkest siste år. I det psykiske helsevernet (3,3 prosent) og ved legevakten (3,7 prosent) var veksten i antall pasienter noe svakere i perioden.

Blant den voksne befolkningen var det flest pasienter per 1000 innbyggere hos fastlegen fra kommuner i Sør-Øst, mens pasientraten var lavest i kommuner i Vest. Totalt var pasientratene i det psykiske helsevernet for voksne høyest i Helse Sør-Øst og Helse Nord. Splittet på offentlig og privat virksomhet, hadde Helse Nord og Midt-Norge de høyeste ratene i offentlig virksomhet, mens Sør-Øst og Vest hadde de høyeste ratene blant avtalespesialister (se tabell 6.15).

Også for voksne har man problematikken i forhold til at samme person kan være registrert som pasient ved flere tjenester. I tillegg er det til dels store overlapp mellom psykisk helsevern og TSB.

Variasjoner mellom kommunegrupper

Figurene under viser hvordan pasientrater hos fastlege og i det psykiske helsevernet varierte med kommunestørrelse for henholdsvis barn og unge og voksne i 2013.

Omfanget av pasienter som oppsøkte fastlegen for psykiske vansker i 2013 økte med økende kommunestørrelse opp til 50 000 innbyggere. Deretter avtok pasientraten noe i større kommuner, og i storbyene var raten lavere enn i de øvrige kommunegruppene for barn og unge og på nivå med små kommuner for voksne.

I spesialisthelsetjenesten var det samme tendens i det psykiske helsevernet for voksne med økende pasientrate med økende kommunestørrelse. Avtalespesialistene som

i stor grad er konsentrert i større byer, bidro dermed til denne tendensen. Det offentlige psykiske helsevernet hadde flest pasienter i mellomstore kommuner. I det psykiske helsevernet for barn og unge var det motsatt tendens, her var pasientraten høyest i små kommuner og avtagende med økende kommunestørrelse.

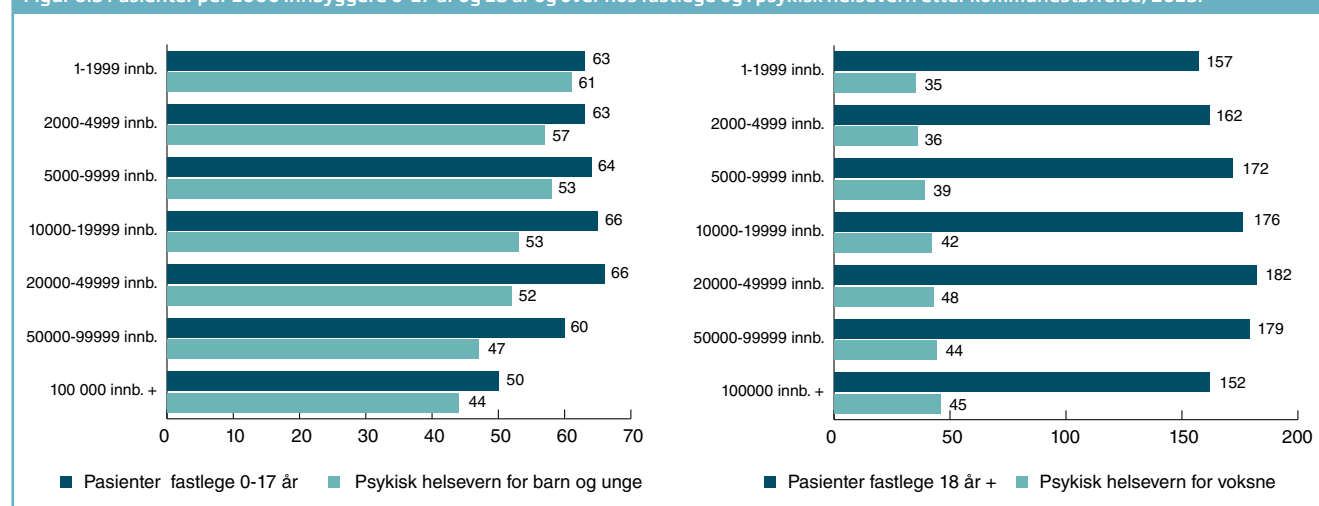
Figur 6.4 viser hvordan bruk av tjenester fordelt på kommunegrupper varierer i regionene.

Tendensene på nasjonalt nivå var ikke like entydig for alle regioner, i region Vest var forbruket hos fastlege relativt høyt i storbyene, og i region Nord var bruk av tjenester i psykisk helsevern for voksne relativt lavt i storby.

At bruk av både fastlege og til dels spesialisthelsetjeneste var lavere i storbyene enn i mindre kommuner, kan være knyttet til større kapasitet og tilgjengelighet til andre tjenester som kan bistå med hjelp i forbindelse med psykiske helseproblemer i storbyene. Dette kan blant annet være tjenester som skolehelsetjeneste, helsestasjon for ungdom, kommunal psykologtjeneste, Familiens hus, PP-tjeneste og barnevernstjeneste.

Det var en klar tendens at variasjonene i pasient- og konsultasjonsratene hos fastlegen var størst for de minste kommunene, og avtagende med økende kommunestørrelse. Denne tendensen gjaldt for både barn/unge og voksne.

Figur 6.3 Pasienter per 1000 innbyggere 0-17 år og 18 år og over hos fastlege og i psykisk helsevern etter kommunestørrelse, 2013.



2013.



Pasientsammensetning

Det var ulik pasientsammensetning hos fastlege, legevakt og i det psykiske helsevernet. For barn og unge gikk den største andelen av fastlegens konsultasjoner til pasienter med hyperkinetiske forstyrrelser/ADHD og til pasienter med atferdsforstyrrelser. Om lag tilsvarende andel av konsultasjonene i poliklinisk psykisk helsevern ble rettet mot barn og unge med hyperkinetiske forstyrrelser, mens en lavere andel gjaldt atferdsforstyrrelser. Hos avtalespesialistene var imidlertid dette den største pasientgruppen. Nevrotiske lidelser utgjorde en høyere andel av forbruket i psykisk helsevern enn hos fastlegen. I døgntilrettelagt behandling utgjorde i tillegg pasienter med

affektive lidelser en stor pasientgruppe. Pasienter med fysiologiske lidelser utgjorde en større andel i døgnavdelingene og hos fastlegen, enn i poliklinikk og hos avtalespesialistene. Hos legevakt utgjorde rusrelaterte lidelser en betydelig større andel av konsultasjonene enn i de øvrige tjenestene. Dette er illustrert i figur 6.5.

Også når det gjaldt voksne var fastlegens pasientpopulasjon noe forskjellig fra sammensetningen i tjenestene i det psykiske helsevernet. En stor andel av konsultasjonene var imidlertid rettet mot pasienter med affektive lidelser både hos fastlegen, i døgnerbehandling, i poliklinikkene og hos avtalespesialistene. Det samme gjaldt

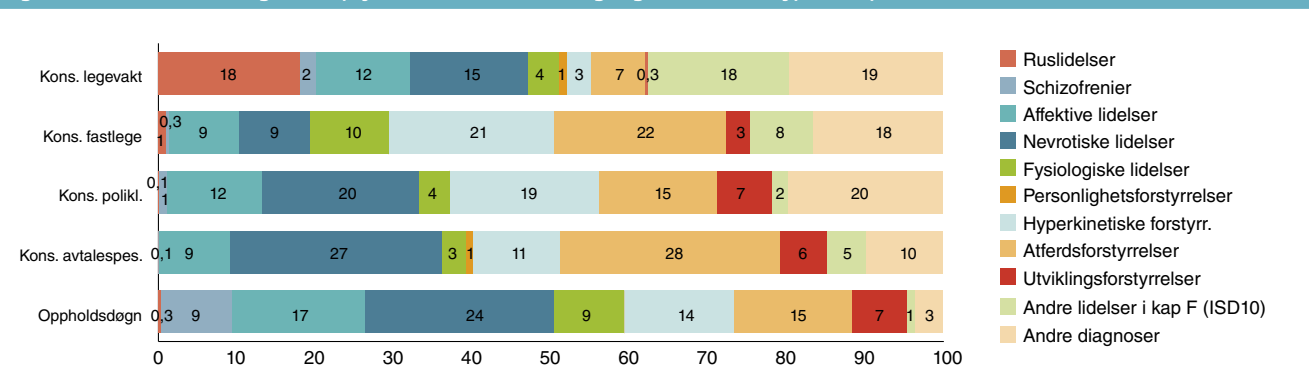
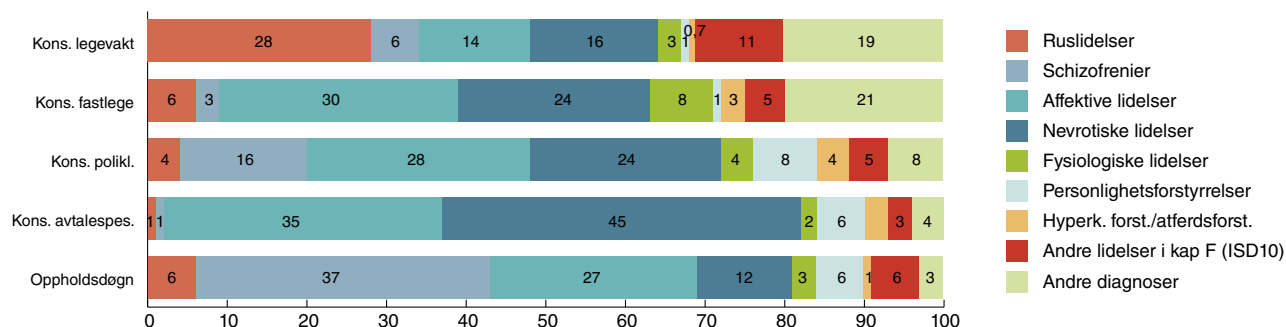


Fig 6.6 Kontakter med fastlegen, legevakt og/eller psykisk helsevern for voksne fordelt etter type helseproblem i 2013.



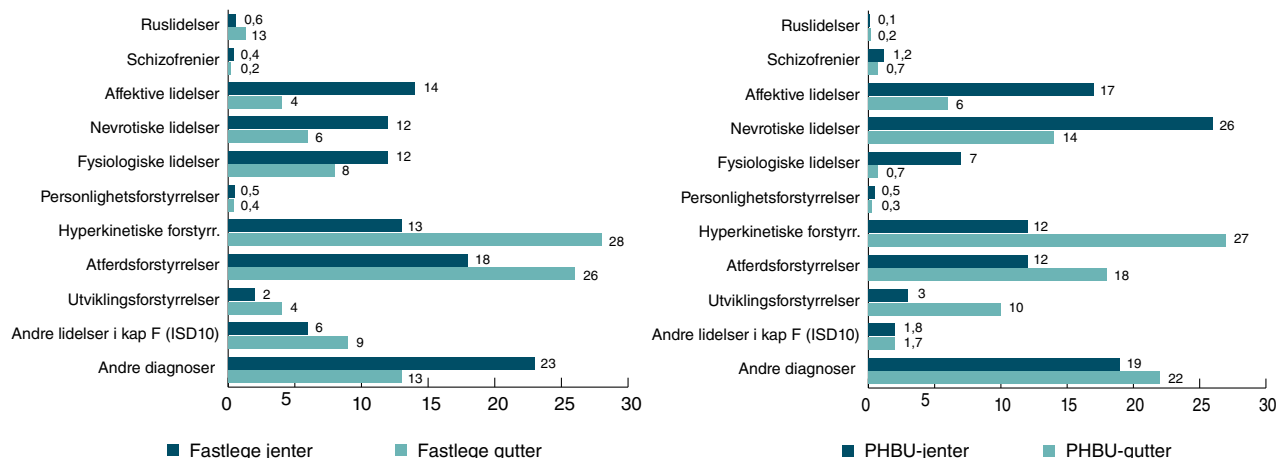
pasienter med neurologiske lidelser. Pasienter med fysiologiske lidelser utgjorde imidlertid en relativt større andel hos fastlegen enn i psykisk helsevern. Hos fastlegen dreier dette seg om spiseforstyrrelser, søvnløshet, manglende sexlyst og senil atferd. Pasienter med rusrelaterte lidelser utgjorde også en større gruppe hos fastlegene og i døgnavdelingene enn i poliklinisk psykisk helsevern og hos avtalespesialister. Trolig har denne gruppen ulik fordeling av type problematikk. Hos fastlegene utgjorde pasienter med tobakksbruk 17 prosent av alle pasienter med rusmiddelrelaterte lidelser, mens dette var en nesten ikke-eksisterende pasientgruppe (F17) i det psykiske helsevernet. Pasienter med diagnosene schizofrene lidelser og personlighetsforstyrrelser utgjorde en større gruppe innenfor det psykiske helsevernet enn hos fastlegene. Pasienter med diagnosen schizofrenier utgjorde også en betydelig andel av pasientene i døgnbehandling, med nær 37 prosent av de totale oppholdsdøgnene. Hos legevakt utgjorde pasien-

ter med lidelser knyttet til rusmiddelbruk den største pasientgruppen, og en betydelig større andel av konsultasjonene enn i de øvrige tjenestene.

En betydelig andel av arbeidet fastlegene utfører i forhold til psykiske vansker, gjelder lettere psykisk lidelser, her kategorisert som andre diagnoser. Dette gjaldt både for barn og unge (17,8 prosent) og voksne (20,5 prosent) i 2013. Blant disse utgjorde psykiske symptomer/plager (P29), depresjonsfølelse (P03), hukommelsesforstyrrelse (P20) og følelse av angst, nervøsitet og anspenhet (P01) de største gruppene.

Det var en klar forskjell i diagnosefordeling mellom jenter og gutter både hos fastlegene og i det psykiske helsevernet. Figuren under viser hvordan konsultasjoner fordeler seg på ulike diagnosegrupper hos fastleger og i poliklinikk i det psykiske helsevernet for barn og unge.

Fig 6.7 Kontakter med fastlegen og/eller psykisk helsevern (poliklinikk) fordelt etter type helseproblem og kjønn i 2013, 0-17 år.



Konsultasjonene knyttet til affektive, nevrotiske og fysiologiske lidelser var klart høyere blant jenter enn gutter både hos fastlegen og i det psykiske helsevernet. I tillegg genererte lettere psykiske lidelser en større andel konsultasjoner blant jenter enn gutter hos fastlegene. Motsatt utgjorde konsultasjoner knyttet til hyperkinetiske forstyrrelser og atferdsforstyrrelser en større andel blant guttene på begge tjenestenivå. Utviklingsforstyrrelser stod også for en større andel av konsultasjonene hos gutter enn jenter, spesielt i det psykiske helsevernet (se tabell 6.17).

Også blant voksne utgjorde affektive og nevrotiske lidelser en større andel blant kvinner både hos fastlege og i det psykiske helsevernet, men forskjellene var noe mindre enn for gruppen under 18 år. Disse tilstandene utløste også et betydelig antall konsultasjoner blant menn både hos fastlege, i poliklinikk og hos avtalespesialister. Behandling knyttet til rusmiddelrelaterte lidelser utgjorde en større andel konsultasjoner blant menn enn kvinner på begge behandlingsnivå. Det samme gjaldt konsultasjoner og oppholdsdøgn blant pasienter med diagnosen schizofrenier, spesielt i det psykiske helsevernet. I døgnbehandling stod denne gruppen pasienter for nær 48 prosent av oppholdsdøgnene blant menn og 28 prosent av døgnene blant kvinner. I poliklinikk var 24 prosent av konsultasjonene for menn knyttet til diagnosen schizofrenier, mens tilsvarende tall for kvinner var 11 prosent (se tabell 6.19).

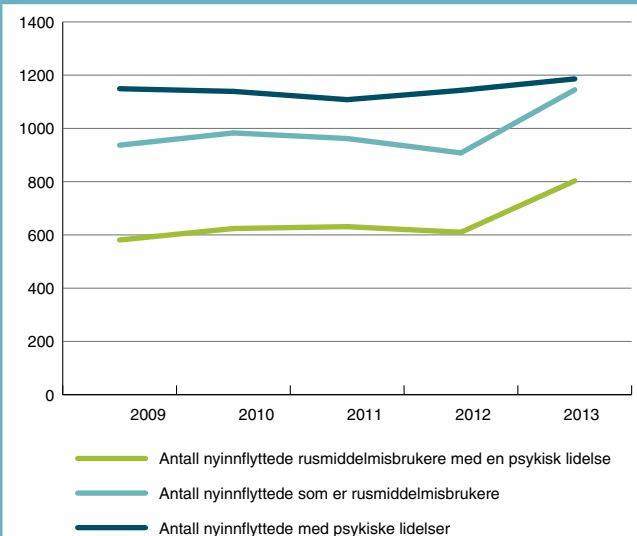
Kommunale boliger

Blant de som ble tildelt kommunal bolig for første gang i 2013, utgjorde brukere med psykiske lidelser og rusmiddelmissbrukere like stor andel (9 prosent), mens nyinnflyttede rusmiddelmissbrukere med en psykisk lidelse (ROP-lidelser) utgjorde 6 prosent. Ser vi på gruppene med psykiske lidelser og/eller rusmiddelmissbruk samlet, utgjorde disse totalt 24 prosent av de nyinnflyttede husstandene i 2013, noe som var en økning på 3 prosentpoeng fra 2012.

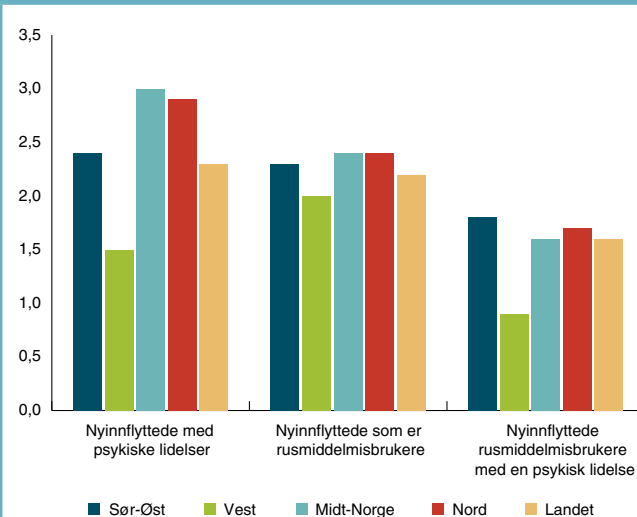
Fra 2009 til 2013 var det en vekst i tallet på nyinnflyttede i kommunale boliger med psykiske lidelser (3,2 prosent), rusmiddelmissbrukere (22,2 prosent) og rusmiddelmissbrukere med en psykisk lidelse (38,2 prosent). Det var spesielt fra 2012 til 2013 veksten for de to siste gruppene var sterkest. Også når vi korrejerer for befolkningsveksten

ser vi sammen tendens. Figurene under viser antall nyinnflyttede i kommunal bolig for perioden 2009 til 2013 (figur 6.8) og rater fordelt på region i 2013 (figur 6.9).

Figur 6.8 Nyinnflyttede i kommunale boliger i 2009-2013. Per 10 000 innbyggere.



Figur 6.9 Nyinnflyttede i kommunale boliger per region i 2013, per 10 000 innbyggere.



Figuren over viser at kommuner i Midt-Norge og Nord hadde flest nyinnflyttede per 10 000 innbyggere både for de med psykiske lidelser og med rusmiddelmissbruk. Blant de med en kombinasjon av problemer var tallene for kommuner i Sør-Øst høyest. Kommuner i region Vest hadde de laveste ratene for nyinnflyttede med denne type problematikk i kommunale boliger.

6.3 Datagrunnlag og klassifisering

Klassifisering av diagnoser

Fastlegen bruker kodeverket ICPC-2 (International Classification of Primary Care) når pasientenes helseproblem skal klassifiseres. Utvalgsriteriet for pasientpopulasjonen som benyttes i denne rapporten, er at pasienten har hatt minst en kontakt som er kodet med ICPC-2-kode fra kapitlet Psykisk helse (P01-P99) i løpet av det aktuelle året. I 2013 utgjør dette 18,3 prosent av alle fastlegens pasienter². I dette ICPC-2 -kapitlet inngår også rusmiddel-misbruk (P15-P19). I spesialisthelsetjenesten brukes kodeverket ICD-10 (International Classification of Diseases). Kontaktene med psykisk helsevern er i hovedsak kodet med en diagnose fra kapitlet Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser (F00-F99)³. I dette kapitlet i ICD-10 inngår et eget underkapittel om ruslidelser (F10-F19). For å sammenligne pasientbehandlingen i fastlegepraksisen og i psykisk helsevern, er P-diagnosene konvertert til F-diagnoser slik tabellen under viser.

De fleste helseproblemer det her dreier seg om korresponderer med diagnoser i kapittel F i ICD-10. Noen av helseproblemene er imidlertid symptomer og enkelte av ICPC-kodene kvalifiserer ikke for konvertering til

kapittel F i ICD-10. Dette kan være lettere psykiske lidelser som følelse av angst, nervøsitet, anspenthet, depresjonsfølelse, psykiske symptomer osv. Disse er samlet i nederste kategori i tabell 6.1.

Pasienter og brukere av tjenester i kommunene

For å anslå omfanget av fastlegens pasienter med psykiske helseproblemer og/eller rusmiddelproblematikk benyttes data fra KUHR (kontroll og utbetaling av helserefusjoner). I tillegg til takstkoder som er grunnlaget for utbetaling fra HELFO, er kontakten også kodet med en diagnosekode, og i dette kapitlet benyttes kontaktene kodet med en hoveddiagnose fra kapitlet Psykisk helse (P01-P99). Tilsvarende tall er hentet fra legevakt. Antall konsultasjoner er eksklusive telefonkontakter og synliggjør fastlegens direkte pasientkontakt. Antall pasienter er inklusive pasienter med telefonkonsultasjoner, og viser det totale antall personer i kontakt med disse tjenestene.

For pasienter som har flyttet i løpet av året, vil disse personene opptre i flere kommuner og de geografiske oversiktene over bruken av fastlegen vil summeres opp til høyere bruk enn de nasjonale tallene. Summen av antall konsultasjoner pr. diagnosegruppe vil også være høyere

Tabell 6.1 Konvertering av kapittel P-Psykisk helse (ICPC-2) til underkapitler av kapittel F-Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser (ICD-10).

| Pasientgruppe | ICPC-2: | ICD-10: |
|--|------------------------------|--|
| Organiske lidelser | P70, P71 | F0-09 |
| Ruslidelser | P15- P19 | F10-19 |
| Schizofrenier | P72, P98 | F20-29 |
| Affektive lidelser | P73, P76 | F30-39 |
| Nevrotiske lidelser | P02, P74, P75, P78, P79, P82 | F40-48 |
| Fysiologiske og fysiske atferdssyndromer | P06- P08, P86 | F50-59 |
| Personlighetsforstyrrelser | P09, P80 | F60-69 |
| Hyperkinetiske forstyrrelser | P81 | F90 |
| Atferdsforstyrrelser | P10- P13, P22, P23 | F91-98 |
| Psykisk utviklingshemming | P85 | F70-79 |
| Utviklingsforstyrrelser | P24 | F80-89 |
| Uspesifisert psykiske lidelse | P77, P99 | F99 |
| Lettere psykiske lidelser | P01,P03-P05,P20,P25,P27-P29 | Konvertert til annet kapittel i ICD-10 |

2) Alle pasienter i kontakt (oppmøte og telefon) med fastlege/fastlønnet lege i 2013 (se tabell 6.6).

3) Det er unntak for tilstander under utredning eller hvor vurderingen ikke konkluderer med at kriteriene for psykisk lidelse eller atferdsforstyrrelse er oppfylt.

enn antall konsultasjoner med P-diagnoser. Dette skyldes at en regning kan inneholde flere P-diagnoser.

Innen de øvrige kommunale tjenestene er det ikke ett nasjonalt register av individdata som kan belyse forhold rundt brukere med psykiske helseproblemer og/eller rusmiddelproblemer. Hverken IPLOS (nasjonalt register for pleie- og omsorgstjenester) eller andre fagsystem har den nødvendige diagnoseinformasjon. Tall på antall personer med rusmiddelproblemer er kartlagt i utvalgte kommuner og bydeler gjennom BrukerPlan⁴. I 2013 har 132 kommuner tatt i bruk dette verktøyet og kartlagt 11 372 brukere av kommunale tjenester som er vurdert til å ha et rusproblem. Ut fra denne kartleggingen anslås at antall brukere av kommunale tjenester med en kjent rusproblematikk totalt til å være ca 40 000 på landsbasis. Dette tallet er i samme størrelsesorden som KUHR-data viser for voksne pasienter med P-diagnosene P15-19 hos fastlegene (40 842 pasienter). I dette kapitlet vil Kuhr-data som består av nasjonale tall, benyttes for å belyse denne gruppen.

Pasienter i spesialisthelsetjenesten

For å belyse bruk av tjenester i spesialisthelsetjenesten, benyttes pasientdata for psykisk helsevern for voksne, psykisk helsevern for barn og unge, for avtalespesialister og TSB fra Norsk pasientregister (NPR), Helsedirektoratet. Det personentydige pasientregisteret gir mulighet til å beregne hvor mange personer som har mottatt spesialistbehandling innen psykisk helsevern (inkludert avtalespesialister) eller TSB. For aktivitetsåret 2013 representerer pasientdata om lag 95 prosent av aktiviteten hos avtalespesialistene (psykiatere og psykologspesialister)⁵. Innen TSB er det en noen mangler i rapporteringen av aktivitet ved enkelte institusjoner⁶ og i psykisk helsevern er det noen få enheter som mangler i rapporteringen til NPR^{7,8}.

Kommunegruppering og variasjonsmål

Kommunene er klassifisert etter antall innbyggere innad i hver region. Ved sammenstilling av bruken av psykisk helsevern og fastlegetjenester vil denne grupperingen benyttes.

For å beskrive variasjonen mellom kommunenes ratenivå, har vi benyttet laveste rateverdi, medianverdien, den høyeste rateverdien og variasjonskoeffisienten (CV) som er forholdet mellom standardavviket til de observerte rateverdiene dividert med gjennomsnittsraten, omtalt som relativt standardavvik. CV er et variasjonsmål som påvirkes av ratenivå, antall kommuner og antall innbyggere i kommunene.

Kommunale boliger

Tall for kommunale boliger er hentet fra SSBs statistikkbank. Statistikken viser nyinnflyttede husstander, fordelt på ulike grupper. Dette er husstander som er tildelt kommunal bolig og som ikke bodde i en kommunal bolig på søknadstidspunktet. Dette til forskjell fra husstander som har byttet til en annen kommunal bolig eller som har fått forlenget husleiekontrakten i nåværende kommunal bolig.

Følgende definisjoner er brukt i denne statistikken;

Personer med *psykiske lidelser* er personer med langvarig psykisk lidelse, dvs. personer med diagnose fra lege eller som har vært i kontakt med behandlingsapparatet i to år eller mer.

Rusmiddelmisbrukere er personer som har vært i kontakt med behandlingsapparatet for sitt rusproblem eller har et erkjent rusproblem, som gjør det vanskelig å etablere/opprettholde et stabilt forhold på det ordinære boligmarkedet.

Personer som *både er rusmiddelmisbrukere og som har psykiske lidelser* omfatter personer som både er rusmiddelmisbrukere og psykiatriske langtidspasienter.

4) Helse Stavanger (2014): Rusmiddelmisbruk i Norge. Brukerplan – statistikk 2013.

5) Helsedirektoratet (2014). Aktivitetsdata for avtalespesialister 2013. IS-2189.

6) <http://helsedirektoratet.no/tall-analyse/samdata/datagrunnlag/Documents/Definisjoner%20og%20datagrunnlag%202013/Definisjonsvedlegg%20Datagrunnlag%20for%20aktivitetsstatistikken%20i%20TSB%202013.pdf>

7) <http://helsedirektoratet.no/tall-analyse/samdata/datagrunnlag/Documents/Definisjoner%20og%20datagrunnlag%202013/Definisjonsvedlegg%20Pasientdata%20fra%20institusjoner%20i%20det%20psykiske%20helsevernet%20for%20voksne%202013.pdf>

8) <http://helsedirektoratet.no/tall-analyse/samdata/datagrunnlag/Documents/Definisjoner%20og%20datagrunnlag%202013/Definisjonsvedlegg%20for%20Pasientdata%20PHBU%202013.pdf>

Tabeller

Tabell 6.2 Nasjonale tall for antall pasienter hos fastlege/legevakt (p-diagnose) og psykisk helsevern, avtalespesialister¹ og/eller TSB 2010-2013.

| Alder | Pasienter | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | Pst endr 2010-13 | Pst endr 2012-13 |
|---------|--------------------------|---------|---------|---------|---------|---------------------|---------------------|
| 0-17 år | Pasienter fastlege | 60 448 | 62 346 | 63 492 | 66 329 | 9,7 | 4,5 |
| | Pasienter legevakt | 3 451 | 3 687 | 3 647 | 3 596 | 4,2 | -1,4 |
| | Pasienter totalt PHBU | 56 240 | 57 416 | 57 745 | 57 380 | 2,0 | -0,6 |
| | - Offentlig virks. | 54 012 | 54 838 | 55 582 | 55 304 | 2,4 | -0,5 |
| | - Avtalespesialister | 3 066 | 2 831 | 3 093 | 2 942 | -4,0 | -4,9 |
| | Pasienter TSB | | | 320 | 266 | - | -16,9 |
| | - Døgnpasienter | | | 69 | 58 | - | -15,9 |
| | - Polikliniske pasienter | | | 254 | 205 | - | -19,3 |
| 18 år + | Pasienter fastlege | 601 178 | 618 740 | 629 698 | 654 599 | 8,9 | 4,0 |
| | Pasienter legevakt | 49 522 | 49 813 | 49 864 | 51 336 | 3,7 | 3,0 |
| | Pasienter totalt PHV | 166 383 | 168 593 | 170 334 | 171 890 | 3,3 | 0,9 |
| | - Offentlig virks. | 120 296 | 123 118 | 125 184 | 128 001 | 6,4 | 2,3 |
| | - Avtalespesialister | 52 099 | 51 697 | 51 595 | 50 453 | -3,2 | -2,2 |
| | Pasienter TSB | | | 28 723 | 29 292 | - | 2,0 |
| | - Døgnpasienter | | | 8 654 | 8 494 | - | -1,8 |
| | - Polikliniske pasienter | | | 26 690 | 27 489 | - | 3,0 |

1) Estimerte tall for avtalespesialister (95 prosent komplettethet) og pasienter totalt PHV.

2) 2012-tall for «Pasienter totalt i PHV» og «offentlig virksomhet» er korrigert siden 2012-tall i fjorårets rapport.

Tabell 6.3 Nasjonale tall for antall pasienter per 1000 innbyggere hos fastlege/legevakt (p-diagnose) og psykisk helsevern og/eller TSB 2010-2013.

| Alder | Pasienter | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|---------|--------------------------|-------|-------|-------|-------|
| 0-17 år | Pasienter fastlege | 54,2 | 55,9 | 57,0 | 59,0 |
| | Pasienter legevakt | 3,1 | 3,3 | 3,2 | 3,2 |
| | Pasienter totalt PHBU | 50,5 | 51,3 | 51,4 | 51,0 |
| | - Offentlig virksomhet | 48,5 | 49,0 | 49,5 | 49,1 |
| | - Avtalespesialister | 2,8 | 2,5 | 2,8 | 2,6 |
| | Pasienter TSB | - | - | 0,3 | 0,2 |
| | - Døgnpasienter | - | - | 0,1 | 0,1 |
| | - Polikliniske pasienter | - | - | 0,2 | 0,2 |
| 18 år + | Pasienter fastlege | 158,0 | 160,0 | 160,3 | 164,3 |
| | Pasienter legevakt | 13,0 | 12,9 | 12,7 | 12,9 |
| | Pasienter totalt PHV | 43,7 | 43,6 | 43,4 | 43,1 |
| | - Offentlig virksomhet | 31,6 | 31,8 | 31,9 | 32,1 |
| | - Avtalespesialister | 13,7 | 13,4 | 13,1 | 12,7 |
| | Pasienter TSB | - | - | 7,3 | 7,4 |
| | - Døgnpasienter | - | - | 2,2 | 2,1 |
| | - Polikliniske pasienter | - | - | 6,8 | 6,9 |

1) Estimerte tall for avtalespesialister (95 prosent komplettethet) og pasienter totalt PHV.

Tabell 6.4 Antall konsultasjoner (p-diagnose) og pr 1000 innbyggere hos fastlege/legevakt 2010-2013.

| | Alder | Konsulta- sjoner | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | Pst endring 2010-13 | Pst endring 2012-13 |
|---|---------|---------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------------------|------------------------|
| Antall konsulta- sjoner | 0-17 år | Fastlege | 71 575 | 75 317 | 79 329 | 82 861 | 15,8 | 4,5 |
| | | Legevakt | 3 137 | 3 463 | 3 485 | 3 521 | 12,2 | 1,0 |
| | 18 år + | Fastlege | 1 376 479 | 1 415 809 | 1 433 828 | 1 454 971 | 5,7 | 1,5 |
| | | Legevakt | 51 642 | 52 222 | 53 374 | 56 084 | 8,6 | 5,1 |
| Konsulta- sjoner per 1000 innbyggere | 0-17 år | Fastlege | 64,2 | 67,6 | 71,2 | 73,6 | - | - |
| | | Legevakt | 2,8 | 3,1 | 3,1 | 3,1 | - | - |
| | 18 år + | Fastlege | 361,7 | 366,1 | 365 | 365,2 | - | - |
| | | Legevakt | 13,6 | 13,5 | 13,6 | 14,1 | - | - |

Tabell 6.5 Pasienter og konsultasjoner (p-diagnose) hos fastlege fordelt på kjønn 2013, antall, prosentandel og pr 1000 innbyggere.

| | Alder | | Kvinner | Menn | Totalt |
|---------------------------------|---------|----------------|---------|---------|-----------|
| N | 0-17 år | Pasienter | 28 111 | 38 244 | 66 355 |
| | | Konsultasjoner | 38 822 | 44 039 | 82 861 |
| | 18 år + | Pasienter | 395 943 | 258 739 | 654 682 |
| | | Konsultasjoner | 894 892 | 560 088 | 1 454 980 |
| Prosent- andel | 0-17 år | Pasienter | 42 | 58 | 100 |
| | | Konsultasjoner | 47 | 53 | 100 |
| | 18 år + | Pasienter | 60 | 40 | 100 |
| | | Konsultasjoner | 62 | 38 | 100 |
| Rater per 1000 innbyggere | 0-17 år | Pasienter | 51 | 66 | 59 |
| | | Konsultasjoner | 71 | 76 | 74 |
| | 18 år + | Pasienter | 199 | 130 | 164 |
| | | Konsultasjoner | 449 | 281 | 365 |

Tabell 6.6 Antall og prosentandel pasienter (inkl. telefonkonsultasjoner) og konsultasjoner (ekskl. telefonkonsultasjoner) med P-diagnoser hos fastlege 2010-2013.

| | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|---|------------|------------|------------|------------|
| Pasienter med P-diagnoser hos fastlege | 661 626 | 681 086 | 693 190 | 720 928 |
| Konsultasjoner med P-diagnoser | 1 448 054 | 1 491 126 | 1 513 157 | 1 537 832 |
| Sum pasienter inkl. telefonkonsultasjoner | 3 733 860 | 3 842 921 | 3 887 992 | 3 944 346 |
| Sum konsultasjoner ekskl. telefonkonsultasjoner | 12 781 140 | 13 340 580 | 13 567 009 | 13 370 379 |
| Andel pasienter med P-diagnoser hos fastlege | 17,7 | 17,7 | 17,8 | 18,3 |
| Andel konsultasjoner med P-diagnoser hos fastlege | 11,3 | 11,2 | 11,2 | 11,5 |

Tabell 6.7 Nasjonale tall for antall pasienter (inklusive telefonkonsultasjoner) hos fastlege (p-diagnoser) fordelt på diagnosegruppe i 2013.

| Diagnosegrupper | Fastlege | | Legevakt | |
|--|----------|---------|----------|---------|
| | 0-17 år | 18 år + | 0-17 år | 18 år + |
| P70 P71 Organiske lidelser | 58 | 24 396 | 5 | 2 182 |
| P15-P19 Ruslidelser | 768 | 40 842 | 758 | 13 926 |
| - Herav P17 Tobakksbruk | 15 | 6 813 | 2 | 57 |
| P72 P98 Schizofrenier | 228 | 15 742 | 71 | 3 672 |
| P73 P76 Affektive lidelser | 5 209 | 181 929 | 472 | 8 883 |
| P02 P74 P75 P78 P79 P82 Nevrotiske lidelser | 6 635 | 181 754 | 626 | 10 582 |
| P06-P08 P86 Fysiologiske og fysiske atferdssyndromer | 7 348 | 159 743 | 211 | 3 657 |
| P09 P80 Personlighetsforstyrrelser | 380 | 8 592 | 27 | 665 |
| P81 Hyperkinetiske forstyrrelser | 15 101 | 20 784 | 228 | 431 |
| P10-P13 P22 P23 Atferdsforstyrrelser | 18 795 | 3 483 | 327 | 143 |
| P85 Psykisk utviklingshemming | 1 677 | 8 086 | 34 | 374 |
| P24 Utviklingsforstyrrelser | 2 826 | 1 774 | 27 | 21 |
| P77 P99 Uspesifisert psykiske lidelse | 5 209 | 20 181 | 569 | 5 384 |
| P01 Følelse av angst/nervøsitet/ anspenthet | 1 963 | 45 155 | 146 | 4 453 |
| P03 Depresjonsfølelse | 3 249 | 39 929 | 273 | 1 706 |
| P04 Irritabel atferd - følelse | 291 | 1 337 | 43 | 309 |
| P05 Senilitet, atferd - følelse gammel | 4 | 5 816 | - | 113 |
| P20 Hukommelsesforstyrrelse | 3 276 | 16 131 | 47 | 2 730 |
| P29 Psykiske symptomer/plager IKA | 4 376 | 74 297 | 220 | 4 068 |
| P25 Livsfaseproblem hos voksen | 26 | 2 396 | - | 39 |
| P27 Engstelig for psykisk sykdom | 659 | 1 620 | 151 | 1 426 |
| P28 Redusert funksjonsevne pga psykiske problem | 115 | 1 137 | 4 | 49 |
| Alle P-diagnoser | 66 329 | 654 599 | 3 596 | 51 336 |



Tabell 6.8 Prosentandel pasienter (inklusive telefonkonsultasjoner) hos fastlege (p-diagnoser) fordelt på diagnosegruppe og kjønn i 2013.

| Diagnosegrupper | 0-17 år | | 18 år + | |
|--|---------|--------|---------|---------|
| | Jenter | Gutter | Kvinner | Menn |
| P70 P71 Organiske lidelser | 0,1 | 0,1 | 2,9 | 2,7 |
| P15-P19 Ruslidelser | 0,7 | 1,2 | 2,6 | 8,0 |
| P72 P98 Schizofrenier | 0,3 | 0,3 | 1,3 | 2,6 |
| P73 P76 Affektive lidelser | 10,7 | 3,6 | 22,4 | 19,5 |
| P02 P74 P75 P78 P79 P82 Nevrotiske lidelser | 11,8 | 6,0 | 22,8 | 18,9 |
| P06 P07 P08 P86 Fysiologiske og fysiske atferdssyndromer | 10,6 | 8,5 | 18,4 | 19,2 |
| P09 P80 Personlighetsforstyrrelser | 0,5 | 0,5 | 0,9 | 1,2 |
| P81 Hyperkinetiske forstyrrelser | 12,3 | 24,6 | 1,8 | 3,5 |
| P10 P11 P12 P13 P22 P23 Atferdsforstyrrelser | 19,7 | 27,3 | 0,3 | 0,6 |
| P85 Psykisk utviklingshemming | 2,1 | 2,2 | 0,7 | 1,3 |
| P24 Utviklingsforstyrrelser | 2,9 | 4,2 | 0,2 | 0,3 |
| P77 P99 Uspesifisert psykiske lidelse | 5,3 | 7,7 | 1,9 | 3,0 |
| P01 Følelse av angst - nervøsitet - anspenhet | 3,6 | 1,7 | 5,6 | 4,7 |
| P03 Depresjonsfølelse | 6,0 | 2,7 | 5,2 | 3,8 |
| P04 Irritabel atferd - følelse | 0,4 | 0,4 | 0,1 | 0,2 |
| P05 Senilitet, atferd - følelse gammel | 0,0 | 0,0 | 0,8 | 0,6 |
| P20 Hukommelsesforstyrrelse | 3,3 | 4,9 | 1,7 | 2,1 |
| P29 Psykiske symptomer - plager IKA | 8,4 | 3,5 | 9,7 | 7,2 |
| P25 Livsfaseproblem hos voksen | 0,1 | 0,0 | 0,3 | 0,2 |
| P27 Engstelig for psykisk sykdom | 1,1 | 0,6 | 0,2 | 0,2 |
| P28 Redusert funksjonsevne pga psykiske problem | 0,2 | 0,1 | 0,1 | 0,1 |
| Alle P-diagnoser | 100 | 100 | 100 | 100 |
| N | 28 111 | 38 244 | 395 943 | 258 739 |



Tabell 6.9 Nasjonale tall for antall konsultasjoner (eksklusive telefonkonsultasjoner) hos fastlege (p-diagnoser) fordelt på diagnosegruppe i 2013.

| Diagnosegrupper | Fastlege | | Legevakt | |
|--|----------|-----------|----------|---------|
| | 0-17 år | 18 år + | 0-17 år | 18 år + |
| P70 P71 Organiske lidelser | 44 | 35 843 | 2 | 813 |
| P15-P19 Ruslidelser | 882 | 89 620 | 682 | 17 140 |
| - Herav P17 Tobakksbruk | 14 | 7 327 | 1 | 47 |
| P72 P98 Schizofrenier | 265 | 42 534 | 72 | 3 888 |
| P73 P76 Affektive lidelser | 7 632 | 461 667 | 466 | 8 337 |
| P02 P74 P75 P78 P79 P82 Nevrotiske lidelser | 7 812 | 373 617 | 579 | 9 795 |
| P06-P08 P86 Fysiologiske og fysiske atferdssyndromer | 8 273 | 126 129 | 149 | 1 960 |
| P09 P80 Personlighetsforstyrrelser | 387 | 16 166 | 28 | 783 |
| P81 Hyperkinetiske forstyrrelser | 18 033 | 36 302 | 126 | 291 |
| P10-P13 P22 P23 Atferdsforstyrrelser | 19 181 | 4 066 | 261 | 116 |
| P85 Psykisk utviklingshemming | 1 556 | 10 692 | 24 | 234 |
| P24 Utviklingsforstyrrelser | 2 437 | 1 453 | 13 | 7 |
| P77 P99 Uspesifisert psykiske lidelse | 5 287 | 35 307 | 634 | 5 511 |
| P01 Følelse av angst/nervøsitet/ anspenthet | 2 223 | 72 980 | 119 | 3 505 |
| P03 Depresjonsfølelse | 3 680 | 67 128 | 185 | 1 128 |
| P04 Irritabel atferd - følelse | 278 | 1 516 | 32 | 162 |
| P05 Senilitet, atferd - følelse gammel | 4 | 7 453 | 0 | 54 |
| P20 Hukommelsesforstyrrelse | 3 257 | 20 861 | 38 | 1 894 |
| P29 Psykiske symptomer/plager IKA | 5 376 | 139 978 | 186 | 3 369 |
| P25 Livsfaseproblem hos voksen | 29 | 4 004 | 0 | 28 |
| P27 Engstelig for psykisk sykdom | 636 | 1 660 | 144 | 1 393 |
| P28 Redusert funksjonsevne pga psykiske problem | 109 | 1 576 | 2 | 29 |
| Alle P-diagnoser | 82 861 | 1 454 971 | 3 521 | 56 084 |

Tabell 6.10 Pasienter 0-17 år i kontakt (P-diagnose) med fastlegen i 2013, etter kommunegruppe.

| Kommunestørrelse | Pasienter per 1000 innb. | Prosent av landsgj.sn. | Minimum | Median | Maximum | Relativt standard-avvik (prosent) |
|------------------|--------------------------|------------------------|-----------|-----------|------------|-----------------------------------|
| 1-1999 innb | 63 | 104 | 15 | 62 | 142 | 47 |
| 2000-4999 innb | 63 | 104 | 21 | 63 | 123 | 31 |
| 5000-9999 innb | 64 | 105 | 18 | 64 | 113 | 28 |
| 10000-19999 innb | 65 | 107 | 44 | 65 | 93 | 18 |
| 20000-49999 innb | 66 | 109 | 41 | 66 | 84 | 14 |
| 50000-99999 innb | 60 | 100 | 45 | 60 | 69 | 12 |
| 100 000 innb + | 50 | 82 | 44 | 55 | 58 | 14 |
| Totalt | 60 | 100 | 15 | 64 | 142 | 32 |

Tabell 6.11 Antall konsultasjoner (P-diagnose) med fastlegen for pasienter 0-17 år i 2013, etter kommunegruppe.

| Kommunestørrelse | Konsulta-sjoner per 1000 innb. | Prosent av landsgj.sn. | Minimum | Median | Maximum | Relativt standard-avvik (prosent) |
|------------------|--------------------------------|------------------------|-----------|-----------|------------|-----------------------------------|
| 1-1999 innb | 66 | 90 | 10 | 65 | 227 | 63 |
| 2000-4999 innb | 70 | 95 | 15 | 66 | 229 | 46 |
| 5000-9999 innb | 75 | 102 | 20 | 73 | 153 | 34 |
| 10000-19999 innb | 78 | 106 | 49 | 75 | 140 | 26 |
| 20000-49999 innb | 81 | 110 | 49 | 81 | 111 | 18 |
| 50000-99999 innb | 77 | 105 | 54 | 74 | 96 | 19 |
| 100 000 innb + | 63 | 86 | 52 | 65 | 76 | 16 |
| Totalt | 73 | 100 | 10 | 70 | 229 | 43 |

Tabell 6.12 Antall voksne pasienter i kontakt (P-diagnose) med fastlegen i 2013, etter kommunegruppe.

| Kommunestørrelse | Pasienter per 1000 innb. | Prosent av landsgj.sn. | Minimum | Median | Maximum | Relativt standard-avvik (prosent) |
|------------------|--------------------------|------------------------|-----------|------------|------------|-----------------------------------|
| 1-1999 innb | 157 | 91 | 76 | 156 | 280 | 25 |
| 2000-4999 innb | 162 | 94 | 77 | 162 | 237 | 19 |
| 5000-9999 innb | 172 | 100 | 97 | 170 | 260 | 17 |
| 10000-19999 innb | 176 | 103 | 130 | 176 | 229 | 12 |
| 20000-49999 innb | 182 | 106 | 130 | 181 | 213 | 10 |
| 50000-99999 innb | 179 | 104 | 156 | 180 | 206 | 11 |
| 100 000 innb + | 162 | 94 | 151 | 164 | 167 | 4 |
| Totalt | 172 | 100 | 76 | 167 | 280 | 19 |

Tabell 6.13 Antall konsultasjoner (P-diagnoser) knyttet til voksne pasienter hos fastlegen 2013, etter kommunegruppe.

| Kommunestørrelse | Konsulta-sjoner per 1000 innb. | Prosent av landsgj.sn. | Minimum | Median | Maximum | Relativt standard-avvik (prosent) |
|------------------|--------------------------------|------------------------|-----------|------------|------------|-----------------------------------|
| 1-1999 innb | 258 | 71 | 76 | 241 | 575 | 36 |
| 2000-4999 innb | 299 | 82 | 112 | 293 | 805 | 30 |
| 5000-9999 innb | 342 | 94 | 177 | 336 | 495 | 21 |
| 10000-19999 innb | 365 | 100 | 215 | 345 | 560 | 22 |
| 20000-49999 innb | 378 | 104 | 235 | 382 | 507 | 14 |
| 50000-99999 innb | 394 | 108 | 323 | 377 | 497 | 16 |
| 100 000 innb + | 379 | 104 | 337 | 386 | 407 | 8 |
| Totalt | 364 | 100 | 76 | 317 | 805 | 29 |

Tabell 6.14 Antall pasienter per 1000 innbyggere 0-17 år i kontakt med fastlege (P-diagnoser) eller psykisk helsevern i 2013, etter kommune-gruppe.

| Kommunegruppe | | Fastlege | | Psykisk helsevern for barn og unge | | | | | |
|------------------|-------------------------------|-----------|------------------------|------------------------------------|------------------------|-----------------------------------|------------------------|-----------|------------------------|
| | | Pasienter | | Pasienter off. virksomhet | | Pasienter hos avtale-spesialister | | Totalt | |
| | | Rate | Prosent av landsgj.sn. | Rate | Prosent av landsgj.sn. | Rate | Prosent av landsgj.sn. | Rate | Prosent av landsgj.sn. |
| Totalt | Sør-Øst | 60 | 99 | 50 | 101 | 3 | 106 | 52 | 101 |
| | Vest | 61 | 101 | 43 | 87 | 3 | 139 | 45 | 89 |
| | Midt-Norge | 59 | 98 | 50 | 102 | 2 | 66 | 51 | 100 |
| | Nord | 65 | 108 | 60 | 123 | 0 | 20 | 61 | 119 |
| | Totalt | 60 | 100 | 49 | 100 | 2 | 100 | 51 | 100 |
| Sør-Øst | Sør-Øst - under 5000 innb. | 62 | 103 | 54 | 110 | 2 | 85 | 55 | 109 |
| | Sør-Øst - 5000-19999 innb. | 67 | 111 | 54 | 110 | 3 | 114 | 56 | 110 |
| | Sør-Øst - over 20000 innb. | 67 | 111 | 52 | 105 | 3 | 121 | 54 | 106 |
| | Sør-Øst - storby ekskl Oslo | 56 | 92 | 46 | 94 | 3 | 102 | 48 | 94 |
| | Sør-Øst - Oslo | 44 | 72 | 43 | 88 | 2 | 84 | 45 | 88 |
| Vest | Vest - under 5000 innb. | 58 | 96 | 49 | 100 | 2 | 74 | 50 | 99 |
| | Vest - 5000-19999 innb. | 63 | 104 | 46 | 94 | 3 | 133 | 48 | 95 |
| | Vest - over 20000 innb. | 63 | 104 | 41 | 83 | 4 | 145 | 43 | 85 |
| | Vest - storby | 60 | 99 | 39 | 79 | 4 | 159 | 42 | 82 |
| Midt-Norge | Midt-Norge - under 5000 innb. | 65 | 108 | 55 | 112 | 2 | 69 | 56 | 110 |
| | Midt-Norge - 5000-19999 innb. | 58 | 96 | 53 | 108 | 1 | 59 | 54 | 106 |
| | Midt-Norge - over 20000 innb. | 62 | 102 | 50 | 102 | 3 | 115 | 52 | 101 |
| | Midt-Norge - storby | 55 | 91 | 42 | 85 | 1 | 34 | 42 | 83 |
| Nord | Nord - under 5000 innb. | 67 | 110 | 71 | 145 | 0 | 15 | 72 | 141 |
| | Nord - 5000-19999 innb. | 66 | 110 | 62 | 127 | 1 | 23 | 63 | 123 |
| | Nord - over 20000 innb. | 66 | 109 | 52 | 105 | 1 | 24 | 52 | 102 |
| | Nord - storby | 58 | 96 | 49 | 99 | 0 | 15 | 49 | 96 |
| Kommunestørrelse | 1-1999 innb. | 63 | 104 | 61 | 123 | 1 | 46 | 61 | 120 |
| | 2000-4999 innb. | 63 | 104 | 56 | 114 | 2 | 67 | 57 | 112 |
| | 5000-9999 innb. | 64 | 105 | 56 | 113 | 3 | 109 | 58 | 113 |
| | 10000-19999 innb. | 65 | 107 | 51 | 104 | 2 | 91 | 53 | 103 |
| | 20000-49999 innb. | 66 | 109 | 50 | 102 | 3 | 116 | 52 | 102 |
| | 50000-99999 innb. | 60 | 100 | 45 | 92 | 2 | 97 | 47 | 92 |
| | 100 000 innb. + | 50 | 82 | 42 | 86 | 3 | 103 | 44 | 87 |

Tabell 6.15 Antall pasienter per 1000 innbyggere 18 år og eldre i kontakt med fastlege (P-diagnoser) eller psykisk helsevern for voksne i 2013, etter kommunegruppe.

| Kommunegruppe | | Fastlege | | Psykisk helsevern for voksne | | | | | |
|------------------|-------------------------------|------------|------------------------|------------------------------|------------------------|-----------------------------------|------------------------|-----------|------------------------|
| | | Pasienter | | Pasienter off. virksomhet | | Pasienter hos avtale-spesialister | | Totalt | |
| | | Rate | Prosent av landsgj.sn. | Rate | Prosent av landsgj.sn. | Rate | Prosent av landsgj.sn. | Rate | Prosent av landsgj.sn. |
| Totalt | Sør-Øst | 177 | 103 | 31 | 97 | 14 | 116 | 43 | 101 |
| | Vest | 162 | 94 | 28 | 88 | 14 | 113 | 40 | 95 |
| | Midt-Norge | 166 | 97 | 37 | 116 | 6 | 49 | 42 | 99 |
| | Nord | 169 | 99 | 38 | 118 | 6 | 53 | 43 | 102 |
| | Totalt | 172 | 100 | 32 | 100 | 12 | 100 | 43 | 100 |
| Sør-Øst | Sør-Øst - under 5000 innb. | 160 | 93 | 30 | 93 | 7 | 56 | 36 | 84 |
| | Sør-Øst - 5000-19999 innb. | 188 | 109 | 32 | 98 | 11 | 92 | 41 | 96 |
| | Sør-Øst - over 20000 innb. | 186 | 108 | 31 | 96 | 14 | 112 | 43 | 100 |
| | Sør-Øst - storby ekskl Oslo | 178 | 104 | 30 | 95 | 15 | 122 | 43 | 102 |
| | Sør-Øst - Oslo | 160 | 93 | 32 | 100 | 19 | 155 | 48 | 113 |
| Vest | Vest - under 5000 innb. | 150 | 88 | 25 | 78 | 8 | 63 | 32 | 75 |
| | Vest - 5000-19999 innb. | 156 | 91 | 31 | 95 | 11 | 89 | 40 | 94 |
| | Vest - over 20000 innb. | 171 | 99 | 25 | 79 | 13 | 111 | 37 | 88 |
| | Vest - storby | 166 | 96 | 28 | 88 | 17 | 141 | 43 | 102 |
| Midt-Norge | Midt-Norge - under 5000 innb. | 163 | 95 | 31 | 97 | 3 | 27 | 34 | 79 |
| | Midt-Norge - 5000-19999 innb. | 165 | 96 | 34 | 107 | 6 | 52 | 40 | 93 |
| | Midt-Norge - over 20000 innb. | 172 | 100 | 42 | 132 | 7 | 59 | 48 | 113 |
| | Midt-Norge - storby | 165 | 96 | 41 | 128 | 6 | 52 | 47 | 109 |
| Nord | Nord - under 5000 innb. | 167 | 97 | 37 | 114 | 4 | 30 | 40 | 93 |
| | Nord - 5000-19999 innb. | 170 | 99 | 40 | 124 | 5 | 44 | 45 | 105 |
| | Nord - over 20000 innb. | 179 | 104 | 39 | 120 | 11 | 91 | 48 | 113 |
| | Nord - storby | 158 | 92 | 35 | 108 | 8 | 62 | 41 | 96 |
| Kommunestørrelse | 1-1999 innb. | 157 | 91 | 32 | 99 | 4 | 34 | 35 | 83 |
| | 2000-4999 innb. | 162 | 94 | 31 | 95 | 6 | 48 | 36 | 84 |
| | 5000-9999 innb. | 172 | 100 | 32 | 99 | 9 | 73 | 39 | 92 |
| | 10000-19999 innb. | 176 | 103 | 34 | 104 | 10 | 82 | 42 | 99 |
| | 20000-49999 innb. | 182 | 106 | 32 | 100 | 13 | 104 | 43 | 101 |
| | 50000-99999 innb. | 179 | 104 | 32 | 100 | 13 | 110 | 44 | 103 |
| | 100 000 innb. + | 162 | 94 | 31 | 98 | 17 | 137 | 46 | 107 |

1) Betanien Malvik, Helse Midt-Norge er ikke med i pasientdatasettet for 2013

Tabell 6.16 Kontakter med fastlegen eller psykisk helsevern for barn og unge fordelt etter type helseproblem i 2013.

| Diagnosegrupper | Fastlege Konsultasjoner (N=82 861) | Psykisk helsevern for barn og unge | | |
|--------------------------------|--|------------------------------------|--|--|
| | | Oppholdsdøgn (N=78 469) | Konsultasjoner poliklinikk (N=761 435) | Konsultasjoner avtalespesialis- ter (N=28 064) |
| Ruslidelser | 1,0 | 0,3 | 0,1 | 0,0 |
| Schizofrenier | 0,3 | 9,0 | 1,0 | 0,1 |
| Affektive lidelser | 8,7 | 16,5 | 11,5 | 9,2 |
| Nevrotiske lidelser | 8,9 | 23,8 | 20,0 | 26,9 |
| Fysiologiske lidelser | 9,5 | 9,4 | 4,1 | 3,3 |
| Personlighetsforstyrrelser | 0,4 | 0,2 | 0,4 | 1,2 |
| Hyperkinetiske forstyr. | 20,6 | 14,2 | 19,2 | 10,6 |
| Atferdsforstyrrelser | 22,0 | 15,2 | 14,9 | 27,9 |
| Utviklingsforstyrrelser | 2,8 | 7,3 | 6,9 | 5,8 |
| Andre lidelser i kap F (ISD10) | 7,9 | 1,1 | 1,7 | 4,8 |
| Andre diagnoser | 17,8 | 2,9 | 20,2 | 10,1 |
| Totalt | 100 | 100 | 100 | 100 |
| Kontakter uten diagnose (N=) | | 5 067 | 98 456 | 891 |

Tabell 6.17 Kontakter med fastlegen eller psykisk helsevern for barn og unge fordelt etter type helseproblem og kjønn i 2013.

| Diagnosegrupper | Fastlege | | Psykisk helsevern for barn og unge | | | | | |
|--------------------------------|------------------------------|------------|------------------------------------|------------|---|------------|---|------------|
| | Konsultasjoner (N=82 861) | | Oppholdsdøgn (N=78 469) | | Konsultasjoner poliklinikk (N=761 435) | | Konsultasjoner avtale- spesialister (N=28 064) | |
| | Jenter | Gutter | Jenter | Gutter | Jenter | Gutter | Jenter | Gutter |
| Ruslidelser | 0,6 | 1,3 | 0,1 | 0,6 | 0,1 | 0,2 | 0,0 | 0,0 |
| Schizofrenier | 0,4 | 0,2 | 10,6 | 6,7 | 1,2 | 0,7 | 0,0 | 0,2 |
| Affektive lidelser | 13,6 | 4,4 | 18,8 | 13,2 | 17,4 | 5,6 | 13,3 | 5,5 |
| Nevrotiske lidelser | 12,0 | 6,2 | 27,1 | 19,2 | 25,6 | 14,4 | 30,0 | 23,8 |
| Fysiologiske lidelser | 11,5 | 7,6 | 15,0 | 1,5 | 7,3 | 0,7 | 6,3 | 0,6 |
| Personlighetsforstyrrelser | 0,5 | 0,4 | 0,4 | 0,0 | 0,5 | 0,3 | 0,5 | 1,9 |
| Hyperkinetiske forstyr. | 12,6 | 27,8 | 6,6 | 24,9 | 12,0 | 26,5 | 8,6 | 12,3 |
| Atferdsforstyrrelser | 17,7 | 25,7 | 11,8 | 20,0 | 12,0 | 17,9 | 22,8 | 32,7 |
| Utviklingsforstyrrelser | 2,0 | 3,5 | 5,3 | 10,1 | 3,5 | 10,3 | 2,7 | 8,8 |
| Andre lidelser i kap F (ISD10) | 6,2 | 9,4 | 1,4 | 0,8 | 1,8 | 1,7 | 5,0 | 4,8 |
| Andre diagnoser | 22,9 | 13,4 | 2,8 | 3 | 18,6 | 21,7 | 10,9 | 9,5 |
| Totalt | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| Kontakter uten diagnose (N=) | | | 2 439 | 2 628 | 46 566 | 51 785 | 557 | 317 |

Tabell 6.18 Kontakter med fastlegen eller psykisk helsevern for voksne fordelt etter type helseproblem i 2013.

| Diagnosegrupper | Fastlege | Psykisk helsevern for voksne | | |
|--|---------------------------------|-------------------------------|--|---|
| | Konsultasjoner (N=1 454 980) | Oppholdsdøgn (N=1 140 443) | Konsultasjoner poliklinikk (N=1 357 317) | Konsultasjoner avtalespesialis- ter (N=611 304) |
| Ruslidelser | 5,8 | 6,3 | 3,7 | 0,8 |
| Schizofrenier | 2,7 | 36,8 | 16,2 | 1,4 |
| Affektive lidelser | 29,8 | 26,5 | 28,2 | 35,4 |
| Nevrotiske lidelser | 24,1 | 12,1 | 23,8 | 45,1 |
| Fysiologiske lidelser | 8,1 | 2,8 | 3,6 | 2,0 |
| Personlighetsforstyrrelser | 1,0 | 5,5 | 7,5 | 5,7 |
| Hyperkinetiske forstyrrelser og atferdsforstyrrelser | 2,6 | 1,0 | 3,9 | 2,6 |
| Andre lidelser i kap F (ISD10) | 5,4 | 5,7 | 4,9 | 3,2 |
| Andre diagnoser | 20,5 | 3,1 | 8,1 | 3,8 |
| Totalt | 100 | 100 | 100 | 100 |
| Kontakter uten diagnose (N=) | | 33 936 | 7833 | 10098 |

1) Betania Malvik, Helse Midt-Norge er ikke med i pasientdatasettet for 2013.

Tabell 6.19 Kontakter med fastlegen eller psykisk helsevern for voksne fordelt etter type helseproblem og kjønn i 2013.

| Diagnosegrupper | Fastlege | | Psykisk helsevern for voksne | | | | | |
|--|---------------------------------|------------|-------------------------------|------------|---|------------|--|------------|
| | Konsultasjoner (N=1 454 980) | | Oppholdsdøgn (N=1 140 443) | | Konsultasjoner poliklinikk (N=1 357 317) | | Konsultasjoner avtale- spesialister (N=611 304) | |
| | Kvinner | Menn | Kvinner | Menn | Kvinner | Menn | Kvinner | Menn |
| Ruslidelser | 3,0 | 10,1 | 4,5 | 8,4 | 2,2 | 6,1 | 0,5 | 1,4 |
| Schizofrenier | 2,0 | 3,8 | 27,5 | 47,6 | 11,3 | 24,1 | 1,1 | 2,0 |
| Affektive lidelser | 31,3 | 27,3 | 30,5 | 22,0 | 29,9 | 25,6 | 35,3 | 35,8 |
| Nevrotiske lidelser | 26,0 | 21,2 | 16,0 | 7,7 | 26,8 | 19,0 | 46,4 | 42,0 |
| Fysiologiske lidelser | 7,7 | 8,9 | 5,1 | 0,3 | 5,6 | 0,5 | 2,6 | 0,9 |
| Personlighetsforstyrrelser | 1,0 | 1,1 | 7,5 | 3,3 | 8,9 | 5,4 | 5,5 | 6,1 |
| Hyperkinetiske forstyrrelser og atferdsforstyrrelser | 1,9 | 3,6 | 1,0 | 1,1 | 3,4 | 4,7 | 2,1 | 3,8 |
| Andre lidelser i kap F (ISD10) | 4,8 | 6,3 | 5,2 | 6,3 | 4,0 | 6,4 | 2,9 | 3,9 |
| Andre diagnoser | 22,2 | 17,7 | 2,8 | 3,3 | 7,9 | 8,4 | 3,7 | 4,1 |
| Totalt | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| Kontakter uten diagnose (N=) | | | 7539 | 26397 | 4763 | 3070 | 6797 | 3287 |

Tabell 6.20 Antall nyinnflyttede husstander i kommunale boliger 2013.

| Kommunale boliger | Antall | Prosent |
|---|--------|---------|
| Antall nyinnflyttede flyktninger | 2 404 | 18 |
| Antall nyinnflyttede med behov for tilrettelagt bolig | 4 955 | 37 |
| Antall nyinnflyttede med psykiske lidelser | 1 186 | 9 |
| Antall nyinnflyttede som er rusmiddelmisbrukere | 1 145 | 9 |
| Antall nyinnflyttede rusmiddelmisbrukere med en psykisk lidelse | 803 | 6 |
| Antall nyinnflyttede med andre problemer | 2 056 | 16 |
| Antall nyinnflyttede uten behovsprøving | 696 | 5 |
| Antall nyinnflyttede husstander | 13 245 | 100 |

Tabell 6.21 Antall nyinnflyttede i kommunale boliger 2009-2013. Per 10 000 innbyggere og prosentandel.

| Kommunale boliger | | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | Pst endring 2009-2013 | Pst endring 2012-2013 |
|--------------------------|---|------|------|------|------|------|--------------------------|--------------------------|
| N | Antall nyinnflyttede med psykiske lidelser | 1149 | 1139 | 1108 | 1143 | 1186 | 3,2 | 3,8 |
| | Antall nyinnflyttede som er rusmiddelmisbrukere | 937 | 983 | 962 | 908 | 1145 | 22,2 | 26,1 |
| | Antall nyinnflyttede rusmiddelmisbrukere med en psykisk lidelse | 581 | 624 | 631 | 610 | 803 | 38,2 | 31,6 |
| Prosent- andel | Andel nyinnflyttede med psykiske lidelser | 9 | 8 | 9 | 9 | 9 | - | - |
| | Andel nyinnflyttede rusmiddelmisbrukere | 7 | 7 | 7 | 7 | 9 | - | - |
| | Andel nyinnflyttede rusmiddelmisbrukere med psykiske lidelser | 5 | 5 | 5 | 5 | 6 | - | - |
| Per 10 000 innbyggere | Nyinnflyttede med psykiske lidelser | 2,4 | 2,3 | 2,2 | 2,3 | 2,3 | | |
| | Nyinnflyttede rusmiddelmisbrukere | 1,9 | 2,0 | 1,9 | 1,8 | 2,2 | | |
| | Nyinnflyttede rusmiddelmisbrukere med psykiske lidelser | 1,2 | 1,3 | 1,3 | 1,2 | 1,6 | | |



7

Habilitering, rehabilitering og individuell plan

Totalt sett er det vanskelig å spore noen stor økning i antall pasienter som mottar habiliterings- og rehabiliteringstjenester etter at samhandlingsreformen ble innført. Utviklingen følger grovt sett samme trend som før reformen ble innført. Det er heller ikke noen tydelig trend med større vekst i antall mottakere av habiliterings- og rehabiliteringstjenester i primærhelsetjenesten enn i spesialisthelsetjenesten.

I likhet med tidligere år var det en vekst i antall mottakere av tidsbegrenset opphold for habilitering og rehabilitering i kommunene fra 2012 til 2013. Veksten er imidlertid noe svakere og kommer ikke for alle regioner. Antall mottakere av habiliterings- og rehabiliteringstjenester utenfor institusjon i kommunene fortsetter å gå ned også i 2013. Også her er det noe ulik utvikling mellom regionene. Her er det imidlertid viktig å påpeke at det er usikkerhet knyttet til datakvaliteten i og med at to av tre kommuner ikke rapporterer mottakere av denne typen tjenester.

I spesialisthelsetjenesten er det vanskelig å gi et entydig svar på utviklingen i totalt antall pasienter som mottar habilitering og rehabilitering fra 2012 til 2013. Dette skyldes presiseringer i ISF-regelverket for hvordan poliklinisk rehabilitering skal kodes, noe som gjør at en del aktivitet som tidligere ble kodet som poliklinisk rehabilitering nå kodes annerledes og blir vanskelig å fange opp. For primær døgnerhabilitering er det imidlertid en nedgang i antall mottakere fra 2012 til 2013. Antall mottakere av sekundær døgnerhabilitering holder seg stabilt fra 2012 til 2013 kontrollert for befolkningsvekst.

7.1 Innledning

Habilitering og rehabilitering foregår i og utenfor institusjon, i både kommuner og i spesialisthelsetjenesten og ved offentlige og private institusjoner. Habiliterings- og rehabiliteringstjenester representerer tverrfaglige forløp som ofte går på tvers av nivåene i helsetjenesten og er derfor relevant i et samhandlingsperspektiv.

Antall pasienter som har mottatt primær døgnerhabilitering i spesialisthelsetjenesten har gått ned i perioden 2010 til 2012 og går også noe ned fra 2012 til 2013 kontrollert for befolkningsvekst. Antall pasienter som mottar sekundær døgnerhabilitering økte imidlertid like mye som befolkningen og viser stabile rater fra 2011 til 2013. Antall polikliniske pasienter går imidlertid kraftig ned fra 2012 til 2013, men dette representerer etter all sannsynlighet endringer i kodingspraksis og ikke en reell

nedgang i antall pasienter som mottar behandling. For habilitering og rehabilitering i primærhelsetjenesten er det en økning i antall mottakere av institusjonstjenester, mens antall mottakere av habilitering og rehabilitering utenfor institusjon følger trenden fra tidligere år og går noe ned.

Selv om antall pasienter og mottakere av habiliterings- og rehabiliteringstjenester er viktige måleparameter, gir det ingen informasjon om omfang, varighet og innhold. I spesialisthelsetjenesten finnes det informasjon om hvor mye og hvilken type rehabilitering som gis, men i primærhelsetjenesten har man foreløpig ingen god statistikk på dette. Både i spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten har det vært vanskelig å få fram aktiviteten innenfor habilitering. Noe av denne aktiviteten forsvinner i rehabiliteringstallene, mens annen habiliteringsaktivitet er vanskelig å fange opp.

Helsedirektoratet har stort fokus på å bedre framtidig statistikk. Målet er å kunne vise fram god statistikk på aktiviteten også innen habilitering i spesialisthelsetjenesten. På kommunesiden jobbes det også med å legge til rette for bedre og mer differensiert statistikk innen habilitering og rehabilitering. På sikt er det også en målsetting å kunne vise fram samhandlingen mellom nivåene, ikke bare hva som skjer på hvert av nivåene.

7.2 Definisjon og datagrunnlag

I forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator defineres habilitering og rehabilitering slik:

«Habilitering og rehabilitering er tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til pasientens og brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet.»

Habilitering og rehabilitering i primærhelsetjenesten

I kommunene registreres tiltak, herunder re-/habilitering i og utenfor institusjon, til mottakere av pleie- og omsorgstjenester gjennom IPLOS, og dataene blir utlevert av SSB. I 2013 står 35 prosent av kommunene uten registrerte mottakere av rehabiliteringstjenester i institusjon. Tilsvarende er det 68 prosent av kommunene som ikke rapporterer mottakere av habiliterings- og rehabiliteringstjenester utenfor institusjon. I analysene er det ikke korrigert for dette, da det er vanskelig å vite om den store andelen missing skyldes at de faktisk ikke ha mottakere av disse tjenestene, om det er manglende rapportering, eller at det er så få mottakere av de blir «prikket» av SSB når data utleveres. Dette gjør av disse dataene må tolkes med forsiktighet. Tilbud til andre brukergrupper utenfor pleie og omsorg blir ikke fanget opp.

Habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten

I spesialisthelsetjenesten registreres re-/habiliteringstjenester i Norsk pasientregister (NPR). Sykehusrehabilitering er definert som alle opphold og konsultasjoner

med ICD-10-kode Z.50 som hoveddiagnose. I denne rapporten omtaler vi primær og sekundær døgnrehabilitering, samt dag- og poliklinisk rehabilitering i helseforetak. Definisjonene av disse rehabiliteringsformene er:

Primær døgnrehabilitering

Rehabilitering med innleggelse der en av rehabiliteringskodene i diagnosekodeverket ICD-10 er satt som hovedtilstand i det pasientadministrative systemet. Dette skal i henhold til definisjonen gjøres ved opphold i avdelinger eller institusjoner hvor hensikten med oppholdet hovedsakelig er rehabilitering.

Sekundær døgnrehabilitering

Rehabilitering med innleggelse der en av rehabiliteringskodene i ICD-10 er satt som annen tilstand i det pasientadministrative systemet. Dette skal i henhold til definisjonen gjøres når samme opphold omfatter både akuttbehandling og rehabilitering. Den akutte sykdommen skal i disse tilfellene kodes som hovedtilstand, mens rehabilitering skal kodes som annen tilstand.

Spesielt om primær og sekundær rehabilitering

For mange kan disse begrepene være forvirrende. Det er kanskje nærliggende å tro at primærrehabilitering er rehabilitering tidlig i et forløp, for eksempel like etter at et hjerneslag har inntruffet. Ofte vil det imidlertid være motsatt. Man blir lagt inn til akutt behandling for hjerne-slaget, hvorpå man så fort som mulig starter opp rehabiliteringsprosessen på akuttavdelingen. Da vil rehabilitering bli kodet som annen tilstand og altså bli definert som sekundær rehabilitering.

Dag- og poliklinisk rehabilitering

Kontakter med en rehabiliteringskode i ICD-10 som har 0 liggedager og over 5 timers varighet er definert som dagrehabilitering. Kontakter med 0 liggedager og under 5 timers varighet eller ICD-10-kode Z50.9 er definert som poliklinisk rehabilitering.

Individuell plan og koordinerende enhet

Informasjon om andel mottakere av pleie- og omsorgstjenester som har fått utarbeidet individuell plan (IP) finnes i IPLOS og er hentet fra SSBs rapport «Pleie- og omsorgstjenesten 2013». Data om andel kommuner som har etablert koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering er hentet fra SSB/KOSTRA, mens tilsvarende

informasjon om helseforetak er innhentet fra de fire regionale koordinerende enhetene.

7.3 Utviklingen i re-/habilitering 2010-2013

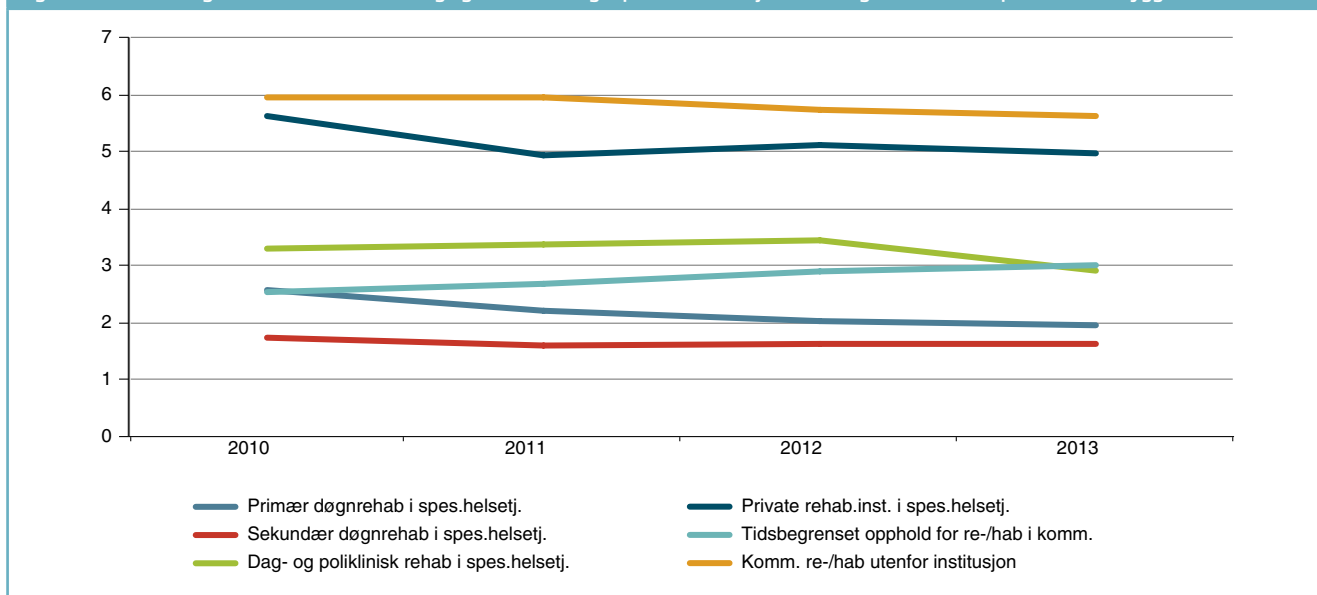
Figur 7.1 viser at antall mottakere av tidsbegrenset opphold for habilitering og rehabilitering i kommunene har økt i hele perioden 2010 til 2013. I 2010 var det 12 415 mottakere av tidsbegrenset opphold for habilitering og rehabilitering, mens det var 15 278 mottakere i 2013. Kontrollert for befolkningsvekst er det en økning fra 2,5 mottakere per 1 000 innbyggere i 2010 til 3,0 mottakere i 2013. Når det gjelder kommunale re-/habiliteringstjenester utenfor institusjon, har antall mottakere ligget relativt stabilt rundt 29 000 per år fra 2010 til 2013. Kontrollert for befolkningsvekst er det imidlertid en nedgang i perioden. I 2010 var det 5,9 mottakere per 1 000 innbyggere, mens det tilsvarende tallet var sunket til 5,6 i 2013. Denne nedgangen er interessant å merke seg i og med at stadig flere kommuner etablerer nye tilbud om blant annet hverdagsrehabilitering i hjemmet, samtidig som vi i kapittel 3 ser at det har vært en stor vekst i antall mottakere av fysioterapi-tjenester de siste årene. Hvis tilbudet om hverdagsrehabilitering eller fysioterapi organiseres utenfor pleie- og omsorgstjenestene, vil det ikke registreres i IPLOS-statis-

tikken, da det kun er mottakere av pleie- og omsorgstjenester som blir registrert i IPLOS. Det kan derfor være flere mottakere av habiliterings- og rehabiliteringstjenester utenfor institusjon i kommunene enn det IPLOS-statistikken fanger opp.

IPLOS-tallene viser at det er forskjell i aldersfordelingen til mottakerne av re-/habilitering i og utenfor institusjon i kommunene. Av brukerne som mottok re-/habilitering utenfor institusjon var 40 prosent i aldersgruppen under 50 år. Aldersfordelingen til mottakere av tidsbegrenset opphold for rehabilitering viser at dette er et tilbud mer rettet mot eldre brukere. 96 prosent av mottakerne av disse tjenestene var over 50 år, og 84 prosent var over 67 år.

For spesialisthelsetjenesten viser figur 7.1 at det er en nedgang i antall pasienter som mottar primær døgnehabilitering og at nivået på pasienter som mottar sekundær døgnehabilitering er stabilt. Det er imidlertid en tydelig nedgang i antall pasienter som mottar dag- og poliklinisk rehabilitering. I 2012 var det 3,4 pasienter per 1 000 innbyggere som mottok dag- eller poliklinisk rehabilitering, mens tallet var sunket til 2,9 i 2013. Denne nedgangen har med stor sannsynlighet sammenheng med presiseringer i ISF-regelverket for 2013 for hvordan aktivitet knyttet til fedmebehandling og grupperetta

Figur 7.1 Pasienter og mottakere av habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten¹ og i kommunene per 1 000 innbyggere 2010-2013.



1) Nedgangen i antall pasienter som mottar dag- og poliklinisk rehabilitering i spesialisthelsetjenesten må tolkes med forsiktighet, da den med stor sannsynlighet skyldes presiseringer i ISF-regelverket for hvordan aktiviteten skal kodes og ikke representerer en reell nedgang i antall pasienter som mottar behandling. Se figur 7.2 og nærmere forklaring her.

pasientopplæring skal kodes og representerer derfor ikke en reell nedgang i pasienter som mottar denne typen rehabilitering. Figur 7.2 nedenfor viser utviklingen i antall pasienter som mottar poliklinisk rehabilitering sammenliknet med utviklingen antall pasienter som mottar poliklinisk fedmebehandling og grupperetta pasientopplæring.

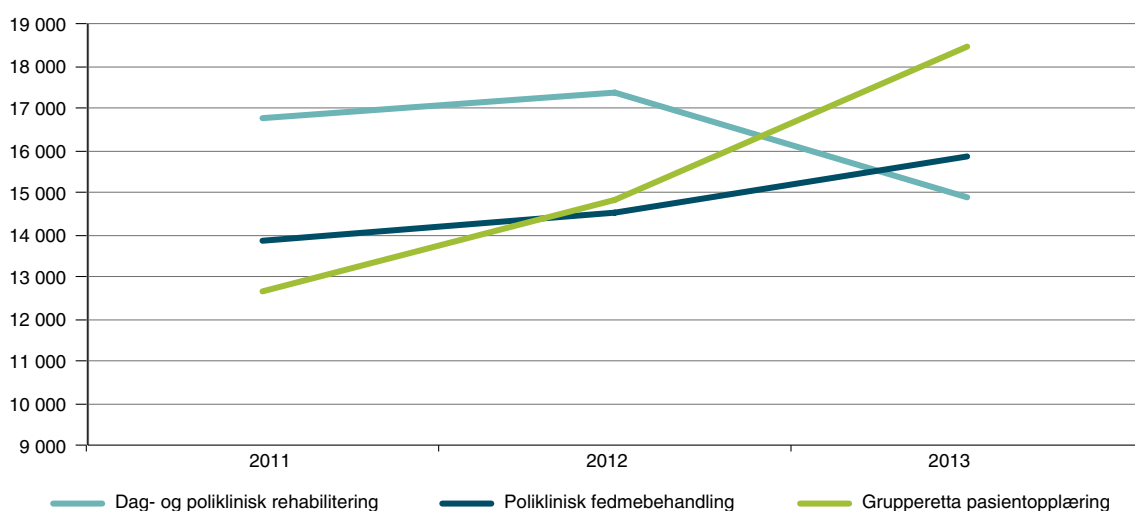
Figur 7.2 viser en tydelig nedgang i antall pasienter som mottar dag- og poliklinisk rehabilitering fra 2012 til 2013. Nedgangen er på 2 510 pasienter eller 14,4 prosent. Som nevnt over kan denne nedgangen med all sannsynlighet forklares av presiseringer i ISF-regelverket i forhold til hvordan aktiviteten skal kodes og bruken av ICD-10-koden Z50.9 (poliklinisk rehabilitering) som hovedtilstand. Den første presiseringen gjelder pasienter som mottar poliklinisk rehabilitering der deler av opplegget er gruppebasert. I ISF-regelverket for 2013 står det: «Det presiseres at rehabiliteringsprogram som i hovedsak er gruppebaserte (mer enn 50 prosent) ikke oppfyller kravene til å benytte koden Z50.9 (poliklinisk rehabilitering).» Denne presiseringen har ført til at mange pasienter/opphold ikke lenger kodes som poliklinisk rehabilitering, men heller havner i DRG 9980 Grupperetta pasientopplæring. Figuren viser at det fra 2012 til 2013 var en vekst på 3 612 pasienter som mottok grupperetta pasientopplæring, og selv om det var en vekst i denne pasientgruppen også før 2012, er veksten enda brattere etter presiseringen i regelverket.

Den andre presiseringen er knyttet til hvordan poliklinisk fedmebehandling skal kodes. Allerede i 2008 konkluderte Helsedirektoratet med at poliklinisk fedmerehabilitering skal kodes med fedme som hoveddiagnose (E66) og ikke med Z50.9 (poliklinisk rehabilitering) som hoveddiagnose. Fram til 2012 så man likevel en stor vekst i antall pasienter som mottok poliklinisk rehabilitering (hoveddiagnose Z50.9) og samtidig hadde fedme (E66) som bidiagnose. Dette gjorde at man ba avregningsutvalget ta stilling til hvordan denne aktiviteten skulle kodes. Avregningsutvalget konkluderte, i likhet med Helsedirektoratet, med at denne typen fedmebehandling skal ha fedmekode som hoveddiagnose. Dette har med all sannsynlighet medført at en del pasienter som tidligere ble kodet som mottakere av poliklinisk rehabilitering nå grupperes til en annen DRG og står som mottakere av fedmebehandling. Figur 7.2 viser at det som forventet har vært en økt vekst i antall pasienter som mottar poliklinisk fedmebehandling fra 2012 til 2013. Veksten fra 2012 til 2013 var på 1 307 pasienter.

7.4 Regionale variasjoner

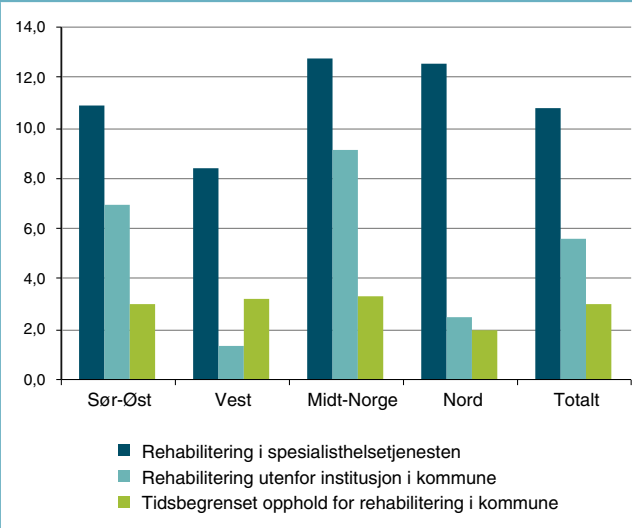
Figur 7.3 viser antall mottakere av kommunal re-/habilitering i og utenfor institusjon, samt re-/habilitering i spesialisthelsetjenesten, per 1 000 innbyggere i 2013. Figuren viser at det er stor variasjon mellom regionene når det gjelder antall mottakere av re-/habilitering

Figur 7.2 Mottakere av dag- og poliklinisk rehabilitering, poliklinisk fedmebehandling og grupperetta pasientopplæring 2011-2013.



utenfor institusjon. Regionene Vest og Nord har et lavt nivå av re-/habilitering utenfor institusjon, mens Sør-Øst og særlig Midt-Norge ligger høyt. Den relative sterke variasjonen mellom regionene i omfanget av re-/habilitering utenfor institusjon må imidlertid tolkes med forsiktighet. I 2013 mangler vi informasjon om denne typen re-/habilitering for 68 prosent av kommunene, og det er særlig i Nord at mange kommuner rapporterer å ikke ha et slikt tilbud. I denne regionen står 86 prosent av kommunene uten mottakere av re-/habilitering utenfor institusjon. Figuren 7.3 viser også at kommuner i Nord har et relativt lavt nivå av rehabilitering i institusjon sammenliknet med de andre regionene. Det er mindre variasjon mellom de andre regionene. Tallene på mottakere av kommunal rehabilitering i institusjon mangler for 35 prosent av kommunene totalt, mens for 60 prosent av kommunene i Nord.

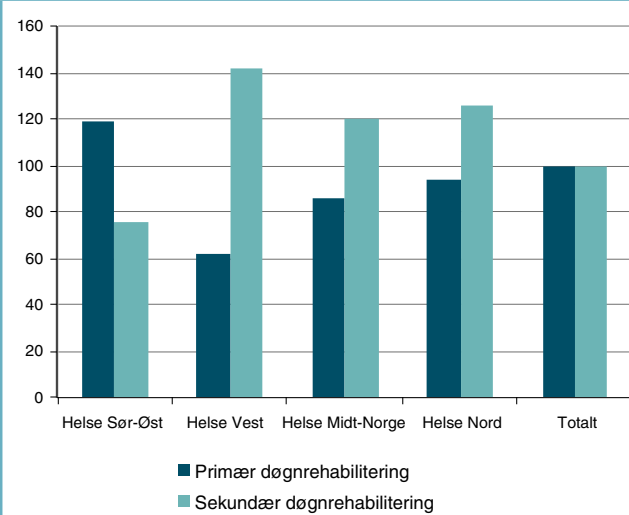
Figur 7.3 Mottakere av re-/habilitering i spesialisthelsetjenesten, samt kommunal re-/habilitering i og utenfor institusjon per 1 000 innbyggere 2013.



Figur 7.3 viser at Midt-Norge og Nord er regionene med flest antall pasienter som mottar re-/habilitering i spesialisthelsetjenesten med over 12 pasienter per 1 000 innbyggere. Helse Vest ligger lavest med i overkant av 8 re-/habiliteringspasienter per 1 000 innbyggere. Dette mønsteret er i hovedsak likt slik det var i 2012.

Figur 7.4 viser regionenes nivå av pasienter i primær- og sekundær døgnerhabilitering relativt til landsgjennomsnittet. Figuren viser tydelig at Helse Sør-Øst har en annen profil på døgnerhabiliteringen i spesialisthelsetje-

Figur 7.4 Relativt nivå av pasienter i primær og sekundær døgnerhabilitering i spesialisthelsetjenesten per 1 000 innbyggere 2013 etter helseregion (landsgjennomsnittet=100).



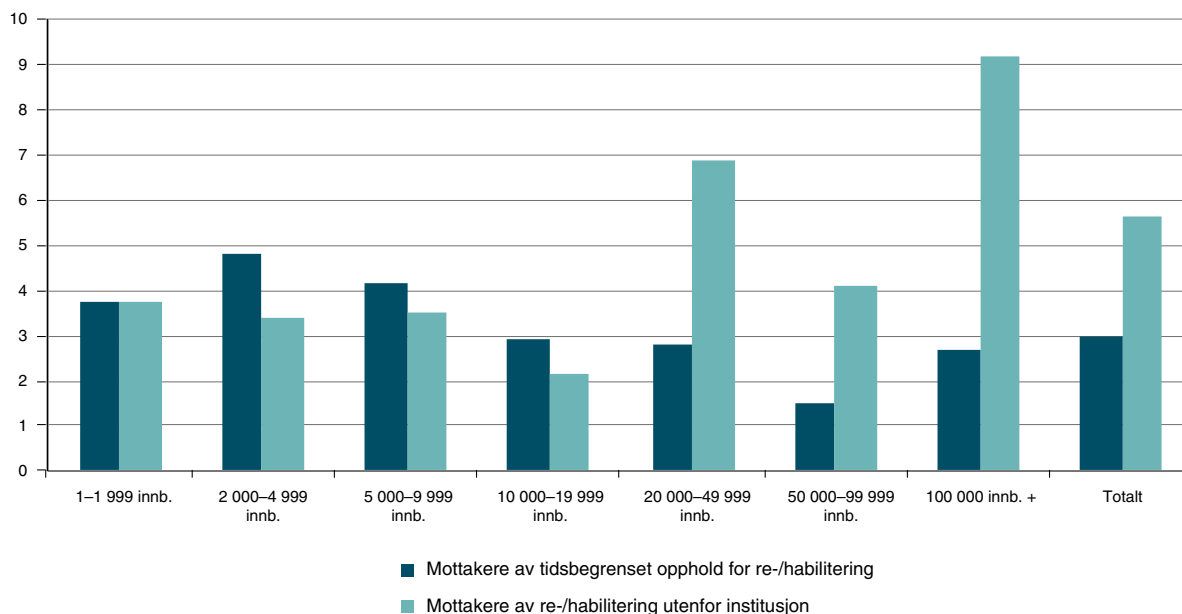
nesten enn de andre regionene, sammenliknet med landsgjennomsnittet. Helse Sør-Øst har relativt sett et høyt nivå av primær døgnerhabilitering og et relativt lavt nivå av sekundær døgnerhabilitering. I de andre regionene er det relative nivået mye høyere for sekundær døgnerhabilitering enn for primær døgnerhabilitering. Det er imidlertid viktig å understreke at dette er *relative tall* med utgangspunkt i landsgjennomsnittet.

7.5 Re-/habilitering og kommunestørrelse

Figur 7.5 viser at antall mottakere av re-/habiliteringstjenester utenfor institusjon i kommunene tenderer mot å være høyere i kommuner med et høyt innbyggertall enn i kommuner med færre innbyggere. For antall mottakere av tidsbegrenset opphold for rehabilitering er det vanskelig å se en entydig sammenheng, selv om tallene antyder at nivået av slike tjenester kan være høyere i små kommuner enn i store. Dette er et bilde som i stor grad er likt slik det var i 2012.

Forholdet mellom ulike typer rehabilitering i spesialisthelsetjenesten og kommunestørrelse følger også i stor grad samme mønster som i 2012. Figur 7.6 viser at store byer tenderer mot å ha færre pasienter som mottar primær døgnerhabilitering i spesialisthelsetjenesten enn mindre kommuner. For sekundær døgnerhabilitering er det ingen åpenbare systematiske forskjeller i pasient-

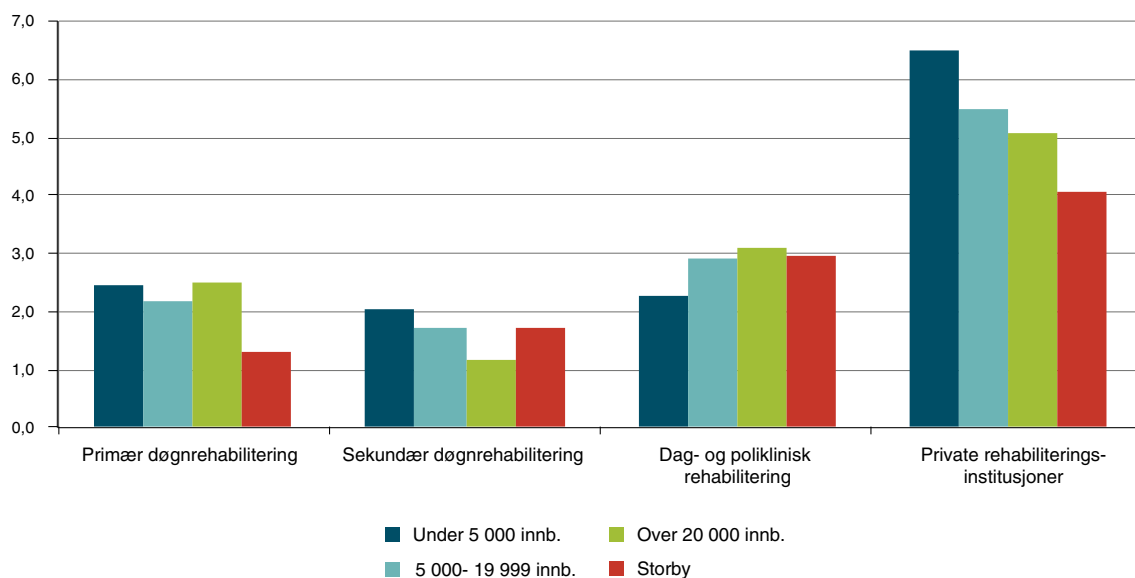
Figur 7.5 Mottakere av re-/habilitering i kommunene i løpet av 2013 per 1 000 innbyggere etter kommunistørrelse.



omfang knyttet til kommunistørrelse. For dag- og poliklinisk rehabilitering er det imidlertid en tendens til at store kommuner har flere slike pasienter enn små kommuner. For private rehabiliteringsinstitusjoner er tendensen motsatt; omfanget av pasienter som mottar rehabilitering i private institusjoner er betydelig høyere i små kommuner enn i store.

I tabell 7.5 er antall pasienter per 1 000 innbyggere som mottar primær, sekundær eller dag/poliklinisk rehabilitering gjengitt per kommunegruppe etter region og gir mer detaljert informasjon om disse forskjellene. Tabell 7.6 viser tilsvarende tall for pasienter ved de private rehabiliteringsinstitusjonene.

Figur 7.6 Mottakere av re-/habilitering i spesialisthelsetjenesten per 1 000 innbyggere 2013 etter kommunistørrelse.



7.6 Individuell plan og koordinator

Retten til individuell plan etter helselovgivningen ble innført i 2001. Dette er videreført i ny lovgivning fra 2012. Bestemmelsene er utdypet i forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator. Helsedirektoratet arbeider nå med å lage en oppdatert veileder til denne forskriften. Individuell plan er også hjemlet i lov om arbeids- og velferdsforvaltningen, lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen samt i barnevernloven.

Formålet med individuell plan er å sikre et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Tjenester fra ulike fagområder og sektorer skal samordnes og det skal arbeides i samsvar med tjenestemottakerens mål.

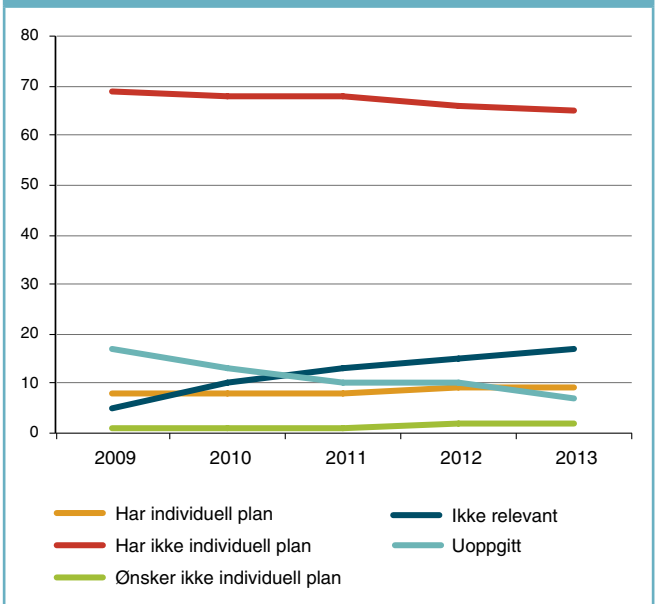
Bestemmelsen om koordinator er tydeliggjort i revidert lovgivning fra 2012. Fram til dette har denne funksjonen vært utledet av forskrift om individuell plan, omtalt som «..en tjenesteyter som har hovedansvaret for oppfølgingen av tjenestemottakeren».

Etter dagens lovgivning skal koordinator tilbys uavhengig om pasienten/brukeren ønsker individuell plan, jfr. lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 7-2 og lov om spesialisthelsetjenester § 2-5a. I spesialisthelsetjenesten er koordinator også tenkt å erstatte tidligere pasientansvarlig lege.

Oppstart av individuell plan og oppnevning av koordinator krever samtykke fra tjenestemottakeren. Koordinatoren skal sørge for nødvendig oppfølging av pasient, eller bruker, sikre samordningen av tjenestetilbudet og framdrift i arbeidet med individuell plan.

I kommunene registreres det om mottakerne av hjemmesykepleie og praktisk bistand har fått utarbeidet individuell plan. Av figur 7.7 ser man at det i 2013 var 9 prosent av mottakerne av hjemmesykepleie eller praktisk bistand som hadde individuell plan¹. Dette tilsvarte om lag 16 200 pasienter/brukere. Andelen mottakere med individuell plan har holdt seg stabil på 8-9 prosent siden 2009.

Figur 7.7 Andel mottakere av pleie- og omsorgstjenester som har fått utarbeidet individuell plan 2009-2013.



Mottakere under 67 år har individuell plan i større grad enn eldre mottakere i alderen 67 år og oppover. Mottakere med et omfattende bistandsbehov har også individuell plan i større grad enn mottakere med et lavere bistandsbehov. For aldersgruppen under 67 år har 41 prosent av mottakerne med et omfattende bistandsbehov fått utarbeidet individuell plan. For mottakerne 67 år og eldre har kun 5 prosent av de med et omfattende bistandsbehov fått utarbeidet individuell plan.

Dersom vi ser bort fra de mottakerne som ikke ønsket individuell plan, eller de av mottakerne som individuell plan ikke var aktuelt for og bare ser på mottakere som vi har opplysninger for, ser vi at andelen som ikke har individuell plan har gått ned fra 2009 til 2013. I 2009 var det 69 prosent av alle mottakere av hjemmetjenester som ikke hadde individuell plan, mens det tilsvarende tallet var sunket til 65 prosent i 2013.

7.7 Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering

I forbindelse med innføringen av samhandlingsreformen ble kommunene og HFene lovpålagt å ha en koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering, jfr. Helse-

1) SSB Rapport 2014/33: Pleie- og omsorgstjenesten 2013. Statistikk om tjenester og tjenestemottakere.

og omsorgstjenesteloven § 7-3 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-5b. Her tydeliggjøres det at enhetene på begge nivåer skal ha «...overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan, og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator.»

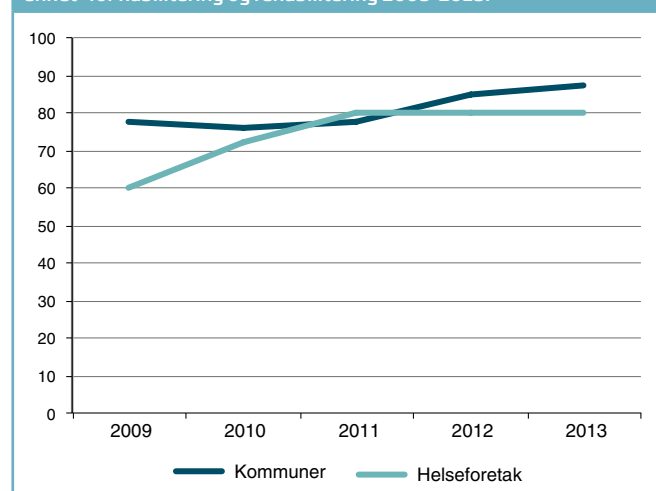
For spesialisthelsetjenesten konkretiseres i tillegg følgende oppgaver i §2-5b i spesialisthelsetjenesteloven:

«... ha generell oversikt over habiliterings- og rehabiliteringstiltak i helseregionen. Enheten skal ha oversikt over, og nødvendig kontakt med, habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten i kommunen.»

De kommunale enhetenes ansvar og oppgaver utdypes slik i Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011-2015 (St.meld. nr16, 2010 -2011):

«Den koordinerende enheten i kommunen skal sørge for at tjenestene sees i sammenheng og at det er kontinuitet i tiltakene, over tid, uavhengig av hvem som har ansvaret. Enheten skal bidra til at de forskjellige tjenesteyterne samarbeider om planlegging og organisering av habiliterings- og rehabiliteringstilbudene og tilrettelegger for brukermedvirkning.»

Figur 7.8 Andel kommuner og helseforetak som har koordinerende enhet¹ for habilitering og rehabilitering 2009-2013.



1) Det presiseres at det er store variasjoner både mellom de ulike kommunene og helseforetakene i hvordan de ivaretar funksjonene en koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering skal ha, og at det derfor blir en vurderingssak om de fullt ut oppfyller kravene i forhold til lovforskriftene.

Siden 2008 har Helsedirektoratet gjennomført flere undersøkelser om hvorvidt enhetene har vært etablert i samsvar med forskrift om habilitering og rehabilitering.

I en landsomfattende kartlegging i 2008 oppga alle kommuner at de hadde etablert koordinerende enhet. Da Helsedirektoratet i oppfølgingen av dette gjorde tiltak for å tydeliggjøre krav til funksjon og rolle, ble det synlig at ikke alle kommuner hadde en enhet i samsvar med kravet i forskriften.

Dette arbeidet har vært gjennomført i samarbeid med fylkesmennene. I tall fra KOSTRA² for 2009 er tallet nedjustert til 77 prosent og for 2010 ytterligere til 76 prosent. Fra 2011 til 2012 skjedde det mye ute i kommunene i forhold til å etablere koordinerende enheter for habilitering og rehabilitering. I 2011 hadde 78 prosent av kommunene etablert ordningen, mens tallet steg til 85 prosent i 2012. I 2013 er det en ytterligere vekst og andelen kommuner med koordinerende enhet er nå 87 prosent.

Figur 7.8 viser at det fram til 2011 også var en positiv utvikling innen andel koordinerende enheter for habilitering og rehabilitering på helseforetaksnivå. Siden 2011 har imidlertid nivået ligget stabilt på 80 prosent. Det er imidlertid viktig å presisere at det er varierende hvordan de ulike koordinerende enhetene ivaretar og utfører oppgavene de er lovpålagt. Av de regionale helseregionene er det Helse Nord som kommer dårligst ut. Her hadde ingen av helseforetakene etablert koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering ved utgangen av 2013. Det jobbes imidlertid med etablering i regionen. Universitetssykehuset i Nord-Norge har etablert koordinerende enhet i 2014 og Helgelandssykehuset rapporterer at koordinerende enhet vil være på plass i løpet av høsten 2014. Nordlandssykehuset har jobbet med etablering lenge, men er ennå ikke i full drift. Andelen helseforetak med koordinerende enhet vil derfor kunne forventes å øke i 2014.

Det er etablert regional koordinerende enhet ved alle de fire regionale helseforetakene. Disse har vært i stabil drift i flere år og har en sentral pådriverrolle i å etablere nettverk, møteplasser og systemer for informasjonsutveksling.

2) Tallene er basert på innrapporterte data fra KOSTRA, skjema 1, punkt 6-1 og spørsmålet «har kommunen/bydelen en egen koordinerende enhet for rehabilitering?» Dette er tall som ikke blir publisert som en del av den regelmessige KOSTRA-statistikken i SSB, men blir levert ut ved forespørsel. Det er derfor noe større usikkerhet ved disse tallene enn tallene som blir publisert i KOSTRA.

Tabell 7.1 Pasienter og mottakere av re-/habiliteringstjenester i spesialisthelsetjenesten¹ og primærhelsetjenesten 2010-2013 etter region.

| | | Antall pasienter/mottakere (N=) | | | | Prosent endring | |
|---|------------------------------------|---------------------------------|--------|--------|--------|-----------------|-----------|
| | | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2011-2013 | 2012-2013 |
| Norge totalt | | | | | | | |
| Spesialisthelsetj. | Primær døgnehabilitering | 12 701 | 11 059 | 10 302 | 9 947 | -10,1 | -3,4 |
| | Sekundær døgnehabilitering | 8 559 | 7 961 | 8 200 | 8 314 | 4,4 | 1,4 |
| | Dag- og poliklinisk rehabilitering | 16 251 | 16 738 | 17 374 | 14 864 | -11,2 | -14,4 |
| | Private rehab.institusjoner | 27 605 | 24 586 | 25 877 | 25 343 | 3,1 | -2,1 |
| Primærhelsetj. | Tidsbegr. opphold for re-/hab. | 12 415 | 13 397 | 14 670 | 15 278 | 14,0 | 4,1 |
| | Re-/habilitering utenfor inst. | 29 196 | 29 569 | 29 030 | 28 668 | -3,0 | -1,2 |
| Helse Sør-Øst/kommuner i Sør-Øst | | | | | | | |
| Spesialisthelsetj. | Primær døgnehabilitering | 8 894 | 7 365 | 6 767 | 6 607 | -10,3 | -2,4 |
| | Sekundær døgnehabilitering | 4 547 | 3 705 | 3 514 | 3 489 | -5,8 | -0,7 |
| | Dag- og poliklinisk rehabilitering | 9 015 | 9 505 | 10 373 | 8 774 | -7,7 | -15,4 |
| | Private rehab.institusjoner | 15 572 | 14 041 | 14 686 | 14 173 | 0,9 | -3,5 |
| Primærhelsetj. | Tidsbegr. opphold for re-/hab. | 7 080 | 7 781 | 8 157 | 8 600 | 10,5 | 5,4 |
| | Re-/habilitering utenfor inst. | 20 475 | 20 847 | 20 211 | 19 727 | -5,4 | -2,4 |
| Helse Vest/kommuner i Vest | | | | | | | |
| Spesialisthelsetj. | Primær døgnehabilitering | 1 553 | 1 450 | 1 417 | 1 287 | -11,2 | -9,2 |
| | Sekundær døgnehabilitering | 1 811 | 1 842 | 2 173 | 2 472 | 34,2 | 13,8 |
| | Dag- og poliklinisk rehabilitering | 2 366 | 2 256 | 2 298 | 2 005 | -11,1 | -12,8 |
| | Private rehab.institusjoner | 4 247 | 3 012 | 3 831 | 3 799 | 26,1 | -0,8 |
| Primærhelsetj. | Tidsbegr. opphold for re-/hab. | 2 674 | 2 868 | 3 332 | 3 431 | 19,6 | 3,0 |
| | Re-/habilitering utenfor inst. | 1 857 | 1 643 | 1 585 | 1 389 | -15,5 | -12,4 |
| Helse Midt-Norge/kommuner i Midt-Norge | | | | | | | |
| Spesialisthelsetj. | Primær døgnehabilitering | 1 210 | 1 256 | 1 207 | 1 178 | -6,2 | -2,4 |
| | Sekundær døgnehabilitering | 1 450 | 1 538 | 1 604 | 1 374 | -10,7 | -14,3 |
| | Dag- og poliklinisk rehabilitering | 3 780 | 3 987 | 3 877 | 3 303 | -17,2 | -14,8 |
| | Private rehab.institusjoner | 3 827 | 3 905 | 3 531 | 3 697 | -5,3 | 4,7 |
| Primærhelsetj. | Tidsbegr. opphold for re-/hab. | 1 819 | 1 863 | 2 230 | 2 323 | 24,7 | 4,2 |
| | Re-/habilitering utenfor inst. | 6 331 | 5 844 | 6 112 | 6 376 | 9,1 | 4,3 |
| Helse Nord/kommuner i Nord | | | | | | | |
| Spesialisthelsetj. | Primær døgnehabilitering | 1 044 | 988 | 911 | 875 | -11,4 | -4,0 |
| | Sekundær døgnehabilitering | 751 | 876 | 909 | 979 | 11,8 | 7,7 |
| | Dag- og poliklinisk rehabilitering | 1 090 | 990 | 826 | 782 | -21,0 | -5,3 |
| | Private rehab.institusjoner | 3 959 | 3 628 | 3 829 | 3 674 | 1,3 | -4,0 |
| Primærhelsetj. | Tidsbegr. opphold for re-/hab. | 842 | 885 | 951 | 924 | 4,4 | -2,8 |
| | Re-/habilitering utenfor inst. | 533 | 1 235 | 1 122 | 1 176 | -4,8 | 4,8 |

¹ Nedgangen i antall pasienter som mottar dag- og poliklinisk rehabilitering i spesialisthelsetjenesten må tolkes med forsiktighet, da den med stor sannsynlighet skyldes presiseringer i ISF-regelverket for hvordan aktiviteten skal kodes og ikke representerer en reell nedgang i antall pasienter som mottar behandling. Se figur 7.2 og nærmere forklaring her.

Tabell 7.2 Pasienter og mottakere av re-/habiliteringstjenester¹ i spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten 2010-2013 etter region.

| | | Antall pasienter/mottakere per 1 000 innbyggere | | | | Relativt nivå 2013 |
|--|------------------------------------|---|------|------|------|-----------------------|
| | | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | |
| Norge totalt | | | | | | |
| Spesialisthelsetj. | Primær døgnrehabilitering | 2,6 | 2,2 | 2,0 | 1,9 | 100 |
| | Sekundær døgnrehabilitering | 1,7 | 1,6 | 1,6 | 1,6 | 100 |
| | Dag- og poliklinisk rehabilitering | 3,3 | 3,4 | 3,4 | 2,9 | 100 |
| | Private rehab.institusjoner | 5,6 | 4,9 | 5,1 | 5,0 | 100 |
| Primærhelsetj. | Tidsbegr. opphold for re-/hab. | 2,5 | 2,7 | 2,9 | 3,0 | 100 |
| | Re-/habilitering utenfor inst. | 5,9 | 5,9 | 5,7 | 5,6 | 100 |
| Helse Sør-Øst/kommuner i Sør-Øst | | | | | | |
| Spesialisthelsetj. | Primær døgnrehabilitering | 3,2 | 2,6 | 2,4 | 2,3 | 119 |
| | Sekundær døgnrehabilitering | 1,7 | 1,3 | 1,2 | 1,2 | 75 |
| | Dag- og poliklinisk rehabilitering | 3,3 | 3,4 | 3,7 | 3,1 | 106 |
| | Private rehab.institusjoner | 5,7 | 5,0 | 5,2 | 5,0 | 100 |
| Primærhelsetj. | Tidsbegr. opphold for re-/hab. | 2,6 | 2,8 | 2,9 | 3,0 | 101 |
| | Re-/habilitering utenfor inst. | 7,5 | 7,5 | 7,2 | 6,9 | 123 |
| Helse Vest/kommuner i Vest | | | | | | |
| Spesialisthelsetj. | Primær døgnrehabilitering | 1,5 | 1,4 | 1,3 | 1,2 | 62 |
| | Sekundær døgnrehabilitering | 1,8 | 1,8 | 2,1 | 2,3 | 141 |
| | Dag- og poliklinisk rehabilitering | 2,3 | 2,2 | 2,2 | 1,9 | 64 |
| | Private rehab.institusjoner | 4,1 | 2,9 | 3,6 | 3,5 | 71 |
| Primærhelsetj. | Tidsbegr. opphold for re-/hab. | 2,6 | 2,8 | 3,1 | 3,2 | 107 |
| | Re-/habilitering utenfor inst. | 1,8 | 1,6 | 1,5 | 1,3 | 23 |
| Helse Midt-Norge/kommuner i Midt-Norge | | | | | | |
| Spesialisthelsetj. | Primær døgnrehabilitering | 1,8 | 1,8 | 1,7 | 1,7 | 86 |
| | Sekundær døgnrehabilitering | 2,1 | 2,2 | 2,3 | 2,0 | 120 |
| | Dag- og poliklinisk rehabilitering | 5,6 | 5,8 | 5,6 | 4,7 | 162 |
| | Private rehab.institusjoner | 5,6 | 5,7 | 5,1 | 5,3 | 106 |
| Primærhelsetj. | Tidsbegr. opphold for re-/hab. | 2,7 | 2,7 | 3,2 | 3,3 | 111 |
| | Re-/habilitering utenfor inst. | 9,3 | 8,5 | 8,8 | 9,1 | 162 |
| Helse Nord/kommuner i Nord | | | | | | |
| Spesialisthelsetj. | Primær døgnrehabilitering | 2,2 | 2,1 | 1,9 | 1,8 | 94 |
| | Sekundær døgnrehabilitering | 1,6 | 1,9 | 1,9 | 2,0 | 126 |
| | Dag- og poliklinisk rehabilitering | 2,3 | 2,1 | 1,7 | 1,6 | 56 |
| | Private rehab.institusjoner | 8,5 | 7,7 | 8,1 | 7,7 | 155 |
| Primærhelsetj. | Tidsbegr. opphold for re-/hab. | 1,8 | 1,9 | 2,0 | 1,9 | 65 |
| | Re-/habilitering utenfor inst. | 1,1 | 2,6 | 2,4 | 2,5 | 44 |

1) Nedgangen i antall pasienter som mottar dag- og poliklinisk rehabilitering i spesialisthelsetjenesten må tolkes med forsiktighet, da den med stor sannsynlighet skyldes presiseringer i ISF-regelverket for hvordan aktiviteten skal kodes og ikke representerer en reell nedgang i antall pasienter som mottar behandling. Se figur 7.2 og nærmere forklaring her.

Tabell 7.3 Mottakere av re-/habiliteringstjenester i primærhelsetjenesten 2011-2013 etter kommunistørrelse.

| Kommunistørrelse | Tidsbegrenset opphold for re-/habilitering | | | | Re-/habilitering utenfor institusjon | | | |
|---------------------|--|------------|------------|------------|--------------------------------------|------------|-----------|-----------|
| | Nivå per 1 000 innb. 2013 | 2011 | 2012 | 2013 | Nivå per 1 000 innb. 2013 | 2011 | 2012 | 2013 |
| 1-1 999 innb. | 3,7 | 100 | 127 | 114 | 3,8 | 100 | 127 | 126 |
| 2 000-4 999 innb. | 4,8 | 100 | 110 | 113 | 3,4 | 100 | 69 | 55 |
| 5 000-9 999 innb. | 4,2 | 100 | 108 | 115 | 3,5 | 100 | 100 | 97 |
| 10 000-19 999 innb. | 2,9 | 100 | 117 | 122 | 2,2 | 100 | 99 | 127 |
| 20 000-49 999 innb. | 2,8 | 100 | 100 | 103 | 6,9 | 100 | 91 | 77 |
| 50 000-99 999 innb. | 1,5 | 100 | 114 | 126 | 4,1 | 100 | 96 | 106 |
| 100 000 innb. + | 2,7 | 100 | 106 | 107 | 9,2 | 100 | 108 | 113 |
| Totalt | 3,0 | 100 | 108 | 111 | 5,6 | 100 | 97 | 95 |

Tabell 7.4 Andel av kommunene som ikke har rapportert mottakere av re-/habiliteringstjenester 2011-2013.

| | Tidsbegrenset opphold for re-/habilitering | | | Re-/habilitering utenfor institusjon | | | Totalt antall komm. 2013 |
|---------------------|--|-----------|-----------|--------------------------------------|-----------|-----------|--------------------------|
| | 2011 | 2012 | 2013 | 2011 | 2012 | 2013 | |
| Region | | | | | | | |
| Sør-Øst | 23 | 24 | 25 | 66 | 67 | 65 | 172 |
| Vest | 29 | 28 | 28 | 68 | 67 | 65 | 85 |
| Midt-Norge | 45 | 39 | 38 | 62 | 61 | 57 | 84 |
| Nord | 62 | 57 | 60 | 84 | 86 | 86 | 87 |
| Totalt | 37 | 35 | 35 | 69 | 70 | 68 | 428 |
| Kommunestørrelse | | | | | | | |
| 1-1 999 innb. | 62 | 55 | 59 | 88 | 86 | 85 | 92 |
| 2 000-4 999 innb. | 35 | 35 | 34 | 71 | 74 | 72 | 136 |
| 5 000-9 999 innb. | 31 | 33 | 33 | 66 | 66 | 65 | 86 |
| 10 000-19 999 innb. | 30 | 28 | 28 | 67 | 72 | 65 | 60 |
| 20 000-49 999 innb. | 13 | 8 | 13 | 48 | 40 | 43 | 40 |
| 50 000-99 999 innb. | 22 | 22 | 11 | 22 | 33 | 22 | 9 |
| 100 000 innb. + | 0 | 0 | 0 | 40 | 0 | 0 | 5 |
| Totalt | 37 | 35 | 35 | 69 | 70 | 68 | 428 |

Tabell 7.5 Antall pasienter per 1 000 innbyggere som mottar rehabilitering i sykehus 2011-2013.

| Kommunegruppe | | Primær døgnerhabilitering | | | Sekundær døgnerhabilitering | | | Dag- og poliklinisk rehabilitering ¹ | | |
|---------------|---|---------------------------|------------|------------|-----------------------------|------------|------------|---|------------|------------|
| | | 2011 | 2012 | 2013 | 2011 | 2012 | 2013 | 2011 | 2012 | 2013 |
| Region | Helse Sør-Øst | 2,6 | 2,4 | 2,3 | 1,3 | 1,2 | 1,2 | 3,4 | 3,7 | 3,1 |
| | Helse Vest | 1,4 | 1,3 | 1,2 | 1,8 | 2,1 | 2,3 | 2,2 | 2,2 | 1,9 |
| | Helse Midt-Norge | 1,8 | 1,7 | 1,7 | 2,2 | 2,3 | 2,0 | 5,8 | 5,6 | 4,7 |
| | Helse Nord | 2,1 | 1,9 | 1,8 | 1,9 | 1,9 | 2,0 | 2,1 | 1,7 | 1,6 |
| | Totalt | 2,2 | 2,0 | 1,9 | 1,6 | 1,6 | 1,6 | 3,4 | 3,4 | 2,9 |
| Sør-Øst | Sør-Øst - under 5 000 innb. | 3,8 | 3,3 | 3,3 | 1,6 | 1,5 | 1,6 | 4,0 | 4,4 | 3,7 |
| | Sør-Øst - 5 000-19 999 innb. - lengre reiseavstand | 3,3 | 3,1 | 2,9 | 1,0 | 1,0 | 1,0 | 4,0 | 4,4 | 3,9 |
| | Sør-Øst - 5 000-19 999 innb. - kort reiseavstand | 4,3 | 3,4 | 3,0 | 1,4 | 1,8 | 1,4 | 2,6 | 2,8 | 2,5 |
| | Sør-Øst - over 20 000 innb. - lengre reiseavstand | 2,7 | 2,7 | 2,7 | 1,0 | 0,8 | 0,7 | 4,6 | 4,4 | 3,6 |
| | Sør-Øst - over 20 000 innb. - kort reiseavstand | 3,4 | 2,8 | 2,9 | 1,0 | 1,0 | 0,9 | 4,2 | 4,9 | 4,1 |
| | Sør-Øst - storby ekskl. Oslo | 2,1 | 1,8 | 1,8 | 0,9 | 1,2 | 1,2 | 3,0 | 3,5 | 2,6 |
| | Sør-Øst - Oslo | 1,5 | 1,4 | 1,3 | 2,3 | 1,7 | 1,8 | 1,9 | 1,9 | 1,8 |
| Vest | Vest - under 5 000 innb. | 1,9 | 1,7 | 1,4 | 1,7 | 1,9 | 2,0 | 1,5 | 1,4 | 1,2 |
| | Vest - 5 000-19 999 innb. - lengre reiseavstand | 1,7 | 1,5 | 1,3 | 2,0 | 2,5 | 2,7 | 2,1 | 2,0 | 1,5 |
| | Vest - 5 000-19 999 innb. - kort reiseavstand | 1,4 | 1,5 | 1,4 | 1,9 | 1,8 | 2,6 | 1,8 | 1,4 | 0,8 |
| | Vest - over 20 000 innb. | 1,6 | 1,6 | 1,6 | 1,2 | 1,5 | 1,9 | 1,8 | 1,7 | 1,7 |
| | Vest - storby | 1,0 | 1,0 | 1,0 | 1,8 | 2,1 | 2,2 | 2,5 | 2,7 | 2,4 |
| Midt-Norge | Midt-Norge - under 5 000 innb. | 2,1 | 2,3 | 2,4 | 2,5 | 2,9 | 2,3 | 4,3 | 3,2 | 2,3 |
| | Midt-Norge - 5 000-19 999 innb. - lengre reiseavstand | 2,2 | 2,0 | 1,9 | 2,1 | 2,0 | 1,7 | 5,0 | 5,0 | 3,9 |
| | Midt-Norge - 5 000-19 999 innb. - kort reiseavstand | 2,2 | 1,4 | 1,3 | 2,3 | 3,3 | 3,3 | 5,5 | 4,4 | 3,0 |
| | Midt-Norge - over 20 000 innb. | 2,0 | 2,5 | 2,3 | 2,2 | 2,4 | 2,1 | 3,9 | 3,1 | 1,8 |
| | Midt-Norge - storby | 0,9 | 0,5 | 0,6 | 2,2 | 1,9 | 1,5 | 9,4 | 10,0 | 9,9 |
| Nord | Nord - under 5 000 innb. | 2,8 | 2,5 | 2,4 | 2,2 | 2,3 | 2,5 | 1,5 | 1,3 | 1,1 |
| | Nord - 5 000-19 999 innb. - lengre reiseavstand | 2,2 | 2,0 | 1,7 | 1,5 | 1,5 | 1,9 | 1,9 | 1,2 | 1,2 |
| | Nord - 5 000-19 999 innb. - kort reiseavstand | 2,0 | 1,6 | 1,8 | 1,6 | 1,4 | 1,5 | 2,1 | 3,5 | 2,5 |
| | Nord - over 20 000 innb. | 2,1 | 2,0 | 1,9 | 1,5 | 1,5 | 1,4 | 1,7 | 0,7 | 1,2 |
| | Nord - storby | 0,7 | 0,9 | 0,9 | 2,5 | 3,0 | 2,8 | 4,4 | 2,9 | 3,0 |

¹ Nedgangen i antall pasienter som mottar dag- og poliklinisk rehabilitering i spesialisthelsetjenesten må tolkes med forsiktighet, da den med stor sannsynlighet skyldes presiseringer i ISF-regelverket for hvordan aktiviteten skal kodes og ikke representerer en reell nedgang i antall pasienter som mottar behandling. Se figur 7.2 og nærmere forklaring her.

Tabell 7.6 Antall pasienter per 1 000 innbyggere ved private rehabiliteringsinstitusjoner 2010-2013.

| Kommunegruppe | | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|---------------|---|------------|------------|------------|------------|
| Region | Helse Sør-Øst | 5,7 | 5,0 | 5,2 | 5,0 |
| | Helse Vest | 4,1 | 2,9 | 3,6 | 3,5 |
| | Helse Midt-Norge | 5,6 | 5,7 | 5,1 | 5,3 |
| | Helse Nord | 8,5 | 7,7 | 8,1 | 7,7 |
| | Totalt | 5,6 | 4,9 | 5,1 | 5,0 |
| Sør-Øst | Sør-Øst - under 5 000 innb. | 6,9 | 6,2 | 6,5 | 6,1 |
| | Sør-Øst - 5 000-19 999 innb. - lengre reiseavstand | 6,5 | 5,4 | 6,2 | 5,7 |
| | Sør-Øst - 5 000-19 999 innb. - kort reiseavstand | 6,0 | 5,4 | 5,6 | 6,3 |
| | Sør-Øst - over 20 000 innb. - lengre reiseavstand | 5,4 | 5,0 | 4,7 | 4,7 |
| | Sør-Øst - over 20 000 innb. - kort reiseavstand | 6,6 | 5,9 | 7,0 | 6,0 |
| | Sør-Øst - storby ekskl. Oslo | 4,8 | 4,5 | 4,3 | 4,3 |
| | Sør-Øst - Oslo | 4,8 | 4,3 | 3,9 | 3,8 |
| Vest | Vest - under 5 000 innb. | 5,2 | 4,1 | 4,6 | 4,3 |
| | Vest - 5 000-19 999 innb. - lengre reiseavstand | 4,2 | 3,3 | 3,7 | 3,9 |
| | Vest - 5 000-19 999 innb. - kort reiseavstand | 4,3 | 3,0 | 4,4 | 3,4 |
| | Vest - over 20 000 innb. | 3,2 | 2,4 | 2,5 | 2,7 |
| | Vest - storby | 4,1 | 2,5 | 3,6 | 3,4 |
| Midt-Norge | Midt-Norge - under 5 000 innb. | 7,7 | 7,7 | 6,2 | 6,2 |
| | Midt-Norge - 5 000-19 999 innb. - lengre reiseavstand | 5,0 | 5,5 | 4,8 | 5,2 |
| | Midt-Norge - 5 000-19 999 innb. - kort reiseavstand | 6,0 | 6,7 | 5,5 | 5,8 |
| | Midt-Norge - over 20 000 innb. | 6,2 | 5,7 | 5,2 | 5,2 |
| | Midt-Norge - storby | 4,2 | 4,2 | 4,4 | 4,7 |
| Nord | Nord - under 5 000 innb. | 10,6 | 10,0 | 9,9 | 9,2 |
| | Nord - 5 000-19 999 innb. - lengre reiseavstand | 9,2 | 8,7 | 9,3 | 8,2 |
| | Nord - 5 000-19 999 innb. - kort reiseavstand | 8,5 | 6,7 | 7,1 | 7,0 |
| | Nord - over 20 000 innb. | 6,8 | 5,6 | 6,3 | 6,5 |
| | Nord - storby | 5,4 | 5,8 | 6,3 | 6,2 |

Tabell 7.7 Mottakere av re-/habilitering i primærhelsetjenesten i løpet av året per 1 000 innbyggere etter kommunegruppe 2011-2013.

| Kommunegruppe | | Tidsbegrenset opphold for re-/habilitering | | | Re-/habilitering utenfor institusjon | | |
|---------------|---|--|------------|------------|--------------------------------------|------------|------------|
| | | 2011 | 2012 | 2013 | 2011 | 2012 | 2013 |
| Region | Sør-Øst | 2,8 | 2,9 | 3,0 | 7,5 | 7,2 | 6,9 |
| | Vest | 2,8 | 3,1 | 3,2 | 1,6 | 1,5 | 1,3 |
| | Midt-Norge | 2,7 | 3,2 | 3,3 | 8,5 | 8,8 | 9,1 |
| | Nord | 1,9 | 2,0 | 1,9 | 2,6 | 2,4 | 2,5 |
| | Totalt | 2,7 | 2,9 | 3,0 | 5,9 | 5,7 | 5,6 |
| Sør-Øst | Sør-Øst - under 5 000 innb. | 4,8 | 5,1 | 5,4 | 5,3 | 1,9 | 1,8 |
| | Sør-Øst - 5 000-19 999 innb. - lengre reiseavstand | 3,8 | 3,9 | 4,0 | 2,8 | 2,6 | 2,6 |
| | Sør-Øst - 5 000-19 999 innb. - kort reiseavstand | 2,4 | 2,2 | 1,8 | 1,4 | 1,2 | 2,8 |
| | Sør-Øst - over 20 000 innb. - lengre reiseavstand | 3,4 | 3,0 | 3,1 | 12,1 | 11,0 | 8,0 |
| | Sør-Øst - over 20 000 innb. - kort reiseavstand | 3,2 | 3,2 | 3,3 | 9,5 | 8,5 | 7,3 |
| | Sør-Øst - storby ekskl. Oslo | 1,6 | 1,8 | 2,1 | 12,4 | 12,1 | 12,5 |
| | Sør-Øst - Oslo | 1,8 | 2,2 | 2,2 | 4,7 | 6,1 | 7,0 |
| Vest | Vest - under 5 000 innb. | 5,1 | 6,1 | 5,4 | 7,3 | 5,9 | 2,9 |
| | Vest - 5 000-19 999 innb. - lengre reiseavstand | 3,3 | 4,4 | 4,8 | 1,7 | 1,6 | 1,6 |
| | Vest - 5 000-19 999 innb. - kort reiseavstand | 2,7 | 2,6 | 3,7 | 0,5 | 0,1 | 0,6 |
| | Vest - over 20 000 innb. | 0,7 | 0,7 | 0,6 | 2,1 | 2,1 | 2,8 |
| | Vest - storby | 2,6 | 2,6 | 2,5 | 0,1 | 0,3 | 0,3 |
| Midt-Norge | Midt-Norge - under 5 000 innb. | 3,9 | 4,5 | 5,0 | 7,6 | 7,8 | 7,2 |
| | Midt-Norge - 5 000-19 999 innb. - lengre reiseavstand | 2,0 | 2,6 | 2,6 | 5,3 | 6,2 | 6,9 |
| | Midt-Norge - 5 000-19 999 innb. - kort reiseavstand | 1,8 | 3,7 | 3,2 | 1,7 | 2,0 | 2,1 |
| | Midt-Norge - over 20 000 innb. | 1,5 | 2,3 | 2,9 | 6,1 | 5,7 | 6,4 |
| | Midt-Norge - storby | 3,9 | 3,6 | 3,3 | 16,7 | 16,7 | 16,8 |
| Nord | Nord - under 5 000 innb. | 2,3 | 2,7 | 2,5 | 2,2 | 2,4 | 2,8 |
| | Nord - 5 000-19 999 innb. - lengre reiseavstand | 0,7 | 0,6 | 0,7 | 1,4 | 1,3 | 0,9 |
| | Nord - 5 000-19 999 innb. - kort reiseavstand | 2,1 | 2,0 | 1,8 | 0,3 | n.a | n.a |
| | Nord - over 20 000 innb. | 2,7 | 3,1 | 3,0 | 8,0 | 6,7 | 7,2 |
| | Nord - storby | 1,2 | 1,1 | 1,2 | n.a | n.a | n.a |



8

Meldingsutveksling

Meldingsutveksling er en viktig elektronisk kommunikasjonsform mellom aktørene i helse- og omsorgssektoren. Tilnærmet alle aktørene i helse- og omsorgstjenesten er nå tilkoblet helsenettet. Standardiserte elektroniske meldinger for kommunikasjon mellom omsorgstjenesten, fastleger og helseforetak (HF) ble ferdig utviklet i 2011 og er i hovedsak tatt i bruk.

I 2013 hadde nær halvparten av kommunene sendt 243 138 meldinger mot 130 966 meldinger i 2012. Fortsatt er det mange kommuner som ikke er kommet i gang med meldingsutveksling. Det forventes en fortsatt økning i 2014, både i antall meldinger og antall kommuner.

8.1 Innledning

I Meld. St. 9 (2011-2012) «Én innbygger – én journal» skisseres det tre overordnede mål, helsepersonell skal ha enkel og sikker tilgang til pasient- og brukeropplysninger, innbyggerne skal ha tilgang på enkle og sikre digitale tjenester og data skal være tilgjengelig for kvalitetsforbedring, helseovervåking, styring og forskning. Videre er det en målsetting at elektronisk kommunikasjon skal være førstevalget for kommunikasjon både mellom de ulike tjenesteyterne og for mellom tjenesteyter og pasient.

IKT er et viktig virkemiddel for å realisere mål om helhet og samhandling i helse- og omsorgstjenesten. IKT løsninger skal gi aktørene tilgang til relevant og oppdatert informasjon som gir grunnlag for god diagnostikk, behandling og pleie.

Meldingsutveksling er en viktig elektronisk kommunikasjonsform mellom aktørene i helse- og omsorgssektoren. Tilnærmet alle aktørene i helse- og omsorgstjenesten er nå tilkoblet helsenettet og antall meldinger som utveksles er sterkt økende. På mange områder har elektroniske meldinger erstattet papirforsendelser, eksempelvis er elektroniske henvisninger, epikriser, laboratoriesvar og automatisk frikort nå bredt tatt i bruk.

8.2 Elektroniske omsorgsmeldinger

Standardiserte elektroniske meldinger for kommunikasjon mellom omsorgstjenesten, fastleger og HF er utviklet for samhandling om felles pasienter. Meldingene har vært ferdig utviklet siden 2011 og tas nå i bruk. Meldingstypene dekker ulike informasjonsutvekslingsbehov som f.eks:

- **orientering om tjenestetilbud i kommunen;** som sendes fra omsorgstjenesten til fastlegen når vedtak om kommunale tjenester er fattet
- **legemiddelopplysninger;** som benyttes i forbindelse med den løpende kontakt mellom omsorgstjenesten og fastlege
- **melding om innlagt pasient;** som sendes fra spesialisthelsetjenesten til omsorgstjenesten når pasienten opplyser at de har hjemmetjenester eller sykehjemstjenester
- **innleggelsesrapport;** som sendes fra omsorgstjenesten til spesialisthelsetjenesten når pasient er innlagt
- **melding om utskrivningsklar pasient;** som sendes fra spesialisthelsetjenesten til omsorgstjenesten (varsel om utskrivning)
- **utskrivningsrapport;** som sendes fra spesialisthelsetjenesten til omsorgstjenesten samme dag som pasient skrives ut

Meldingene er integrert i alle relevante elektroniske pasientjournalssystem (EPJ) som brukes i omsorgstjenesten, hos fastleger og i helseforetak (HF). Selv om meldingene finnes i systemene har det vist seg krevende å ta dem i bruk for de enkelte virksomhetene blant annet pga manglende teknologikompetanse, ledelsesforankring og ressurser. Det pågår et treårig program (2012-2014)¹ i regi av Norsk Helsenett for meldingsutbredelse og å bistå kommuner med å ta meldinger i bruk.

8.3 Data og metode

Meldingstelleren er Norsk Helsenetts statistikkverktøy som teller elektroniske meldinger som går i helsenettet². Tjenesten brukes til å måle den elektroniske samhandlingen i sektoren basert på meldinger og viser oversikt over volum på total trafikk og innenfor ulike typer meldinger. Den kan også vise trender på utbredelsen av forskjellige typer meldinger.

Meldingstelleren teller alle meldinger som passerer. En betydelig andel av meldingene oppfyller ikke kravene til standard som gjør det mulig å kategorisere dem. Eksempelvis sendes det meldinger i eldre formater (ikke ebXML) eller uten angivelse av koder som gjør det mulig å tolke hvilken type melding det er.

Det pågår et kontinuerlig forbedringsarbeid av de ovenfor nevnte forhold, men det har vist seg krevende å få gjort

endringer i alle IKT-systemer og i alle virksomheter som omfattes av disse feilene. I 2013 var andelen som ikke fulgte standard format (og dermed ikke-kategoriserbare) fortsatt tilnærmet samme som i 2012 ca 40 %. Omsorgsmeldinger (tidligere kalt pleie- og omsorgsmeldinger) er forholdsvis nye meldinger, det påregnes derfor en langt lavere feilrate for disse meldingene, men enkelte feil kan fortsatt forekomme.

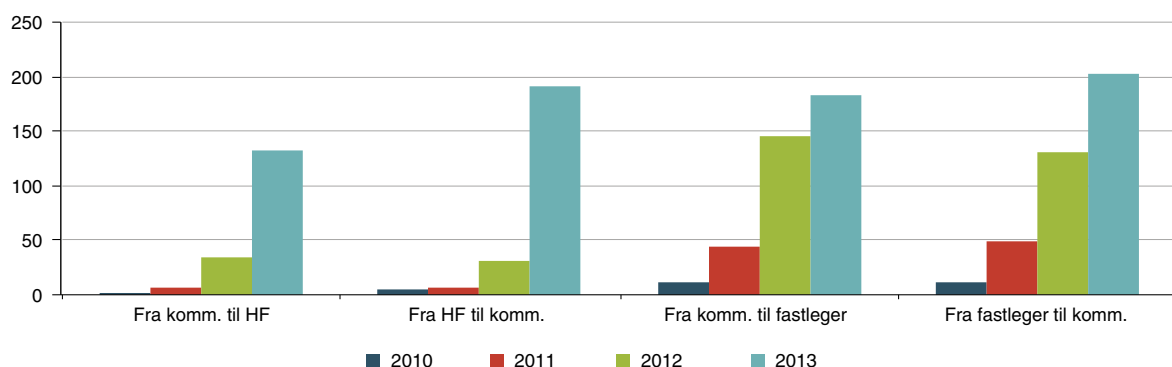
Det er gjort uttrekk av data fra meldingstelleren vedrørende hvilke kommuner som sendte meldinger i perioden 2010 - 2013, hvilke omsorgsmeldinger ble sendt/mottatt, omfang på meldingsutvekslingen og hvem de sendte meldinger til eller mottok meldinger fra. Uttrekket fra meldingstelleren er sortert og analysert med utgangspunkt i hvilken kommune meldingen ble sendt fra eller sendt til. Omfanget av kommuner som inngår varierer mellom år og de ulike typene melding og er beskrevet nærmere i tabell 8.1.

8.4 Utbredelse og bruk av omsorgsmeldinger

Antall kommuner

Meldingsutbredelsesprogrammet i regi av Norsk Helsenett har som mål at alle kommuner skal være i gang med elektronisk meldingsutveksling innen utgangen av 2014. Økningen fra 2012 til 2013 var fra 145 til 183 kommuner som sendte og/eller mottok omsorgsmeldinger, mens totalt 300 kommuner var ved utgangen av 2013 teknisk

Figur 8.1 Antall kommuner med elektronisk meldingsutveksling for utvalgte typer meldinger 2010-2013. Data fra Norsk Helsenett.



1) Norsk Helsenett. Program Meldingsutbredelse. <http://www.nhn.no/meldingsutbredelse-i-helsesektoren>

2) Norsk Helsenett. Meldingsteller. <http://meldingsteller.nhn.no/>

klare for elektronisk meldingsutveksling. Denne økningen var i henhold til plan i utbredelsesprosjektet.

I motsetning til tidligere så er nå muligheten for kommunikasjon mellom kommuner og HF på samme nivå som med fastlegene.

Det har tatt tid for det enkelte HF å få oppgradert sine elektroniske pasientjournaler til en versjon som inneholder de nevnte meldingene og få løst intern adresse-ringsproblematikk. HF i Midt Norge og OUS har ikke tatt omsorgsmeldinger i bruk (klargjorte i 2014). Dette påvirker kommuner i disse områdene i betydelig grad. Det er et betydelig løft for det enkelte HF med organisatorisk tilrettelegging, omlegging av rutiner og opplæring av ansatte for å håndtere meldingsutvekslingen på en sikker måte. Det forventes en gradvis utfasing av forsendelse av informasjon via fax når disse meldingene blir tatt i bruk av alle kommuner og alle avdelinger ved HF.

Kommunestørrelse og elektroniske meldinger

De største kommunene har kommet godt i gang med meldingsutveksling (2013), for kommuner mellom 50.000-100.000 innbyggere kommuniserer 90-100% av kommunene elektronisk med fastleger og HF. De største kommunene har vært pilotkommuner i forbindelse med utvikling av omsorgsmeldingene og ble tatt inn i det første utbredelsesprogrammet i regi av Helsedirektoratet i 2010. Det ble satset på kommunikasjon mellom kommunal omsorgstjeneste og fastleger. Erfaringene så langt er at de store kommunene har IKT-driftsmiljø som er i stand til å håndtere oppgavene, mens det er svært krevende for små kommuner pga få IKT-ressurser og et bredt omfang av oppgaver som skal løses.

Når meldingsutvekslingen først er etablert så blir kommunestørrelse en mindre avgjørende faktor for antall meldinger som sendes (jfr tabell 8.2), dog med noen særtrekk. Omsorgsmeldinger mellom kommuner over 100.000 innbyggere og HFe er vesentlig lavere enn for andre kommuner. Dette står i motsetning til meldinger med fastlegene der den største kommunekategorien sender relativt flest meldinger. Relativt antall omsorgs-

meldinger fra HF til kommuner er størst for store kommuner mellom 20.000-100.00 innbyggere.

Geografiske forskjeller

Helse Nord og Vest RHF sender relativt sett vesentlig flere omsorgsmeldinger mellom kommunene og fastlegene enn resten av landet. Helse Nord RHF var tidlig ute med elektronisk meldingsutveksling mellom helseforetak og fastleger. De startet også i 2010 et program for meldingsutbredelse til kommuner³. I Vest er det gjennom et samarbeid mellom flere kommuner og med støtte fra Norsk Helsenett etablert et program under betegnelsen Vestlandsløftet. Det er lagt opp til felles strategi for utbredelse til alle kommuner og innføring av enhetlige rutiner for bruk av meldingene.

I Helse Sør-Øst RHF sendes det relativt flest omsorgsmeldinger mellom HFene og kommunene, mens i Helse Midt RHF har det kun vært sendt omsorgsmeldinger mellom fastlegene og kommunene.

Antall omsorgsmeldinger har hatt en brydelig økning fra 2012 til 2013, med unntak av omsorgsmeldinger fra fastlegene til kommunene. Det forventes en fortsatt økning også de kommende årene.

I den første oppstartsfasen av meldingsutvekslingen ble det meldt bekymring fra fastleger om at de mente det var en fare for at de skulle bli overlesset av meldinger fra omsorgstjenesten. Tallmaterialet viser at det i 2012 ble sendt flere meldinger fra fastleger til omsorgstjenesten enn motsatt. Dette fortøner seg noe annerledes med 2013 tall, der fastlegene mottar flere omsorgsmeldinger enn antallet som sendes. Fastleger melder at de opplever meldingene som svært nyttige⁴.

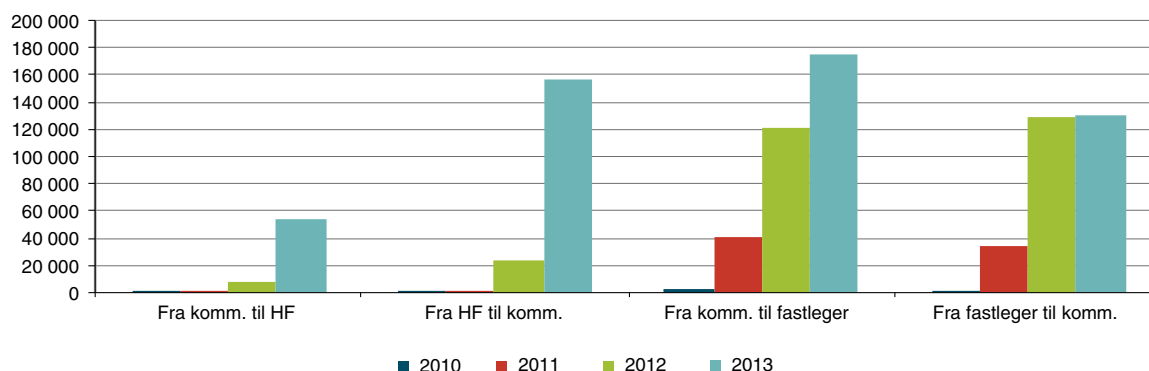
Melding om innlagt pasient

Ved innleggelse av pasient i sykehus skal det etter samtykke sendes elektronisk melding om innlagt pasient til omsorgstjenesten. Dette gjelder for pasienter som allerede har et tilbud fra omsorgstjenesten eller for pasienter som med stor sannsynlighet vil få behov for slike tjenester. Den korte liggetiden i sykehus tilsier at planlegging av utskriving starter med tidlig varsling om at

3) UNN. Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin. Prosjekt Funnke. <http://telemed.no/funnke>

4) EPJ-løftet. Meldingsutveksling. <http://www.refepj.no/tema/elin-k/ELIN-k-og-Meldingsloftet>

Figur 8.2 Omfang av elektronisk meldingsutveksling for omsorgsmeldinger 2010-2013 (antall). Data fra Norsk Helsenett.



pasienten er innlagt. Hvis pasienten allerede har tilbud om omsorgstjenester skal kommunen respondere med å sende en elektronisk innleggelsesrapport.

Meldinger om innlagt pasient og innleggelsesrapporter har økt betydelig fra 2012 til 2013, selv om mange av disse meldingene fortsatt går på papir eller på fax. Det forventes en fortsatt økning i bruken av elektroniske meldinger i de kommende årene.

Tilbakemelding fra enkelte kommuner om disse meldingene og melding om utskrivningsklar pasient samt utskrivningsrapport er at de gir økt pasientsikkerhet i

samhandling mellom nivåene og det gir større presisjon i innrapportering til IPLOS. Meldingene gir strukturert informasjon som kan gjenbrukes og man unngår dobbeltregistreringer og uklarehet i hva som har vært formidlet mellom partene.

Omsorgsmeldinger mellom helseforetak og kommunene

Helse Midt-Norge og Oslo universitetssykehus har ikke startet med å sende eller motta elektroniske omsorgsmeldinger i 2013. For de fleste andre HFene har det vært en markant økning i antall omsorgsmeldinger med kommunene fra 2012 til 2013.

Tabell 8.1 Antall kommuner som sender utvalgte omsorgs-meldinger til fastleger og HF i 2010-2013

| | Antall kommuner | | | | | | | |
|--|-----------------|------|------------|------|--------|--------|--------|--------|
| | 2013 | | | | | 2012 | 2011 | 2010 |
| | Sør-Øst | Vest | Midt-Norge | Nord | Totalt | Totalt | Totalt | Totalt |
| Omsorgsmeldinger fra kommuner til helseforetak/private sykehus | 91 | 24 | 7 | 11 | 133 | 35 | 7 | 2 |
| Omsorgsmeldinger fra helseforetak til kommuner | 117 | 37 | 0 | 37 | 191 | 31 | 6 | 5 |
| Omsorgsmeldinger fra kommuner til fastleger ¹⁾ | 89 | 49 | 23 | 22 | 183 | 145 | 44 | 12 |
| Omsorgsmeldinger fra fastleger ¹⁾ til kommuner | 86 | 55 | 34 | 28 | 203 | 131 | 49 | 11 |
| Meldinger om innlagt pasient fra helseforetak/private sykehus til kommuner | 51 | 29 | 0 | 33 | 113 | 22 | 1 | 1 |
| Innleggelsesrapporter fra kommunene til helseforetakene | 84 | 22 | 3 | 10 | 119 | 27 | 2 | 2 |

1) Privatpraktiserende autorisert helsepersonell

Tabell 8.2 Omfang av utvalgte omsorgsmeldinger per 100 000 innbyggere i 2013 og 2012 etter kommunestørrelse

| | Sum meldinger per 100 000 innbygger 2013 | | | | | | | | 2012 |
|--|--|----------------|----------------|------------------|------------------|------------------|----------------|--------|--------|
| | 1-1999 innb | 2000-4999 innb | 5000-9999 innb | 10000-19999 innb | 20000-49999 innb | 50000-99999 innb | 100 000 innb + | Totalt | Totalt |
| Omsorgsmeldinger fra kommuner til helseforetak/private sykehus | 798 | 453 | 907 | 781 | 1 636 | 2 175 | 545 | 1 066 | 158 |
| Omsorgsmeldinger fra helseforetak til kommuner | 2 129 | 1 267 | 1 956 | 2 911 | 5 463 | 5 593 | 1 092 | 3 069 | 478 |
| Omsorgsmeldinger fra kommuner til fastleger ¹⁾ | 2 659 | 3 552 | 2 135 | 3 522 | 3 420 | 1 440 | 4 869 | 3 433 | 2 397 |
| Omsorgsmeldinger fra fastleger ¹⁾ til kommuner | 2 676 | 1 232 | 1 402 | 2 995 | 2 643 | 1 343 | 3 652 | 2 550 | 2 562 |
| Meldinger om innlagt pasient fra helseforetak/private sykehus til kommuner | 175 | 121 | 56 | 349 | 323 | 281 | 172 | 231 | 42 |
| Innleggelsesrapporter fra kommunene til helseforetakene | 202 | 102 | 195 | 191 | 344 | 558 | 182 | 260 | 38 |

1) Privatpraktiserende autorisert helsepersonell

Tabell 8.3 Prosent av kommuner som sender utvalgte omsorgsmeldinger i 2013 og 2012 etter kommunestørrelse

| | Prosent av kommuner 2013 | | | | | | | | 2012 |
|--|--------------------------|----------------|----------------|------------------|------------------|------------------|----------------|--------|--------|
| | 1-1999 innb | 2000-4999 innb | 5000-9999 innb | 10000-19999 innb | 20000-49999 innb | 50000-99999 innb | 100 000 innb + | Totalt | Totalt |
| Omsorgsmeldinger fra kommuner til helseforetak/private sykehus | 17 | 18 | 33 | 48 | 63 | 89 | 60 | 31 | 8 |
| Omsorgsmeldinger fra helseforetak til kommuner | 32 | 29 | 45 | 68 | 78 | 100 | 60 | 45 | 7 |
| Omsorgsmeldinger fra kommuner til fastleger ¹⁾ | 27 | 35 | 45 | 58 | 60 | 89 | 80 | 43 | 34 |
| Omsorgsmeldinger fra fastleger ¹⁾ til kommuner | 36 | 35 | 38 | 72 | 83 | 100 | 80 | 47 | 31 |
| Meldinger om innlagt pasient fra helseforetak/private sykehus til kommuner | 17 | 19 | 20 | 50 | 43 | 44 | 60 | 26 | 5 |
| Innleggelsesrapporter fra kommunene til helseforetakene | 17 | 13 | 30 | 47 | 53 | 89 | 60 | 28 | 6 |

1) Privatpraktiserende autorisert helsepersonell

Tabell 8.4 Sendte og mottatte elektroniske omsorgsmeldinger per 100.000 innbyggere fra kommuner til HF og legekontor i 2013

| | Sum elektroniske meldinger per 100 000 innbygger 2013 | | | | |
|--|---|-------|------------|-------|--------|
| | Sør-Øst | Vest | Midt-Norge | Nord | Totalt |
| Omsorgsmeldinger fra kommuner til helseforetak/private sykehus | 1 502 | 898 | 8 | 399 | 1 066 |
| Omsorgsmeldinger fra helseforetak til kommuner | 4 608 | 829 | - | 3 425 | 3 069 |
| Omsorgsmeldinger fra kommuner til fastleger ¹⁾ | 1 935 | 6 941 | 2 747 | 5 509 | 3 433 |
| Omsorgsmeldinger fra fastleger ¹⁾ til kommuner | 1 369 | 5 746 | 1 954 | 3 304 | 2 550 |
| Meldinger om innlagt pasient fra helseforetak/private sykehus til kommuner | 240 | 159 | - | 679 | 231 |
| Innleggesrapporter fra kommunene til helseforetakene | 322 | 315 | 1 | 141 | 260 |

1) Privatpraktiserende autorisert helsepersonell

Tabell 8.5 Totalt antall elektroniske omsorgsmeldinger fra kommuner til HF og legekontor i 2010-2013

| | Sum elektroniske meldinger | | | | | | | |
|--|----------------------------|--------|------------|--------|---------|---------|--------|--------|
| | 2013 | | | | | 2012 | 2011 | 2010 |
| | Sør-Øst | Vest | Midt-Norge | Nord | Totalt | Totalt | Totalt | Totalt |
| Omsorgsmeldinger fra kommuner til helseforetak/private sykehus | 42 857 | 9 645 | 57 | 1 910 | 54 469 | 7 981 | 171 | 27 |
| Omsorgsmeldinger fra helseforetak til kommuner | 131 513 | 8 899 | 0 | 16 377 | 156 789 | 24 128 | 1 781 | 346 |
| Omsorgsmeldinger fra kommuner til fastleger* | 55 218 | 74 533 | 19 309 | 26 340 | 175 400 | 121 080 | 40 692 | 2 337 |
| Omsorgsmeldinger fra fastleger* til kommuner | 39 070 | 61 701 | 13 733 | 15 796 | 130 300 | 129 409 | 34 360 | 1 533 |
| Meldinger om innlagt pasient fra helseforetak/private sykehus til kommuner | 6 860 | 1 705 | 0 | 3 247 | 11 812 | 2 099 | 2 | 10 |
| Innleggesrapporter fra kommunene til helseforetakene | 9 204 | 3 383 | 9 | 673 | 13 269 | 1 905 | 62 | 13 |

Tabell 8.6 Antall helseforetak som sender og mottar elektroniske omsorgsmeldinger fra kommunene 2010-2013

| | Antall helseforetak | | | | | | | |
|------------------|--|----------|-----------|-----------|---|----------|-----------|-----------|
| | Omsorgsmeldinger fra helseforetak til kommuner | | | | Omsorgsmeldinger til helseforetakene fra kommuner | | | |
| | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
| Helse Sør-Øst | 2 | 4 | 9 | 10 | 0 | 1 | 9 | 11 |
| Helse Vest | 2 | 0 | 4 | 4 | 1 | 1 | 3 | 4 |
| Helse Midt-Norge | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 |
| Helse Nord | 1 | 1 | 3 | 4 | 1 | 2 | 4 | 4 |
| Totalt | 5 | 5 | 16 | 18 | 2 | 4 | 17 | 21 |

Tabell 8.7 Antall omsorgsmeldinger mellom helseforetak og kommuner, for hver helseregion og for hvert HF i perioden 2010-2013

| | Sum meldinger | | | | | | | |
|------------------------------------|--|--------------|---------------|----------------|---|------------|--------------|---------------|
| | Omsorgsmeldinger fra helseforetak til kommuner | | | | Omsorgsmeldinger til helseforetakene fra kommuner | | | |
| | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
| Helse Sør-Øst | 111 | 1 567 | 15 970 | 131 513 | 0 | 1 | 4 513 | 42 852 |
| Helse Vest | 188 | 0 | 3 090 | 8 899 | 7 | 8 | 933 | 9 645 |
| Helse Midt-Norge | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 1 |
| Helse Nord | 47 | 214 | 5 068 | 16 377 | 20 | 162 | 2 533 | 1 910 |
| Totalt | 346 | 1 781 | 24 128 | 156 789 | 27 | 171 | 7 981 | 54 408 |
| Sykehuset Østfold HF | - | - | 707 | 27 554 | - | - | 31 | 1 191 |
| Akershus univ.sykehus HF | 101 | 1 508 | 3 787 | 19 347 | - | - | 1 140 | 11 354 |
| Oslo univ.sykehus HF | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Sunnaas sykehus HF | 10 | 55 | 93 | 49 | - | - | 8 | 1 |
| Sykehuset Innlandet HF | - | - | 898 | 12 036 | - | - | 202 | 2 614 |
| Vestre Viken HF | - | - | 198 | 12 375 | - | - | 51 | 3 166 |
| Psykiatrien i Vestfold HF | - | 2 | - | - | - | 1 | - | - |
| Sykehuset Vestfold HF | - | 2 | 86 | 16 076 | - | - | 40 | 5 870 |
| Sykehuset Telemark HF | - | - | - | 8 | - | - | - | - |
| Sørlandet sykehus HF | - | - | 717 | 36 690 | - | - | 325 | 18 025 |
| Diakonhjemmet sykehus HF | - | - | 5 277 | 6 200 | - | - | 1 120 | 236 |
| Lovisenberg Diakonale sh. | - | - | 4 207 | 1 178 | - | - | 1 596 | 395 |
| Andre inst under Helse Sør-Øst RHF | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Helse Stavanger HF | 24 | - | 1 942 | 5 328 | 7 | 8 | 141 | 1 534 |
| Helse Fonna HF | 164 | - | 1 | 671 | - | - | - | 645 |
| Helse Bergen HF | - | - | 1 136 | 2 783 | - | - | 750 | 7 430 |
| Helse Førde HF | - | - | 11 | 117 | - | - | 42 | 36 |
| Andre inst under Helse Vest RHF | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Møre og Romsdal HF | - | - | - | - | - | - | - | - |
| St. Olavs hospital HF | - | - | - | - | - | - | 2 | 1 |
| Helse Nord-Trøndelag HF | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Nordlandssykehuset HF | - | - | 222 | 367 | - | 5 | 2 | 15 |
| Helgelandssykehuset HF | - | - | 42 | 247 | - | - | 33 | 51 |
| Univ.sykehuset i Nord-Norge HF | 47 | 214 | 4 804 | 15 461 | 20 | 157 | 2 496 | 1 828 |
| Helse Finnmark HF | - | - | - | 302 | - | - | 2 | 16 |



9

Frisklivssentraler

I 2013 var det frisklivssentraler i 200 kommuner. 43 av disse hadde et interkommunalt samarbeid. Antallet kommuner med frisklivssentraler ble doblet fra 2011 til 2013. Totalt 15 117 brukere benyttet seg av tjenestetilbudene ved landets frisklivssentraler.

Om lag 101 frisklivssentraler har tilbud om snus eller røykesluttkurs, og 149 har tilbud om oppfølging av ernæring, enten i form av «Bra Mat for bedre helse»-kurs eller ved individuell veiledning. Dette innebærer en økning fra om lag 45 sentraler med snus- og røykesluttkurs og omtrent 90 sentraler med ernæringstilbud i 2011.

89 kommuner rapporterte om frisklivstilbud til barn, unge og deres foresatte, og 71 kommuner hadde frisklivstilbud tilrettelagt for eldre.

Det er en høyere andel av de store kommunene som har en frisklivssentral enn de små. 113 av kommunene hadde mer enn en halv stilling knyttet til frisklivssentralen.

9.1 Frisklivssentraler – beskrivelse og historikk

Helseutfordringene i Norge preges i stor grad av sykdom som kan relateres til levevaner. Norge har gitt sin tilslutning til Verdens Helseforsamling(WHA) om å redusere for tidlig død av hjerte- karsykdom, kroniske lungesykdommer, kreft og diabetes, med 25 prosent innen 2025. Noen grupper i befolkningen har spesielt høy risiko for å få en eller flere av disse sykdommene. Dette er sykdommer som kan forebygges gjennom målrettede helsefremmende og forebyggende tiltak som beskrevet i den norske NCD-strategien, 2013-2017. Frisklivssentralen er en anbefalt kommunal forebyggende helsetjeneste som tilbyr målrettede tiltak til personer med økt risiko for, eller som har utviklet sykdom. Frisklivssentralen gir støtte til å endre levevaner og mestre egen helse, basert på deltakernes behov.

Basistilbudet ved frisklivssentralen er et tidsbegrenset, strukturert veilednings- og oppfølgingstilbud over 12 uker, kalt *Frisklivsresept*. Frisklivsreseptperioden starter og avsluttes med en helsestamtale. På bakgrunn av helsesamtalen gis tilbud om individuell veiledning og/eller deltakelse i kurs og grupper knyttet til fysisk aktivitet, kosthold og tobakk. Noen frisklivssentraler tilbyr

også kurs i mestring av depresjon (KID), og mestring av belastning (KIB), og kurs om søvn. Frisklivssentralen tar i mot personer henvist fra helsepersonell eller NAV for oppfølging. Personer kan også henvende seg til frisklivssentralen uten å være henvist. Frisklivssentralen skal ha oversikt over helsefremmende og forebyggende tilbud i regi av offentlige og private aktører i kommunen og samarbeide med disse der det er naturlig.

I forbindelse med St.meld. nr. 16 (2002-2003) *Resept for et sunnere Norge* ble det innført en takst i Fastlegeforskriften som kalles *Grønn resept*. Taksten kan utløses ved at legen gir veiledning om kosthold og/eller fysisk aktivitet til pasienter med høyt blodtrykk og diabetes type 2, som ikke behandles medikamentelt. For mange pasienter vil det, i tillegg til veiledning fra legen, være behov for et oppfølgingstilbud som sikrer støtte og hjelp til endring av levevaner. Over statsbudsjettet i 2003 ble det bevilget penger årlig i fem år til utvikling av kommunale oppfølgingsprogram. I 2004 inngikk Helse- direktoratet et samarbeid med fem fylker, Troms, Nordland, Buskerud, Oppland og Vest-Agder, om å utføre dette oppdraget. Resultatet ble utvikling av i hovedsak to modeller: *Fysak-/frisklivssentraler* og *fysiotek*. Begge modellene inneholdt tilbud om individuell helsesamtale

til risikogrupper, basert på motiverende intervju meto-
dikk. *Fysak-/frisklivssentralene* ga tilbud om fysisk
aktivitet og kostholdsendring, mens *fysiotekene* henviste
videre til lag og foreninger.

Modellene ble evaluert av Møreforskning i 2007. Det ble
funnet svakheter og styrker ved begge. Helsedirektoratet
gav i sin tilrådning til Helse- og omsorgsdepartementet
(2009) råd om å slå sammen modellene og bruke *frisklivs-
sentral* som navn på tilbudet. I 2011 utgav Helsedirektoratet
Veileder for kommunale frisklivssentraler (IS-1896). Fra
2009 er det bevilget 6 - 7 millioner kroner årlig over stats-
budsjettet til etablering og videreutvikling av frisklivssentra-
ler. Midlene har de siste årene blitt fordelt likt til fylkene. I
2013 ble det gitt en tilleggsbevilgning på 14 millioner kroner
til overnevnte. Det ble også lyst ut tilskuddsmidler på 20
millions til utvikling av tjenestetilbud til kronikergrupper,
forankret i frisklivssentral. I 2014 ble tilskuddet på 7,5
millions til etablering og videreutvikling, og 20 millioner til
kronikergrupper, videreført, og det ble bevilget 3 millioner
øremerket prosjekter knyttet til diabetes.

Utvikling av kommunale frisklivssentraler

Fra 2011 kom spørsmål om kommunen har frisklivssentral
inn i KOSTRA-rapporteringen til Statistisk Sentralbyrå.
Tallene fra 15. mars 2011 viste at 115 kommuner hadde
frisklivssentral. Dette tilsvarer vel 25 prosent av alle
kommuner. I 2013 ble det gjennomført en utvidet
KOSTRA-rapportering. Denne viser at det per 31. desem-
ber 2013 er 200 kommuner som har et frisklivssentral-
tilbud, dette tilsvarer vel 47 prosent av alle kommuner.
Region Sør-Øst har den høyeste prosentvis andelen av
kommuner med frisklivssentral, med ca. 57 prosent. 44
prosent av kommunene i region Midt Norge har et
frisklivssentraltilbud, og tilsvarende tall for region Nord
og Vest er henholdsvis 40 og 35 prosent.

Tabell 13.1 Totalt antall kommuner med frisklivssentral (FLS). Data
rapportert til Helsedirektoratet.

| År | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|------------|------|------|------|------|------|------|
| Antall FLS | 42 | 52 | 70 | 100 | 170 | 200 |

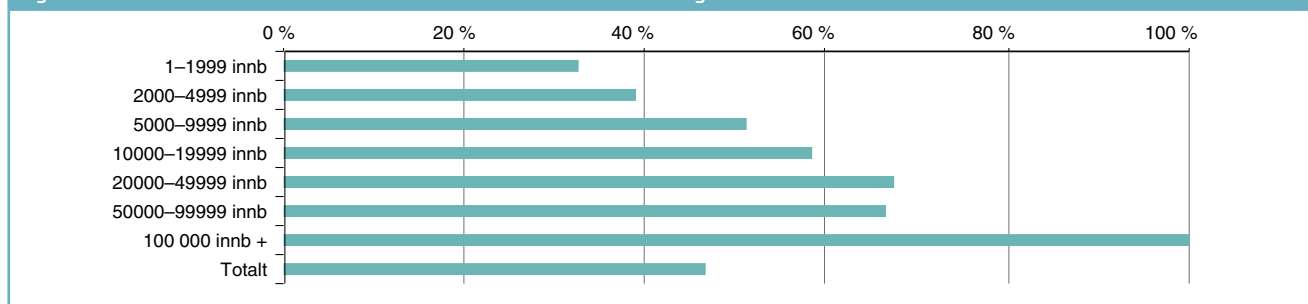
Av frisklivssentralene som rapporterte i KOSTRA i 2013,
var det totalt 43 kommuner som samarbeidet interkom-
munalt, det vil si en økning fra 6 sentraler i 2011. Videre
hadde om lag 101 frisklivssentraler tilbud om snus eller
røykesluttkurs, og 149 hadde tilbud om oppfølging av
ernæring, enten i form av «Bra Mat for bedre helse»-kurs
eller ved individuell veiledning. Dette innebærer en
økning fra om lag 45 sentraler med snus- og røykeslutt-
kurs og ca. 90 med ernæringstilbud i 2011. 89 kommuner
rapporterte om frisklivstilbud til barn, unge og deres
foresatte, og 71 kommuner hadde frisklivstilbud tilrette-
lagt for eldre. Totalt 15 117 brukere benyttet seg av
tjenestetilbudene ved landets frisklivssentraler.

Gjennomsnittlig antall årsverk per kommune med
frisklivssentral var 0,9. Av disse var det 113 kommuner
som hadde mer enn halv stilling, og 87 kommuner som
hadde mindre enn halv stilling. Stillingsressursene i
frisklivssentralene er tverrfaglig sammensatt, fysioterapeu-
ter utgjør den største gruppen.

Ressurser og kompetanse

For å ivareta kompetanseutvikling for nytilsatte og for
nyetablerte frisklivssentraler, har Helsedirektoratet, i
samarbeid med Fylkesmannen og fylkeskommunen, i 2013
- 2014, gjennomført regionale grunnkurs innenfor emne-
områdene kosthold, tobakk, fysisk aktivitet og motiveren-
de intervju, i tillegg til kurs om søvn og søvnproblemer. Det
er også gjennomført kurslederkurs i mestring av depresjon
og mestring av belastninger, såkalte KID og KIB kurs.

Figur 9.1 Andel av kommunene som har etablert en frisklivssentral eller inngår i et frisklivssentralsamarbeid etter kommunestørrelse 2013.



Tabell 9.2 Antall og andel frisklivssentraler etter kommunestørrelse 2013.

| | Antall kommuner med frisklivssentral | Andel kommuner med frisklivssentral | Sum årsverk til frisklivssentraler per 100 000 innb 18 år og eldre | Gjennomsnittlig antall årsverk per kommune med frisklivssentral | Antall kommuner med mer enn en halv stilling til frisklivssentral |
|------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|--|---|---|
| 1-1999 innb | 30 | 33 % | 12,2 | 0,4 | 9 |
| 2000-4999 innb | 53 | 39 % | 8,0 | 0,5 | 19 |
| 5000-9999 innb | 44 | 51 % | 6,5 | 0,7 | 23 |
| 10000-19999 innb | 35 | 58 % | 6,9 | 1,3 | 29 |
| 20000-49999 innb | 27 | 68 % | 4,1 | 1,4 | 24 |
| 50000-99999 innb | 6 | 67 % | 1,9 | 1,4 | 5 |
| 100 000 innb + | 5 | 100 % | 2,4 | 5,2 | 5 |
| Total | 200 | 47 % | 4,7 | 0,9 | 114 |

Tabell 9.3 Antall og andel frisklivssentraler etter kommune grupper 2013

| Kommunekategori | Antall kommuner med frisklivssentral | Andel kommuner med frisklivssentral | Sum årsverk til frisklivssentraler per 100 000 innb 18 år og eldre | Gjennomsnittlig antall årsverk per kommune med frisklivssentral | Antall kommuner med mer enn en halv stilling til frisklivssentral |
|-------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|--|---|---|
| Helse Sør-Øst | 98 | 57 % | 4,5 | 1,0 | 53 |
| Helse Vest | 30 | 35 % | 4,1 | 1,1 | 18 |
| Helse Midt-Norge | 37 | 44 % | 5,2 | 0,8 | 22 |
| Helse Nord | 35 | 40 % | 6,4 | 0,7 | 20 |
| Norge totalt | 200 | 47 % | 4,7 | 0,9 | 113 |
| Sør-Øst - under 5000 innb. | 34 | 50 % | 10,8 | 0,5 | 10 |
| Sør-Øst - 5000-19999 innb. | 40 | 59 % | 6,8 | 0,9 | 23 |
| Sør-Øst - over 20000 innb. | 18 | 67 % | 4,6 | 1,6 | 16 |
| Sør-Øst - storby ekskl Oslo | 5 | 63 % | 1,8 | 1,5 | 4 |
| Sør-Øst - Oslo | 1 | 100 % | 2,4 | 12,1 | 1 |
| Vest - under 5000 innb. | 9 | 20 % | 4,2 | 0,4 | 3 |
| Vest - 5000-19999 innb. | 14 | 45 % | 5,5 | 1,0 | 9 |
| Vest - over 20000 innb. | 4 | 80 % | 3,4 | 1,0 | 3 |
| Vest - storby | 3 | 100 % | 3,3 | 4,1 | 3 |
| Midt-Norge - under 5000 innb. | 20 | 42 % | 12,2 | 0,6 | 8 |
| Midt-Norge - 5000-19999 innb. | 13 | 43 % | 5,4 | 0,8 | 10 |
| Midt-Norge - over 20000 innb. | 3 | 60 % | 3,6 | 1,3 | 3 |
| Midt-Norge - storby | 1 | 100 % | 1,7 | 2,5 | 1 |
| Nord - under 5000 innb. | 20 | 30 % | 7,0 | 0,4 | 7 |
| Nord - 5000-19999 innb. | 12 | 71 % | 10,7 | 1,2 | 10 |
| Nord - over 20000 innb. | 2 | 67 % | 2,7 | 1,1 | 2 |
| Nord - storby | 1 | 100 % | - | - | 1 |
| Norge totalt | 200 | 47 % | 110,9 | 0,9 | 114 |

Kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp

247 av landets kommuner har etablert et døgntilbud for øyeblikkelig hjelp i kommunal regi. Dette er et nytt tilbud under utvikling og erfaringstallene så langt summeres opp til 15 426 innleggelser fra 1. september 2013 til 31. august 2014. Oppbygging av døgntilbudet for øyeblikkelig hjelp i kommunene har kommet langt, men bruken varierer betydelig mellom kommunene.

I de 168 kommunene som har hatt drift av kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp i minst ett år var det i gjennomsnitt 7 innleggelser per 1000 innbygger. Tilbudet benyttes oftest til eldre pasienter. Aldersgruppen over 67 år utgjør 76 prosent av brukerne, og 50 prosent er over 80 år. I kommunene som har hatt mer enn ett års drift tilsvarer bruken av det kommunale døgntilbudet for øyeblikkelig hjelp 61 innleggelser per 1000 innbyggere 80 år og eldre.

Innleggelsene i kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp har i hovedsak kort varighet. 76 prosent av innleggelsene varer 0-3 dager. For rapporteringsperioden fra 1. september 2013 t.o.m. 31. august 2014 er det estimerte antallet liggedøgn samlet sett i overkant av 40 000. For tilsvarende rapporteringsperiode i 2012-2013 var det estimerte antallet liggedøgn omtrent 11 000. Økningen i liggedøgn skyldes at flere kommuner har innført tilbudet og at flere har drift i hele rapporteringsperioden.

For kommuner med minst ett års drift tilsvarer den rapporterte aktiviteten en beregnet beleggsprosent på 31 prosent. Disse kommunene har i gjennomsnitt 114 liggedøgn per innrapportert plass i det kommunale døgntilbudet. Det er imidlertid betydelig variasjon mellom kommunene.

Formålet med oppbyggingen av et kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp er å unngå sykehusinnleggelser der dette ikke er ønskelig eller nødvendig ut fra en medisinskfaglig vurdering. I kommuner med minst ett års drift av det kommunale tilbudet, tilsvarte innleggelsene i det kommunale tilbudet vel 15 prosent av innleggelsene på sykehus for øyeblikkelig hjelp innen medisinske diagnoser for innbyggere 80 år og eldre. Kommuner som ikke har etablert et slikt tilbud i kommunal regi eller har hatt dette i drift i mindre enn ett år hadde 1,6 prosent høyere rater for innleggelser på sykehus for innbyggere 80 år og eldre enn kommuner som har et slikt tilbud.

Det er trolig andre forhold enn de kommunale døgnplassene som best forklarer variasjonene mellom kommuner i nivå av sykehusbruk blant eldre. Når det gjelder utviklingstallene, er det mulig at det kommunale døgntilbudet for øyeblikkelig hjelp har bidratt til å redusere innleggelser for øyeblikkelig hjelp blant eldre for de kommunene som har kommet godt i gang med tilbudet, men effekten av det kommunale tilbudet på sykehusinnleggelser for øyeblikkelig hjelp er liten.

10.1 Innledning

Fra 1.1.2016 får kommunene plikt til å tilby øyeblikkelig hjelp døgntilbud. Plikten omfatter pasientgrupper som kommunen selv har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg til. Formålet er å avlaste akuttinnleggelser i sykehus. Etablering og drift av det nye kommunale tilbudet finansieres ved at det i perioden 2012 til 2015 gis egne øremerkede tilskudd til kommunene. Kommuner som har mottatt tilskudd for å etablere et døgntilbud for øyeblikkelig hjelp har de to siste årene rapportert aktivitetsdata til Helsedirektoratet. I dette kapitlet gjøres det rede for status for etablering av kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp basert på innrapporterte aktivitets-tall fra disse kommunene.

Kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp skal avlaste akuttinnleggelser i sykehus. Det er derfor relevant å se dataene for bruk av det kommunale døgntilbudet for øyeblikkelig hjelp i sammenheng med utviklingstrekk for øyeblikkelig hjelp-innleggelser med medisinske diagnoser i sykehus.

10.2 Om data

Helsedirektoratet har mottatt informasjon fra 106 rapporteringsenheter¹. Disse rapporteringsenhetene inkluderer 246 kommuner. 61 av rapporteringsenhetene er enkeltstående kommuner, mens 45 rapporteringsenheter gjelder kommunale samarbeid der to til tolv kommuner inngår. I hovedsak gjelder samarbeidet felles drift av kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp der innbyggere i flere kommuner benytter de samme plassene. Noen kommuner som har eget døgntilbud for øyeblikkelig hjelp lokalt, rapporterer også om samarbeid med andre kommuner. Samarbeidet kan bla gjelde felles avtale med helseforetaket, bruk av legevaktstjenester og felles faglige retningslinjer.

Rapporteringsperioden er f.o.m. 1. september 2013 t.o.m. 31. august 2014.

Antall enheter i de ulike tabellene varierer noe. Årsaken er at det mangler informasjon fra noen av rapporterings-

enhetene for noen av spørsmålene. Helsedirektoratet har gitt informasjon om hvilken informasjon som etterspørres i veiledingsmaterialet, regelverket og i utbetalingsbrevet til kommunene, men datagrunnlaget for rapportering er ikke like lett tilgjengelig for alle på grunn av manglende rutiner for registrering og statistikk.

Det er ikke alle kommuner som har tilgang til et kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp som har benyttet tilbudet i løpet av rapporteringsperioden. Noen har kommentert at det har tatt tid å gjøre tilbudet kjent, og at bruken forventes å bli større over tid. Det er pekt på at reiseavstand kan være en utfordring for tettere samarbeid og at samarbeid mellom mange kommuner kan medføre sentralisering av det kommunale tilbudet slik at det ikke oppfattes som et lokalt tilbud (Grimsø A, Løhre A. (2014)).

Innrapporterte data gir aggregert informasjon om bruk av tilbudet uten mulighet for å få nærmere informasjon om sammenhenger mellom opplysningene. Vi kan for eksempel ikke beskrive diagnoseinformasjon ut fra pasientenes alder. Data gir likevel en oversikt over status for oppbyggingen av det kommunale døgntilbud for øyeblikkelig hjelp.

Data om innleggelser på sykehus er fra Norsk pasientregister. Data om kommunale tjenester (mottakere av langtidsopphold og korttidsopphold) er fra ILOS-registret.

10.3 Status for kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp

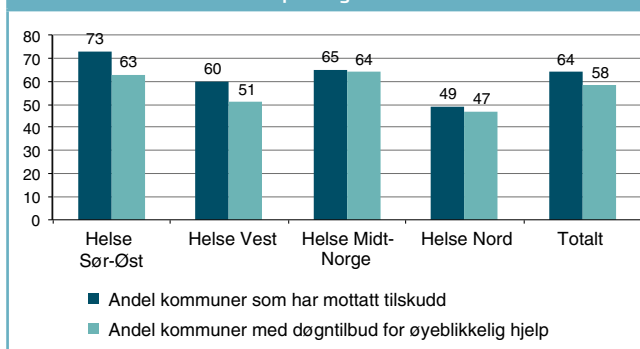
275 kommuner har i perioden 2012-2014 mottatt tilskudd for å etablere et kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp. 247 kommuner har fått på plass et kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp per 31. august 2014. De resterende tilskuddsmottakerne forventes å ha fått tilbudet på plass i løpet av 2014. I tabell 10.1 vises det en oversikt over antall og andel kommuner som har mottatt tilskudd og kommuner som har etablert slikt tilbud fordelt per region og kommunegruppe. Størst andel tilskuddsmottakere er det blant kommunene som er

1) Skjervøy kommune har mottatt tilskudd, men har ikke svart på rapporteringen og inngår derfor ikke i materialet.

tilknyttet Helse Sør-Øst. Alle kommunene i Agder-fylkene har mottatt tilskudd for å etablere et kommunalt døgntilbud. Lavest andel tilskuddsmottakere og kommuner med etablert tilbud er det i Helse Nord. Det er kun to kommuner i Finnmark som har fått tilskudd, men disse har foreløpig ikke kommet i gang. I Helse Midt-Norge er det etablert tilbud for 2 av 3 kommuner.

Siden forrige innrapportering i 2013 har det kommet på plass døgntilbud for øyeblikkelig hjelp i ytterligere 93 kommuner. Andelen kommuner med døgntilbud for øyeblikkelig hjelp ha økt fra 36 til 58 prosent.

Figur 10.1 Andel kommuner som har mottatt tilskudd for etablering av kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp og andel kommuner som har startet et slikt tilbud per august 2014.



146 kommuner² har foreløpig verken søkt om eller mottatt tilskudd til oppstart av et øyeblikkelig hjelp døgntilbud. Deloitte³ har på oppdrag fra Helsedirektoratet gjennomført en spørreundersøkelse blant kommuner

som ikke har søkt om tilskudd til etablering og drift av et døgntilbud for øyeblikkelig hjelp. Kartleggingen viste at det i stor grad er små kommuner med færre enn 5000 innbyggere som ikke har søkt tilskudd. 40 kommuner planlegger å starte opp kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp i løpet av 2015, og 63 kommuner planlegger oppstart fra 1.1.2016. 26 kommuner ga tilbakemelding om at det ikke foreligger planer for etablering av døgntilbud for øyeblikkelig hjelp. Det er hovedsakelig kommuner fra Helse Nord som ikke har konkrete planer for etablering av et slikt tilbud, og den vanligste oppgitte enkeltårsaken er at det allerede eksisterer lignende tilbud i kommunen.

10.4 Hvordan benyttes døgntilbudet for øyeblikkelig hjelp?

Etablering av døgnplassene for øyeblikkelig hjelp er organisatorisk plassert både på sykehjem, ved legevakt og i distriktsmedisinske sentra (DMS/LMS). 60 prosent av enhetene er samlokalisert i/ved sykehjem, mens 18 prosent har tilhold i DMS/LMS. Kategoriene er ikke gjensidig utelukkende ettersom legevakt kan være samlokalisert med sykehjem eller inngår i et distrikts/ lokalmedisinsk senter. Sykehjem er mest typisk for mindre kommuner. Her organiseres tilbudet sammen med ordinære sykehjemsplasser og det er de samme ressursene som benyttes.

2) 7 kommuner søkte om midler til oppstart i 2014, men av ulike årsaker har disse fått søknadene overført til 2015.

3) Deloitte oktober 2014: Spørreundersøkelse om øyeblikkelig hjelp døgnopphold i kommunene. Kartlegging av status for kommuner som ikke har søkt om tilskudd til etablering og drift av kommunalt øyeblikkelig hjelp døgnopphold per 01.03.2014.

Tabell 10.1 Antall og andel kommuner med kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp. Data fra rapportering per 31.08.2014.

| Kommunegrupper | | Kommuner som har mottatt tilskudd | | Kommuner som har startet drift av et kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp | |
|----------------|--|-----------------------------------|-----------------------|--|-----------------------|
| | | Antall | Prosent av alle komm. | Antall | Prosent av alle komm. |
| Totalt | Sør-Øst | 126 | 73 | 109 | 63 |
| | Vest | 51 | 60 | 43 | 51 |
| | Midt-Norge | 55 | 65 | 54 | 64 |
| | Nord | 43 | 49 | 41 | 47 |
| | Totalt | 275 | 64 | 247 | 58 |
| Sør-Øst | Under 5000 innb. | 46 | 68 | 36 | 53 |
| | 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | 44 | 75 | 41 | 69 |
| | 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | 7 | 78 | 7 | 78 |
| | Over 20000 innb. - lengre reiseavstand | 11 | 73 | 11 | 73 |
| | Over 20000 innb. - kort reiseavstand | 9 | 75 | 8 | 67 |
| | Storby ekskl. Oslo | 8 | 100 | 5 | 63 |
| | Oslo | 1 | 100 | 1 | 100 |
| Vest | Under 5000 innb. | 21 | 46 | 16 | 35 |
| | 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | 20 | 77 | 18 | 69 |
| | 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | 3 | 60 | 3 | 60 |
| | Over 20000 innb. | 5 | 100 | 4 | 80 |
| | Storby | 2 | 67 | 2 | 67 |
| Midt-Norge | Under 5000 innb. | 29 | 60 | 29 | 60 |
| | 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | 18 | 69 | 18 | 69 |
| | 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | 3 | 75 | 3 | 75 |
| | Over 20000 innb. | 4 | 80 | 3 | 60 |
| | Storby | 1 | 100 | 1 | 100 |
| Nord | Under 5000 innb. | 29 | 44 | 28 | 42 |
| | 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | 7 | 64 | 7 | 64 |
| | 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | 4 | 67 | 3 | 50 |
| | Over 20000 innb. | 3 | 100 | 3 | 100 |
| | Storby | 0 | 0 | 0 | 0 |

Tabell 10.2 Lokalisering av kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp. Data fra rapportering per 31.08.2014.

| | Antall | Andel |
|----------|--------|-------|
| Sykehjem | 65 | 58 |
| Legevakt | 16 | 14 |
| LMS/DMS | 21 | 19 |
| Annet | 10 | 9 |

I Deloitte's analyse⁴ av kommuner med øyeblikkelig hjelp døgntilbud påpekes det at kommunene ikke problematiserer lokaliseringen av tilbudet, og anser dette stort sett som egnet. Rapporten fra Deloitte finner også at flertallet av tilbudene er lokalisert i tilknytting til sykehjem.

I en felles rapport fra Den norske Legeforening og KS fra mai 2014⁵ understrekes det at det vil være stor variasjon i hvordan kommunene organiserer tilbudet og at

4) Deloitte oktober 2014: Undersøkelse om bruken av øyeblikkelig hjelp døgnopphold i kommunene.

5) Kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud. Rapport fra den norske legeforening og KS. Mai 2014.

kommunestørrelse, geografi og nærhet til sykehus og andre helsetilbud er viktige elementer i forhold til hvordan tilbudet bør organiseres og dimensjoneres. Det påpekes også at organiseringen av tilbudet er avgjørende for hvilke grupper pasienter det er forsvarlig å legge inn i øyeblikkelig hjelp døgntilbudet. Det understrekes at det nye tilbudet ikke må organiseres slik at det fører til økt fragmentering av tjenestene og at målet er å unngå sykehusinnleggelse der dette ikke er ønskelig eller nødvendig ut fra en medisinsk faglig vurdering. I rapporten gjøres en nærmere avklaring av hvilke pasienter som er egnet for innleggelse ved det kommunale døgntilbudet for øyeblikkelig hjelp.

Rapporteringen fra kommunene viser at kapasiteten i det kommunale tilbudet utgjør samlet sett 458 plasser/senger. Størrelsen på det kommunale tilbudet varierer fra 0,6 plasser i Suldal kommune til 48 plasser i Oslo kommune. Det er tilsvarende variasjon i bruk av tilbudet. Dette påvirkes også av at det er forskjell mellom kommunene i hvor lang tid tilbudet har vært i drift.

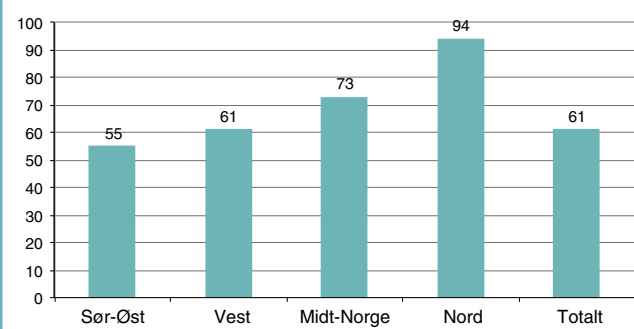
I de fleste av tabellene som presenteres er innrapporterte data summert uavhengig av om tilbudet har eksistert gjennom hele eller deler av rapporteringsperioden.

Variasjonen i antall innleggelser som er innrapportert fra kommunene rangerer fra 2 til 2319 innleggelser. Samlet er det registrert 15 426 innleggelser i rapporteringsperioden.

65 prosent av plassene har vært tilgjengelig i hele rapporteringsperioden og disse plassene står for 84 prosent av innleggelsene. De resterende innleggelsene var i tilbud som er etablert i perioden fra september 2013 til august 2014.

Sammenholdes antall innleggelser i de enhetene som har vært i drift i hele rapporteringsperioden med innbyggertallet i de tilhørende kommunene, er det variasjon fra 4 innleggelser per 1000 innbygger i Sør-Øst til 11 innleggelser per 1000 innbygger i Nord. Selv om det bare er 47 prosent av kommunene i region Nord som har etablert et døgntilbud for øyeblikkelig hjelp, mot 63 prosent av kommunene i Sør-Øst, er antallet innleggelser per innbygger høyere i Nord.

Figur 10.2 Innleggelser i kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp per 1000 innbyggere 80 år og eldre i kommuner med minst ett års drift.¹



1) Innleggelsene er aldersfordelt basert på informasjon om aldersfordeling for pasientene. Landsgjennomsnitt er satt inn for enheter der det ikke foreligger informasjon om aldersfordeling.

Tabell 10.3 Antall plasser og innleggelser i kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp etter region og varighet. Data fra rapportering per 31.08.2014.

| | Antall plasser | | Antall innleggelser | | Innleggelser per 1000 innb. i komm. med minst ett års drift | |
|---------------|----------------|-------------------------------|---------------------|-------------------------------|---|--------------------------|
| | Totalt | Komm. med minst ett års drift | Totalt | Komm. med minst ett års drift | Totalt | Innb. 80 år ⁺ |
| Sør-Øst | 269 | 199 | 8 728 | 8 141 | 4 | 55 |
| Vest | 63 | 28 | 2 243 | 1 281 | 7 | 61 |
| Midt-Norge | 72 | 35 | 2 346 | 1 630 | 10 | 73 |
| Nord | 55 | 38 | 2 109 | 1 964 | 11 | 94 |
| Totalt | 458 | 299 | 15 426 | 13 016 | 6 | 61 |

1) Innleggelsene er aldersfordelt basert på informasjon om aldersfordeling for pasientene. Landsgjennomsnitt er satt inn for enheter der det ikke foreligger informasjon om aldersfordeling.

Innleggelse i døgntilbud for øyeblikkelig hjelp krever henvisning fra lege. Legevaktslege står for 63 prosent av henvisningene, mens fastlege har henvist i 26 prosent av tilfellene. Henvisningene er fordelt mellom dagtid, kveld og helgedager. 69 prosent av innleggelsene skjer utenfor fastlegens kontortid. Det indikerer at pasienten har

behov for akutthjelp og at innleggelsene kan ha vært et alternativ til innleggelse i sykehus. Fordelingen for henvisende instans og tidspunkt for innleggelsen endret seg lite fra første til andre rapportering (fra 2013 til 2014).

Tabell 10.4 Oversikt over hvilken instans som har henvist til døgntilbud for øyeblikkelig hjelp og fordeling av innteksttid for innleggelsene. Data fra rapportering per 31.08.2014.

| | Innleggelser | Andel av innleggelsene | Rapporterings-enheter |
|---|---------------|------------------------|-----------------------|
| Hvem er pasienten henvist fra? | | | |
| Legevaktslege | 9 189 | 63 | |
| Fastlege | 3 727 | 26 | |
| Annen lege i kommunen | 379 | 3 | |
| Lege i akuttmottak eller spesialisthelsetjenesten | 834 | 6 | |
| Annet | 394 | 3 | |
| Totalt | 14 523 | 100 | 103 |
| Tidspunkt for innleggelsen: | | | |
| Dagtid hverdager (08.00-15.30) | 4 315 | 31 | |
| Kveld hverdager (15.31-23.00) | 4 827 | 35 | |
| Natt hverdager (23.01-07.59) | 1 401 | 10 | |
| Helg og høytidsdager | 3 176 | 23 | |
| Totalt | 13 715 | 100 | 98 |

66 prosent av pasientene som har vært innlagt i kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp skrives ut til hjemmet. 18 prosent av pasientene får videre oppfølging i kommunal institusjon eller bolig med heldøgns om-

sorgstjenester mens 14 prosent har blitt sendt videre for oppfølging i spesialisthelsetjenesten. For disse pasientene var det behov for en innleggelse i sykehus i tillegg til det kommunale tilbudet.

Tabell 10.5 Oversikt over hvor pasienten kommer fra før innleggelse og hvor pasienten utskrives til etter innleggelse. Data fra rapportering per 31.08.2014.

| | Innleggelser | Andel av innleggelsere | Antall rapporteringsenheter |
|--|---------------|------------------------|-----------------------------|
| Hvor kommer pasienten fra? | | | |
| Hjemmet | 12 898 | 87 | |
| Kommunal inst./ bolig med heldøgns omsorgstj. | 590 | 4 | |
| Spesialisthelsetjenesten | 507 | 3 | |
| Annet | 783 | 5 | |
| Totalt | 14 778 | 100 | 103 |
| Hvor sendes pasienten etter innleggelsen? | | | |
| Hjemmet | 9 741 | 66 | |
| Kommunal institusjon eller bolig med heldøgns omsorgstjenester | 2 587 | 18 | |
| Spesialisthelsetjenesten | 2 144 | 15 | |
| Annet | 267 | 2 | |
| Sum | 14 739 | 100 | 102 |

I hovedsak kommer pasientene fra hjemmet før innleggelse i kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp. Tilbudet blir også brukt av pasienter som før innleggelsen var på kommunal institusjon eller bolig med heldøgns omsorgstjenester. 3 prosent var i spesialisthelsetjenesten før innleggelse. Her kan observasjon i spesialisthelsetjenesten ha vært nødvendig for å avklare at kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp gir et tilfredsstillende tilbud, men det kan også være noen utskrivingsklare pasienter.

I rapporteringen samles det inn informasjon om hvilken diagnose som er årsak til at pasienten er innlagt i kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp. Gruppering etter diagnose skjer etter ICPC-2 kodeverk og angis etter hvilket hovedkapittel diagnosen tilhører. Som det framgår av tabell 10.6 er det diagnosegruppe L Muskel- og skjelettlidelser som er den største diagnosegruppen med 20 prosent. Gruppe R Luftveier med 17 prosent og gruppe A Allmenn og uspesifisert med 16 prosent er de nest største gruppene.

Tabell 10.6 Antall innleggelser fordelt på diagnose inndelt i henhold til ICPC-2 hovedkapittel. Data fra rapportering per 31.08.2014.

| Diagnose | Antall | Andel |
|---|---------------|------------|
| A Allmenn og uspesifisert | 2 177 | 16 |
| B Blod, bloddannende organer og immunsystem | 380 | 3 |
| D Fordøyelsessystemet | 1 312 | 9 |
| F Øye | 16 | 0 |
| H Øre | 33 | 0 |
| K Hjerte-karsystemet | 754 | 5 |
| N Nervesystemet | 489 | 3 |
| P Psykisk | 526 | 4 |
| R Luftveier | 2 423 | 17 |
| S Hud | 328 | 2 |
| T Endokrine, metabolske, ernæringsforhold | 1 186 | 8 |
| U Urinveier | 1 123 | 8 |
| W Svangerskap, fødsel, familieplanlegging | 115 | 1 |
| X Kvinnelige kjønnsorganer (inkl bryst) | 41 | 0 |
| Y Mannlige kjønnsorganer | 38 | 0 |
| Z Psykososiale og sosiale problemer | 243 | 2 |
| L Muskel-skjelett-systemet | 2 801 | 20 |
| Totalt | 13 985 | 100 |

10.5 Oppholdstid og beleggsprosent

Innleggelsene i kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp har i hovedsak kort varighet hvor 35 prosent av innleggelsene har varighet på ett døgn eller mindre. Innleggelser på inntil 3 døgn utgjør 76 prosent av innleggelsene.

Rapporteringen fra kommunene viser at døgntilbud for øyeblikkelig hjelp i hovedsak brukes av eldre pasienter. 53 prosent av de innlagte pasientene er 80 år og eldre. Tar vi med aldersgruppen fra 67 år og eldre inkluderes 76 prosent av brukerne. 37 prosent av pasientene er menn, mens kvinner utgjør 63 prosent.

Dersom vi teller innleggelser som er kortere enn ett døgn som 0,5 liggedager og antar at innleggelser som er registrert som mer enn fem døgn har et gjennomsnitt på 7 liggedager, har det vært i overkant av 40 000 liggedøgn ved kommunale døgntilbud for øyeblikkelig hjelp i løpet av rapporteringsperioden. Antall oppholdsdøgn er nær 4 ganger høyere enn ved fjorårets rapportering. Økningen i liggedøgn skyldes at flere kommuner har innført tilbudet og at flere av de som inngår har vært i drift gjennom hele rapporteringsperioden.

Tabell 10.7 Oppholdstid for innleggelser i kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp og aldersfordeling for pasientene. Data fra rapportering per 31.08.2014.

| | Innleggelser | Andel av innleggelser | Rapporteringsenheter |
|---------------------------------------|---------------|-----------------------|----------------------|
| Oppholdstid | | | |
| Mindre enn ett døgn | 2 287 | 15 | |
| Ett døgn | 3 094 | 20 | |
| To døgn | 2 800 | 18 | |
| Tre døgn | 3 527 | 23 | |
| Fire døgn | 1 467 | 10 | |
| Fem døgn | 791 | 5 | |
| Mer enn fem døgn | 1 393 | 9 | |
| Totalt | 15 299 | 100 | 104 |
| Aldersfordeling for pasientene | | | |
| Under 18 år | 99 | 1 | |
| Fra 18 til 49 år | 1 526 | 11 | |
| Fra 50 til 66 år | 1 595 | 12 | |
| Fra 67 til 79 år | 3 143 | 23 | |
| Fra 80 til 89 år | 4 782 | 36 | |
| Over 90 år | 2 276 | 17 | |
| Totalt | 13 421 | 100 | 102 |

Dersom vi ser antall liggedøgn per rapporteringsenhet i sammenheng med innrapporterte plasser som disponeres til øyeblikkelig hjelp og antall dager hvor plassene har vært tilgjengelig for bruk, beregnes beleggsprosenten i døgntilbudet for øyeblikkelig hjelp til 30 prosent totalt. Det er imidlertid store variasjoner mellom enhetene og beleggsprosenten varierer fra de som ikke har tatt tilbudet i bruk opp til 76 prosent. Oppbygging av døgntilbudet for øyeblikkelig hjelp i kommunene skal ivareta en beredskap som lokalt vil kunne variere over tid med

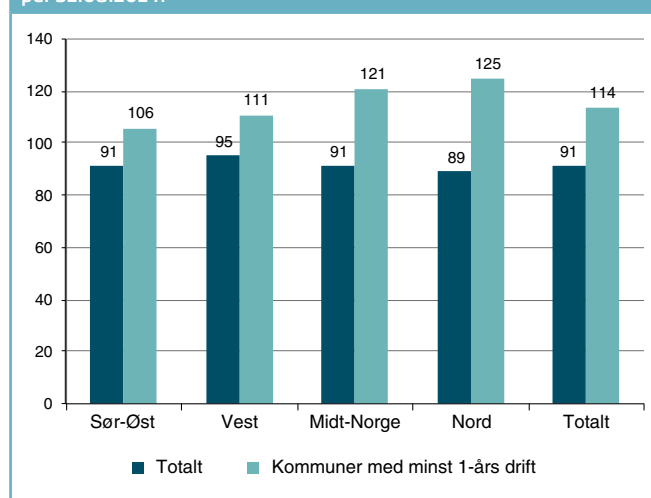
hensyn til behov. Tilbudet er fortsatt under utvikling og det vil ta tid før tilbudet blir godt kjent og finner sin form.

Tabell 10.8 viser at det er små regionale variasjoner i beleggsprosent. Kommuner i Midt-Norge har høyest belegg med 33 prosent, mens det for de andre regionene er 30 prosent. I Midt-Norge og i Nord finner vi også at beleggsprosenten er generelt høyere for de enhetene som har vært i drift i ett helt år, men for kommuner i Sør-Øst og Vest finner vi ikke at dette har betydning.

Tabell 10.8 Estimerte liggedøgn, kapasitet og beleggsprosent i kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp etter region. Data fra rapportering per 31.08.2014.

| | Estimerte liggedøgn | | Estimert kapasitet | | Beleggsprosent | |
|---------------|---------------------|-----------------------------|--------------------|-----------------------------|----------------|-----------------------------|
| | Totalt | Komm. med minst 1-års drift | Totalt | Komm. med minst 1-års drift | Totalt | Komm. med minst 1-års drift |
| Sør-Øst | 22 938 | 21 095 | 77 382 | 72 133 | 30 | 29 |
| Vest | 5 402 | 2 832 | 17 893 | 9 936 | 30 | 29 |
| Midt-Norge | 6 729 | 4 553 | 20 595 | 12 456 | 33 | 37 |
| Nord | 5 057 | 4 624 | 16 927 | 13 577 | 30 | 34 |
| Totalt | 40 126 | 33 104 | 132 796 | 108 102 | 30 | 31 |

Figur 10.3 Gjennomsnittlig antall liggedøgn per plass i kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp etter region. Data fra rapportering per 31.08.2014.



Deloitte⁶ har på oppdrag fra Helsedirektoratet gjennomført en undersøkelse for å få mer informasjon om erfaringer

gene med bruk av døgnplassene for øyeblikkelig hjelp i kommunene. I undersøkelsen var det fokus på utfordringene knyttet til beleggsprosent og bruk av tilbudet. Deloitte finner at beleggsprosenten i hovedsak ligger mellom 30 og 50 prosent, men varierer fra 5-130 prosent. De påpeker at flere har opplevd at beleggsprosenten har økt når tilbudet har blitt bedre etablert, men at det var svingninger i beleggsprosent fra måned til måned. I rapporten fremheves det at kjennskap til tilbudet blant innleggende leger var den viktigste forklaringsfaktoren for beleggsprosenten. Det ble pekt på at mange leger opplever det som mer tungvint å henvise til det kommunale øyeblikkelig hjelp tilbudet enn å henvise til innleggelse i sykehus. Rapporten fra den norske legeforening og KS i mai 2014⁷ påpeker også at aktiv deltagelse av leger ved planleggingen av tilbudet er sentralt. Det understrekes at fastlegens/legevaktlegens kunnskaper om kommunens tilbud er viktig for legens vurdering av hva som er et adekvat og forsvarlig tjenestetilbud og at

6) Deloitte oktober 2014: Undersøkelse om bruken av øyeblikkelig hjelp døgnopphold i kommunene.

7) Kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud. Rapport fra den norske legeforening og KS. Mai 2014.

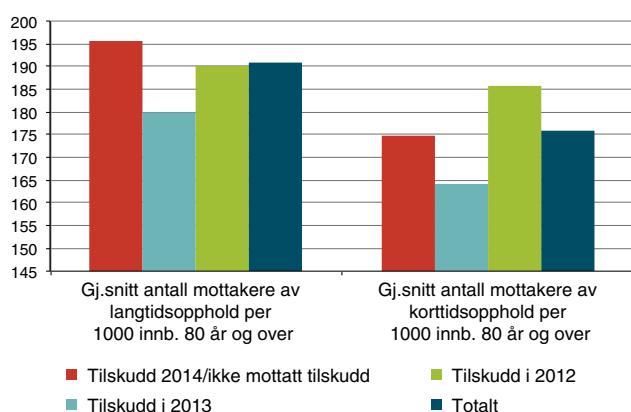
tidlige erfaringer tyder på at kommuner som organiserer sitt tilbud i samarbeid med kommunens leger, lykkes i å etablere gode tilbud som blir henvist til av legene.

10.6 Etableringstidspunkt og tilbud av korttidsopphold

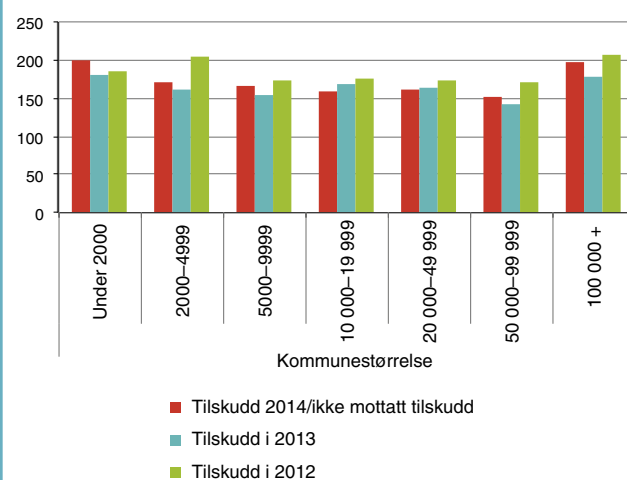
Vi har sett nærmere på om det er særlige kjennetegn ved det generelle tjenestetilbudet til kommuner som først fikk etablert et kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp versus kommuner som enda ikke har søkt tilskudd eller har brukt lengre tid på å komme i gang med et slikt tilbud. Figurene 10.4-10.5 viser gjennomsnittlig antall mottakere per 1000 innbyggere 80 år og eldre av langtidsopphold og korttidsopphold på institusjon etter hvilket år de mottok etableringstilskudd. Figurene indikerer at de kommunene som først fikk tilskudd til etablering av et kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp har et noe høyere nivå korttidsopphold enn kommuner som søkte/fikk tilskudd på et senere tidspunkt. Dette gjelder for både små og store kommuner (figur 10.2).

Figuren viser også at kommuner som enda ikke har mottatt tilskudd eller mottok dette først i 2014, har et noe høyere nivå av eldre mottakere av langtidsopphold på institusjon enn andre kommuner. Analyser av mottakere av hjemmesykepleie viser tilsvarende mønster og indikerer at de kommunene som ikke har mottatt tilskudd før 2014, ofte har et godt utbygd tjenestetilbud innen andre helse- og omsorgstjenester.

Figur 10.4 Gjennomsnittlig antall mottakere av langtidsopphold og korttidsopphold på institusjon per 1000 innbyggere 80 år og over etter tidspunkt for mottak av tilskudd. Data fra IPLOS 2013.



Figur 10.5 Gjennomsnittlig antall mottakere av korttidsopphold på institusjon per 1000 innbyggere 80 år og over etter kommunestørrelse og tidspunkt for mottak av tilskudd. Data fra IPLOS 2013.



10.7 Utviklingen i medisinske innleggelser for øyeblikkelig hjelp i sykehus

I det følgende presenteres utviklingen i innleggelser for øyeblikkelig hjelp innen medisinske diagnoser i perioden 2010-2014. Data for 2014 er i skrivende stund kun tilgjengelig for 1. og 2. tertial. For å kunne sammenligne utviklingen benyttes derfor data per 2. tertial. Nivået av innleggelser vil være lavere enn årsforbruket per innbygger og avviker fra tall presentert i for eksempel Samdata spesialisthelsetjenesten.

Tabell 10.9 viser antall innleggelser for øyeblikkelig hjelp med medisinske diagnoser per 2.tertial 2010-2014 for befolkningen totalt og for eldre 80 år og over. Det framgår av tabellen at antall innleggelser økte betydelig fra 2011 til 2012 og at dette nivået deretter holdes stabilt i 2013 og 2014. Pasienter over 80 år står for omkring 20 prosent av innleggelsene for øyeblikkelig hjelp i medisinske diagnoser, og følger samme mønster. For eldre er nivået av innleggelser for øyeblikkelig hjelp med medisinske diagnoser høyest i 2012 og lavest i 2014.

Kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp gjelder i hovedsak korte innleggelser og forventes først og fremst å redusere behovet for korte innleggelser i sykehus. Utviklingen i antall sykehusopphold med 0 til 3 dagers varighet er slik sett interessant å følge opp. Tabell 10.9 viser at antall kortvarige innleggelser har økt med

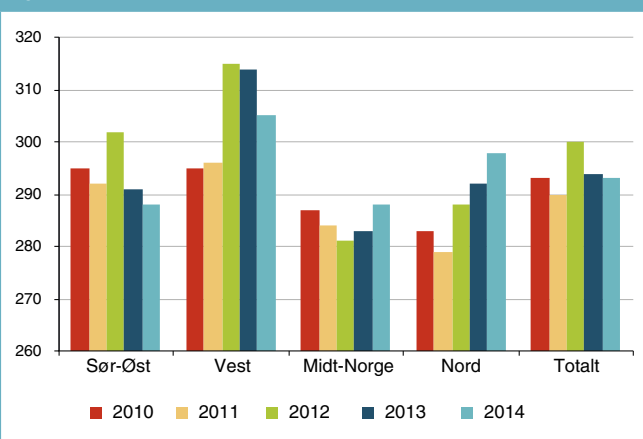
7,4 prosent fra 2010 til 2014. Økningen var størst mellom 2011 og 2012, og har vist mer stabil vekst de to siste årene. For eldre pasienter var det en økning på 10,7 prosent fra 2010-2014. Veksten i kortvarige innleggelser for øyeblikkelig hjelp innen medisinske diagnoser må sees i sammenheng med endringene i liggetid generelt, og nedgangen i liggetid for utskrivningsklare pasienter spesielt. Andelen korte opphold (0-3 liggedager) for

øyeblikkelig hjelp innen medisinske diagnoser økte fra 64 til 67 prosent fra 2010 til 2014. For eldre 80 år og over økte tilsvarende andel fra 47 til 52 prosent. I den grad det har skjedd en reduksjon i innleggelser for øyeblikkelig hjelp innen medisinske diagnoser for pasienter over 80 år gjelder dette dermed innleggelser med lang varighet, dvs. opphold med mer enn 3 liggedager.

Tabell 10.9 Antall innleggelser for øyeblikkelig hjelp med medisinske diagnoser (med. DRG) per 2.tertial 2010-2014 totalt og for eldre 80 år. Data fra Norsk pasientregister.

| | | Antall innleggelser for øyeblikkelig hjelp i medisinske diagnoser per 2.tertial | | | | | Prosent endring | |
|---------------------------------|----------------------------|---|----------------|----------------|----------------|----------------|-----------------|-------------|
| | | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2010-2014 | 2013-2014 |
| Opphold totalt | Totalt | | | | | | | |
| | Helse Sør-Øst | 173 119 | 172 218 | 177 344 | 175 197 | 175 373 | 1,3 | 0,1 |
| | Helse Vest | 64 535 | 66 369 | 68 591 | 69 373 | 68 347 | 5,9 | -1,5 |
| | Helse Midt-Norge | 43 229 | 42 272 | 42 610 | 43 638 | 43 191 | -0,1 | -1,0 |
| | Helse Nord | 29 928 | 30 084 | 30 623 | 30 952 | 30 836 | 3,0 | -0,4 |
| | Norge totalt | 310 811 | 310 943 | 319 168 | 319 162 | 317 747 | 2,2 | -0,4 |
| | Eldre 80 år og over | | | | | | | |
| | Helse Sør-Øst | 36 296 | 35 970 | 37 090 | 35 562 | 35 014 | -3,5 | -1,5 |
| | Helse Vest | 12 927 | 13 004 | 13 835 | 13 823 | 13 368 | 3,4 | -3,3 |
| | Helse Midt-Norge | 9 463 | 9 324 | 9 260 | 9 323 | 9 445 | -0,2 | 1,3 |
| | Helse Nord | 6 072 | 6 023 | 6 237 | 6 281 | 6 401 | 5,4 | 1,9 |
| | Norge totalt | 64 758 | 64 321 | 66 422 | 64 989 | 64 228 | -0,8 | -1,2 |
| Opphold med 0-3 dagers liggetid | Totalt | | | | | | | |
| | Helse Sør-Øst | 111 819 | 111 527 | 117 899 | 117 715 | 119 351 | 6,7 | 1,4 |
| | Helse Vest | 41 661 | 43 500 | 45 465 | 46 356 | 45 947 | 10,3 | -0,9 |
| | Helse Midt-Norge | 27 120 | 27 054 | 27 517 | 28 397 | 28 719 | 5,9 | 1,1 |
| | Helse Nord | 18 708 | 18 860 | 19 661 | 20 153 | 20 110 | 7,5 | -0,2 |
| | Norge totalt | 199 308 | 200 941 | 210 542 | 212 622 | 214 127 | 7,4 | 0,7 |
| | Eldre 80 år og over | | | | | | | |
| | Helse Sør-Øst | 16 994 | 17 245 | 19 081 | 18 847 | 18 624 | 9,6 | -1,2 |
| | Helse Vest | 6 055 | 6 196 | 6 816 | 7 027 | 6 812 | 12,5 | -3,1 |
| | Helse Midt-Norge | 4 369 | 4 393 | 4 455 | 4 527 | 4 854 | 11,1 | 7,2 |
| | Helse Nord | 2 823 | 2 759 | 2 960 | 3 049 | 3 185 | 12,8 | 4,5 |
| | Norge totalt | 30 241 | 30 593 | 33 312 | 33 450 | 33 475 | 10,7 | 0,1 |

Figur 10.6 Antall innleggelser for øyeblikkelig hjelp innen medisinske diagnoser per 1000 innbyggere 80 år og over per 2. tertial 2010-2014.



Figur 10.6 viser at det er noe variasjon mellom regionene i omfanget av sykehusinnleggelser for eldre som gjelder øyeblikkelig hjelp i medisinske diagnoser. Årsaken til variasjonen kan trolig knyttes til forhold ved både sykehusenes mottak, organisering og ved tjenestetilbudet i kommunene. For befolkningen totalt har Helse Vest og Helse Nord det høyeste nivået av innleggelser for øyeblikkelig hjelp, og for eldre som er 80 år og over har Helse Vest høyest rate. Rater for øyeblikkelig hjelp innleggelser på sykehus etter kommunegrupper er vist i tabell 10.13 og 10.14 bakerst i kapitlet.

10.8 Bidrar døgntilbud for øyeblikkelig hjelp til å redusere innleggelser i sykehus?

Formålet med oppbyggingen av et kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp er å unngå sykehusinnleggelser der dette ikke er ønskelig eller nødvendig ut fra en medisinsk-faglig vurdering. Det er derfor interessant å se om vi kan gjenfinne effekter av oppbyggingen av det kommunale tilbudet når vi studerer utviklingen i bruk av sykehus, og innleggelser for øyeblikkelig hjelp med medisinske diagnoser⁸. Rapporteringen fra kommunene viste at det er registrert 15 426 innleggelser og nær 40 000 liggedøgn i kommunale døgntilbud for øyeblikkelig hjelp i registreringsperioden. I samme periode har det vært 474 000 øyeblikkelig hjelp-innleggelser i spesialisthelsetjenesten knyttet til medisinske diagnoser. Innleggelsene i det kommunale døgntilbudet svarer dermed til 3 prosent av innleggelsene i spesialisthelsetjenesten. Ut fra dette kan det ikke forventes at døgntilbudet for øyeblikkelig hjelp vil ha sterk påvirkning på omfanget av innleggelser i sykehus samlet sett.

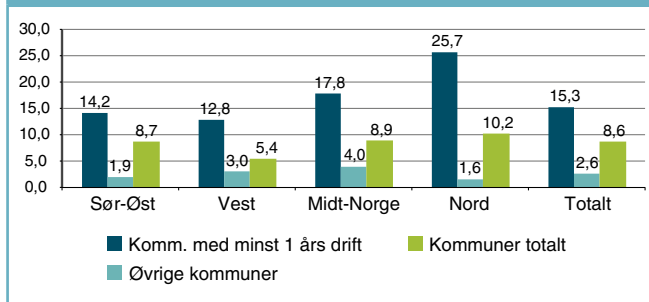
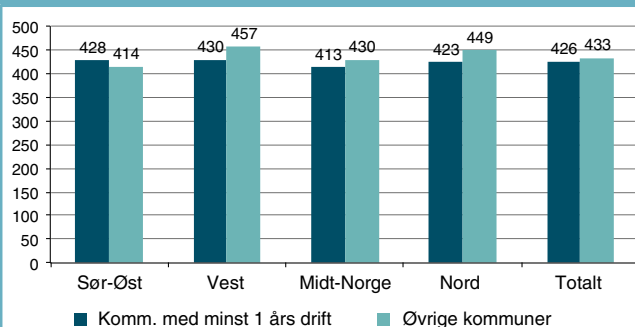
Dersom vi fokuserer nærmere på den relevante målgruppen finner vi imidlertid at det kommunale døgntilbudet for øyeblikkelig hjelp kan ha større betydning. I de kommunene som har hatt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp i hele rapporteringsperioden var det 44 933 innleggelser i sykehus for øyeblikkelig hjelp i medisinske diagnoser for eldre over 80 år. I samme periode er det beregnet at det var 6877 innleggelsene i kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp for pasienter over 80 år. Dette svarer til 15 prosent av sykehusinnleggelsene for aldersgruppen. Dette er vist i tabell 10.10. Også her er det variasjoner mellom regionene. I Helse Nord representerer innleggelsene i det kommunale døgntilbudet for øyeblikkelig hjelp hele 26 prosent av medisinske øyeblikkelig hjelp-innleggelser på sykehus for eldre 80 år og over.

8) Medisinske diagnoser gjelder DRG-type M (medisin). Fra 2013 til 2014 ble det gjort endringer i DRG-systemet som medførte at medisinske dagopphold (DD-DRGer) ble definert som poliklinisk behandling og inngår dermed ikke i definisjonen av medisinske DRG. For å sikre sammenlignbarhet er opphold som ble gruppert i DD-DRGer før 2014 omkodet til medisinske DRGer, også i 2014. Dette gjelder alle DRGer som begynner med 980, DRG 959W, DRG 981X, DRG 7110 og DRG 816R. Det er samtidig et vilkår at oppholdet er registrert som en innleggelse for øyeblikkelig hjelp.

Tabell 10.10 Antall innleggelser for øyeblikkelig hjelp innen medisinske DRG på sykehus og innleggelser i kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp for innbyggere 80 år og over. Data fra september 2013-2014.¹

| | | Sør-Øst | Vest | Midt-Norge | Nord | Totalt |
|--|-----------------------------|---------|--------|------------|-------|--------|
| Innleggelser i kommunalt døgntilbud for ø-hjelp | Komm. med minst 1 års drift | 4 513 | 616 | 882 | 866 | 6 877 |
| | Øvrige kommuner | 384 | 450 | 360 | 99 | 1 293 |
| | Kommuner totalt | 4 897 | 1065 | 1 242 | 966 | 8 170 |
| Innleggelser på sykehus for ø-hjelp innen med. DRGer | Komm. med minst 1 års drift | 31 789 | 4 806 | 4 963 | 3 375 | 44 933 |
| | Øvrige kommuner | 19 889 | 14 979 | 8 997 | 6 084 | 49 949 |
| | Kommuner totalt | 51 678 | 19 785 | 13 960 | 9 459 | 94 882 |
| Andel av innleggelser på sykehus | Komm. med minst 1 års drift | 14,2 | 12,8 | 17,8 | 25,7 | 15,3 |
| | Øvrige kommuner | 1,9 | 3,0 | 4,0 | 1,6 | 2,6 |
| | Kommuner totalt | 9,5 | 5,4 | 8,9 | 10,2 | 8,6 |

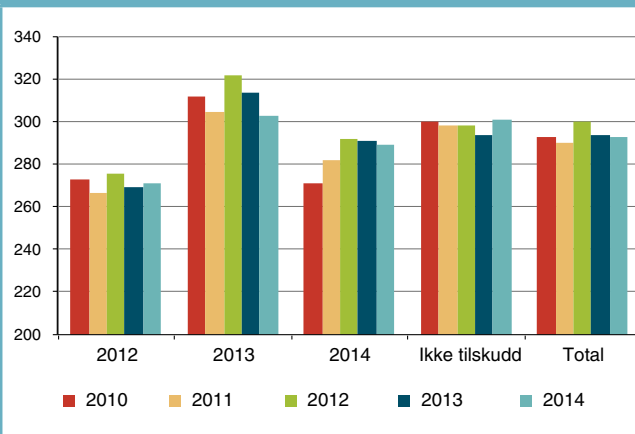
1) Innleggelsene er aldersfordelt basert på informasjon om aldersfordeling for pasientene. Landsgjennomsnitt er satt inn for enheter der det ikke foreligger informasjon om aldersfordeling.

Figur 10.7 Det kommunale tilbudets andel av innleggelser på sykehus for øyeblikkelig hjelp innen medisinske diagnoser etter region. Gjelder innbyggere 80 år og over. Data fra 1. september 2013 til 31. august 2014.**Figur 10.8 Antall innleggelser for øyeblikkelig hjelp innen medisinske diagnoser per 1000 innbyggere 80 år og over etter drift av kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp. Data fra Norsk pasientregister 1. september 2013 til 31. august 2014.**

For å vurdere eventuelle effekter av et kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp på øyeblikkelighjelp-innleggelser på sykehus for eldre har vi gjort to typer analyser:

- Analysert nivået av innleggelser for innbyggere 80 år og over som gjelder øyeblikkelig hjelp og medisinske diagnoser i perioden 1. september 2013 til 31. august 2014 (rapporteringsperioden) for kommuner med og uten minst ett års drift.
- Analysert nivået av innleggelser for innbyggere 80 år og over som gjelder øyeblikkelig hjelp og medisinske diagnoser per 2. tertial 2010-2014 etter tidspunktet for tilskudd til kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp.

Analysene er vist i figurene 10.8-10.9, samt i tabellene 10.11-10.12.

Figur 10.9 Antall innleggelser for øyeblikkelig hjelp innen medisinske diagnoser per 1000 innbyggere 80 år og over etter tidspunkt for mot-tatt tilskudd til kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp. Data fra Norsk pasientregister per 2. tertial 2010-2014.

Figur 10.8 viser noe færre innleggelser per innbygger 80 år og over i gruppen med tilgang til døgntilbud for øyeblikkelig hjelp enn for øvrige kommuner. Samlet utgjør forskjellen 7 færre innleggelser per 1000 innbygger i kommuner med et kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp, eller en rate som er 1,6 prosent lavere. Forskjellen i rater for innleggelser påvises i tre av regionene, men ikke for kommuner i Helse Sør-Øst.

Figur 10.9 og tabell 10.12 viser utviklingen i innleggelser for øyeblikkelig hjelp innen medisinske diagnoser per innbygger 80 år og over etter hvilket år kommunen fikk innvilget tilskudd til å etablere et kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp. Som vist i tidligere rapporter, har de kommunene som først fikk etablert et kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp et noe lavere nivå av sykehusinnleggelser enn andre kommuner. Vi har tidligere påpekt at dette trolig kan skyldes at disse kommunene allerede før Samhandlingsreformen hadde et kommunalt tjenestetilbud som bidro til at belastningen på sykehus blir noe lavere. I figur 10.4 viste vi at kommunene som fikk tilskudd i 2012 har et høyere nivå av korttidsopphold enn andre kommuner.

I 2013 var det 94 nye kommuner som fikk tilskudd til etablering og drift. Disse var heterogene med hensyn til både størrelse og tjenesteprofil. 32 av disse kommunene hadde færre enn 5 000 innbyggere, men gruppen inkluderte også Sandnes, Trondheim og Oslo. For denne gruppen av kommuner er nivået av ø-hjelps-innleggelser av eldre innen medisinske diagnoser høyere enn for kommuner som ikke har mottatt tilskudd, men vi ser også at raten for bruk av sykehus faller i både 2013 og 2014.

Det er trolig andre forhold enn de kommunale døgntilbudene som best forklarer variasjonene i nivå av sykehusbruk blant eldre. Når det gjelder utviklingstallene, kan det imidlertid være mulig at det kommunale døgntilbudet for øyeblikkelig hjelp har bidratt til å redusere innleggelser for øyeblikkelig hjelp blant eldre. Effekten av tilbudet på innleggelser for øyeblikkelig hjelp er imidlertid liten.

Døgntilbudet for øyeblikkelig hjelp har så langt hatt et beskjedent omfang. Likevel kan dette gi en første indikasjon på at kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp kan bidra til å redusere omfanget av innleggelser for pasienter over 80 år.

Tabell 10.11 Innleggelser på sykehus for øyeblikkelig hjelp innen medisinske diagnoser for innbyggere 80 år og etter varighet på kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp. Data fra september 2013-2014.

| | Antall (N=) | | Per 1000 innbyggere 80 år og over | |
|------------------|-------------------------------|-----------------|-----------------------------------|-----------------|
| | Komm. med minst ett års drift | Øvrige kommuner | Komm. med minst ett års drift | Øvrige kommuner |
| Helse Sør-Øst | 31 789 | 19 889 | 428 | 414 |
| Helse Vest | 4 806 | 14 979 | 430 | 457 |
| Helse Midt-Norge | 4 963 | 8 997 | 413 | 430 |
| Helse Nord | 3 375 | 6 084 | 423 | 449 |
| Total | 44 933 | 49 949 | 426 | 433 |

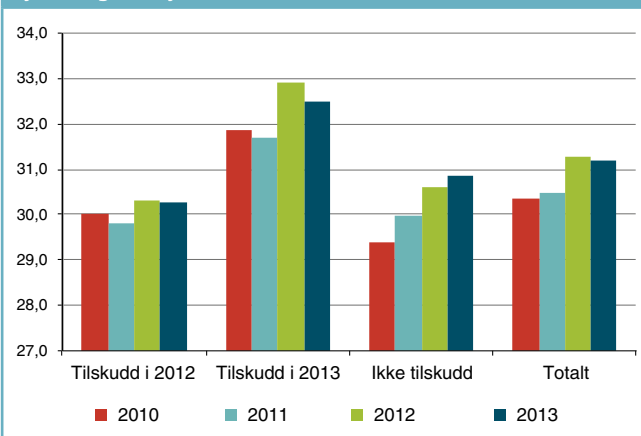
Tabell 10.12 Innleggelser på sykehus for øyeblikkelig hjelp innen medisinske diagnoser for innbyggere 80 år og etter tidspunkt for første tilskudd til kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp. Data per 2. tertial 2010-2014.

| | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|-----------------------|------|------|------|------|------|
| 2012 | 273 | 267 | 276 | 269 | 271 |
| 2013 | 312 | 305 | 322 | 314 | 303 |
| 2014 | 271 | 282 | 292 | 291 | 289 |
| Ikke mottatt tilskudd | 300 | 298 | 298 | 294 | 301 |
| Total | 293 | 290 | 300 | 294 | 293 |

10.9 Kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp og potensielt forebyggbare innleggelser

I kapittel 15 om potensielt forebyggbare innleggelser beskrives utviklingen for spesifikke diagnoser som det til en viss grad er mulig å forebygge eller håndtere i kommunehelsetjenesten slik at pasienten unngår innleggelse i sykehus. Organisering av kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp er ett av flere tiltak som kan bidra til å redusere slike innleggelser. Vi har derfor analysert omfanget av potensielt forebyggbare innleggelser for ulike kommunegrupper etter tidspunkt for mottak av tilskudd for det kommunale tilbudet. Vi finner så langt ingen tydelig effekt av det kommunale døgntilbudet for øyeblikkelig hjelp på potensielt forebyggbare innleggelser.

Figur 10.10 Antall potensielt forebyggbare akuttinnleggelser¹⁾ per 1000 innbygger etter tidspunkt for tilskudd til kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp. Data fra norsk pasientregister 2010-2013. Kjønn- og aldersjusterte rater.



1) Innleggelser som er forebyggbar ved vaksining, innleggelser for forebyggbare kroniske tilstander, akuttinnleggelser for kronikere, andre akuttinnleggelser og andre forebyggbare innleggelser som liggesår, trykksår, lårbensbrudd. Se kapittel 15, tabell 15.1 for en nærmere definisjon av pasientgruppene som er inkludert.

Tabell 10.13 Innleggelser for øyeblikkelig hjelp i medisinske diagnoser per 1000 innbygger og relativt nivå av slike innleggelser(landsgjennomsnitt =100). Data fra Norsk pasientregister per 2.tertial 2010-2014.

| Kommunegrupper | | Relativt nivå | | | | | Rate per 1000-innbygger | | | | |
|----------------|--|---------------|------------|------------|------------|------------|-------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
| Totalt | Sør-Øst | 100 | 99 | 99 | 98 | 99 | 63 | 62 | 63 | 61 | 61 |
| | Vest | 99 | 102 | 103 | 103 | 102 | 63 | 64 | 65 | 65 | 63 |
| | Midt-Norge | 101 | 99 | 97 | 99 | 99 | 64 | 61 | 61 | 62 | 61 |
| | Nord | 101 | 102 | 102 | 104 | 104 | 64 | 64 | 65 | 65 | 64 |
| | Totalt | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 63 | 62 | 63 | 62 | 61 |
| Sør-Øst | Under 5000 innb. | 107 | 109 | 105 | 103 | 109 | 68 | 68 | 67 | 64 | 68 |
| | 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | 97 | 95 | 97 | 97 | 95 | 61 | 59 | 61 | 60 | 59 |
| | 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | 119 | 114 | 112 | 110 | 114 | 75 | 71 | 71 | 69 | 71 |
| | Over 20000 innb. - lengre reiseavstand | 92 | 92 | 93 | 93 | 92 | 58 | 58 | 59 | 58 | 58 |
| | Over 20000 innb. - kort reiseavstand | 106 | 107 | 108 | 106 | 107 | 67 | 67 | 68 | 66 | 67 |
| | Storby ekskl. Oslo | 97 | 98 | 99 | 98 | 98 | 61 | 61 | 63 | 61 | 61 |
| | Oslo | 101 | 98 | 98 | 95 | 98 | 64 | 61 | 62 | 59 | 61 |
| Vest | Under 5000 innb. | 107 | 107 | 108 | 109 | 107 | 67 | 67 | 68 | 68 | 67 |
| | 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | 102 | 103 | 104 | 104 | 103 | 64 | 64 | 66 | 65 | 64 |
| | 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | 111 | 111 | 110 | 113 | 111 | 70 | 69 | 69 | 71 | 69 |
| | Over 20000 innb. | 97 | 101 | 103 | 105 | 101 | 61 | 63 | 65 | 66 | 63 |
| | Storby | 95 | 99 | 99 | 100 | 99 | 60 | 62 | 63 | 62 | 62 |
| Midt-Norge | Under 5000 innb. | 113 | 109 | 104 | 107 | 109 | 72 | 68 | 65 | 67 | 68 |
| | 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | 99 | 97 | 95 | 98 | 97 | 62 | 60 | 60 | 61 | 60 |
| | 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | 113 | 113 | 109 | 111 | 113 | 71 | 70 | 69 | 69 | 70 |
| | Over 20000 innb. | 102 | 101 | 102 | 105 | 101 | 64 | 63 | 65 | 66 | 63 |
| | Storby | 90 | 87 | 86 | 88 | 87 | 57 | 54 | 55 | 55 | 54 |
| Nord | Under 5000 innb. | 108 | 108 | 106 | 108 | 108 | 68 | 68 | 67 | 68 | 68 |
| | 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | 95 | 103 | 101 | 104 | 103 | 60 | 64 | 64 | 65 | 64 |
| | 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | 131 | 130 | 131 | 132 | 130 | 83 | 81 | 83 | 83 | 81 |
| | Over 20000 innb. | 92 | 92 | 93 | 96 | 92 | 58 | 57 | 59 | 60 | 57 |
| | Storby | 78 | 77 | 80 | 76 | 77 | 49 | 48 | 51 | 48 | 48 |

Tabell 10.14 Innleggelser for øyeblikkelig hjelp med medisinske diagnoser 80 år og eldre samt relativt nivå av slike innleggelser(landsgjennomsnittet =100). Data per 2. tertial 2010-2014.

| Kommunegrupper | | Relativt nivå 80 år+ | | | | | Rate per 1000-innbygger 80 år+ | | | | |
|----------------|--|----------------------|------------|------------|------------|------------|--------------------------------|------------|------------|------------|------------|
| | | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
| Totalt | Sør-Øst | 101 | 101 | 101 | 99 | 99 | 295 | 292 | 302 | 291 | 288 |
| | Vest | 101 | 102 | 105 | 107 | 104 | 295 | 296 | 315 | 314 | 305 |
| | Midt-Norge | 98 | 98 | 94 | 96 | 98 | 287 | 284 | 281 | 283 | 288 |
| | Nord | 97 | 96 | 96 | 99 | 102 | 283 | 279 | 288 | 292 | 298 |
| | Totalt | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 293 | 290 | 300 | 294 | 293 |
| Sør-Øst | Under 5000 innb. | 85 | 89 | 84 | 79 | 89 | 248 | 258 | 252 | 233 | 258 |
| | 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | 87 | 86 | 86 | 86 | 86 | 254 | 250 | 257 | 252 | 250 |
| | 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | 121 | 113 | 120 | 104 | 113 | 355 | 328 | 361 | 305 | 328 |
| | Over 20000 innb. - lengre reiseavstand | 92 | 90 | 88 | 88 | 90 | 268 | 262 | 264 | 260 | 262 |
| | Over 20000 innb. - kort reiseavstand | 102 | 107 | 104 | 106 | 107 | 299 | 311 | 310 | 312 | 311 |
| | Storby ekskl. Oslo | 101 | 101 | 102 | 101 | 101 | 295 | 292 | 306 | 297 | 292 |
| | Oslo | 126 | 122 | 126 | 122 | 122 | 368 | 353 | 379 | 359 | 353 |
| Vest | Under 5000 innb. | 86 | 91 | 93 | 94 | 91 | 253 | 263 | 280 | 277 | 263 |
| | 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | 102 | 100 | 100 | 103 | 100 | 298 | 291 | 301 | 302 | 291 |
| | 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | 108 | 111 | 112 | 122 | 111 | 315 | 323 | 335 | 359 | 323 |
| | Over 20000 innb. | 98 | 100 | 113 | 109 | 100 | 288 | 291 | 338 | 320 | 291 |
| | Storby | 106 | 107 | 109 | 111 | 107 | 309 | 310 | 328 | 327 | 310 |
| Midt-Norge | Under 5000 innb. | 91 | 86 | 81 | 86 | 86 | 266 | 251 | 241 | 255 | 251 |
| | 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | 91 | 89 | 91 | 93 | 89 | 265 | 258 | 272 | 274 | 258 |
| | 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | 120 | 128 | 112 | 102 | 128 | 352 | 372 | 336 | 302 | 372 |
| | Over 20000 innb. | 100 | 106 | 104 | 105 | 106 | 294 | 307 | 311 | 309 | 307 |
| | Storby | 108 | 105 | 96 | 101 | 105 | 317 | 306 | 288 | 297 | 306 |
| Nord | Under 5000 innb. | 82 | 83 | 81 | 82 | 83 | 240 | 240 | 242 | 242 | 240 |
| | 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | 87 | 86 | 89 | 96 | 86 | 254 | 248 | 266 | 284 | 248 |
| | 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | 125 | 129 | 130 | 132 | 129 | 365 | 375 | 389 | 389 | 375 |
| | Over 20000 innb. | 106 | 99 | 100 | 100 | 99 | 310 | 288 | 299 | 294 | 288 |
| | Storby | 107 | 105 | 103 | 109 | 105 | 314 | 303 | 308 | 321 | 303 |



11

Korttidsplasser og korttidsopphold

Etter innføringen av samhandlingsreformen har både antall og andel korttidsplasser, samt mottakere av tidsbegrensede opphold økt betydelig. Veksten har vært sterkere i årene etter reformen enn i årene før. Fra 2011 til 2013 har antallet korttidsplasser økt med 12 prosent og antallet mottakere av korttidsopphold totalt har økt med 14,5 prosent. Eldre mottakere av korttidsopphold økte også med nesten 11 prosent.

Antallet mottakere av langtidsopphold har ikke økt i perioden.

Veksten i antallet korttidsopphold har variert noe mellom regionene, men per 2013 er det kun små variasjoner mellom regionene i omfanget av korttidsopphold per eldre innbygger. Omfanget av korttidsopphold er generelt høyere i de største kommunene enn i mindre kommuner.

Omfanget av liggedager for eldre utskrivningsklare pasienter tenderer til å være høyere i kommuner med et lavt nivå av korttidsopphold enn for kommuner med et høyt nivå av korttidsopphold for eldre. Sammenhengen er mer kompleks for store kommuner enn for små.

11.1 Innledning

Korttidsplasser kan være et virkemiddel for å kunne gi helsehjelp før, i stedet for eller etter innleggelse i sykehus. Samhandlingsreformen legger opp til utbygging av lokalmedisinske sentre der desentraliserte spesialisthelsetjenester blir samlokalisert med ulike kommunale helsetjenester. Hagen-utvalget (NOU 2011:11) foreslo et tydelig skille mellom bofunksjonen til de som skal bo over lang tid i institusjon og de som er inne på korttidsopphold. På sikt vil flere sykehjem trolig bygges om for å tilby korttidsopphold for behandling og opptrening, mens langtidsbeboere, ofte med demens som hoveddiagnose, etter hvert vil få sitt tilbud i mindre bofellesskap.¹ I dette kapitlet beskriver vi utviklingen i bruk av korttidsplasser (både plasser og mottakere av tidsbegrensede opphold) og forholdet mellom korttidsplasser og langtidsplasser i kommunene.

11.2 Økt antall og andel korttidsplasser

Korttidsplasser er i hovedsak et tilbud til den eldre delen av befolkningen. Andelen korttidsplasser per innbyggere over 80 år forteller oss noe om dekningsgraden for målgruppen.

Antall korttidsplasser har økt med 12 prosent fra 2010 til 2013. Som det framgår av tabell 11.1 og figur 11.1, er det store forskjeller mellom helseregionene i hvor sterk veksten i korttidsplasser har vært de siste årene. Etter samhandlingsreformen i 2012 har kommunene i Sør-Øst hatt en betydelig lavere vekst i antall korttidsplasser enn kommunene i andre regioner. I 2013 er nivået av korttidsplasser per innbygger 80 år og over noe lavere i Sør-Øst (32 plasser per 1000 eldre innbyggere) enn i kommuner i andre regioner (35-38 plasser per 1000 eldre innbyggere), men ved starten av perioden hadde kommuner i Sør-Øst og Vest en høyere dekningsgrad enn kommunene i Midt- Norge og Nord. Gjennom en tydelig satsing

1) Meld. St. nr. 29 (2012-2013) s. 102

på korttidsplasser, har dette nå endret seg slik at kommunene i Nord har den høyeste dekningsgraden av korttidsplasser i 2013.

Det totale antallet plasser i omsorgstjenestene har forblitt stabilt på i overkant av 41 000 plasser i perioden

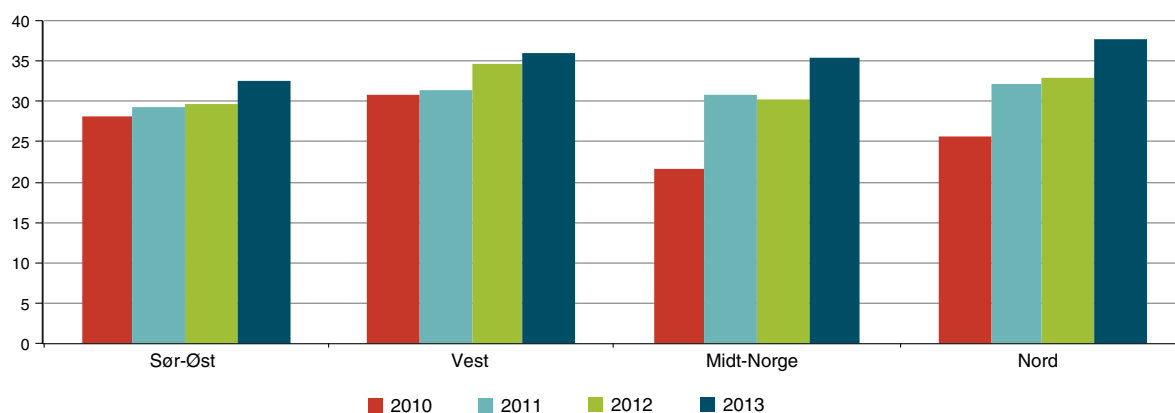
fra 2010 til 2013. Det betyr at kommunene har omprioritert plasser innenfor eksisterende bygningsmasse og at dekningsgraden for langtidsplasser har gått noe ned for eldre innbyggere gjennom perioden.

Tabell 11.1 Utviklingen i antall korttidsplasser og institusjonsplasser totalt 2010-2013 etter region.

| | Antall korttidsplasser | | | | Prosent endring | |
|---------------|------------------------|--------------|--------------|--------------|-----------------|------------|
| | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2011-13 | 2012-13 |
| Sør-Øst | 3 465 | 3 616 | 3 657 | 3 972 | 9,8 | 8,6 |
| Vest | 1 351 | 1 376 | 1 523 | 1 582 | 15,0 | 3,9 |
| Midt-Norge | 714 | 1 016 | 998 | 1 163 | 14,5 | 16,5 |
| Nord | 551 | 694 | 713 | 813 | 17,1 | 14,0 |
| Totalt | 6 081 | 6 701 | 6 891 | 7 530 | 12,4 | 9,3 |

| | Antall plasser totalt | | | | Prosent endring | |
|---------------|-----------------------|---------------|---------------|---------------|-----------------|-------------|
| | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2011-13 | 2012-13 |
| Sør-Øst | 21 953 | 21 903 | 22 048 | 21 907 | 0,0 | -0,6 |
| Vest | 8 395 | 8 470 | 8 598 | 8 594 | 1,5 | 0,0 |
| Midt-Norge | 6 335 | 6 260 | 6 339 | 6 331 | 1,1 | -0,1 |
| Nord | 4 586 | 4 616 | 4 705 | 4 750 | 2,9 | 1,0 |
| Totalt | 41 269 | 41 249 | 41 690 | 41 582 | 0,8 | -0,3 |

Figur 11.1 Antall korttidsplasser per 1000 innbyggere 80 år og over 2010-2013.



11.3 Økt antall mottakere av korttidsopphold

Korttidsopphold deles inn i tre hovedkategorier.

- Utredning og behandling
- Habilitering / rehabilitering
- Andre korttidsopphold

Dette er sentrale tilbud for de brukerne som blir skrevet ut fra sykehus. Som det fremgår av tabell 11.2, har det vært en tydelig økning i antall eldre mottakere av disse tilbudene i kommunene i årene etter samhandlingsrefor-

men. Økningen har vært særlig sterk for korttidsopphold for utredning og behandling.

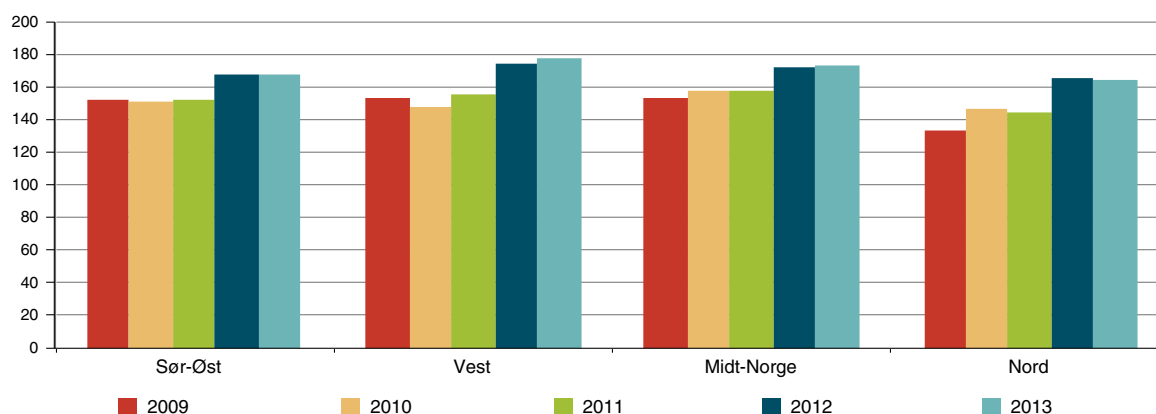
Antallet eldre mottakere av tidsbegrensede opphold på institusjon har økt i alle de fire regionene de to siste årene. Kommunene i Vest har det høyeste nivået av eldre mottakere, mens kommunene i Nord har den laveste andelen. Sammenlikner vi utviklingen i dekningsgrad for brukere og plasser har kommunene i Helse Nord flest plasser til disposisjon for målgruppen, men samtidig lavest andel brukere som mottar tjenesten. Årsaken til dette kan ligge i ulik gjennomstrømming av mottakere per plass.

Tabell 11.2 Mottakere av institusjonsopphold gjennom året per 1000 innbyggere 80 år og over. Data fra IPLOS 2009-2013.

| | Mottakere per 1000 innbyggere 80 år og eldre | | | | | Prosent endring | |
|--------------------------------|--|------|------|------|------|-----------------|---------|
| | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2009-11 | 2011-13 |
| Habilitering og rehabilitering | 44 | 43 | 47 | 49 | 50 | 8,1 | 5,5 |
| Utredning og behandling | 90 | 90 | 92 | 94 | 106 | 2,0 | 15,0 |
| Andre korttidsopphold | 79 | 77 | 76 | 81 | 82 | -4,3 | 7,6 |
| Tidsbegrensede opphold totalt | 151 | 151 | 153 | 169 | 170 | 1,3 | 11,2 |
| Langtidsopphold | 178 | 176 | 174 | 176 | 173 | -1,9 | -0,7 |

| | Antall mottakere 80 år og eldre (N=) | | | | | Prosent endring | |
|--------------------------------|--------------------------------------|--------|--------|--------|--------|-----------------|---------|
| | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2009-11 | 2011-13 |
| Habilitering og rehabilitering | 7 424 | 7 612 | 8 152 | 8 786 | 8 883 | 9,8 | 9,0 |
| Utredning og behandling | 13 923 | 14 288 | 14 883 | 17 962 | 17 976 | 6,9 | 20,8 |
| Andre korttidsopphold | 14 432 | 13 943 | 13 724 | 14 573 | 14 674 | -4,9 | 6,9 |
| Tidsbegrensede opphold totalt | 33 137 | 33 214 | 33 864 | 37 357 | 37 459 | 2,2 | 10,6 |
| Langtidsopphold | 38 879 | 38 541 | 38 408 | 38 601 | 38 101 | -1,2 | -0,8 |

Figur 11.2 Mottakere av tidsbegrensede opphold på institusjon per 1000 innbyggere 80 år og eldre etter region. Data fra IPLOS 2009-2013.

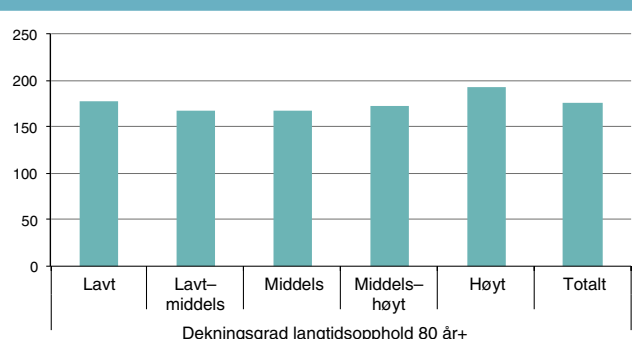


Tilgjengelighet til korttidsopphold versus langtidsopphold

Tabell 11.2 viser at antallet eldre mottakere av tidsbegrensede opphold på institusjon har økt betydelig de to siste årene, mens antallet eldre mottakere av langtidsopphold har gått noe ned.

Totalt sett er det liten sammenheng mellom dekningsgraden av korttidsopphold og langtidsopphold for eldre. Det er verken slik at kommuner som har et høyt nivå av korttidsopphold – også har et lavt nivå av langtidsopphold, eller slik at kommuner som har et høyt nivå av det ene – også har et høyt nivå av det andre. Noen kommuner har et høyt nivå av begge deler, andre kommuner har et lavt nivå av begge deler og noen har et høyt nivå av det ene og et lavt nivå av det andre. Dette vises i figur 11.3

Figur 11.3 Mottakere av korttidsopphold per 1000 innbyggere 80 år og eldre etter dekningsgrad av langtidsopphold per eldre innbygger. Data fra IPLOS 2013.



hvor vi har delt inn kommunene etter nivået av mottakere av langtidsopphold per 1000 innbyggere over 80 år og eldre. Kommunene er inndelt i fem like store grupper med 20 prosent i hver gruppe. Søylene i figuren viser kommunenes gjennomsnittlige nivå av mottakere av korttidsopphold på institusjon per 1000 eldre innbyggere over 80 år. Figuren indikerer at nivået av langtidsopphold har liten betydning for nivået av korttidsopphold. Bildet endrer seg lite om vi korrejerer for kommunestørrelse.

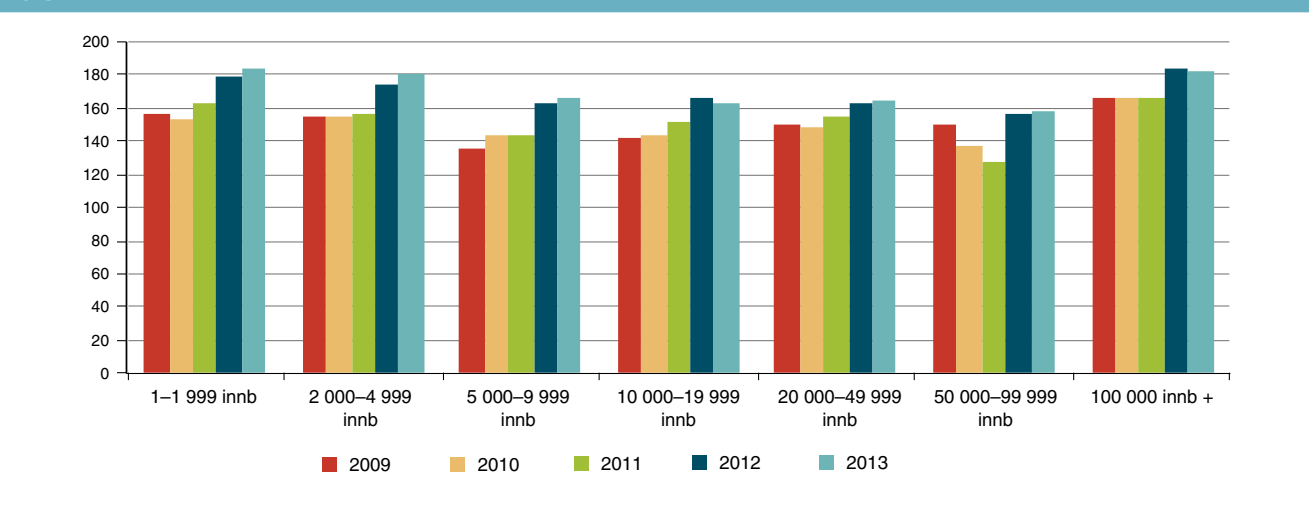
Omfang av korttidsopphold etter kommunestørrelse

Figur 11.4 viser at det er de minste og de største kommunene som har den høyeste dekningsgraden av korttidsopphold per eldre innbygger (mottakere gjennom året av tidsbegrenset opphold). I 2013 hadde de minste kommunene (mindre enn 2000 innbyggere) et gjennomsnitt på 185 eldre mottakere av korttidsopphold per 1000 eldre innbyggere, mens tilsvarende tall for kommuner med mellom 50 000 og 100 000 innbyggere var knappe 160 mottakere. Veksten i mottakere av korttidsopphold har vært sterk i både små og store kommuner.

Omfang av korttidsopphold og liggedager for utskrivningsklare pasienter

Dekningsgrad og tilgjengelighet til korttidsopphold kan ha betydning for kommunenes mulighet til å kunne ta imot utskrivningsklare pasienter fra sykehusene. Figur 11.5 viser gjennomsnittlig antall liggedager for utskrivningsklare eldre pasienter i 2013 etter kommunenes

Figur 11.4 Mottakere av tidsbegrenset opphold på institusjon per 1000 innbyggere 80 år og eldre etter kommunestørrelse. Data fra IPLOS 2009-2013.



dekningsgrad av korttidsopphold for eldre innbyggere og kommunestørrelse. Kommunenes dekningsgrad av korttidsopphold representerer antall mottakere gjennom året av korttidsopphold som er 80 år og over per 1000 eldre innbygger. Kommunene er inndelt i tre grupper med 1/3 av kommunene i hver gruppe (lavt nivå, middels nivå og høyt nivå).

Figuren viser først og fremst de betydelige forskjellene mellom små og store kommuner i nivået av liggedager for utskrivningsklare pasienter. Som vist i kapittel 13 om utskrivningsklare pasienter, har små kommuner et lavere nivå av liggedager for utskrivningsklare pasienter enn store kommuner.

Totalt sett, og for de minste kommunene, er det en tydelig sammenheng mellom dekningsgrad av korttidsopphold for eldre og liggedager for eldre utskrivningsklare pasienter. Små kommuner med et høyt nivå av korttidsopphold har et lavere nivå av liggedager for utskrivningsklare pasienter enn små kommuner med et lavt nivå av korttidsopphold.

For større kommuner er sammenhengen mellom nivået av korttidsopphold og liggedager for utskrivningsklare pasienter mer kompleks, og vil også avhenge av dekningsgrad på langtidsopphold i institusjon og tilbudet av hjemmesykepleie. Nivået av liggedager for eldre utskrivningsklare pasienter er høyest i store kommuner (50 000-100 000 innbyggere) med et lavt nivå av korttidsopphold for eldre, mens kommuner med et middels nivå av korttidsplasser har et betydelig lavere

nivå av liggedager for utskrivningsklare pasienter. I gruppen av mellomstore kommuner har imidlertid kommuner med et middels nivå av korttidsplasser et lavere nivå av liggedager for eldre utskrivningsklare pasienter enn kommuner med et høyt nivå av korttidsplasser.

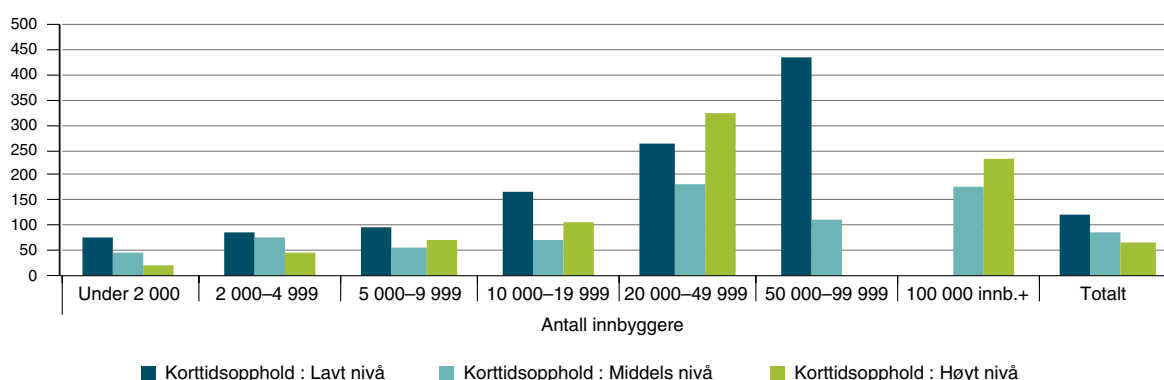
Alle de største kommunene har enten et middels eller et høyt nivå av korttidsplasser, og forskjellen mellom disse kommunenes nivå av korttidsopphold forklarer ikke nivået av liggedager for utskrivningsklare pasienter. Denne sammenhengen påvirkes sterkt av Trondheim som har et høyt nivå av korttidsopphold, men også et særlig høyt nivå av liggedager for utskrivningsklare eldre pasienter i 2013 (567 liggedager per 1000 innbyggere 80 år og over). Bærum kommune og Stavanger har et høyt nivå av korttidsplasser og lavere nivå av liggedager for eldre utskrivningsklare pasienter enn Oslo som er kategorisert med et middels nivå av korttidsplasser.

Datagrunnlag

Data på antall korttidsplasser er hentet fra KOSTRA og SSB – Statistikkbanken. Data for antall mottakere av tidsbegrenset opphold på institusjon, samt mottakere av langtidsopphold på institusjon, er fra IPLOS-registeret. Data fra IPLOS er levert på kommunenivå av SSB.

Tabell 11.3 viser antallet kommuner med manglende data eller ugyldig registrering etter type data. Ved beregning av rater (plasser/mottakere per 1000 innbyggere) er befolkningstallene tatt ut for kommuner med manglende/ugyldige data.

Figur 11.5 Gjennomsnittlig antall liggedager for utskrivningsklare pasienter per innbygger 80 år og eldre etter nivå av korttidsopphold for eldre (mottakere per 1000 innbyggere 80 år og over) og kommunestørrelse 2013.



Tabell 11.3 Antall kommuner med manglende data 2009-2013.

| | Kommuner med manglende/ugyldig data | | | | |
|--|-------------------------------------|------|------|------|------|
| | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
| Mottakere langtidsopphold totalt | 7 | 8 | 5 | 5 | 3 |
| Mottakere langtidsopphold 80 år og over | 7 | 8 | 7 | 7 | 4 |
| Mottakere av tidsbegrenset opphold på institusjon totalt | 14 | 9 | 4 | 6 | 7 |
| Mottakere av tidsbegrenset opphold på institusjon 80 år og over | 18 | 17 | 10 | 12 | 9 |
| Mottakere av tidsbegrenset opphold for utredn. og behandl. totalt | 202 | 203 | 197 | 106 | 171 |
| Mottakere av tidsbegrenset opphold for utredn. og behandl. 80 år og over | 226 | 219 | 213 | 115 | 192 |
| Mottakere av tidsbegrenset opphold for habil./rehab. totalt | 172 | 159 | 157 | 149 | 151 |
| Mottakere av tidsbegrenset opphold for habil./rehab. 80 år og over | 198 | 186 | 181 | 173 | 175 |
| Mottakere av tidsbegrenset opphold -annet totalt | 119 | 117 | 114 | 115 | 111 |
| Mottakere av tidsbegrenset opphold -annet 80 år og over | 133 | 138 | 134 | 138 | 132 |

Tabell 11.4 Antall korttidsplasser per 1000 innbyggere 80 år og over etter kommunegrupper. Data fra KOSTRA 2010-13.

| Kommunegruppe | | Antall plasser per 1000 innbyggere 80 år og over | | | |
|---------------|--|--|-----------|-----------|-----------|
| | | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
| Totalt | Sør-Øst | 28 | 29 | 30 | 32 |
| | Vest | 31 | 31 | 35 | 36 |
| | Midt-Norge | 22 | 31 | 30 | 35 |
| | Nord | 26 | 32 | 33 | 38 |
| | Norge totalt | 27 | 30 | 31 | 34 |
| Sør-Øst | Under 5000 innb. | 29 | 32 | 35 | 39 |
| | 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | 25 | 27 | 31 | 33 |
| | 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | 22 | 19 | 25 | 30 |
| | Over 20000 innb. - lengre reiseavstand | 34 | 36 | 30 | 36 |
| | Over 20000 innb. - kort reiseavstand | 27 | 33 | 28 | 30 |
| | Storby ekskl. Oslo | 29 | 30 | 30 | 33 |
| | Oslo | 28 | 25 | 27 | 28 |
| Vest | Under 5000 innb. | 25 | 30 | 32 | 34 |
| | 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | 28 | 28 | 30 | 33 |
| | 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | 24 | 19 | 14 | 18 |
| | Over 20000 innb. | 28 | 29 | 36 | 34 |
| | Storby | 37 | 36 | 41 | 41 |
| Midt-Norge | Under 5000 innb. | 26 | 29 | 35 | 47 |
| | 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | 20 | 23 | 28 | 30 |
| | 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | 13 | 22 | 27 | 36 |
| | Over 20000 innb. | 33 | 37 | 42 | 37 |
| | Storby | 11 | 43 | 18 | 28 |
| Nord | Under 5000 innb. | 25 | 32 | 33 | 37 |
| | 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | 22 | 31 | 30 | 36 |
| | 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | 23 | 28 | 28 | 43 |
| | Over 20000 innb. | 30 | 35 | 34 | 35 |
| | Storby | 31 | 37 | 43 | 42 |

Tabell 11.5 Mottakere av tidsbegrenset opphold på institusjon per 1000 innbyggere 80 år og over etter kommunegruppe.
Data fra IPLOS 2009-13.

| Kommunegruppe | | Mottakere per 1000 innbyggere 80 år og over | | | | | Prosent endring | |
|---------------|--|---|------------|------------|------------|------------|-----------------|-------------|
| | | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2009-11 | 2011-13 |
| Totalt | Sør-Øst | 153 | 151 | 152 | 167 | 168 | -0,4 | 10,1 |
| | Vest | 153 | 148 | 156 | 174 | 178 | 1,5 | 14,3 |
| | Midt-Norge | 154 | 157 | 158 | 172 | 174 | 3,1 | 9,8 |
| | Nord | 133 | 147 | 145 | 165 | 164 | 9,0 | 13,1 |
| | Norge totalt | 151 | 151 | 153 | 169 | 170 | 1,3 | 11,2 |
| Sør-Øst | Under 5000 innb. | 166 | 163 | 168 | 181 | 189 | 0,9 | 12,3 |
| | 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | 156 | 149 | 162 | 168 | 170 | 3,5 | 5,3 |
| | 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | 126 | 122 | 123 | 145 | 147 | -2,3 | 19,3 |
| | Over 20000 innb. - lengre reiseavstand | 151 | 155 | 157 | 157 | 161 | 3,8 | 2,7 |
| | Over 20000 innb. - kort reiseavstand | 152 | 148 | 158 | 167 | 166 | 3,9 | 5,2 |
| | Storby ekskl. Oslo | 156 | 148 | 138 | 170 | 171 | -11,2 | 23,9 |
| | Oslo | 148 | 156 | 149 | 172 | 162 | 0,4 | 9,2 |
| Vest | Under 5000 innb. | 147 | 139 | 152 | 166 | 166 | 3,2 | 9,1 |
| | 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | 136 | 137 | 144 | 172 | 175 | 5,8 | 21,3 |
| | 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | 136 | 134 | 152 | 155 | 149 | 12,2 | -2,0 |
| | Over 20000 innb. | 120 | 119 | 133 | 156 | 163 | 10,8 | 22,9 |
| | Storby | 178 | 169 | 171 | 187 | 193 | -3,9 | 12,9 |
| Midt-Norge | Under 5000 innb. | 165 | 171 | 165 | 187 | 195 | 0,3 | 18,0 |
| | 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | 129 | 147 | 137 | 161 | 157 | 6,2 | 14,1 |
| | 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | 130 | 124 | 135 | 163 | 156 | 4,0 | 15,0 |
| | Over 20000 innb. | 155 | 147 | 152 | 153 | 163 | -2,1 | 7,6 |
| | Storby | 185 | 180 | 198 | 194 | 193 | 7,0 | -2,8 |
| Nord | Under 5000 innb. | 135 | 138 | 140 | 164 | 172 | 3,6 | 22,9 |
| | 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | 116 | 151 | 142 | 161 | 157 | 21,9 | 10,7 |
| | 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | 117 | 154 | 144 | 165 | 164 | 23,0 | 14,4 |
| | Over 20000 innb. | 162 | 164 | 168 | 191 | 179 | 3,4 | 6,7 |
| | Storby | 136 | 122 | 129 | 127 | 120 | -4,9 | -7,1 |

Tabell 11.6 Mottakere av langtidsopphold på institusjon per 1000 innbyggere 80 år og over etter kommunegruppe. Data fra IPLOS 2009-13.

| Kommunegruppe | | Mottakere per 1000 innbyggere 80 år og over | | | | | Prosent endring | |
|---------------|--|---|------------|------------|------------|------------|-----------------|-------------|
| | | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2009-11 | 2011-13 |
| Totalt | Sør-Øst | 170 | 169 | 166 | 168 | 165 | -2,4 | -0,2 |
| | Vest | 181 | 178 | 180 | 176 | 175 | -0,7 | -2,6 |
| | Midt-Norge | 187 | 185 | 184 | 186 | 183 | -1,6 | -0,7 |
| | Nord | 200 | 201 | 196 | 199 | 197 | -2,0 | 0,3 |
| | Norge totalt | 178 | 176 | 174 | 176 | 173 | -1,9 | -0,7 |
| Sør-Øst | Under 5000 innb. | 186 | 190 | 195 | 190 | 188 | 4,3 | -3,3 |
| | 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | 166 | 166 | 163 | 163 | 160 | -1,9 | -2,2 |
| | 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | 166 | 155 | 159 | 158 | 137 | -4,2 | -14,1 |
| | Over 20000 innb. - lengre reiseavstand | 148 | 150 | 149 | 144 | 144 | 0,5 | -2,8 |
| | Over 20000 innb. - kort reiseavstand | 150 | 142 | 144 | 143 | 146 | -3,6 | 1,4 |
| | Storby ekskl. Oslo | 158 | 157 | 150 | 160 | 155 | -4,6 | 3,2 |
| | Oslo | 211 | 211 | 203 | 214 | 211 | -3,6 | 4,1 |
| Vest | Under 5000 innb. | 202 | 206 | 210 | 203 | 198 | 3,7 | -5,5 |
| | 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | 156 | 149 | 153 | 149 | 149 | -2,0 | -2,5 |
| | 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | 143 | 148 | 152 | 145 | 143 | 6,3 | -6,2 |
| | Over 20000 innb. | 191 | 188 | 173 | 158 | 162 | -9,3 | -6,3 |
| | Storby | 192 | 185 | 192 | 192 | 192 | 0,0 | 0,0 |
| Midt-Norge | Under 5000 innb. | 216 | 215 | 205 | 199 | 209 | -4,8 | 1,9 |
| | 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | 192 | 192 | 190 | 195 | 179 | -0,8 | -5,6 |
| | 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | 145 | 133 | 139 | 146 | 126 | -3,9 | -9,8 |
| | Over 20000 innb. | 153 | 149 | 150 | 147 | 156 | -1,8 | 3,6 |
| | Storby | 195 | 194 | 200 | 212 | 206 | 2,6 | 2,8 |
| Nord | Under 5000 innb. | 224 | 226 | 223 | 222 | 221 | -0,2 | -0,8 |
| | 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | 192 | 187 | 180 | 182 | 187 | -6,2 | 3,8 |
| | 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | 195 | 201 | 183 | 194 | 184 | -6,0 | 0,5 |
| | Over 20000 innb. | 182 | 184 | 187 | 188 | 180 | 2,7 | -3,8 |
| | Storby | 175 | 167 | 173 | 181 | 183 | -1,2 | 5,6 |

Kommunale hjemmetjenester er blant annet hjemmesykepleie, praktisk bistand, trygghetsalarm, matombringing og dagaktivitetstilbud. Tjenestene kan gis i kombinasjon, og mest vanlig er hjemmesykepleie som i 2013 ble gitt til 208 000 personer. 43 prosent av disse var 80 år og eldre. Samhandlingsreformen har ført til nye brukergrupper i omsorgstjenestene og hjemmetjenestene. Både hjemmesykepleie og dagaktivitetstilbud har større vekst i antall mottakere i perioden 2011-2013, sammenlignet med perioden 2009-2011.

Hjemmesykepleie er vanligst for eldre mottakere. I befolkningen som helhet er det 41 mottakere per 1000 innbygger, mens i aldersgruppen over 80 år mottok 408 av 1000 innbyggere hjemmesykepleie i 2013. Samme aldersgruppe mottar i gjennomsnitt 4,4 timer hjemmesykepleie i uka. Det er til dels stor variasjon i hvor mange timer kommunene gir i hjemmesykepleie. Dette har til dels sammenheng med det øvrige tilbudet som blir gitt aldersgruppen. Andelen over 80 år som mottar hjemmesykepleie har økt med 3 prosentpoeng siden 2009.

Hjemmesykepleie for de eldre har utviklet seg ulikt for ulike aldersgrupper. Blant de over 90 år mottar flere enn før hjemmesykepleie, for aldersgruppen 80-89 er det like mange som før, mens for de yngste eldre i aldersgruppen 67-79 år er andelen som mottar tjenesten redusert de siste årene.

12.1 Innledning

Utviklingen av pleie- og omsorgstjenester de siste årene har gått i retning av at mottakere så langt det er mulig skal kunne bo hjemme og motta tjenester utenfor institusjon. Dette har blant annet vært nedfelt i *Handlingsplan for eldreomsorgen* (St.meld. nr. 50, 1996-1997) hvor det har blitt satset på en boliggrøring og hjemliggjøring av eldreomsorgen. Som en konsekvens har ressursinnsatsen til hjemmetjenester økt og i 2007 oversteg utgiftene til hjemmetjenester de tilsvarende utgifter til institusjonsbaserte tjenester. I tillegg har det i pleie- og omsorgstjenesten vært en vekst i antallet yngre mottakere. Med Samhandlingsreformen hvor kommunene har blitt tillagt nye oppgaver og pasientgrupper vil det være relevant og nødvendig å følge med på utviklingen i de kommunale hjemmetjenestene. Noen spørsmål er:

- Har Samhandlingsreformen ført til flere mottakere av hjemmebaserte tjenester?
- Har veksten i yngre mottakere av pleie- og omsorgstjenester påvirket tjenestetilbudet til eldre?
- Er det kommunevise variasjoner i bruk av hjemmetjenestene?

12.2 Hjemmetjenester

Hjemmetjenester er helse- og omsorgstjenester som gis hjemmeboende. Tjenester til hjemmeboende kan gis i eget hjem, men også ytes utenfor mottakerens hjem for eksempel som et dagaktivitetstilbud. Følgende hjemmetjenester er rapportert til IPLOS-registeret (IPLOS veileder, IS-1112):

- **Hjemmesykepleie**

- **Praktisk bistand**

- *Daglige gjøremål*: Gjelder bistand til dagliglivets praktiske gjøremål, egenomsorg og personlig stell.
- *Opplæring daglige gjøremål*: Formålet med praktisk bistand – opplæring er å gjøre den enkelte mest mulig selvstendig i dagliglivet, dvs. opplæring i husarbeid og matstell, personlig hygiene, påkledning og i forbindelse med måltider.
- *Brukerstyrt personlig assistanse*: En alternativ måte å organisere praktisk bistand og opplæring på for personer med nedsatt funksjonsevne

- **Trygghetsalarm**

- **Matombringing**

- **Dagaktivitetstilbud**

Det registreres også om mottakeren får rehabilitering utenfor institusjon, dvs. mottar da flere koordinerte tjenester som vil være de ulike tjenestene listet opp ovenfor.

I dette kapittelet vil hovedvekten av analysen legges på hjemmesykepleie.

12.3 Utviklingen i hjemmetjenester 2009-2013

I 2013¹ mottok mer enn 208 000 personer hjemmesykepleie, og veksten i antallet mottakere har vært noe større i årene etter reformen enn årene før reformen. I perioden 2009-2011 ble det 2,8 prosent flere mottakere av hjemmesykepleie, mens tilsvarende vekst i perioden 2011-2013 var på 5,5 prosent. Også relativt til befolkningsendringer er veksten større etter reformen (tabell 12.2 og 12.3). Dette kan henge sammen med at det med Samhandlingsreformen kan ha kommet nye brukergrupper til som for eksempel har behov for medisinsk oppfølging etter sykehusopphold. Dette kan også knyttes opp mot utskrivningsklare pasienter fra sykehus.

For tjenestene praktisk bistand har endringene vært mindre etter 2011 enn før. I alt 117 000 personer mottok praktisk bistand til daglige gjøremål i 2013, men antallet mottakere går ned. Praktisk bistand til opplæring i daglige gjøremål gis til stadig flere og veksten i perioden 2011-2013 har vært på 7 prosent. Dette kan knyttes opp mot endret fokus i tjenesten; mottakerne skal i større grad få opplæring i å mestre gjøremålene selv (hverdagsrehabilitering). Her er praksisen i kommunene ulik, men det kan være en mulig forklaring til veksten. En annen forklaring kan også ligge i at kommunale tjenester bygges ut til å gjelde stadig mer omfattende tjenester til flere brukergrupper, som psykisk helse og rus og mennesker med utviklingshemming. Disse gruppene mottar tjenester i hjemmet under ulike betegnelser som boveiledning, miljøarbeidertjeneste osv. Veksten i yngre brukere kan dermed også forklare økningen i tjenesten praktisk bistand- opplæring- daglige gjøremål.

Brukerstyrt personlig assistent hadde stor vekst i årene 2009-2011, men har så flatet ut. Det er ikke grunn til å tro at Samhandlingsreformen skal ha innvirkning på denne gruppen.

Dagaktivitetstilbud har økt i omfang og i 2013 var det 8,1 prosent flere mottakere av slike tilbud enn det var i 2011. Veksten i aktiviteter på dagsentra kan også knyttes til nye og yngre brukergrupper de senere årene, men også til nye brukergrupper som følge av Samhandlingsreformen.

Matombringing og trygghetsalarm er tjenester som gjør at det er mulig å leve lengre i eget hjem. Dette er også tjenester hvor eldre hovedsakelig er brukerne. Mens antallet brukere av matombringing øker har antallet med trygghetsalarm vært tilnærmet uendret i perioden.

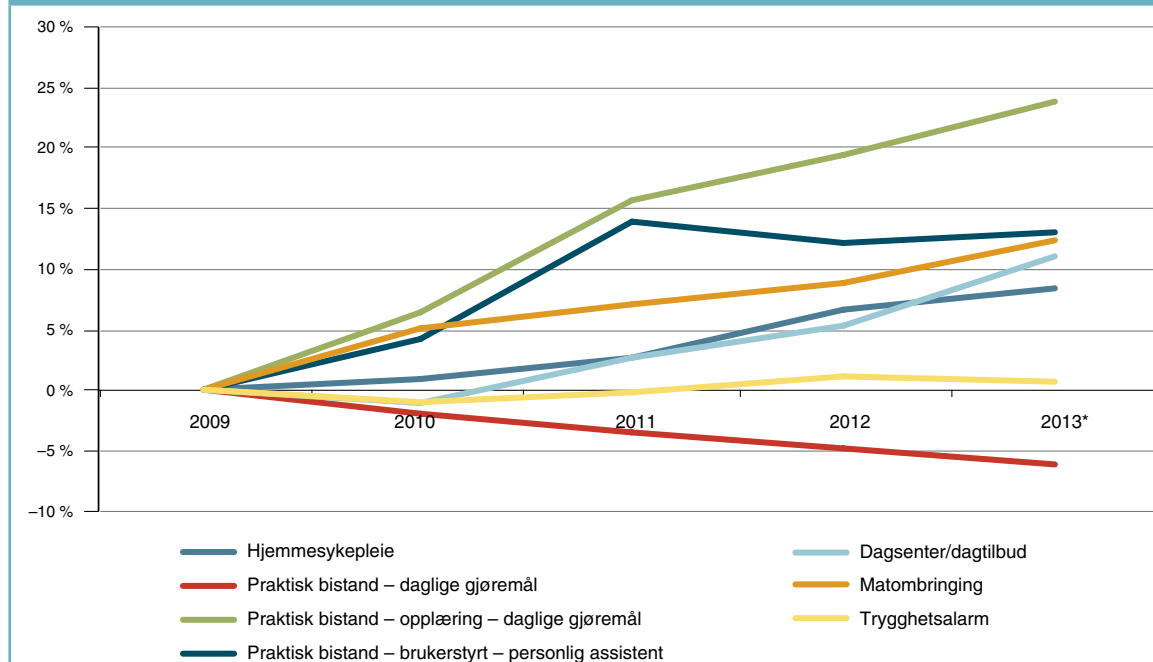
1) Tallet på mottakere er ikke gjensidig utelukkende – en tjenestemottaker kan ha vedtak om flere tjenestetyper på samme tid.

Tabell 12.1 Antall mottakere av hjemmetjenester gjennom året, etter tjenestetype. 2009-2013.

| | | | | | | Prosent endr | |
|--|---------|---------|---------|---------|---------|--------------|---------|
| | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013* | 2009-11 | 2011-13 |
| Hjemmesykepleie | 191 998 | 193 881 | 197 323 | 204 624 | 208 263 | 2,8 | 5,5 |
| Praktisk bistand - daglige gjøremål | 124 678 | 122 304 | 120 218 | 118 704 | 116 956 | -3,6 | -2,7 |
| Praktisk bistand - opplæring - daglige gjøremål | 18 956 | 20 155 | 21 930 | 22 625 | 23 475 | 15,7 | 7,0 |
| Praktisk bistand - brukerstyrt - personlig assistent | 2 974 | 3 103 | 3 391 | 3 335 | 3 362 | 14,0 | -0,9 |
| Dagsenter/dagtilbud | 25 736 | 25 466 | 26 445 | 27 119 | 28 597 | 2,8 | 8,1 |
| Matombringning | 29 586 | 31 091 | 31 670 | 32 235 | 33 243 | 7,0 | 5,0 |
| Trygghetsalarm | 91 876 | 90 979 | 91 803 | 93 002 | 92 502 | -0,1 | 0,8 |

Kilde: IPLOS-registeret

Figur 12.1 Prosentvis endring i antall mottakere av hjemmetjenester, etter tjenestetype. Mottakere gjennom året 2009-2013.



Kilde: IPLOS-registeret

12.4 Kommunal variasjon i hjemmesykepleie

I gjennomsnitt mottok 41 av 1000 innbyggere hjemmesykepleie i 2013, mens for aldersgruppen over 80 år er det 408 mottakere per 1000 innbyggere. Den generelle trenden er at andelen av befolkningen som mottar hjemmesykepleie er lavest i Vest-Norge og øker jo lengre nord kommunene ligger (tabell 2). I tillegg har storbyområdene de laveste bruksratene, med eksempelvis 26 mottakere per 100 innbyggere i Oslo. Antallet mottakere er større jo lavere folketall kommunene har - de minste

kommunene har flest mottakere relativt til innbyggertallet. For eksempel har kommunene med færre enn 5000 innbyggere i Midt-Norge mer enn dobbelt så mange mottakere i som storbykommunene i samme region.

I perioden 2011-2013 har kommunene i tre av regionene hatt vekst på rundt 4 prosent i antall mottakere av hjemmesykepleie. I kommunene i helseregion Vest har det imidlertid vært en liten nedgang. Samlet økte antall mottakere med hjemmesykepleie med 3 prosent i perioden. I årene før samhandlingsreformen var veksten

kun på 0,1 prosent. Mye av bakgrunnen for ulikheter kommunene imellom vil ligge i ulik aldersstruktur. Mens Oslo har en gjennomgående yngre befolkning, har en del av de mindre kommunene flere eldre innbyggere. Dette vil naturlig nok påvirke behovet for tjenester. For mottakere over 80 år er tendensene til variasjon kommunene imellom den samme, men forskjellene er mindre (tabell 12.3). Kommunene i nord og midt har høyere forbruk enn landet for øvrig. Små kommuner har flere brukere enn store kommuner.

12.5 Hjemmesykepleie og antall timer per uke

I gjennomsnitt har hver mottaker 4,6 timer² per uke med hjemmesykepleie (tabell 12.4). Det gis gjennomgående flere timer i kommuner i helseregionene Vest og Nord (hhv. 6,1 og 5,2 timer i uka) enn landet for øvrig. Det er til dels store variasjoner kommunene imellom. Flest timer i uka tildeles i mellomstore kommuner i Vest (rundt 7 timer i uka), mens i Midt-Norge storby (Trondheim) tildeles kun 1,8 timer med hjemmesykepleie i uka i gjennomsnitt. Timetallet varierer blant annet med brukernes alder, og gjennomsnittet for de over 80 år er noe lavere på 4,4 timer hjemmesykepleie per uke (tabell 12.5). Gjennomgående kan de samme tendenser som ovenfor sees. Spennet mellom kommunegruppene er fra 3,4 til 6,6 timer i uka med hjemmesykepleie. Unntaket er Midt-Norge storby

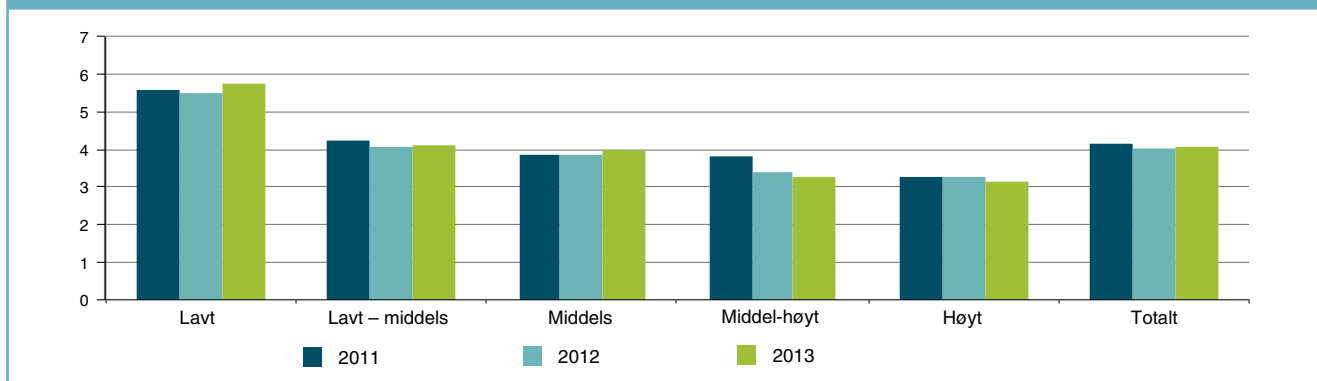
(Trondheim) hvor mottakere over 80 år mottar kun 1,3 timer per uke.

Hjemmesykepleie til de eldste har sammenheng med dekningsgraden av langtidsopphold i aldersgruppen. Kommuner³ med høy andel av befolkningen over 80 år på langtidsopphold i institusjon gir i gjennomsnitt 3,1 timer i uka med hjemmesykepleie til mottakere over 80 år. Og timetallet øker med lavere dekningsgrad for institusjonsbeboere. I kommuner hvor få av befolkningen over 80 år bor på institusjon gis i gjennomsnitt 5,8 timer hjemmesykepleie i uka. Den negative sammenhengen mellom dekningsgrad på langtidsopphold og tilbudet av timer med hjemmesykepleie for innbyggere over 80 år kan knyttes til at kommunene i stor grad velger ulike tjenesteprofiler. Enkelte kommuner satser på omfattende bruk av hjemmebaserte tjenester for eldre, mens i andre kommuner kan institusjonskapasiteten være bedre utbygd.

12.6 Hjemmesykepleie og alder

Pleie- og omsorgstjenestene har dreid mer i retning av yngre enn eldre tjenestemottakere de siste årene. Dette gjelder spesielt for mottakere av hjemmetjenester. Det vanlige skillet mellom «yngreomsorg» og «eldreomsorg» i statistikken er ofte på over og under 67 år. Dette er en

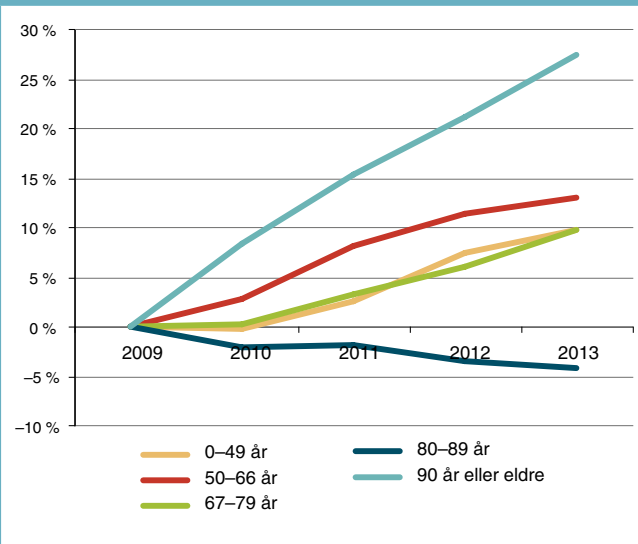
Figur 12.2 Gjennomsnittlig antall timer hjemmesykepleie per mottaker 80 år og eldre etter nivå av langtidsopphold per innb. 80 år og eldre 2011-2013.



Kilde: IPLOS-registeret

- 2) Det som registreres i IPLOS-registeret er antall timer i vedtaket. Den reelle ressursinnsatsen fra kommunen kan være større f.eks. i tilfeller hvor flere ansatte er hos mottakeren til samme tid.
- 3) Langtidsopphold på institusjon per 1000 innbyggere 80 år er inndelt i 5 grupper med 20 prosent av kommunene i hver gruppe – rangert iht nivået på antall mottakere 80 år+ per 1000

Figur 12.3 Endring i antall mottakere av hjemmesykepleie, etter alder. Mottakere per 31.12 2009-2013.



Kilde: IPLOS-registeret

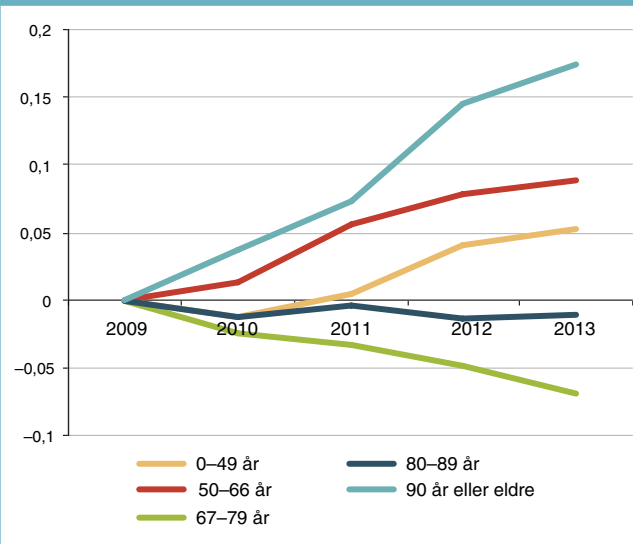
grov forenkling både for gruppen yngre og gruppen eldre siden utviklingen innad i disse aldersgruppene er svært forskjellig. I dette delkapitlet belyses aldersfordelingen av hjemmesykepleie og praktisk bistand med en mer detaljert aldersinndeling.

Per 31.12.2013 var det nærmere 139 000 mottakere av hjemmesykepleie. Dette er 8 prosent flere mottakere enn det var i 2009. Veksten har vært størst for den aller eldste aldersgruppen med 27 prosent flere mottakere enn det var i 2009, mens for aldersgruppen 80-89 år er det 4 prosent færre og antallet mottakere blant de yngste eldre 67-79 år er ikke mye endret. I de øvrige aldersgruppene har det vært en vekst på rundt 10 prosent.

Endringene i antallet mottakere av hjemmetjenester vil påvirkes av mange faktorer som kommunale ressurser/økonomi, endring i sykkelighet for de ulike aldersgruppene, oppgaveforskyving mellom hjemmetjenester og institusjonstjenester, oppgaveforskyving mellom hjemmetjenesten og spesialisthelsetjenesten som følge av reformen, samt endringer i antallet innbyggere i de ulike gruppene.

Antall mottakere korrigert for innbyggertall viser at tre aldersgrupper har hatt vekst i perioden. Dette er de yngste og de eldste aldersgruppene: 0-49 år, 50-66 år, samt de over 90 år. I aldersgruppen over 90 år har 17 prosent flere hjemmesykepleie i 2013 sammenlignet med

Figur 12.4 Endring i antall mottakere av hjemmesykepleie per 1000 innbyggere, aldersgrupper. Mottakere per 31.12 2009-2013.



Kilde: IPLOS-registeret

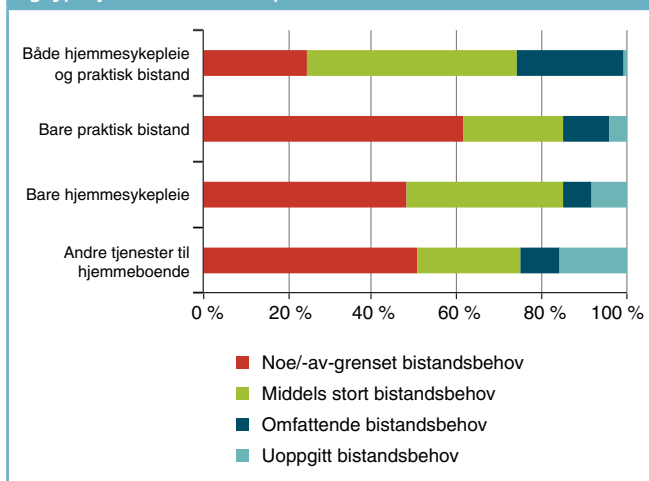
2009. De «yngre eldre», de i aldersgruppen 67-79 år, har hatt størst nedgang (7 prosent), mens i aldersgruppen 80-89 år har tilbudet av hjemmesykepleie vært uendret relativt til innbyggertallet.

12.7 Sykelighet og bistandsbehov hos hjemmetjenestemottakere

Hvilken type helse- og omsorgstjeneste som tildeles den enkelte søker vil være avhengig av mange forhold. Kartleggingen av bistandsbehov skal skje for hver enkelt søker og graden av bistandsbehov varierer etter hvilke type tjenestemottakere som studeres. I langtidsopphold i institusjon har mer enn 80 prosent av beboerne omfattende bistandsbehov, og også i tidsbegrensede opphold er bistandsbehovene relativt store. Dette reflekterer den tradisjonelle *omsorgstrappa* - begrepet som synliggjør at ressursinnsats og tjenestenivå oppgraderes i takt med mottakernes bistandsbehov.

For hjemmetjenestene vil de personene som mottar både helsehjelp i hjemmet og praktisk bistand være de med størst bistandsbehov. Av de nær 64 000 mottakerne som hadde både hjemmesykepleie og praktisk bistand per 31.12. 2013 hadde hver fjerde mottaker omfattende bistandsbehov. 50 prosent hadde middels stort bistandsbehov, mens resterende 25 prosent hadde mindre behov.

Figur 12.5 Andel mottakere av hjemmetjenester, etter bistandsbehov og type tjeneste. Mottakere per 31.12 2013.



Kilde: IPLOS-registeret

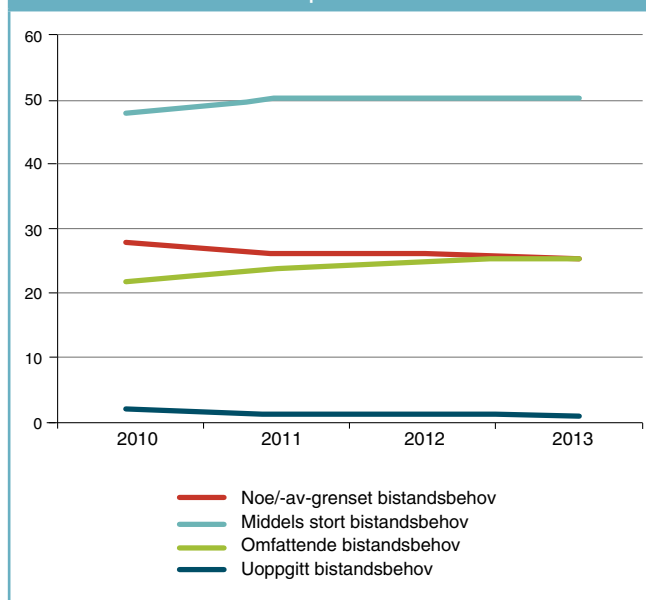
12.8 Endring i sykkelighet og bistandsnivå for hjemmetjenestemottakere

Potensielt kunne man tenke seg at reformen fører til flere mottakere med større bistandsbehov – at pasientene gjennomgående er mer syke. Dette på bakgrunn av at omsorgstjenestene etter reformen mottar pasienter som tidligere ble behandlet i sykehus, og som nå har rett på tilbud i kommunenes helse- og omsorgstjenester etter utskrivningen fra sykehus. Kommunene rapporterer nå om at de mer enn før gir tjenester til personer med sykdommene MS, ALS, KOLS, trafikkskadde og for tidlig fødte. Dette i tillegg til at mottakerne oftere er personer med psykiske lidelser og rus-problemer⁴. Intervjuundersøkelser med ansatte i omsorgstjenestene tyder også på at kommunene tar imot et økt antall alvorlig syke pasienter fra sykehus etter at samhandlingsreformen trådte i kraft⁵.

Det er generelt små endringer over perioden 2010-2013, men en gradvis og liten tendens mot at flere av de som mottar hjemmetjenester har omfattende bistandsbehov. Endringen over de fire årene er størst for gruppen som mottar både hjemmesykepleie og praktisk bistand, altså de med størst bistandsbehov. Mens andelen med omfattende bistandsbehov for gruppen var på 21 prosent i 2010 har den økt til 25 prosent i 2013. Det har vært liten endring i andelen med middels behov, mens andelen med mindre behov er redusert.

Hvorvidt endringene er knyttet til reformen er vanskelig å si noe om. At tendensen går mot flere hjemmetjenestemottakere med omfattende bistandsbehov kan også knyttes opp mot økt fokus på tilrettelegging av tjenester i hjemmet for å kunne bo i eget hjem lengre enn før – jf. innledningsvis beskrivelser rundt *Handlingsplan for eldreomsorgen* (St.meld. nr. 50, 1996-1997).

Figur 12.6 Andel mottakere av hjemmesykepleie og praktisk bistand, etter bistandsbehov. Mottakere per 31.12 2010-2013.

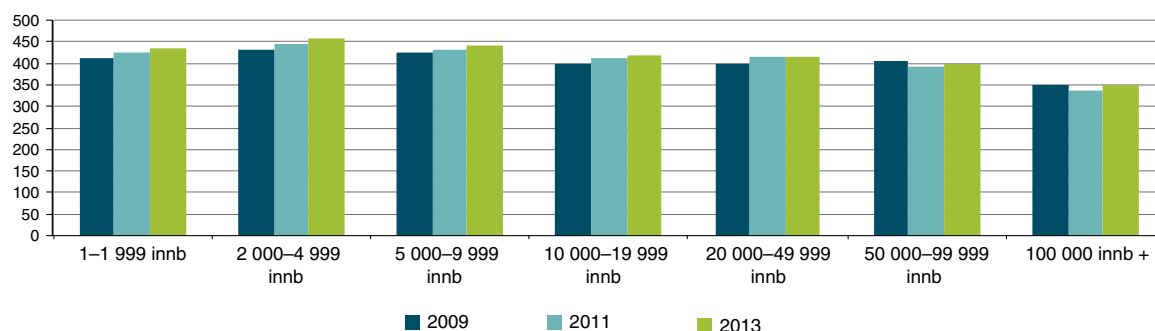


Kilde: IPLOS-registeret

4) Heidi Gautun, Omsorgskonferansen 2014: <http://www.omsorgsforskning.no/omsorgskonferansen>

5) Heidi Gautun og Astri Syse: *Samhandlingsreformen. Hvordan tar de kommunale helse -og omsorgstjenestene i mot det økte antallet pasienter som skrives ut fra sykehusene?*, NOVA Rapport 8/2013

Figur 12.7 Mottakere av hjemmesykepleie 80 år og eldre etter kommunestørrelse 2009-13.



Kilde: IPLOS-registeret

Tabell 12.2 Mottakere av hjemmesykepleie gjennom året 2009-13 per 1000 innbyggere.

| | | Mottakere av hjemmesykepleie per 1000 innb. | | | | | Prosent endr | |
|------------|--|---|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|------------|
| | | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2009-11 | 2011-13 |
| Totalt | Sør-Øst | 39,2 | 39,0 | 38,9 | 40,1 | 40,4 | -0,8 | 4,0 |
| | Vest | 36,3 | 35,7 | 36,1 | 35,9 | 35,7 | -0,5 | -1,1 |
| | Midt-Norge | 42,3 | 42,1 | 42,7 | 43,9 | 44,3 | 0,9 | 3,8 |
| | Nord | 44,9 | 45,9 | 47,0 | 48,4 | 49,0 | 4,7 | 4,3 |
| | Norge totalt | 39,5 | 39,4 | 39,6 | 40,5 | 40,8 | 0,1 | 3,0 |
| Sør-Øst | Sør-Øst | 56,1 | 56,1 | 57,2 | 59,5 | 59,6 | 2,1 | 4,2 |
| | Vest | 43,4 | 43,1 | 44,7 | 46,2 | 47,7 | 2,9 | 6,8 |
| | Midt-Norge | 46,3 | 45,5 | 46,4 | 47,1 | 47,9 | 0,3 | 3,1 |
| | Nord | 37,0 | 38,2 | 39,3 | 39,2 | 39,9 | 6,2 | 1,5 |
| | Totalt | 43,8 | 43,9 | 44,3 | 45,3 | 45,6 | 1,0 | 3,1 |
| | Under 5000 innb. | 38,4 | 38,5 | 36,8 | 39,0 | 38,7 | -4,2 | 5,1 |
| Vest | 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | 28,0 | 27,0 | 25,1 | 26,1 | 25,9 | -10,3 | 2,9 |
| | 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | 51,1 | 52,1 | 51,0 | 50,6 | 51,4 | -0,2 | 0,7 |
| | Over 20000 innb. - lengre reiseavstand | 38,7 | 36,5 | 39,1 | 38,9 | 39,6 | 1,0 | 1,1 |
| | Over 20000 innb. - kort reiseavstand | 36,8 | 38,8 | 39,3 | 39,1 | 39,4 | 6,7 | 0,3 |
| | Storby ekskl Oslo | 32,1 | 31,2 | 31,2 | 32,2 | 32,6 | -2,7 | 4,4 |
| | Oslo | 32,5 | 32,3 | 31,8 | 31,3 | 30,2 | -2,2 | -5,0 |
| Midt-Norge | Under 5000 innb. | 57,9 | 59,5 | 59,5 | 59,8 | 60,7 | 2,7 | 2,0 |
| | 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | 45,2 | 43,4 | 44,4 | 47,0 | 47,4 | -1,8 | 6,9 |
| | 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | 44,2 | 44,0 | 46,0 | 49,6 | 48,7 | 4,1 | 5,9 |
| | Over 20000 innb. | 43,4 | 44,0 | 44,7 | 45,4 | 45,7 | 3,0 | 2,2 |
| | Storby | 26,6 | 26,6 | 26,8 | 27,1 | 27,6 | 0,6 | 3,2 |
| Nord | Under 5000 innb. | 55,0 | 56,8 | 57,0 | 58,4 | 59,4 | 3,6 | 4,3 |
| | 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | 47,7 | 47,7 | 48,9 | 50,5 | 51,9 | 2,6 | 6,0 |
| | 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | 43,0 | 44,8 | 47,2 | 49,7 | 50,8 | 9,8 | 7,7 |
| | Over 20000 innb. | 42,5 | 44,3 | 45,1 | 46,2 | 45,5 | 6,2 | 0,8 |
| | Storby | 26,0 | 25,9 | 27,3 | 28,3 | 28,7 | 5,1 | 4,9 |

Tabell 12.3 Mottakere av hjemmesykepleie gjennom året 2009-13 per 1000 innbyggere 80 år og eldre.

| | | Mottakere av hjemmesykepleie per 1000 innb. 80 år og eldre | | | | | Prosent endr | |
|------------|--|--|------------|------------|------------|------------|--------------|------------|
| | | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2009-11 | 2011-13 |
| Totalt | Sør-Øst | 388 | 390 | 388 | 398 | 398 | -0,1 | 2,5 |
| | Vest | 396 | 395 | 398 | 404 | 402 | 0,6 | 1,0 |
| | Midt-Norge | 409 | 417 | 423 | 430 | 432 | 3,5 | 2,1 |
| | Nord | 419 | 430 | 437 | 443 | 443 | 4,3 | 1,3 |
| | Norge totalt | 396 | 399 | 400 | 408 | 408 | 1,0 | 2,0 |
| Sør-Øst | Sør-Øst | 422 | 430 | 441 | 444 | 447 | 4,4 | 1,2 |
| | Vest | 404 | 401 | 408 | 416 | 419 | 1,0 | 2,6 |
| | Midt-Norge | 417 | 415 | 423 | 434 | 422 | 1,5 | -0,2 |
| | Nord | 381 | 390 | 394 | 382 | 390 | 3,5 | -1,2 |
| | Totalt | 408 | 421 | 424 | 430 | 433 | 3,8 | 2,1 |
| | Under 5000 innb. | 389 | 387 | 374 | 397 | 391 | -3,9 | 4,7 |
| | 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | 339 | 334 | 315 | 335 | 330 | -6,9 | 4,7 |
| Vest | 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | 410 | 424 | 425 | 440 | 444 | 3,7 | 4,5 |
| | Over 20000 innb. - lengre reiseavstand | 430 | 408 | 433 | 436 | 437 | 0,7 | 0,9 |
| | Over 20000 innb. - kort reiseavstand | 398 | 416 | 415 | 405 | 418 | 4,2 | 0,7 |
| | Storby ekskl Oslo | 367 | 380 | 389 | 398 | 393 | 6,2 | 0,9 |
| | Oslo | 378 | 378 | 368 | 372 | 366 | -2,8 | -0,3 |
| Midt-Norge | Under 5000 innb. | 444 | 453 | 453 | 464 | 469 | 2,0 | 3,4 |
| | 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | 407 | 419 | 429 | 439 | 440 | 5,4 | 2,5 |
| | 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | 457 | 438 | 455 | 473 | 464 | -0,4 | 1,9 |
| | Over 20000 innb. | 426 | 432 | 435 | 437 | 435 | 2,1 | 0,0 |
| | Storby | 335 | 349 | 356 | 356 | 364 | 6,2 | 2,2 |
| Nord | Under 5000 innb. | 434 | 436 | 440 | 446 | 450 | 1,3 | 2,5 |
| | 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | 421 | 441 | 439 | 434 | 443 | 4,4 | 0,9 |
| | 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | 361 | 395 | 410 | 428 | 424 | 13,6 | 3,4 |
| | Over 20000 innb. | 434 | 442 | 451 | 459 | 440 | 4,0 | -2,5 |
| | Storby | 434 | 422 | 442 | 444 | 451 | 2,0 | 2,1 |

Tabell 12.4 Gjennomsnittlig antall timer hjemmesykepleie per mottaker 2009-2013

| | | Gjennomsnittlig antall timer hjemmesykepleie per mottaker totalt | | | | |
|------------|--|--|------------|------------|------------|------------|
| | | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
| Totalt | Sør-Øst | 4,2 | 4,0 | 4,2 | 4,1 | 4,1 |
| | Vest | 5,8 | 5,9 | 5,9 | 6,0 | 6,1 |
| | Midt-Norge | 4,5 | 4,2 | 4,2 | 4,2 | 4,3 |
| | Nord | 5,5 | 5,5 | 5,4 | 5,1 | 5,2 |
| | Norge totalt | 4,7 | 4,6 | 4,6 | 4,6 | 4,6 |
| Sør-Øst | Sør-Øst | 3,9 | 3,9 | 3,9 | 4,0 | 4,0 |
| | Vest | 4,3 | 4,1 | 4,4 | 4,5 | 4,5 |
| | Midt-Norge | 4,0 | 3,9 | 3,8 | 4,0 | 4,2 |
| | Nord | 3,8 | 3,5 | 3,9 | 3,6 | 3,4 |
| | Totalt | 4,5 | 4,6 | 4,6 | 4,4 | 4,4 |
| | Under 5000 innb. | 4,9 | 4,4 | 4,7 | 4,8 | 4,5 |
| | 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | 3,4 | 3,3 | 3,2 | 3,2 | 3,2 |
| Vest | 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | 5,3 | 5,1 | 5,0 | 5,2 | 5,5 |
| | Over 20000 innb. - lengre reiseavstand | 6,5 | 7,1 | 7,1 | 7,0 | 6,9 |
| | Over 20000 innb. - kort reiseavstand | 7,8 | 7,1 | 6,6 | 6,5 | 7,2 |
| | Storby ekskl Oslo | 7,3 | 7,4 | 7,3 | 7,5 | 7,1 |
| | Oslo | 4,8 | 4,8 | 4,9 | 5,1 | 5,2 |
| Midt-Norge | Under 5000 innb. | 4,7 | 4,8 | 4,7 | 4,7 | 4,8 |
| | 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | 5,0 | 4,5 | 4,5 | 4,6 | 4,7 |
| | 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | 4,7 | 3,8 | 3,5 | 4,0 | 4,1 |
| | Over 20000 innb. | 5,5 | 5,4 | 5,5 | 5,2 | 5,2 |
| | Storby | 1,7 | 1,6 | 1,5 | 1,7 | 1,8 |
| Nord | Under 5000 innb. | 5,3 | 5,2 | 5,1 | 4,5 | 4,9 |
| | 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | 4,8 | 4,8 | 4,7 | 4,7 | 5,0 |
| | 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | 6,4 | 6,5 | 6,3 | 6,1 | 5,5 |
| | Over 20000 innb. | 5,3 | 5,4 | 5,4 | 5,3 | 5,1 |
| | Storby | 7,0 | 7,2 | 7,0 | 6,7 | 6,7 |

Tabell 12.5 Gjennomsnittlig antall timer hjemmesykepleie per mottaker 80 år og over 2009-2013.

| | | Gjennomsnittlig antall timer hjemmesykepleie per mottaker 80 år og eldre | | | | |
|------------|--|--|------------|------------|------------|------------|
| | | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
| Totalt | Sør-Øst | 4,4 | 4,2 | 4,4 | 4,3 | 4,4 |
| | Vest | 5,5 | 5,6 | 5,3 | 5,3 | 5,4 |
| | Midt-Norge | 4,0 | 3,8 | 3,6 | 3,5 | 3,6 |
| | Nord | 4,5 | 4,5 | 4,7 | 4,1 | 4,3 |
| | Norge totalt | 4,6 | 4,4 | 4,5 | 4,4 | 4,4 |
| Sør-Øst | Sør-Øst | 4,1 | 4,1 | 4,1 | 4,1 | 3,9 |
| | Vest | 4,4 | 4,1 | 4,3 | 4,4 | 4,7 |
| | Midt-Norge | 5,0 | 4,7 | 4,4 | 4,9 | 5,4 |
| | Nord | 3,8 | 3,5 | 4,0 | 3,6 | 3,4 |
| | Totalt | 4,7 | 4,8 | 5,0 | 5,0 | 4,9 |
| | Under 5000 innb. | 5,0 | 4,6 | 4,9 | 4,9 | 4,6 |
| | 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | 3,8 | 3,8 | 3,6 | 3,6 | 3,7 |
| Vest | 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | 5,0 | 4,9 | 4,5 | 4,6 | 4,9 |
| | Over 20000 innb. - lengre reiseavstand | 5,8 | 5,7 | 5,3 | 5,1 | 5,1 |
| | Over 20000 innb. - kort reiseavstand | 7,8 | 7,9 | 7,3 | 6,6 | 6,6 |
| | Storby ekskl Oslo | 5,6 | 5,9 | 5,5 | 6,1 | 6,1 |
| | Oslo | 5,1 | 5,3 | 5,3 | 5,3 | 5,5 |
| Midt-Norge | Under 5000 innb. | 4,0 | 4,0 | 3,8 | 3,7 | 3,8 |
| | 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | 4,5 | 4,2 | 4,1 | 4,0 | 4,2 |
| | 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | 4,5 | 3,6 | 3,0 | 3,2 | 3,2 |
| | Over 20000 innb. | 5,5 | 5,1 | 5,2 | 4,7 | 4,7 |
| | Storby | 1,2 | 1,1 | 1,1 | 1,2 | 1,3 |
| Nord | Under 5000 innb. | 4,2 | 4,1 | 4,3 | 3,4 | 3,8 |
| | 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | 4,5 | 4,4 | 4,5 | 4,0 | 4,4 |
| | 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | 4,5 | 4,7 | 5,1 | 4,7 | 4,7 |
| | Over 20000 innb. | 4,3 | 4,1 | 4,3 | 4,3 | 4,1 |
| | Storby | 6,6 | 6,9 | 6,3 | 5,6 | 5,9 |

Utskrivningsklare pasienter i somatisk spesialisthelsetjeneste 2010-2014

I 2014 fortsetter økningen i antall opphold hvor pasienten meldes utskrivningsklar (260 prosent økning fra 2011 til 2014). Den største veksten gjelder opphold hvor pasienten tas imot av kommunen samme dag som han/hun meldes utskrivningsklar, spesielt i Helse Sør-Øst og Helse Vest. Antallet opphold for utskrivningsklare pasienter hvor pasienten blir liggende på sykehus i mer enn to dager etter at melding er sendt til kommunen er mer enn halvert i perioden fra 2011 til 2014. Fra 2013 til 2014 er det imidlertid en økning også i antallet opphold hvor pasienten blir liggende på sykehus i mer enn to dager.

Sum liggedager for utskrivningsklare pasienter gikk betydelig ned i alle regioner og nesten alle kommunegrupper etter innføringen av samhandlingsreformen i 2012. Nedgangen har fortsatt i perioden etter innføringen av reformen, men fra 2013 til 2014 ser vi en økning i liggedagsratene for utskrivningsklare pasienter fra 11 til 15 liggedager per 1 000 innbyggere. Det er store nivåforskjeller mellom regioner og kommunegrupper, men det er en økning i liggedagsratene i nesten alle kommunegrupper i 2014. Noe av økningen skyldes endringer i definisjonen av hvilken dato som brukes når pasienten er meldt utskrivningsklar flere ganger i løpet av samme sykehusopphold¹. Når vi korreterer for dette var økningen i liggedager for utskrivningsklare pasienter 24 prosent fra 2013 til 2014.

For å kvalitetssikre liggedagstallene for utskrivningsklare pasienter, har vi innhentet inntektsopplysninger fra helseforetakene. Utviklingen i inntektsdata samsvarer med utviklingen i aktivitet målt av Norsk pasientregister, og viser en økning i antall liggedager for utskrivningsklare pasienter i 2014.

For pasienter som er meldt utskrivningsklare var det en betydelig nedgang i gjennomsnittlig liggetid etter innføringen av samhandlingsreformen i 2012. Nedgangen i liggetid var størst for tiden etter at pasientene ble meldt utskrivningsklare, men det var også noe nedgang i liggetiden før pasientene ble meldt utskrivningsklare. Siste år er ikke nedgangen i gjennomsnittlig liggetid for utskrivningsklare pasienter større enn nedgangen i liggetid for andre pasienter.

13.1 Innledning

Det har vært en betydelig nedgang i liggedager for utskrivningsklare pasienter etter innføringen av samhandlingsreformen i 2012. Nedgangen er i tråd med

intensjonen i samhandlingsreformen, da disse pasientene får et kommunalt tilbud fortare enn før og behandles på laveste effektive omsorgsnivå. Dette bidrar videre til å frigjøre ressurser i spesialisthelsetjenesten. Samtidig har det vært påpekt at ordningen kan ha hatt andre

1) Se nærmere beskrivelse av dette under «Datagrunnlag og definisjoner».

virksomheter. En studie i Sykepleien Forskning² viser at det i flere kommuner har blitt hevdet at flere pasienter meldes som utskrivningsklare. I mange kommuner ble det også påpekt at liggetiden var blitt kortere for pasienter med oppfølgingsbehov, og at disse pasientene var sykere nå enn før. Det ble også hevdet at det var flere pasienter enn tidligere med komplekse problemstillinger med pågående avansert behandling som ble utskrevet til kommunene.

Det ble innført en ny ordning for kommunalt finansieringsansvar for utskrivningsklare pasienter i somatisk spesialisthelsetjeneste fra 1. januar 2012. Kommunen måtte i 2014 betale 4 255 kroner per døgn pasienten blir liggende på sykehus etter at pasienten er definert som utskrivningsklar, i påvente av et kommunalt helse- og omsorgstjenestetilbud. De regionale helseforetakene er ansvarlige for oppgjørsordningen. Det eksisterte også tidligere en betalingsordning for utskrivningsklare pasienter³ hvor betaling kunne kreves fra ti dager etter at kommunen var varslet skriftlig om at pasienten var utskrivningsklar. Under denne ordningen kunne helseforetak og kommuner inngå egne avtaler som innebar at betalingsordningen falt bort. Kommunene hadde dermed svake økonomiske insentiver til å ta imot utskrivningsklare pasienter.

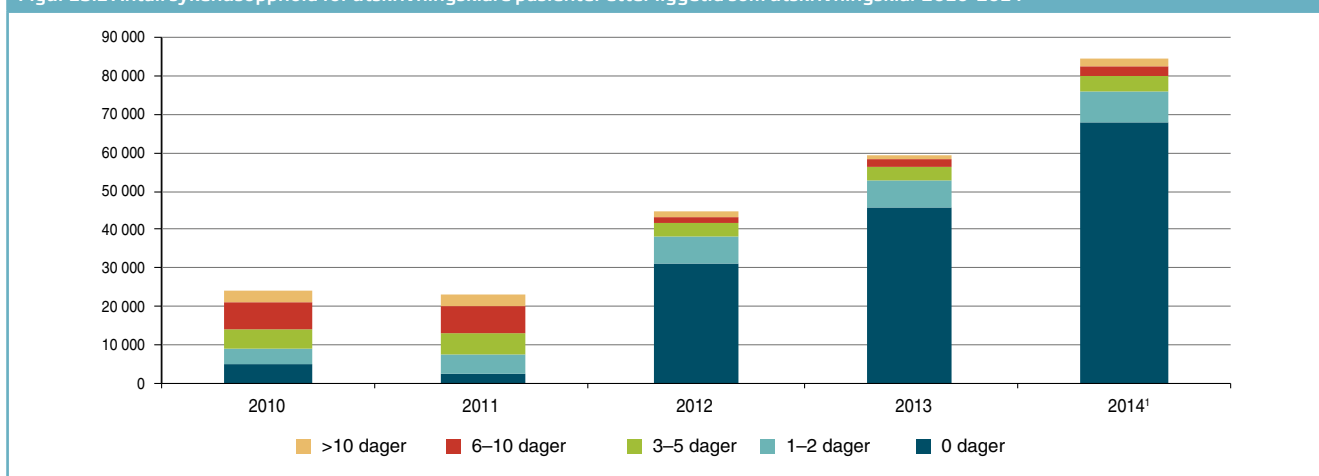
Formålet med dette kapitlet er å følge utviklingen for utskrivningsklare pasienter i perioden fra 2010-2014.

13.2 Utviklingen i antall opphold for utskrivningsklare pasienter

Figur 13.1 og Tabell 13.1 viser antall opphold for utskrivningsklare pasienter i 2010-2014 etter hvor lenge pasienten har ventet på å bli tatt imot av kommunen. Endringen i kommunenes betalingsplikt medførte en tydelig endring i antallet registrerte opphold for utskrivningsklare pasienter i 2012. Det totale antallet opphold for utskrivningsklare pasienter har økt betydelig de tre siste årene når vi teller med de som tas imot av kommunen samme dag som de blir meldt utskrivningsklare. Det er 27 ganger så mange opphold for utskrivningsklare pasienter som ble tatt imot av kommunen samme dag som de ble meldt utskrivningsklare i 2014 sammenlignet med 2011, en økning som tilsvarer omtrent 65 000 opphold.

Også siste år har det vært en økning i antall registrerte opphold for utskrivningsklare pasienter, spesielt for de pasientene som blir tatt imot av kommunen samme dag som de meldes utskrivningsklare og for de som venter

Figur 13.1 Antall sykehusopphold for utskrivningsklare pasienter etter liggetid som utskrivningsklar 2010-2014¹



Data fra Norsk pasientregister.

1) Data for 2014 er et årsestimat som er beregnet ut fra faktisk aktivitet ved somatiske sykehus per 2. tertial 2014.

- 2) Grimsø, Anders. (2013): Hvordan har kommunene løst utfordringen med utskrivningsklare pasienter? Sykepleien Forskning. Volum 8 (2). Doi:10.4220/sykepleienf.2013.0053
- 3) Prop. 91 L (2010-2011).

Tabell 13.1 Antall sykehusopphold for utskrivningsklare pasienter etter liggetid som utskrivningsklar 2010-2014¹.

| | Totalt antall opphold for utskrivningsklare pasienter (N=) | | | | | Prosent endring | |
|---------------|--|---------------|---------------|---------------|-------------------|-----------------|----------------------|
| | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 ¹ | 2011-12 | 2013-14 ¹ |
| 0 dager | 5 133 | 2 422 | 30 935 | 45 558 | 67 991 | 1 177 | 49 |
| 1-2 dager | 4 025 | 4 897 | 7 250 | 7 311 | 8 174 | 48 | 12 |
| 3-5 dager | 4 912 | 5 625 | 3 323 | 3 599 | 3 939 | -41 | 9 |
| 6-10 dager | 7 039 | 7 311 | 1 932 | 1 873 | 2 426 | -74 | 29 |
| >10 dager | 2 860 | 2 931 | 1 140 | 1 098 | 1 740 | -61 | 58 |
| Totalt | 23 969 | 23 186 | 44 580 | 59 439 | 84 269 | 92 | 42 |

Data fra norsk pasientregister.

1) Data for 2014 er et årsestimat som er beregnet ut fra faktisk aktivitet ved somatiske sykehus per 2. tertial 2014.

mer enn ti dager på å bli tatt imot av kommunen. Ved innføringen av reformen, fra 2011 til 2012, var det mer enn en halvering av antall opphold for pasienter med flere enn 6 liggedager som utskrivningsklar. I 2014 har det vært noe økning i antall opphold for disse pasientene.

13.3 Utviklingen i antall liggedager for utskrivningsklare pasienter

Tabell 13.2 viser utviklingen i antall liggedager for utskrivningsklare pasienter fra 2010 til 2014. Det var noe økning i omfanget av liggedager for utskrivningsklare pasienter fra 2010 til 2011, etterfulgt av en kraftig nedgang i 2012 (-57 prosent). I 2012 var det omtrent 57 000 liggedager for utskrivningsklare pasienter på nasjonalt nivå. Nedgangen gjaldt alle regionene, men var størst i Helse Sør-Øst og minst i Helse Midt-Norge. Økningen fra 2010 til 2011 kan skyldes større fokus på registrering, og oppmerksomhet rundt den nye ordningen med kommunalt finansieringsansvar for utskrivningsklare pasienter. Nivået i liggedager for utskrivningsklare pasienter var omtrent uendret på nasjonalt nivå fra 2012 til 2013, men det var en økning i Helse Sør-Øst og

en nedgang i Helse Vest og Helse Nord. Siste år, fra 2013 til 2014, ser vi imidlertid igjen en økning i antall liggedager for utskrivningsklare pasienter i alle regionene.

Noe av økningen i 2014 kan knyttes til en registreringsendring for pasienter som meldes utskrivningsklar flere ganger i løpet av et sykehusopphold. Dette er pasienter som kan ha vært overført mellom avdelinger eller som først meldes utskrivningsklar og deretter blir så syk at de legges inn igjen før kommunen har tatt imot dem. I 2014 ble det gjort endringer i NPK knyttet til hvilken dato som brukes for å definere disse pasientene som utskrivningsklar. For pasienter som er meldt utskrivningsklar flere ganger i samme sykehusopphold bidrar endringen i NPK til at liggetiden som utskrivningsklar er lengre i 2014 enn i 2013. Vi har beregnet effekten av dette på data i 2013 og funnet at dersom endringen hadde vært innført i 2013 ville det resultert i omtrent 10 prosent flere liggedager for utskrivningsklare pasienter i 2013. Vi vurderer derfor veksten i antall liggedager for utskrivningsklare pasienter i 2014 som høyere enn det som kan tilskrives endringen i definisjon. Se nærmere beskrivelse av definisjonsendringen under «Datagrunnlag og definisjoner».

Tabell 13.2 Antall liggedager¹ for utskrivningsklare pasienter 2010-2014².

| | Antall liggedager ¹ for utskrivningsklare pasienter (N=) | | | | | Prosent endring | |
|------------------|---|----------------|---------------|---------------|-------------------|-----------------|----------------------|
| | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 ² | 2011-12 | 2013-14 ² |
| Helse Sør-Øst | 67 187 | 70 473 | 24 987 | 27 261 | 36 324 | -65 | 33 |
| Helse Vest | 18 712 | 23 454 | 11 306 | 8 758 | 13 248 | -52 | 51 |
| Helse Midt-Norge | 19 758 | 20 752 | 13 376 | 13 776 | 16 770 | -36 | 22 |
| Helse Nord | 17 509 | 20 308 | 7 787 | 6 895 | 10 844 | -62 | 57 |
| Totalt | 123 166 | 134 987 | 57 456 | 56 690 | 77 186 | -57 | 36 |

Data fra norsk pasientregister.

1) Endring i definisjonen av hvilken dato som brukes når pasienten er meldt utskrivningsklar flere ganger i løpet av samme sykehusopphold bidrar til en økning i liggedager for utskrivningsklare pasienter i 2014. Beregninger tilsier at effekten av dette tilsvarer omtrent 10 prosent flere liggedager for utskrivningsklare pasienter i 2013.

2) Data for 2014 er et årsestimat som er beregnet ut fra faktisk aktivitet ved somatiske sykehus per 2. tertial 2014.

13.4 Utviklingen i gjennomsnittlig liggetid for utskrivningsklare pasienter

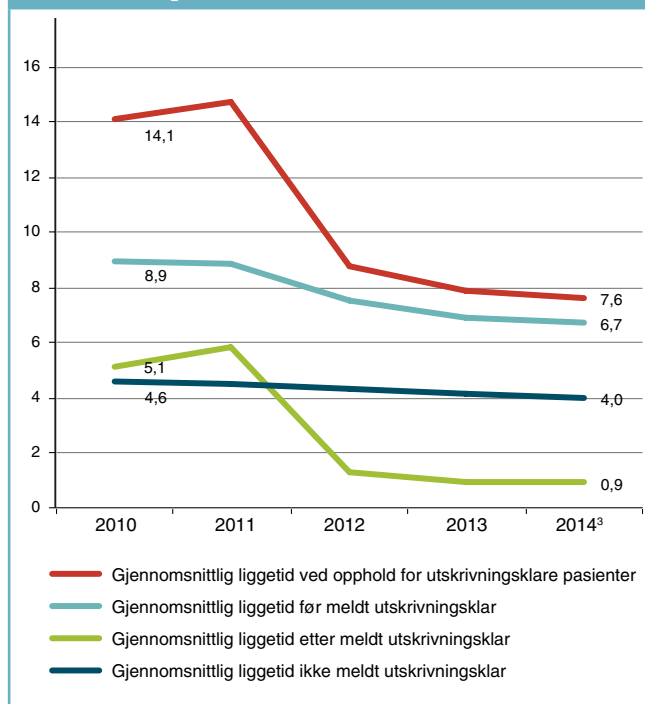
Figur 13.2 viser gjennomsnittlig liggetid ved opphold for pasienter som er meldt utskrivningsklare i 2010-2014. I 2014 var den gjennomsnittlige liggetiden for utskrivningsklare pasienter omtrent 7,6 dager, en halvering sammenlignet med nivået i 2011. Den største nedgangen kom ved innføring av samhandlingsreformen, men det har også vært noe nedgang i 2013 og siste år (-0,3 liggedager).

Vi har også delt opp den gjennomsnittlige liggetiden for utskrivningsklare pasienter i tiden før og etter de ble meldt utskrivningsklare. Den gjennomsnittlige liggetiden før pasienten ble meldt utskrivningsklar gikk ned fra 8,9 dager i 2010 og 2011 til 6,7 dager i 2014. Gjennomsnittlig liggetid etter at pasientene er meldt utskrivningsklare falt fra 5,1 liggedager i 2010 til 0,9 liggedager i 2014.

Vi finner også en svak nedgang i liggetid for pasienter som ikke er meldt utskrivningsklare. I perioden rundt innføringen av samhandlingsreformen var nedgangen i liggetid for disse andre pasientene svakere enn for pasienter som var meldt utskrivningsklare. Siste år er imidlertid ikke nedgangen i liggetid for pasienter som er meldt utskrivningsklare større enn for andre pasienter. Utskrivningsklare pasienter har fortsatt lengre liggetid enn andre pasienter.

Pasientsammensetningen for utskrivningsklare pasienter kan være endret som et resultat av at flere pasienter enn før meldes utskrivningsklare til kommunene. Data viser at

det i særlig grad er pasienter som tas imot av kommunene samme dag som de meldes utskrivningsklare som har økt, og som bidrar til kortere liggetid på sykehuset før de meldes utskrivningsklare.

Figur 13.2 Gjennomsnittlig liggetid¹ ved opphold for pasienter som er meldt utskrivningsklare² 2010-2014³.

Data fra Norsk pasientregister.

1) Endring i definisjonen av hvilken dato som brukes når pasienten er meldt utskrivningsklar flere ganger i løpet av samme sykehusopphold bidrar til en økning i liggedager for utskrivningsklare pasienter i 2014. Beregninger tilsier at effekten av dette tilsvarer omtrent 10 prosent flere liggedager for utskrivningsklare pasienter i 2013.

2) Opphold for pasienter som er meldt utskrivningsklare og tatt imot av kommunen samme dag er inkludert.

3) Data per 2. tertial 2014.

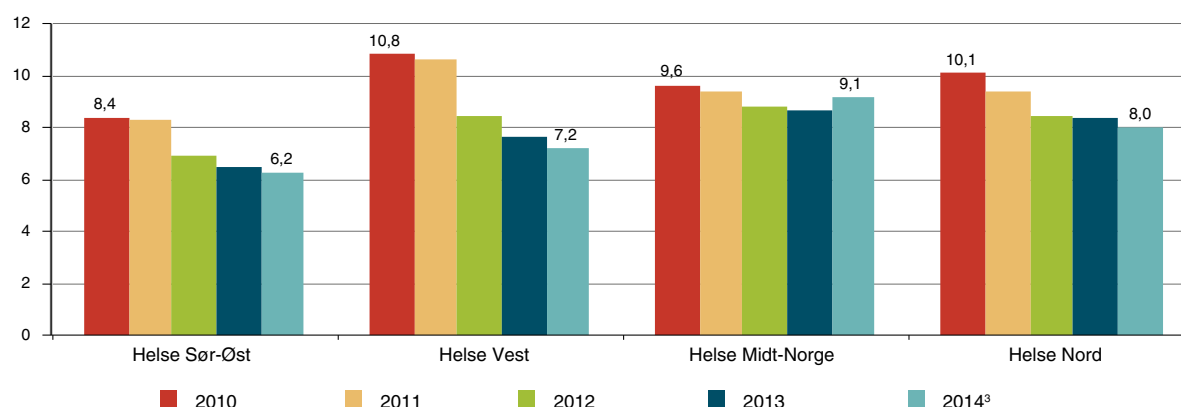
Utviklingen i gjennomsnittlig liggetid for utskrivningsklare pasienter etter region

Figur 13.3 og 13.4 viser gjennomsnittlig liggetid etter region, henholdsvis før og etter pasienten ble meldt utskrivningsklar. Alle regionene har hatt en nedgang i den gjennomsnittlige liggetiden før pasienten ble meldt utskrivningsklar i perioden fra 2011 til 2014. Nedgangen var størst i Helse Vest, som hadde en gjennomsnittlig liggetid på 7,2 dager før pasienten ble meldt utskrivningsklar i 2014 (- 3,4 liggedager fra 2011). Helse Midt-Norge har den lengste liggetiden før pasienten er meldt utskrivningsklar. I regionen var den gjennomsnittlige liggetiden før pasienten ble meldt utskrivningsklar 9,1

dager i 2014, som er en nedgang på 0,3 liggedager sammenlignet med 2011. I Helse Midt-Norge har det videre vært en økning i tiden fra pasienten legges inn på sykehus til han eller hun meldes utskrivningsklar siste år (+0,4 liggedager). Regionen har hatt den lengste liggetiden før pasienten meldes utskrivningsklar gjennom hele perioden etter innføringen av samhandlingsreformen.

I alle regionene har det vært en betydelig nedgang i gjennomsnittlig tid fra pasienten er meldt utskrivningsklar i sykehuset til han eller hun er tatt imot av kommunen. I Helse Vest ventet pasientene i gjennomsnitt i 0,7

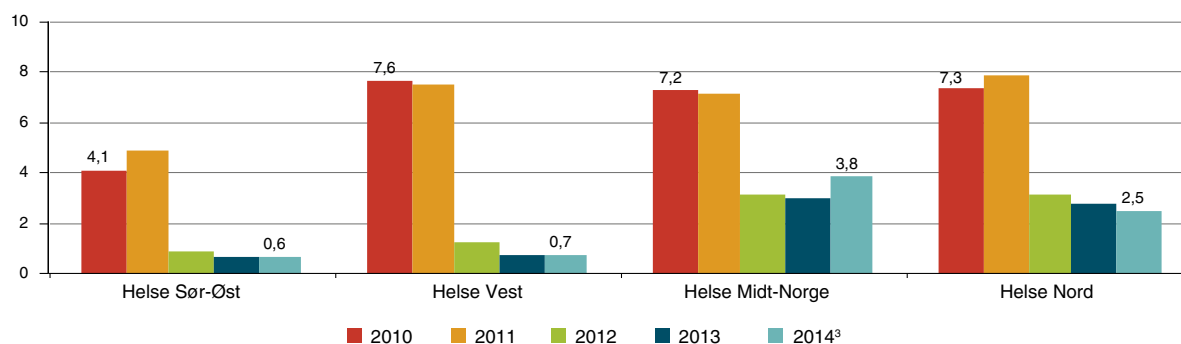
Figur 13.3 Gjennomsnittlig liggetid¹ før pasienten er meldt utskrivningsklar² 2010-2014³.



Data fra Norsk pasientregister.

- 1) Endring i definisjonen av hvilken dato som brukes når pasienten er meldt utskrivningsklar flere ganger i løpet av samme sykehusopphold bidrar til en økning i liggedager for utskrivningsklare pasienter i 2014. Beregninger tilsier at effekten av dette tilsvarer omtrent 10 prosent flere liggedager for utskrivningsklare pasienter i 2013.
- 2) Opphold for pasienter som er meldt utskrivningsklar og tatt imot av kommunen samme dag er inkludert.
- 3) Data per 2. tertial 2014.

Figur 13.4 Gjennomsnittlig liggetid¹ etter at pasienten er meldt utskrivningsklar² 2010-2014³.



Data fra Norsk pasientregister.

- 1) Endring i definisjonen av hvilken dato som brukes når pasienten er meldt utskrivningsklar flere ganger i løpet av samme sykehusopphold bidrar til en økning i liggedager for utskrivningsklare pasienter i 2014. Beregninger tilsier at effekten av dette tilsvarer omtrent 10 prosent flere liggedager for utskrivningsklare pasienter i 2013.
- 2) Opphold for pasienter som er meldt utskrivningsklar og tatt imot av kommunen samme dag er inkludert.
- 3) Data per 2. tertial 2014.

dager på å bli tatt imot av kommunen i 2014, en nedgang på nesten 7 liggedager fra 2011. Den gjennomsnittlige liggetiden er påvirket av en stor økning i antall opphold for pasienter som meldes utskrivningsklare og tas imot av kommunen samme dag, spesielt i Helse Sør-Øst og Helse Vest. Det er også disse to regionene som har hatt den største nedgangen i gjennomsnittlig liggetid for pasienter som meldes utskrivningsklare.

13.5 Utviklingen i rater for utskrivningsklare pasienter etter region og kommunegrupper

Før samhandlingsreformen trådte i kraft var det relativt lav rate ved opphold for pasienter som er meldt utskrivningsklare og tatt imot av kommunen samme dag. Figur 13.5 og Tabell 13.3 viser antall sykehusopphold for pasienter som er meldt utskrivningsklare og tatt imot av kommunen samme dag per 1 000 innbyggere. På nasjonalt nivå var det 13 slike opphold per 1 000 innbyggere i 2014, mens raten var 0,5 opphold per 1 000 innbyggere i 2011. Det har altså vært en stor økning i oppholdsraten for pasienter som meldes utskrivningsklare og tas imot av kommunen samme dag.

Når det gjelder liggedager for utskrivningsklare pasienter har det vært en stor nedgang i raten etter innføringen av samhandlingsreformen. Raten gikk ned fra 27 utskrivningsklare liggedager per 1 000 innbyggere i 2011 til 11 dager i 2012. Siste år ser vi imidlertid en økning i liggedagsraten for de utskrivningsklare pasientene, fra 11 liggedager per 1 000 innbyggere i 2013 til omtrent 15 i 2014. En del av økningen skyldes endringer i definisjonen av hvilken dato som brukes der hvor pasienten er meldt utskrivningsklar flere ganger i løpet av samme sykehusopphold. Dersom endringen hadde vært innført i 2013 ville det i våre data resultert i omtrent 10 prosent flere dager fra pasienten ble meldt utskrivningsklar til han eller hun ble tatt imot av kommunen. Se nærmere beskrivelse av dette under «Datagrunnlag og definisjoner».

Vi ser også en økning i antall utskrivningsklare pasienter per 1 000 innbyggere siste år. Vi finner også tilsvarende mønster for den eldre delen av befolkningen (80 år og eldre.

Helse Sør-Øst

Sammenlignet med de andre regionene hadde Helse Sør-Øst den høyeste oppholdsraten for pasienter som er meldt utskrivningsklare og tatt imot av kommunen samme dag gjennom hele perioden fra 2010 til 2014. I 2014 hadde Helse Sør-Øst 16,6 slike opphold per 1 000 innbyggere. Til sammenligning var det 0,7 opphold per 1 000 innbyggere i 2011. Alle kommunegruppene i Helse Sør-Øst har hatt en stor økning i oppholdsraten for pasienter som meldes utskrivningsklare og tas imot av kommunen samme dag, unntatt i Oslo kommune, hvor vi finner en tendens til nedgang siste år. Oslo kommune har også den laveste oppholdsraten for disse pasientene i 2014.

Liggedagsraten for utskrivningsklare pasienter gikk ned fra 25 til 9 liggedager etter innføringen av samhandlingsreformen, fra 2011 til 2012. Liggedagsraten har imidlertid økt i 2013 og i 2014 sammenlignet med nivået i 2012. Alle kommunegruppene følger det samme mønsteret. Samtidig er det store forskjeller i liggedagsratene mellom kommunegruppene.

Pasientratene følger samme mønster som liggedagsratene, med økning siste år. Unntaket her er Oslo kommune, som har noe nedgang siste år (fra 2,8 til 2,5 utskrivningsklare pasienter per 1 000 innbyggere).

Helse Vest

Helse Vest har samme utvikling som Helse Sør-Øst når det gjelder oppholdsratene for pasienter som meldes utskrivningsklare og tas imot av kommunen samme dag. I 2014 hadde Helse Vest nesten 14 slike opphold per 1 000 innbyggere, en økning fra 0,3 per 1 000 innbyggere i 2011. Økningen gjelder for alle kommunegruppene. Alle kommunegruppene i både Helse Sør-Øst og Helse Vest ligger over landsgjennomsnittet for pasienter som meldes utskrivningsklare og tas imot av kommunen samme dag, unntatt Oslo kommune og storby i Helse Vest som har lavere oppholdsrate enn landsgjennomsnittet for disse pasientene.

I Helse Vest har liggedagsratene for utskrivningsklare pasienter økt fra 8,2 til 12,2 siste år. Økningen gjelder alle kommunegruppene unntatt kommuner med over 20 000 innbyggere. Det er imidlertid store forskjeller i liggetidsratene mellom kommunegruppene i regionen. Storbykommuner har høyest liggedagsrate for utskrivningsklare

pasienter i Helse Vest med 16,4 liggedager per 1 000 innbyggere i 2014.

Alle kommunegruppene har en økning i pasientraten for utskrivningsklare pasienter siste år. Vi finner tilsvarende mønster for befolkningsgruppen som er 80 år og eldre.

Helse Midt-Norge

Helse Midt-Norge skiller seg ut med en relativt lav oppholdsrate for pasienter som er meldt utskrivningsklare og tatt imot av kommunen samme dag, sammenlignet med de andre regionene. Fra 2011 til 2012 økte nivået av slike opphold fra 0,1 til 2,5 per 1 000 innbyggere. Etter dette har regionen hatt en tilnærmet stabil oppholdsrate for pasienter som er meldt utskrivningsklare og tatt imot av kommunen samme dag. Alle kommunegruppene i Helse Midt-Norge har betydelig lavere oppholdsrater enn landsgjennomsnittet for pasienter som meldes utskrivningsklare og tas imot av kommunen samme dag.

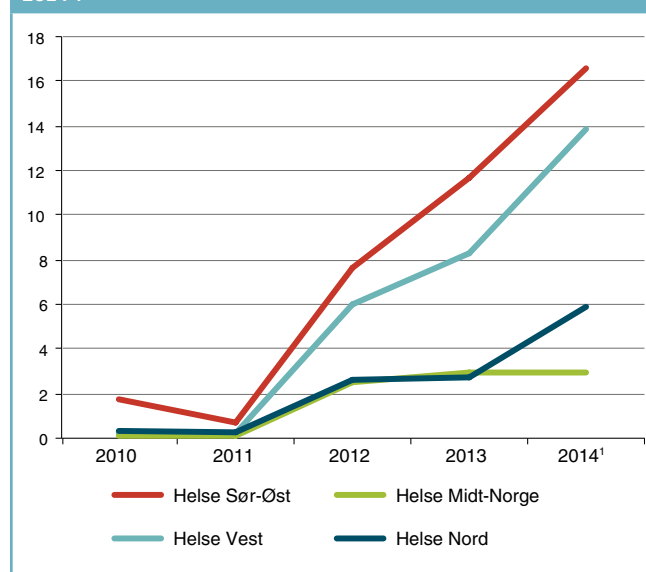
Sammenlignet med de andre regionene har Helse Midt-Norge den høyeste liggedagsraten for utskrivningsklare pasienter gjennom hele perioden etter innføringen av samhandlingsreformen. Liggedagsraten for utskrivningsklare pasienter er nesten 60 prosent høyere enn landsgjennomsnittet i Helse Midt-Norge. I 2014 var det 23,6 liggedager for utskrivningsklare pasienter per 1 000 innbyggere i regionen, en økning på 4 liggedager sammenlignet med 2013. Den største økningen kom i Storby i Helse Midt-Norge. Denne kommunegruppen har også den høyeste liggedagsraten i regionen med 45 liggedager for utskrivningsklare pasienter per 1 000 innbyggere.

Helse Nord

Helse Nord har i likhet med Helse Midt-Norge en relativt lav oppholdsrate for pasienter som er meldt utskrivningsklare og tatt imot av kommunen samme dag. Til forskjell fra Helse Midt-Norge har imidlertid regionen en økning i denne oppholdsrate siste år (fra 2,8 i 2013 til 5,9 i 2014). Økningen er størst i kommuner med over 20 000 innbyggere. Denne kommunegruppen har også den høyeste oppholdsrate for pasienter som meldes utskrivningsklare og tas imot av kommunen samme dag i regionen.

Som i de andre regionene gikk liggedagsratene for utskrivningsklare pasienter betydelig ned etter innføringen av samhandlingsreformen. Helse Nord følger også mønsteret vi har sett i de andre regionene, med en økning i liggedagsratene siste år. I 2014 var det 22,5 liggedager for utskrivningsklare pasienter per 1 000 innbyggere i Helse Nord, en økning på 8,1 liggedager sammenlignet med 2013. Økningen er spesielt stor i Storby i Helse Nord, som hadde 65 liggedager for utskrivningsklare pasienter per 1 000 innbyggere i 2014. Vi finner tilsvarende mønster for den eldre delen av befolkningen (80 år og eldre).

Figur 13.5 Sykehusopphold hvor pasienten er meldt utskrivningsklar og tatt imot av kommunen samme dag per 1 000 innbyggere i 2010-2014¹.



Data fra Norsk pasientregister.

1) Data for 2014 er beregnet på grunnlag av innrapportert aktivitet per 2. tertial 2014, med en antagelse om at 2/3 av aktiviteten kom i denne perioden.

Utviklingen i liggedagsraten for utskrivningsklare pasienter etter kommunestørrelse

Figur 13.6 viser liggedager for utskrivningsklare pasienter per 1 000 innbyggere etter kommunestørrelse for befolkningsgruppen som er 80 år og eldre. De minste kommunene har gjennomgående lavere liggedagsrater for utskrivningsklare pasienter enn større kommuner. I gruppen av kommuner med 1-1 999 innbyggere var det 71 liggedager per 1 000 innbyggere for utskrivningsklare pasienter i 2014, mens det i gruppen av kommuner med 100 000 eller flere innbyggere var 284 liggedager per 1 000 innbyggere. Felles for alle kommunegruppene er at

liggedagsraten for utskrivningsklare pasienter er betydelig lavere etter innføring av samhandlingsreformen. Den største endringen kom fra 2011 til 2012, hvor liggedagsraten ble mer enn halvert. Nedgangen var spesielt stor i gruppen av kommuner med 100 000 eller flere innbyggere. Vi ser også her en økning i liggedagsraten for de utskrivningsklare pasientene siste år. En del av økningen skyldes endringer i definisjonen av hvilken dato som brukes der hvor pasienten er meldt utskrivningsklar flere ganger i løpet av samme sykehusopphold. Se nærmere beskrivelse av dette under «Datagrunnlag og definisjoner». Vi finner samme mønster for totalbefolkningen som for befolkningsgruppen 80 år og eldre.

13.6 Inntektsopplysninger fra helseforetakene

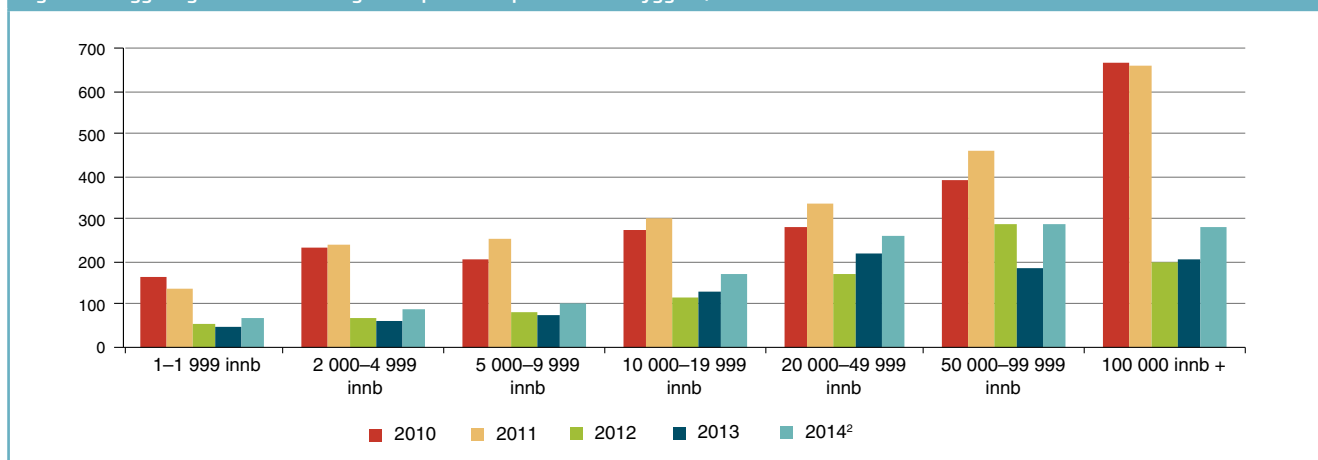
Fordi det var endringer i definisjonen av hvilken dato som brukes når pasienten er meldt utskrivningsklar flere ganger i løpet av samme sykehusopphold i 2014, er det en viss usikkerhet rundt veksten i liggedager for utskrivningsklare pasienter i 2014. For å kvalitetssikre konklusjonen om at det var en økning i slike liggedager, har vi innhentet inntektsopplysninger fra helseforetakene på liggedager for utskrivningsklare pasienter.

Utviklingen i inntektsdata samsvarer sterkt med utviklingen i aktivitet målt av Norsk pasientregister, og viser en økning i antall liggedager for utskrivningsklare pasienter i 2014. Dette er vist for Norge totalt, og for hver av regionene i figur 13.7-13.11.

Figurene viser utviklingen per måned i antall dager for utskrivningsklare pasienter basert på NPR-data og inntekter omregnet til dager basert på opplysninger fra de regionale helseforetakene. Inntektstallene varierer noe mer enn aktivitetstallene enkelte måneder, og dette skyldes bl.a. korrigeringer og tilbakebetalinger fra kommunene til helseforetakene. Dette fremkommer særlig tydelig i Helse Nord.

Det er generelt registrert flere dager for utskrivningsklare pasienter i NPR-data enn i inntektstallene, men utviklingen samsvarer tydelig. Inntektsdata viser en økning i omfanget av liggedager for utskrivningsklare pasienter fra september 2013 til februar 2014 og en fallende kurve fra februar til august. I august 2014 var omfanget av liggedager for utskrivningsklare pasienter omtrent som ved utgangen av 2013.

Figur 13.6 Liggedager¹ for utskrivningsklare pasienter per 1 000 innbyggere, eldre 80 år + 2010-2014².

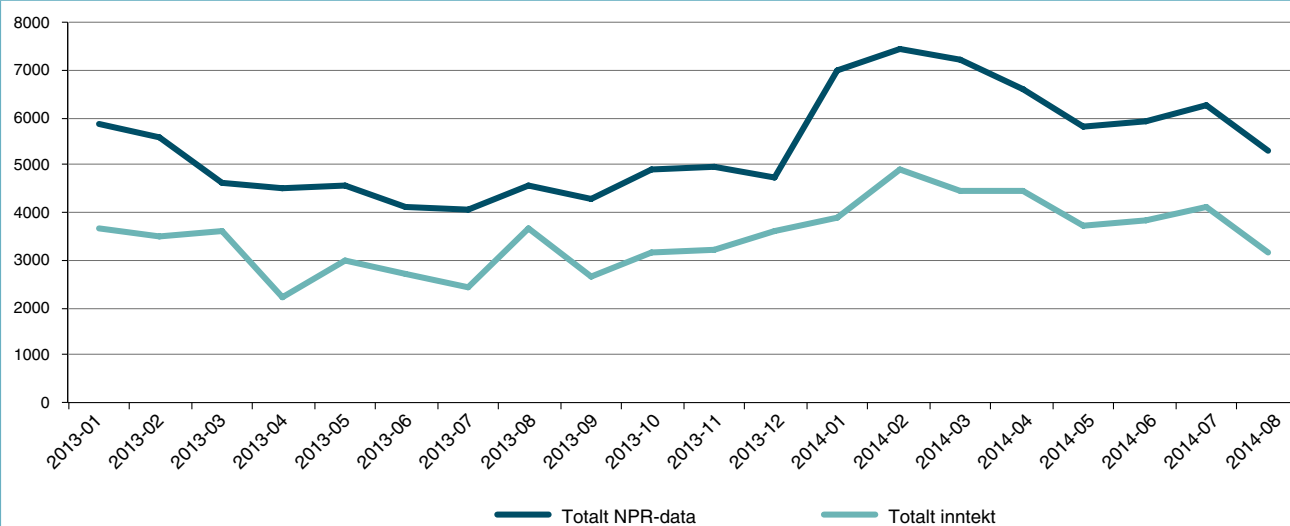


Data fra Norsk pasientregister.

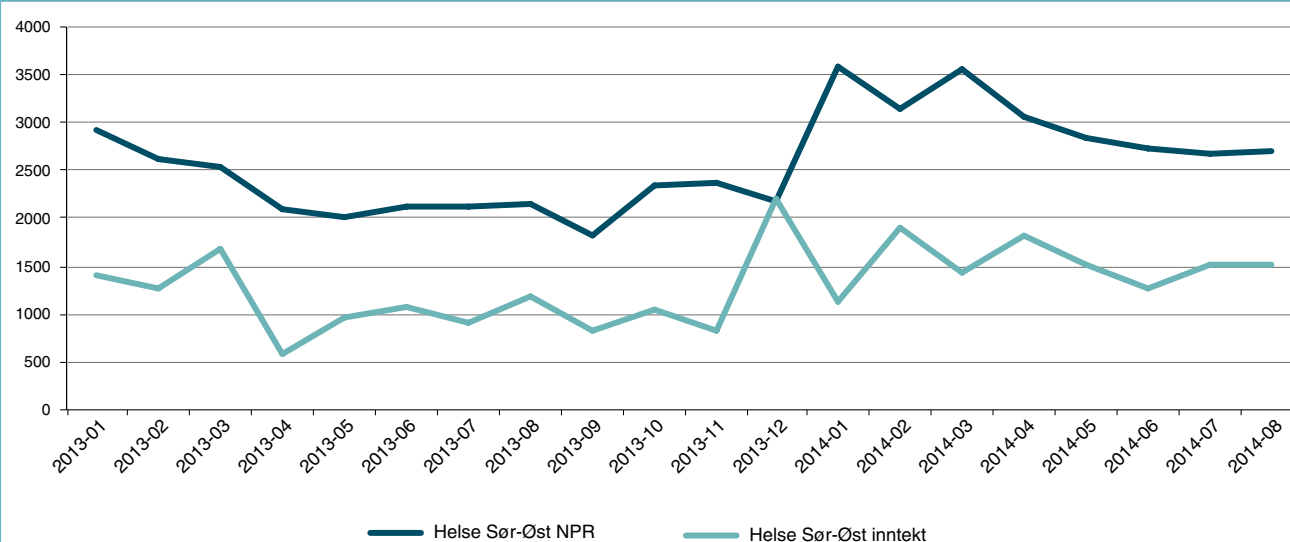
1) Endring i definisjonen av hvilken dato som brukes når pasienten er meldt utskrivningsklar flere ganger i løpet av samme sykehusopphold bidrar til en økning i liggedager for utskrivningsklare pasienter i 2014. Beregninger tilsier at effekten av dette tilsvarer omtrent 10 prosent flere liggedager for utskrivningsklare pasienter i 2013.

2) 2014 er beregnet på grunnlag av innrapportert aktivitet per 2. tertial 2014, med en antagelse om at 2/3 av aktiviteten kom i denne perioden.

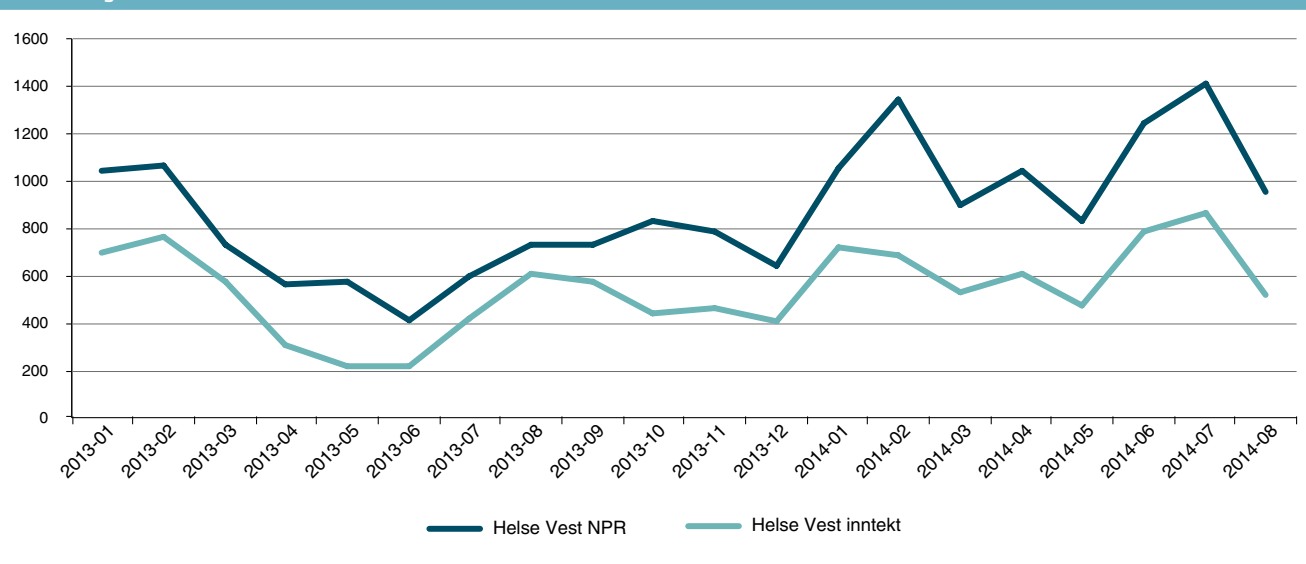
Figur 13.7 Aktivitetstall fra norsk pasientregister og inntektstall fra helseforetakene på liggedager for utskrivningsklare pasienter fra januar 2013 til august 2014. Data for Norge totalt.



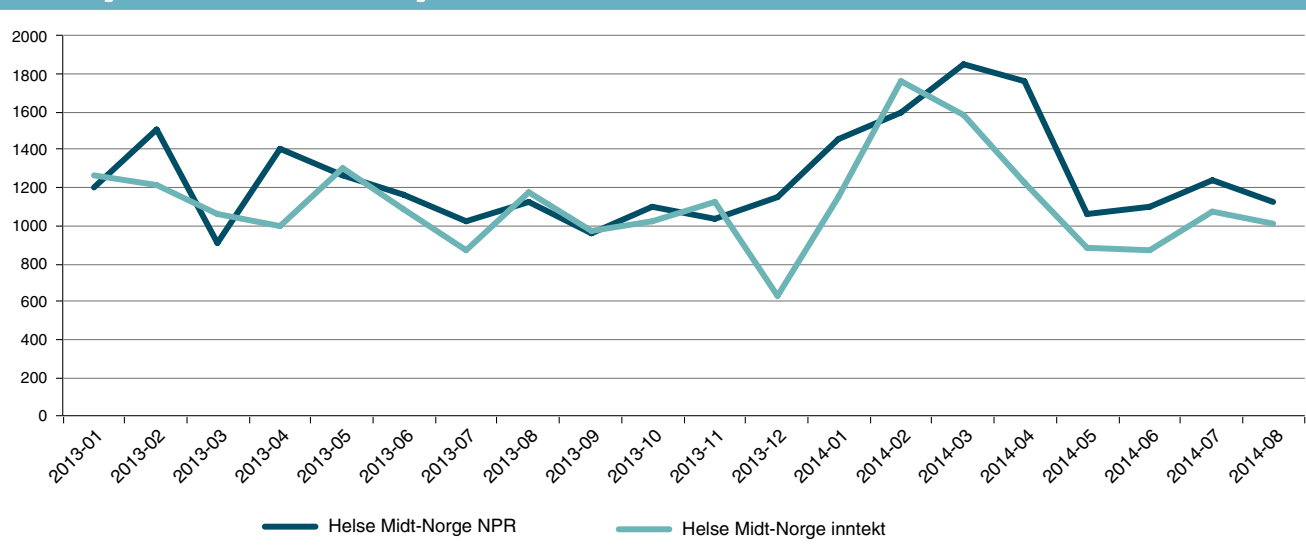
Figur 13.8 Aktivitetstall fra norsk pasientregister og inntektstall fra helseforetakene på liggedager for utskrivningsklare pasienter fra januar 2013 til august 2014. Data fra Helse Sør-Øst.



Figur 13.9 Aktivitetstall fra norsk pasientregister og inntektstall fra helseforetakene på liggedager for utskrivningsklare pasienter fra januar 2013 til august 2014. Data fra Helse Vest.



Figur 13.10 Aktivitetstall fra norsk pasientregister og inntektstall fra helseforetakene på liggedager for utskrivningsklare pasienter fra januar 2013 til august 2014. Data fra Helse Midt-Norge.

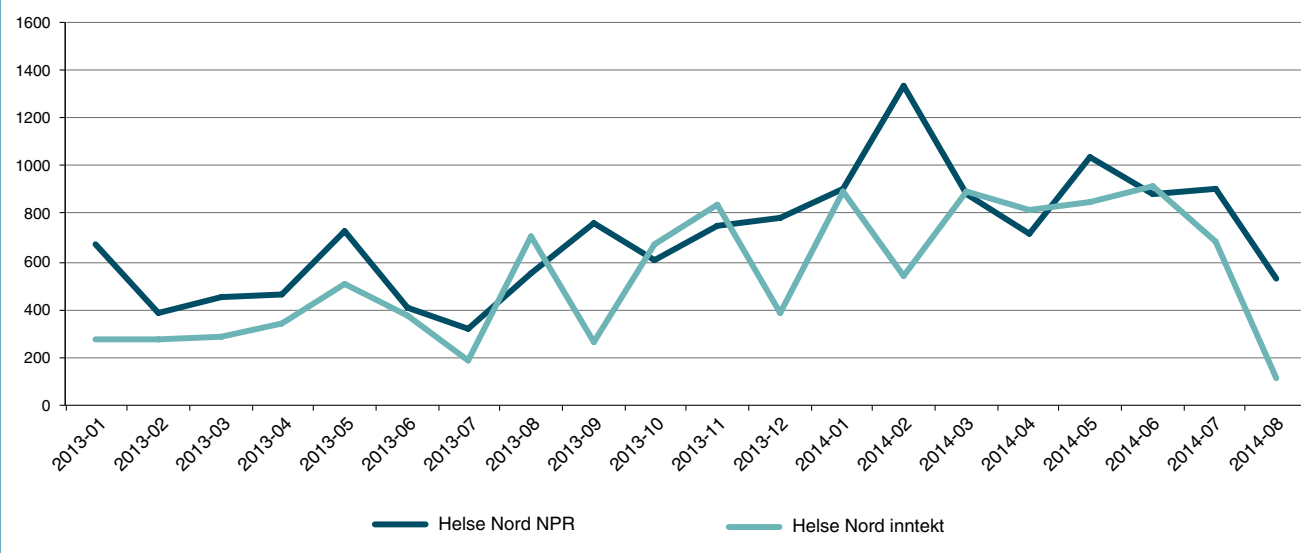


13.7 Datagrunnlag og definisjoner

Data i dette kapitlet er hentet fra Norsk pasientregister (NPR). Analysene er basert på datagrunnlaget fra SAMDATA 2010-2013 og per 2. tertial 2014. Tall for 2014 er beregnet på grunnlag av innrapportert aktivitet per 2. tertial, med en antagelse om at 2/3 av aktiviteten kom i denne perioden. Gjennomsnittlig liggetid er beregnet per 2. tertial 2014.

Sykehuset skal etter forskrift om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter § 13, tredje ledd, rapportere dato for når pasienten er utskrivningsklar til Norsk pasientregister. Datakvaliteten på liggetid for utskrivningsklare pasienter er imidlertid usikker. Det er indikasjoner på at rapporterte data ikke er komplette. Dette gir usikkerhet til analysene og data må tolkes med forsiktighet.

Figur 13.11 Aktivitetstall fra norsk pasientregister og inntektstall fra helseforetakene på liggedager for utskrivningsklare pasienter fra januar 2013 til august 2014. Data fra Helse Nord.



Videre er Norsk Pasientklassifisering⁴ (NPK) endret i 2014⁵, slik at utskrivningsklar-dato hentes fra den første/laveste datoverdien hvor varsel til kommunen om utskrivningsklar pasient er gitt. Dersom denne datoen ikke er registrert, brukes den første datoverdien for når pasienten er meldt utskrivningsklar. I 2013 hentet imidlertid NPK siste utskrivningsklar-dato i siste avdelingsopphold. For pasienter som er meldt utskrivningsklar flere ganger i samme sykehusopphold fører endringen i NPK til at liggetiden som utskrivningsklar er lengre i 2014 enn i 2013. Vi har brukt data fra 2013 og beregnet effekten av de to ulike måtene å hente utskrivningsklar-dato, og fant omtrent ti prosent høyere nivå av utskrivningsklare liggedager når vi beregnet liggetiden med NPK-reglene for 2014. Liggetid før pasienten er meldt utskrivningsklar er også påvirket av endringen, men da i retning av kortere liggetid.

Utskrivningsklare pasienter er definert som innlagte pasienter med en liggetid på minst 1 dag, og som har vært registrert som utskrivningsklar. Utskrivningsklare

liggedager er antall dager fra utskrivningsklar-dato (registrert av sykehuset) til utskrivningsdato. Liggetid før pasienten er meldt utskrivningsklar viser til antall dager fra innskrivningsdato til utskrivningsklar-dato.

På grunn av stor endring i volum av opphold som meldes utskrivningsklare og tas imot av kommunen samme dag er det tatt med egne tabeller og figurer for denne gruppen av utskrivningsklare pasienter.

Generelt er det noe økning i omfanget av utskrivningsklar liggetid fra 2010 til 2011. Dette kan skyldes økende fokus på registrering og oppmerksomhet rundt den nye ordningen med kommunalt finansieringsansvar fra første døgn. I så fall vil 2011 representere et bedre sammenligningsgrunnlag for utviklingen enn registreringene fra 2010.

Befolkningstall brukt til rateberegning er hentet fra SSB og er fra 1. januar påfølgende år. For 2014 er det brukt estimerte befolkningstall som også er hentet fra SSB.

4) Helsedirektoratet benytter programvaren NPK som ledd i driften av ISF-ordningen. En av de viktigste funksjonene til NPK er å aggregere sammenhengende behandlingsepisoder til sykehusopphold.

5) <http://www.helsedirektoratet.no/finansiering/isf/norsk-pasientklassifisering/Sider/default.aspx>

Tabell 13.3 Sykehusopphold for pasienter som er meldt utskrivningsklare og tatt imot av kommunen samme dag per 1 000 innbyggere i 2010-2014¹.

| Kommunegruppe | | Relativt nivå | Opphold for pasienter som tas imot av kommunen samme dag per 1 000 innbyggere | | | | |
|------------------|--|---------------|---|------------|------------|------------|-------------|
| | | | 2014 ¹ | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
| Region | Helse Sør-Øst | 126 | 1,7 | 0,7 | 7,7 | 11,6 | 16,6 |
| | Helse Vest | 105 | 0,2 | 0,3 | 6,0 | 8,3 | 13,8 |
| | Helse Midt-Norge | 22 | 0,1 | 0,1 | 2,5 | 3,0 | 2,9 |
| | Helse Nord | 45 | 0,4 | 0,3 | 2,7 | 2,8 | 5,9 |
| | Totalt | 100 | 1,0 | 0,5 | 6,1 | 8,9 | 13,2 |
| Helse Sør-Øst | Under 5000 innb. | 154 | 2,3 | 0,8 | 7,3 | 11,7 | 20,3 |
| | 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | 145 | 1,8 | 0,8 | 8,6 | 12,7 | 19,0 |
| | 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | 127 | 1,0 | 0,6 | 5,4 | 9,2 | 16,7 |
| | Over 20000 innb. - lengre reiseavstand | 149 | 1,9 | 0,7 | 9,3 | 15,1 | 19,6 |
| | Over 20000 innb. - kort reiseavstand | 166 | 3,1 | 1,4 | 8,4 | 13,2 | 21,8 |
| | Storby ekskl. Oslo | 115 | 1,7 | 0,4 | 5,9 | 9,2 | 15,1 |
| | Oslo | 74 | 0,5 | 0,4 | 7,4 | 10,0 | 9,7 |
| Helse Vest | Under 5000 innb. | 113 | 0,2 | 0,4 | 5,4 | 5,9 | 14,9 |
| | 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | 109 | 0,2 | 0,2 | 6,1 | 8,1 | 14,3 |
| | 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | 134 | 0,2 | 0,7 | 7,5 | 9,0 | 17,6 |
| | Over 20000 innb. | 111 | 0,1 | 0,7 | 5,2 | 6,6 | 14,6 |
| | Storby | 96 | 0,2 | 0,1 | 6,1 | 9,5 | 12,6 |
| Helse Midt-Norge | Under 5000 innb. | 26 | 0,2 | 0,1 | 2,9 | 3,7 | 3,4 |
| | 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | 33 | 0,1 | 0,1 | 3,6 | 4,2 | 4,4 |
| | 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | 10 | 0,1 | 0,1 | 1,6 | 1,6 | 1,4 |
| | Over 20000 innb. | 32 | 0,1 | 0,1 | 3,4 | 4,4 | 4,2 |
| | Storby | 3 | 0,1 | 0,1 | 0,5 | 0,5 | 0,4 |
| Helse Nord | Under 5000 innb. | 37 | 0,4 | 0,3 | 2,5 | 2,1 | 4,8 |
| | 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | 34 | 0,4 | 0,2 | 2,6 | 2,6 | 4,4 |
| | 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | 70 | 0,8 | 0,3 | 4,1 | 4,1 | 9,2 |
| | Over 20000 innb. | 81 | 0,2 | 0,5 | 3,7 | 4,8 | 10,6 |
| | Storby | 1 | 0,1 | 0,1 | 0,2 | 0,1 | 0,2 |

Data fra Norsk pasientregister.

1) Data for 2014 er et årsestimat som er beregnet ut fra faktisk aktivitet ved somatiske sykehus per 2. tertial 2014.

Tabell 13.4 Liggedager¹ for utskrivningsklare pasienter per 1 000 innbyggere 2010-2014².

| Kommunegruppe | | Relativt nivå | Liggedager for utskrivningsklare pasienter per 1 000 innbyggere | | | | |
|------------------|--|-------------------|---|-------------|-------------|-------------|-------------------|
| | | 2014 ² | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 ² |
| Region | Helse Sør-Øst | 84 | 24,5 | 25,3 | 8,9 | 9,6 | 12,6 |
| | Helse Vest | 82 | 18,2 | 22,5 | 10,7 | 8,2 | 12,2 |
| | Helse Midt-Norge | 158 | 29,1 | 30,2 | 19,2 | 19,6 | 23,6 |
| | Helse Nord | 151 | 37,4 | 43,1 | 16,4 | 14,4 | 22,5 |
| | Totalt | 100 | 25,0 | 27,1 | 11,4 | 11,1 | 14,9 |
| Helse Sør-Øst | Under 5000 innb. | 41 | 7,8 | 7,3 | 4,3 | 4,8 | 6,2 |
| | 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | 61 | 12,0 | 12,8 | 5,9 | 6,0 | 9,1 |
| | 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | 84 | 17,7 | 16,3 | 9,3 | 9,3 | 12,5 |
| | Over 20000 innb. - lengre reiseavstand | 91 | 20,4 | 23,0 | 9,0 | 10,6 | 13,6 |
| | Over 20000 innb. - kort reiseavstand | 150 | 15,2 | 16,8 | 11,0 | 17,7 | 22,5 |
| | Storby ekskl. Oslo | 77 | 21,7 | 28,4 | 11,9 | 7,5 | 11,5 |
| | Oslo | 80 | 53,1 | 47,5 | 8,7 | 10,5 | 12,0 |
| Helse Vest | Under 5000 innb. | 49 | 15,8 | 17,9 | 5,3 | 4,5 | 7,3 |
| | 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | 50 | 18,4 | 17,6 | 5,1 | 4,1 | 7,4 |
| | 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | 100 | 8,4 | 13,9 | 12,4 | 14,0 | 14,9 |
| | Over 20000 innb. | 67 | 5,4 | 14,1 | 7,8 | 10,9 | 10,0 |
| | Storby | 110 | 24,1 | 30,3 | 15,9 | 9,7 | 16,4 |
| Helse Midt-Norge | Under 5000 innb. | 69 | 25,7 | 18,0 | 8,9 | 7,1 | 10,3 |
| | 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | 56 | 22,3 | 28,0 | 7,5 | 8,5 | 8,3 |
| | 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | 101 | 17,6 | 19,7 | 3,7 | 8,6 | 15,1 |
| | Over 20000 innb. | 223 | 28,2 | 35,1 | 36,5 | 32,9 | 33,3 |
| | Storby | 300 | 43,2 | 40,1 | 30,6 | 33,4 | 44,9 |
| Helse Nord | Under 5000 innb. | 82 | 36,3 | 40,4 | 9,7 | 7,7 | 12,3 |
| | 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | 134 | 26,5 | 35,7 | 11,6 | 12,9 | 20,0 |
| | 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | 177 | 35,1 | 52,2 | 23,3 | 23,4 | 26,5 |
| | Over 20000 innb. | 35 | 45,4 | 50,8 | 9,2 | 1,3 | 5,2 |
| | Storby | 437 | 46,3 | 39,1 | 39,2 | 38,6 | 65,3 |

Data fra Norsk pasientregister.

1) Endring i definisjonen av hvilken dato som brukes når pasienten er meldt utskrivningsklar flere ganger i løpet av samme sykehusopphold bidrar til en økning i liggedager for utskrivningsklare pasienter i 2014. Beregninger tilsier at effekten av dette tilsvarer omtrent 10 prosent flere liggedager for utskrivningsklare pasienter i 2013.

2) Data for 2014 er et årsestimat som er beregnet ut fra faktisk aktivitet ved somatiske sykehus per 2. tertial 2014.

Tabell 13.5 Sykehusopphold for utskrivningsklare pasienter¹ per 1 000 innbyggere 2010-2014².

| Kommunegruppe | | Relativt nivå | Utskrivningsklare opphold per 1 000 innbyggere | | | | |
|------------------|--|-------------------|--|------------|------------|------------|-------------------|
| | | 2014 ² | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 ² |
| Region | Helse Sør-Øst | 94 | 4,3 | 4,5 | 2,5 | 2,7 | 3,0 |
| | Helse Vest | 111 | 2,2 | 2,7 | 2,5 | 2,4 | 3,5 |
| | Helse Midt-Norge | 104 | 3,9 | 4,1 | 3,7 | 3,5 | 3,3 |
| | Helse Nord | 102 | 4,7 | 5,2 | 2,6 | 2,5 | 3,2 |
| | Totalt | 100 | 3,8 | 4,2 | 2,7 | 2,7 | 3,1 |
| Helse Sør-Øst | Under 5000 innb. | 61 | 1,5 | 1,8 | 1,5 | 1,3 | 1,9 |
| | 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | 71 | 2,3 | 2,8 | 1,9 | 1,9 | 2,2 |
| | 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | 86 | 3,0 | 3,3 | 2,2 | 1,9 | 2,7 |
| | Over 20000 innb. - lengre reiseavstand | 111 | 3,5 | 4,1 | 2,3 | 3,2 | 3,5 |
| | Over 20000 innb. - kort reiseavstand | 139 | 2,7 | 3,4 | 3,4 | 3,9 | 4,4 |
| | Storby ekskl. Oslo | 91 | 4,0 | 4,6 | 2,9 | 2,3 | 2,9 |
| | Oslo | 92 | 8,9 | 8,0 | 2,9 | 3,2 | 2,9 |
| Helse Vest | Under 5000 innb. | 59 | 2,4 | 2,8 | 1,2 | 1,1 | 1,9 |
| | 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | 64 | 2,6 | 2,8 | 1,1 | 1,1 | 2,0 |
| | 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | 123 | 1,4 | 2,5 | 2,5 | 2,9 | 3,9 |
| | Over 20000 innb. | 72 | 0,8 | 2,3 | 1,6 | 2,1 | 2,3 |
| | Storby | 162 | 2,5 | 2,8 | 3,9 | 3,5 | 5,1 |
| Helse Midt-Norge | Under 5000 innb. | 52 | 3,6 | 2,8 | 2,3 | 1,8 | 1,6 |
| | 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | 52 | 3,0 | 3,3 | 2,1 | 2,0 | 1,6 |
| | 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | 72 | 2,5 | 2,5 | 1,4 | 1,9 | 2,3 |
| | Over 20000 innb. | 140 | 3,6 | 3,7 | 5,4 | 5,2 | 4,4 |
| | Storby | 180 | 5,9 | 6,8 | 5,7 | 5,6 | 5,7 |
| Helse Nord | Under 5000 innb. | 76 | 4,3 | 4,5 | 1,8 | 1,8 | 2,4 |
| | 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | 110 | 3,9 | 4,3 | 2,1 | 2,8 | 3,5 |
| | 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | 157 | 4,7 | 6,0 | 4,5 | 4,1 | 4,9 |
| | Over 20000 innb. | 60 | 7,2 | 7,9 | 2,1 | 0,8 | 1,9 |
| | Storby | 145 | 3,2 | 3,5 | 3,7 | 4,1 | 4,6 |

Data fra Norsk pasientregister.

1) Opphold for pasienter som er meldt utskrivningsklar og tatt imot av kommunen samme dag er ekskludert.

2) Data for 2014 er et årsestimat som er beregnet ut fra faktisk aktivitet ved somatiske sykehus per 2. tertial 2014.

Tabell 13.6 Utskrivningsklare pasienter¹ per 1 000 innbyggere 2010-2014².

| Kommunegruppe | | Relativt nivå | Utskrivningsklare pasienter per 1 000 innbyggere | | | | |
|------------------|--|-------------------|--|------------|------------|------------|-------------------|
| | | 2014 ² | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 ² |
| Region | Helse Sør-Øst | 95 | 3,6 | 3,9 | 2,3 | 2,4 | 2,7 |
| | Helse Vest | 110 | 2,0 | 2,5 | 2,3 | 2,2 | 3,1 |
| | Helse Midt-Norge | 106 | 3,6 | 3,7 | 3,3 | 3,1 | 3,0 |
| | Helse Nord | 102 | 4,2 | 4,6 | 2,4 | 2,3 | 2,9 |
| | Totalt | 100 | 3,3 | 3,6 | 2,5 | 2,4 | 2,9 |
| Helse Sør-Øst | Under 5000 innb. | 65 | 1,4 | 1,7 | 1,4 | 1,3 | 1,8 |
| | 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | 72 | 2,1 | 2,6 | 1,8 | 1,8 | 2,1 |
| | 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | 92 | 2,7 | 3,1 | 2,1 | 1,8 | 2,6 |
| | Over 20000 innb. - lengre reiseavstand | 111 | 3,2 | 3,7 | 2,2 | 2,9 | 3,2 |
| | Over 20000 innb. - kort reiseavstand | 139 | 2,4 | 3,1 | 3,1 | 3,5 | 4,0 |
| | Storby ekskl. Oslo | 94 | 3,6 | 3,9 | 2,6 | 2,1 | 2,7 |
| | Oslo | 88 | 7,0 | 6,4 | 2,6 | 2,8 | 2,5 |
| Helse Vest | Under 5000 innb. | 63 | 2,3 | 2,6 | 1,1 | 1,0 | 1,8 |
| | 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | 63 | 2,3 | 2,6 | 1,1 | 1,1 | 1,8 |
| | 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | 125 | 1,2 | 2,4 | 2,3 | 2,6 | 3,6 |
| | Over 20000 innb. | 76 | 0,7 | 2,2 | 1,5 | 1,9 | 2,2 |
| | Storby | 157 | 2,2 | 2,5 | 3,4 | 3,1 | 4,5 |
| Helse Midt-Norge | Under 5000 innb. | 55 | 3,3 | 2,7 | 2,2 | 1,7 | 1,6 |
| | 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | 55 | 2,8 | 3,1 | 2,0 | 1,9 | 1,6 |
| | 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | 75 | 2,4 | 2,5 | 1,4 | 1,7 | 2,1 |
| | Over 20000 innb. | 144 | 3,3 | 3,3 | 4,7 | 4,5 | 4,1 |
| | Storby | 175 | 5,3 | 5,7 | 4,9 | 4,7 | 5,0 |
| Helse Nord | Under 5000 innb. | 76 | 3,9 | 4,1 | 1,7 | 1,7 | 2,2 |
| | 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | 108 | 3,7 | 3,8 | 2,0 | 2,5 | 3,1 |
| | 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | 154 | 4,3 | 5,4 | 4,0 | 3,7 | 4,4 |
| | Over 20000 innb. | 63 | 6,2 | 6,6 | 2,0 | 0,7 | 1,8 |
| | Storby | 142 | 2,8 | 3,2 | 3,4 | 3,7 | 4,1 |

Data fra Norsk pasientregister.

1) Opphold for pasienter som er meldt utskrivningsklar og tatt imot av kommunen samme dag er ekskludert.

2) Data for 2014 er et årsestimat som er beregnet ut fra faktisk aktivitet ved somatiske sykehus per 2. tertial 2014.

Tabell 13.7 Liggedager¹ for utskrivningsklare pasienter per 1 000 innbyggere, eldre 80 år og over 2010-2014².

| Kommunegruppe | | Relativt nivå | Liggedager for utskrivningsklare pasienter per 1 000 innbyggere | | | | |
|------------------|--|-------------------|---|------------|------------|------------|-------------------|
| | | 2014 ¹ | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 ¹ |
| Region | Helse Sør-Øst | 79 | 356 | 359 | 121 | 133 | 165 |
| | Helse Vest | 81 | 286 | 349 | 153 | 118 | 169 |
| | Helse Midt-Norge | 172 | 387 | 427 | 247 | 263 | 359 |
| | Helse Nord | 144 | 529 | 588 | 206 | 208 | 300 |
| | Totalt | 100 | 364 | 390 | 154 | 157 | 208 |
| Helse Sør-Øst | Under 5000 innb. | 25 | 78 | 77 | 41 | 50 | 53 |
| | 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | 52 | 148 | 164 | 73 | 76 | 108 |
| | 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | 65 | 218 | 215 | 105 | 102 | 135 |
| | Over 20000 innb. - lengre reiseavstand | 90 | 315 | 331 | 115 | 141 | 187 |
| | Over 20000 innb. - kort reiseavstand | 143 | 187 | 208 | 147 | 250 | 299 |
| | Storby ekskl. Oslo | 76 | 314 | 402 | 170 | 110 | 159 |
| | Oslo | 84 | 951 | 837 | 146 | 175 | 176 |
| Helse Vest | Under 5000 innb. | 35 | 188 | 215 | 52 | 55 | 72 |
| | 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | 43 | 300 | 273 | 72 | 60 | 90 |
| | 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | 95 | 128 | 202 | 203 | 194 | 197 |
| | Over 20000 innb. | 90 | 100 | 226 | 128 | 194 | 187 |
| | Storby | 117 | 391 | 504 | 239 | 144 | 245 |
| Helse Midt-Norge | Under 5000 innb. | 63 | 250 | 191 | 91 | 65 | 131 |
| | 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | 52 | 317 | 397 | 96 | 107 | 109 |
| | 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | 99 | 252 | 325 | 54 | 100 | 206 |
| | Over 20000 innb. | 255 | 357 | 523 | 477 | 488 | 532 |
| | Storby | 429 | 737 | 691 | 506 | 567 | 894 |
| Helse Nord | Under 5000 innb. | 50 | 417 | 447 | 88 | 80 | 103 |
| | 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | 125 | 405 | 479 | 145 | 171 | 260 |
| | 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | 177 | 447 | 653 | 293 | 315 | 370 |
| | Over 20000 innb. | 40 | 699 | 745 | 135 | 20 | 84 |
| | Storby | 721 | 1073 | 964 | 818 | 1007 | 1503 |

Data fra Norsk pasientregister.

1) Endring i definisjonen av hvilken dato som brukes når pasienten er meldt utskrivningsklar flere ganger i løpet av samme sykehusopphold bidrar til en økning i liggedager for utskrivningsklare pasienter i 2014. Beregninger tilsier at effekten av dette tilsvarer omtrent 10 prosent flere liggedager for utskrivningsklare pasienter i 2013.

2) Data for 2014 er et årsestimat som er beregnet ut fra faktisk aktivitet ved somatiske sykehus per 2. tertial 2014.

Tabell 13.8 Sykehusopphold for utskrivningsklare pasienter¹ per 1 000 innbyggere, eldre 80 år og over 2010-2014².

| Kommunegruppe | | Relativt nivå | Opphold for utskrivningsklare pasienter per 1 000 innbyggere | | | | |
|------------------|--|-------------------|--|-----------|-----------|-----------|-------------------|
| | | 2014 ² | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 ² |
| Region | Helse Sør-Øst | 93 | 62 | 66 | 37 | 38 | 42 |
| | Helse Vest | 120 | 34 | 42 | 39 | 37 | 55 |
| | Helse Midt-Norge | 103 | 53 | 59 | 49 | 50 | 47 |
| | Helse Nord | 95 | 66 | 72 | 36 | 34 | 43 |
| | Totalt | 100 | 55 | 61 | 39 | 39 | 45 |
| Helse Sør-Øst | Under 5000 innb. | 42 | 16 | 19 | 15 | 14 | 19 |
| | 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | 61 | 29 | 37 | 25 | 24 | 28 |
| | 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | 77 | 39 | 43 | 30 | 21 | 35 |
| | Over 20000 innb. - lengre reiseavstand | 112 | 53 | 62 | 33 | 44 | 51 |
| | Over 20000 innb. - kort reiseavstand | 129 | 33 | 43 | 46 | 53 | 59 |
| | Storby ekskl. Oslo | 91 | 57 | 67 | 42 | 34 | 42 |
| | Oslo | 114 | 158 | 145 | 54 | 57 | 52 |
| Helse Vest | Under 5000 innb. | 45 | 27 | 33 | 12 | 11 | 21 |
| | 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | 68 | 41 | 44 | 17 | 17 | 31 |
| | 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | 115 | 20 | 36 | 39 | 44 | 52 |
| | Over 20000 innb. | 100 | 14 | 39 | 31 | 40 | 46 |
| | Storby | 187 | 39 | 46 | 65 | 58 | 85 |
| Helse Midt-Norge | Under 5000 innb. | 41 | 36 | 29 | 24 | 19 | 19 |
| | 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | 45 | 42 | 49 | 27 | 28 | 21 |
| | 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | 72 | 35 | 40 | 20 | 25 | 33 |
| | Over 20000 innb. | 144 | 50 | 56 | 71 | 75 | 65 |
| | Storby | 232 | 101 | 122 | 102 | 101 | 105 |
| Helse Nord | Under 5000 innb. | 46 | 47 | 50 | 20 | 17 | 21 |
| | 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | 108 | 60 | 60 | 30 | 40 | 49 |
| | 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | 146 | 62 | 75 | 60 | 53 | 66 |
| | Over 20000 innb. | 66 | 110 | 118 | 28 | 12 | 30 |
| | Storby | 230 | 73 | 81 | 82 | 101 | 104 |

Data fra Norsk pasientregister.

1) Opphold for pasienter som er meldt utskrivningsklar og tatt imot av kommunen samme dag er ekskludert.

2) Data for 2014 er et årsestimat som er beregnet ut fra faktisk aktivitet ved somatiske sykehus per 2. tertial 2014.

Tabell 13.9 Utskrivningsklare pasienter¹ per 1 000 innbyggere, eldre 80 år og over 2010-2014².

| Kommunegruppe | | Relativt nivå | Opphold for utskrivningsklare pasienter per 1 000 innbyggere | | | | |
|------------------|--|-------------------|--|-----------|-----------|-----------|-------------------|
| | | 2014 ² | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 ² |
| Region | Helse Sør-Øst | 93 | 52 | 56 | 34 | 34 | 39 |
| | Helse Vest | 119 | 30 | 38 | 35 | 34 | 49 |
| | Helse Midt-Norge | 103 | 49 | 53 | 44 | 43 | 43 |
| | Helse Nord | 95 | 59 | 63 | 33 | 32 | 39 |
| | Totalt | 100 | 48 | 53 | 36 | 35 | 41 |
| Helse Sør-Øst | Under 5000 innb. | 45 | 15 | 18 | 14 | 14 | 18 |
| | 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | 63 | 27 | 34 | 24 | 23 | 26 |
| | 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | 82 | 35 | 41 | 28 | 20 | 34 |
| | Over 20000 innb. - lengre reiseavstand | 111 | 48 | 55 | 30 | 40 | 46 |
| | Over 20000 innb. - kort reiseavstand | 127 | 30 | 40 | 41 | 48 | 52 |
| | Storby ekskl. Oslo | 93 | 50 | 57 | 38 | 31 | 39 |
| | Oslo | 113 | 124 | 115 | 49 | 50 | 47 |
| Helse Vest | Under 5000 innb. | 48 | 26 | 31 | 11 | 11 | 20 |
| | 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | 67 | 37 | 41 | 17 | 16 | 28 |
| | 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | 118 | 17 | 35 | 36 | 39 | 49 |
| | Over 20000 innb. | 105 | 13 | 37 | 29 | 35 | 43 |
| | Storby | 182 | 35 | 40 | 57 | 52 | 75 |
| Helse Midt-Norge | Under 5000 innb. | 43 | 34 | 28 | 23 | 18 | 18 |
| | 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | 48 | 39 | 46 | 26 | 26 | 20 |
| | 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | 73 | 33 | 39 | 20 | 24 | 30 |
| | Over 20000 innb. | 147 | 46 | 49 | 63 | 65 | 61 |
| | Storby | 223 | 91 | 103 | 88 | 84 | 92 |
| Helse Nord | Under 5000 innb. | 46 | 44 | 46 | 19 | 17 | 19 |
| | 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | 108 | 56 | 52 | 28 | 37 | 45 |
| | 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | 143 | 55 | 68 | 53 | 48 | 59 |
| | Over 20000 innb. | 68 | 95 | 97 | 26 | 12 | 28 |
| | Storby | 226 | 65 | 75 | 77 | 89 | 94 |

Data fra Norsk pasientregister.

1) Opphold for pasienter som er meldt utskrivningsklar og tatt imot av kommunen samme dag er ekskludert.

2) Data for 2014 er et årsestimat som er beregnet ut fra faktisk aktivitet ved somatiske sykehus per 2. tertial 2014.

Utviklingen i reinnleggelser for pasienter som meldes utskrivningsklare

Andelen reinnleggelser etter opphold hvor pasienten ikke ble meldt utskrivningsklar gikk noe ned i perioden fra 2010 til 2014. Nedgangen var størst i Helse Sør-Øst og Helse Vest.

For pasienter som ble meldt utskrivningsklar og ble tatt imot av kommunen etter 0-1 dager økte andelen reinnleggelser svakt fra 2013 til 2014. For disse pasientene økte andelen reinnleggelser med 1,4 prosentpoeng fra 2012 til 2014. Helse Sør-Øst har den høyeste andelen reinnleggelser for pasienter som ble meldt utskrivningsklare og ble tatt imot av kommunen etter 0-1 dag gjennom hele perioden.

Også for pasienter som ble tatt imot av kommunen etter 2 eller flere liggedager som utskrivningsklar på sykehus økte andelen reinnleggelser i 2014. Dette kan knyttes til utviklingen i Helse Sør-Øst og Helse Nord. Det er fortsatt forskjeller mellom regioner og kommunegrupper i nivå og utvikling i andel reinnleggelser for pasienter som er meldt utskrivningsklare.

14.1 Innledning

Etter innføringen av samhandlingsreformen i 2012 har antall opphold for pasienter som meldes utskrivningsklare og tas imot av kommunen samme dag økt kraftig (se kapittel 13). Gjennomsnittlig liggetid på sykehus for disse pasientene (liggetid før pasienten defineres som utskrivningsklar) har samtidig gått ned fra 8,9 til 6,7 liggedager. Det har vært påpekt at dersom pasientene skrives ut for tidlig fra sykehus, kan risikoen for reinnleggelser øke. Ettersom omfanget av pasienter som meldes utskrivningsklare har økt betydelig, kan det også ha vært en endring i pasientsammensetningen for utskrivningsklare pasienter. I overkant av 2 000 sykepleiere i sykehjem og hjemmesykepleien svarte i 2013 på en spørreundersøkelse om eventuelle endringer i tjenestene forårsaket av økt utskrivning av pasienter fra sykehus. Undersøkelsen er utført av NOVA¹ etter oppdrag fra Norsk Sykepleierforbund. Omtrent 70 prosent av hjemmesykepleierne svarte at reinnleggelseshyppigheten har økt etter samhandlingsreformen, mens den tilsvarende andelen blant sykepleiere i sykehjem var 48 prosent. Ett

annet hovedfunn er at de kommunale helse- og omsorgstjenestene tar imot flere alvorlig syke pasienter fra sykehus etter innføringen av samhandlingsreformen.

Det er rimelig å anta at pasienter som har behov for å bli tatt imot av kommunen når de skrives ut av sykehuset har et annet morbiditetsmønster og funksjonsnivå enn andre pasienter, og at dette fører til at utskrivningsklare pasienter har høyere risiko for en reinnleggelse enn andre pasienter. Samtidig er det viktig å følge utviklingen i andelen reinnleggelser for denne gruppen.

I dette kapitlet beskriver vi utviklingen i reinnleggelser per 2. tertial 2010-2014 for:

- Pasienter som ikke er meldt utskrivningsklare
- Pasienter som er meldt utskrivningsklare
 - Pasienter som er meldt utskrivningsklare og har blitt tatt imot av kommunen etter 0-1 dager
 - Pasienter som er meldt utskrivningsklare og har 2 eller flere liggedager som utskrivningsklar

1) Heidi Gautun og Astri Syse (2013): Samhandlingsreformen. Hvordan tar de kommunale helse- og omsorgstjenestene i mot det økte antallet pasienter som skrives ut fra sykehusene? Rapport nr. 8/13 fra Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA).

14.2 Utviklingen i reinnleggelser for pasienter som meldes utskrivningsklare 2010-2014

Tabell 14.1 viser antall opphold for utskrivningsklare pasienter per 2. tertial fra 2010 til 2014. Antall opphold for pasienter som meldes utskrivningsklare og tas imot av kommunen samme dag eller neste dag har økt kraftig for hvert år etter innføringen av samhandlingsreformen. Mens antall opphold hvor pasienten ikke ble meldt utskrivningsklar gikk ned med omtrent 20 000 opphold fra 2013 til 2014, økte oppholdene for pasienter som ble meldt utskrivningsklare og tatt imot av kommunen etter 0-1 dager tilsvarende.

Opphold for pasienter med 2 eller flere liggedager på sykehus som utskrivningsklar ble nesten halvert etter innføringen av samhandlingsreformen, men antall slike opphold økte fra omtrent 5 800 til 6 800 fra 2013 til 2014. Det kan ha skjedd en endring i hvilke pasienter som meldes utskrivningsklare, som igjen kan påvirke utviklingen i andelen reinnleggelser for utskrivningsklare pasienter.

Figur 14.1 og 14.2 viser andel reinnleggelser for øyeblikkelig hjelp innen 30 dager etter utskrivningsklar status fra 2010 til 2014, for totalbefolkningen og for befolkningsgruppen 80 år og eldre. Andelen reinnleggelser etter opphold som ikke ble meldt utskrivningsklare var

8,6 prosent i 2014, en nedgang på 1 prosentpoeng sammenlignet med 2010. Mens det har vært en jevn nedgang i andelen reinnleggelser etter opphold som ikke ble meldt utskrivningsklare fra 2010 til 2014, så økte andelen reinnleggelser for utskrivningsklare pasienter som ble tatt imot av kommunen etter 0-1 dager fra 18,4 til 19,8 prosent fra 2012 til 2014. Andelen reinnleggelser etter opphold hvor pasienten har ventet på å bli tatt imot av kommunen i 0-1 dager etter at han eller hun ble meldt utskrivningsklar økte med 0,9 prosentpoeng siste år. Videre var det 17,1 prosent reinnleggelser for pasienter som hadde 2 eller flere liggedager som utskrivningsklar i 2014, en økning på 0,5 prosentpoeng sammenlignet med 2013.

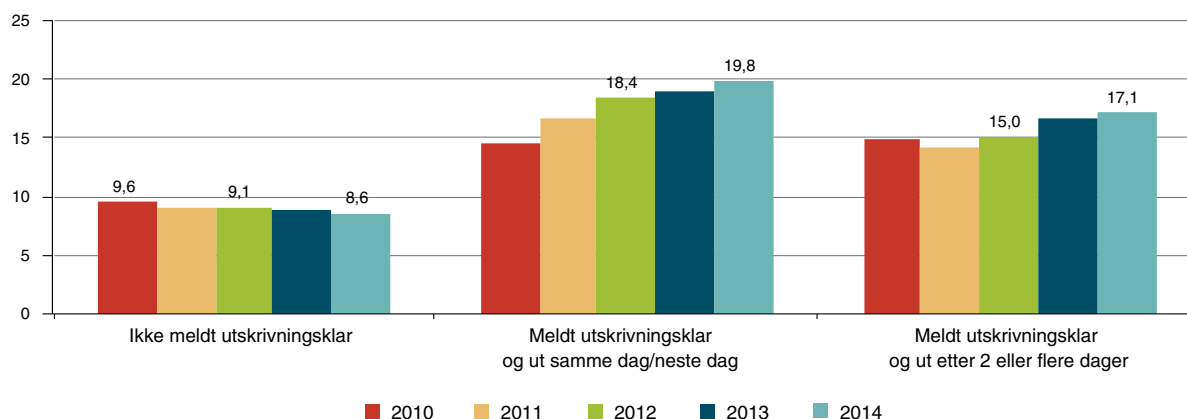
Også for aldersgruppen 80 år og eldre har det vært en nedgang i andelen reinnleggelser etter sykehusopphold hvor pasienten ikke ble meldt utskrivningsklar fra 14,7 til 13,4 prosent i perioden fra 2010 til 2014. Samtidig har det vært en økning i andelen reinnleggelser etter opphold for pasienter som har blitt meldt utskrivningsklare, spesielt for pasienter som hadde to eller flere liggedager som utskrivningsklar. Nivået av andelen reinnleggelser er imidlertid høyest blant pasienter som er meldt utskrivningsklare og tatt imot av kommunen samme dag eller dagen etter de ble meldt utskrivningsklare.

Tabell 14.1 Antall opphold for utskrivningsklare pasienter per 2. tertial 2010-2014.

| | Antall opphold hvor pasienten ikke ble meldt utskrivningsklar | Antall opphold for utskrivningsklare pasienter som ble tatt imot av kommunen 0-1 dager etter meldt utskrivningsklar | Antall opphold for pasienter med 2 eller flere liggedager på sykehus som utskrivningsklar |
|------|---|---|---|
| 2010 | 501 018 | 5 644 | 11 079 |
| 2011 | 509 264 | 2 890 | 11 915 |
| 2012 | 507 031 | 22 919 | 6 008 |
| 2013 | 499 175 | 31 043 | 5 742 |
| 2014 | 479 175 | 49 341 | 6 820 |

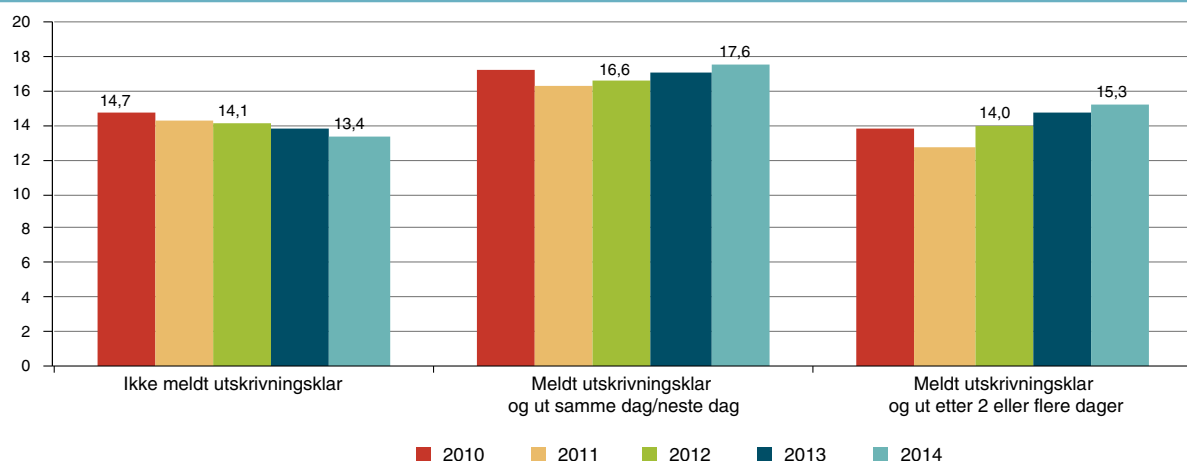
Data fra Norsk pasientregister.

Figur 14.1 Andel reinnleggelser for øyeblikkelig hjelp innen 30 dager etter utskrivningsklar status per 2. tertial 2010-2014.



Data fra Norsk pasientregister.

Figur 14.2 Andel reinnleggelser for øyeblikkelig hjelp innen 30 dager etter utskrivningsklar status for eldre 80 år og over per 2. tertial 2010-2014.



Data fra Norsk pasientregister.

Utviklingen i reinnleggelser etter region og kommunegrupper

Det er til dels store forskjeller mellom regioner og kommunegrupper i nivå og utvikling i andelen reinnleggelser for utskrivningsklare pasienter. Det kan likevel virke som om risikoen for reinnleggelser er noe høyere i middels store kommuner med kort reiseavstand til sykehus enn i andre kommuner. For pasienter som *ikke* ble meldt utskrivningsklar, fremkommer dette tydelig i alle regioner unntatt Helse Vest. For pasienter som ble meldt utskrivningsklare, gjenfinner vi dette mønsteret i alle regionene unntatt Helse Midt-Norge.

Helse Sør-Øst

I Helse Sør-Øst ble 8,3 prosent av oppholdene for pasienter som ikke ble meldt utskrivningsklare etterfulgt av en reinnleggelse i 2014. Sammenlignet med de andre regionene har Helse Sør-Øst den laveste andelen reinnleggelser for pasienter som ikke ble meldt utskrivningsklare. Regionen har også den største nedgangen i andelen reinnleggelser for pasienter som ikke er meldt utskrivningsklare i perioden fra 2010 til 2014 (- 1,4 prosentpoeng). Alle kommunegruppene i Helse Sør-Øst hadde en nedgang i andelen reinnleggelser for pasienter som ikke er meldt utskrivningsklare i årene etter innføringen av samhandlingsreformen, unntatt Oslo kommune som har en svak økning fra 2013 til 2014 (+ 0,2 prosentpoeng).

Samtidig som Helse Sør-Øst har det laveste nivået av reinnleggelser for pasienter som ikke er meldt utskrivningsklare, så har regionen den høyeste andelen reinnleggelser for pasienter som er meldt utskrivningsklare. I 2014 ble 20,4 prosent av pasientene som ble meldt utskrivningsklare og tatt imot av kommunen etter 0-1 dager reinnlagt i sykehus, en økning på 1,4 prosentpoeng sammenlignet med 2012. Andelen reinnleggelser for denne gruppen økte også noe fra 2013 til 2014 (+ 0,9 prosentpoeng).

I Helse Sør-Øst var det 17,8 prosent reinnleggelser etter opphold for pasienter med 2 eller flere liggedager som utskrivningsklar i 2014, en økning på 2,5 prosentpoeng sammenlignet med 2012. Den største økningen kom i 2013.

Alle kommunegruppene hadde en økning i andelen reinnleggelser for pasienter som ble meldt utskrivningsklare, unntatt storbykommuner eksklusive Oslo som hadde en svak nedgang (-0,2 prosentpoeng).

Helse Vest

I Helse Vest ble 8,5 prosent av oppholdene for pasienter som ikke ble meldt utskrivningsklare etterfulgt av en reinnleggelse i sykehus i 2014. Regionen følger samme mønster som Helse Sør-Øst med en nedgang i andelen slike reinnleggelser i perioden fra 2010 til 2014. Det var også en svak nedgang siste år i andelen reinnleggelser for pasienter som ikke ble meldt utskrivningsklare (-0,3 prosentpoeng). Alle kommunegruppene i Helse Vest hadde en nedgang siste år i andelen reinnleggelser for pasienter som ikke ble meldt utskrivningsklare, unntatt storbykommuner hvor det var en svak økning (+ 0,2 prosentpoeng).

I 2014 var det 18,9 prosent reinnleggelser etter opphold for pasienter som ble meldt utskrivningsklare og tatt imot av kommunen etter 0 til 1 dager. Dette representerer en økning på 1 prosentpoeng sammenlignet med 2012. For pasienter som hadde 2 eller flere liggedager som utskrivningsklar var det en nedgang i andelen reinnleggelser i 2011, etterfulgt av en økning på 4 prosentpoeng fra 2011 til 2012. Nivået i andelen reinnleggelser for denne pasientgruppen har vært uendret siste år.

I Helse Vest ser vi siste år en nedgang i andelen reinnleggelser for pasienter som ble meldt utskrivningsklare i de fleste kommunegruppene. Et unntak er storbykommuner som har en økning på 2,8 prosentpoeng (fra 16,5 prosent i 2013 til 19,3 i 2014). For alle kommunegruppene i Helse Vest var andelen reinnleggelser for pasienter som ble meldt utskrivningsklare høyere i 2014 sammenlignet med 2010.

Helse Midt-Norge

Helse Midt-Norge har sammen med Helse Nord den høyeste andelen reinnleggelser for pasienter som ikke er meldt utskrivningsklare i 2014. For pasienter i Helse Midt-Norge som ikke ble meldt utskrivningsklare var det 9,2 prosent reinnleggelser i 2013 og 2014. De fleste kommunegruppene i Helse Midt-Norge har omtrent uendret nivå av reinnleggelser for pasienter som ikke ble meldt utskrivningsklare, men det er noe nedgang for kommuner med under 5 000 innbyggere (- 0,4 prosentpoeng) og noe økning for middels store kommuner med kort reiseavstand til nærmeste sykehus (+ 0,6 prosentpoeng).

Sammenlignet med de andre regionene har Helse Midt-Norge noe lavere andel reinnleggelser for pasienter som ble meldt utskrivningsklare og tatt imot av kommunen etter 0 til 1 dager. I 2014 fant vi 15,1 prosent reinnleggelser for disse pasientene, som er en nedgang på 0,3 prosentpoeng fra 2013. Andelen reinnleggelser etter opphold for pasienter med 2 eller flere liggedager som utskrivningsklar var omtrent uendret siste år, men økte med 2,9 prosentpoeng fra 2012 til 2013.

Alle kommunegruppene i Helse Midt-Norge hadde nedgang eller omtrent uendret nivå av reinnleggelser for utskrivningsklare pasienter

Helse Nord

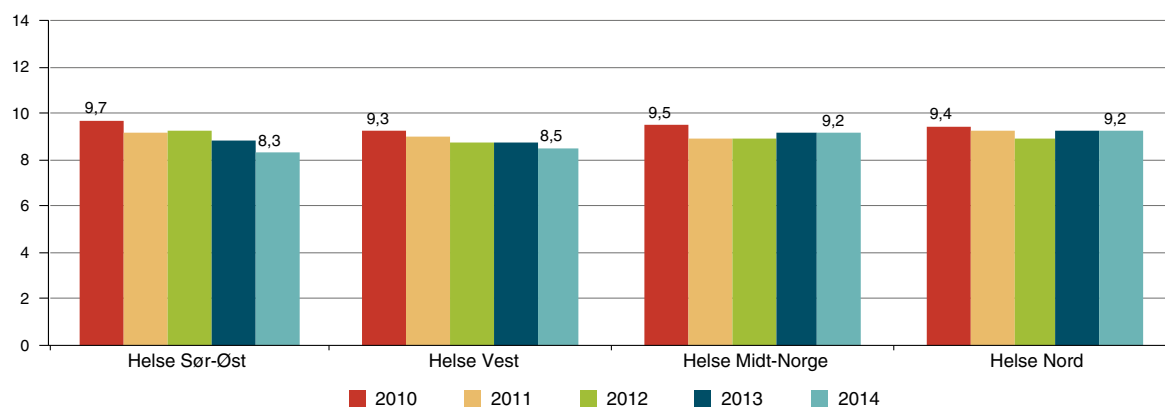
For pasienter som ikke ble meldt utskrivningsklar til kommunen har nivået av reinnleggelser vært relativt stabilt fra 2010 (9,4 prosent) til 2014 (9,2 prosent) i Helse Nord. I kommunegruppene i regionen går utviklingen i begge retninger. Den største endringen siste år finner vi i kommuner med over 20 000 innbyggere (fra 9,2 prosent i 2013 til 8,7 i 2014) og i Tromsø (fra 8,8 prosent i 2013 til 9,5 i 2014).

I Helse Nord var det 18,4 prosent reinnleggelser for pasienter som ble meldt utskrivningsklare og tatt imot av kommunen etter 0 til 1 dager i 2014, som er samme nivå som i 2012. For pasienter som ble meldt utskrivningsklare og ventet 2 eller flere dager på å bli tatt imot av kommunen var det 16,8 prosent reinnleggelser i 2014 (+2,9 prosentpoeng fra 2013).

Andelen reinnleggelser for pasienter som er meldt utskrivningsklare øker i nesten alle kommunegruppene

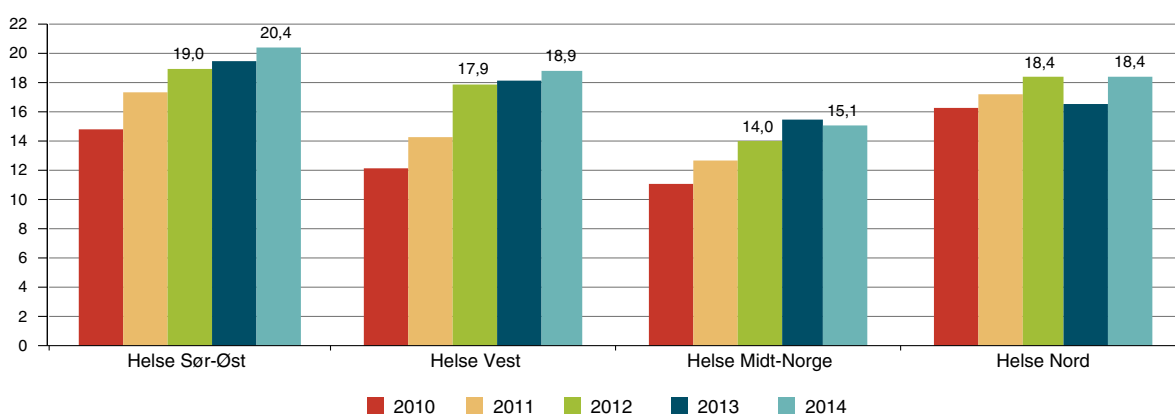
i Helse Nord siste året. I middels store kommuner med lengre reiseavstand til sykehus er det imidlertid noe nedgang i andelen reinnleggelser for disse pasientene (- 0,6 prosentpoeng). I de minste kommunene og i Tromsø er det en økning andelen reinnleggelser for pasienter som er meldt utskrivningsklare på henholdsvis 5,8 og 6,1 prosentpoeng. Middels store kommuner med kort reiseavstand har høyest andel reinnleggelser for pasienter som er meldt utskrivningsklare (21,7 prosent) i Helse Nord.

Figur 14.3 Andel reinnleggelser for øyeblikkelig hjelp innen 30 dager etter opphold hvor pasienten ikke ble meldt utskrivningsklar per 2. tertial 2010-2014.



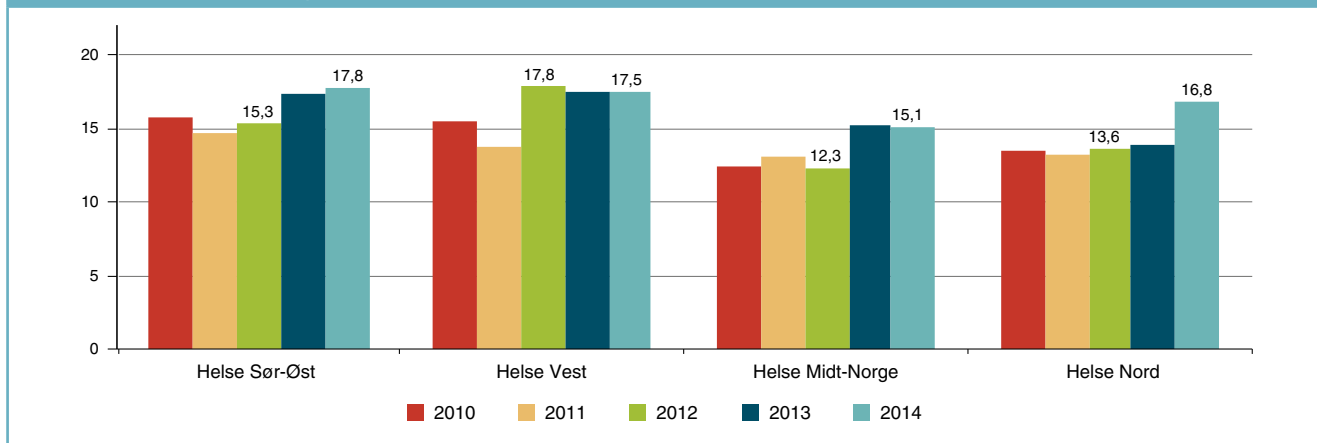
Data fra Norsk pasientregister.

Figur 14.4 Andel reinnleggelser for øyeblikkelig hjelp innen 30 dager etter opphold hvor pasienten ble meldt utskrivningsklar og tatt imot av kommunen samme dag/neste dag per 2. tertial 2010-2014.



Data fra Norsk pasientregister.

Figur 14.5 Andel reinnleggelser for øyeblikkelig hjelp innen 30 dager etter opphold hvor pasienten ble meldt utskrivningsklar og tatt imot av kommunen etter 2 eller flere dager per 2. tertial 2010-2014.



¹ Data fra Norsk pasientregister.

14.3 Datagrunnlag og definisjoner

Data i dette kapitlet er hentet fra Norsk pasientregister (NPR). Analysene er basert på datagrunnlaget for innlagte pasienter fra SAMDATA per 2. tertial² 2010-2014. Opphold for utskrivningsklare pasienter er basert på utskrivningsklar-dato, som registrert av sykehuset. Liggedager for utskrivningsklare pasienter er antall dager mellom utskrivningsklar-dato og faktisk utskrivningsdato. Dette er pasienter som har et særskilt oppfølgingsbehov fra kommunen etter sykehusbehandlingen.

Sykehuset skal etter forskrift om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter³ § 13, tredje ledd, rapportere dato for når pasienten er utskrivningsklar til Norsk pasientregister. Datakvaliteten på liggetid for utskrivningsklare pasienter er imidlertid noe usikker. Det er indikasjoner på at rapporterte data ikke er komplette. Dataene er basert på sykehusenes registrering av utskrivningsklare pasienter og det kan være avvik mellom registreringer i data fra Norsk pasientregister og det som kommunene faktisk betaler for. Dette gir noe usikkerhet til analysene og data må tolkes med forsiktighet.

Videre er Norsk Pasientklassifisering⁴ (NPK) endret i 2014⁵, slik at utskrivningsklar-dato hentes fra den første datoverdien hvor varsel til kommunen om utskrivningsklar pasient er gitt. Dersom denne datoen ikke er registrert, brukes den første datoverdien for når pasienten er meldt utskrivningsklar. I 2013 hentet imidlertid NPK siste utskrivningsklar-dato i siste avdelingsopphold. For pasienter som er meldt utskrivningsklar flere ganger i samme sykehusopphold fører endringen i NPK til at liggetiden som utskrivningsklar er lengre i 2014 enn i 2013 i våre data. Vi har brukt data fra 2013 og beregnet effekten av de to ulike måtene å hente utskrivningsklar-dato, og fant omtrent ti prosent høyere nivå av utskrivningsklare liggedager når vi beregnet liggetiden med NPK-reglene som er brukt i 2014. Liggetid før pasienten er meldt utskrivningsklar er også påvirket av endringen, men da i retning av kortere liggetid.

På grunn av stor endring i volum av opphold for pasienter som meldes utskrivningsklare og tas imot av kommunen samme dag kommenterer vi i hovedsak på utviklingen i reinnleggelser i perioden etter innføringen av samhandlingsreformen. Det samme gjelder for pasienter som er meldt utskrivningsklare og er tatt imot av kommunen etter 2 eller flere dager, hvor det er en betydelig nedgang

2) Fra og med januar til og med august.

3) FOR-2011-11-18-1115.

4) Helsedirektoratet benytter programvaren NPK som ledd i driften av ISF-ordningen. En av de viktigste funksjonene til NPK er å aggregere sammenhengende behandlingsepisoder til sykehusopphold.

5) <http://www.helsedirektoratet.no/finansiering/isf/norsk-pasientklassifisering/Sider/default.aspx>

i antall opphold i perioden etter innføringen av samhandlingsreformen.

En reinnleggelse er definert som en innleggelse for øyeblikkelig hjelp innen 30 dager etter utskrivning. Reinnleggelser inkluderer ikke pasienter som legges inn og skrives ut samme dag. Øyeblikkelig hjelp er definert som alle innleggelser som ikke er planlagt behandling. Alle fødsler og friske nyfødte (DRG 370-75, 382, 390-91) er også definert som øyeblikkelig hjelp

I tabellen for kommunegrupper viser vi andel reinnleggelser etter sykehusopphold hvor pasienten var meldt utskrivningsklar uavhengig av lengde på det utskrivningsklare oppholdet, da det for enkelte kommunegrupper ville blitt få opphold ved inndeling i grupper av utskrivningsklare pasienter. Dette gjelder spesielt for 2011.

Tabell 14.2 Andel reinnleggelser for øyeblikkelig hjelp innen 30 dager etter region og utskrivningsklar status per 2. tertial 2010-2014.

| | | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|------------------|--|------|------|------|------|------|
| Helse Sør-Øst | Ikke meldt utskrivningsklar | 9,7 | 9,2 | 9,2 | 8,9 | 8,3 |
| | Meldt utskrivningsklar og ut samme dag/neste dag | 14,8 | 17,3 | 19,0 | 19,5 | 20,4 |
| | Meldt utskrivningsklar og ut etter 2 eller flere dager | 15,7 | 14,7 | 15,3 | 17,3 | 17,8 |
| Helse Vest | Ikke meldt utskrivningsklar | 9,3 | 9,0 | 8,8 | 8,8 | 8,5 |
| | Meldt utskrivningsklar og ut samme dag/neste dag | 12,1 | 14,2 | 17,9 | 18,1 | 18,9 |
| | Meldt utskrivningsklar og ut etter 2 eller flere dager | 15,4 | 13,8 | 17,8 | 17,4 | 17,5 |
| Helse Midt-Norge | Ikke meldt utskrivningsklar | 9,5 | 8,9 | 8,9 | 9,2 | 9,2 |
| | Meldt utskrivningsklar og ut samme dag/neste dag | 11,1 | 12,7 | 14,0 | 15,4 | 15,1 |
| | Meldt utskrivningsklar og ut etter 2 eller flere dager | 12,4 | 13,1 | 12,3 | 15,2 | 15,1 |
| Helse Nord | Ikke meldt utskrivningsklar | 9,4 | 9,2 | 8,9 | 9,3 | 9,2 |
| | Meldt utskrivningsklar og ut samme dag/neste dag | 16,3 | 17,2 | 18,4 | 16,6 | 18,4 |
| | Meldt utskrivningsklar og ut etter 2 eller flere dager | 13,5 | 13,3 | 13,6 | 13,9 | 16,8 |
| Totalt | Ikke meldt utskrivningsklar | 9,6 | 9,1 | 9,1 | 8,9 | 8,6 |
| | Meldt utskrivningsklar og ut samme dag/neste dag | 14,6 | 16,6 | 18,4 | 18,9 | 19,8 |
| | Meldt utskrivningsklar og ut etter 2 eller flere dager | 14,9 | 14,2 | 15,0 | 16,6 | 17,1 |

Data fra Norsk pasientregister.



Tabell 14.3 Andel reinnleggelser for øyeblikkelig hjelp innen 30 dager etter sykehusopphold hvor pasienten ikke ble meldt utskrivningsklar per 2. tertial 2010-2014.

| Kommunegruppe | | Andel reinnleggelser etter opphold som ikke er meldt utskrivningsklare | | | | |
|------------------|--|--|------------|------------|------------|------------|
| | | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
| Region | Helse Sør-Øst | 9,7 | 9,2 | 9,2 | 8,9 | 8,3 |
| | Helse Vest | 9,3 | 9,0 | 8,8 | 8,8 | 8,5 |
| | Helse Midt-Norge | 9,5 | 8,9 | 8,9 | 9,2 | 9,2 |
| | Helse Nord | 9,4 | 9,2 | 8,9 | 9,2 | 9,2 |
| | Totalt | 9,6 | 9,1 | 9,1 | 8,9 | 8,6 |
| Helse Sør-Øst | Under 5000 innb. | 9,5 | 9,2 | 9,0 | 8,8 | 8,4 |
| | 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | 9,7 | 9,1 | 9,1 | 8,8 | 8,1 |
| | 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | 11,3 | 10,4 | 11,3 | 10,1 | 8,9 |
| | Over 20000 innb. - lengre reiseavstand | 9,7 | 8,9 | 8,7 | 8,0 | 7,8 |
| | Over 20000 innb. - kort reiseavstand | 10,4 | 10,1 | 10,1 | 9,9 | 8,6 |
| | Storby ekskl. Oslo | 10,3 | 9,8 | 10,0 | 9,7 | 9,1 |
| | Oslo | 8,4 | 7,8 | 8,1 | 7,7 | 7,9 |
| Helse Vest | Under 5000 innb. | 9,1 | 9,4 | 8,7 | 8,8 | 8,5 |
| | 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | 9,2 | 8,8 | 8,5 | 8,5 | 8,1 |
| | 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | 10,5 | 9,2 | 9,5 | 9,8 | 8,8 |
| | Over 20000 innb. | 8,4 | 8,6 | 9,6 | 9,3 | 8,5 |
| | Storby | 9,5 | 9,1 | 8,5 | 8,6 | 8,8 |
| Helse Midt-Norge | Under 5000 innb. | 9,0 | 9,0 | 8,6 | 9,1 | 8,7 |
| | 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | 9,1 | 8,5 | 8,5 | 8,6 | 8,6 |
| | 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | 10,1 | 10,4 | 10,9 | 10,3 | 10,9 |
| | Over 20000 innb. | 9,5 | 8,5 | 8,8 | 9,2 | 9,3 |
| | Storby | 10,3 | 9,2 | 9,2 | 9,4 | 9,5 |
| Helse Nord | Under 5000 innb. | 8,9 | 9,1 | 8,5 | 8,9 | 9,1 |
| | 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | 8,7 | 8,9 | 8,3 | 9,0 | 8,7 |
| | 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | 10,8 | 10,5 | 10,1 | 10,4 | 10,6 |
| | Over 20000 innb. | 9,7 | 8,9 | 9,1 | 9,2 | 8,7 |
| | Storby | 9,9 | 8,8 | 9,1 | 8,8 | 9,5 |

Data fra Norsk pasientregister.

Tabell 14.4 Andel reinnleggelser for øyeblikkelig hjelp innen 30 dager etter sykehusopphold hvor pasienten ble meldt utskrivningsklar per 2. tertial 2010-2014.

| Kommunegruppe | | Andel reinnleggelser etter opphold som er meldt utskrivningsklare | | | | |
|------------------|--|---|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
| Region | Helse Sør-Øst | 15,3 | 15,3 | 18,4 | 19,2 | 20,2 |
| | Helse Vest | 14,9 | 13,8 | 17,9 | 18,0 | 18,7 |
| | Helse Midt-Norge | 12,3 | 13,1 | 13,2 | 15,3 | 15,1 |
| | Helse Nord | 13,9 | 13,8 | 16,5 | 15,9 | 18,0 |
| | Totalt | 14,8 | 14,6 | 17,7 | 18,5 | 19,5 |
| Helse Sør-Øst | Under 5000 innb. | 10,7 | 17,3 | 13,0 | 17,5 | 17,9 |
| | 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | 11,7 | 15,3 | 17,5 | 17,1 | 19,2 |
| | 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | 16,1 | 12,9 | 18,5 | 18,7 | 21,5 |
| | Over 20000 innb. - lengre reiseavstand | 13,1 | 15,0 | 19,4 | 18,2 | 20,2 |
| | Over 20000 innb. - kort reiseavstand | 16,8 | 18,8 | 19,7 | 20,4 | 20,9 |
| | Storby ekskl. Oslo | 18,2 | 16,7 | 17,6 | 20,6 | 20,4 |
| | Oslo | 16,1 | 13,7 | 19,8 | 20,9 | 21,2 |
| Helse Vest | Under 5000 innb. | 12,8 | 13,6 | 15,7 | 15,5 | 15,3 |
| | 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | 15,1 | 15,7 | 17,9 | 20,4 | 18,6 |
| | 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | 12,5 | 7,2 | 17,9 | 21,1 | 21,5 |
| | Over 20000 innb. | 16,9 | 14,5 | 17,1 | 20,7 | 18,0 |
| | Storby | 15,2 | 13,5 | 18,4 | 16,5 | 19,3 |
| Helse Midt-Norge | Under 5000 innb. | 14,7 | 12,0 | 12,5 | 12,3 | 11,2 |
| | 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | 10,1 | 13,0 | 12,1 | 16,0 | 15,6 |
| | 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | 6,4 | 5,2 | 19,2 | 14,2 | 12,4 |
| | Over 20000 innb. | 15,4 | 17,9 | 15,0 | 16,9 | 17,5 |
| | Storby | 11,9 | 12,3 | 12,2 | 14,7 | 14,4 |
| Helse Nord | Under 5000 innb. | 14,2 | 8,9 | 16,8 | 11,8 | 17,6 |
| | 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | 10,0 | 13,4 | 16,6 | 17,2 | 16,6 |
| | 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | 15,9 | 14,0 | 18,1 | 20,6 | 21,7 |
| | Over 20000 innb. | 15,7 | 17,3 | 16,0 | 15,4 | 16,7 |
| | Storby | 12,5 | 14,0 | 13,7 | 10,0 | 16,1 |

Data fra Norsk pasientregister.

Tabell 14.5 Andel reinnleggelser for øyeblikkelig hjelp innen 30 dager etter sykehusopphold hvor pasienten ikke ble meldt utskrivningsklar i helseforetak per 2. tertial 2010-2014.

| | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|---------------------------------------|------|------|------|------|------|
| Sykehuset Østfold HF | 12,6 | 11,8 | 12,2 | 13,2 | 12,0 |
| Akershus universitetssykehus HF | 10,1 | 10,2 | 10,4 | 9,7 | 9,0 |
| Oslo universitetssykehus HF | 6,6 | 5,2 | 5,3 | 5,2 | 5,5 |
| Sykehuset Innlandet HF | 11,4 | 11,1 | 11,0 | 10,7 | 9,7 |
| Vestre Viken HF | 10,9 | 10,7 | 10,3 | 10,5 | 9,7 |
| Sykehuset i Vestfold HF | 10,6 | 9,0 | 9,0 | 7,8 | 7,9 |
| Sykehuset Telemark HF | 12,4 | 12,2 | 13,9 | 12,2 | 10,7 |
| Sørlandet sykehus HF | 9,6 | 9,2 | 8,6 | 7,9 | 7,9 |
| Diakonhjemmet Sykehus | 12,8 | 11,6 | 11,8 | 11,7 | 11,0 |
| Lovisenberg Sykehus | 9,6 | 9,4 | 9,9 | 9,4 | 9,7 |
| Helse Stavanger HF | 9,4 | 8,8 | 8,0 | 7,8 | 8,1 |
| Helse Fonna HF | 9,8 | 10,9 | 11,5 | 11,2 | 9,9 |
| Helse Bergen HF | 8,7 | 8,2 | 7,9 | 8,0 | 7,8 |
| Helse Førde HF | 10,8 | 9,9 | 9,7 | 10,0 | 8,8 |
| Haraldsplass Diakonale sykehus AS | 10,9 | 10,6 | 10,9 | 11,1 | 11,1 |
| Møre og Romsdal HF | 9,8 | 9,2 | 9,2 | 9,0 | 9,2 |
| St. Olavs Hospital HF | 8,7 | 8,2 | 8,2 | 8,6 | 8,3 |
| Helse Nord Trøndelag HF | 11,9 | 10,9 | 11,3 | 11,6 | 11,7 |
| Helgelandssykehuset HF | 10,1 | 10,9 | 10,6 | 9,8 | 11,8 |
| Nordlandssykehuset HF | 10,0 | 10,3 | 9,4 | 10,1 | 9,7 |
| Universitetssykehuset i Nord-Norge HF | 9,5 | 8,4 | 8,5 | 8,9 | 8,6 |
| Helse Finnmark HF | 9,6 | 10,2 | 9,4 | 10,2 | 10,1 |

Data fra Norsk pasientregister.



Tabell 14.6 Andel reinnleggelser for øyeblikkelig hjelp innen 30 dager etter sykehusopphold hvor pasienten ble meldt utskrivningsklar i helseforetak per 2. tertial 2010-2014.

| | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|---------------------------------------|------|------|------|------|------|
| Sykehuset Østfold HF | 21,2 | 15,4 | 16,2 | 12,5 | 18,7 |
| Akershus universitetssykehus HF | 19,4 | 17,1 | 19,2 | 20,6 | 21,3 |
| Oslo universitetssykehus HF | 14,8 | 10,0 | 13,0 | 17,1 | 17,2 |
| Sykehuset Innlandet HF | 17,3 | 19,1 | 16,9 | 18,7 | 20,3 |
| Vestre Viken HF | 15,4 | 16,3 | 18,8 | 20,3 | 20,3 |
| Sykehuset i Vestfold HF | 6,0 | 14,7 | 20,1 | 17,8 | 20,1 |
| Sykehuset Telemark HF | 18,2 | 15,6 | 24,0 | 18,4 | 20,6 |
| Sørlandet sykehus HF | 16,7 | 19,4 | 16,2 | 18,0 | 18,4 |
| Diakonhjemmet Sykehus | 16,6 | 14,6 | 17,7 | 17,3 | 17,5 |
| Lovisenberg Sykehus | 15,1 | 16,6 | 25,0 | 23,8 | 25,0 |
| Helse Stavanger HF | 17,6 | 16,5 | 19,4 | 18,2 | 19,5 |
| Helse Fonna HF | 0,0 | 13,4 | 18,1 | 21,6 | 18,3 |
| Helse Bergen HF | 7,6 | 10,6 | 15,6 | 16,8 | 19,1 |
| Helse Førde HF | 15,6 | 10,5 | 16,2 | 16,7 | 16,7 |
| Haraldsplass Diakonale sykehus AS | 6,3 | 6,2 | 11,6 | 12,4 | 16,2 |
| Møre og Romsdal HF | 12,9 | 14,7 | 13,5 | 15,4 | 16,3 |
| St. Olavs Hospital HF | 12,2 | 11,4 | 12,0 | 14,8 | 13,7 |
| Helse Nord Trøndelag HF | 8,5 | 18,8 | 18,1 | 18,7 | 14,4 |
| Helgelandssykehuset HF | 16,5 | 13,2 | 15,8 | 11,2 | 14,5 |
| Nordlandssykehuset HF | 12,9 | 14,4 | 19,2 | 17,7 | 18,9 |
| Universitetssykehuset i Nord-Norge HF | 12,1 | 12,8 | 14,1 | 13,1 | 16,7 |
| Helse Finnmark HF | 17,2 | 14,5 | 17,0 | 18,9 | 19,7 |

Data fra Norsk pasientregister.



Aktivitet i spesialisthelsetjenesten; potensielt forebyggbare innleggelser og kommunal medfinansiering

Internasjonale studier viser at for noen pasientgrupper kan tilbudet i primærhelsetjenesten ha betydning for volumet av innleggelser. Samhandlingsreformen har som mål å styrke lokalbaserte tjenester og fremme forebygging, og gjør det viktig å følge utviklingen i bruk av sykehustjenester som potensielt kunne vært forebygget eller behandlet utenfor sykehus. Dette kan være akutte innleggelser ved kronisk sykdom, andre innleggelser som gjelder forebyggbare kroniske tilstander, innleggelser for legebehandlete skader, andre akuttinnleggelser og andre forebyggbare tilstander.

Fra 2011 til 2014 var det en vekst i innleggelser som er potensielt forebyggbare ved vaksinerings på 24 prosent. Veksten er knyttet til økt antall innleggelser for vaksinerbar influensa og lungebetennelse. Akuttinnleggelser for pasienter med kroniske sykdommer (særlig atrieflimmer/flutter), andre potensielt forebyggbare akuttinnleggelser og legebehandlete skader økte også med 4-5 prosent i disse tre årene. Innleggelser for andre forebyggbare tilstander (liggesår, trykksår, lårbensbrudd) falt med 6 prosent i samme periode.

Kommunal medfinansiering avvikles fra 2015, men utviklingen i den sykehusaktiviteten som dannet grunnlag for medfinansieringen vil likevel være interessant å følge. Det er fremdeles ønskelig at kommunene skal ha kunnskap om utviklingen i sykehusaktivitet for egne innbyggere og vurdere tiltak for å forebygge innleggelser og styrke lokale tjenester.

Fra 2011 til 2014 var det en vekst i antall innleggelser omfattet av kommunal medfinansiering på nær 26 000 opphold og 3,4 prosent. Det var også en vekst i polikliniske konsultasjoner omfattet av kommunal medfinansiering på 7,7 prosent.

15.1 Innledning

Potensielt forebyggbare innleggelser er blitt benyttet som en indikator for kapasitet og kvalitet i primærhelsetjenesten. I fjorårets Samhandlingsstatistikkrapport ble det foretatt en gjennomgang og tilpasning av den australske versjonen¹ til norske forhold. Rapporten viste at det var kommunale forskjeller i bruken av sykehus for de definerte pasientgruppene, men sammenhengen mellom det kommunale tilbudet og omfanget av de

potensielt forebyggbare innleggelser var kompleks. Det er ingen entydig sammenheng mellom tilbudet av kommunale omsorgstjenester og potensielt forebyggbare innleggelser, men aktivitetsutviklingen for disse pasientgruppene er likevel interessant å følge i et samhandlingsperspektiv.

Årets rapport har videreført fjorårets analyser på potensielt forebyggbare innleggelser (PFI) og oppdatert dem

1) Australian Institute of Health and Welfare, National Healthcare Agreement: PI 22-Selected potentially preventable hospitalisations, 2011, Metadata online register: Canberra.

med estimerte tall for 2014². Man har i tillegg sett på aktivitet i spesialisthelsetjenesten som inngår i kommunal medfinansiering (KMF).

Regjeringsskiftet har medført at ett av de finansielle virkemidlene i samhandlingsreformen, kommunal medfinansiering, avvikles fra 2015. I denne rapporten har vi derfor tatt ut kapitlet om kommunal medfinansiering, men vi har inkludert analyser av utviklingstall for aktivtetsgrunnlaget for kommunal medfinansiering. Det er fremdeles viktig å ha kunnskap om utviklingen i innleggelse for øyeblikkelig hjelp og indremedisinsk behandling.

Formålet med kapitlet er å se på utviklingen over tid i potensielt forebyggbare innleggelser og innleggelser omfattet av kommunal medfinansiering med særlig fokus på før og etter samhandlingsreformen ble implementert. Dette kapitlet beskriver utviklingen i potensielt forebyggbare innleggelser i perioden 2010 til 2014, samt variasjo-

ner mellom regioner, kommunegrupper og kommunistørrelse.

Kategorier og pasientgrupper

Arbeidet med å utvikle grupper tilpasset norske forhold (praksis og organisering) ble utført i tett samarbeid med leger med god kjennskap til norsk helsetjeneste³. Årets rapport følger samme inndeling for potensielt forebyggbare innleggelser som i fjor. Denne inndelingen skiller seg noe fra den australske, da det er visse forskjeller i hvordan helsetjenesten er organisert i ulike land⁴. Hovedforskjellen mellom den australske avgrensningen og vår analyse vises i vedlegg til rapporten. Det er i hovedsak innleggelser som er inkludert og for de fleste innleggelsene er liggetiden et døgn eller mer. Det inngår også noen opphold der pasienten skrives inn og ut samme dag, i tillegg består gruppen med legebehandlede skader i stor grad av polikliniske konsultasjoner. Tabell 15.1 gir en oversikt over hvilke pasientgrupper som inngår

Tabell 15.1 Kategorisering av potensielt forebyggbare innleggelser (N oppgitt i 2013-tall).

| | Potensielt forebyggbare akuttinnleggelser | Innleggelser for potensielt forebyggbare tilstander |
|-----------------------|---|---|
| Vaksinefølsomme | | Kategori 1 Forebyggbare ved vaksiner Influensa og lungebetennelse , Andre vaksinasjoner (N=3 406) |
| Kroniske | Kategori 4 Akuttinnleggelser kronikere Astma, KOLS, Hjertesvikt, Angina, Atrieflimmer/ atrieflutter, Diabetes, Epilepsi, Funksjonelle mage-tarm lidelser (N= 63 611) | Kategori 2 Forebyggbare kroniske tilstander Diabetes med langtidskomplikasjoner, Mangelanemier, Under-/feilernæring (N=5 823) |
| Akutte sykdommer | Kategori 5 Akuttinnleggelser andre Smerter i buk/bekken, Gastroenteritt og dehydrering, Urinveisinfeksjon, Underlivsinfeksjon, Stensmerter/-sykdom, Hudinfeksjoner, Influensa og lungebetennelse, ØNH-infeksjon, Brystmerter, Kramper (N=99 840) | Kategori 3 Forebyggbare andre tilstander Liggesår/trykksår, Lårbensbrudd (N= 14 783) |
| Legebehandlede skader | Kategori 6 Legebehandlede skader (Overfladiske skader og åpne sår, forstuvninger og forstrekninger og andre mer begrensede skader) (N=149 777) | |

Data fra Norsk pasientregister (NPR).

- 2) Data for 2014 er estimert med basis i 2. tertial data fra Norsk pasientregister, se avsnitt om datagrunnlag og definisjoner for mer om estimeringen.
- 3) Anders Grimsmo og Pål Kristensen bidro i arbeidet med å utvikle pasientgruppene i 2013.
- 4) For mer om avgrensning se kapittel 9 i Samhandlingsstatistikk 2012-2013 (2013).

i de ulike hovedkategoriene. Nærmere definisjon av pasientgruppene finnes i vedlegg til rapporten⁵.

Modellen for kommunal medfinansiering er forutsatt å være en «medisinsk, ikke-kirurgisk modell». I definisjonen er det presisert at behandling av nyfødte barn og behandling med kostbare biologiske legemidler ikke skal være omfattet, ei heller fødsler. Aktivitet som inngår i kommunal medfinansiering er alle opphold og konsultasjoner i medisinske DRG med ovennevnte unntak.

15.2 Utviklingen i potensielt forebyggbare innleggelser og innleggelser omfattet av KMF 2011-2014

På nasjonalt nivå presenteres totale volumtall for både potensielt forebyggbare innleggelser (PFI) og innleggelser omfattet av kommunal medfinansiering (KMF)⁶. Dette for å tallfeste omfanget av innleggelser og polikliniske konsultasjoner for de ulike hovedkategorier og pasientgrupper.

Volumtallene i de ulike gruppene i PFI vil gi et bilde på innvirkning de har på totalresultatet alle gruppene sett under ett. Internasjonale studier har primært analysert på alle gruppene samlet, men resultatet vil da preges i stor grad av de dominerende gruppene. Fjorårets rapport delte gruppene inn etter volum, der kategori 1 og 2 ble analysert sammen. Kategori 6 ble håndtert separat, fordi kategorien primært omfatter polikliniske konsultasjoner mens de andre kategoriene er innleggelser. Dette er videreført i årets rapport. I tillegg har vi estimert volumtall for 2014 basert på data per 2. tertial.

Tabell 15.2 viser siste års utvikling i volum av innleggelser og polikliniske konsultasjoner for potensielt forebyggbare pasienter, samt opphold og konsultasjoner i KMF.

Det er stor forskjell i volum mellom de ulike hovedkategoriene i PFI. Kategoriene med lavest volum er potensielt forebyggbare innleggelser ved vaksinasjon eller ved kroniske tilstander. De har et volum på om lag 3 400 og 5 800 innleggelser i 2013, og utgjør kun 3 prosent av alle potensielt forebyggbare innleggelser. Forebyggbare innleggelser ved vaksinasjon økte med 24 prosent fra 2011 til 2014. Veksten var enda sterkere fra 2011 til 2013, og viser noe nedgang i 2014. Det er imidlertid usikkerhet knyttet til tallene for 2014, ettersom aktiviteten for tredje tertial er estimert.

Den største kategorien er legebehandlede skader med 150 000 konsultasjoner/innleggelser⁷ i 2013. Nivået er stabilt i 2012 og 2013, men øker noe i 2014. Fra 2011 til 2014 er det også noe økning i akuttinnleggelser for kronikere og andre akuttinnleggelser.

Innleggelser som har inngått i beregningsgrunnlaget for kommunal medfinansiering har økt med 3,4 prosent fra 2011 til 2014. Dette tilsvarer en årlig vekst på omtrent samme nivå som i 2011, året før samhandlingsreformen. KMF-aktivitet på poliklinikkene har også hatt omtrent samme årlige vekst i årene 2012-2014 som i 2011.

5) Gå til Helsedirektoratet.no/

6) De totale volumtallene inkluderer alle utlendinger uten fast bosted, totaltallene vil kunne avvike fra sumtall for kommunene. Volumtallene for kategori 2 avviker noe fra fjorårets rapport, dette pga en spesifisering i uttrekket av opphold.

7) Polikliniske konsultasjoner, samt dag og døgnopphold med maks 1 liggedag.

Tabell 15.2 Potensielt forebyggbare innleggelser per hovedkategori, legebehandlede skader og opphold og konsultasjoner som inngår i kommunal medfinansiering, 2010-2014.

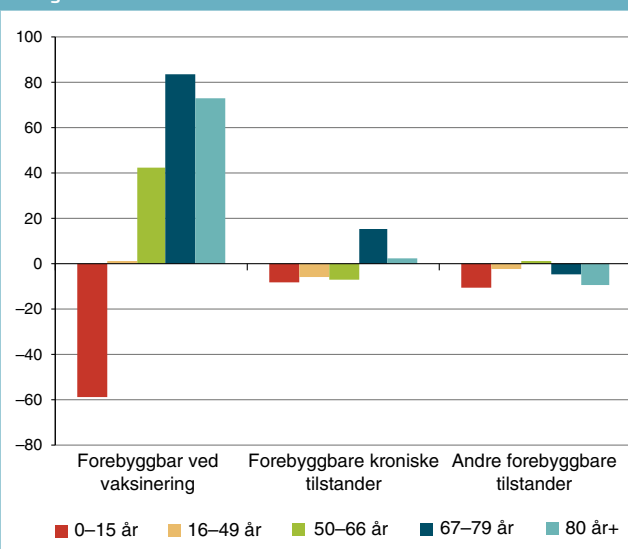
| | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014* | Pst-endering | | |
|---|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|--------------|---------|----------|
| | | | | | | 2010-11 | 2011-13 | 2011-14* |
| Potensielt forebyggbare innleggelser og legebehandlede skader | | | | | | | | |
| 1. Forebyggbare ved vaksinerings | 1 922 | 2 492 | 3 202 | 3 406 | 3 099 | 29,7 | 36,7 | 24,4 |
| 2. Forebyggbare kroniske tilstander | 5 918 | 5 905 | 5 928 | 5 823 | 6 047 | -0,2 | -1,4 | 2,4 |
| 3. Forebyggbare andre tilstander | 15 312 | 15 039 | 14 534 | 14 783 | 14 082 | -1,8 | -1,7 | -6,4 |
| 4. Akuttinnleggelser kronikere | 60 865 | 59 665 | 62 604 | 63 611 | 62 375 | -2,0 | 6,6 | 4,5 |
| 5. Akuttinnleggelser andre | 92 543 | 96 020 | 99 229 | 99 840 | 100 436 | 3,8 | 4,0 | 4,6 |
| 6. Legebehandlede skader | 145 479 | 150 704 | 150 050 | 149 777 | 156 123 | 3,6 | -0,6 | 3,6 |
| Totalt | 322 039 | 329 825 | 335 547 | 337 240 | 342 161 | 2,4 | 2,2 | 3,7 |
| Opphold og konsultasjoner som inngår i kommunal medfinansiering | | | | | | | | |
| Innleggelser | 756 453 | 765 042 | 780 149 | 784 834 | 791 040 | 1,1 | 2,6 | 3,4 |
| Polikliniske konsultasjoner | 4 759 641 | 4 890 298 | 5 038 963 | 5 126 560 | 5 268 836 | 2,7 | 4,8 | 7,7 |

Data fra Norsk pasientregister (NPR). *Tall for 2014 er estimert pr 2. tertialdata 2014..

Figur 15.1-15.3 viser endring i antall potensielt forebyggbare innleggelser og aktivitet omfattet av kommunal medfinansiering fra 2011 til 2014 etter alder. Figurene er ikke korrigert for veksten i innbyggertallet, som var rundt 16 prosent for aldersgruppen 67-79 år fra 2011 til 2014. For andre aldersgrupper var det kun små endringer i innbyggertallet.

Figurene viser at både potensielt forebyggbare innleggelser og aktivitet knyttet til kommunal medfinansiering har blitt redusert for barn under 16 år. Dette gjelder både innleggelser som er forebyggbar ved vaksinasjon, akuttinnleggelser for kronikere og andre akuttinnleggelser. For alle disse gruppene har veksten i innleggelser for yngre eldre (67-79 år) vært sterkere enn veksten i befolkningen skulle tilsi.

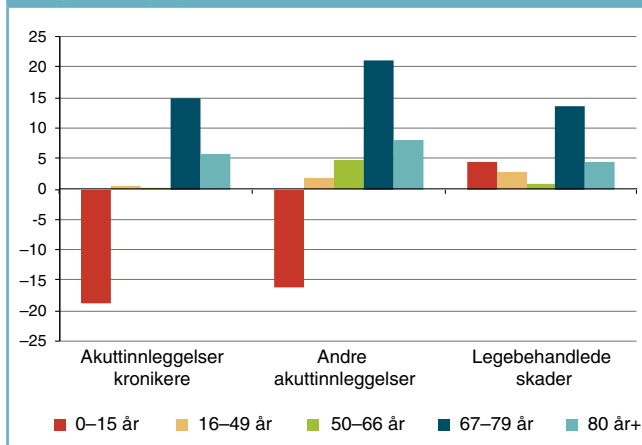
Figur 15.1 Prosentvis endring i potensielt forebyggbare innleggelser kategori 1-3 etter alder 2011-2014*.



Data fra Norsk pasientregister (NPR).

* tall for 2014 er estimert pr 2. tertialdata 2014.

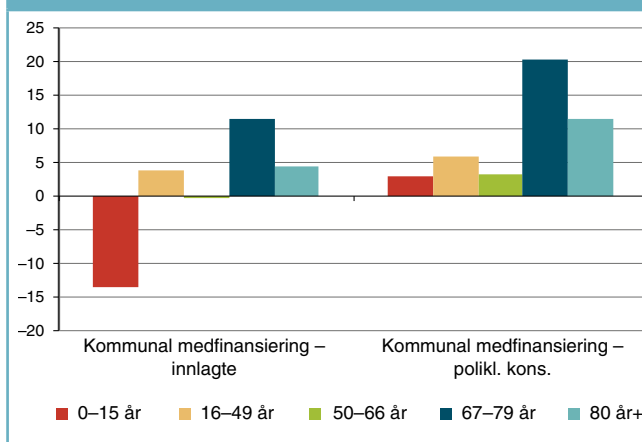
Figur 15.2 Prosentvis endring i potensielt forebyggbare innleggelser kategori 4-5 og legebehandlede skader etter alder 2011-2014*.



Data fra Norsk pasientregister (NPR).

* Tall for 2014 er estimert pr 2. tertialdata 2014.

Figur 15.3 Prosentvis endring i innleggelser og polikliniske konsultasjoner omfattet av kommunal medfinansiering etter alder 2011-2014*.



Data fra Norsk pasientregister (NPR).

* Tall for 2014 er estimert pr 2. tertialdata 2014.

Figur 15.4 viser volumet for de enkelte pasientgruppene innen PFI-kategoriene i 2011, 2013 og 2014. For noen av pasientgruppene er det lave volum, mens andre har større omfang (brystsmerter, lårbeinsbrudd, funksjonelle mage- og tarmsykdommer og spesifikke mage/tarm-lidelser, akutt influensa og lungebetennelse, samt smerter i buk og bekken og atrieflimmer/flutter). Endringer i pasientgruppene med store volum vil naturligvis påvirke endringstallene for gruppen i større grad enn pasientgrupper med mindre volum.

Figur 15.4 viser at det er noe ulik utvikling i volum for pasientgruppene fra 2011 til 2014. Veksten i kategori 1 kan knyttes til den sterke veksten i pasientgruppen for vaksinerbar influensa og lungebetennelse. Volumet tredobles i perioden 2010-2013. Men det er verd å merke seg at volumet for innleggelser i gruppen med akutte influensa og lungebetennelse reduseres tilsvarende i samme periode.

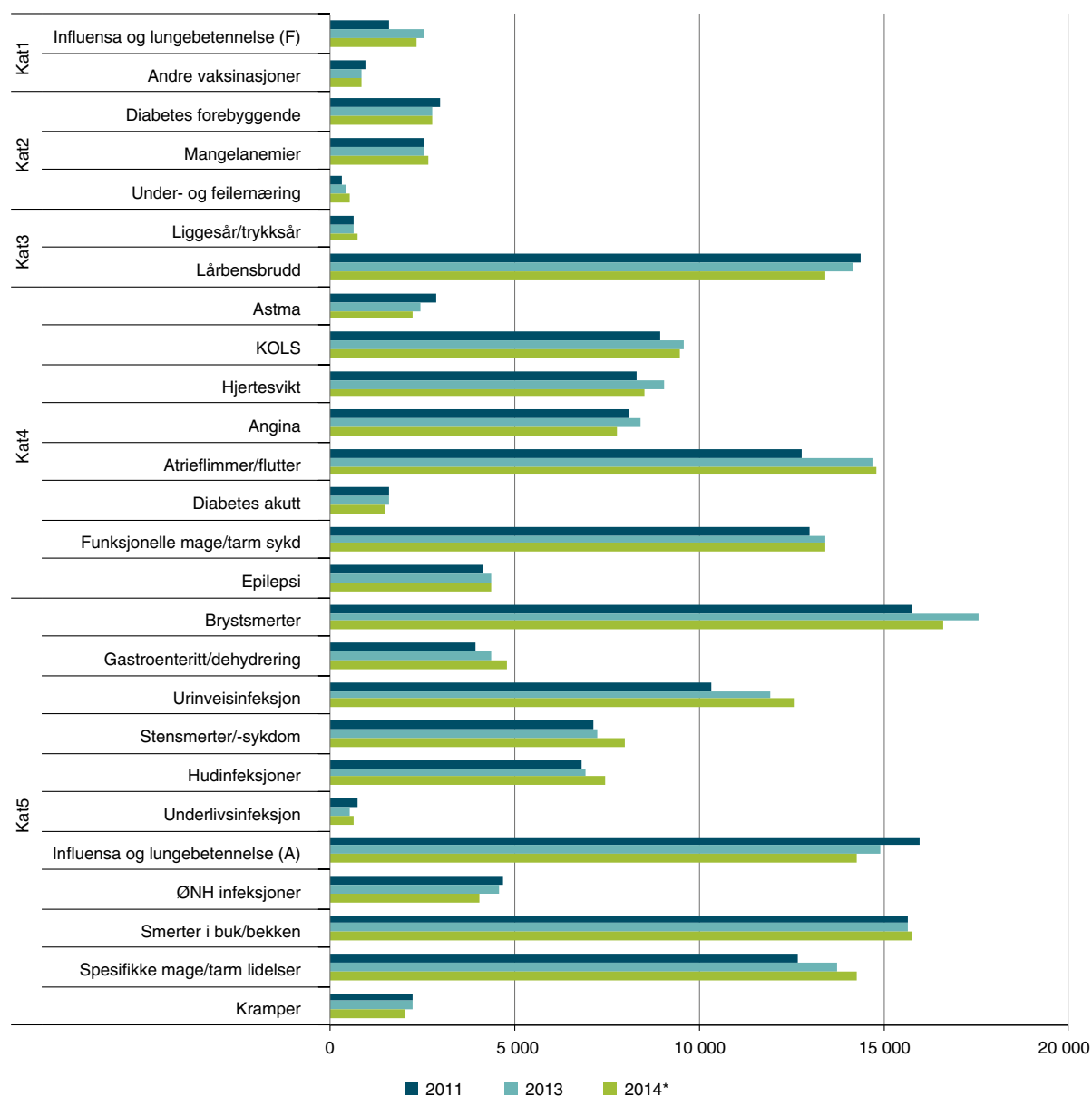
For kategori 2 (forebyggbare kroniske tilstander) er det kun små endringer over tid. Det er en liten reduksjon i innleggelser for gruppen med forebyggende diabetes fra 2011 til 2014. For lårbeinsbrudd (i kategori 3) har det i perioden fra 2011 til 2013 vært en nedgang på 2,1 prosent, mens gruppen med astma (kategori 4) har blitt redusert med mer enn 14 prosent fra perioden før innføring av samhandlingsreformen. Tall for 2014 viser samme nedadgående trend.

For gruppene med atrieflimmer/flutter og brystsmerter har det vært en betydelig økning i antall innleggelser fra 2011-2013. Volumet av innleggelser øker med henholdsvis 2000 og 1900 innleggelser, noe som utgjør en vekst på 15,7 prosent for gruppen med atrieflimmer/flutter og 12 prosent i gruppen med brystsmerter. Estimerte tall for 2014 viser at det er en liten reduksjon i gruppen for brystsmerter, mens gruppen med atrieflimmer/flutter er på nivå med 2013.

Videre er det en jevn økning i gruppen med urinveisinfeksjon og nivået i 2013 er betydelig høyere enn i 2011. Estimerte tall indikerer en ytterligere vekst i 2014. Det var en høy vekst i volumet av spesifikke mage- og tarmlidelser i samme periode.

Figuren viser at det er til dels store forskjeller i volumet for de enkelte pasientgruppene både innad og mellom de fem kategoriene. I det videre arbeidet vil vi se på hovedkategoriene fremfor de enkelte pasientgruppene, fordi ratene for noen grupper vil bli så små og spesielt følsomme for endringer over tid.

Figur 15.4 Antall innleggelser for pasientgrupper i hovedkategori 1-5. 2011-2014*.

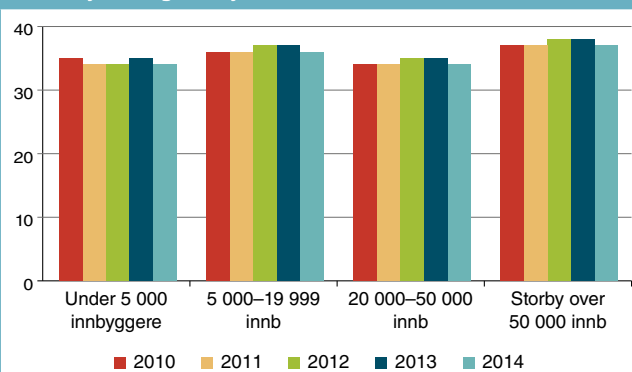


Data fra Norsk pasientregister (NPR).

* Tall for 2014 er estimert pr 2. tertialdata 2014.

Figur 15.5 – 15.6 viser utviklingen i antall innleggelser per 1000 innbyggere for pasientgrupper i hovedkategori 1-5 samlet og legebehandlede skader etter kommunestørrelse. Figurene viser at nivået av legebehandlede skader er noe høyere blant større kommuner enn mindre kommuner, og det totale omfanget av innleggelser er stort sett stabilt over tid. For innleggelser i kategori 1-5 er det en tendens til at storbyer har det høyeste nivået, mens store kommuner har det laveste nivået.

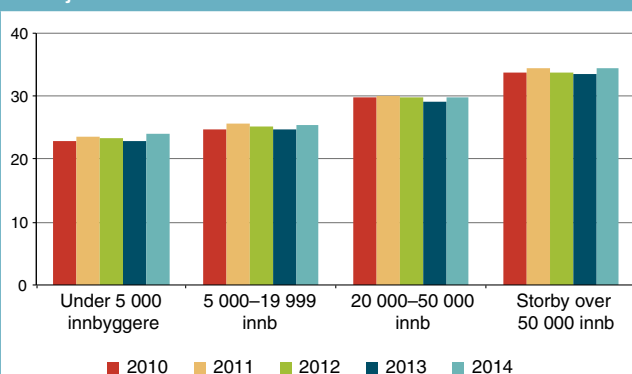
Figur 15.5 Antall innleggelser totalt for pasientgrupper i hovedkategori 1-5 per 1000 innbygger etter kommunestørrelse 2010-2014*. Kjønn- og aldersjusterte rater.



Data fra Norsk pasientregister (NPR).

* Tall for 2014 er estimert pr 2. tertialdata 2014.

Figur 15.6 Antall Legebehandlede skader (innleggelser og poliklinikk) per 1000 innbygger kommunestørrelse. 2010-2014*. Kjønn- og aldersjusterte rater.



Data fra Norsk pasientregister (NPR).

* Tall for 2014 er estimert pr 2. tertialdata 2014.

15.3 Variasjoner mellom kommuner og regioner

I tabell 15.3 presenteres rater⁸ for alle pasientgruppene for potensielt forebyggbare innleggelser og legebehandlede skader. Tabellen viser det relative nivået for kommunegruppen som prosent av landsgjennomsnittet. En verdi på 110 viser at raten ligger 10 prosent over landsgjennomsnittet, mens en verdi på 93 viser at raten ligger 7 prosent under landsgjennomsnittet.

I kategorien «legebehandlede skader» er det noe variasjon mellom regionene. Helse Sør-Øst ligger 10 prosent over landsgjennomsnittet, mens Helse Nord og Midt-Norge ligger 20 prosent lavere enn landsgjennomsnittet. Nivået i Helse Sør-Øst kan knyttes til et høyt nivå av innleggelser i Oslo, et resultat som vil være påvirket av hvordan legevakts-tilbudet er organisert og rapportert. Deler av Oslo legevakt er organisert under Oslo Universitetssykehus og inngår i datagrunnlaget som rapporteres til Norsk pasientregister⁹.

For potensielt forebyggbare innleggelser totalt er ratenivået noe høyere i Helse Vest enn i de andre regionene. Dette er gjennomgående for alle 5 kategoriene. Det er ingen klare sammenhenger i variasjoner i kommunegruppene, men det er en tendens til at kommuner med kort reiseavstand har et høyere nivå enn tilsvarende kommuner med lengre reiseavstand.

Utviklingen over tid blir beskrevet i tabell 15.4, og tallene er korrigert for befolkningsutviklingen¹⁰. For potensielt forebyggbare innleggelser er det en økning i antall innleggelser i perioden fra 2011 til 2013, mens de estimerte tallene for 2014 viser en nedgang siste år. Det er noe ulik utvikling både innad og mellom regionene. Helse Nord og Helse Midt-Norge har en økning i innleggelser på 4-6 prosent fra 2011-2013, mens i Helse Vest var nivået stabilt i perioden.

For legebehandlede skader er det en tendens til at alle regionene har en nedgang i raten fra 2011 til 2013. Estimerte tall for 2014 viser at nivået har økt siste år

8) Ratene er kjønn- og aldersjustert, slik at vi delvis tar høyde for behov som knyttes til disse to faktorene.

9) Dette gjelder også Bergen Legevakt, men effekten kan skjules siden det er flere storbyer som inngår i denne kommunegruppen.

10) Dette vil avvike fra absolutte endringstall i tabell 15.2.

(2,9 pst). I perioden før reformen var det en vekst i ratene for denne gruppen på 2,5 prosent.

Tabell 15.5 viser siste års utvikling i innleggelser som inngår i kommunal medfinansiering per 1000 innbygger, og tabell 15.6 viser det relative nivået i prosent av landsgjennomsnittet.

Det er mindre regionale forskjeller i omfanget av innleggelser i KMF for 2013, og forskjellene mellom regionene har blitt redusert gjennom perioden fra 2010. Helse Nord har redusert raten med nær 4 prosent fra 2011 til 2013, mens Helse Midt Norge har økt raten med 5,5 prosent. Begge regionene har nærmet seg landsgjennomsnittet over tid. Små kommuner og kommuner med kort reiseavstand har et høyere nivå av innleggelser i KMF enn andre kommuner.

Utviklingen over tid er noe ulik i kommunegruppene i Sør-Øst og Vest, og det er derfor ingen klar trend. For Midt-Norge er det økning i alle kommunegruppene over tid, mens det i Helse Nord er nedgang i alle kommunegrupper med unntak av større kommuner med over 20000 innbyggere.

15.4 Datagrunnlag og definisjoner

Datagrunnlaget for dette kapitlet er hentet fra Norsk pasientregister (NPR) og fra Statistisk sentralbyrå (SSB). Innleggelser og polikliniske konsultasjoner er fra NPR, mens befolkningstall er fra SSB.

Polikliniske konsultasjoner i gruppen «legebehandlede skader» inkluderer kun første besøk for de som har mer enn en kontakt.

Befolkningstallene som er benyttet til rateberegninger er basert på folketallet per 1.1 det påfølgende år. Det vil si at ratene for 2013 er beregnet utfra folketallet per 1.1.2014.

Kommunegruppene er de samme tilbake i tid, slik at det er kommunegruppetilhørighet per 2013 som blir lagt på bakover i tid. Dette for å kunne sammenligne over tid. Ved kommunesammenslåinger er det tatt hensyn til dette ved at kommunene blir definert inn i samme kommunegruppe ved alle år.

Data for potensielt forebyggbare innleggelser og legebehandlede skader i 2014 er estimert utfra aktivitetsdata per 2. tertial. Vi har benyttet en antagelse om at 2/3 av aktiviteten kom i denne perioden ($x/0,6667$). Dette estimatet kan være noe høyt, da data per 3. tertial i 2013 indikerer et lavere forbruk i 3. tertial enn snittet per 2. tertial for 2013. Data for kommunal medfinansiering er også estimert utfra aktivitet per 2. tertial 2014. Her har vi benyttet antagelsen at antall innleggelser vil være høyere i 3. tertial enn snittet for 1. og 2. tertial, jmf. tallgrunnlaget for 2013 ($x/0,6625$).

Tabell 15.3 Relativt nivå av PFI-grupper og legebehandlede skader per 1000 innbygger i 2013 (landsgjennomsnittet=100).
Kjønns- og aldersjusterte rater.

| Kommunegruppe | | Forebyggbare ved vaksining eller potensiell forebyggbar kronisk tilstand | Forebyggbar tilstand lårhalsbrudd og trykksår | Akutt-innleggelser kronikere | Akutt-innleggelser andre tilstander | Totalt innleggelser | Legebehandlede skader |
|---------------|--|--|---|------------------------------|-------------------------------------|---------------------|-----------------------|
| Region | Helse Sør-Øst | 96 | 100 | 95 | 96 | 96 | 110 |
| | Helse Vest | 107 | 106 | 111 | 111 | 110 | 95 |
| | Helse Midt-Norge | 99 | 94 | 103 | 101 | 101 | 81 |
| | Helse Nord | 111 | 98 | 102 | 97 | 100 | 82 |
| | Totalt pr 1000 innbygger | 1,8 | 2,9 | 12,4 | 19,4 | 36,4 | 28,9 |
| | Totalt | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| Sør-Øst | Under 5000 innb. | 88 | 99 | 85 | 92 | 90 | 71 |
| | 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | 88 | 94 | 90 | 93 | 92 | 86 |
| | 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | 119 | 89 | 109 | 105 | 106 | 91 |
| | Over 20000 innb. - lengre reiseavstand | 81 | 91 | 81 | 91 | 87 | 83 |
| | Over 20000 innb. - kort reiseavstand | 95 | 94 | 102 | 97 | 98 | 111 |
| | Storby ekskl. Oslo | 97 | 96 | 100 | 96 | 98 | 70 |
| | Oslo | 116 | 125 | 103 | 106 | 107 | 199 |
| Vest | Under 5000 innb. | 81 | 97 | 99 | 102 | 100 | 88 |
| | 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | 96 | 98 | 106 | 115 | 110 | 79 |
| | 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | 97 | 109 | 113 | 113 | 112 | 108 |
| | Over 20000 innb. | 112 | 103 | 124 | 120 | 119 | 88 |
| | Storby | 123 | 115 | 113 | 108 | 111 | 106 |
| Midt-Norge | Under 5000 innb. | 85 | 86 | 100 | 99 | 98 | 89 |
| | 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | 100 | 100 | 99 | 99 | 99 | 83 |
| | 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | 107 | 104 | 123 | 105 | 111 | 105 |
| | Over 20000 innb. | 106 | 97 | 105 | 98 | 101 | 122 |
| | Storby | 98 | 88 | 105 | 106 | 104 | 38 |
| Nord | Under 5000 innb. | 109 | 96 | 100 | 95 | 98 | 74 |
| | 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | 105 | 98 | 103 | 102 | 102 | 66 |
| | 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | 113 | 114 | 127 | 115 | 119 | 108 |
| | Over 20000 innb. | 115 | 99 | 101 | 92 | 97 | 126 |
| | Storby | 113 | 76 | 85 | 88 | 87 | 36 |

Data fra Norsk pasientregister (NPR).

Tabell 15.4 Prosentvis endring av PFI-grupper og legebehandlede skader per 1000 innbygger i 2010-2014¹ Kønns- og aldersjusterte rater.

| Kommunegruppe/region | | Totalt innleggelser | | | Legebehandlede skader | | |
|----------------------|--|---------------------|------------|----------------------|-----------------------|-------------|----------------------|
| | | 2010-11 | 2011-13 | 2011-14 ¹ | 2010-11 | 2011-13 | 2011-14 ¹ |
| Region | Helse Sør-Øst | -0,7 | 1,9 | 0,1 | 2,8 | -2,9 | -0,8 |
| | Helse Vest | 3,3 | -0,6 | -2,9 | 1,8 | -2,7 | 1,5 |
| | Helse Midt-Norge | -2,6 | 6,5 | 3,6 | 3,4 | -3,7 | 0,5 |
| | Helse Nord | 0,7 | 4,0 | 1,9 | 0,6 | -4,3 | -1,3 |
| | Totalt | 0,1 | 2,1 | 0,0 | 2,5 | -3,0 | -0,2 |
| Sør-Øst | Under 5000 innb. | 2,1 | -2,3 | -0,7 | 3,7 | -4,4 | 1,2 |
| | 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | -1,7 | 3,7 | 3,0 | 5,2 | -2,7 | -0,9 |
| | 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | -0,7 | -2,0 | -7,5 | -4,3 | -14,7 | -1,2 |
| | Over 20000 innb. - lengre reiseavstand | -1,9 | 2,2 | 2,2 | 2,5 | -4,8 | -4,0 |
| | Over 20000 innb. - kort reiseavstand | 1,7 | 2,0 | -1,5 | 2,3 | -4,5 | -4,3 |
| | Storby ekskl. Oslo | 2,6 | 5,3 | -0,3 | 1,4 | -4,1 | 2,8 |
| | Oslo | -4,2 | -0,1 | 0,5 | 2,7 | -0,7 | -0,9 |
| Vest | Under 5000 innb. | 0,6 | 1,5 | -5,0 | 6,3 | 0,6 | 1,1 |
| | 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | 3,3 | -1,4 | -4,1 | -2,0 | 3,7 | 7,6 |
| | 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | -9,1 | 2,7 | 0,3 | 6,6 | 0,8 | -3,9 |
| | Over 20000 innb. | 6,9 | 3,2 | -4,2 | 3,6 | -7,9 | 0,7 |
| | Storby | 4,8 | -2,2 | -1,7 | 1,4 | -4,9 | 0,0 |
| Midt-Norge | Under 5000 innb. | -6,5 | 4,4 | 2,5 | 1,8 | -1,5 | 7,3 |
| | 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | -2,0 | 8,1 | 2,2 | 8,6 | -5,7 | -6,4 |
| | 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | 2,2 | 4,6 | -1,4 | -3,0 | -7,3 | 4,2 |
| | Over 20000 innb. | -1,2 | 7,4 | 5,9 | -1,8 | 1,3 | 4,7 |
| | Storby | -2,9 | 6,1 | 5,9 | 13,6 | -9,2 | -4,1 |
| Nord | Under 5000 innb. | -3,0 | 4,0 | 3,4 | 1,1 | -7,5 | -3,1 |
| | 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | 4,9 | 7,8 | -1,7 | 12,4 | -9,0 | -10,2 |
| | 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | 1,1 | 1,8 | 4,1 | -0,7 | -0,3 | 0,1 |
| | Over 20000 innb. | 2,7 | 5,5 | 5,5 | -2,9 | 0,6 | 6,2 |
| | Storby | -0,4 | -3,8 | -7,1 | -7,8 | -10,9 | -8,4 |

Data fra Norsk pasientregister (NPR).

1) Tall for 2014 er estimert per 2. tertialdata 2014.

Tabell 15.5 Antall innleggelser omfattet av kommunal medfinansiering (KMF) per 1000 innbygger.

| Kommunegruppe | | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 ¹ |
|---------------|--|------------|------------|------------|------------|-------------------|
| Region | Helse Sør-Øst | 158 | 156 | 157 | 155 | 155 |
| | Helse Vest | 140 | 147 | 148 | 147 | 145 |
| | Helse Midt-Norge | 152 | 146 | 149 | 154 | 152 |
| | Helse Nord | 165 | 165 | 164 | 159 | 159 |
| | Totalt pr 1000 innbygger | 154 | 153 | 154 | 154 | 153 |
| Sør-Øst | Under 5000 innb. | 167 | 171 | 164 | 166 | 172 |
| | 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | 157 | 151 | 153 | 153 | 154 |
| | 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | 178 | 188 | 177 | 178 | 179 |
| | Over 20000 innb. - lengre reiseavstand | 153 | 146 | 148 | 148 | 150 |
| | Over 20000 innb. - kort reiseavstand | 173 | 173 | 176 | 174 | 176 |
| | Storby ekskl. Oslo | 152 | 153 | 153 | 151 | 149 |
| | Oslo | 151 | 149 | 151 | 146 | 145 |
| Vest | Under 5000 innb. | 152 | 150 | 159 | 158 | 161 |
| | 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | 135 | 147 | 150 | 152 | 148 |
| | 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | 179 | 165 | 173 | 178 | 167 |
| | Over 20000 innb. | 142 | 146 | 144 | 142 | 138 |
| | Storby | 133 | 144 | 143 | 140 | 139 |
| Midt-Norge | Under 5000 innb. | 168 | 158 | 156 | 173 | 170 |
| | 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | 151 | 150 | 152 | 153 | 151 |
| | 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | 171 | 148 | 153 | 166 | 170 |
| | Over 20000 innb. | 154 | 155 | 166 | 163 | 160 |
| | Storby | 137 | 125 | 128 | 133 | 128 |
| Nord | Under 5000 innb. | 171 | 176 | 175 | 171 | 173 |
| | 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | 163 | 171 | 168 | 159 | 151 |
| | 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | 210 | 209 | 206 | 199 | 204 |
| | Over 20000 innb. | 154 | 153 | 157 | 154 | 152 |
| | Storby | 123 | 108 | 103 | 104 | 108 |

Data fra Norsk pasientregister (NPR).

1) Tall for 2014 er estimert per 2. tertialdata 2014.

Tabell 15.6 Relativt nivå for innleggelser omfattet av kommunal medfinansiering (KMF) per 1000 innbygger (landsgjennomsnitt=100).

| Kommunegruppe | | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 ¹ |
|---------------|--|------------|------------|------------|------------|-------------------|
| Region | Helse Sør-Øst | 102 | 102 | 101 | 101 | 102 |
| | Helse Vest | 91 | 96 | 96 | 96 | 95 |
| | Helse Midt-Norge | 99 | 95 | 97 | 100 | 99 |
| | Helse Nord | 107 | 108 | 106 | 104 | 104 |
| | Totalt pr 1000 innbygger | 154 | 153 | 154 | 154 | 153 |
| | Totalt | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| Sør-Øst | Under 5000 innb. | 109 | 111 | 106 | 108 | 112 |
| | 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | 102 | 99 | 99 | 99 | 101 |
| | 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | 115 | 122 | 115 | 116 | 117 |
| | Over 20000 innb. - lengre reiseavstand | 99 | 95 | 96 | 96 | 98 |
| | Over 20000 innb. - kort reiseavstand | 112 | 112 | 114 | 113 | 115 |
| | Storby ekskl. Oslo | 99 | 100 | 99 | 98 | 97 |
| | Oslo | 98 | 97 | 98 | 95 | 95 |
| Vest | Under 5000 innb. | 99 | 98 | 103 | 103 | 105 |
| | 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | 88 | 96 | 97 | 99 | 97 |
| | 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | 116 | 108 | 112 | 116 | 109 |
| | Over 20000 innb. | 92 | 95 | 93 | 93 | 90 |
| | Storby | 87 | 94 | 92 | 91 | 91 |
| Midt-Norge | Under 5000 innb. | 110 | 103 | 101 | 112 | 111 |
| | 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | 98 | 98 | 98 | 100 | 99 |
| | 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | 111 | 97 | 99 | 108 | 111 |
| | Over 20000 innb. | 100 | 101 | 108 | 106 | 104 |
| | Storby | 89 | 81 | 83 | 87 | 84 |
| Nord | Under 5000 innb. | 111 | 115 | 113 | 111 | 113 |
| | 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | 106 | 111 | 109 | 103 | 99 |
| | 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | 137 | 136 | 133 | 130 | 133 |
| | Over 20000 innb. | 100 | 100 | 102 | 101 | 99 |
| | Storby | 80 | 70 | 67 | 67 | 70 |

Data fra Norsk pasientregister (NPR).

1) Tall for 2014 er estimert per 2. tertialdata 2014.

Vedlegg 1:

Kommunegrupper og helseforetaksområder i 2013

| | Kommunenavn | Kommunegruppe | HF-område somatikk | HF-område PHV og TSB |
|-----|----------------|--|--------------------|----------------------|
| 101 | Halden | 4 Sør-Øst - over 20000 innb. - lengre reiseavstand | Østfold | Østfold |
| 104 | Moss | 5 Sør-Øst - over 20000 innb. - kort reiseavstand | Østfold | Østfold |
| 105 | Sarpsborg | 6 Sør-Øst - storby ekskl Oslo | Østfold | Østfold |
| 106 | Fredrikstad | 6 Sør-Øst - storby ekskl Oslo | Østfold | Østfold |
| 111 | Hvaler | 1 Sør-Øst - under 5000 innb. | Østfold | Østfold |
| 118 | Aremark | 1 Sør-Øst - under 5000 innb. | Østfold | Østfold |
| 119 | Marker | 1 Sør-Øst - under 5000 innb. | Østfold | Østfold |
| 121 | Rømskog | 1 Sør-Øst - under 5000 innb. | Ahus | Ahus |
| 122 | Trøgstad | 2 Sør-Øst - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | Østfold | Østfold |
| 123 | Spydeberg | 2 Sør-Øst - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | Østfold | Østfold |
| 124 | Askim | 2 Sør-Øst - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | Østfold | Østfold |
| 125 | Eidsberg | 2 Sør-Øst - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | Østfold | Østfold |
| 127 | Skiptvet | 1 Sør-Øst - under 5000 innb. | Østfold | Østfold |
| 128 | Rakkestad | 2 Sør-Øst - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | Østfold | Østfold |
| 135 | Råde | 2 Sør-Øst - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | Østfold | Østfold |
| 136 | Rygge | 3 Sør-Øst - 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | Østfold | Østfold |
| 137 | Våler (Østf.) | 1 Sør-Øst - under 5000 innb. | Østfold | Østfold |
| 138 | Hobøl | 2 Sør-Øst - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | Østfold | Østfold |
| 211 | Vestby | 2 Sør-Øst - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | Ahus | Ahus |
| 213 | Ski | 4 Sør-Øst - over 20000 innb. - lengre reiseavstand | Ahus | Ahus |
| 214 | Ås | 2 Sør-Øst - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | Ahus | Ahus |
| 215 | Frogn | 2 Sør-Øst - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | Ahus | Ahus |
| 216 | Nesodden | 2 Sør-Øst - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | Ahus | Ahus |
| 217 | Oppegård | 4 Sør-Øst - over 20000 innb. - lengre reiseavstand | Ahus | Ahus |
| 219 | Bærum | 6 Sør-Øst - storby ekskl Oslo | Vestre Viken | Vestre Viken |
| 220 | Asker | 6 Sør-Øst - storby ekskl Oslo | Vestre Viken | Vestre Viken |
| 221 | Aurskog-Høland | 2 Sør-Øst - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | Ahus | Ahus |
| 226 | Sørum | 2 Sør-Øst - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | Ahus | Ahus |
| 227 | Fet | 3 Sør-Øst - 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | Ahus | Ahus |
| 228 | Rælingen | 3 Sør-Øst - 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | Ahus | Ahus |
| 229 | Enebakk | 2 Sør-Øst - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | Ahus | Ahus |
| 230 | Lørenskog | 5 Sør-Øst - over 20000 innb. - kort reiseavstand | Ahus | Ahus |
| 231 | Skedsmo | 6 Sør-Øst - storby ekskl Oslo | Ahus | Ahus |
| 233 | Nittedal | 4 Sør-Øst - over 20000 innb. - lengre reiseavstand | Ahus | Ahus |
| 234 | Gjerdrum | 2 Sør-Øst - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | Ahus | Ahus |
| 235 | Ullensaker | 4 Sør-Øst - over 20000 innb. - lengre reiseavstand | Ahus | Ahus |
| 236 | Nes (Ak.) | 4 Sør-Øst - over 20000 innb. - lengre reiseavstand | Innlandet | Ahus |
| 237 | Eidsvoll | 4 Sør-Øst - over 20000 innb. - lengre reiseavstand | Ahus | Ahus |
| 238 | Nannestad | 2 Sør-Øst - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | Ahus | Ahus |
| 239 | Hurdal | 1 Sør-Øst - under 5000 innb. | Ahus | Ahus |

| | Kommunenavn | Kommunegruppe | | HF-område somatikk | HF-område PHV og TSB |
|-----|----------------------|---------------|--|--------------------|----------------------|
| 301 | 01 Gamle Oslo | 7 | Sør-Øst - Oslo | Lovisenberg | Lovisenberg |
| 301 | 02 Grünerløkka | 7 | Sør-Øst - Oslo | Lovisenberg | Lovisenberg |
| 301 | 03 Sagene | 7 | Sør-Øst - Oslo | Lovisenberg | OUS |
| 301 | 04 St. Hanshaugen | 7 | Sør-Øst - Oslo | Lovisenberg | Lovisenberg |
| 301 | 05 Frogner | 7 | Sør-Øst - Oslo | Diakonhjemmet | Diakonhjemmet |
| 301 | 06 Ullern | 7 | Sør-Øst - Oslo | Diakonhjemmet | Diakonhjemmet |
| 301 | 07 Vestre Aker | 7 | Sør-Øst - Oslo | Diakonhjemmet | Diakonhjemmet |
| 301 | 08 Nordre Aker | 7 | Sør-Øst - Oslo | OUS | OUS |
| 301 | 09 Bjerke | 7 | Sør-Øst - Oslo | OUS | OUS |
| 301 | 10 Grorud | 7 | Sør-Øst - Oslo | Ahus | Ahus |
| 301 | 11 Stovner | 7 | Sør-Øst - Oslo | Ahus | Ahus |
| 301 | 12 Alna | 7 | Sør-Øst - Oslo | Ahus | Ahus |
| 301 | 13 Østensjø | 7 | Sør-Øst - Oslo | OUS | OUS |
| 301 | 14 Nordstrand | 7 | Sør-Øst - Oslo | OUS | OUS |
| 301 | 15 Søndre Nordstrand | 7 | Sør-Øst - Oslo | OUS | OUS |
| 301 | 16 Sentrum | 7 | Sør-Øst - Oslo | Lovisenberg | Lovisenberg |
| 301 | 17 Marka | 7 | Sør-Øst - Oslo | Hovedstad uoppgitt | Hovedstad uoppgitt |
| 301 | 99 Uoppgitt bydel | 7 | Sør-Øst - Oslo | Hovedstad uoppgitt | Hovedstad uoppgitt |
| 402 | Kongsvinger | 3 | Sør-Øst - 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | Innlandet | Innlandet |
| 403 | Hamar | 5 | Sør-Øst - over 20000 innb. - kort reiseavstand | Innlandet | Innlandet |
| 412 | Ringsaker | 4 | Sør-Øst - over 20000 innb. - lengre reiseavstand | Innlandet | Innlandet |
| 415 | Løten | 2 | Sør-Øst - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | Innlandet | Innlandet |
| 417 | Stange | 2 | Sør-Øst - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | Innlandet | Innlandet |
| 418 | Nord-Odal | 2 | Sør-Øst - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | Innlandet | Innlandet |
| 419 | Sør-Odal | 2 | Sør-Øst - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | Innlandet | Innlandet |
| 420 | Eidskog | 2 | Sør-Øst - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | Innlandet | Innlandet |
| 423 | Grue | 1 | Sør-Øst - under 5000 innb. | Innlandet | Innlandet |
| 425 | Åsnes | 2 | Sør-Øst - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | Innlandet | Innlandet |
| 426 | Våler (Hedm.) | 1 | Sør-Øst - under 5000 innb. | Innlandet | Innlandet |
| 427 | Elverum | 5 | Sør-Øst - over 20000 innb. - kort reiseavstand | Innlandet | Innlandet |
| 428 | Trysil | 2 | Sør-Øst - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | Innlandet | Innlandet |
| 429 | Åmot | 1 | Sør-Øst - under 5000 innb. | Innlandet | Innlandet |
| 430 | Stor-Elvdal | 1 | Sør-Øst - under 5000 innb. | Innlandet | Innlandet |
| 432 | Rendalen | 1 | Sør-Øst - under 5000 innb. | Innlandet | Innlandet |
| 434 | Engerdal | 1 | Sør-Øst - under 5000 innb. | Innlandet | Innlandet |
| 436 | Tolga | 1 | Sør-Øst - under 5000 innb. | Innlandet | Innlandet |
| 437 | Tynset | 3 | Sør-Øst - 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | Innlandet | Innlandet |
| 438 | Alvdal | 1 | Sør-Øst - under 5000 innb. | Innlandet | Innlandet |
| 439 | Folldal | 1 | Sør-Øst - under 5000 innb. | Innlandet | Innlandet |
| 441 | Os (Hedm.) | 1 | Sør-Øst - under 5000 innb. | Innlandet | Innlandet |
| 501 | Lillehammer | 5 | Sør-Øst - over 20000 innb. - kort reiseavstand | Innlandet | Innlandet |
| 502 | Gjøvik | 5 | Sør-Øst - over 20000 innb. - kort reiseavstand | Innlandet | Innlandet |
| 511 | Dovre | 1 | Sør-Øst - under 5000 innb. | Innlandet | Innlandet |
| 512 | Lesja | 1 | Sør-Øst - under 5000 innb. | Innlandet | Innlandet |

| | Kommunenavn | Kommunegruppe | | HF-område somatikk | HF-område PHV og TSB |
|-----|---------------|---------------|--|--------------------|----------------------|
| 513 | Skjåk | 1 | Sør-Øst - under 5000 innb. | Innlandet | Innlandet |
| 514 | Lom | 1 | Sør-Øst - under 5000 innb. | Innlandet | Innlandet |
| 515 | Vågå | 1 | Sør-Øst - under 5000 innb. | Innlandet | Innlandet |
| 516 | Nord-Fron | 2 | Sør-Øst - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | Innlandet | Innlandet |
| 517 | Sel | 2 | Sør-Øst - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | Innlandet | Innlandet |
| 519 | Sør-Fron | 1 | Sør-Øst - under 5000 innb. | Innlandet | Innlandet |
| 520 | Ringebu | 1 | Sør-Øst - under 5000 innb. | Innlandet | Innlandet |
| 521 | Øyer | 2 | Sør-Øst - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | Innlandet | Innlandet |
| 522 | Gausdal | 2 | Sør-Øst - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | Innlandet | Innlandet |
| 528 | Østre Toten | 2 | Sør-Øst - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | Innlandet | Innlandet |
| 529 | Vestre Toten | 2 | Sør-Øst - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | Innlandet | Innlandet |
| 532 | Jevnaker | 2 | Sør-Øst - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | Vestre Viken | Innlandet |
| 533 | Lunner | 2 | Sør-Øst - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | Innlandet | Innlandet |
| 534 | Gran | 2 | Sør-Øst - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | Innlandet | Innlandet |
| 536 | Søndre Land | 2 | Sør-Øst - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | Innlandet | Innlandet |
| 538 | Nordre Land | 2 | Sør-Øst - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | Innlandet | Innlandet |
| 540 | Sør-Aurdal | 1 | Sør-Øst - under 5000 innb. | Innlandet | Innlandet |
| 541 | Etnedal | 1 | Sør-Øst - under 5000 innb. | Innlandet | Innlandet |
| 542 | Nord-Aurdal | 2 | Sør-Øst - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | Innlandet | Innlandet |
| 543 | Vestre Slidre | 1 | Sør-Øst - under 5000 innb. | Innlandet | Innlandet |
| 544 | Øystre Slidre | 1 | Sør-Øst - under 5000 innb. | Innlandet | Innlandet |
| 545 | Vang | 1 | Sør-Øst - under 5000 innb. | Innlandet | Innlandet |
| 602 | Drammen | 6 | Sør-Øst - storby ekskl Oslo | Vestre Viken | Vestre Viken |
| 604 | Kongsberg | 5 | Sør-Øst - over 20000 innb. - kort reiseavstand | Vestre Viken | Vestre Viken |
| 605 | Ringerike | 5 | Sør-Øst - over 20000 innb. - kort reiseavstand | Vestre Viken | Vestre Viken |
| 612 | Hole | 2 | Sør-Øst - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | Vestre Viken | Vestre Viken |
| 615 | Flå | 1 | Sør-Øst - under 5000 innb. | Vestre Viken | Vestre Viken |
| 616 | Nes (Busk.) | 1 | Sør-Øst - under 5000 innb. | Vestre Viken | Vestre Viken |
| 617 | Gol | 1 | Sør-Øst - under 5000 innb. | Vestre Viken | Vestre Viken |
| 618 | Hemsedal | 1 | Sør-Øst - under 5000 innb. | Vestre Viken | Vestre Viken |
| 619 | Ål | 1 | Sør-Øst - under 5000 innb. | Vestre Viken | Vestre Viken |
| 620 | Hol | 1 | Sør-Øst - under 5000 innb. | Vestre Viken | Vestre Viken |
| 621 | Sigdal | 1 | Sør-Øst - under 5000 innb. | Vestre Viken | Vestre Viken |
| 622 | Krødsherad | 1 | Sør-Øst - under 5000 innb. | Vestre Viken | Vestre Viken |
| 623 | Modum | 2 | Sør-Øst - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | Vestre Viken | Vestre Viken |
| 624 | Øvre Eiker | 2 | Sør-Øst - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | Vestre Viken | Vestre Viken |
| 625 | Nedre Eiker | 4 | Sør-Øst - over 20000 innb. - lengre reiseavstand | Vestre Viken | Vestre Viken |
| 626 | Lier | 5 | Sør-Øst - over 20000 innb. - kort reiseavstand | Vestre Viken | Vestre Viken |
| 627 | Røyken | 4 | Sør-Øst - over 20000 innb. - lengre reiseavstand | Vestre Viken | Vestre Viken |
| 628 | Hurum | 2 | Sør-Øst - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | Vestre Viken | Vestre Viken |
| 631 | Flesberg | 1 | Sør-Øst - under 5000 innb. | Vestre Viken | Vestre Viken |
| 632 | Rollag | 1 | Sør-Øst - under 5000 innb. | Vestre Viken | Vestre Viken |
| 633 | Nore og Uvdal | 1 | Sør-Øst - under 5000 innb. | Vestre Viken | Vestre Viken |
| 701 | Horten | 4 | Sør-Øst - over 20000 innb. - lengre reiseavstand | Vestfold | Vestfold |

| | Kommunenavn | Kommunegruppe | HF-område somatikk | HF-område PHV og TSB |
|-----|------------------|--|--------------------|----------------------|
| 702 | Holmestrand | 2 Sør-Øst - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | Vestfold | Vestfold |
| 704 | Tønsberg | 5 Sør-Øst - over 20000 innb. - kort reiseavstand | Vestfold | Vestfold |
| 706 | Sandefjord | 4 Sør-Øst - over 20000 innb. - lengre reiseavstand | Vestfold | Vestfold |
| 709 | Larvik | 4 Sør-Øst - over 20000 innb. - lengre reiseavstand | Vestfold | Vestfold |
| 711 | Svelvik | 2 Sør-Øst - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | Vestre Viken | Vestfold |
| 713 | Sande (Vestf.) | 2 Sør-Øst - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | Vestre Viken | Vestfold |
| 714 | Hof | 1 Sør-Øst - under 5000 innb. | Vestfold | Vestfold |
| 716 | Re (f.o.m. 2002) | 2 Sør-Øst - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | Vestfold | Vestfold |
| 719 | Andebu | 2 Sør-Øst - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | Vestfold | Vestfold |
| 720 | Stokke | 2 Sør-Øst - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | Vestfold | Vestfold |
| 722 | Nøtterøy | 4 Sør-Øst - over 20000 innb. - lengre reiseavstand | Vestfold | Vestfold |
| 723 | Tjøme | 1 Sør-Øst - under 5000 innb. | Vestfold | Vestfold |
| 728 | Lardal | 1 Sør-Øst - under 5000 innb. | Vestfold | Vestfold |
| 805 | Porsgrunn | 5 Sør-Øst - over 20000 innb. - kort reiseavstand | Telemark | Telemark |
| 806 | Skien | 6 Sør-Øst - storby ekskl Oslo | Telemark | Telemark |
| 807 | Notodden | 3 Sør-Øst - 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | Telemark | Telemark |
| 811 | Siljan | 1 Sør-Øst - under 5000 innb. | Telemark | Telemark |
| 814 | Bamble | 2 Sør-Øst - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | Telemark | Telemark |
| 815 | Kragerø | 3 Sør-Øst - 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | Telemark | Telemark |
| 817 | Drangedal | 1 Sør-Øst - under 5000 innb. | Telemark | Telemark |
| 819 | Nome | 2 Sør-Øst - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | Telemark | Telemark |
| 821 | Bø (Telem.) | 2 Sør-Øst - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | Telemark | Telemark |
| 822 | Sauherad | 1 Sør-Øst - under 5000 innb. | Telemark | Telemark |
| 826 | Tinn | 3 Sør-Øst - 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | Telemark | Telemark |
| 827 | Hjartdal | 1 Sør-Øst - under 5000 innb. | Telemark | Telemark |
| 828 | Seljord | 1 Sør-Øst - under 5000 innb. | Telemark | Telemark |
| 829 | Kviteseid | 1 Sør-Øst - under 5000 innb. | Telemark | Telemark |
| 830 | Nissedal | 1 Sør-Øst - under 5000 innb. | Telemark | Telemark |
| 831 | Fyresdal | 1 Sør-Øst - under 5000 innb. | Telemark | Telemark |
| 833 | Tokke | 1 Sør-Øst - under 5000 innb. | Telemark | Telemark |
| 834 | Vinje | 1 Sør-Øst - under 5000 innb. | Telemark | Telemark |
| 901 | Risør | 2 Sør-Øst - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | Sørlandet | Sørlandet |
| 904 | Grimstad | 4 Sør-Øst - over 20000 innb. - lengre reiseavstand | Sørlandet | Sørlandet |
| 906 | Arendal | 5 Sør-Øst - over 20000 innb. - kort reiseavstand | Sørlandet | Sørlandet |
| 911 | Gjerstad | 1 Sør-Øst - under 5000 innb. | Sørlandet | Sørlandet |
| 912 | Vegårshei | 1 Sør-Øst - under 5000 innb. | Sørlandet | Sørlandet |
| 914 | Tvedestrand | 2 Sør-Øst - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | Sørlandet | Sørlandet |
| 919 | Froland | 2 Sør-Øst - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | Sørlandet | Sørlandet |
| 926 | Lillesand | 2 Sør-Øst - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | Sørlandet | Sørlandet |
| 928 | Birkenes | 1 Sør-Øst - under 5000 innb. | Sørlandet | Sørlandet |
| 929 | Åmli | 1 Sør-Øst - under 5000 innb. | Sørlandet | Sørlandet |
| 935 | Iveland | 1 Sør-Øst - under 5000 innb. | Sørlandet | Sørlandet |
| 937 | Evje og Hornnes | 1 Sør-Øst - under 5000 innb. | Sørlandet | Sørlandet |
| 938 | Bygland | 1 Sør-Øst - under 5000 innb. | Sørlandet | Sørlandet |

| | Kommunenavn | Kommunegruppe | HF-område somatikk | HF-område PHV og TSB |
|------|--------------|--|--------------------|----------------------|
| 940 | Valle | 1 Sør-Øst - under 5000 innb. | Sørlandet | Sørlandet |
| 941 | Bykle | 1 Sør-Øst - under 5000 innb. | Sørlandet | Sørlandet |
| 1001 | Kristiansand | 6 Sør-Øst - storby ekskl Oslo | Sørlandet | Sørlandet |
| 1002 | Mandal | 2 Sør-Øst - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | Sørlandet | Sørlandet |
| 1003 | Farsund | 2 Sør-Øst - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | Sørlandet | Sørlandet |
| 1004 | Flekkefjord | 3 Sør-Øst - 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | Sørlandet | Sørlandet |
| 1014 | Vennesla | 2 Sør-Øst - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | Sørlandet | Sørlandet |
| 1017 | Songdalen | 2 Sør-Øst - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | Sørlandet | Sørlandet |
| 1018 | Søgne | 2 Sør-Øst - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | Sørlandet | Sørlandet |
| 1021 | Marnardal | 1 Sør-Øst - under 5000 innb. | Sørlandet | Sørlandet |
| 1026 | Åseral | 1 Sør-Øst - under 5000 innb. | Sørlandet | Sørlandet |
| 1027 | Audnedal | 1 Sør-Øst - under 5000 innb. | Sørlandet | Sørlandet |
| 1029 | Lindesnes | 1 Sør-Øst - under 5000 innb. | Sørlandet | Sørlandet |
| 1032 | Lyngdal | 2 Sør-Øst - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | Sørlandet | Sørlandet |
| 1034 | Hægebostad | 1 Sør-Øst - under 5000 innb. | Sørlandet | Sørlandet |
| 1037 | Kvinesdal | 2 Sør-Øst - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | Sørlandet | Sørlandet |
| 1046 | Sirdal | 1 Sør-Øst - under 5000 innb. | Sørlandet | Sørlandet |
| 1101 | Eigersund | 9 Vest - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | Stavanger | Stavanger |
| 1102 | Sandnes | 12 Vest - storby | Stavanger | Stavanger |
| 1103 | Stavanger | 12 Vest - storby | Stavanger | Stavanger |
| 1106 | Haugesund | 11 Vest - over 20000 innb. | Fonna | Fonna |
| 1111 | Sokndal | 8 Vest - under 5000 innb. | Stavanger | Stavanger |
| 1112 | Lund | 8 Vest - under 5000 innb. | Stavanger | Stavanger |
| 1114 | Bjerkreim | 8 Vest - under 5000 innb. | Stavanger | Stavanger |
| 1119 | Hå | 9 Vest - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | Stavanger | Stavanger |
| 1120 | Klepp | 9 Vest - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | Stavanger | Stavanger |
| 1121 | Time | 9 Vest - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | Stavanger | Stavanger |
| 1122 | Gjesdal | 9 Vest - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | Stavanger | Stavanger |
| 1124 | Sola | 11 Vest - over 20000 innb. | Stavanger | Stavanger |
| 1127 | Randaberg | 10 Vest - 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | Stavanger | Stavanger |
| 1129 | Forsand | 8 Vest - under 5000 innb. | Stavanger | Stavanger |
| 1130 | Strand | 9 Vest - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | Stavanger | Stavanger |
| 1133 | Hjelmeland | 8 Vest - under 5000 innb. | Stavanger | Stavanger |
| 1134 | Suldal | 8 Vest - under 5000 innb. | Fonna | Fonna |
| 1135 | Sauda | 8 Vest - under 5000 innb. | Fonna | Fonna |
| 1141 | Finnøy | 8 Vest - under 5000 innb. | Stavanger | Stavanger |
| 1142 | Rennesøy | 8 Vest - under 5000 innb. | Stavanger | Stavanger |
| 1144 | Kvitsøy | 8 Vest - under 5000 innb. | Stavanger | Stavanger |
| 1145 | Bokn | 8 Vest - under 5000 innb. | Fonna | Fonna |
| 1146 | Tysvær | 9 Vest - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | Fonna | Fonna |
| 1149 | Karmøy | 11 Vest - over 20000 innb. | Fonna | Fonna |
| 1151 | Utsira | 8 Vest - under 5000 innb. | Fonna | Fonna |
| 1160 | Vindafjord | 9 Vest - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | Fonna | Fonna |
| 1201 | Bergen | 12 Vest - storby | Bergen | Bergen |

| | Kommunenavn | Kommunegruppe | HF-område somatikk | HF-område PHV og TSB |
|------|-------------|---|--------------------|----------------------|
| 1211 | Etne | 8 Vest - under 5000 innb. | Fonna | Fonna |
| 1216 | Sveio | 9 Vest - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | Fonna | Fonna |
| 1219 | Bømlo | 9 Vest - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | Fonna | Fonna |
| 1221 | Stord | 10 Vest - 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | Fonna | Fonna |
| 1222 | Fitjar | 8 Vest - under 5000 innb. | Fonna | Fonna |
| 1223 | Tysnes | 8 Vest - under 5000 innb. | Fonna | Fonna |
| 1224 | Kvinnherad | 9 Vest - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | Fonna | Fonna |
| 1227 | Jondal | 8 Vest - under 5000 innb. | Fonna | Fonna |
| 1228 | Odda | 10 Vest - 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | Fonna | Fonna |
| 1231 | Ullensvang | 8 Vest - under 5000 innb. | Fonna | Fonna |
| 1232 | Eidfjord | 8 Vest - under 5000 innb. | Fonna | Fonna |
| 1233 | Ulvik | 8 Vest - under 5000 innb. | Bergen | Bergen |
| 1234 | Granvin | 8 Vest - under 5000 innb. | Bergen | Bergen |
| 1235 | Voss | 10 Vest - 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | Bergen | Bergen |
| 1238 | Kvam | 9 Vest - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | Bergen | Bergen |
| 1241 | Fusa | 8 Vest - under 5000 innb. | Bergen | Bergen |
| 1242 | Samnanger | 8 Vest - under 5000 innb. | Bergen | Bergen |
| 1243 | Os (Hord.) | 9 Vest - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | Bergen | Bergen |
| 1244 | Austevoll | 8 Vest - under 5000 innb. | Bergen | Bergen |
| 1245 | Sund | 9 Vest - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | Bergen | Bergen |
| 1246 | Fjell | 11 Vest - over 20000 innb. | Bergen | Bergen |
| 1247 | Askøy | 11 Vest - over 20000 innb. | Bergen | Bergen |
| 1251 | Vaksdal | 8 Vest - under 5000 innb. | Bergen | Bergen |
| 1252 | Modalen | 8 Vest - under 5000 innb. | Bergen | Bergen |
| 1253 | Osterøy | 9 Vest - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | Bergen | Bergen |
| 1256 | Meland | 9 Vest - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | Bergen | Bergen |
| 1259 | Øygarden | 8 Vest - under 5000 innb. | Bergen | Bergen |
| 1260 | Radøy | 9 Vest - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | Bergen | Bergen |
| 1263 | Lindås | 9 Vest - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | Bergen | Bergen |
| 1264 | Austrheim | 8 Vest - under 5000 innb. | Bergen | Bergen |
| 1265 | Fedje | 8 Vest - under 5000 innb. | Bergen | Bergen |
| 1266 | Masfjorden | 8 Vest - under 5000 innb. | Bergen | Bergen |
| 1401 | Flora | 9 Vest - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | Sogn og Fjordane | Sogn og Fjordane |
| 1411 | Gulen | 8 Vest - under 5000 innb. | Sogn og Fjordane | Sogn og Fjordane |
| 1412 | Solund | 8 Vest - under 5000 innb. | Sogn og Fjordane | Sogn og Fjordane |
| 1413 | Hyllestad | 8 Vest - under 5000 innb. | Sogn og Fjordane | Sogn og Fjordane |
| 1416 | Høyanger | 8 Vest - under 5000 innb. | Sogn og Fjordane | Sogn og Fjordane |
| 1417 | Vik | 8 Vest - under 5000 innb. | Sogn og Fjordane | Sogn og Fjordane |
| 1418 | Balestrand | 8 Vest - under 5000 innb. | Sogn og Fjordane | Sogn og Fjordane |
| 1419 | Leikanger | 8 Vest - under 5000 innb. | Sogn og Fjordane | Sogn og Fjordane |
| 1420 | Sogndal | 9 Vest - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | Sogn og Fjordane | Sogn og Fjordane |
| 1421 | Aurland | 8 Vest - under 5000 innb. | Sogn og Fjordane | Sogn og Fjordane |
| 1422 | Lærdal | 8 Vest - under 5000 innb. | Sogn og Fjordane | Sogn og Fjordane |
| 1424 | Årdal | 9 Vest - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | Sogn og Fjordane | Sogn og Fjordane |

| | Kommunenavn | Kommunegruppe | HF-område somatikk | HF-område PHV og TSB |
|------|------------------|--|--------------------|----------------------|
| 1426 | Luster | 9 Vest - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | Sogn og Fjordane | Sogn og Fjordane |
| 1428 | Askvoll | 8 Vest - under 5000 innb. | Sogn og Fjordane | Sogn og Fjordane |
| 1429 | Fjaler | 8 Vest - under 5000 innb. | Sogn og Fjordane | Sogn og Fjordane |
| 1430 | Gaular | 8 Vest - under 5000 innb. | Sogn og Fjordane | Sogn og Fjordane |
| 1431 | Jølster | 8 Vest - under 5000 innb. | Sogn og Fjordane | Sogn og Fjordane |
| 1432 | Førde | 10 Vest - 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | Sogn og Fjordane | Sogn og Fjordane |
| 1433 | Naustdal | 8 Vest - under 5000 innb. | Sogn og Fjordane | Sogn og Fjordane |
| 1438 | Bremanger | 8 Vest - under 5000 innb. | Sogn og Fjordane | Sogn og Fjordane |
| 1439 | Vågsøy | 9 Vest - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | Sogn og Fjordane | Sogn og Fjordane |
| 1441 | Selje | 8 Vest - under 5000 innb. | Sogn og Fjordane | Sogn og Fjordane |
| 1443 | Eid | 9 Vest - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | Sogn og Fjordane | Sogn og Fjordane |
| 1444 | Hornindal | 8 Vest - under 5000 innb. | Sogn og Fjordane | Sogn og Fjordane |
| 1445 | Gloppen | 9 Vest - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | Sogn og Fjordane | Sogn og Fjordane |
| 1449 | Stryn | 9 Vest - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | Sogn og Fjordane | Sogn og Fjordane |
| 1502 | Molde | 16 Midt-Norge - over 20000 innb. | Møre og Romsdal | Møre og Romsdal |
| 1504 | Ålesund | 16 Midt-Norge - over 20000 innb. | Møre og Romsdal | Møre og Romsdal |
| 1505 | Kristiansund | 16 Midt-Norge - over 20000 innb. | Møre og Romsdal | Møre og Romsdal |
| 1511 | Vanylven | 13 Midt-Norge - under 5000 innb. | Møre og Romsdal | Møre og Romsdal |
| 1514 | Sande (M. og R.) | 13 Midt-Norge - under 5000 innb. | Møre og Romsdal | Møre og Romsdal |
| 1515 | Herøy (M. og R.) | 14 Midt-Norge - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | Møre og Romsdal | Møre og Romsdal |
| 1516 | Ulstein | 14 Midt-Norge - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | Møre og Romsdal | Møre og Romsdal |
| 1517 | Hareid | 14 Midt-Norge - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | Møre og Romsdal | Møre og Romsdal |
| 1519 | Volda | 15 Midt-Norge - 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | Møre og Romsdal | Møre og Romsdal |
| 1520 | Ørsta | 14 Midt-Norge - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | Møre og Romsdal | Møre og Romsdal |
| 1523 | Ørskog | 13 Midt-Norge - under 5000 innb. | Møre og Romsdal | Møre og Romsdal |
| 1524 | Norddal | 13 Midt-Norge - under 5000 innb. | Møre og Romsdal | Møre og Romsdal |
| 1525 | Stranda | 13 Midt-Norge - under 5000 innb. | Møre og Romsdal | Møre og Romsdal |
| 1526 | Stordal | 13 Midt-Norge - under 5000 innb. | Møre og Romsdal | Møre og Romsdal |
| 1528 | Sykkylven | 14 Midt-Norge - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | Møre og Romsdal | Møre og Romsdal |
| 1529 | Skodje | 13 Midt-Norge - under 5000 innb. | Møre og Romsdal | Møre og Romsdal |
| 1531 | Sula | 14 Midt-Norge - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | Møre og Romsdal | Møre og Romsdal |
| 1532 | Giske | 14 Midt-Norge - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | Møre og Romsdal | Møre og Romsdal |
| 1534 | Haram | 14 Midt-Norge - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | Møre og Romsdal | Møre og Romsdal |
| 1535 | Vestnes | 14 Midt-Norge - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | Møre og Romsdal | Møre og Romsdal |
| 1539 | Rauma | 14 Midt-Norge - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | Møre og Romsdal | Møre og Romsdal |
| 1543 | Neset | 13 Midt-Norge - under 5000 innb. | Møre og Romsdal | Møre og Romsdal |
| 1545 | Midsund | 13 Midt-Norge - under 5000 innb. | Møre og Romsdal | Møre og Romsdal |
| 1546 | Sandøy | 13 Midt-Norge - under 5000 innb. | Møre og Romsdal | Møre og Romsdal |
| 1547 | Aukra | 13 Midt-Norge - under 5000 innb. | Møre og Romsdal | Møre og Romsdal |
| 1548 | Fræna | 14 Midt-Norge - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | Møre og Romsdal | Møre og Romsdal |
| 1551 | Eide | 13 Midt-Norge - under 5000 innb. | Møre og Romsdal | Møre og Romsdal |
| 1554 | Averøy | 14 Midt-Norge - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | Møre og Romsdal | Møre og Romsdal |
| 1557 | Gjemnes | 13 Midt-Norge - under 5000 innb. | Møre og Romsdal | Møre og Romsdal |
| 1560 | Tingvoll | 13 Midt-Norge - under 5000 innb. | Møre og Romsdal | Møre og Romsdal |

| | Kommunenavn | Kommunegruppe | HF-område somatikk | HF-område PHV og TSB |
|------|----------------|--|--------------------|----------------------|
| 1563 | Sunndal | 14 Midt-Norge - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | Møre og Romsdal | Møre og Romsdal |
| 1566 | Surnadal | 14 Midt-Norge - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | Møre og Romsdal | Møre og Romsdal |
| 1567 | Rindal | 13 Midt-Norge - under 5000 innb. | St. Olavs | Møre og Romsdal |
| 1571 | Halsa | 13 Midt-Norge - under 5000 innb. | Møre og Romsdal | Møre og Romsdal |
| 1573 | Smøla | 13 Midt-Norge - under 5000 innb. | Møre og Romsdal | Møre og Romsdal |
| 1576 | Aure | 13 Midt-Norge - under 5000 innb. | Møre og Romsdal | Møre og Romsdal |
| 1601 | Trondheim | 17 Midt-Norge - storby | St. Olavs | St. Olavs |
| 1612 | Hemne | 13 Midt-Norge - under 5000 innb. | St. Olavs | St. Olavs |
| 1613 | Snillfjord | 13 Midt-Norge - under 5000 innb. | St. Olavs | St. Olavs |
| 1617 | Hitra | 13 Midt-Norge - under 5000 innb. | St. Olavs | St. Olavs |
| 1620 | Frøya | 13 Midt-Norge - under 5000 innb. | St. Olavs | St. Olavs |
| 1621 | Ørland | 14 Midt-Norge - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | St. Olavs | St. Olavs |
| 1622 | Agdenes | 13 Midt-Norge - under 5000 innb. | St. Olavs | St. Olavs |
| 1624 | Rissa | 14 Midt-Norge - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | St. Olavs | St. Olavs |
| 1627 | Bjugn | 13 Midt-Norge - under 5000 innb. | St. Olavs | St. Olavs |
| 1630 | Åfjord | 13 Midt-Norge - under 5000 innb. | St. Olavs | St. Olavs |
| 1632 | Roan | 13 Midt-Norge - under 5000 innb. | Nord-Trøndelag | St. Olavs |
| 1633 | Osen | 13 Midt-Norge - under 5000 innb. | Nord-Trøndelag | Nord-Trøndelag |
| 1634 | Oppdal | 14 Midt-Norge - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | St. Olavs | St. Olavs |
| 1635 | Rennebu | 13 Midt-Norge - under 5000 innb. | St. Olavs | St. Olavs |
| 1636 | Meldal | 13 Midt-Norge - under 5000 innb. | St. Olavs | St. Olavs |
| 1638 | Orkdal | 15 Midt-Norge - 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | St. Olavs | St. Olavs |
| 1640 | Røros | 14 Midt-Norge - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | St. Olavs | St. Olavs |
| 1644 | Holtålen | 13 Midt-Norge - under 5000 innb. | St. Olavs | St. Olavs |
| 1648 | Midtre Gauldal | 14 Midt-Norge - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | St. Olavs | St. Olavs |
| 1653 | Melhus | 14 Midt-Norge - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | St. Olavs | St. Olavs |
| 1657 | Skaun | 14 Midt-Norge - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | St. Olavs | St. Olavs |
| 1662 | Klæbu | 14 Midt-Norge - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | St. Olavs | St. Olavs |
| 1663 | Malvik | 14 Midt-Norge - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | St. Olavs | St. Olavs |
| 1664 | Selbu | 13 Midt-Norge - under 5000 innb. | St. Olavs | St. Olavs |
| 1665 | Tydal | 13 Midt-Norge - under 5000 innb. | St. Olavs | St. Olavs |
| 1702 | Steinkjer | 16 Midt-Norge - over 20000 innb. | Nord-Trøndelag | Nord-Trøndelag |
| 1703 | Namsos | 15 Midt-Norge - 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | Nord-Trøndelag | Nord-Trøndelag |
| 1711 | Meråker | 13 Midt-Norge - under 5000 innb. | Nord-Trøndelag | Nord-Trøndelag |
| 1714 | Stjørdal | 16 Midt-Norge - over 20000 innb. | Nord-Trøndelag | Nord-Trøndelag |
| 1717 | Frosta | 13 Midt-Norge - under 5000 innb. | Nord-Trøndelag | Nord-Trøndelag |
| 1718 | Leksvik | 13 Midt-Norge - under 5000 innb. | Nord-Trøndelag | Nord-Trøndelag |
| 1719 | Levanger | 15 Midt-Norge - 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | Nord-Trøndelag | Nord-Trøndelag |
| 1721 | Verdal | 14 Midt-Norge - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | Nord-Trøndelag | Nord-Trøndelag |
| 1724 | Verran | 13 Midt-Norge - under 5000 innb. | Nord-Trøndelag | Nord-Trøndelag |
| 1725 | Namdalseid | 13 Midt-Norge - under 5000 innb. | Nord-Trøndelag | Nord-Trøndelag |
| 1736 | Snåase Snåsa | 13 Midt-Norge - under 5000 innb. | Nord-Trøndelag | Nord-Trøndelag |
| 1738 | Lierne | 13 Midt-Norge - under 5000 innb. | Nord-Trøndelag | Nord-Trøndelag |
| 1739 | Røyrvik | 13 Midt-Norge - under 5000 innb. | Nord-Trøndelag | Nord-Trøndelag |

| | Kommunenavn | Kommunegruppe | HF-område somatikk | HF-område PHV og TSB |
|------|-----------------------|--|--------------------|----------------------|
| 1740 | Namsskogan | 13 Midt-Norge - under 5000 innb. | Nord-Trøndelag | Nord-Trøndelag |
| 1742 | Grong | 13 Midt-Norge - under 5000 innb. | Nord-Trøndelag | Nord-Trøndelag |
| 1743 | Høylandet | 13 Midt-Norge - under 5000 innb. | Nord-Trøndelag | Nord-Trøndelag |
| 1744 | Overhalla | 13 Midt-Norge - under 5000 innb. | Nord-Trøndelag | Nord-Trøndelag |
| 1748 | Fosnes | 13 Midt-Norge - under 5000 innb. | Nord-Trøndelag | Nord-Trøndelag |
| 1749 | Flatanger | 13 Midt-Norge - under 5000 innb. | Nord-Trøndelag | Nord-Trøndelag |
| 1750 | Vikna | 13 Midt-Norge - under 5000 innb. | Nord-Trøndelag | Nord-Trøndelag |
| 1751 | Nærøy | 14 Midt-Norge - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | Nord-Trøndelag | Nord-Trøndelag |
| 1755 | Leka | 13 Midt-Norge - under 5000 innb. | Nord-Trøndelag | Nord-Trøndelag |
| 1756 | Inderøy (f.o.m. 2012) | 14 Midt-Norge - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | Nord-Trøndelag | Nord-Trøndelag |
| 1804 | Bodø | 21 Nord - over 20000 innb. | Nordland | Nordland |
| 1805 | Narvik | 20 Nord - 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | UNN | UNN |
| 1811 | Bindal | 18 Nord - under 5000 innb. | Helgeland | Helgeland |
| 1812 | Sømna | 18 Nord - under 5000 innb. | Helgeland | Helgeland |
| 1813 | Brønnøy | 19 Nord - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | Helgeland | Helgeland |
| 1815 | Vega | 18 Nord - under 5000 innb. | Helgeland | Helgeland |
| 1816 | Vevelstad | 18 Nord - under 5000 innb. | Helgeland | Helgeland |
| 1818 | Herøy (Nordl.) | 18 Nord - under 5000 innb. | Helgeland | Helgeland |
| 1820 | Alstahaug | 19 Nord - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | Helgeland | Helgeland |
| 1822 | Leirfjord | 18 Nord - under 5000 innb. | Helgeland | Helgeland |
| 1824 | Vefsn | 20 Nord - 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | Helgeland | Helgeland |
| 1825 | Grane | 18 Nord - under 5000 innb. | Helgeland | Helgeland |
| 1826 | Hattfjelldal | 18 Nord - under 5000 innb. | Helgeland | Helgeland |
| 1827 | Dønna | 18 Nord - under 5000 innb. | Helgeland | Helgeland |
| 1828 | Nesna | 18 Nord - under 5000 innb. | Helgeland | Helgeland |
| 1832 | Hemnes | 18 Nord - under 5000 innb. | Helgeland | Helgeland |
| 1833 | Rana | 21 Nord - over 20000 innb. | Helgeland | Helgeland |
| 1834 | Lurøy | 18 Nord - under 5000 innb. | Helgeland | Helgeland |
| 1835 | Træna | 18 Nord - under 5000 innb. | Helgeland | Helgeland |
| 1836 | Rødøy | 18 Nord - under 5000 innb. | Helgeland | Helgeland |
| 1837 | Meløy | 19 Nord - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | Nordland | Nordland |
| 1838 | Gildeskål | 18 Nord - under 5000 innb. | Nordland | Nordland |
| 1839 | Beiarn | 18 Nord - under 5000 innb. | Nordland | Nordland |
| 1840 | Saltødal | 18 Nord - under 5000 innb. | Nordland | Nordland |
| 1841 | Fauske | 19 Nord - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | Nordland | Nordland |
| 1845 | Sørfold | 18 Nord - under 5000 innb. | Nordland | Nordland |
| 1848 | Steigen | 18 Nord - under 5000 innb. | Nordland | Nordland |
| 1849 | Håbmer Hamarøy | 18 Nord - under 5000 innb. | Nordland | Nordland |
| 1850 | Divtasvuodna Tysfjord | 18 Nord - under 5000 innb. | Nordland | Nordland og UNN |
| 1851 | Lødingen | 18 Nord - under 5000 innb. | UNN | UNN |
| 1852 | Tjeldsund | 18 Nord - under 5000 innb. | UNN | UNN |
| 1853 | Evenes | 18 Nord - under 5000 innb. | UNN | UNN |
| 1854 | Ballangen | 18 Nord - under 5000 innb. | UNN | UNN |
| 1856 | Røst | 18 Nord - under 5000 innb. | Nordland | Nordland |

| | Kommunenavn | Kommunegruppe | HF-område somatikk | HF-område PHV og TSB |
|------|--------------------------|--|--------------------|----------------------|
| 1857 | Værøy | 18 Nord - under 5000 innb. | Nordland | Nordland |
| 1859 | Flakstad | 18 Nord - under 5000 innb. | Nordland | Nordland |
| 1860 | Vestvågøy | 20 Nord - 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | Nordland | Nordland |
| 1865 | Vågan | 19 Nord - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | Nordland | Nordland |
| 1866 | Hadsel | 20 Nord - 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | Nordland | Nordland |
| 1867 | Bø (Nordl.) | 18 Nord - under 5000 innb. | Nordland | Nordland |
| 1868 | Øksnes | 18 Nord - under 5000 innb. | Nordland | Nordland |
| 1870 | Sortland | 19 Nord - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | Nordland | Nordland |
| 1871 | Andøy | 18 Nord - under 5000 innb. | Nordland | Nordland |
| 1874 | Moskenes | 18 Nord - under 5000 innb. | Nordland | Nordland |
| 1902 | Tromsø | 22 Nord - storby | UNN | UNN |
| 1903 | Harstad (f.o.m. 2013) | 21 Nord - over 20000 innb. | UNN | UNN |
| 1911 | Kvæfjord | 18 Nord - under 5000 innb. | UNN | UNN |
| 1913 | Skånland | 18 Nord - under 5000 innb. | UNN | UNN |
| 1917 | Ibestad | 18 Nord - under 5000 innb. | UNN | UNN |
| 1919 | Gratangen | 18 Nord - under 5000 innb. | UNN | UNN |
| 1920 | Lavangen | 18 Nord - under 5000 innb. | UNN | UNN |
| 1922 | Bardu | 18 Nord - under 5000 innb. | UNN | UNN |
| 1923 | Salangen | 18 Nord - under 5000 innb. | UNN | UNN |
| 1924 | Målselv | 19 Nord - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | UNN | UNN |
| 1925 | Sørreisa | 18 Nord - under 5000 innb. | UNN | UNN |
| 1926 | Dyrøy | 18 Nord - under 5000 innb. | UNN | UNN |
| 1927 | Tranøy | 18 Nord - under 5000 innb. | UNN | UNN |
| 1928 | Torsken | 18 Nord - under 5000 innb. | UNN | UNN |
| 1929 | Berg | 18 Nord - under 5000 innb. | UNN | UNN |
| 1931 | Lenvik | 19 Nord - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | UNN | UNN |
| 1933 | Balsfjord | 19 Nord - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | UNN | UNN |
| 1936 | Karlsøy | 18 Nord - under 5000 innb. | UNN | UNN |
| 1938 | Lyngen | 18 Nord - under 5000 innb. | UNN | UNN |
| 1939 | Storfjord | 18 Nord - under 5000 innb. | UNN | UNN |
| 1940 | Gáivuotna Kåfjord | 18 Nord - under 5000 innb. | UNN | UNN |
| 1941 | Skjervøy | 18 Nord - under 5000 innb. | UNN | UNN |
| 1942 | Nordreisa | 18 Nord - under 5000 innb. | UNN | UNN |
| 1943 | Kvænangen | 18 Nord - under 5000 innb. | UNN | UNN |
| 2002 | Vardø | 18 Nord - under 5000 innb. | Finnmark | Finnmark |
| 2003 | Vadsø | 19 Nord - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | Finnmark | Finnmark |
| 2004 | Hammerfest | 20 Nord - 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | Finnmark | Finnmark |
| 2011 | Guovdageaidnu Kautokeino | 18 Nord - under 5000 innb. | Finnmark | Finnmark |
| 2012 | Alta | 19 Nord - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand | Finnmark | Finnmark |
| 2014 | Loppa | 18 Nord - under 5000 innb. | Finnmark | Finnmark |
| 2015 | Hasvik | 18 Nord - under 5000 innb. | Finnmark | Finnmark |
| 2017 | Kvalsund | 18 Nord - under 5000 innb. | Finnmark | Finnmark |

| | Kommunenavn | Kommunegruppe | HF-område somatikk | HF-område PHV og TSB |
|------|--------------------------------|--|--------------------|----------------------|
| 2018 | Måsøy | 18 Nord - under 5000 innb. | Finnmark | Finnmark |
| 2019 | Nordkapp | 18 Nord - under 5000 innb. | Finnmark | Finnmark |
| 2020 | Porsanger Porsángu Porsanki | 18 Nord - under 5000 innb. | Finnmark | Finnmark |
| 2021 | Kárásjohka Karasjok | 18 Nord - under 5000 innb. | Finnmark | Finnmark |
| 2022 | Lebesby | 18 Nord - under 5000 innb. | Finnmark | Finnmark |
| 2023 | Gamvik | 18 Nord - under 5000 innb. | Finnmark | Finnmark |
| 2024 | Berlevåg | 18 Nord - under 5000 innb. | Finnmark | Finnmark |
| 2025 | Deatnu Tana | 18 Nord - under 5000 innb. | Finnmark | Finnmark |
| 2027 | Unjárga Nesseby | 18 Nord - under 5000 innb. | Finnmark | Finnmark |
| 2028 | Båtsfjord | 18 Nord - under 5000 innb. | Finnmark | Finnmark |
| 2030 | Sør-Varanger | 20 Nord - 5000-19999 innb. - kort reiseavstand | Finnmark | Finnmark |





Postadresse: Postboks 7000,
St. Olavs plass, 0130 Oslo

Telefon: +47 810 200 50

Faks: +47 24 16 30 01

E-post: postmottak@helsedir.no

www.helsedirektoratet.no