



SAMDATA kommune

Heftets tittel: SAMDATA kommune
Utgitt: Mars 2017
Utgitt av: Helsedirektoratet
Redaktør: Avdelingsdirektør Beate M. Huseby,
Avdeling økonomi og analyse
Forfattere: Folkehelseinstituttet (kap 10)
Senter for omsorgsforskning Øst, NTNU (kap 11)

Beate M. Huseby (red., kap. 3, 5)
Birgitte Kalseth (kap. 12)
Børge Moe (kap 4)
Christer Mandal (kap. 2)
Christopher Nicolai Tønnessen (kap 9.)
Julie Kjelvik (kap. 7)
Kari Hårstad Mehus (kap. 8)
Marit Pedersen (kap. 1)
Marit Sitter (kap. 6)
Monica Darvik (kap. 5)
Per-Øivind Gaardsrud (kap. 6)
Solfrid E. Lilleeng (kap. 4)

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

Publikasjonsnummer: IS-2575
ISBN-nr. 978-82-8081-487-6

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 publikasjonsnummer: IS-2575

Forsidefoto: Shutterstock
Grafisk design: Andvord Grafisk AS
Trykkeri: Andvord Grafisk AS

Forord

Denne rapporten er et element i Helsedirektoratets ansvar for å følge utviklingen i helse- og omsorgssektoren. Formålet med prosjektet er å bistå helsemyndigheter og kommuner med tilgjengelige og relevante data og analyser av kommunale helse- og omsorgstjenester.

Rapporten viser utviklingstall og analyser på nasjonalt og regionalt nivå for årene 2010-2015. Flere tall for kommunene (kommunenivå) finner du på Helsedirektoratets web-sider: helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/samdata_kommune

Analysene i rapporten er utført av Helsedirektoratet med bidrag fra Folkehelseinstituttet (kapittel 10) og Senter for omsorgsforskning Øst, NTNU (kapittel 11). Vi takker for et godt faglig samarbeid. Analysene i del II i denne rapporten (kapitlene 10, 11 og 12), som omhandler pasientforløp på tvers av omsorgsnivåene, har inngått i KPR-programmet og ble startet for å gi kunnskap om styrker og svakheter, samt framtidige muligheter ved kobling av data fra ulike registre.

Vi takker også KS for god opplæring og støtte ved utarbeiding av indikatorer for beregnet utgiftsbehov, ressursbruk og prioritering, samt indekser for behov.

Analysene har vært nært knyttet til arbeidet med opprettelsen av et kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) som ble vedtatt av Stortinget i juni 2016. Hovedformålet for KPR skal være å gi grunnlag for planlegging, styring, finansiering og evaluering av kommunale helse- og omsorgstjenester for sentrale og kommunale myndigheter. Vi ser frem til at KPR i årene framover vil gi oss et bedret kunnskapsgrunnlag for analyser av kommunale helse- og omsorgstjenester.

Helsedirektoratet, mars 2017

Bjørn Guldvog
Helsedirektør

SAMDATA kommune - analyser av kommunale helse- og omsorgstjenester

BEHOV FOR BEDRE DATA OG FOR MER KUNNSKAP OM KOMMUNALE HELSE- OG OMSORGSTJENESTER

I primærhelsetjenestemeldingen (Meld. St. 26 (2014-2015)) påpekes det at «Utfordringene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten er mange og av ulik karakter. De er knyttet til brukerorientering, ledelse, rekruttering, kompetanse, organisering og arbeidsformer, tilgjengelighet, finansieringsordninger, roller og ansvar gitt de ulike yrkesgruppene gjennom utdanning og regelverk. Det er også utfordringer knyttet til endringer i demografi, med flere eldre og flere innvandrere, og i selve sykdomsbildet. I tillegg kommer mangelfulle IKT-systemer og for lite data som kan benyttes til styring, tjenesteutvikling, kvalitetsarbeid og forskning.»

Helse- og omsorgsdepartementet har gitt Helsedirektoratet i oppdrag å etablere et helseregister for kommunale helse- og omsorgstjenester (KPR). Behovet for KPR har vært utredet og dokumentert i bl.a. Meld. St. 10 (2012-13) «God kvalitet - trygge tjenester», Meld. St. 11 (2014-15) «Kvalitet og pasientsikkerhet», og i Meld. St. 26 (2014-2015) «Fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet». I primærhelsetjenestemeldingen påpekes det at et kommunalt helse- og omsorgstjenesteregister bør ha som overordnet mål å bidra til forbedring og utvikling av en helhetlig, god, trygg, likeverdig og effektiv helse- og omsorgstjeneste med utgangspunkt i pasientenes og brukernes samlede behov. KPR skal gi grunnlag for planlegging, styring, finansiering og evaluering av kommunale helse- og omsorgstjenester for sentrale og kommunale myndigheter. Helseopplysninger som

er samlet inn til formålene angitt i andre ledd skal kunne brukes til kvalitetsforbedring, forebyggende arbeid, beredskap, analyser, forskning og Nasjonal kjernejournal.

HOD har også gitt Helsedirektoratet i oppdrag å lage en årlig analyse av utviklingstrekk og endringer i omsorgssektoren. Data om helse- og omsorgstjenestene i norske kommuner viser ofte betydelig variasjon i både ressursinnsats, prioritering av helse- og omsorgsformål og tjenestetilbud. Variasjoner mellom norske kommuner er betydelig større for primærhelsetjenester enn for spesialisthelsetjenester. Kompleksiteten i data kan ofte være stor og årsakene til kommunal variasjon kan være mange. Dette gjør det viktig å stille spørsmål ved om variasjonene er knyttet til *systematiske kjennetegn* ved kommunene og om hva konsekvensene av slik variasjon kan være, for eksempel med hensyn til bruk av spesialisthelsetjenester.

Opprettelsen av et kommunalt pasient- og brukerregister knyttes til erkjennelsen av behovet for mere og bedre data på kommunale helse- og omsorgstjenester. Data i seg selv, gir ofte lite styringsinformasjon. For å utvikle god og nyttig styringsinformasjon må data bearbeides, analyseres, tilrettelegges og publiseres. SAMDATA-prosjektet har utarbeidet styringsinformasjon for spesialisthelsetjenesten siden 1980-tallet. SAMDATA (sammenligningsdata) bygger på to perspektiver; befolkningsperspektivet og produksjonsperspektivet. Befolkningsperspektivet tar utgangspunkt i «sørge-for-ansvaret» og setter fokus på geografiske variasjoner i befolkningens tilgjengelighet til helse- og omsorgstjenester, mens produksjonsperspektivet setter fokus på ressursutnyttelse og praksis-

variasjon. Disse dimensjonene er sentrale i utarbeidelse av styringsinformasjon og kan danne et utgangspunkt for utarbeiding av kommunale styringsdata fra KPR.

INNHold

Denne rapporten baseres på eksisterende data fra kommunale helse- og omsorgstjenester før opprettelsen av et kommunalt pasient- og brukerregister. Formålet med analysene er delvis å innhente kunnskap om styrker og svakheter ved eksisterende data på kommunale helse- og omsorgstjenester, delvis å fremskaffe kunnskap om utfordringer og muligheter ved kobling av data fra primær- og spesialisthelsetjenesten, og er delvis knyttet til behovet for økt kunnskap om pasientbehandling, kommunale variasjoner og utviklingstrekk for de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Denne rapporten inneholder informasjon om tre forhold ved de kommunale helse- og omsorgstjenestene:

- Ny kunnskap om ulike pasientgruppers bruk av ulike helse- og omsorgstjenester og om pasientforløpene på tvers av omsorgsnivåene. Disse analysene, som er gjennomført av Senter for omsorgsforskning Øst ved NTNU, Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet gir verdifull innsikt i tjenestetilbud og kontakt med kommunale helse- og omsorgstjenester før og etter utskrivning fra spesialisthelsetjenesten. Analysene omfatter kapitlene 10, 11 og 12, og har inngått i KPR-programmet for å gi kunnskap om styrker og svakheter, samt framtidige muligheter ved kobling av data fra ulike registre.
- Nye analyser om kommunal variasjon i bruk av kommunale helse- og omsorgstjenester, inklusive fastleger og legevakt.
- Analyser av utviklingstrekk i kostnader, årsverk og bruk av tjenestene.

I det følgende oppsummeres resultatene fra analysene.

(I) PASIENTGRUPPER OG PASIENTFORLØP

Hjemme- og institusjonsbaserte kommunale tjenester til personer med psykisk utviklingshemming

Kommunene hadde i 2015 drøyt 18 500 personer med psykisk utviklingshemming over 16 år med vedtak om kommunale helse- og omsorgstjenester. Dette utgjør 5,4 prosent av tjenestemottakere i alt. Det anslås at opp mot 20 prosent av kommunenes driftsutgifter til hjemme- og institusjonsbaserte tjenester går til denne gruppen. Små kommuner har flere personer med utviklingshemming enn store kommuner i forhold til innbyggertallet.

De vanligste tjenestene kommunene gir er helse- tjenester i hjemmet, støttekontakt, praktisk bistand til daglige gjøremål og dagaktivitetstilbud. Gruppen tildeles flere timer hjemmebaserte tjenester i uka enn tjenestemottakere for øvrig, og en høyere andel har individuell plan.

Om lag 7 prosent utsettes for planlagt bruk av tvang i de kommunale tjenestene. En liten overvekt av personer registrert med utviklingshemming er menn, mens kvinnene er i overtall i de eldste gruppene som i befolkningen for øvrig. Levealderen har økt og tall fra IPLOS-registeret viser at de som døde i 2015 var i gjennomsnitt 61,5 år.

Hjemme- og institusjonsbaserte kommunale tjenester til personer med psykisk utviklingshemming beskrives nærmere i kapittel 7 i denne rapporten.

Overganger mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten

Kapittel 11, som er levert av *Senter for omsorgsforskning Øst, NTNU* omhandler brukere av kommunale helse- og omsorgstjenester i hjemmet og på institusjon som mottar behandling i spesialisthelsetjenesten, enten ved innleggelse eller på poliklinikk. I kapitlet beskrives bruken av kommunale helse- og omsorgstjenester før og etter bruken av spesialisthelsetjenester.

Pasienter som skrives inn i spesialisthelsetjenesten fra hjemmetjenester eller institusjon, skrives i de

fleste tilfeller ut igjen til samme tjenestenivå. Dette gjelder for alle aldersgrupper. Samtidig er det en tendens til at økt alder øker sannsynligheten for at en både legges inn fra og skrives ut til et institusjonsopphold.

For innleggelser fra hjemmetjenestene står pasienter over 80 år for flest hendelser, sett i forhold til antall brukere i samme aldersgruppe. Ved innleggelse fra institusjon er det de yngste aldersgruppene (0 til 66 år og 67 til 79 år) som står for flest innleggelser sett i forhold til antall brukere i samme aldersgruppe.

Blant personer som mottar kommunale hjemme- eller institusjonstjenester er kreft er den mest vanlig forekommende diagnosen ved innleggelse på sykehus. Akutte skader i hofte og lår er den diagnosegruppen som hyppigst resulterer i behov for økt omsorgsnivå. Videre er lungebetennelse og andre luftveislidelser også en diagnosegruppe som ofte gir behov for institusjonsopphold. Dette er også de diagnosegruppene som oftest ender i død ved innleggelse i spesialisthelsetjenesten.

I perioden fra 2012 til 2014 har det vært en sterk økning i poliklinisk behandling per bruker i de kommunale tjenestene. Den største veksten ser vi for de eldste aldersgruppene (67 til 79 år og 80 år og over). Endringer i innleggelser er mer moderat, der vi ser en svak økning for de eldste aldersgruppene, og en liten reduksjon for den yngste aldersgruppen fra 0 til 66 år.

Innleggelsesraten per bruker varierer både i forhold til kommunestørrelse og netto driftsutgifter per bruker i pleie og omsorgstjenestene. Små kommuner har lavere innleggelsesrate enn større, og kommuner med høye driftsutgifter har lavere innleggelsesrate enn kommuner med lave driftsutgifter.

Pasienter med ikke-smittsomme sykdommer

Hjerte- og karsykdom, diabetes, kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) og kreft er utbredte ikke-smittsomme sykdommer. Tilsammen utgjør de en betydelig sykdomsbyrde, både nasjonalt og globalt. I følge Folkehelseinstituttet (2016)¹ er det anslått at omtrent 25 prosent av tapte leveår i Norge i 2015

skyldes hjerte- og karsykdom mens 33 prosent skyldes kreft. Diabetes og KOLS stod hver for nær 3 prosent av alle helsetapsjusterte leveår (summen av tapte leveår og ikke-dødelig helsetap).

I kapittel 10, som er levert av *Folkehelseinstituttet*, er datagrunnlaget for disse ikke-smittsomme sykdommene i primær- og spesialisthelsetjenesten analysert som en del av grunnlagsarbeidet for KPR. Kobling av data fra KUHR og NPR gjorde det mulig å følge overganger mellom tjenestenivåene for utvalgte tilstander og hendelser. Datagrunnlaget gikk fra 2006 til 2014 for primærhelsetjenesten og fra 2008 til 2014 for spesialisthelsetjenesten.

Hjerte- og karsykdom

Hjerte- og karsykdom er en samlebetegnelse for hjertesykdommer, karsykdommer i hjernen og sykdommer i blodkar for øvrig. Selv om det har vært en positiv utvikling de siste tiårene, forårsaker hjerte- og karsykdom fortsatt mange dødsfall, tapte leveår (tidlig død) og mye sykkelighet i Norge. I følge tall fra Dødsårsaksregisteret var hjerte- og karsykdom hyppigste dødsårsak i Norge i 2015. Data fra KUHR viser at når man tar høyde for aldersutviklingen i befolkningen over tid, var forekomsten av individer med minst én konsultasjon hos fastlege der det ble benyttet en diagnose fra diagnosegruppen hjerte- og karsykdom, stabil i perioden fra 2006 til 2014.

Kapittel 10 viser hva som skjer med pasientene i primærhelsetjenesten etter en innleggelse for et *førstegangs* hjerteinfarkt i 2014. Dette gjaldt totalt 9 547 personer. Omlag 15 prosent av både menn og kvinner hadde vært i kontakt med primærhelsetjenesten en uke etter utskrivelsen, og omtrent 60 prosent hadde vært i kontakt med primærhelsetjenesten innen en måned etter utskrivelsen, enten hos fastlege eller legevakt. Langt de fleste gikk til sin fastlege, men en ikke ubetydelig andel av både menn og kvinner tok kontakt med legevakt.

Knappt 20 prosent av mennene og drøyt 20 prosent av kvinnene hadde ingen kontakt registrert i primærhelsetjenesten etter førstegangs infarkt i 2014. Dette kan skyldes at de ikke overlevde, at de ble utskrevet til en institusjon (sykehjem), at de ble fulgt opp i spesialisthelsetjenesten, at de ikke hadde

1 Folkehelseinstituttet (2016). Sykdomsbyrde i Norge 1990-2013

behov for eller ikke ønsket oppfølging, eller at de ble uskrevet mot slutten av 2014 og ble fulgt opp i 2015.

Diabetes mellitus type 2

Diabetes mellitus er en gruppe sykdommer som defineres ved høyt blodsukker. Forekomsten av diabetes varierer med kjønn (flere menn enn kvinner har diabetes) og øker med alder. Livsstilsfaktorer som overvekt/fedme, fysisk inaktivitet og røyking er viktige risikofaktorer for diabetes type 2.

Det er utfordrende å estimere forekomsten av diabetes. Ved å kombinere data fra Reseptregisteret og helseundersøkelser er det i følge Folkehelseinstituttet (2014) anslått at om lag 3,7 prosent (cirka 190 000 personer) av befolkningen har diagnostisert diabetes type 2. I tillegg er det grunn til å tro at det er mange i befolkningen som har diabetes uten å vite om det.

Pasienter med diabetes type 2 blir som regel fulgt opp og behandlet i primærhelsetjenesten. Nasjonale faglige retningslinjer for diabetes utarbeidet av Helsedirektoratet anbefaler blant annet en utvidet årlig kontroll av alle med diabetes type 2. I kapittel 10 analyseres andelen i befolkningen som hadde minst én konsultasjon hos fastlege/legevakt i løpet av ett kalenderår i perioden 2006-2014 der diagnosen diabetes type 2 ble benyttet. Data viser en økning i andelen frem til 2010. Av befolkningen som var i live per 1.1.2014, fant man at henholdsvis 163 000 og 180 000 individer hadde minst én konsultasjon i primærhelsetjenesten der diagnosen diabetes type 2 ble benyttet i løpet av 2013-2014 og 2012-2014. Dersom man utvider observasjonsperioden i KUHR-data utover ett år, ser det altså ut til at man finner nokså lignende antall individer i Norge med diabetes type 2 som i andre kilder.

Ubehandlet eller ikke-optimalt behandlet diabetes gir betydelig økt risiko for komplikasjoner og følgesykdommer, som for eksempel hjerte- og karsykdom, kroniske sår, nervesmerter og blindhet. Om lag 126 000 personer hadde i perioden 2012-2013 minst én konsultasjon i primærhelsetjenesten hvor diagnosen diabetes type 2 ble benyttet. Av disse personene ble om lag 31 prosent innlagt i sykehus i 2014.

Kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS)

Symptomene og graden av alvorlighet på KOLS varierer, fra lett hoste til invalidiserende tung pust selv ved hvile. Forekomsten øker med alder og røyking er den viktigste risikofaktoren for å utvikle KOLS. I Norge er forekomsten usikker, og mange går trolig udiagnostisert. De beregningene som eksisterer må tolkes med forsiktighet fordi de er basert på ulik vurdering av symptomer, lungefunksjon og befolkningsutvalg. Tall fra Dødsårsaksregisteret viser at KOLS var årsak til over 2 100 dødsfall i Norge i 2015, og beregninger fra det globale sykdomsbyrdeprosjektet Global Burden of Disease (GBD) viste at KOLS var årsak til nærmere 5 prosent av tapte leveår i Norge i 2015.

Folkehelseinstituttet har undersøkt aktivitetsdata fra KUHR (ICPC-2 kode R95) og NPR (ICD-10 kode J43 og J44) knyttet til kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS). Antall menn og kvinner registrert med diagnosen KOLS økte i perioden 2006-2014, men andelene i befolkningen justert for alder var relativt stabile for begge kjønn.

Kapittel 10 viser hvor mange personer som hadde kontakt med helsetjenesten der diagnosen KOLS ble benyttet i perioden 2008-2014. Mer enn 2/3 av personene hadde kun kontakt med primærhelsetjenesten, ikke spesialisthelsetjenesten, og denne andelen økte i perioden.

Analysene viser at 86 prosent av de 3 707 personene som var lagt inn i 2014 med hoveddiagnose KOLS var registrert med minst én etterfølgende hendelse i primær- eller spesialisthelsetjenesten. Nærmere 80 prosent av disse var registrert med ny kontakt innen én måned. Første registrerte kontakt var hos fastlege i over 60 prosent av tilfellene for både kvinner og menn, mens om lag 10 prosent var registrert på legevakt. Ny kontakt med spesialisthelsetjenesten etter utskrivning var også vanlig. Både blant kvinner og menn ble omtrent 10 prosent innlagt i sykehus på nytt, mens omtrent 18 prosent var registrert i poliklinikk.

Kreft

Kreft er en fellesbetegnelse for en rekke sykdommer som har forskjellige risikofaktorer og ulik sykdomsutvikling. Ifølge Kreftregisteret (2015) ble litt over 32 000 nye krefttilfeller diagnostisert i 2015, og 54

prosent av tilfellene rammet menn. Risikoen for å rammes av kreft stiger med alderen, og økende alder i befolkningen bidrar derfor til større forekomst av kreft.

I perioden 2006-2014 var det en økning i andelen i befolkningen som hadde minst én konsultasjon i primærhelsetjenesten med en kreftdiagnose. Selv justert for alder, var det en økning over tid for begge kjønn.

85 prosent av i alt 2 603 personer som var første-gangs innlagt i sykehus med hoveddiagnosen lungekreft (C34) (ikke innlagt med denne hoveddiagnosen i 2008-2013) var registrert med minst én etterfølgende kontakt i primær- eller spesialisthelsetjenesten. For over 40 prosent var poliklinisk kontakt i spesialisthelsetjenesten første kontakt etter innleggelsen, mens like under 30 prosent ble innlagt på nytt og omtrent 20 prosent hadde kontakt med fastlege.

Blant de 4 094 personene innlagt for første gang med hoveddiagnose tykktarmskreft i 2014, fant man en påfølgende kontakt i primær- eller spesialisthelsetjenesten hos 92 prosent. Over 90 prosent av konsultasjonene var registrert innen én måned etter utskrivelse. For både menn og kvinner var poliklinisk kontakt i spesialisthelsetjenesten vanligst etter utskrivelse, men like under 40 prosent gikk til fastlege, og en betydelig andel ble innlagt på nytt.

I kapittel 10 gis det videre en vurdering av anvendbarhet og kvalitet av eksisterende data fra KUHR, samt kobling av data fra KUHR og NPR. Det påpekes at de diagnosekodene som er angitt på regningskortet i KUHR er «fattige» i den forstand at relevant og sentral informasjon som eventuelt er tilgjengelig i pasientjournalene ikke kan fanges opp. Dette gir sentrale utfordringer for studier av pasientforløp, trender og multimorbiditet. KPR vil derfor med fordel kunne suppleres med andre data fra allmennlege-tjenesten, for eksempel ved automatiske uttrekk fra elektroniske pasientjournaler hos fastleger og ved legevakt.

Folkehelseinstituttet har også utarbeidet en mer omfattende internrapport om analysene.

(II) VARIASJONER MELLOM KOMMUNER OG FASTLEGER

At helse- og omsorgstjenestene er kommunale, betyr at det er geografiske variasjoner i tilbud og tilgjengelighet. Desentraliseringen av helse- og omsorgstjenestene medfører mulighet for lokale tilpasninger, lokalpolitisk kontroll og selvbestemmelse, men kan også resultere i uønskede variasjoner og standarder som kan oppfattes som politisk uakseptable på nasjonalt nivå.

Spørsmålet om kommunal variasjon er nært knyttet til prinsipielle spørsmål om demokrati, selvstyre og statlig styring. Det vil alltid være en viss motsetning mellom ønsket om geografisk likhet i tjenestetilbud og rom for lokale tilpasninger. I inntektssystemet til kommunene er det også lagt inn ulike kriterier knyttet til behov og driftsulemper/fordeler. Kriteriene i inntektssystemet bidrar til å forklare variasjonen mellom kommunene i bruk av ulike typer helse- og omsorgstjenester, men det er også indikasjoner på variasjon knyttet til prioritering og praksisforskjeller.

Variasjoner mellom kommuner i ressursbruk og prioritering

I kapittel 2 beskrives forskjeller mellom kommunegrupper i beregnet utgiftsbehov, ressursbruk og prioritering av kommunale helse- og omsorgstjenester. Begrepene «beregnet utgiftsbehov», «ressursbruk» og «prioritering» tilsvarende begrepene i ASSS-nettverkets analyser (Aggregerte Styringsdata for Samarbeidende Storkommuner).

Det er systematiske forskjeller mellom kommuner og kommunegrupper i utgiftsbehov, ressursbruk og prioritering. Det fremgår av kostnadsnøkkelen for helse- og omsorgstjenester i årene 2010-2015 at små kommuner har et høyere beregnet utgiftsbehov enn mellomstore og store kommuner. Dette gjelder både for helsetjenester i hjemmet, på institusjon, og for forebygging og behandling. Dette følger delvis av faktorene sone, nabo og basis i kostnadsnøkkelen for rammetilskuddet til kommunene som kompenserer for sentralitet, reiseavstand og små-driftsulemper.

Ressursbruk til kommunale helse- og omsorgstjenester i hjemmet og på institusjon er gjennomgående høyere i region Nord (både små og store kommuner) og i små kommuner i Sør-Øst og Vest enn det som beregnet utgiftsbehov tilsier. For mellomstore kommuner i Sør-Øst og store og mellomstore kommuner i Midt-Norge, er ressursbruken til dette formålet lavere enn det som beregnet utgiftsbehov tilsier.

Kommuner med høye frie disponible inntekter har høyere ressursbruk til helse- og omsorgstjenester i hjemmet og på institusjon enn det som beregnet utgiftsbehov skulle tilsa. Når vi imidlertid tar hensyn til nivået av frie disponible inntekter, fremstår disse kommunenes prioritering av helse- og omsorgstjenester i hjemmet og på institusjon som lavere enn i andre kommuner.

Ressursbruk knyttet til forebygging og behandling er høyere enn det som beregnet utgiftsbehov tilsier blant små kommuner i alle regioner. For region Nord finner vi at ressursbruk er høyere enn beregnet utgiftsbehov i også mellomstore kommuner.

Variasjon i bruk av kommunale helse- og omsorgstjenester

Det er betydelig variasjon i kommunale helse- og omsorgstjenester i hjemmet og på institusjon. Variasjonene er særlig store for mottakere av dagsenter. Flere kommuner rapporterer at de ikke har mottakere av et dagtilbud som er 80 år eller eldre. Det er også betydelig variasjon i mottakere av korttid- og langtidsopphold på institusjon, og i omfanget av eldre mottakere av trygghetsalarm.

For bruk av fastlege finner vi liten variasjon i hvor mange som har vært hos fastlege siste år, men større variasjon i hvor ofte man bruker legen, særlig blant eldre over 80 år. En kommune har færre enn to konsultasjoner hos fastlege per innbygger som er 80 år og eldre, mens andre har nærmere 8 konsultasjoner per eldre innbygger. Bruk av legevakt varierer enda sterkere enn bruk av fastlege.

Små kommuner har ofte et høyere nivå av tjenestemottakere enn større kommuner, men forskjellene forklares langt på vei av ulikheter i behov for tjenester (alderssammensetning, dødelighet, antallet innbyggere med psykisk utviklings-

hemming). Om vi korrigerer for disse forholdene, er det få systematiske forskjeller knyttet til kommune-størrelse i nivået av mottakere av kommunale helse- og omsorgstjenester. For alle typer tjenester, finner vi imidlertid at det er større variasjon mellom små kommuner enn mellom store.

De største kommunene har et lavere nivå av helsetjenester i hjemmet for eldre innbyggere enn små og mellomstore kommuner, men et høyere nivå av langtidsopphold på institusjon.

Variasjonen mellom kommuner i pasienter og brukere av kommunale helse- og omsorgstjenester er lite endret fra 2010 til 2015, men vi finner at variasjonen har blitt noe mindre når det gjelder bruk av legevakt og korttidsopphold. Dette skyldes trolig at omfanget av korttidsopphold har økt i perioden.

Noen kommuner har et lavere nivå av kommunale helse- og omsorgstjenester enn andre. Kommuner som relativt sett har et lavt nivå av både helse- og omsorgstjenester i hjemmet og institusjonstjenester til eldre tenderer til å ha et høyere nivå av liggedager på sykehus for utskrivningsklare pasienter enn andre kommuner. Denne sammenhengen gjelder befolkningen som er 80 år og eldre.

Bruk av habilitering, rehabilitering og avtalefysioterapeuter

Størst variasjon i kommunale helse- og omsorgstjenester finner vi for rehabilitering i og utenfor institusjon, tildeling av individuell plan og bruk av fysioterapeuter. Dette beskrives nærmere i kapittel 8.

I 2015 var det 15 707 mottakere av habilitering og rehabilitering i institusjon i kommunene. Dette er en vekst på 3,7 prosent fra året før. Prosentmessig har veksten vært størst for mottakere i aldersgruppen 0-66 år med en økning på 9,5 prosent. For habilitering og rehabilitering utenfor institusjon har veksten vært enda større; i 2015 var det 34 767 mottakere av denne typen behandling, noe som tilsvarer en vekst på 19,3 prosent fra 2014. Veksten har vært størst for mottakere 67 år og eldre.

Både for habilitering og rehabilitering i og utenfor institusjon er det store variasjoner mellom kommuner og kommunegrupper i antall mottakere. Noe av

denne variasjonen skyldes dårlig rapporteringskvalitet, men det er nok også store reelle forskjeller mellom tilbudet ute i kommunene. For habilitering og rehabilitering i institusjon varierer nivået fra 0,2 til 29,5 mottakere per 1 000 innbyggere. Trenden er at nivået er høyest i kommuner med få innbyggere, men forskjellene blir noe mindre når vi korrigerer for at befolkningen i kommunene har ulikt behov for helsetjenester. For habilitering og rehabilitering utenfor institusjon er variasjonen enda større. Av kommunene vi har data for varierer det fra 0,3 til 74,9 mottakere per 1 000 innbyggere i 2015. Også for denne typen habilitering og rehabilitering er det de minste kommunene som har flest mottakere, men også storbyene med flere enn 100 000 innbyggere har et høyt nivå. Det er også store geografiske forskjeller i denne typen habilitering og rehabilitering; kommunene i Midt-Norge har et høyt nivå, mens kommunene i Nord ligger tilsvarende lavt.

I 2015 var det 464 593 mottakere av behandling hos private avtalefysioterapeuter. Dette er en vekst på over 5 500 mottakere, eller 1,2 prosent fra året før. Det har vært en vekst i hele perioden 2011 til 2015, men veksten har vært sterkere for mottakere 67 år og eldre og noe svakere for mottakere i de yngre aldersgruppene. Det er kontakttypen øvelsesbehandling i grupper som har hatt den største veksten, mens individuell øvelsesbehandling (kort) og behandling i hjemmet har gått ned.

Også for bruk av private avtalefysioterapeuter er det stor variasjon mellom kommuner og kommunegrupper i antall mottakere. Nivået varierer fra 5,6 til 265 mottakere per 1 000 innbyggere. Det er flest mottakere i kommuner med få innbyggere, men det bildet blir snudd når vi korrigerer for ulikt behov for helsetjenester i befolkningen. I hvilken grad kommunene har valgt å gjøre avtaler med private fysioterapeuter versus å ansette egne ser også ut til å påvirke forskjellene mellom kommunene i noen grad.

Variasjon i bruk av spesialisthelsetjenester mellom fastlegepopulasjoner

Kapittel 12 beskriver variasjoner i bruk av spesialisthelsetjenester med utgangspunkt i fastlegelister (fastlegepopulasjoner). I løpet av perioden 2012-2014 hadde to av tre personer registrert på en

fastlegeliste minst en kontakt med spesialisthelsetjenesten. Det var imidlertid stor variasjon i andelen personer på den enkelte fastlegeliste som hadde slik kontakt.

Når variasjon måles som prosent avvik fra gjennomsnittet var variasjonen i andel listepasienter som hadde kontakt med psykisk helsevern (inklusive avtalespesialistene) større enn variasjonen i andel listepasienter i kontakt med somatiske tjenester.

Variasjonen i kontakt med somatisk spesialisthelsetjeneste var større for utvalgte fagområder og aktiviteter enn for bruk av somatisk spesialisthelsetjeneste totalt sett. Variasjonen er også langt større når vi ser på mengden kontakt enn variasjon i hvor mange listepasienter som hadde kontakt med spesialisthelsetjenesten.

Variasjonen mellom fastlegelistene i andel kontakt med spesialisthelsetjenesten var generelt sett større for barn og unge enn for voksne.

Fastlegens henvisningspraksis vil påvirke omfanget av listepasienter som har kontakt med spesialisthelsetjenesten. Det er imidlertid viktig å påpeke at variasjonene som beskrives i dette kapitlet ikke kan tolkes som et direkte uttrykk for ulikheter i henvisningspraksis, da analysene ikke er bygd på henvisningsinformasjon, men all faktisk kontakt med tjenestene i treårsperioden. Det kan i tillegg være behovsforskjeller mellom ulike fastlegelister som ikke fanges opp gjennom kontroll for kjønn og alder. Analysen er likevel et utgangspunkt for videre analyser og utvikling av metoder for beskrive og analysere variasjoner mellom fastlegepopulasjoner.

I det videre arbeidet er det viktig å etablere gode og komplette henvisningsdata fra alle leverandører av offentlig finansierte spesialisthelsetjenester.

Fastlegelistene består i gjennomsnitt av cirka 1100 personer. En klar utfordring er at man bør korrigere for ulikheter i listesammensetning med hensyn til alder og kjønn, noe som i mange tilfeller gir små tall og stor statistisk usikkerhet hvis man ønsker å gå nærmere inn på spesifikke pasientgrupper/diagnoser/behandling innen spesialisthelsetjenesten.

(III) UTVIKLINGSTREKK FRA 2010 TIL 2015

Utviklingen i kostnader til kommunale helse- og omsorgstjenester

I kapittel 1 beskrives utviklingen i kostnader til kommunale helse- og omsorgstjenester, samt statlige helserefusjoner til fastleger, legevakt, fysioterapeuter, kiropraktorer og legemidler. Utgiftene til kommunale helse- og omsorgstjenester økte med 10 prosent fra 2010 til 2015, og utgjorde omtrent 117 mrd. kr i 2015. Realveksten på 10 prosent tilsvarte om lag 10,6 mrd. kr. Den sterkeste veksten kom innenfor hjemmebaserte tjenester hvor utgiftene økte med 15 prosent, eller 6,5 mrd. kr. Befolkningsveksten i perioden var på 6 prosent. Den svakeste veksten kom innenfor institusjonsbaserte tjenester hvor utgiftene økte med 4 prosent, tilsvarende 1,3 mrd. kr.

I 2015 utgjorde utgiftene til statlige helserefusjoner om lag 20,5 mrd. kr, og disse utbetalingene har økt med 16-20 prosent i femårsperioden. Utgiftene til refusjoner for legemidler og medisinsk forbruksmaterieell står for 65 prosent av refusjonene og har økt mest de siste par årene i perioden.

For eldre over 80 år har de estimerte utgiftene til institusjonsbaserte kommunale tjenester vært stabile i perioden. De estimerte utgiftene til hjemmebaserte tjenester gikk ned med 6,5 prosent for de eldste, i motsetning til en sterk vekst for befolkningen for øvrig. Statlige utbetalinger av behandlingsrefusjoner økte med 17 prosent, samtidig som antallet eldre var relativt stabilt.

Kommunene i Vest hadde en langt svakere vekst i utgifter per innbygger til både institusjons- og hjemmebaserte tjenester enn kommunene i landet for øvrig. I Vest var utgiftene målt per innbygger omtrent uendret, mens det var en realvekst per innbygger på om lag 5 prosent i landet for øvrig.

Utviklingen i utgifter til institusjonsbaserte tjenester varierte mye mellom de største kommunene i femårsperioden. Målt per innbygger, så gikk utgiftene til institusjonsbaserte tjenester ned med 8 til 9 prosent for de største kommunene i Sør-Øst og i Vest. For de største kommunene i Midt-Norge og

i Nord økte derimot utgiftene per innbygger til institusjonsbaserte tjenester med 6 til 7 prosent.

Utviklingen i årsverk

De kommunale helse- og omsorgstjenestene har økt mellom 2010 og 2015. Samlet har tjenestene fått om lag 10 800 flere årsverk i denne perioden. Det har vært en stor vekst i årsverk for kommunale helse- og omsorgstjenester i hjemmet og på institusjon.

Sykepleiere er den yrkesgruppen som har vokst mest blant yrkene i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Helsefagarbeidergruppen har holdt seg stabil på tross av offentlige satsinger på å rekruttere til yrket. Mange deltids helsefagarbeiderstillinger er blitt erstattet av heltids sykepleierstillinger i de kommunale tjenestene de siste årene.

Kommuner i region Nord har et høyere nivå av årsverk i kommunale helse- og omsorgstjenester per innbygger enn landet for øvrig. Dette er gjennomgående for mange kommunale helse- og omsorgstjenester. I Midt-Norge er årsverk per innbygger innen helse- og omsorgstjenester i hjemmet og på institusjon høyere enn landsgjennomsnittet. Dette gjelder også for sykepleierårsverk innenfor de samme tjenestene.

Nivået av antall for årsverk innen helse- og omsorgstjenester i hjemmet og på institusjon per 10 000 innbyggere er gjennomgående høyere for de minste kommunene enn for mellomstore og større kommuner. Dette gjelder for alle regionene. De største kommunene har et lavere nivå enn de mindre kommunene. Dersom man korrigerer for behov for helse- og omsorgstjenester i hjemmet og på institusjon utjevner forskjellene seg noe.

For legeårsverkene er det større forskjeller mellom regionene. I Nord er det flere legeårsverk per 1 000 innbygger for flere av kommunegruppene. Små kommuner med færre enn 5 000 innbyggere har flere legeårsverk per 1 000 innbygger enn de større kommunene, men i region Nord har også mellomstore kommuner et høyt nivå av legeårsverk. Forskjellene mellom kommunene i nivået av legeårsverk per innbygger forklares i liten grad av behov/kostnadsnøklerne.

Utviklingen i bruk av helse- og omsorgstjenester i hjemmet og på institusjon

I 2015 tilsvarte kapasiteten ved kommunale helse- og omsorgsinstitusjoner 40 700 plasser og representerte en nedgang på en prosent siden 2009. Kommunene har i stor grad økt sin kapasitet av korttids plasser i perioden. De mindre kommunene har redusert kapasiteten innen det øvrige døgn-tilbudet av institusjons plasser og redusert dekningsgraden av langtidsopphold for mottakere i aldersgruppen 80 år og eldre. Samtidig er helsetjenester i hjemmet og trygghetsalarm styrket for denne aldersgruppen i de mindre kommunene.

Helsetjenester i hjemmet er også styrket for befolkningen under 67 år i 2015 sammenlignet med 2009. Det er høyere dekningsrate for helsetjenester i hjemmet i små kommuner enn i de store kommunene. I tillegg er det større vekst i dekningsraten i de små kommunene sammenlignet med de store kommunene i perioden 2009-2015 både for mottakere yngre enn 67 år og for mottakere 80 år og eldre.

For aldersgruppen 67-79 år har det vært en nedgang i dekningsgrad av kommunale helse- og omsorgstjenester i hjemmet og på institusjon. Nedgangen gjelder både for små og store kommuner, men er mest tydelig for de største kommunene. For aldersgruppen 67-79 år har de største kommunene hatt nedgang i mottakere av helsetjenester i hjemmet, mottakere av praktisk bistand, trygghetsalarm, samt korttids- og langtidsopphold. Det er viktig å påpeke at det ikke er færre mottakere i 2015 enn i 2009, men at nedgangen skyldes at veksten i befolkningen i denne aldersgruppen har vært sterkere enn veksten i antallet mottakere. Antallet mottakere økte med 10,8 prosent, mens befolkningen økte med 29 prosent. De største byene har hatt en vekst i totalt antall tjenestemottakere i alderen 67-79 år på knapt 4 prosent og en vekst i befolkningen på 30 prosent.

Utvikling i bruk av fastlege og legevakt

I perioden fra 2010 til 2015 har antallet pasienter hos fastlege økt i takt med befolkningsutviklingen. For de eldste innbyggerne, dvs. pasienter i aldersgruppene 80-89 år og 90 år og eldre, ser vi imidlertid noe vekst i pasientnivået hos fastlege. 73 prosent

av befolkningen totalt, og 93 prosent av befolkningen i aldersgruppen 80-89 år hadde minst en kontakt med fastlege i 2015.

Nivået av pasienter hos legevakt har falt fra 19,1 prosent i 2010 til 18,2 i 2015. Dette tilsvarer en prosentvis nedgang på 5 prosent korrigert for endringer i befolkningstallet. Nedgangen gjelder imidlertid ikke de eldste pasientene som er 80 år og over. For aldersgruppen 80-89 år var pasientraten hos legevakt stabil (28 prosent), mens pasientraten hos legevakt for aldersgruppen 90 år og eldre økte fra 35,5 til 37,0 prosent.

Fra 2010 til 2015 økte nivået av konsultasjoner både hos fastlege (4 prosent² korrigert for befolkningsutviklingen) og hos legevakt (9 prosent). Økningen i konsultasjoner gjelder i særlig grad bruk av legevakt for de eldste pasientene (80 år og over). I 2010 var det 31 konsultasjoner hos legevakt per 100 innbyggere 80 år og eldre. I 2015 var nivået steget til 37 konsultasjoner per 100 innbyggere for aldersgruppen 80-89 år og til 41 konsultasjoner per 100 innbyggere for eldre som var 90 år og over. Eldre pasienter har flere konsultasjoner enn før, både hos fastlege og hos legevakt. Det er særlig pasienter med mange konsultasjoner (6 konsultasjoner og mer) som har økt.

I perioden 2010 til 2015 finner vi også vekst i omfanget av konsultasjoner hos legevakt blant barn og unge, mens aldersgruppen 67-79 år har hatt noe nedgang i omfanget av konsultasjoner per innbygger og per pasient.

Bruk av fastlege varierer mellom ulike aldersgrupper – men ikke mellom regioner. For konsultasjoner hos fastlege, finner vi samme utviklingsmønster i alle regioner og hos både små og store kommuner.

For utviklingen i konsultasjoner hos legevakt, finner vi regionale forskjeller. Økningen i legevakt-konsultasjoner har vært sterkere i region Sør-Øst og Nord enn i Vest og Midt-Norge. Region Nord har hatt betydelig vekst i legevakt-konsultasjoner blant eldre pasienter og har et høyere nivå av slike konsultasjoner per innbygger enn andre regioner.

2 Korrigert for befolkningsutviklingen.

Utviklingen i konsultasjoner hos legevakt fra 2010 til 2015 varierer også med kommunestørrelse og har økt mest for små kommuner med færre enn 2 000 innbyggere og for mellomstore kommuner med 20 000-49 999 innbyggere.

Styringsdata fra Fastlegeordningen

Gjennomsnittlig listelengde for hjemler med fast lege ved utgangen av 2015, var på 1 128 innbyggere. Siden innføringen av Fastlegeordningen i juni 2001 har den gjennomsnittlige listelengden gått langsomt nedover, bortsett i fra de første 2 til 4 årene. Fastlegedekningen i kommunene holder tritt med befolkningsveksten.

Oppslutningen om Fastlegeordningen er svært god. Mellom 21 000 til 25 000 innbyggere (0,4 prosent av befolkningen) står utenfor ordningen.

Ved utgangen av 2015 var det 52 lister/ hjemler uten fast lege, dvs at listene er betjent av vikarer. Til sammen var det knapt 31 000 innbyggere på disse listene. I små kommuner med under 2 000 innbyggere hadde 3 prosent av deltakerne i fastlegeordningen plass på en liste uten fast lege.

Andelen ledige plasser på åpne fastlegelister var lavest i kommuner med mellom 50 000 og 99 999 innbyggere med 3,6 prosent, og høyest i de små kommunene med under 2 000 innbyggere med 24,7 prosent.

Innhold

Forord	3
SAMDATA kommune - analyser av kommunale helse- og omsorgstjenester	5
DEL I Utviklingstrekk og variasjon mellom kommuner	19
1. Utgifter til kommunale helse- og omsorgstjenester og til statlige helserefusjoner	20
1.1 Innledning	20
1.2 Nasjonal utvikling 2010-2015	23
1.3 Utvikling i utgifter for eldre over 80 år	27
1.4 Større og mindre kommuner	28
1.5 Regionale variasjoner	30
1.6 Større og mindre kommuner i Sør-Øst	32
1.7 Større og mindre kommuner i Vest	33
1.8 Større og mindre kommuner i Midt-Norge	34
1.9 Større og mindre kommuner i Nord	35
2. Variasjoner i ressursbruk og prioritering	36
2.1 Innledning	36
2.2 Data og metode	37
2.3 Utgifter til helse- og omsorgstjenester i hjemmet og på institusjon	40
2.4 Utgifter til forebygging og behandling	47
3. Variasjon i kommunale helse- og omsorgstjenester	54
3.1 Innledning	55
3.2 Hvordan måle om tjenestetilbudet er godt nok? Når er variasjonene for store?	55
3.3 Tilbudet av kommunale helse- og omsorgstjenester	56
3.4 Hvilke tjenester viser størst variasjon?	57
3.5 Ulike behov for kommunale helse- og omsorgstjenester	60
3.6 Variasjon i kommunale helse- og omsorgstjenester etter type tjeneste	63
3.7 Kommuner med et lavt nivå av både hjemmetjenester og institusjonsplasser	73
3.8 Kommuner med et lavt nivå av både korttid- og langtidsopphold	75
3.9 Datagrunnlag og metode	77
4. Utvikling i bruk av helse- og omsorgstjenester i hjemmet og på institusjon	79
4.1 Innledning	79
4.2 Generelle utviklingstrekk i perioden 2009-2015	80
4.3 Utviklingen for aldersgruppen 80 år og eldre	83

4.4	Utviklingen for aldersgruppen 67-79 år	86
4.5	Utviklingen for aldersgruppen under 67 år	89
4.6	Institusjonsbaserte kommunale tjenester	91
4.7	Hjemmetjenester	93
4.8	Datagrunnlag og definisjoner	94
4.9	Tabellgrunnlag	98
5.	Utvikling i bruk av fastlege og legevakt	100
5.1	Innledning	101
5.2	Utviklingen i pasienter hos fastlege og legevakt fra 2010 til 2015	101
5.3	Utviklingen i konsultasjoner hos fastlege og legevakt fra 2010 til 2015	102
5.4	Ulike typer kontakt med fastlege	104
5.5	Ulik utvikling mellom regioner og små og store kommuner?	105
5.6	Datagrunnlag og definisjoner	110
5.7	Tabeller	111
6.	Styringsdata fra Fastlegeordningen	113
6.1	Utviklingen på landsbasis	113
6.2	Fastlegedekning i enkeltkommuner	114
6.3	Nøkkeltall etter fylke	116
6.4	Nøkkeltall etter kommunestørrelse	117
7.	Hjemme- og institusjonsbaserte kommunale tjenester til personer med psykisk utviklingshemming	118
7.1	Innledning	118
7.2	Datagrunnlag og definisjoner	119
7.3	Variasjon mellom kommuner	119
7.4	Tjenester og ressursbruk	122
7.5	Alder og aldring blant utviklingshemmede	126
8.	Bruk av habilitering, rehabilitering og avtalefysioterapeuter	129
8.1	Habilitering og rehabilitering i og utenfor institusjon	130
8.2	Avtalefysioterapeuter	137
8.3	Datagrunnlag	143
9.	Årsverk	145
9.1	Utviklingen i årsverk i kommunale helse- og omsorgstjenester	145
9.2	Geografisk variasjon i nivået av årsverk	147
9.3	Datagrunnlag og definisjoner	150

DEL II Pasientforløp	151
10. Anvendbarhet og kvalitet på data i KUHR knyttet til fire ikke-smittsomme sykdommer: Hjerne- og karsykdom, diabetes, KOLS og kreft	152
10.1 Materiale og metode	152
10.2 Definisjoner og begreper	156
10.3 Fire viktige ikke-smittsomme sykdommer	157
10.4 Hjerne- og karsykdom	157
10.5 Diabetes mellitus type 2	160
10.6 Kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS)	162
10.7 Kreft	164
10.8 Begrensninger i datamaterialet	167
10.9 Oppsummerende kommentarer	168
11. Overganger mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten	169
11.1 Innledning	169
11.2 Datagrunnlag og definisjoner	170
11.3 Nasjonale utviklingstrekk 2012-2014	171
11.4 Overganger mellom kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten	172
11.5 Variasjoner i forløp etter alder	173
11.6 Variasjoner i forløp etter ulike diagnoser	175
11.7 Variasjoner i innleggelser etter kommuneprofiler	177
12. Variasjon i bruk av spesialist-helsetjenester mellom fastlegepopulasjoner	179
12.1 Innledning	179
12.2 datagrunnlag	180
12.3 Mer om fastlegelistene	180
12.4 Nasjonale tall for bruk av tjenester	182
12.5 Forskjeller i bruk av tjenester mellom fastlegepopulasjoner	184
12.6 Variasjon i andel listepasienter som har hatt kontakt med somatisk spesialisthelsetjeneste	186
12.7 Variasjon i andel listepasienter som har gjennomført en radiologisk undersøkelse	190
12.8 Variasjon i andel listepasienter som har gjennomgått kirurgisk behandling	191
12.9 Variasjon i andel listepasienter i kontakt med spesialisthelsetjenesten for muskel-skjelett-lidelser ...	193
12.10 Variasjon i andel listepasienter i kontakt med psykisk helsevern eller privat avtalespesialist	195
12.11 Variasjoner i ø-hjelpskontakt med spesialisthelsetjenesten	196
12.12 Variasjoner i andel listepasienter i somatisk spesialisthelsetjeneste fordelt etter kommunegrupper ..	200

DEL I

UTVIKLINGSTREKK OG VARIASJON MELLOM KOMMUNER



1. Utgifter til kommunale helse- og omsorgstjenester og til statlige helserefusjoner

Utgiftene til kommunale helse- og omsorgstjenester økte med 10 prosent fra 2010 til 2015, og utgjorde 117 mrd. kr i 2015. Realveksten på 10 prosent tilsvarte om lag 10,6 mrd.kr. Den sterkeste veksten kom innenfor hjemmebaserte tjenester hvor utgiftene økte med 15 prosent, eller 6,5 mrd. kr. Befolkningsveksten i perioden var på 6 prosent. Den svakeste veksten kom innenfor institusjonsbaserte tjenester hvor utgiftene økte med 4 prosent, tilsvarende 1,3 mrd. kr.

I 2015 utgjorde utgiftene til statlige helserefusjoner om lag 20,5 mrd. kr, og disse utbetalingene har økt med 16-20 prosent i femårsperioden. Utgiftene til refusjoner for legemidler og medisinsk forbruksmateriell står for 65 prosent av refusjonene og har økt mest de siste par årene.

For eldre over 80 år har de estimerte utgiftene til institusjonsbaserte kommunale tjenester vært stabil i perioden. De estimerte utgiftene til hjemmebaserte tjenester gikk ned med 6,5 prosent for de eldste, i motsetning til en sterk vekst for befolkningen for øvrig. Statlige utbetalinger av behandlingsrefusjoner økte med 17 prosent, samtidig som antallet eldre var relativt stabilt.

Kommunene i Vest hadde en langt svakere vekst i utgifter per innbygger til både institusjons- og hjemmebaserte tjenester enn kommunene i landet for øvrig. I Vest var utgiftene målt per innbygger omtrent uendret, mens det var en realvekst per innbygger på om lag 5 prosent i landet for øvrig.

Utviklingen i utgifter til institusjonsbaserte tjenester varierte mye mellom de største kommunene i femårsperioden. Målt per innbygger, så gikk utgiftene til institusjonsbaserte tjenester ned med 8 til 9 prosent for de største kommunene i Sør-Øst og i Vest. For de største kommunene i Midt-Norge og i Nord økte derimot utgiftene per innbygger til institusjonsbaserte tjenester med 6 til 7 prosent.

1.1 INNLEDNING

Bakgrunn og problemstillinger

I dette kapitlet beskrives utviklingen i utgifter til kommunale helse- og omsorgstjenester, og til utvalgte statlige helserefusjoner (Helforefusjoner). Fokuset i dette kapitlet er å sammenligne *utvikling* i

utgifter. I kapittel 2 fokuseres det på sammenligning av utgifts*nivå*. Det vil si at kapittel 2 blant annet tar høyde for forskjeller mellom kommuner i behov for tjenester, noe som det ikke tas høyde for i dette kapitlet.

Samhandlingsreformen i 2012, og igangsettingen av øyeblikkelig hjelp i form av døgnplasser, samt

perioden med kommunal medfinansiering fra 2012 til 2014, kan isolert sett trekke i retning av økt aktivitet og økte utgifter for de institusjonsbaserte kommunale helse- og omsorgstjenestene. På den andre siden skjer en utvikling med økt bruk av hjemmebaserte tjenester i kommunene, og en satsning på forebyggende og helsefremmende tjenester, noe som kan trekke retning av mindre vekst for de institusjonsbaserte tjenestene.

Kapasiteten i den somatiske spesialisthelsetjenesten kan være en faktor som spiller inn når utviklingen i utgifter til institusjonsbaserte tjenester i kommune studeres. Innenfor rammen av dette arbeidet vil vi ikke gå inn på analyser av spesialisthelsetjenesten, men geografiske variasjoner for utviklingen i utgifter til kommunale tjenester vil presenteres.

I perioden fra 2010 til 2015 har det også vært betydelige demografiske endringer. Befolkningen har totalt sett økt med 6 prosent, men aldersgruppen mellom 67 og 79 år har økt med 26 prosent. Befolkningen som er 80 år og eldre har vært stabil i denne perioden (-0,5 prosent).

De demografiske endringene i denne perioden varierer med hensyn til kommunestørrelse. I de største kommunene har det vært en befolkningsvekst på 8,4 prosent, mens i kommunene med færre enn 10 000 innbyggere har befolkningsveksten ligget under fem prosent. Antallet eldre over 80 år har økt med tre til fire prosent i mellomstore kommuner, mens det i de minste og de største kommunene har blitt færre innbyggere i denne aldersgruppen.

Alderssammensetningen i befolkningen varierer også med kommunestørrelse. I de minste kommunene utgjør eldre over 67 år nærmere 20 prosent av befolkningen, mens i de største kommunene utgjør denne aldersgruppen omlag 12 prosent.

Andelen mottakere av kommunale helse- og omsorgstjenester under 67 år er økende (se kapittel 4), men mer generelt øker bruken av helse- og omsorgstjenester med alder. De demografiske endringene kan derfor ha stor betydning for utviklingen i kostnader til kommunale helse- og omsorgstjenester, både med utgangspunkt i alder og kommunestruktur/størrelse.

Den demografiske utviklingen, og ulik befolkningsvekst i kommunene, gjør at både utviklingen i utgifter til kommunale helse- og omsorgstjenester for eldre, og geografiske variasjoner for utviklingen i utgifter, er interessant å se nærmere på.

Spørsmålene som belyses er:

- Har det vært realvekst i utgifter til kommunale helse- og omsorgstjenester og til statlige Helforefusjoner i perioden fra 2010 til 2015? Herunder, har ulike typer av utgifter hatt ulik veksttakt?
- Hvordan har utviklingen i utgifter for eldre over 80 år vært sammenlignet med befolkningen samlet?
- Er det geografiske variasjoner i utviklingen? Herunder, varierer utviklingen i utgifter mellom kommuner av ulik størrelse?

Det kan påpekes at det virker unaturlig å studere utvikling i utgifter til kommunale helse- og omsorgstjenester sammen med utvikling i utgifter til utvalgte statlige behandlingsrefusjoner. Kommunenes utgifter er rammestyrte, mens utgiftene til de statlige helserefusjoner er basert på overslagsbevilgninger og rettigheter. Helserefusjoner dekker også hele helsetjenesten, ikke kun de kommunale tjenestene. På den andre siden kan utgifter til statlige helserefusjoner være en indikator på omfanget av helseressurser til befolkningen ute i kommunene. Men det er viktig å være oppmerksom på de ulike forutsetningene for vekst som ligger til grunn når utviklingen i utgifter til helserefusjoner og til kommunale helse- og omsorgstjenester betraktes sammen.

Definisjoner og datagrunnlag

Brutto driftsutgifter til kommunale helse- og omsorgstjenester baseres på brutto driftsutgifter hentet fra SSB sin statistikkbank, KOSTRA kommuneregnskap – tabell 05065. Funksjonene som inngår er:

- 232 Forebygging, helsestasjons- og skolehelsetjeneste.
- 233 Annet forebyggende arbeid
- 234 Aktiviserings- og servicetjenester overfor eldre og personer med funksjonsnedsettelse.
- 241 Diagnose, behandling, re-/habilitering.

Tabell 1.1 Korreksjon for lønns- og prisvekst.

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Årlig kostnadsdeflator for kommunene fra KMD ¹	1,034	1,039	1,034	1,039	1,031	1,000
Akkumulert deflator fra KMD	1,190	1,151	1,108	1,071	1,031	1,000
Årlig kostnadsdeflator legemidler fra SSB ²	1,014	1,022	1,011	1,019	1,012	1,000
Akkumulert deflator legemidler	1,080	1,066	1,043	1,031	1,012	1,000

1 Rapport fra Det tekniske beregningsutvalget for kommunal og fylkeskommunal økonomi, juni 2016.

2 Prisindeks for legemidler hentet fra SSB.

- 253 Helse- og omsorgstjenester i institusjon.
- 254 Helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende.
- 256 Tilbud om øyeblikkelig hjelp døgnopphold i kommunene.
- 261 Institusjonslokaler.

Kostnader ført under funksjon 255 Medfinansiering av somatiske tjenester tas ikke med. I dette kapitlet benyttes følgende samlebegrep for utgiftene til kommunale helse- og omsorgstjenester:

Utgifter til helse- og omsorgstjenester i hjemmet og i institusjoner: Sum av funksjonene 234, 253, 254, 256 og 261¹.

Utgifter til institusjonsbaserte tjenester: Sum av funksjonene 253, 256 og 261².

Utgifter til behandling og forebygging: Sum av funksjonene 232, 233 og 241³.

Utgifter til kommunale helse- og omsorgstjenester: Sum av funksjonene 232, 233, 234, 241, 253, 254, 256 og 261⁴.

Fra Helsedirektoratets KUHR-databaser inkluderes statlige helserefusjoner (Helfo) til:

- Fastleger, inkludert fastlønnede.
- Legevakt, inkludert kommunal legevakt.
- Fysioterapeuter, inkludert fastlønnede.
- Kiropraktorer.
- Legemidler og medisinsk forbruksmateriell.

1 Når utviklingen i utgifter til institusjonsbaserte tjenester i kommunene studeres, velges det her å inkludere utgifter til kommunale øyeblikkelig-hjelp døgntilbud - utgifter ført under funksjon 256.

2 Se forutgående fotnote.

3 Utgifter til Helfo-refusjoner for fastlønnede leger, fysioterapeuter og legevakt som betales direkte til kommunene er trukket ut fra funksjon 241 for å unngå dobbelttelling av kostnader.

4 Se forutgående fotnote.

Samlebegrepet *Behandlingsrefusjoner* benyttes for summen av refusjoner til fastleger, legevakt, fysioterapeuter og kiropraktorer. Refusjoner til fastlønnede leger og fysioterapeuter, samt til kommunal legevakt, vil representere en del av aktiviteten under funksjon 241 i de kommunale Kostra-regnskapene. Dette er hensyntatt ved å eliminere utgiftene under funksjon 241.

Utgiftene som presenteres er justert for årlig lønns- og prisvekst, se tabell 1.1.

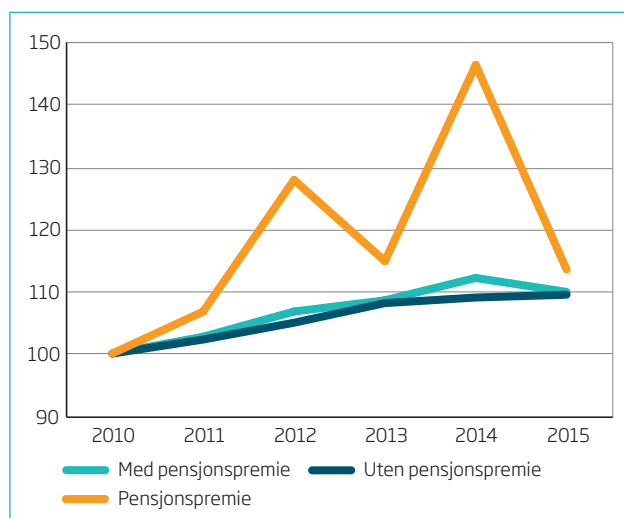
I avsnittene fra 1.4 til 1.9 viser vi geografiske variasjoner for utviklingen i utgifter. I disse avsnittene benyttes utgifter *per innbygger* når utviklingen presenteres. Den demografiske utviklingen varierer mellom ulike områder, se også avsnitt 1.1. I avsnittene 1.2 og 1.3, som viser nasjonal utvikling, tas det utgangspunkt i vekst i utgiftene, men den nasjonale befolkningsutviklingen trekkes inn i presentasjonen.

Utgifter til pensjonspremier

Brutto driftsutgifter, som rapporteres inn via KOSTRA regnskapsrapportering for kommunene, inkluderer utbetaling av pensjonspremier. Størrelsen på pensjonspremien kan variere mye fra år til år, se figur 1.1 nedenfor. Deflatoren fra Kommunal- og moderniseringsdepartementet (KMD) tar inn utvikling i pensjonskostnader. Pensjonskostnaden er en størrelse som blir estimert av livselskapet som forvalter kommunens pensjonsordninger. Den estimerte pensjonskostnaden har ikke samme grad av variasjon som pensjonspremien. Innenfor rammen av dette arbeidet så har det ikke vært mulig å erstatte pensjonspremien med pensjonskostnaden. Konsekvensen av dette er at årlig realutvikling i brutto utgifter til kommunale helse- og omsorgstjenester må tolkes med varsomhet. Figur 1.1 viser at

den samlede realveksten i brutto driftsutgifter er om lag 10 prosent i perioden fra 2010 til 2015, både når utgiftene betraktes med og uten pensjonspremie. Men den årlige utviklingen påvirkes av svingninger i pensjonspremien.

Figur 1.1 Utvikling i brutto driftsutgifter for kommunale helse- og omsorgstjenester (KOSTRA) 2010 - 2015 med og uten pensjonspremie, målt i faste priser. 2010 = 100.



1.2 NASJONAL UTVIKLING 2010-2015

Utgiftene til de kommunale helse- og omsorgstjenestene utgjorde om lag 117 mrd. kr i 2015.

Innledningsvis ble det vist at utgiftene samlet økte med om lag 10 prosent fra 2010 til 2015, justert for lønns- og prisvekst. Utgiftsveksten på om lag 10 prosent tilsvarte en realvekst på om lag 10,6 mrd. kr. I samme periode økte befolkningen med 6 prosent, slik at realveksten oversteget befolkningsveksten med om lag 4 prosentpoeng.

Figur 1.2 viser at ulike typer av kommunale helse- og omsorgstjenester har hatt ulik vekst i perioden. Utgiftene til hjemmebaserte tjenester økte med om lag 6,5 mrd kr eller 15 prosent, som er sterkere enn den samlede veksten på 10 prosent.

Sterkest prosentvis vekst var det for utgifter til helsefremmende og forebyggende tiltak, hvor veksten var på 19 prosent i perioden. Utgiftene til helsefremmende og forebyggende tiltak utgjorde 4,4 mrd. kr i 2015, åpenrom og veksten på 19

prosent tilsvarte om lag 440 mill kr. Dette er i tråd med føringer om å satse mer på forebyggende virksomhet. Samtidig kan det kommenteres at kommunene fikk økt sine frie inntekter med 180 mill. kr i 2014 og i tillegg med 200 mill. kr i 2015 for å styrke skolehelsetjenesten og helsestasjonene, jamfør grønt hefte for 2014 og 2015. Samlet sett økte utgiftene til helsefremmende og forebyggende tiltak med 160 mill. kr fra 2013 til 2015.

Utgiftene til institusjonsbaserte helse- og omsorgstjenester har økt med 4 prosent i perioden, noe som er svakere enn befolkningsveksten på 6 prosent. Veksten på 4 prosent tilsvarte om lag 1,3 mrd. kr. I Omsorgsplan 2015 (St. prp. Nr. 1 2007-2008, programkategori 10.60) fremgikk det en målsetning om utbygging av 12 000 nye sykehjemsplasser i perioden fra 2008-2015. Tall fra Husbanken konkluderer med at målet ble nådd i planperioden gjennom tilsagn om investeringstilskudd til 12 292 boenheter. Helsedirektoratet påpeker i sin oppsummering og evaluering av Omsorgsplanen at tilskuddene til de nye plassene og boligene likevel ikke har ført til et betydelig løft i kapasiteten i kommunenes omsorgsplasser. Det fremgår av kapittel 4 at antallet mottakere av langtidsopphold i institusjon har falt med 2 prosent fra 2009 til 2015, mens mottakere av korttidsopphold har økt med 20 prosent. I løpet av perioden 2010-15 har nye helsepolitiske vurderinger og Samhandlingsreformen gitt andre insentiv og medført behov for å øke tilgjengeligheten til korttidsopphold og styrke hjemmesykepleien i mange kommuner. Avsnittene 1.4 til 1.9 viser at det er til dels store variasjoner mellom kommunene når det gjelder vekst i utgifter til institusjonsbaserte tjenester. I 2015 er det betydelig variasjon mellom kommunene i tilbudet av institusjonsplasser. Dette vises også i kapittel 3 (figur 3.18-3.19) hvor det også gis indikasjoner på at lavt nivå av institusjonsopphold kan ha konsekvenser i form av høyere sykehusbruk.

De statlige utgiftene til Helforefusjoner for legemidler og medisinsk forbruksmateriell utgjorde 13 mrd. kr i 2015, og utgiftene til behandlingsrefusjoner fra Helfo var på 7,4 mrd. kr. Det framgår av figur 1.2 at de statlige utgiftene til både behandlingsrefusjoner og til legemiddelrefusjoner m.v. har økt mer enn befolkningsveksten på 6 prosent i perioden. Utgiftene til behandlingsrefusjoner økte med 16 prosent, og utgiftene til legemiddelrefusjoner m.v.

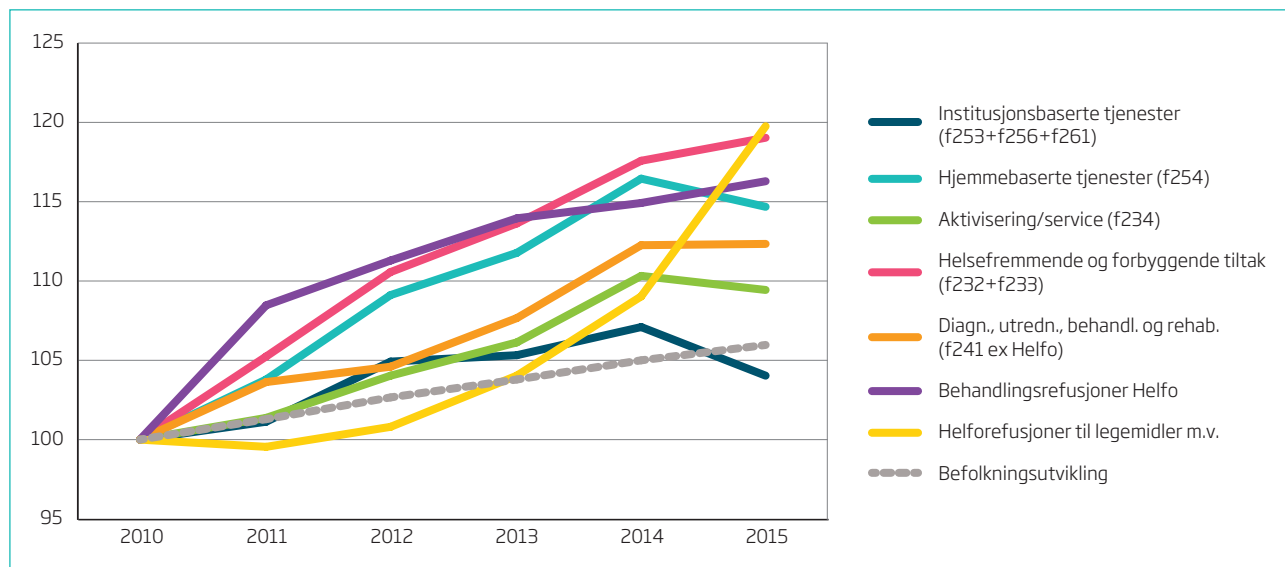
økte med 20 prosent. Sterk vekst i utgifter til behandlingsrefusjoner i starten av perioden fra 2010 til 2011 skyldes vekst i refusjoner til fysioterapeuter, se også tabell 1.2. Det pågikk i samme tidsrom en budsjettmessig styrking av kommunenes ansvar for den avtalebaserte fysioterapitjenesten i kommunene, se Grønt Hefte 2011.

I tillegg har refusjoner til fastlegene økt jevnt gjennom perioden, noe som er det viktigste bidraget til veksten i utbetalinger av behandlingsrefusjoner.

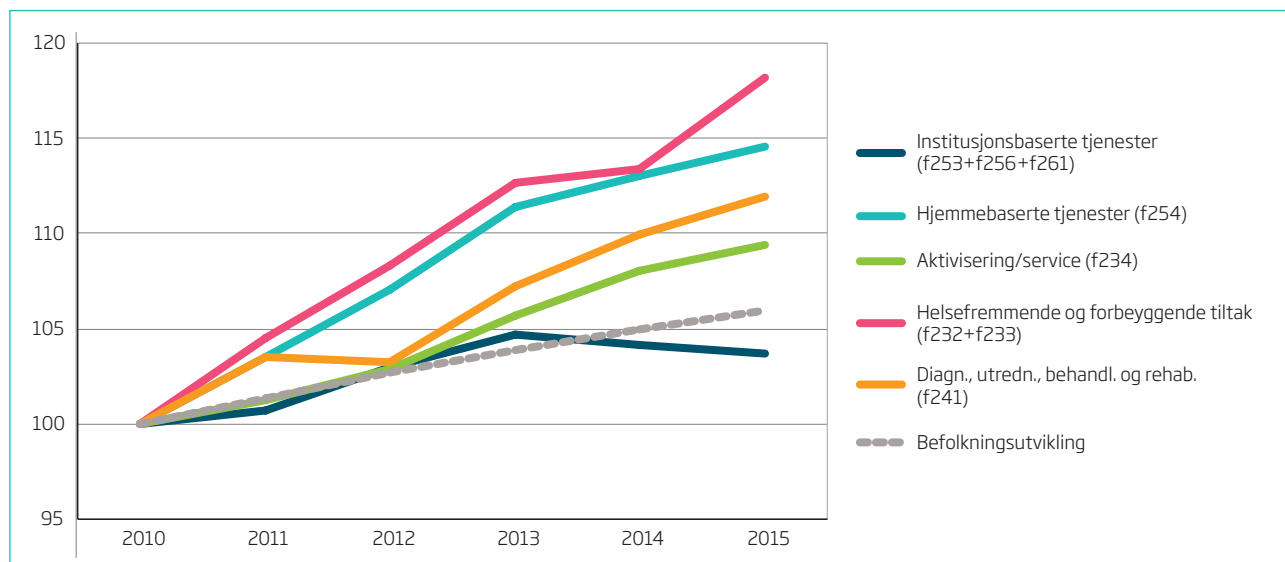
Utgiftene til legemiddelrefusjoner m.v. var stabile i perioden fra 2010 til 2012. Veksten kom i perioden fra 2012 til 2015, med en særlig sterk vekst siste år. Sterkere vekst i refusjoner til legemidler m.v. de siste årene skyldes både overgang til nyere og dyrere legemidler for samme indikasjon, men også godkjenning av nye legemidler f. eks. til behandling av hepatitt C.

Hvis alle utgiftene som diskuteres, både til kommunale helse- og omsorgstjenester og til Helfo-

Fig 1.2 Utvikling i utgifter til kommunale helse- og omsorgstjenester (KOSTRA) og til statlige helserefusjoner (Helfo) 2010 - 2015, målt i faste priser. 2010 = 100.



Figur 1.3 Utvikling i utgifter uten pensjonspremie til kommunale helse- og omsorgstjenester (KOSTRA) 2010 - 2015, målt i faste priser. 2010 = 100.



refusjoner, betraktes samlet, så viser figur 1.4 at det i 2015 brukes en større andel til hjemmebaserte tjenester i kommunene, Helforefusjoner og til forebygging, sammenlignet med i 2010. På andre siden brukes relativt sett mindre på institusjonsbaserte tjenester.

Figur 1.2 illustrerer en nedgang i utgifter for flere av de kommunale helse- og omsorgstjenestene fra 2014 til 2015. Nedgangen skyldes i hovedsak reduserte utbetalinger av pensjonspremier i 2015

sammenlignet med 2014. Figur 1.3 viser utvikling i utgifter til kommunale helse- og omsorgstjenester, når utgifter til pensjonspremier holdes ute. Da ser vi for det første at de fleste områdene har realvekst i utgifter også fra 2014 til 2015, med unntak av utgifter til institusjonsbaserte tjenester. For det andre ser vi at veksten i utgifter gjennom hele perioden fra 2010 til 2015 er omtrent lik både når pensjonspremier er med og når den holdes ute, se også figur 1.1 i innledningsvis.

Tab 1.2 Utgifter til kommunale helse- og omsorgstjenester (KOSTRA) og til statlige helsefusjoner (Helfo) 2010 - 2015 målt i mill. kr., målt i faste priser.

	Totalt, mill. kr					
	2010	2011	2012	2013	2014	2015
A: Helse- og omsorgstjenester i hjemmet og i institusjoner	93 507	95 803	99 966	101 406	104 450	102 286
Institusjonsbasert (f253+f261) ¹	44 418	44 950	46 610	46 587	47 199	45 710
Hjemmebasert (f254) ¹	43 988	45 678	48 003	49 183	51 228	50 466
Aktivering/service (f234) ¹	5 101	5 175	5 310	5 414	5 631	5 582
Døgnbasert øyeblikkelig hjelp (f256) ¹			43	223	392	527
B: Behandling og forebygging	12 834	13 367	13 651	14 044	14 608	14 667
Forebygging, helsestasjon- og skolehelsetjeneste (f232) ¹	2 722	2 808	2 963	2 994	3 140	3 168
Annet forebyggende arbeid (f233) ¹	1 002	1 111	1 154	1 236	1 237	1 263
Diagnose, behandling og re-/habilitering (f241 ekskl. Helforefusjoner) ²	9 111	9 448	9 534	9 814	10 230	10 235
C = A+B: SUM kommunale helse- og omsorgstjenester	106 341	109 170	113 616	115 449	119 057	116 952
D: Statlige helsefusjoner (Helfo)	17 288	17 785	18 105	18 619	19 232	20 485
Fastleger ³	4 068	4 295	4 444	4 592	4 676	4 763
- herav fastlønnede leger ³	294	312	329	345	356	367
Legevakt ³	564	584	590	600	578	561
-herav kommunalt bet. legevakt ³	13	77	101	135	143	142
Fysioterapeuter ³	1 622	1 908	1 926	1 932	1 936	1 957
-herav fastlønnede fysioterapeuter ³	279	299	308	319	316	329
Kiropraktorer ³	126	136	141	144	143	139
Legemidler og med. forbr.materiell ³	10 908	10 862	11 002	11 350	11 899	13 065

1 Data fra KOSTRA (SSB), se avsnitt 1.1 for definisjon av KOSTRA-funksjonene 232, f232, f234, f241, f253, f254, f256 og f261.

2 Data for diagnostisering, behandling, rehabilitering og habilitering (f241) er hentet fra KOSTRA (SSB). Utgifter for Helfo-refusjoner til fastlønnede leger og fysioterapeuter, legevakt somutbetales direkte til kommunene er trukket ut for å unngå dobbelttelling av kostnader.

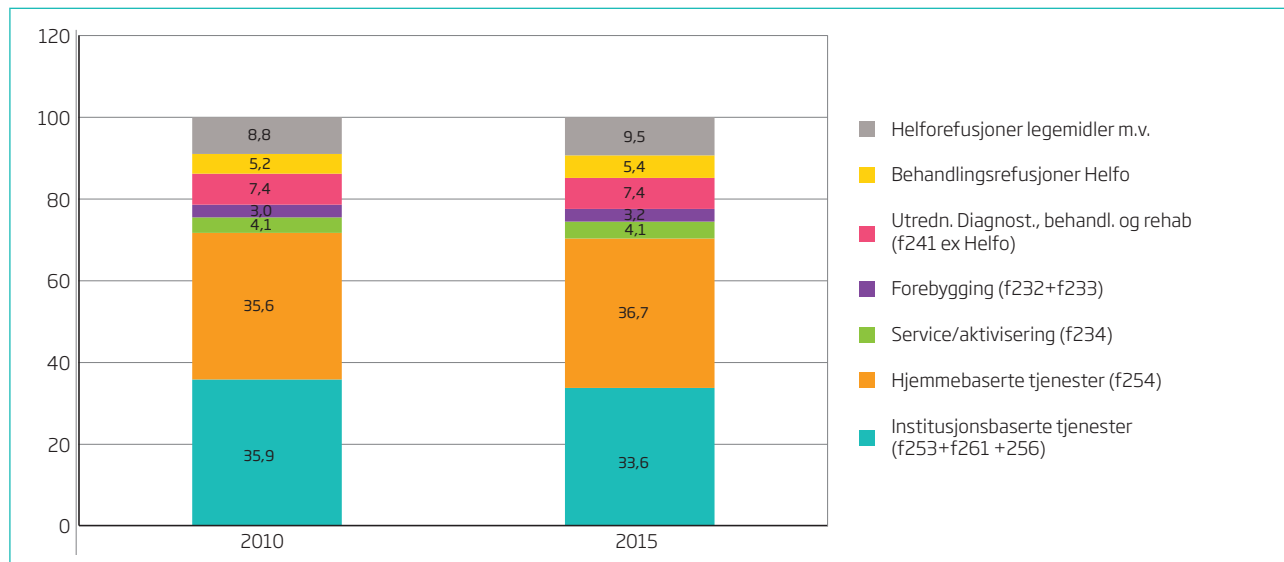
3 Data fra KUHR (Helsedirektoratet).

Tab 1.3 Utgifter til kommunale helse- og omsorgstjenester (KOSTRA) uten pensjonspremie 2010 - 2015 målt i mill. kr., målt i faste priser.

	Totalt, mill. kr					
	2010	2011	2012	2013	2014	2015
A: Helse- og omsorgstjenester i hjemmet og i institusjoner	85 365	87 121	89 564	92 084	92 612	93 115
Institusjonsbasert (f253+f261) ¹	40 884	41 190	42 098	42 607	42 215	41 900
Hjemmebasert (f254) ¹	39 728	41 120	42 533	44 239	44 897	45 524
Aktivisering/service (f234) ¹	4 753	4 812	4 890	5 024	5 137	5 198
Døgnbasert øyeblikkelig hjelp (f256) ¹			42	214	364	492
B: Behandling og forebygging	11 955	12 412	12 516	13 005	13 260	13 591
Forebygging, helsestasjon- og skolehelsetjeneste (f232) ¹	2 441	2 500	2 596	2 662	2 712	2 825
Annet forebyggende arbeid (f233) ¹	927	1 021	1 053	1 134	1 108	1 158
Diagnose, behandling og re-/habilitering (f241 ekskl. Helforefusjoner) ²	8 587	8 891	8 866	9 208	9 440	9 609
C = A+B: SUM kommunale helse- og omsorgstjenester	97 320	99 534	102 080	105 088	105 872	106 706

1 Data fra KOSTRA (SSB), se avsnitt 1.1 for definisjon av KOSTRA-funksjonene 232, f232, f234, f241, f253, f254, f256 og f261.

2 Data for diagnostisering, behandling, rehabilitering og habilitering (f241) er hentet fra KOSTRA (SSB). Utgifter for Helfo-refusjoner til fastlønnede leger og fysioterapeuter, legevakt som utbetales direkte til kommunene er trukket ut for å unngå dobbelttelling av kostnader.

Fig 1.4 Relativ fordeling av utgifter til ulike typer av kommunale helse- og omsorgstjenester og til statlige helserefusjoner i 2010 og 2015.

1.3 UTVIKLING I UTGIFTER FOR ELDRE OVER 80 ÅR

Utgifter til eldre over 80 år estimeres på bakgrunn av aktivitetsdata fra IPLOS kombinert med utgifter rapportert via Kostra. Andel utgifter til institusjonsbaserte estimeres ved hjelp av antallet beboere over 80 år i institusjoner i forhold til totalt antall beboere. Andel utgifter til hjemmebaserte tjenester estimeres ved hjelp av gjennomsnittlig antall timer per uke vektet med antall brukere av hjemmebaserte tjenester og praktisk bistand for eldre over 80 år, sett i forhold til totalt antall timer per uke vektet med totalt antall brukere. Tabell 1.4 oppsummerer

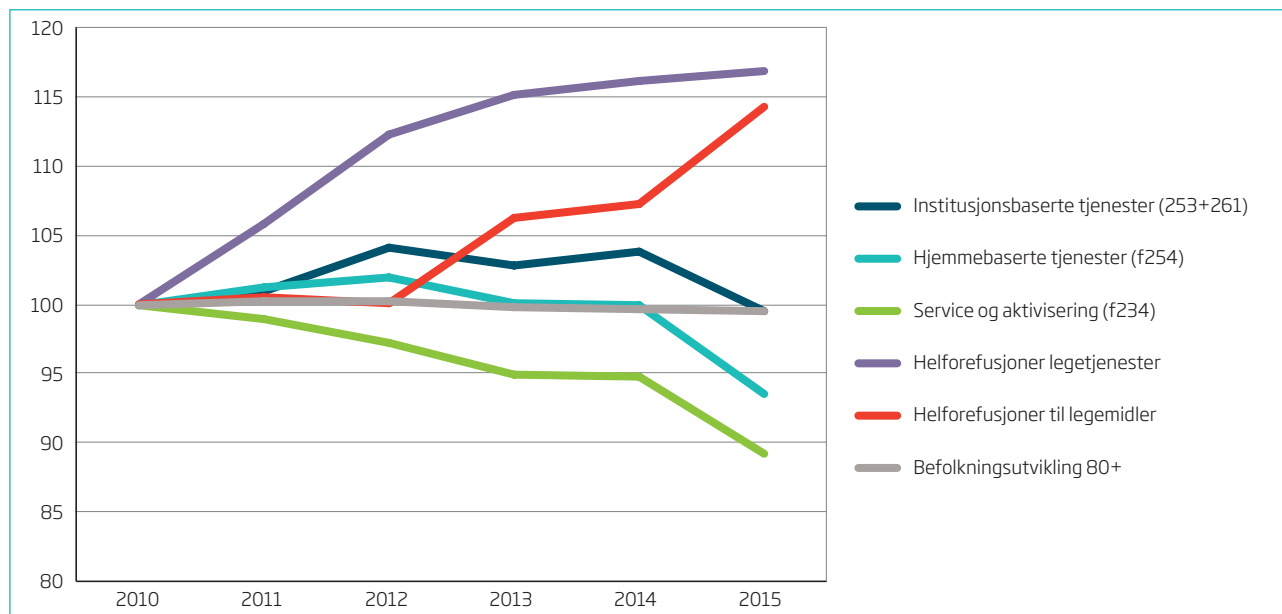
grunnlaget for å beregne en andel utgifter til eldre over 80 år.

De estimerte utgiftene til kommunale helse-omsorgstjenester for de eldre over 80 år utgjorde drøyt 47 mrd. kr i 2015. Det er om lag halvparten av utgiftene disse tjenestene. Til sammenligning utgjorde befolkningen over 80 år 4,2 prosent av den samlede befolkningen i 2015. For de over 80 år har utviklingen i utgifter til kommunale helse- og omsorgstjenester, og til statlige Helforefusjoner, for noen områder vært litt avvikende sammenlignet med utviklingen for befolkningen samlet.

Tabell 1.4 Grunnlag for estimering av utgifter til eldre over 80 år, kilde: IPLOS.

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Beboere i institusjon i alt	48 665	48 432	48 633	48 273	48 132	48 052
Beboere i inst. 80 år og over	38 556	38 431	38 609	38 109	37 729	37 458
Andel beboere 80 år og over	0,79	0,79	0,79	0,79	0,78	0,78
Gj. snitt timer 80 år og over	4,32	4,39	4,39	4,51	4,51	4,49
Gj. snitt antall timer alle	7,39	7,59	7,82	8,13	8,38	8,57
Ant. brukere 80 år og over	106 303	106 285	106 835	105 434	104 543	103 965
Antall brukere totalt	239 933	242 370	248 030	251 144	253 749	259 241
Produkt 80 år og over	459 229	466 591	469 006	475 507	471 489	466 803
Produkt alle	1 773 105	1 839 588	1 939 595	2 041 801	2 126 417	2 221 695
Andel 80 år og over til hjemmebas. tjen.	0,26	0,25	0,24	0,23	0,22	0,21

Fig 1.5 Utvikling i utgifter til kommunale helse- og omsorgstjenester (KOSTRA) og til Helforefusjoner (KUHR) 2010 - 2015, for eldre over 80 år, målt i faste priser. 2010 = 100.



Fra 2010 til 2015 var utgiftene til institusjonsbaserte kommunale helse- og omsorgstjenester for de eldste stabile, i tråd med befolkningsutviklingen for de eldste. For befolkningen samlet så økte utgiftene i lavere takt enn befolkningsveksten. Det vil si at for de eldste så har ressursene per innbygger til institusjonsbaserte tjenester blitt opprettholdt gjennom perioden, men for befolkningen samlet så har utgiftene per innbygger gått ned.

De estimerte utgiftene for behandlingsrefusjoner (i hovedsak fastleger) til de eldste utgjorde om lag 0,5 mrd. kr i 2015, noe som tilsvarte nær 10 prosent av totalt utbetalte refusjoner til dette formålet. Utbetalingene økte i løpet av perioden med 17 prosent for de eldste, samtidig som folkemengden var stabil. Målt per innbygger så har utgiftene til behandlingsrefusjoner relativt sett økt mer for de eldste enn for den øvrige delen av befolkningen.

Utgiftene til hjemmebaserte tjenester for de eldre gikk ned med 6,5 prosent i perioden, mot en vekst på 15 prosent for befolkningen samlet. Dreiningen mot mer bruk av hjemmebaserte tjenester ser dermed ikke ut til å innbefatte de eldste. Det samme mønsteret observeres for utgifter til service og aktivisering i kommunene.

De statlige utgiftene til Helforefusjoner for legemidler økte i perioden som betraktes med 14 prosent for eldste, i tråd med utviklingen for befolkningen for øvrig.

1.4 STØRRE OG MINDRE KOMMUNER

For de største kommunene med mer enn 100 000 innbyggere var utgiftene per innbygger til kommunale helse- og omsorgstjenester tilnærmet stabile, med en realvekst på 0,5 prosent i perioden fra 2010 til 2015. Se figur 1.6. For de andre gruppene av kommuner økte utgiftene per innbygger med 3-4 prosent i perioden. De største kommunene har hatt en utgiftsvekst i tråd med befolkningsutviklingen. Øvrige kommuner har hatt en sterkere vekst i utgiftene enn befolkningsveksten tilsier. Se figur 1.7.

Utgiftene per innbyggere til Helforefusjoner økte litt mer i kommunene med under 5 000 innbyggere. Fra 2010 til 2015 økte utgiftene per innbygger for de minste kommunene med 14 prosent, mot 11 til 12 prosent for gruppene med større kommuner. Sterkere vekst i utgifter per innbygger for de minste

Tab 1.5 Utgifter til kommunale helse- og omsorgstjenester (KOSTRA) og til statlige helserefusjoner (Helfo) 2010 - 2015 målt i mill. kr for eldre over 80 år, målt i faste priser.

	Totalt, mill. kr					
	2010	2011	2012	2013	2014	2015
A: Helse- og omsorgstjenester i hjemmet og i institusjoner	47 673	48 099	49 653	49 016	49 509	47 409
Institusjonsbasert (f253+f261) ¹	35 021	35 325	36 824	36 424	36 926	35 632
Hjemmebasert (f254) ¹	11 338	11 474	11 551	11 344	11 337	10 604
Aktivisering/service (f234) ¹	1 315	1 300	1 278	1 249	1 246	1 173
D: Statlige helserefusjoner (Helfo)	1 892	1 955	1 988	2 083	2 106	2 201
Fastleger ³	420	447	475	488	494	499
- herav fastlønnede leger ³	34	36	39	41	42	43
Legevakt ³	57	59	60	61	60	59
-herav kommunalt bet. Legevakt ³	1	6	8	11	13	13
Fysioterapeuter ³	126	154	161	164	169	171
Kiropraktor ³	2	2	2	2	2	2
Legemidler og med. forbr.matr. ³	1 289	1 296	1 291	1 370	1 383	1 473

1 Data fra KOSTRA (SSB), se avsnitt 1.1 for definisjon av KOSTRA-funksjonene 232, f232, f234, f241, f253, f254, f256 og f261. Utgifter til eldre over 80 år estimeres ved hjelp av gjennomsnittlig antall timetall kombinert med antall brukere fra IPLoS.

2 Data fra Kuhr (Helsedirektoratet). Alder er en bakgrunnsvariabel når refusjoner og pasienter registreres.

Fig 1.6 Utvikling i utgifter per innbygger til kommunale helse- og omsorgstjenester (KOSTRA) 2010-2015, fordelt på kommunestørrelse. Faste priser, 2010 = 100.

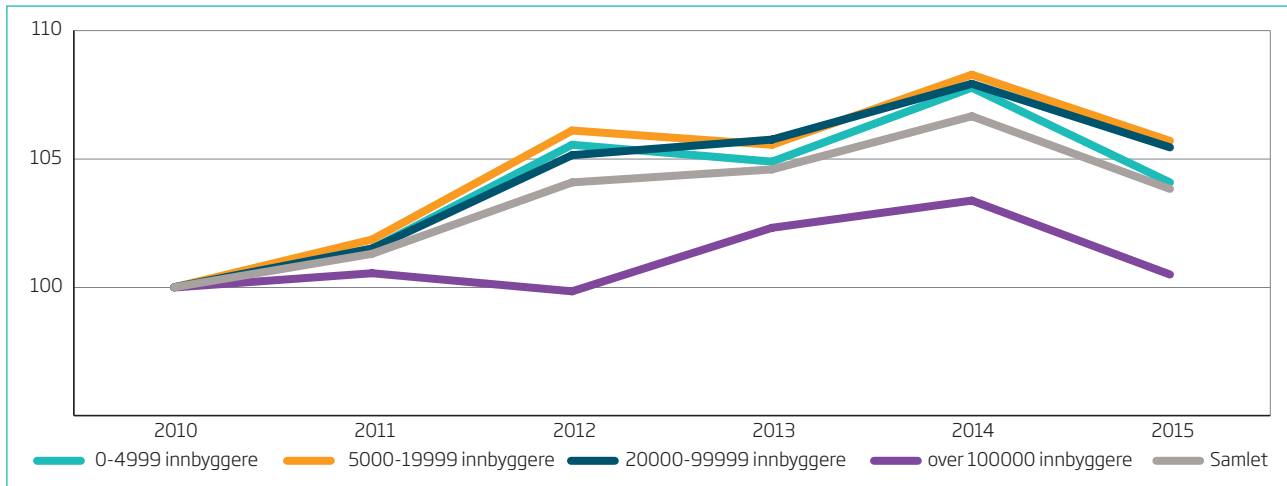


Fig 1.7 Prosentvis vekst i utgifter per innbygger til kommunale helse- og omsorgstjenester, dekomponert i utgiftsvekst og vekst i innbyggertall. Endring fra 2010 til 2015. Utgifter i faste priser.

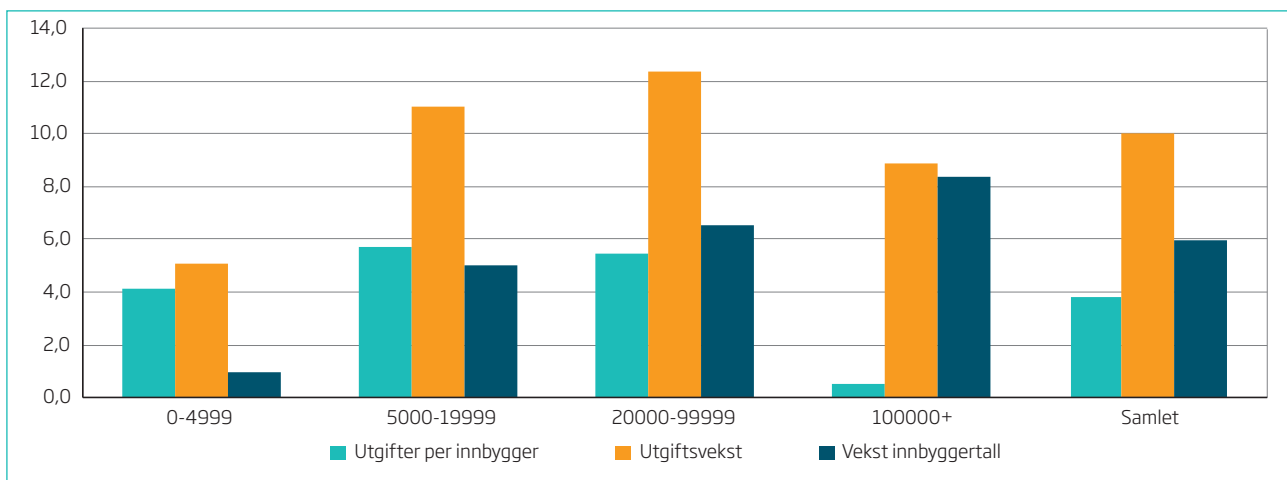


Fig 1.8 Utvikling i utgifter per innbygger til Helforefusjoner 2010-2015, fordelt på kommunestørrelse. Faste priser, 2010 = 100.

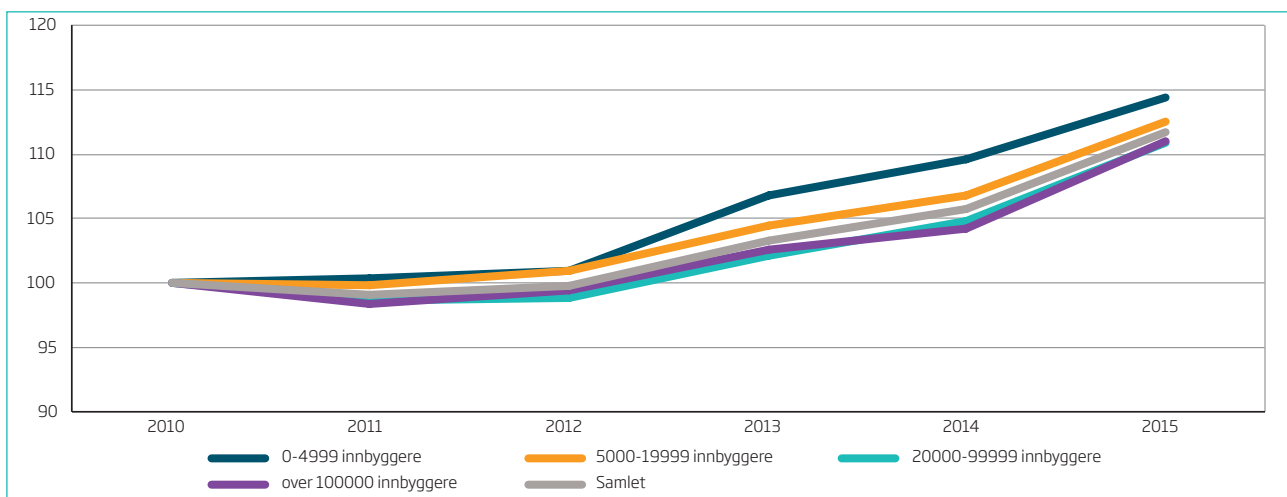
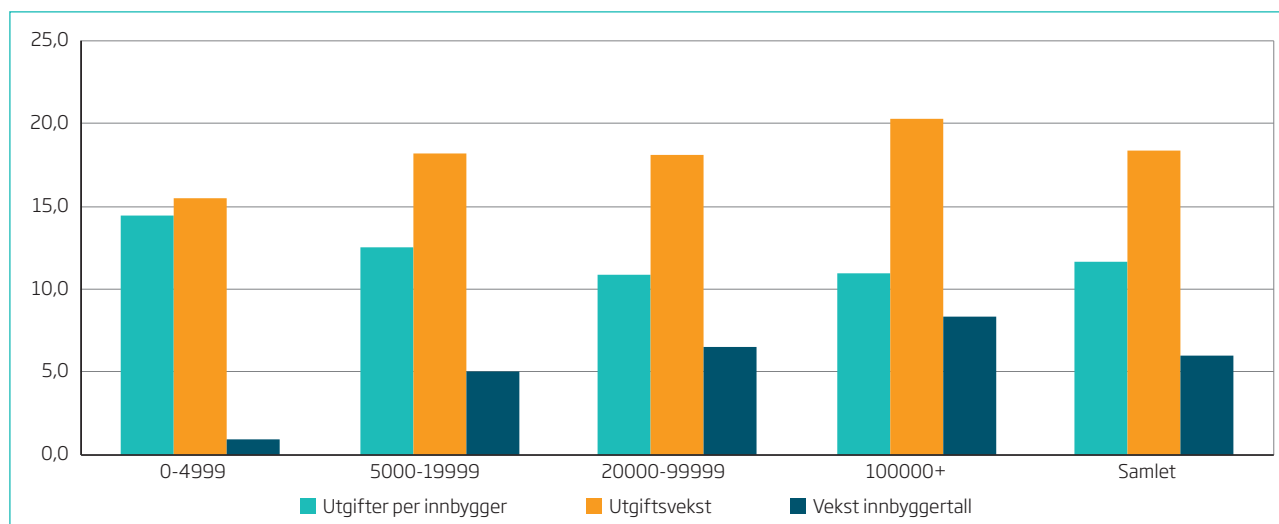


Fig 1.9 Utvikling i utgifter per innbygger til Helforefusjoner 2010-2015, fordelt på kommunistørrelse, dekomponert i utgiftsvekst og vekst i innbyggertall. Faste priser.



kommunene skyldes i hovedsak at svakere vekst i innbyggertallet enn for de øvrige kommunene. Se figur 1.9.

m.v. og for behandling, enn de øvrige tre regionene. Det vil også si at kommunene i Sør-Øst brukte relativt sett mindre av utgiftene sine til de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Andelen utgifter til forebyggende og helsefremmende arbeid i var derimot høyest i Sør-Øst i 2015. Se figur 1.11.

1.5 REGIONALE VARIASJONER

I dette avsnittet kommenteres utviklingen i utgifter for kommunene samlet i hver region. Formålet dette avsnittet er å sammenligne utviklingen mellom regioner. Det kommenteres på områder hvor utviklingen i den aktuelle regionen avviker fra utviklingen for andre regioner.

Kommuner i Sør-Øst

Kommunene i Sør-Øst hadde i perioden fra 2010 til 2015 den sterkeste veksten i utgifter per innbygger til helsefremmende og forebyggende tjenester, med en vekst på 15 prosent mot 3-10 prosent for kommunene i de øvrige regionene. Utgiftene per innbyggere til legemiddelrefusjoner økte også mer i Sør-Øst, med en vekst på 14 prosent mot 10-11 prosent de tre andre regionene. Se figur 1.10.

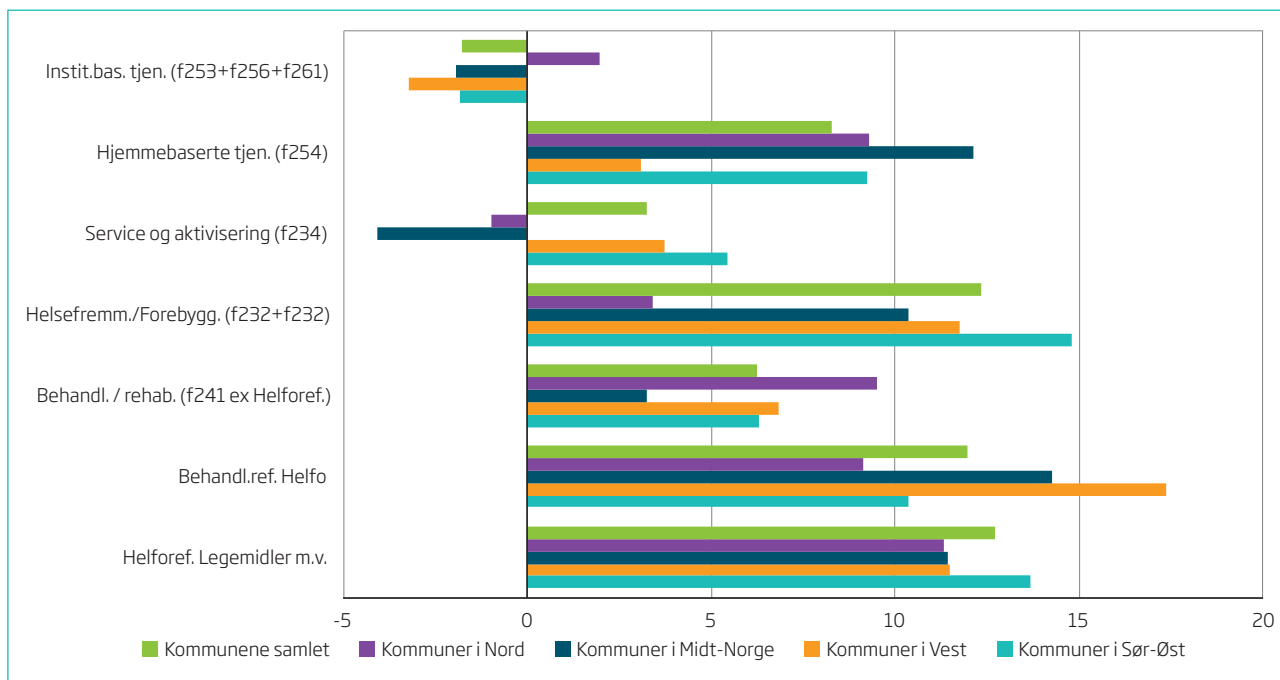
Når utgiftene som diskuteres betraktes samlet, så framgår det at kommunene i Sør-Øst i 2015 relativt sett hadde en større andel av utgifter til statlige helserefusjoner, det vil si refusjoner for legemidler

Kommuner i Vest

I Vest gikk utgiftene per innbygger til institusjonsbaserte i kommunene tjenester ned med 3 prosent, mot 2 prosent for landet samlet, i perioden fra 2010 til 2015. Samtidig hadde kommunene i Vest en svakere vekst på 3 prosent i utgifter per innbygger til hjemmebaserte tjenester, mot en vekst på 8 prosent for landet samlet. Se figur 1.10. Det betyr at kommunene i Vest hadde en svakere vekst enn landet for øvrig i utgifter til helse- og omsorgstjenester i hjemmet og i institusjoner. Samtidig har Samdata Spesialisthelsetjenesten 2015 vist at Vest var den regionen med sterkeste vekst i kostnader og aktivitet innenfor den somatiske spesialisthelsetjenesten.

Selv om kommunene i Vest hadde svakere vekst i utgifter til helse- og omsorgstjenester i hjemmet og i institusjoner, så fordelte Vest i 2015 omtrent en like stor andel av sine utgifter til disse tjenesteområdene som de øvrige regionene - se figur 1.11. I 2010 fordelte kommunene i Vest relativt sett mer enn andre regioner til hjemmebaserte tjenester.

Fig 1.10 Regional utvikling i utgifter per innbygger til kommunale helse- og omsorgstjenester (KOSTRA), og til Helforefusjoner (KUHR). 2010-2015. Prosentvis vekst målt i faste priser.



Kommunene i Vest hadde den sterkeste veksten i utgifter per innbygger for statlige behandlingsrefusjoner, med en økning på 17 prosent mot 12 prosent for landet samlet. Andelen utgifter til behandlingsrefusjoner var for kommunene i Vest i 2015 på linje med utgiftsandelen for kommunene i de øvrige regionene.

Kommuner i Midt-Norge

Kommunene i Midt-Norge hadde den sterkeste veksten i utgifter per innbygger til hjemmebaserte tjenester, med en vekst på 12 prosent fra 2010 til 2015, mot 8 prosent for landet samlet. Se figur 1.10. Dette kan tyde på at dreiningen mot hjemmebaserte tjenester har vært sterkere i Midt-Norge. Samtidig var det en nedgang i utgifter per innbygger til service og aktivisering av eldre og funksjonshemmede på 4 prosent, mot en vekst på 3 prosent for landet samlet. Kommunene i Midt-Norge hadde også i samme perioden en svakere vekst på 3 prosent i utgifter per innbygger til behandling og rehabilitering, mot en vekst på 6 prosent for landet samlet.

Hvis utgiftene betraktes samlet, så fordeles 37,6 prosent av utgiftene i Midt-Norge til hjemmebaserte

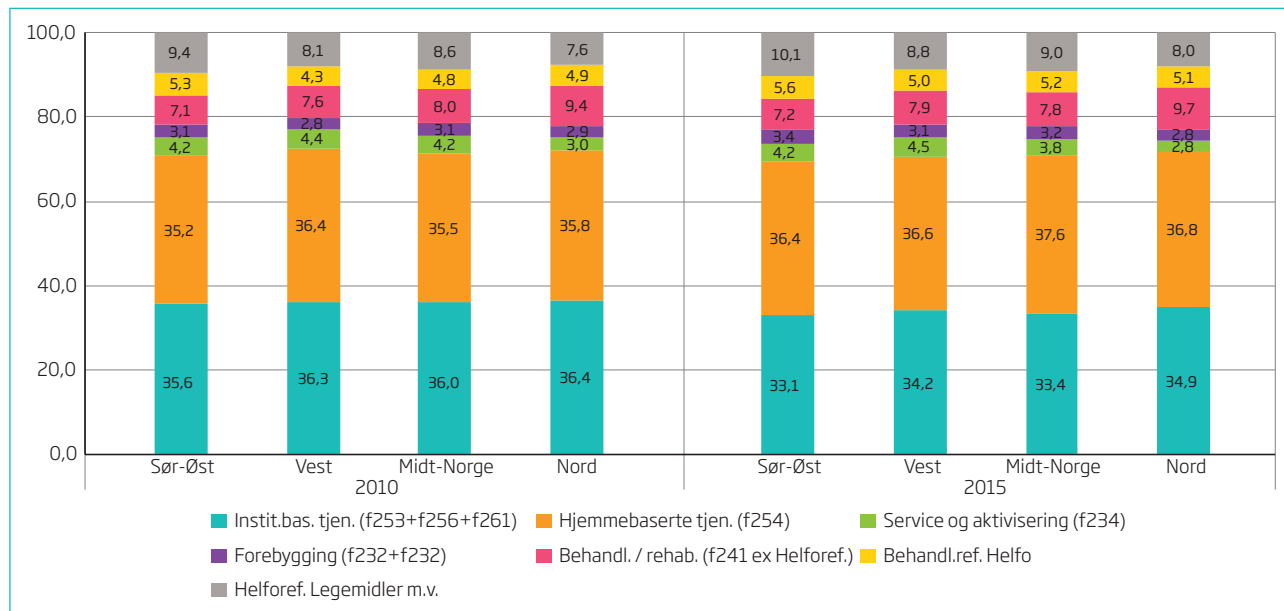
tjenester i kommunene i 2015. I de andre regionene fordeles om lag 36,5 prosent av utgiftene til hjemmebaserte tjenester. Se figur 1.11. De samlede utgiftene var til sammen 19,2 mrd.kr for Midt-Norge i 2015. Hvis andelen kostnader til hjemmebaserte tjenester i Midt-Norge i 2015 skulle vært på linje med de øvrige regionene, så måtte Midt-Norge ha brukt ca. 190 mill. kr mindre på hjemmebaserte tjenester, og tilsvarende mer på øvrige tjenesteområder.

Kommuner i Nord

Fra 2010 til 2015 økte utgiftene per innbygger til institusjonsbaserte tjenester i den kommunale helse- og omsorgstjenesten med nær 2 prosent for kommunene i Nord. For kommunene i de øvrige regionene var det derimot en nedgang på 2 til 3 prosent. Utgiftene til institusjonsbaserte tjenester økte om lag i samme takt for alle de fire regionene, men befolkningsveksten har vært svakere i Nord.

Utgiftene til helsefremmende og forebyggende arbeid, målt per innbygger, økte med drøyt tre prosent for kommunene i Nord, mot om lag 12 prosent for landet samlet. Satsningen på forebyg-

Fig 1.11 Variasjoner i relativ fordeling av utgifter mellom kommuner i ulike regioner, 2010 og 2015.



gende og helsefremmende kommunale tjenester ser dermed ut til å ha vært svakere i Nord sammenlignet med de øvrige regionene.

Målt per innbygger så var det en noe svakere vekst i utgifter til statlige behandlingsrefusjoner fra Helfo til kommunene i Nord. I Nord var veksten på 9 prosent mot et landsgjennomsnitt på 12 prosent. Samtidig var veksten per innbygger i kommunale utgifter til behandling og rehabilitering m.m. sterkere i Nord med en økning på 9,5 prosent mot rundt 6 prosent for landet samlet.

Figur 1.11 viser at kommunene i Nord i 2015 brukte 9,7 prosent av de samlede utgiftene til behandling og rehabilitering m.m. Den tilsvarende andelen for de øvrige regionene er 7 - 8 prosent. Kommunene i Nord bruker en mindre andel av sine utgifter til helsefremmende og forbyggende tiltak, og også en mindre andel til service og aktivisering.

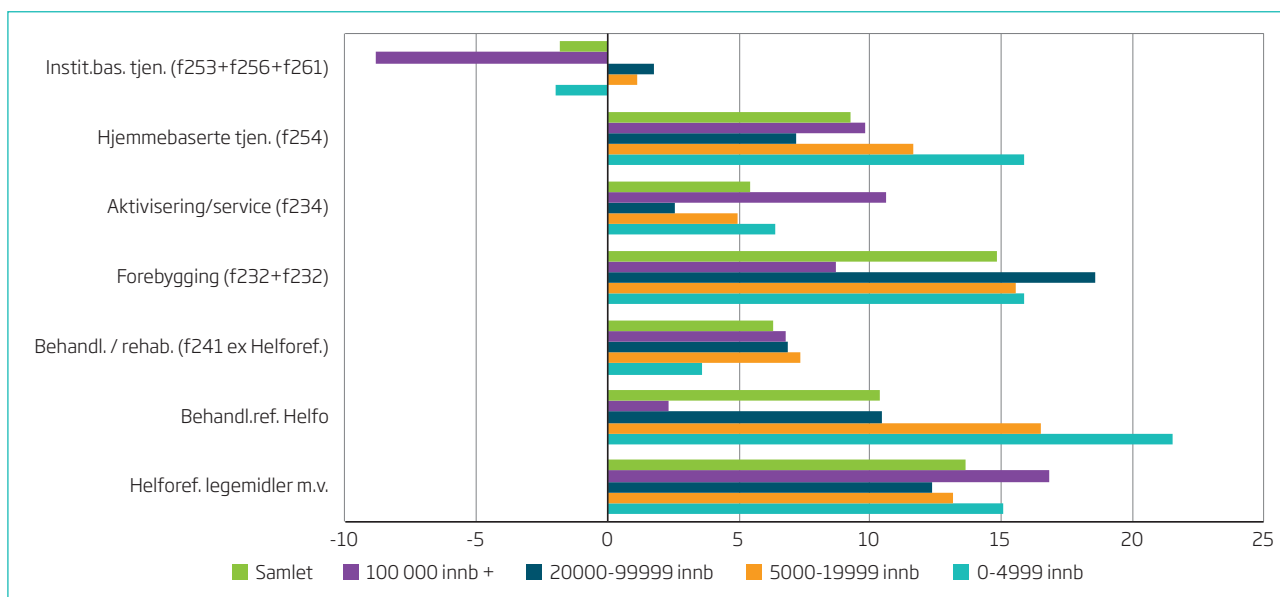
1.6 STØRRE OG MINDRE KOMMUNER I SØR-ØST

Avsnitt 1.5 viste at kommunene i Sør-Øst samlet sett hadde en sterkere vekst enn landet for øvrig i

kommunale utgifter til helsefremmende og forbyggende virksomhet, og til statlige legemiddelrefusjoner. Figur 1.12 viser at utgiftene per innbygger til helsefremmende og forbyggende arbeid har økt mest for kommunene i størrelsesgruppen 20 000 til 99 999 innbyggere, hvor utgiftsnivået økte med nær 19 prosent i perioden fra 2010 til 2015 mot 12 prosent for landet samlet. Veksten i utgifter per innbygger til legemiddelrefusjoner i Sør-Øst økte mest for de aller største kommunene med mer enn 100 000 innbyggere, hvor realveksten i perioden var på 17 prosent mot enn gjennomsnittlig vekst for landet samlet på nær 13 prosent.

I tråd med utviklingen for landet samlet, så gikk utgiftene per innbygger til institusjonsbaserte tjenester ned med nær 2 prosent i Sør-Øst gjennom perioden som betraktes. Figur 1.12 viser at nedgangen var særlig sterk for de aller største kommunene med mer enn 100 000 innbyggere, hvor utgiftene per innbygger til institusjonsbaserte tjenester gikk ned med nær 9 prosent. Samhandlingsreformen ser dermed ut til å korrespondere med svakere vekst i utgifter til institusjonsbaserte kommunale helse- og omsorgstjenester for de største kommunene i Sør-Øst. Den avvikende utviklingen skyldes både at utgiftsveksten var svakere i Oslo og Bærum enn i kommunene for øvrig, og at befolkningsveksten var sterkere.

Fig 1.12 Prosent realvekst i utgifter per innbygger til kommunale helse- og omsorgstjenester (KOSTRA), og til statlige helserefusjoner (Helfo), 2010-2015. Kommunale variasjoner i Sør-Øst.

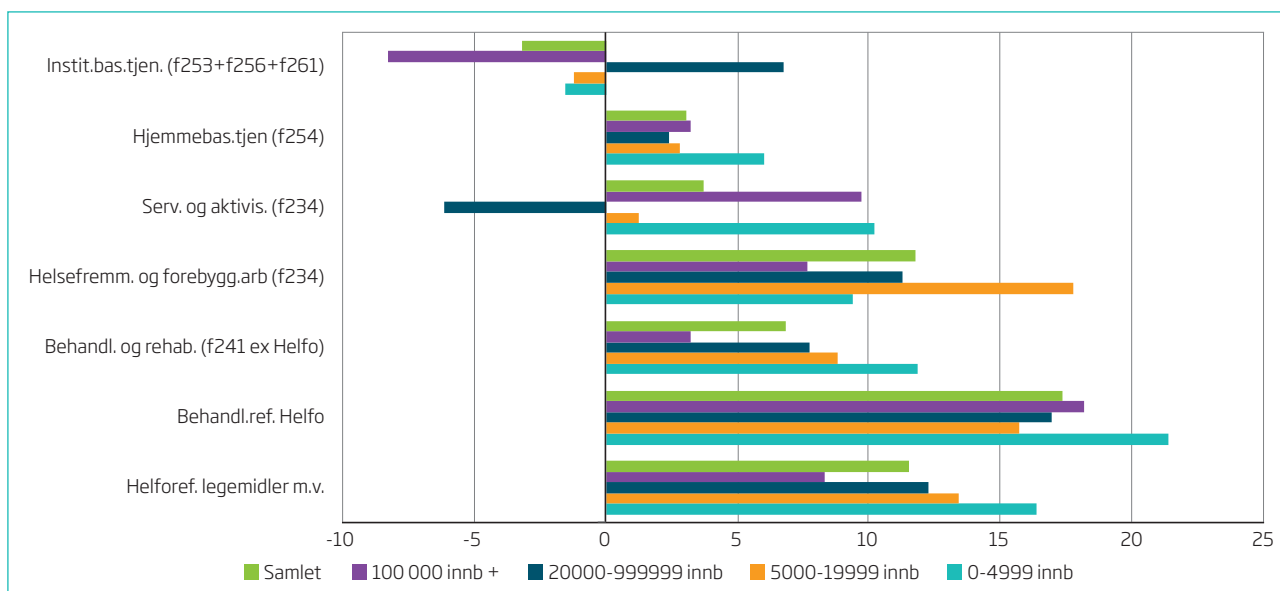


1.7 STØRRE OG MINDRE KOMMUNER I VEST

Avsnitt 1.5 viste at nedgangen i utgifter per innbygger til institusjonsbaserte kommunale tjenester i Vest var noe sterkere enn for landet samlet i perioden fra 2010 til 2015. I tillegg var veksten i utgifter per innbygger til hjemmebaserte tjenester svakere.

Figur 1.13 viser en sterkere nedgang i utgifter til institusjonsbaserte kommunale tjenester i Vest kommer i de aller største kommunene med mer enn 100 000 innbyggere, med en nedgang på 8 prosent. De aller største kommunene i Vest er Bergen og Stavanger. Samhandlingsreformen løper sammen med en realnedgang i utgifter til institusjonsbaserte tjenester i disse to kommunene.

Fig 1.13 Prosent realvekst i utgifter per innbygger til kommunale helse- og omsorgstjenester (KOSTRA), og til statlige helserefusjoner (Helfo), 2010-2015, kommunale variasjoner i Vest.



Kommuner i Vest i størrelsesorden 20 000 – 99 999 innbyggere har derimot en vekst i utgifter per innbygger til institusjonsbaserte tjenester på nær 7 prosent. En gjennomgang viser at veksten for denne gruppen av kommuner skyldes 2 kommuner, Sandnes og Fjell. Utgiftsveksten for disse to kommunene er sterkere og jevn over perioden som betraktes.

Svakere vekst i utgifter per innbygger til hjemmebaserte tjenester i kommunene gjelder alle grupper av kommuner i Vest, med unntak av de minste kommunene med mindre enn 5 000 innbyggere. For de minste kommunene Vest økte utgiftene per innbygger til hjemmebaserte tjenester med 6 prosent, mot 8 prosent for landet samlet. For de øvrige kommunene var veksten på rundt 3 prosent.

1.8 STØRRE OG MINDRE KOMMUNER I MIDT-NORGE

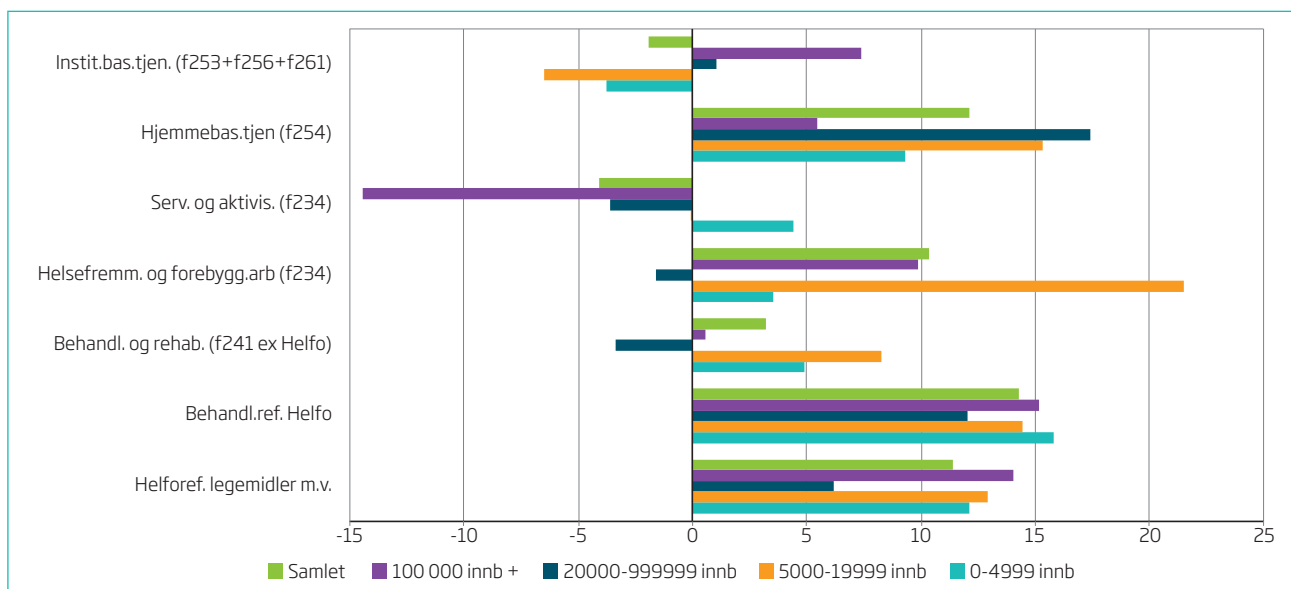
Avsnitt 1.5 viste at kommunene i Midt-Norge hadde en sterkere vekst i utgifter per innbygger til hjemmebaserte tjenester fra 2010 til 2015. Samtidig gikk utgiftene per innbygger til service og aktivisering av eldre og funksjonshemmede ned.

En sterkere vekst i utgifter per innbygger for de hjemmebaserte tjenestene i Midt-Norge kommer i særlig grad for kommune i størrelsen 20 000 – 99 999 innbyggere. En gjennomgang av data-materialet viser at utgiftsveksten har vært sterkere for alle kommunene i denne gruppen. Eksempler på kommuner i denne gruppen er Molde, Kristiansund og Stjørdal.

Nedgangen i utgifter per innbygger til service og aktivisering på om lag 4 prosent i perioden kom i de største kommunene. For kommuner med et antall innbyggere over 100 000, så gikk utgiftsnivået ned med drøyt 14 prosent. Det er Trondheim kommune. utgiftene per innbygger ble også redusert for kommunene i gruppen 20 000 – 99 999 innbyggere.

For Midt-Norge samlet så gikk utgiftene til institusjonsbaserte tjenester i kommunene ned med om lag 2 prosent, i tråd med gjennomsnittet for landet samlet. Figur 1.14 viser variasjoner mellom kommunegruppene. For kommunen med over 100 000 innbyggere (Trondheim) så gikk utgiftene per innbygger til institusjonsbaserte tjenester opp med 7 prosent i perioden. For kommunene i størrelsen 20 000 til 99 999 innbyggere, så økte utgiftene per innbygger med 1 prosent. En samlet nedgang i utgifter per innbygger skyldes dermed en nedgang i utgifter per innbygger på om lag 4 til 6 prosent blant de mindre kommunene.

Fig 1.14 Prosent realvekst i utgifter per innbygger til kommunale helse- og omsorgstjenester (KOSTRA), og til statlige helserefusjoner (Helfo), 2010-2015. Kommunale variasjoner i Midt-Norge.



I Midt-Norge så har det vært en vekst i utgifter til institusjonsbaserte tjenester for de største kommunene i denne perioden. Dette kan være en forventet utvikling på grunn av samhandlingsreformen og overføring av oppgaver til kommunene, men avsnittene 1.6 og 1.7 har vist at utgiftene ikke har økt for de store kommunene i Sør-Øst og Vest.

Figur 1.14 viser også at utgiftsveksten per innbygger til legemiddelrefusjoner har vært svakere for kommunene i Midt-Norge i størrelsen 20 000 til 99 999 innbyggere.

1.9 STØRRE OG MINDRE KOMMUNER I NORD

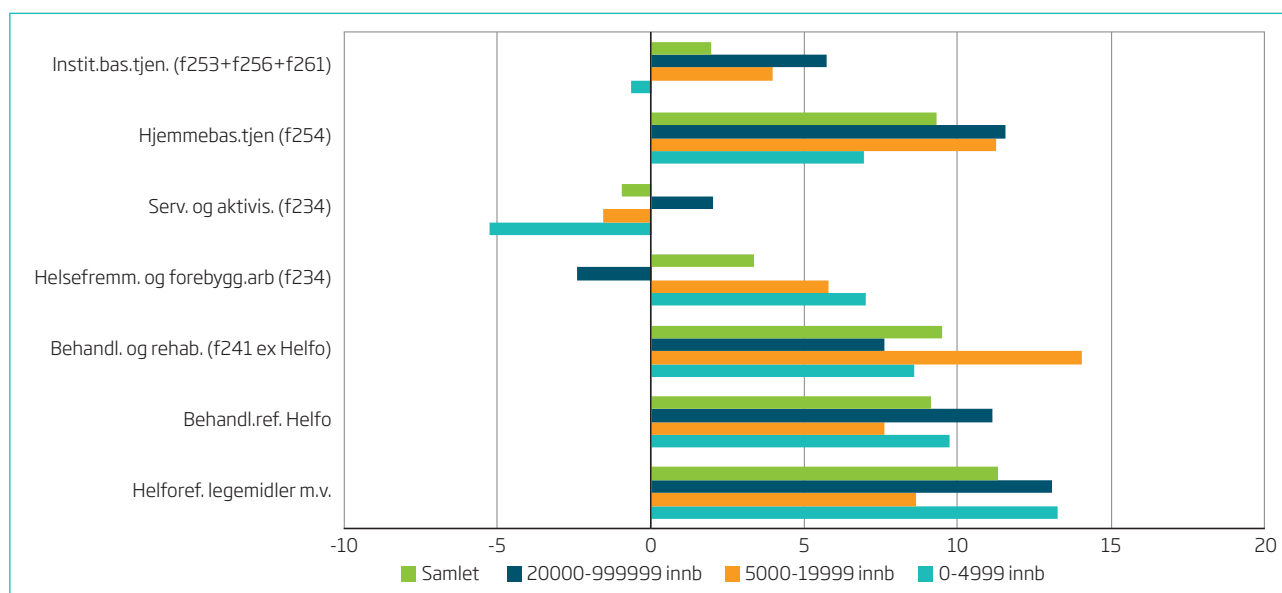
Avsnitt 1.5 viste at Nord var den eneste regionen som samlet sett hadde en vekst i utgifter per innbygger (+2 prosent) til institusjonsbaserte tjenester i kommunene fra 2010 til 2015. For landet for øvrig var nedgangen på 2-3 prosent. Det kom også fram at kommunene i Nord samlet sett hadde en svakere vekst i utgifter til helsefremmende og forebyggende arbeid, med en vekst på om lag 3 prosent mot rundt 12 prosent for landet samlet.

Figur 1.15 viser at gruppen av kommuner i Nord med 20 000 til 99 999 innbyggere hadde en særlig

sterkere vekst i utgifter per innbygger til institusjonsbaserte tjenester, med en vekst på nær 6 prosent i perioden. Veksten kom i 2 kommuner, Tromsø og Bodø. Gruppen av kommuner med 5 000 til 19 999 innbyggere hadde også en vekst på 4 prosent i utgifter per innbygger til institusjonsbaserte tjenester. For de største kommunene i Nord ser vi samlet sett det samme bildet som for Midt-Norge, det vil si at utgiftene per innbygger til institusjonsbaserte tjenester i kommune har økt i perioden.

Utgiftene per innbygger til helsefremmende og forebyggende tjenester gikk ned med om lag 2 prosent for kommunene i størrelsen 20 000 til 99 999 innbyggere i Nord, i motsetning til en vekst på 12 prosent for landet samlet. Nedgangen for denne gruppen av kommuner i Nord skyldes nedgang i utgifter til dette formålet i kommunene Rana og Bodø.

Fig 1.15 Prosent realvekst i utgifter per innbygger til kommunale helse- og (KOSTRA), og til statlige helserefusjoner (Helfo), 2010-2015. Kommunale variasjoner i Nord.



2. Variasjoner i ressursbruk og prioritering

I dette kapitlet beskrives forskjeller mellom kommunegrupper i beregnet utgiftsbehov, ressursbruk og prioritering i kommunale helse- og omsorgstjenester.

Det er systematiske forskjeller mellom kommuner og kommunegrupper i utgiftsbehov, ressursbruk og prioritering. Det fremgår av kostnadsnøkkelen for helse- og omsorgstjenester i årene 2010-2015 at små kommuner har et høyere beregnet utgiftsbehov enn mellomstore og store kommuner. Dette gjelder både for helsetjenester i hjemmet, på institusjon, og for forebygging og behandling.

Ressursbruk til kommunale helse- og omsorgstjenester i hjemmet og på institusjon er gjennomgående høyere i region Nord (både små og store kommuner) og i små kommuner i Sør-Øst og Vest enn det som beregnet utgiftsbehov tilsier. For mellomstore kommuner i Sør-Øst og store og mellomstore kommuner i Midt-Norge, er ressursbruken til dette formålet lavere enn det som beregnet utgiftsbehov tilsier.

Kommuner med høye frie disponible inntekter har høyere ressursbruk på helse- og omsorgstjenester i hjemmet og på institusjon enn det som beregnet utgiftsbehov skulle tilsi. Når vi imidlertid tar hensyn til nivået av frie disponible inntekter, fremstår disse kommunenes prioritering av helse- og omsorgstjenester i hjemmet og på institusjon som lavere enn i andre kommuner.

Ressursbruk knyttet til forebygging og behandling er høyere enn det som beregnet utgiftsbehov tilsier blant små kommuner i alle regioner. For region Nord finner vi at ressursbruk er høyere enn beregnet utgiftsbehov i også mellomstore kommuner.

2.1 INNLEDNING

Dette kapitlet beskriver forskjeller mellom kommunegrupper i beregnet utgiftsbehov, ressursbruk og prioritering i kommunale helse- og omsorgstjenester. Disse tjenestene omfatter utredning, behandling, forebygging, re/-habilitering, samt andre helse- og omsorgstjenester som helsetjenester i hjemmet og på institusjon. Det er variasjon mellom kommunene både med hensyn til størrelse, befolknings sammensetning, reiseavstander til sykehus og andre kriterier som har betydning for utgiftsbehovene i de enkelte kommunene. For å kunne sammenlikne utgiftene til disse tjenestene

på tvers av ulike typer kommuner er det derfor nødvendig å korrigere for behov, samt andre forhold som har en innvirkning på utgiftsnivået. Det er ikke gjengitt resultater for hver enkelt kommune i dette kapitlet; tallene som presenteres er aggregerte gjennomsnittstall for kommunestørrelser og KOSTRA-grupper, og resultatene vil dermed kunne si oss noe om eventuelle variasjoner mellom ulike grupper av kommuner.

2.2 DATA OG METODE

Datamaterialet i dette kapitlet er hentet fra SSBs KOSTRA-database, tabell 05065 kommuneregnskap. Indikatorene på beregnet utgiftsbehov, ressursbruk og prioritering er utviklet av ASSS-nettverket i KS.

Tabell 2.1 viser hvilke funksjoner i KOSTRA-databasen som inngår i de ulike begrepene som benyttes i dette kapitlet. For hver av funksjonene er det benyttet opplysninger om netto driftsutgifter, lønnsutgifter (herav pensjonsinnskudd og trekkpliktige forsikringsordninger, herav arbeidsgiveravgift), samt avskrivninger.

Beregnet utgiftsbehov

Ved beregningen av utgiftsbehov er det tatt utgangspunkt i gjennomsnittlige netto driftsutgifter per innbygger for landet. For å få et mål på den enkelte kommunes forventede utgiftsbehov er landsgjennomsnittet korrigeret for kommunenes skåre på behovsindeksene (indeksene er nærmere beskrevet under pkt. 2.2.5). I tillegg til behovskorrigeringen er det korrigeret for forskjeller mellom kommunene i utgifter til pensjonsinnskudd, arbeidsgiveravgift og vertskommunetilskudd, samt at det er foretatt en prisvekstjustering⁵.

Beregnet utgiftsbehov =	Gjennomsnittlige netto driftsutgifter (ekskludert avskrivninger)
	+ korreksjon behov
	+ korreksjon pensjonsutgifter
	+ korreksjon arbeidsgiveravgift
	+ korreksjon vertskommunetilskudd

Ressursbruk

Videre ses det nærmere på kommunenes ressursbruk, altså hvorvidt kommunene bruker mer

eller mindre enn det beregnede og forventede utgiftsbehovet. Målet på ressursbruk er avviket mellom faktiske netto driftsutgifter og det beregnede utgiftsbehov som er beskrevet over:

Ressursbruk =	Netto driftsutgifter (eksklusive avskrivninger)
	- beregnet utgiftsbehov

Prioritering

Til sist i kapitlet beskrives også kommunenes prioriteringer som avviket mellom faktiske netto driftsutgifter og beregnet utgiftsbehov korrigeret for forskjeller i kommunenes frie disponible inntekter. Dette gir informasjon om noen grupper av kommuner bruker en høyere eller lavere andel av sine frie disponible inntekter til helse- og omsorgstjenester enn landsgjennomsnittet. Det vil også kunne gi en indikasjon på hvorvidt kommunale helse- og omsorgstjenester prioriteres høyere enn andre kommunale sektorer.

Prioritering =	Trinn 1: Relativt inntektsnivå	Trinn 2: Beregning av inntektskorrigeret avvik
	(Disponibel inntekt kommune - Sum korreksjoner kommune)/ Disponibel inntekt landet	Faktiske utgifter kommuner (Faktiske utgifter landet * Relativt inntektsnivå kommune) Sum korreksjoner kommune

KOSTRA-grupper

SSBs gruppering av kommuner har i tillegg til et størrelseskriterium, også tatt høyde for nivå på bundne kostnader per innbygger, samt nivå på frie disponible inntekter. Tabell 2.2 viser oversikt over inndelingen i KOSTRA-grupper.

Tabell 2.1 Definisjon av begreper i kapittel 2.

Helse- og omsorgstjenester i hjemmet og på institusjon:		Forebygging og behandling	
234	Aktiviserings- og servicetjenester overfor eldre og personer med funksjonsnedsettelse	232	Forebygging, helsestasjon- og skolehelsetjeneste
253	Helse- og omsorgstjenester i institusjon	233	Annet forebyggende arbeid
254	Helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende	241	Diagnose, behandling, re-/habilitering
261	Institusjonslokaler	256	Akutthjelp helse- og omsorgstjenester

⁵ Vertskommunetilskuddet er et øremerket tilskudd til vertskommuner og administreres av Helsedirektoratet.

Behovskorrigerig

Behovskorrigeringen av utgifter er gjort på bakgrunn av inntektssystemet for kommuner og fylkeskommuner som publiseres årlig av Kommunal- og moderniseringsdepartementet (KMD) i Grønt hefte. Til grunn for beregningen av behovskorrigerede utgifter ligger det to ulike behovsindekser, én for helse- og omsorgstjenester i hjemmet og på institusjon (funksjon 234, 253, 254 og 261), og én for forebygging og behandling (funksjon 232, 233, 241 og 256). For hver av indeksene benyttes en egen kostnadsnøkkel for å vekte opp de kriteriene som har betydning for utgiftsnivået innenfor de ulike helse- og omsorgstjenestene. Kommunenes skåre på indeksene kalkuleres ved å dividere kommunenes

sum av andeler innenfor hvert kriterium i kostnadsnøkklene på kommunenes andeler av det totale befolkningstallet i landet. Kommunene får da en skåre +/- 1, hvor 1 representerer landsgjennomsnittet. Verdier som er høyere enn 1 indikerer at kommunene har et høyere utgiftsbehov per innbygger enn landsgjennomsnittet og verdier under 1 betyr at kommunene har et lavere utgiftsbehov per innbygger enn gjennomsnittet.

Det er store forskjeller i utgiftsbehov på tvers av kommunene, dette skyldes ulikheter i blant annet størrelse, befolknings sammensetning og reiseavstand. Dette ser vi også tydelig i figur 2.1 og 2.2 som viser kommunenes spredning på behovsindeksene.

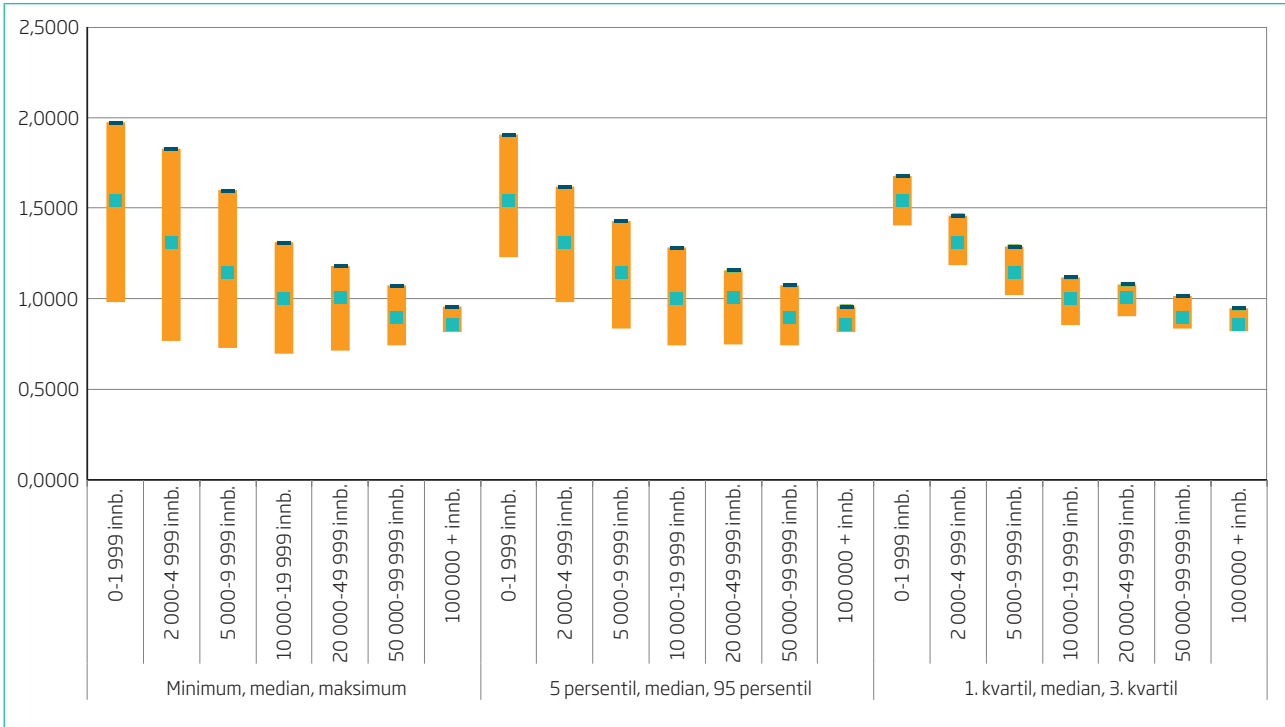
Tabell 2.2 Kategorier KOSTRA-grupper.

Forklaring KOSTRA-grupper:	
Gr. 1	Små kommuner med middels bundne kostnader per innbygger, lave frie disponible inntekter
Gr. 2	Små kommuner med middels bundne kostnader per innbygger, middels frie disponible inntekter
Gr. 3	Små kommuner med middels bundne kostnader per innbygger, høye frie disponible inntekter
Gr. 4	Små kommuner med høye bundne kostnader per innbygger, lave frie disponible inntekter
Gr. 5	Små kommuner med høye bundne kostnader per innbygger, middels frie disponible inntekter
Gr. 6	Små kommuner med høye bundne kostnader per innbygger, høye frie disponible inntekter
Gr. 7	Mellomstore kommuner med lave bundne kostnader per innbygger, lave frie disponible inntekter
Gr. 8	Mellomstore kommuner med lave bundne kostnader per innbygger, middels frie disponible inntekter
Gr. 10	Mellomstore kommuner med middels bundne kostnader per innbygger, lave frie disponible inntekter
Gr. 11	Mellomstore kommuner med middels bundne kostnader per innbygger, middels frie disponible inntekter
Gr. 12	Mellomstore kommuner med middels bundne kostnader per innbygger, høye frie disponible inntekter
Gr. 13	Store kommuner utenom de fire største byene
Gr. 14	Bergen, Trondheim og Stavanger
Gr. 15	Oslo kommune
Gr. 16	De ti kommuner med høyest frie disponible inntekter per innbygger

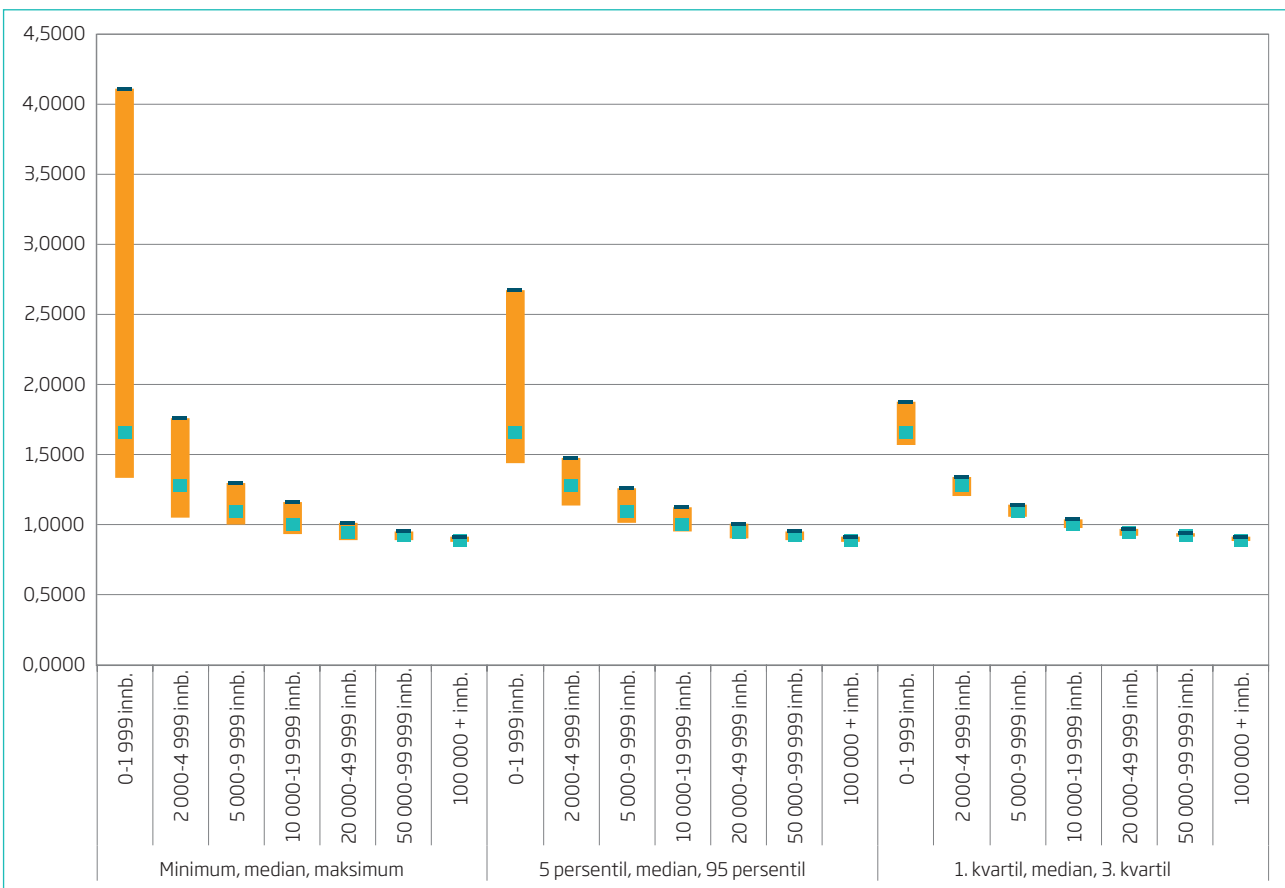
Tabell 2.3 Kostnadsnøkler for kommunale helse- og omsorgstjenester.

Helse- og omsorgstjenester i hjemmet og på institusjon (funksjon 232, 233, 241 og 256)		Forebygging og behandling (funksjon 234, 253, 254 og 261)	
Innbyggere 0-66 år	0,1150	Innbyggere 0-1 år	0,0292
Innbyggere 67-79 år	0,1102	Innbyggere 2-5 år	0,0576
Innbyggere 80-89 år	0,1971	Innbyggere 6-15 år	0,1532
Innbyggere 90 år +	0,1383	Innbyggere 16-22 år	0,1048
PU 16 år +	0,1397	Innbyggere over 22 år	0,4481
Ikke-gifte over 67 år	0,1323	Dødelighet	0,0546
Dødelighet	0,1323	Sone	0,0478
Sone	0,0116	Nabo	0,0478
Nabo	0,0116	Basis	0,0568
Basis	0,0120		
Totalt	1,0000	Totalt	1,0000

Figur 2.1 Helse- og omsorgstjenester i hjemmet og på institusjon: Spredning for behovsindeks fordelt på kommunestørrelser 2015.



Figur 2.2 Forebygging og behandling: Spredning for behovsindeks fordelt på kommunestørrelser 2015.



Behovsindeksen for helse- og omsorgstjenester i hjemmet og på institusjon (figur 2.1) viser betydelige forskjeller knyttet til kommunestørrelse. Små kommuner har i gjennomsnitt høyere utgiftsbehov til kommunale helse- og omsorgstjenester i hjemmet og på institusjon enn store kommuner. Variasjonen i behov mellom de minste kommunene er også større enn blant de mellomstore og store kommunene.

For de minste kommunene, er variasjonen i utgiftsbehov til forebygging og behandling (figur 2.2) enda større enn for helse- og omsorgstjenester i hjemmet og på institusjon. Figuren viser også at dette skyldes enkeltkommuner med sterkt avvikende verdier, og at maksimumsverdiene for 95-prosent persentilene viser mindre variasjon. For de noe større kommunene, er det kun mindre forskjeller i kommunenes behov for forebygging og behandling.

2.3 UTGIFTER TIL HELSE- OG OMSORGSTJENESTER I HJEMMET OG PÅ INSTITUSJON

Figur 2.3-2.4 viser forskjeller i *beregnet utgiftsbehov*. Indikatoren representerer netto driftsutgifter per innbygger eksklusive avskrivninger og korrigeringer for behov, pensjonsinnskudd, arbeidsgiveravgift og vertskommunetilskudd.

Figur 2.3 viser at de minste kommunene har et høyere beregnet utgiftsbehov enn store kommuner. Dette følger også av de faktorene som inngår i behovsberegningen gjennom komponentene basis (smådriftsulemper), sone og nabo (avstand og sentralitet). Nivået for de små kommunene lå i 2015 på mellom 20 000 og 23 000 kr per innbygger. Det generelle mønsteret på tvers av regionene er at det beregnede utgiftsbehovet reduseres jo større kommunene er. I region Nord og Midt-Norge er det høyere utgiftsbehov i kommuner med lengre reiseavstand til sykehus, mens det i Vest og Sør-Øst er mindre tydelige forskjeller mellom kommuner med kort og lengre reiseavstand. Ett unntak finner vi i Sør-Øst for kommuner med over 20 000 innbyggere, hvor utgiftsbehovet er større i kommuner med kort reiseavstand enn kommuner med lengre reiseavstand.

Figur 2.4 viser beregnet utgiftsbehov fordelt på KOSTRA-grupper. Det vil være naturlig å forvente at kommuner med et høyt nivå på bundne kostnader vil ha et høyere utgiftsbehov og at det tilsvarende vil være et lavere utgiftsbehov i kommuner med lave bundne kostnader. Dette gjenspeiler seg også i datamaterialet; de tre KOSTRA-gruppene med høye bundne kostnader (gruppe fire, fem og seks) er de tre gruppene med høyest beregnet utgiftsbehov per innbygger. Figuren viser også at kommunestørrelse har betydning, alle de seks gruppene med små kommuner kommer høyest ut på utgiftsbehov. Deretter følger mellomstore kommuner, og også her er det høyere utgiftsbehov i kommuner med middels bundne kostnader sammenliknet med kommuner med lave bundne kostnader. En gruppe som skiller seg litt ut er gruppe 16, som består av de ti kommunene i landet med høyeste frie disponible inntekter (de såkalte kraftkommunene). Det er ikke noen selvsagt sammenheng mellom å ha høye frie disponible inntekter og samtidig ha et høyt beregnet utgiftsbehov. Sammenhengen her er nok kanskje mer knyttet til kommunestørrelse; kommunene i gruppe 16 er også små kommuner, og vi har allerede sett at det beregnede utgiftsbehovet er større i små kommuner.

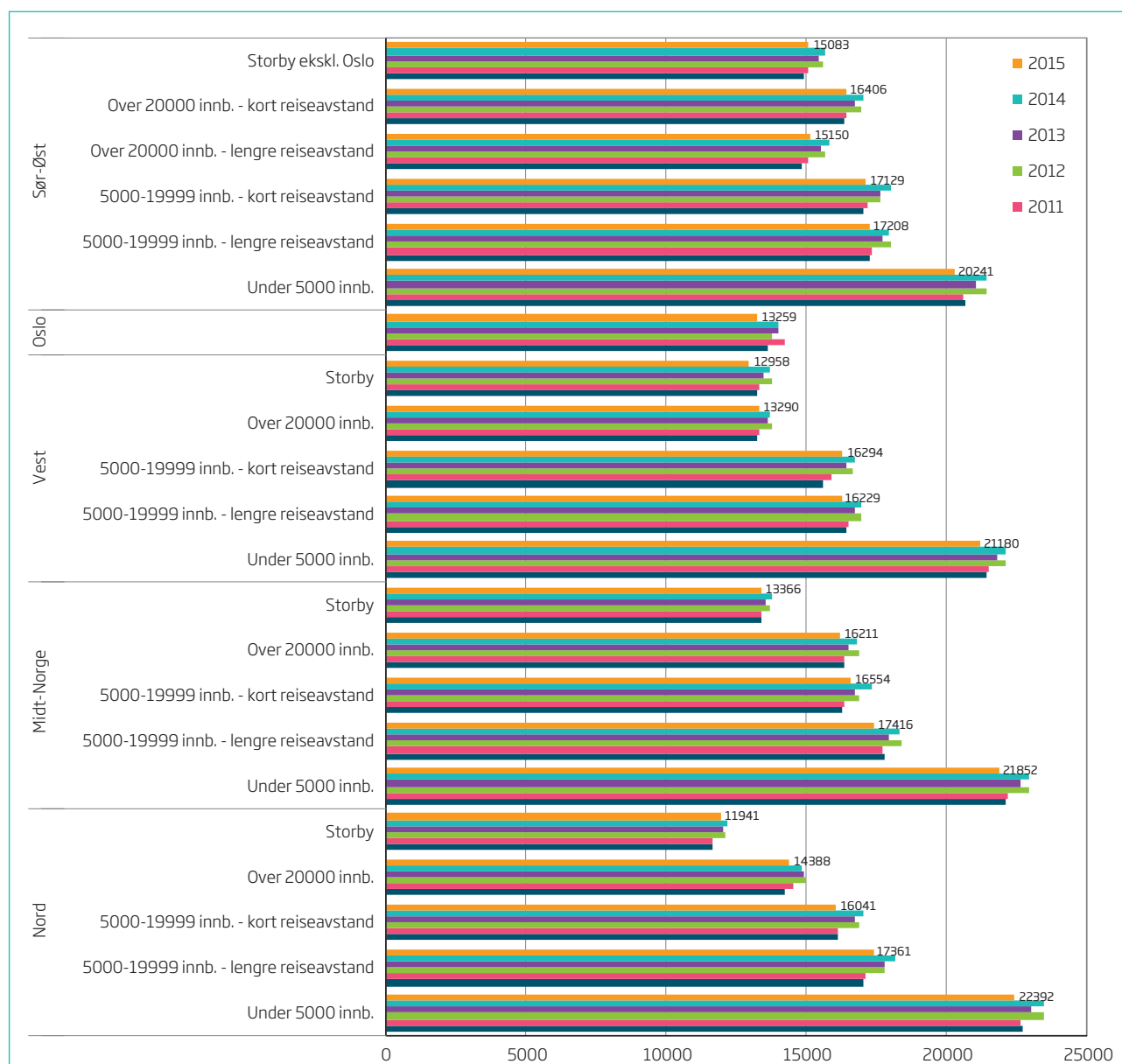
Figur 2.5 og 2.6 viser *faktisk ressursbruk* til helse- og omsorgstjenester i hjemmet og på institusjon korrigert for beregnet utgiftsbehov. Ressursbruk indikerer dermed hvilke kommuner som bruker mer eller mindre ressurser enn man kan forvente med utgangspunkt i det beregnede utgiftsbehovet. Figur 2.5 indikerer tydelige forskjeller mellom regionene. I region Nord er det høyere ressursbruk enn forventet innenfor alle kommunestørrelser, og aller høyest innenfor kommuner med over 20 000 innbyggere. Mønsteret er motsatt i Midt-Norge, her er ressursbruken mindre enn forventet. Dette gjelder alle kommunestørrelser, med unntak av de minste kommunene (under 5 000 innbygger) hvor ressursbruken er tilnærmet det beregnede utgiftsbehovet. For region Vest er bildet mer variert; i de minste kommunene, kommuner med 5 000 - 19 999 innbyggere og kort reiseavstand, samt storbykommunene ligger ressursbruken høyere enn beregnet utgiftsbehov. De største avvikene fra beregnet utgiftsbehov finner vi i de små kommunene. Innenfor Sør-Øst er det i likhet med Midt-Norge noe lavere ressursbruk enn beregnet behov skulle

tilsi for alle kommunestørrelser med unntak av de minste kommunene. I Sør-Øst finner vi lavest ressursbruk (i relasjon til beregnet utgiftsbehov) for kommuner med over 20 000 innbyggere og lengre reiseavstand.

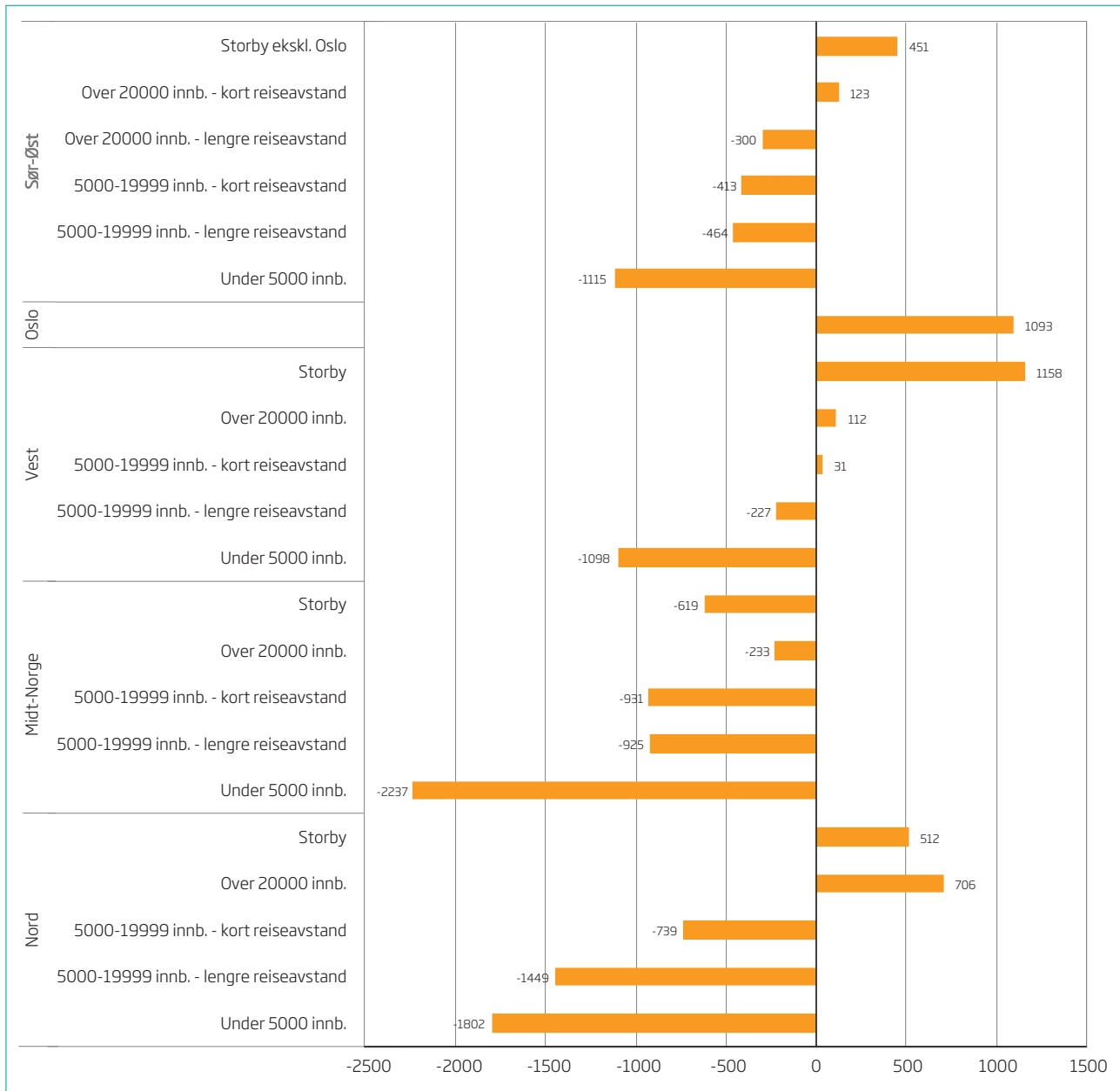
Figur 2.6 viser at vi finner det største avviket mellom faktiske utgifter og beregnet utgiftsbehov i de kommunene som har høyest frie disponible inntekter. I disse 10 kommunene brukes det i gjennomsnitt 9 000 kr mer per innbygger enn hva man skulle kunne forvente ut fra utgiftsbehovet.

Videre ser vi at de andre kommunegruppene med høye frie disponible inntekter (gruppe 3, 6 og 12) også ligger høyt på ressursbruk sammenliknet med beregnet utgiftsbehov. Kommuner med middels og lave frie disponible inntekter (gruppe 1, 2, 7, 8, 10 og 11) bruker mindre ressurser enn beregnet utgiftsbehov. Ett unntak er gruppe 4 som samtidig har høye bundne kostnader, hvilket naturligvis kan medføre en høyere ressursbruk. Når det gjelder større kommuner så er bildet litt delt; de store kommunene utenom de fire største byene bruker mindre ressurser enn beregnet utgiftsbehov, mens de

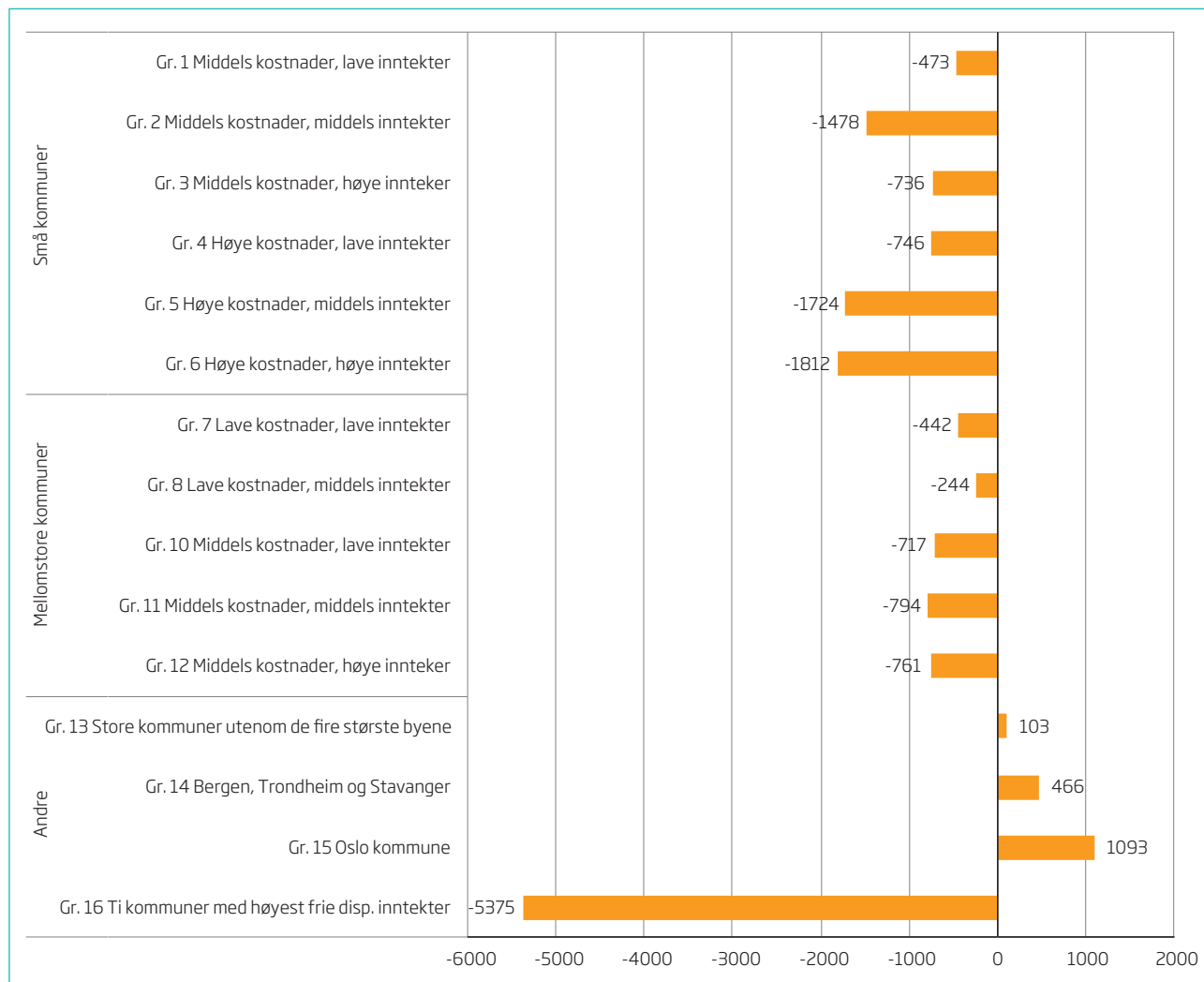
Figur 2.3 Beregnet utgiftsbehov per innbygger til helse- og omsorgstjenester i hjemmet og på institusjon, justert for prisvekst og fordelt på kommunestørrelser og regioner 2010-2015.



Figur 2.7 Prioritering av helse- og omsorgstjenester i hjemmet og på institusjon målt som avvik mellom faktiske netto driftsutgifter (ekskl. avskrivninger) og beregnet utgiftsbehov per innbygger, korrigert for forskjeller i frie disponible inntekter, justert for prisvekst og fordelt på kommunestørrelser og regioner 2015.



Figur 2.8 Prioritering av helse- og omsorgstjenester i hjemmet og på institusjon målt som avvik mellom faktiske netto driftsutgifter (ekskl. avskrivninger) og beregnet utgiftsbehov per innbygger, korrigert for forskjeller i frie disponible inntekter, justert for prisvekst og fordelt på KOSTRA-



2.4 UTGIFTER TIL FOREBYGGING OG BEHANDLING

Figur 2.9 og 2.10 viser variasjoner i gjennomsnittlige *utgiftsbehov per innbygger* til forebygging og behandling fordelt på henholdsvis kommunestørrelse og KOSTRA-grupper. Det gjennomsnittlige utgiftsbehovet for hele landet var på 2 316 kr per innbygger i 2015. Det fremgår av figur 2.9 at variasjonen mellom ulike kommunestørrelser er lik på tvers av regioner. Det største beregnede utgiftsbehovet finner vi i de minste kommunene, og utgiftsbehovene reduseres jo større kommunene er. Det laveste beregnede behovet finner vi for storby i Midt-Norge, mens det høyeste behovet er i små kommuner i region Vest. I likhet med det vi så innenfor helse- og omsorgstjenester i hjemmet og på institusjon, så viser figur 2.10 at det er høyest beregnet utgiftsbehov innenfor de små kommunene med høye bundne kostnader (KOSTRA-gruppe 4, 5 og 6). Deretter følger de små kommunene med middels bundne kostnader. Utgiftsbehovet er med andre ord nært knyttet til både størrelse og nivået på de bundne kostnadene. Det laveste beregnede utgiftsbehovet finner vi i de store kommunene og de fire største byene.

Figur 2.11 og 2.12 viser *ressursbruk* til forebygging og behandling som avvik mellom faktiske netto driftsutgifter og beregnet utgiftsbehov. Også innenfor forebygging og behandling er det tydelige forskjeller mellom små og store kommuner og regioner med hensyn til om det brukes mer eller mindre ressurser enn det som beregnet behov tilsier. I alle regioner bruker de minste kommunene mer enn beregnet utgiftsbehov, og aller høyest avvik finner vi i region Nord. I denne regionen bruker alle kommuner, med unntak av storby, mer ressurser på forebygging og behandling enn hva som kan forventes ut fra beregnet behov. Storbyer i både Sør-Øst (inkl Oslo) og Nord bruker omtrent like mye som ressurser som utgiftsbehovet skulle tilsa. Innenfor kategorien storby i Vest er ressursbruken lavere enn forventet, mens den er høyere for storby i region Midt-Norge.

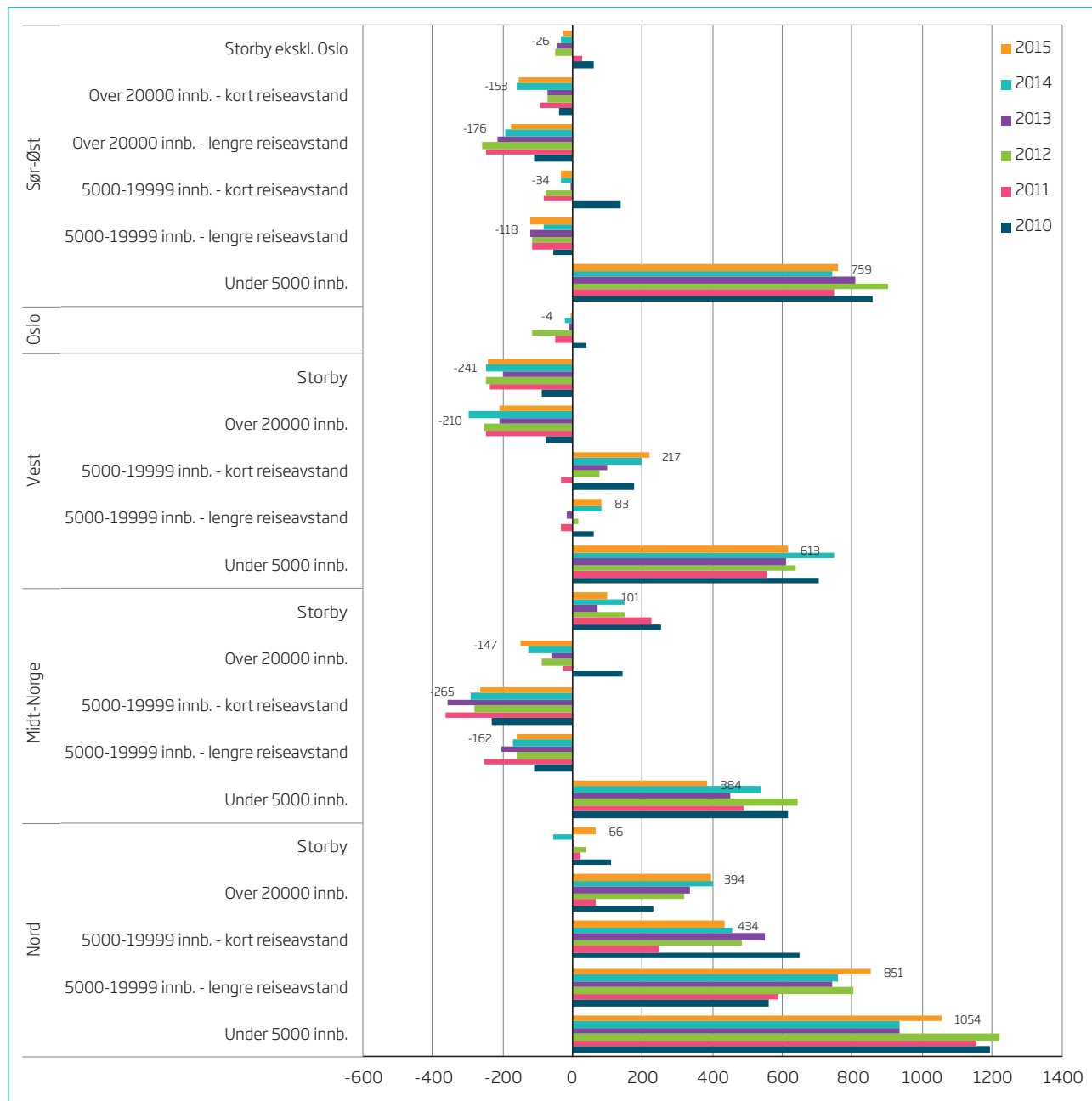
Figur 2.12 viser at det er de 10 kommunene med høyest frie disponible inntekter som har det største avviket mellom faktisk ressursbruk og beregnet utgiftsbehov, også når det gjelder utgifter til forebygging og behandling. Andre kommuner med

høye frie disponible inntekter (gruppe 6,3,5 og 12) har også høyere ressursbruk enn det som beregnet utgiftsbehov skulle tilsa. Gruppe 4 (høye kostnader og lave inntekter) bruker også mer ressurser per innbygger enn hva man kan forvente ut fra beregnet utgiftsbehov. Dette skyldes nok i stor grad at denne gruppen av kommuner også har høye bundne kostnader. De kommunene som bruker minst ressurser sammenliknet med beregnet utgiftsbehov er mellomstore kommuner med lave bundne kostnader og lave frie disponible inntekter (gruppe 7).

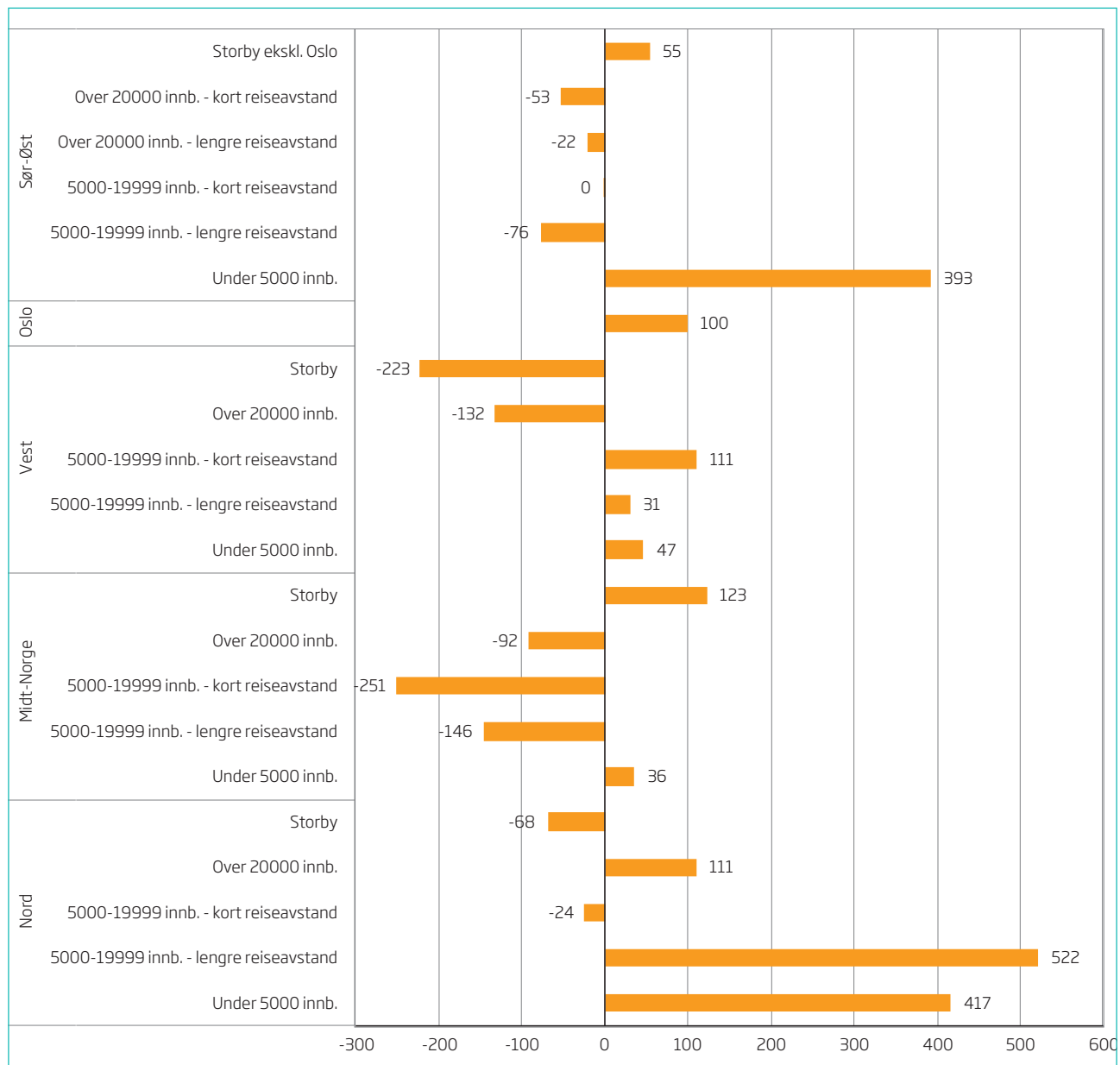
I figur 2.13 og 2.14 er det i tillegg korrigert for forskjeller i frie disponible inntekter, slik at vi kan få et inntrykk av kommunenes relative prioritering av forebygging og behandling. Figurene uttrykker et noe annet mønster enn det som fremkom for prioritering av helse- og omsorgstjenester i hjemmet og på institusjon. Figur 2.7 viste at små kommuner gav lavere prioritet til helse- og omsorgstjenester i hjemmet og på institusjon enn store byer, mens figur 2.13 viser at små kommuner gir høyere prioritet til forebygging og behandling enn store byer. Denne sammenhengen gjelder ikke for små og store byer i Midt-Norge, hvor tallene fra Trondheim viser at forebygging og behandling prioriteres høyere enn som beregnet utgiftsbehov skulle tilsa, når vi tar hensyn til frie disponible inntekter.

I figur 2.14 ser vi igjen at KOSTRA-gruppe 16 (de 10 kommunene med høyest frie disponible inntekter per innbygger) bruker en lavere andel av sine frie disponible inntekter til helseformål enn landsgjennomsnittet. Videre fremgår det at kommune-grupper med høye inntekter (gruppe 3, 6, og 12) bruker en høyere andel av sine frie inntekter enn landsgjennomsnittet, mens kommuner med lave inntekter (gruppe 1, 4, 7 og 10) bruker en lavere andel enn gjennomsnittet.

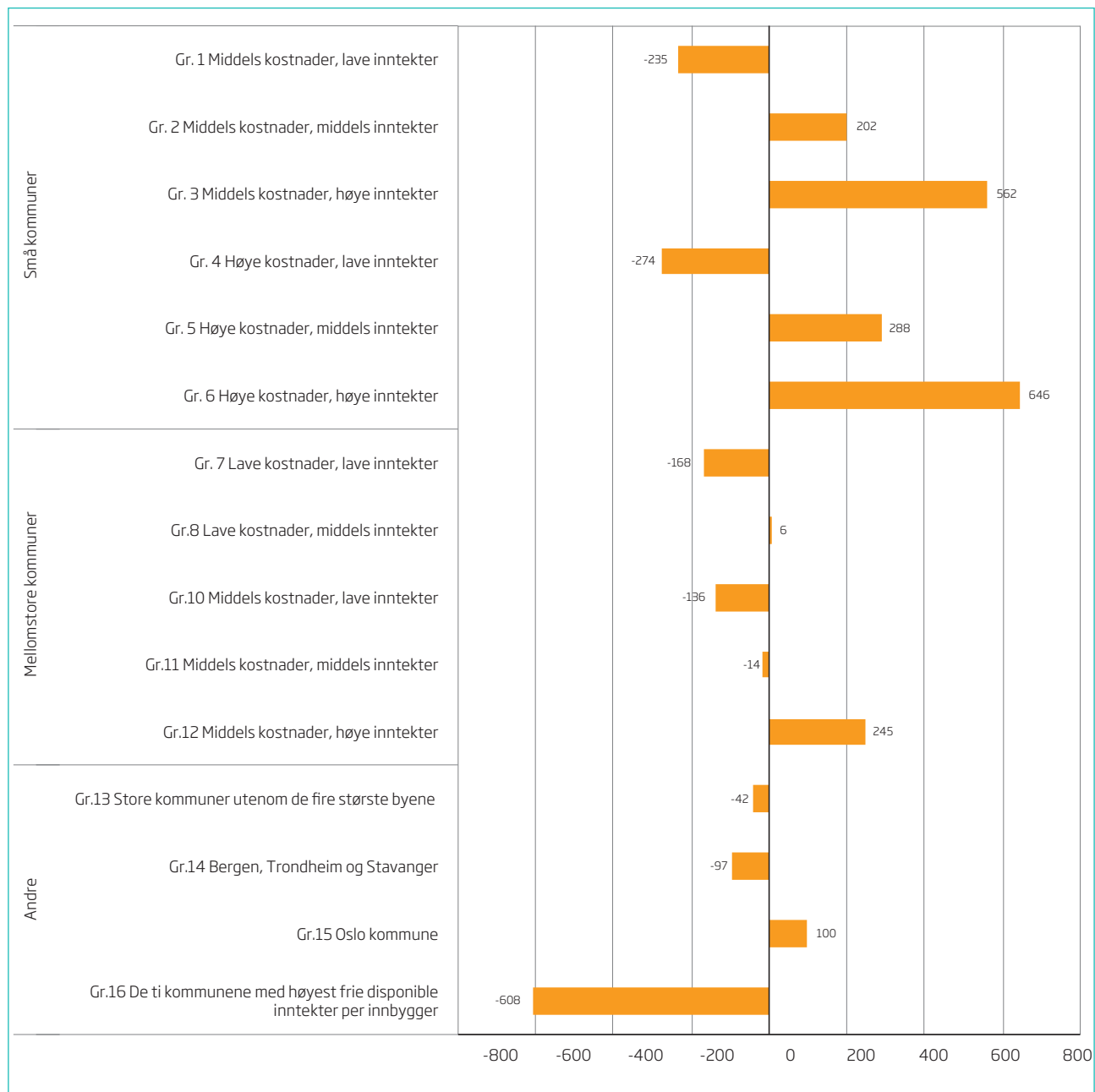
Figur 2.11 Ressursbruk til forebygging og behandling målt som avvik mellom faktiske netto driftsutgifter (ekskl. avskrivninger) og beregnet utgiftsbehov per innbygger, justert for prisvekst og fordelt på kommunistørrelser og regioner 2010-2015.



Figur 2.13 Prioritering av forebygging og behandling målt som avvik mellom faktiske netto driftsutgifter (ekskl. avskrivninger) og beregnet utgiftsbehov per innbygger, korrigert for forskjeller i frie disponible inntekter, justert for prisvekst og fordelt på kommunestørrelser og regioner 2015.



Figur 2.14 Prioritering av forebygging og behandling målt som avvik mellom faktiske netto driftsutgifter (ekskl. avskrivninger) og beregnet utgiftsbehov per innbygger, korrigert for forskjeller i frie disponible inntekter, justert for prisvekst og fordelt på KOSTRA-grupper 2015.



3. Variasjon i kommunale helse- og omsorgstjenester

Det er betydelig variasjon i kommunale helse- og omsorgstjenester i hjemmet og på institusjon. Variasjonene er særlig store for mottakere av et dagsentertilbud. Flere kommuner rapporterer at de ikke har mottakere av dagtilbud som er 80 år eller eldre. Det er også betydelig variasjon i mottakere av korttid- og langtidsopphold på institusjon, og i eldre mottakere av trygghetsalarm.

For bruk av fastlege finner vi liten variasjon i hvor mange som har vært hos fastlege siste år, men større variasjon i hvor ofte man bruker legen, særlig blant eldre over 80 år. En kommune har færre enn to konsultasjoner hos fastlege per innbygger som er 80 år og eldre, mens andre har nærmere 8 konsultasjoner per eldre innbygger. Bruk av legevakt varierer enda sterkere enn bruk av fastlege.

Små kommuner har ofte et høyere nivå av tjenestemottakere enn større kommuner, men forskjellene forklares langt på vei av ulikheter i behov for tjenester (alderssammensetning, dødelighet, antallet innbyggere med psykisk utviklingshemming). Om vi korrigerer for disse forholdene, er det få systematiske forskjeller knyttet til kommunestørrelse i nivået av mottakere av kommunale helse- og omsorgstjenester. For alle typer tjenester, finner vi imidlertid at det er større variasjon mellom små kommuner enn mellom store.

De største kommunene har et lavere nivå av helsetjenester i hjemmet for eldre innbyggere enn små og mellomstore kommuner, men et høyere nivå av langtidsopphold på institusjon.

Størst variasjon i kommunale helse- og omsorgstjenester finner vi for rehabilitering i og utenfor institusjon, tildeling av individuell plan og bruk av fysioterapeuter. Dette beskrives i kapittel 8 og inngår ikke i dette kapitlet.

Variasjonen mellom kommuner i pasienter og brukere av kommunale helse- og omsorgstjenester er lite endret fra 2010 til 2015, men vi finner at variasjonen har blitt noe mindre når det gjelder bruk av legevakt og korttidsopphold. Dette skyldes trolig at omfanget av korttidsopphold har økt i perioden.

Noen kommuner har et lavere nivå av kommunale helse- og omsorgstjenester enn andre. Kommuner som relativt sett har et lavt nivå av både helsetjenester i hjemmet og institusjonstjenester til eldre tenderer til å ha et høyere nivå av liggedager på sykehus for utskrivningsklare pasienter enn andre kommuner. Denne sammenhengen gjelder befolkningen som er 80 år og eldre.

3.1 INNLEDNING

At helse- og omsorgstjenestene er kommunale, betyr at det er geografiske variasjoner i tilbud og tilgjengelighet. Desentraliseringen av helse- og omsorgstjenestene medfører mulighet for lokale tilpasninger, lokalpolitisk kontroll og selvbestemmelse, men kan også resultere i uønskede variasjoner og standarder som kan oppfattes som politisk uakseptable på nasjonalt nivå.

Kommunal variasjon har blitt diskutert i mange offentlige utredninger og planer, blant annet St. meld. nr. 50 (1996-97) Handlingsplan for eldreomsorgen, i NOU 2005:6 Samspill og tillit – om staten og lokaldemokratiet, i Omsorgsmeldingen fra 2006 ((Stortingsmelding nr. 25 (2005-2006)), Stortingsmeldingen fra 2012 om stat og kommune (Meld. St. 12 (2011-2012) Stat og kommune – styring og samspill), Primærhelsetjenestemeldingen fra 2015 (Meld. St. 26 (2014-15)), og i Ny kommunelov (NOU 2016:4). Spørsmålet om kommunal variasjon er nært knyttet til prinsipielle spørsmål om demokrati, selvstyre og statlig styring. Det vil alltid være en viss motsetning mellom ønsket om geografisk likhet i tjenestetilbud og rom for lokale tilpasninger.

I dette kapitlet beskriver vi omfanget av kommunal variasjon i kommunale helse- og omsorgstjenester. Analysene omfatter helse- og omsorgstjenester i hjemmet og på institusjon, samt bruk av fastlege og legevakt. Kapitlet demonstrerer omfanget av kommunal variasjon for en rekke ulike helse- og omsorgstjenester, både for befolkningen totalt og for eldre 80 år og over.

Avslutningsvis i dette kapitlet har vi satt fokus på kommuner som *relativt sett* har et lavt nivå av mottakere for flere typer tjenester. Vi har sett nærmere på disse kommunene og stilt spørsmål ved om de har høyere bruk av spesialisthelsetjenester og flere liggedager for utskrivningsklare pasienter enn andre kommuner. Analysene gjelder befolkningen som er 80 år og eldre.

3.2 HVORDAN MÅLE OM TJENESTETILBUDET ER GODT NOK? NÅR ER VARIASJONENE FOR STORE?

Det vesentlige spørsmålet knyttet til kommunal variasjon i helse- og omsorgstjenester, er om alle kommuner tar godt nok vare på innbyggerne sine. Kommunene har ansvar for å sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester til alle som oppholder seg i kommunen, uavhengig av alder, diagnose, sosiale problem eller funksjonsevne.

For å kunne vurdere om kommunene tilbyr gode nok helse- og omsorgstjenester, må vi ha en *standard* for å måle tjenestene opp mot. I utgangspunktet kan en slik standard være faglig begrunnet, ha et normativ og/eller politisk utgangspunkt for hvordan vi ønsker at helse- og omsorgstjenestene skal være, eller ha et komparativt utgangspunkt. God tilgang på geriatriske sykepleiere i eldreomsorgen er et eksempel på en *faglig* standard som noen vil sette høyt, mens andre vil mene at andre yrkesgrupper vil kunne gi et like viktig bidrag. Kravet til enerom på institusjoner for eldre er en *normativ* standard som det er stor tverrpolitisk enighet om, men når det gjelder spørsmålet om hvor mange som skal få en tjeneste – og hvor ofte de skal få den, kan det vanskelig å sette en standard. Når vi ikke vet hva gode helsetjenester bør koste, kan vi ikke vite om vi bør bruke 15 000 eller 50 000 kroner per innbygger. Det er heller ikke alltid slik at det å gi tjenester til mange, er bedre enn å gi mer tilpassede tjenester til de som trenger det mest, særlig ettersom vi vet at pengene som ikke brukes til helse- og omsorgstjenester kan brukes til grunnskoler, barnevern, kultur og offentlig kommunikasjon.

Det beste bildet av variasjoner i tilgjengelighet til kommunal helse- og omsorgstjenester kunne vi kanskje få ved å studere hvor mange som *ikke* får det tilbudet de trenger og variasjoner mellom kommunene i dette. I PLOS-rapporten for 2016 viser at det totalt var registrert 595 371 søknader om tjenester i 2015. Bare 8 496 søknader (1,4 prosent) endte i avslag. De tjenestene som i størst grad ble avslått gjaldt bolig som kommunen disponerer for helse- og omsorgsformål, og som ikke er institusjon eller omsorgsbolig (12,9 prosent av søknadene), samt brukerstyrt personlig assistent (10,5 prosent av søknadene). Rundt 8 prosent av søknadene om omsorgsbolig og omsorgslønn ble også avslått.

Det er imidlertid ikke mulig å fastslå at årsaken til avslagene er at kommunens tjenestetilbud ikke er godt nok. Avslagene kan skyldes at kommunen mener at brukerne ikke vil kunne nyttiggjøre seg disse tjenestene, eller at søkerne ikke har tilstrekkelig behov for tjenestene.

Et annet mål på tilgjengelighet til tjenester vil man kunne få ved å analysere den tiden det tar fra et kommunalt vedtak om en tjeneste er fattet til det blir iverksatt. Dersom tjenestetilbudet er for lavt dimensjonert, vil det kunne oppstå ventetid. IPLOS-rapporten for 2016 viser at nesten halvparten av vedtakene om helsetjenester i hjemmet blir iverksatt før vedtaket blir fattet. 2 prosent av vedtakene om helsetjenester i hjemmet blir iverksatt først 1 måned eller mer etter at vedtaket ble fattet. For vedtak om langtidsopphold på institusjon, gjaldt dette 6 prosent av vedtakene og for søknader om dagsenter/dagtilbud gjaldt dette 11 prosent. På grunn av anonymitetshensyn, vil disse tallene være tilgjengelig for få kommuner og er vanskelig som utgangspunkt for å vurdere tilgjengelighet til tjenestene.

Kommunal variasjon kan måles på flere vis. I denne rapporten har vi i stor grad satt *landsgjennomsnittet* som standard for definisjonen av om kommunenes nivå av helse- og omsorgstjenester er lavt eller høyt. Det er imidlertid viktig å huske på at det også er betydelige variasjoner mellom kommunene når det gjelder innbyggernes behov for kommunale helse- og omsorgstjenester, kostnader ved å produsere dem og forskjeller i hvordan kommunene *organiserer* tilbudet av tjenester. Noen kommuner har et godt tilbud av hjemmetjenester og et dårligere tilbud av institusjonsplasser og vice versa. I dette kapitlet forsøker vi i noen grad å ta hensyn til forskjeller i behov ved å korrigere for forhold som vi vet at har betydning for behovene for tjenester. Vi har tatt utgangspunkt i forhold som ligger til grunn for fordeling av rammetilskuddene til kommunene; alderssammensetning, dødelighet, antall personer med psykisk utviklingshemming over 16 år, antall ikke-gifte over 67 år og vertskommunetilskuddene. Under avsnittet om ulike behov for tjenester diskuterer vi dette nærmere.

3.3 TILBUDET AV KOMMUNALE HELSE- OG OMSORGSTJENESTER

Noen helse- og omsorgstjenester benyttes av nesten alle innbyggere, mens andre tjenester gjelder få personer. I 2015 hadde 73 prosent av Norges befolkning, og 91 prosent av befolkningen over 80 år minst 1 kontakt med kontakt med fastlegen sin. Hver innbygger hadde i gjennomsnitt 2,6 konsultasjoner med fastlege i løpet av året, og innbyggere over 80 år hadde i gjennomsnitt 5,3 konsultasjoner hver. Legevakt ble benyttet av 18 prosent av befolkningen totalt, og av 30 prosent av befolkningen 80 år og eldre. Eldre hadde omtrent 40 konsultasjoner hos legevakt per 100 innbyggere.

For andre kommunale helse- og omsorgstjenester i hjemmet og på institusjon var det totalt sett 6,8 mottakere per 100 innbyggere. 5 prosent mottar praktisk bistand og/eller helsetjenester i hjemmet. Kommunale registreringer viser at 0,9 av 100 innbyggere har behov for bistand til å kunne gjennomføre arbeid eller utdanning og 1,6 prosent har behov for bistand til å delta i organisasjonsarbeid, eller på kultur- og fritidsaktiviteter.

67 av 100 eldre over 80 år mottar en kommunal helse- og omsorgstjeneste, enten i hjemmet eller på institusjon. 47 prosent av eldre 80 år og over mottar praktisk bistand og/eller helsetjenester i hjemmet og 17 prosent har hatt et korttidsopphold eller langtidsopphold på institusjon i løpet av året. Nærmere 9 prosent av de eldre har deltatt på et dagsenter/dagtilbud og 32 prosent har trygghetsalarm.

Dersom en pasient eller bruker har behov for tilbud både etter helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven eller psykisk helsevernloven, skal kommunene sørge for at det blir utarbeidet en individuell plan, og at planarbeidet koordineres. 5 prosent av befolkning totalt, og 18 prosent av de eldre over 80 år har en individuell plan.

Listen over kommunale helse- og omsorgstjenester i tabell 5.1 er ikke komplett. Data fra IPLOS-registeret kan detaljeres nærmere. Kommunene tilbyr også en rekke ulike tjenester som vi ikke har gode pasient- og brukerdata fra i dag. Dette inkluderer blant annet helsestasjoner for barn og gravide, samt skolehelse-

Tabell 3.1. Pasienter og brukere av kommunale helse- og omsorgstjenester per 1000 innbyggere i 2010 og 2015.

2010		Befolkning totalt		Eldre 80 år+	
		2010	2015	2010	2015
Fastlege	Pasienter*	722	732	894	910
	Kontakter totalt*	3069	3140	6549	6933
	Konsultasjoner*	2565	2656	4917	5283
	Enkel kontakt*	433	439	1160	1191
	Sykebesøk*	18	17	196	203
	Tverrfaglig samarbeid	27	27	79	80
	Kontakter per pasient*	4,51	4,58	7,72	8,06
Legevakt	Pasienter*	191	182	289	297
	Kontakter totalt*	230	202	454	449
	Konsultasjoner*	228	248	310	379
	Sykebesøk*	13	12	123	111
	Tverrfaglig samarbeid	2,01	2,58	0,86	1,48
	Kontakter per pasient*	2,06	2,33	0,98	0,91
Andre helse- og omsorgstjenester	Helse- og omsorgstj. i hjemmet/inst. totalt	67	68	681	671
	Helse- og omsorgstj. utenfor inst.	60	61	559	550
	Praktisk bistand	28	25	325	284
	Helsetjenester i hjemmet	39	42	398	414
	Helsetj. i hjemmet og/eller praktisk bistand	49	50	481	473
	Andre tjenester til hjemmeboende	39	38	421	427
	Dagsenter	6	6	89	86
	Trygghetsalarm	19	18	314	324
	Korttidsopphold inst.	11	12	152	172
	Langtidsopphold inst.	10	9	176	171
	Mottakere uten tildelt bolig eller inst.	59	60	551	544
	Mottakere med individuell plan	5	5	21	18
	Behov for bistand til arbeid og utd.	7	9	11	2
	Behov for bistand til org.arb., fritid og kultur	16	16	144	117

* Gjelder kontakter hvor pasient har vært tilstede

tjenester. Det mangler også gode data fra kommunene på tilbudet av habilitering og rehabilitering. Opprettelsen av et kommunalt bruker- og pasientregister vil kunne bidra til at vi får flere, mer valide og reliable data på kommunenes tilbud av helse- og omsorgstjenester i årene framover.

3.4 HVILKE TJENESTER VISER STØRST VARIASJON?

Befolkningen totalt

Fastlegene er helsetjenestens lavterskel-tilbud og garantist for at alle som har behov for helsetjenester i Norge fanges opp av helsetjenesten. Det er lite variasjon i *hvor mange* som benytter fastleger. Rundt 73 prosent av befolkningen i Norge har kontakt med fastlegen sin årlig, og 90 prosent av befolkningen har kontakt med fastlegen i løpet av en 3-års-periode. Det er noe høyere variasjon i *hvor ofte* man bruker fastlegen enn i *hvor mange* som

bruker fastlege. Noen kommuner har mindre enn 1 konsultasjon per innbygger, andre har et gjennomsnitt på mer enn 4 konsultasjoner per innbygger.

Figur 3.1 viser prosent avvik fra landsgjennomsnittet i nivået av mottakere av ulike kommunale helse- og omsorgstjenester. Figuren illustrerer at det er større kommunale variasjoner i mottakere av dagsenter/ dagtilbud, samt mottakere av langtidsopphold i institusjon enn det er i mottakere av hjemmesykepleie og praktisk bistand. Som påpekt over, er det minst variasjon mellom kommuner i nivået av pasienter hos fastlege. I sammenligning med andre helse- og omsorgstjenester, er variasjonen i omfanget av konsultasjoner hos fastlege også lav. Det er noe større variasjon i bruken av legevakt, dette gjelder både nivået av pasienter og av konsultasjoner.

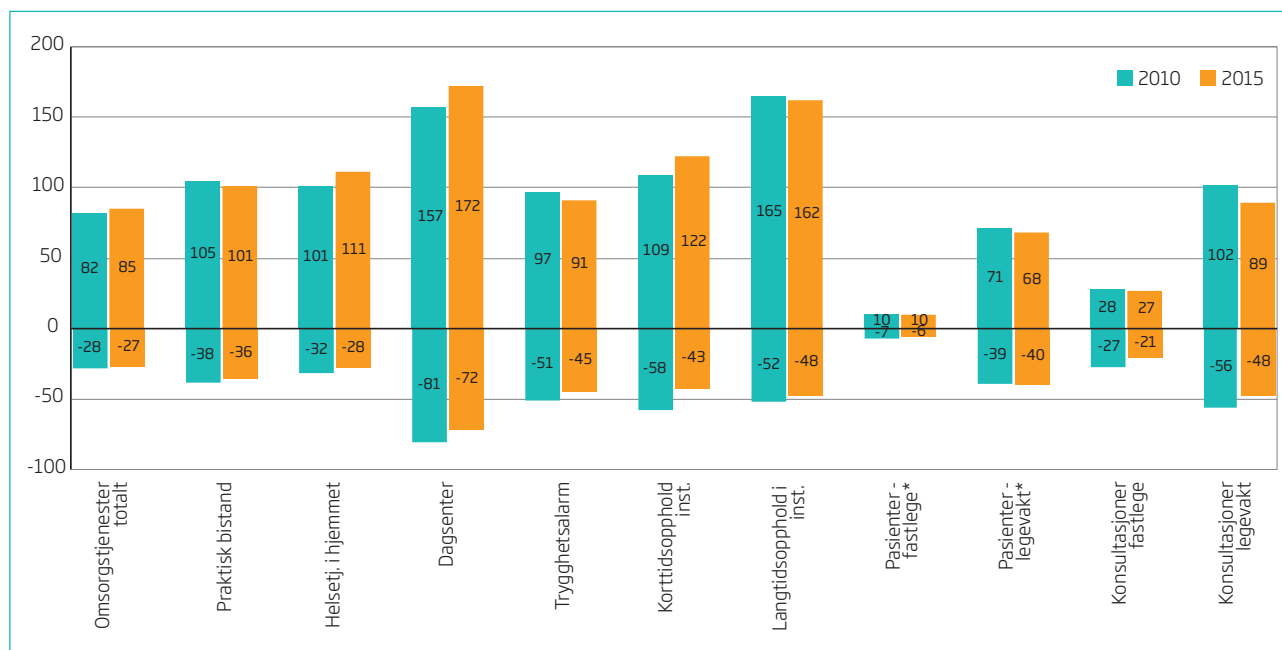
Statistisk sett vil det være større variasjon i tjenester som omfatter få enn mange. For noen av tjenestene er nivået så lavt, at små forskjeller kan fremstå som betydelige prosentvise avvik fra landsgjennomsnittet. Den reelle forskjellen mellom kommunene i mottakere av dagsenter/dagtilbud varierer fra 1 til 26 mottakere per 1000 innbyggere. Det er også noen kommuner som mangler et dagsenter-tilbud. For 118 kommuner mangler vi opplysninger om antall mottakere av et dagsentertilbud (befolkningen

totalt). 66 kommuner rapporterer 0 mottakere over 80 år, og for ytterligere 156 kommuner mangler vi opplysninger om antall eldre mottakere. Disse kommunene inngår ikke i figur 5.1 og medfører i realiteten at den kommunale variasjonen i dette tilbudet er enda større enn figuren viser.

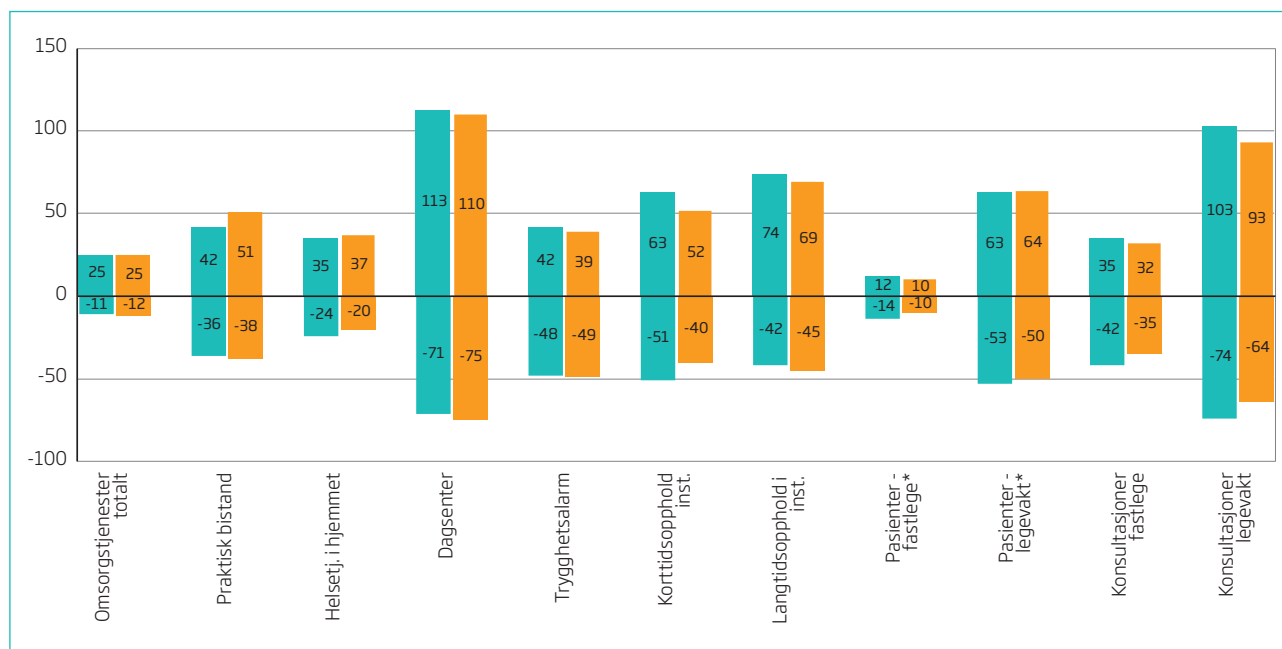
Noen typer tjenester er ikke inkludert i figuren fordi det er så stor variasjon i nivået av tjenestemottakere at variasjonen i øvrige tjenester ville blitt utydelig. Dette gjelder for sykebesøk av fastlege og mottakere av tidsbegrenset opphold for rehabilitering på institusjon. I 2015 varierte kommunene mellom 0 og 360 sykebesøk av fastlege per 1000 innbyggere. Kommunene varierte også mellom 0 og 29 mottakere av tidsbegrenset opphold på institusjon for rehabilitering per 1000 innbyggere. Selv om en forskjell på 0 og 29 mottakere per 1000 innbyggere ikke fremstår som betydelig i seg selv, er den prosentvise avstanden fra landsgjennomsnittet høy (374 prosent).

Figuren viser at variasjonen mellom kommunene fremstår som større for kommuner som har et høyere nivå enn landsgjennomsnittet, enn for kommuner som har et lavere nivå enn landsgjennomsnittet. Ved beregning av landsgjennomsnittet er kommunenes størrelse hensyntatt (vektet

Figur 3.1 Variasjoner mellom kommuner i tjenestemottakere etter type tjeneste i 2010 og 2015. 5 og 95 persentiler for prosent avvik fra landsgjennomsnittet. Data for befolkningen totalt.



Figur 3.2 Variasjoner mellom kommuner i mottakere av helse- og omsorgstjenester etter type tjeneste i 2010 og 2015. 95 og 5 persentiler for prosent avvik fra landsgjennomsnittet. Data for innbyggere 80 år og over.



gjennomsnitt⁶), og store kommuner tenderer til å ha et lavere nivå av pasienter og brukere enn mindre kommuner. Dette medfører at variasjonen over gjennomsnittet blir større enn variasjonen under gjennomsnittet. Kommunal variasjon i helse- og omsorgstjenester handler i større grad om at noen kommuner har et avvikende *høyt nivå* av enkelte tjenester enn om at noen kommuner har et avvikende *lavt nivå* av tjenester.

Figur 3.1 illustrerer også at variasjonen mellom kommunene er lite endret fra 2010 til 2015. Landsgjennomsnittet for de ulike tjenestene er beregnet for hvert år. Dette innebærer at figuren ikke kan fortelle om nivået av tjenestene har økt eller blitt redusert fra 2010 til 2015, men kun indikere om forskjellene mellom kommunene har blitt større eller mindre i perioden. For noen av

tjenestene (helsetjenester i hjemmet, mottakere av dagsenter, trygghetsalarm og korttidsopphold på institusjon) er det indikasjoner på at de kommunene som har det aller laveste nivået av tjenestemottakere har nærmet seg landsgjennomsnittet i perioden. For kommuner som avviker i form av et høyere tilbud av tjenestemottakere, er forskjellene uendret eller økt.

Eldre 80 år og over

Variasjonen mellom kommunene i mottakere av kommunale helse- og omsorgstjenester er noe lavere for eldre over 80 år enn for befolkningen totalt, når den måles som prosent avvik fra landsgjennomsnittet. For befolkningen totalt varierer nivået av mottakere fra 27 prosent under landsgjennomsnittet til 85 prosent over landsgjennomsnittet, for eldre over 80 år går variasjonen fra -12 til +25 prosent. Variasjonen mellom kommunene er større for befolkningen totalt enn for eldre over 80 år fordi innbyggere over 80 år er en mer homogen gruppe i forhold til behovet for helse- og omsorgstjenester.

Også for eldre, finner vi størst kommunal variasjon i mottakere av dagsenter, korttid- og langtidsopphold på institusjon og i bruk av legevakt.

6 I våre analyser opererer vi med to typer gjennomsnitt. Det ene er et landsgjennomsnitt (vektet gjennomsnitt) hvor alle mottakere er summert på nasjonalt nivå. Det andre er et gjennomsnitt for kommunene (uvektet gjennomsnitt). I det uvektede gjennomsnittet har vi først beregnet antall mottakere per innbygger i hver kommune, og deretter funnet gjennomsnittet for kommunene. Da teller hver kommune likt, uavhengig av hvor mange innbyggere det er i kommunen. Når det for eksempel gjelder dekningsgrad av helsetjenester i hjemmet, viser landsgjennomsnittet at det er 42 mottakere per 1000 innbyggere. Det uvektede gjennomsnittet viser derimot 55 mottakere per 1000 innbyggere. Forskjellene i landsgjennomsnitt og uvektet gjennomsnitt skyldes at små kommuner i gjennomsnitt har noe høyere nivå av mottakere enn store kommuner. Vi finner tilsvarende forskjeller for eldre 80 år og over.

Heller ikke for eldre, finner vi noen vesentlig endring i omfanget av kommunal variasjon fra 2010 til 2015, men i likhet med resultatene for befolkningen totalt, finner vi noe nedgang i kommunal variasjon når det gjelder bruk av legevakt. Variasjonen mellom kommunene i eldre mottakere av korttidsopphold har også blitt noe redusert i denne perioden. Dette skyldes trolig at korttidsopphold har hatt økt omfang.

Også når det gjelder tjenester for eldre, handler kommunal variasjon i helse- og omsorgstjenester mer om at noen kommuner har et avvikende *høyt nivå* av enkelte tjenester enn om at noen kommuner har et avvikende lavt nivå av tjenester. Dette skyldes at landsgjennomsnittet påvirkes sterkt av store kommuner, som har gjennomgående lavere nivå av tjenestemottakere enn mindre kommuner.

3.5 ULIKE BEHOV FOR KOMMUNALE HELSE- OG OMSORGSTJENESTER

Tidligere analyser⁷ har vist at dekningsgraden av kommunale helse- og omsorgstjenester er gjennomgående høyere i små enn i store kommuner og kan variere med hensyn til kommunenes reiseavstand til sykehus. Dekningsgraden kan også variere med hensyn til kommunenes inntekter (nivå av frie disponible inntekter og om kostnadene er bundet opp i stor eller liten grad)⁸.

Det kan være mange årsaker til kommunal variasjon i helse- og omsorgstjenester. Kommunene varierer med hensyn til demografi og alderssammensetning i befolkningen, samt en rekke strukturelle forhold knyttet til næringsgrunnlag, sysselsetning, kommunikasjon, klima og sosiale utfordringer. Dette gir også forskjeller i helsetilstand og levealder og gir ulike behov for helse- og omsorgstjenester.

I kapittel 2 viste vi til at inntektssystemet for kommunene hensyntar en rekke ulike forhold som er knyttet til *behovene* for helse- og omsorgstjenester ved fordelingen av rammebevilgningen, men at kommunene også varierer med hensyn til priorite-

ring av hva de bruker penger på. Når vi skal vurdere variasjonen i kommunale helse- og omsorgstjenester, må vi ta hensyn til forskjeller i behov.

Når vi korrigerer for behov har vi i likhet med ASSS-nettverket, tatt utgangspunkt i de forholdene som er tillagt vekt i inntektsfordelingen til kommunene, dvs. delkostnadsnøklerne for (i) kommunale helsetjenester i hjemmet og på institusjon (SSB: pleie og omsorgstjenester) og for (ii) forebygging og behandling (SSB kommunehelsetjenester). For (i) kommunale helse- og omsorgstjenester i hjemmet og på institusjon inkluderer kostnadsnøklerne en vektning av alderssammensetningen i befolkningen (eldre befolkning gir økte behov), dødelighet, antall personer over 16 år med psykisk utviklingshemming, samt antall ikke-gifte over 67 år. For (ii) forebygging og behandling inngår dødelighet og alderssammensetningen i befolkningen. Indeksen brukes til fordeling av inntekter knyttet til helsestasjoner og skolehelsetjeneste og gir økt vekt til omfanget av barn og unge. Se oversikt i kapittel 2 for en nærmere beskrivelse av vektene.

I kostnadsnøklerne inngår i tillegg tre komponenter knyttet til kommunestørrelse og sentralitet (sone, nabo og basis), men disse er ikke inkludert i *korrigert innbyggertall*. Komponentene sone, nabo og basis gir en viss kompensasjon for smådriftsulemper og reiseavstand, men når vi skal vurdere forskjeller i kommunale helse- og omsorgstjenester mellom små og store kommuner, finner vi det lite hensiktsmessig å inkludere en korreksjon for at en liten kommune er liten.

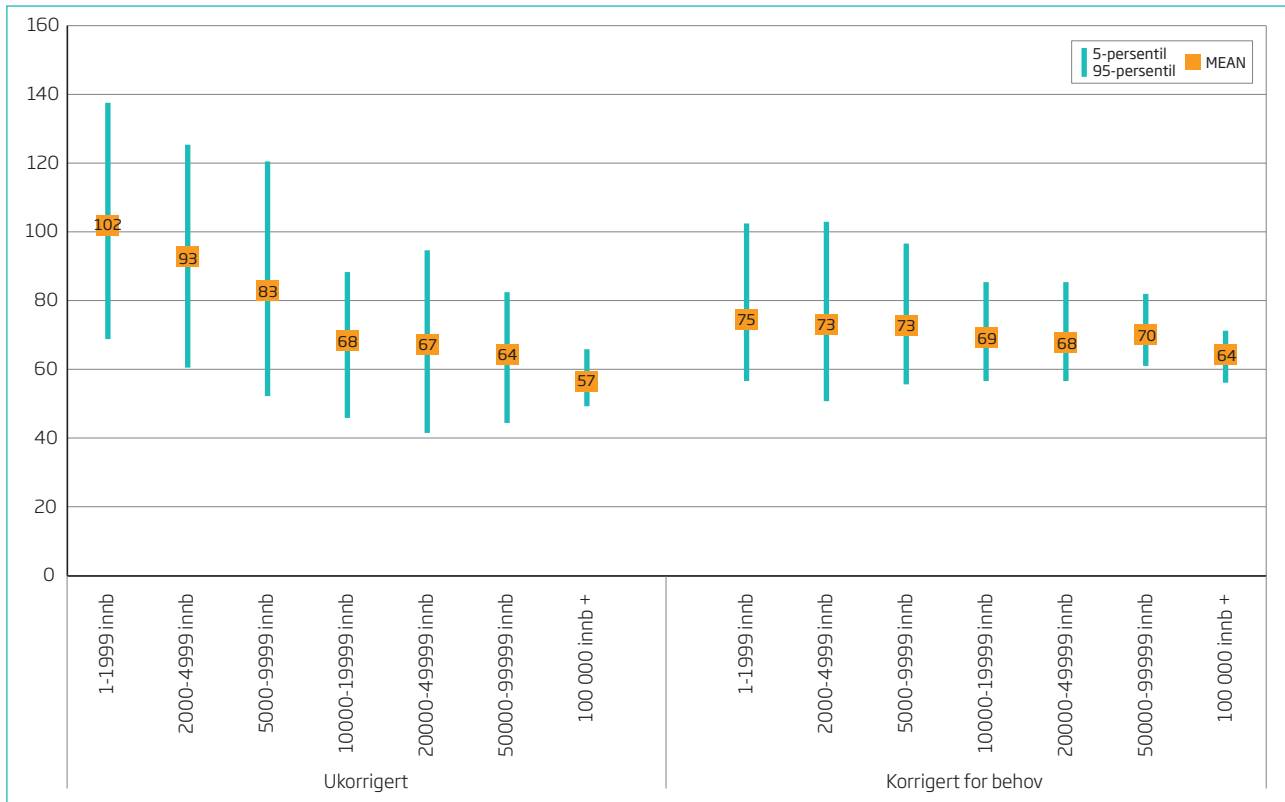
I likhet med ASSS-nettverket i KS, har vi beregnet et *korrigert innbyggertall* for hver kommune som også hensyntar hvorvidt kommunen mottar et vertskommunetilskudd eller ei. Beregningen medfører at kommuner med høye behov for tjenester får noe økt innbyggertall, mens kommuner med lavere behov får redusert innbyggertall.

Vi har ikke benyttet korrigert innbyggertall på aldersfordelte rater. Dette skyldes at alderssammensetningen i befolkningen utgjør en vesentlig komponent i behovskorreksjonen, og at denne blir ivaretatt når vi analyserer rater for gitte aldersgrupper i befolkningen (f.eks. befolkningen 80 år og over).

⁷ Se for eksempel IS-2427 Helsedirektoratet Samhandlingsstatistikk 2014-15.

⁸ SSB Rapporter 2015/44 Kommunal variasjon i omsorgstjenester

Figur 3.3 Gjennomsnitt og variasjon i mottakere totalt av kommunale helse- og omsorgstjenester i hjemmet og på institusjon per 1000 innbyggere. Data fra 2015 med og uten korrigert innbyggertall.



Figur 3.3-3.5 viser gjennomsnitt (uvektet gjennomsnitt) og variasjon i dekningsgrad (mottakere per 1000 innbyggere) for kommunale helse- og omsorgstjenester i hjemmet og på institusjon. Variasjonen beskrives av lengden på stolpen, hvor nederste punkt indikerer minimumsverdien (tilsvarende 5-prosent-percentil) og høyeste verdi representerer maksimum (95 prosent-percentil)⁹.

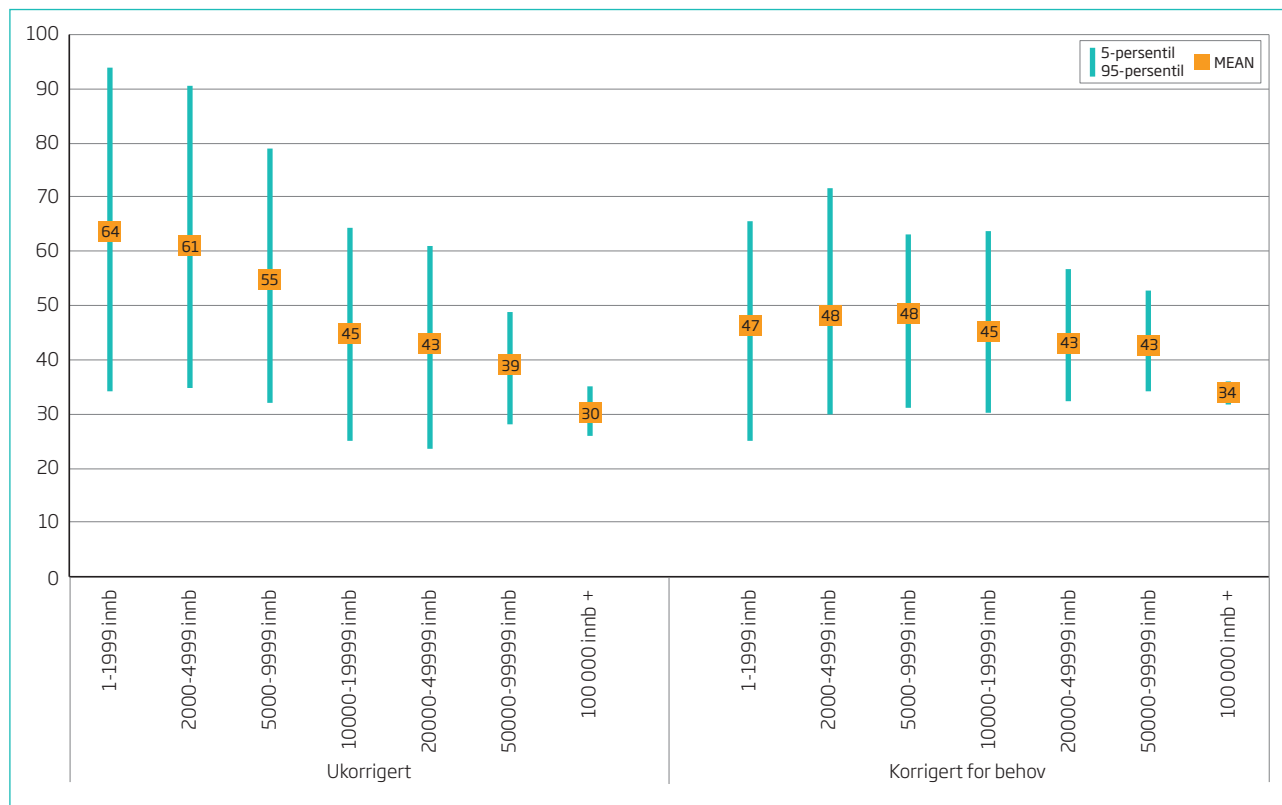
Figur 3.3 - 3.5 viser at forskjeller i behov for kommunale helse- og omsorgstjenester forklarer en vesentlig del av variasjonen i dekningsgrad av kommunale helse- og omsorgstjenester i hjemmet og på institusjon. Når vi ikke tar hensyn til behovet for tjenestene, har de minste kommunene et gjennomsnitt på 64 mottakere av helsetjenester i hjemmet per 1000 innbyggere, men når vi korrigerer for behov er gjennomsnittet 47 mottakere per 1000 innbyggere.

⁹ Fordi mottakernivået for noen av tjenestene kan svinge betydelig i små kommuner og avhenge av en enkelt mottaker fra eller til, har vi tatt utgangspunkt i 5 og 95-prosent-percentilene for å få mer robuste tall på variasjonen mellom kommunene.

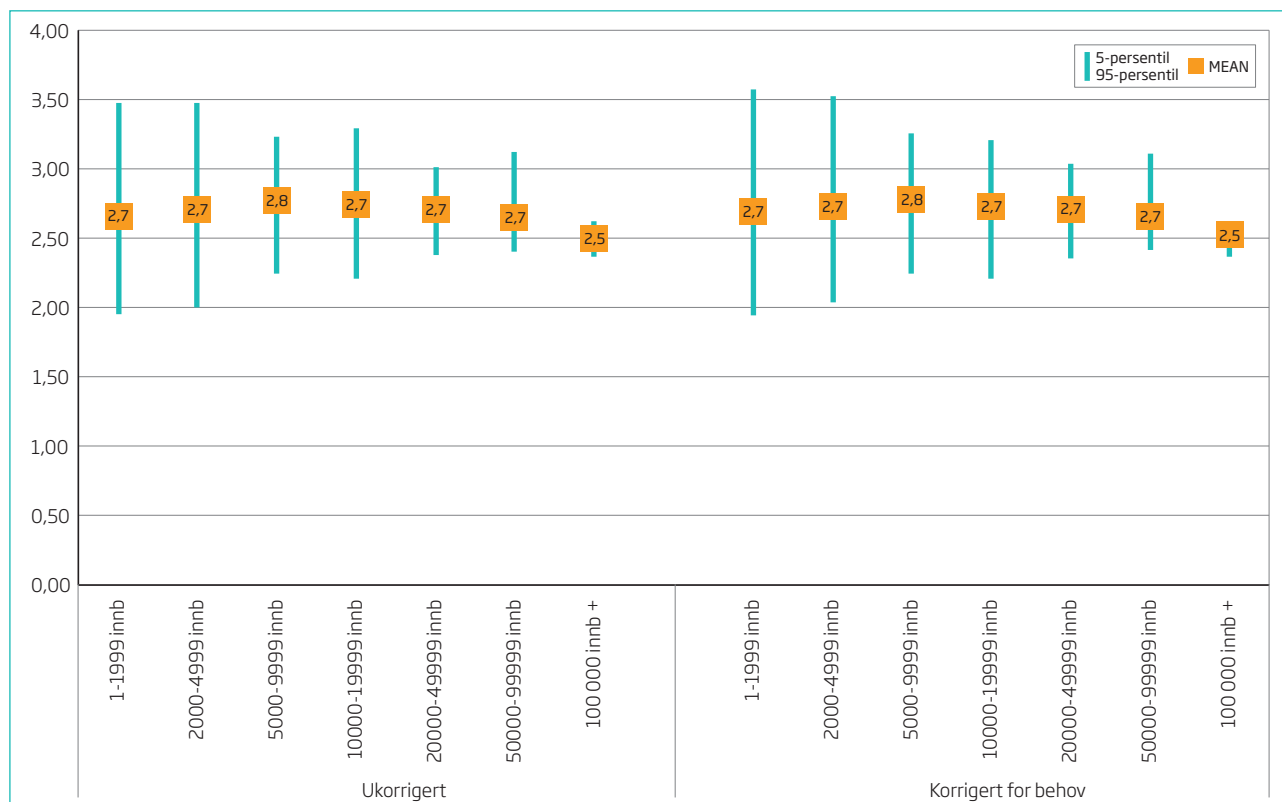
Mer generelt ser vi at det er kun små forskjeller i nivået av mottakere mellom små og store kommuner når vi korrigerer for behov. Variasjonen mellom kommunene innen hver størrelseskategori (lengden på stolpene) reduseres også betydelig. Dette indikerer at forskjeller i behov forklarer en betydelig del av kommunal variasjon i mottakere av kommunale helse- og omsorgstjenester i hjemmet og på institusjon.

Når det gjelder variasjoner i konsultasjoner hos fastlege (figur 3.5), ser vi imidlertid at det har liten betydning å korrigerer for behov. Behovskorleksjonen som er knyttet til forebygging og behandling (SSB kommunehelsetjenester) gir økt vekt til yngre aldersgrupper ettersom dette øker behovet for helsestasjoner og skolehelsetjeneste. Dødelighet inngår også i behovskorleksjonen. Vi finner imidlertid at behovsindeksen for forebygging og behandling ikke forklarer kommunale variasjoner i bruk av fastlege eller legevakt (figur for legevakt er ikke vist).

Figur 3.4 Gjennomsnitt og variasjon i mottakere av kommunale helsetjenester i hjemmet per 1000 innbyggere. Data fra 2015 med og uten korrigert innbyggertall.



Figur 3.5 Konsultasjoner hos fastlege med pasient tilstede per innbygger. Data fra 2015 med og uten korrigert innbyggertall.



3.6 VARIASJON I KOMMUNALE HELSE- OG OMSORGSTJENESTER ETTER TYPE TJENESTE

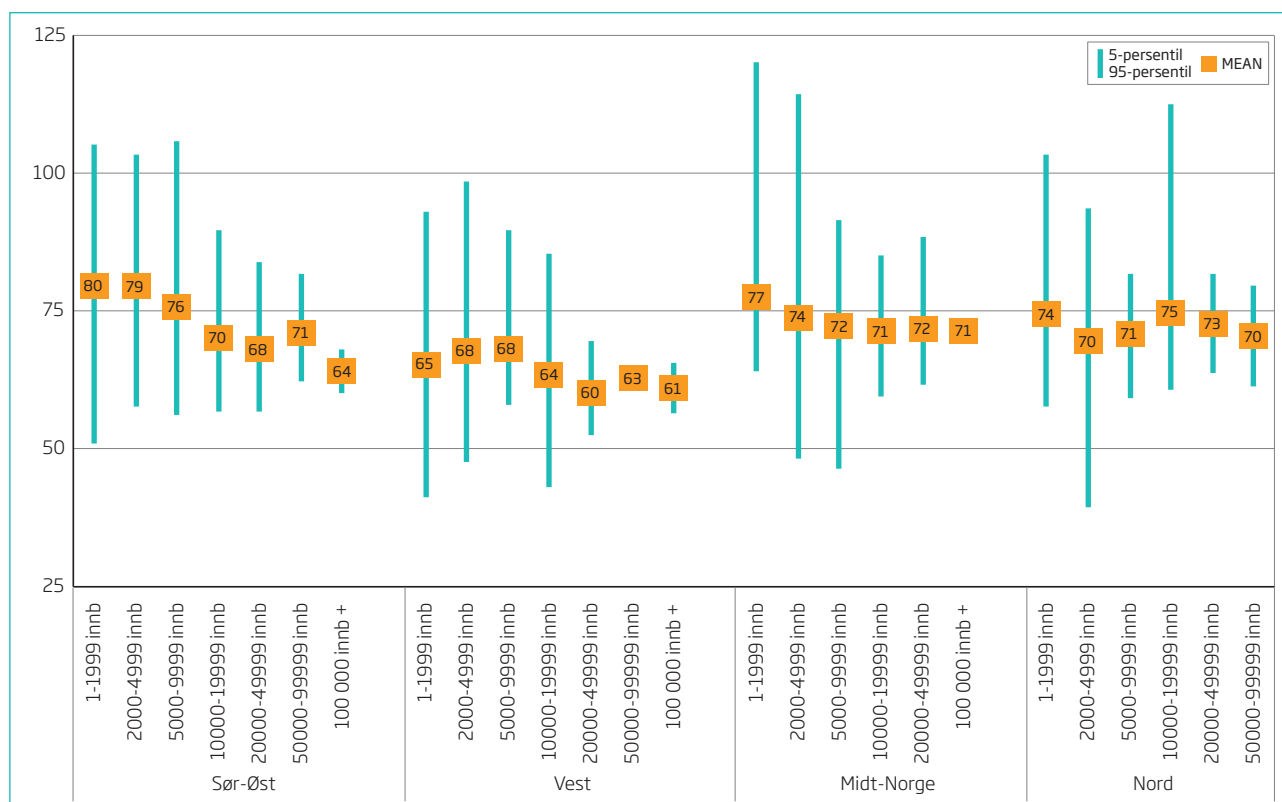
Befolkning totalt

Figur 3.6-3.13 viser gjennomsnitt (uvektet gjennomsnitt¹⁰) og variasjon i dekningsgrad (mottakere per 1000 innbyggere) for kommunale helse- og omsorgstjenester i hjemmet og på institusjon. Variasjonen beskrives av lengden på stolpen, hvor nederste punkt indikerer minimumsverdien (5-prosentil) og høyeste verdi representerer maksimum (95 prosent-percentil). Fordi nivået av mottakere kan svinge betydelig i små kommuner og avhenge av en eller få mottakere, har vi tatt utgangspunkt i 5 og 95-prosent-percentilene for å få mer robuste tall på variasjonen mellom kommunene. Forskjellene er korrigert for behov ved at det er benyttet korrigert innbyggertall.

Variasjonene mellom små kommuner er gjennomgående større enn for store kommuner. Variasjonene er større for helse- og omsorgstjenester i hjemmet og enn for pasienter hos fastlege. For mottakere av helse- og omsorgstjenester totalt (hjemmetjenester og tjenester på institusjon) er forskjellene særlig store for små kommuner i Midt-Norge.

For helsetjenester i hjemmet ser vi en tendens til at nivået av tjenestemottakere er lavere i de store byene enn i mindre kommuner (figur 3.8). For store kommuner i Vest, Midt-Norge og Nord ser det ut til at disse forskjellene oppveies av andre tjenester i byene ettersom nivået av mottakere totalt (sum mottakere av helse- og omsorgstjenester i hjemmet og på institusjon) ikke er tilsvarende lavt for de store byene. De laveste nivåene av helsetjenester i hjemmet finner vi hos små og mellomstore kommuner i Vest. Store kommuner har også et noe lavere nivå av pasienter og konsultasjoner hos fastlege enn små og mellomstore kommuner.

Figur 3.6 Gjennomsnitt og variasjon i mottakere totalt av kommunale helsetjenester i hjemmet og på institusjon per 1000 korrigerte innbyggere 2015.

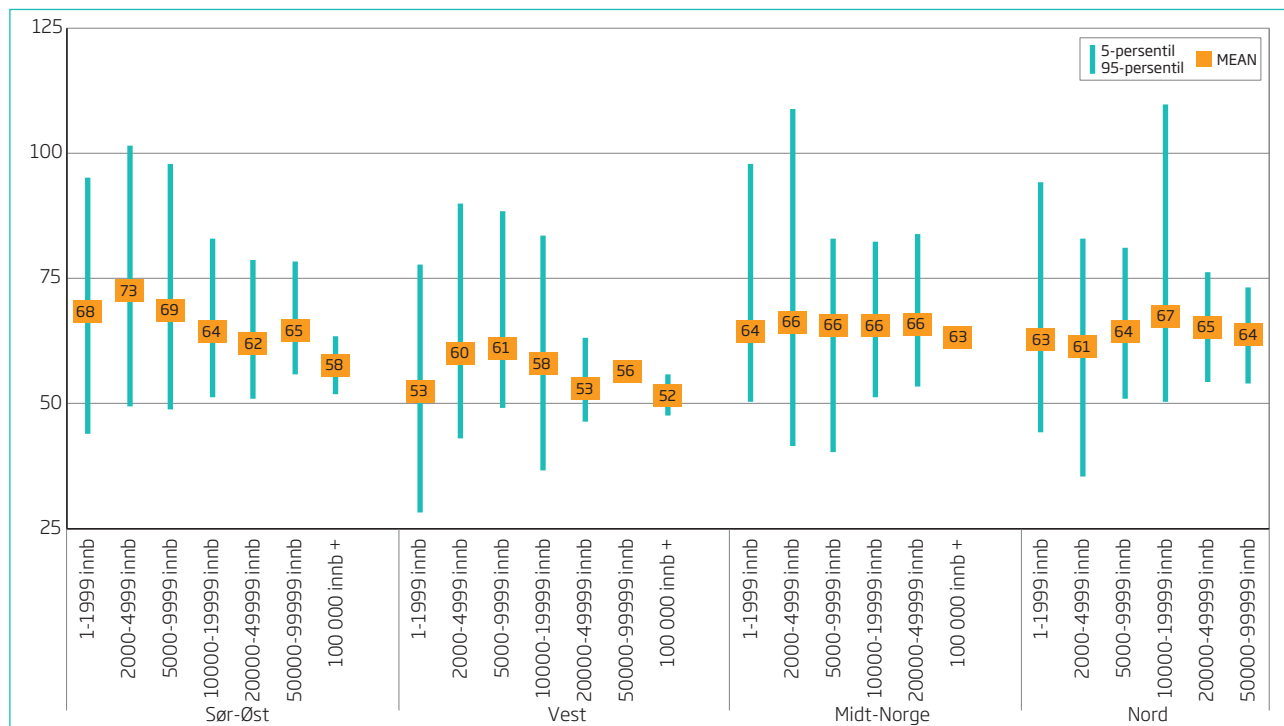


¹⁰ Når vi skiller mellom små og store kommuner slik som figurene her viser, vil ikke forskjellene mellom vektet og uvektet gjennomsnitt være store.

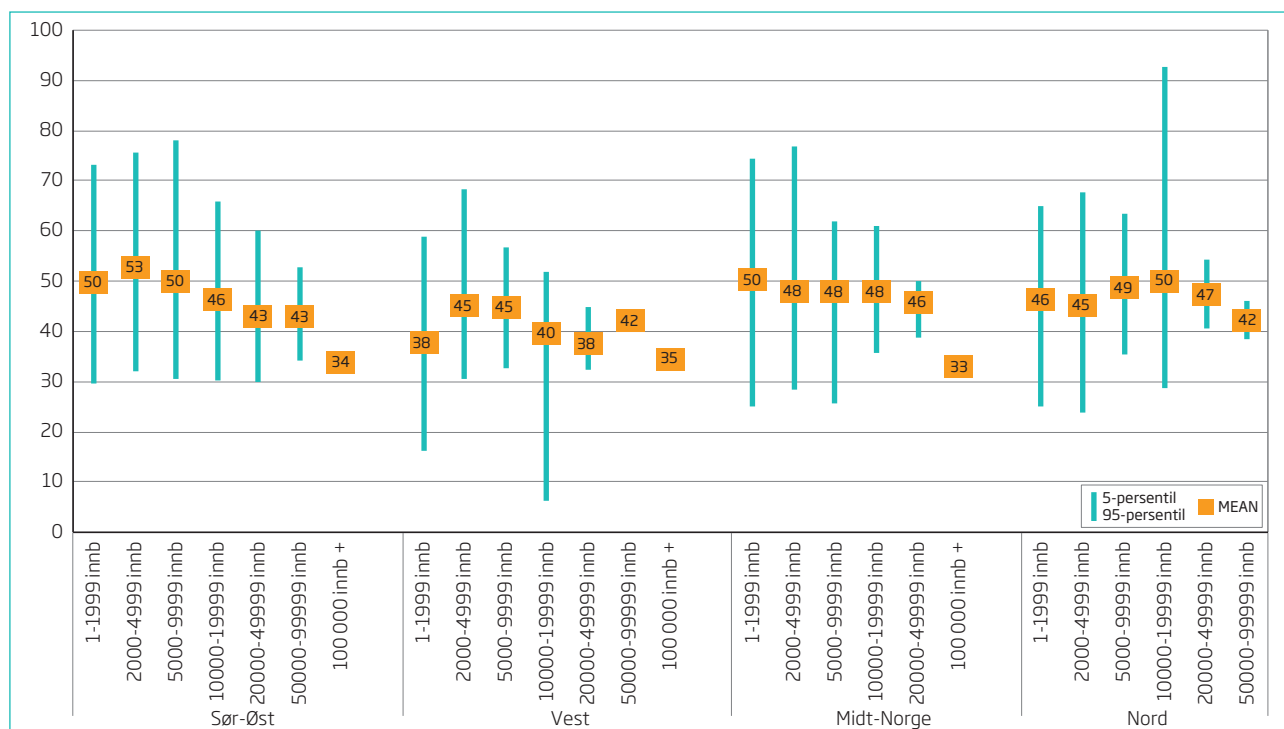
Pasientraten hos fastlege er noe lavere for kommuner i Vest enn i Midt-Norge og Nord, men disse forskjellene er mindre tydelige for omfanget av konsultasjoner hos fastlege. Omfanget av konsultasjoner hos fastlege

per innbygger varierer fra 1,76 (liten kommune i Vest) til 3,86 (liten kommune i Midt-Norge). Forskjellene som er knyttet til bruk av legevakt er større og varierer fra 8 til 45 prosent av befolkningen.

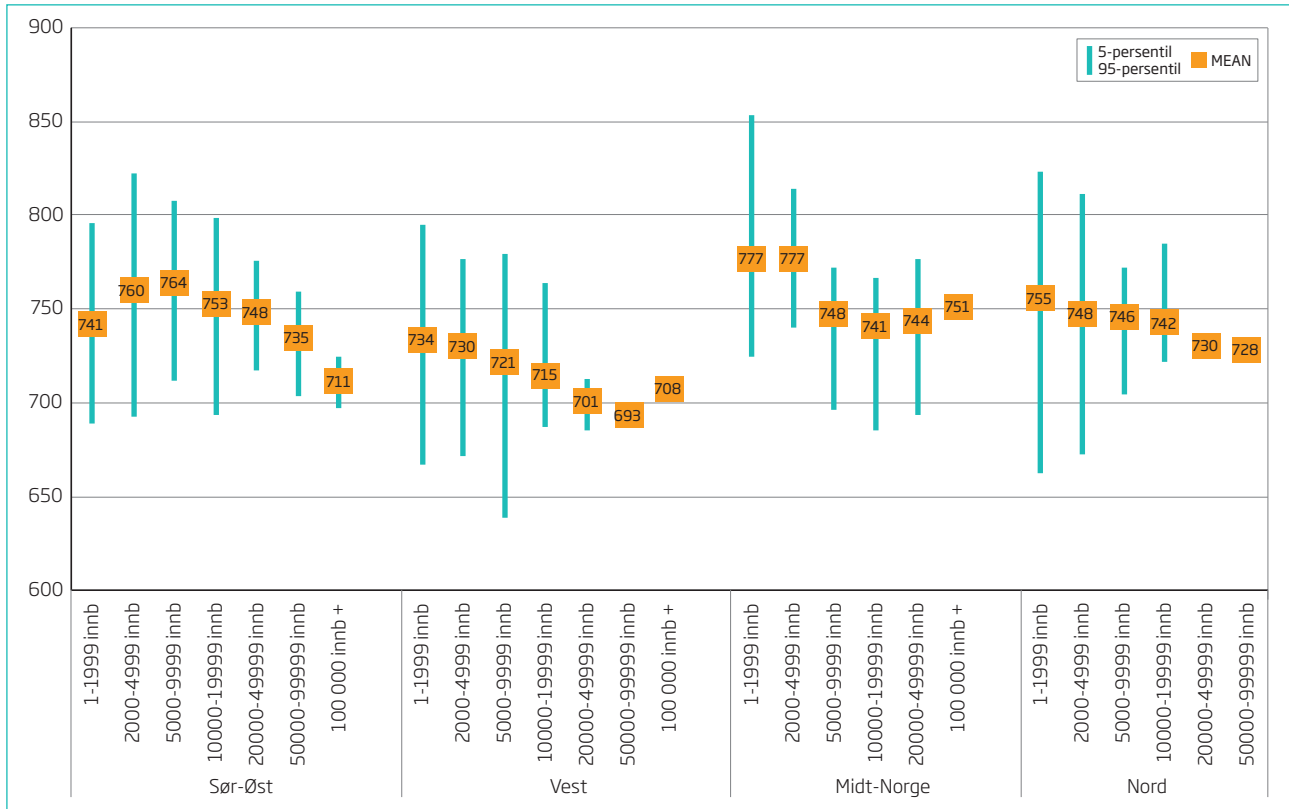
Figur 3.7 Gjennomsnitt og variasjon i mottakere av kommunale helsetjenester utenfor institusjon per 1000 korrigerede innbyggere 2015.



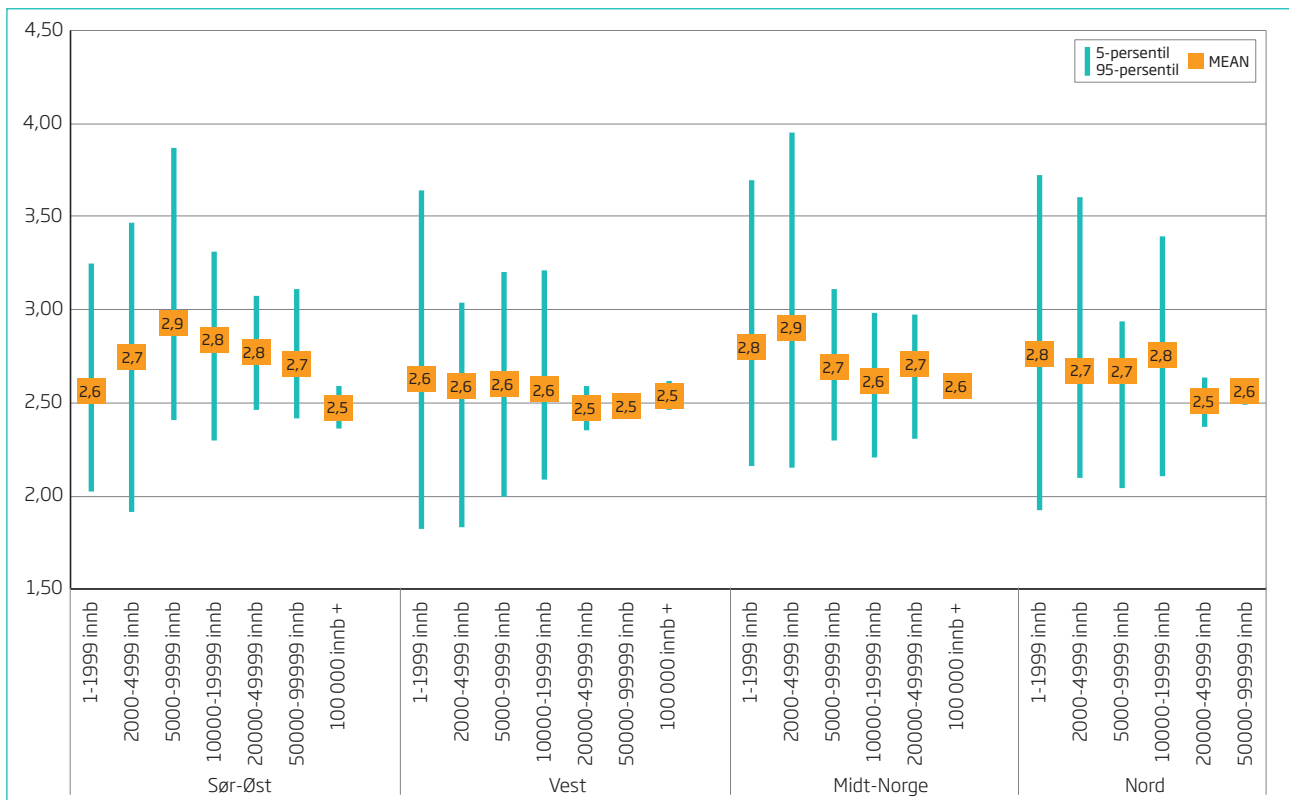
Figur 3.8 Gjennomsnitt og variasjon i mottakere av kommunale helsetjenester i hjemmet per 1000 korrigerede innbyggere 2015.



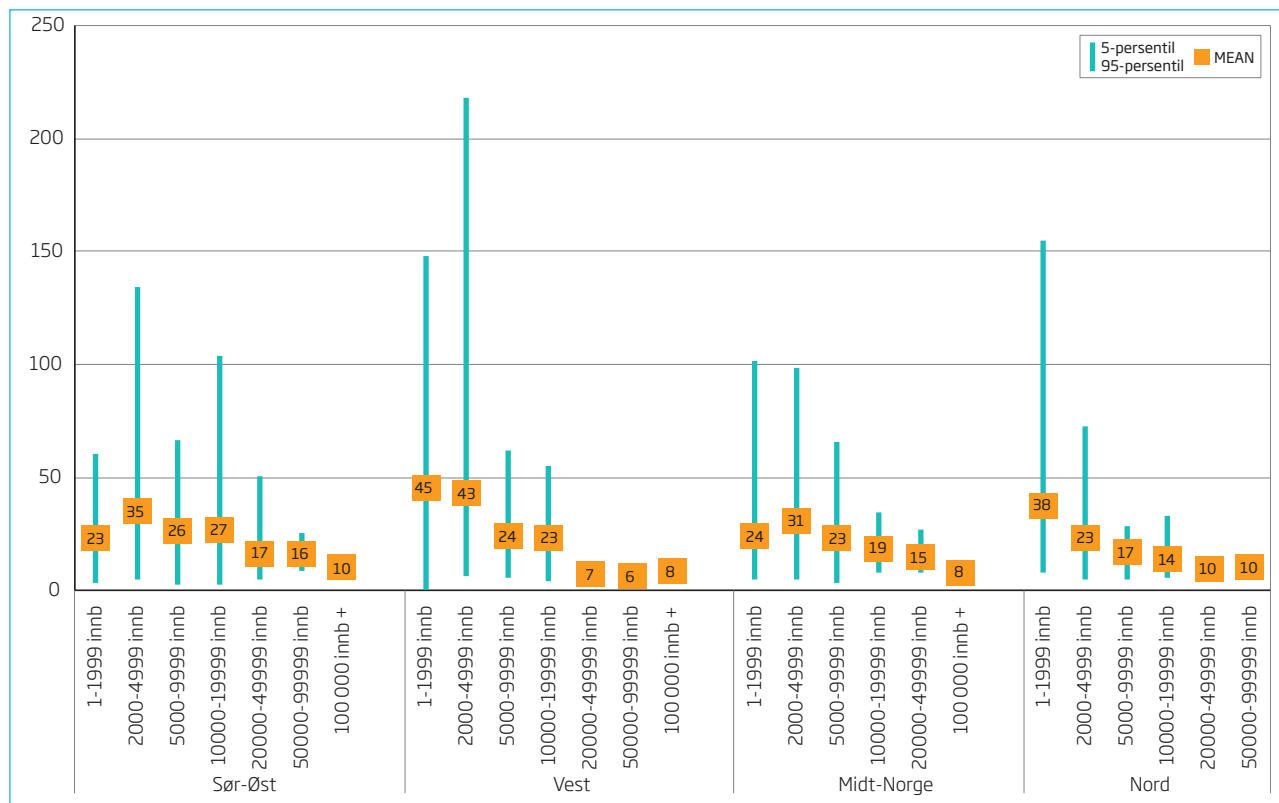
Figur 3.9 Gjennomsnitt og variasjon i pasienter hos fastlege per 1000 korrigerte innbyggere 2015.



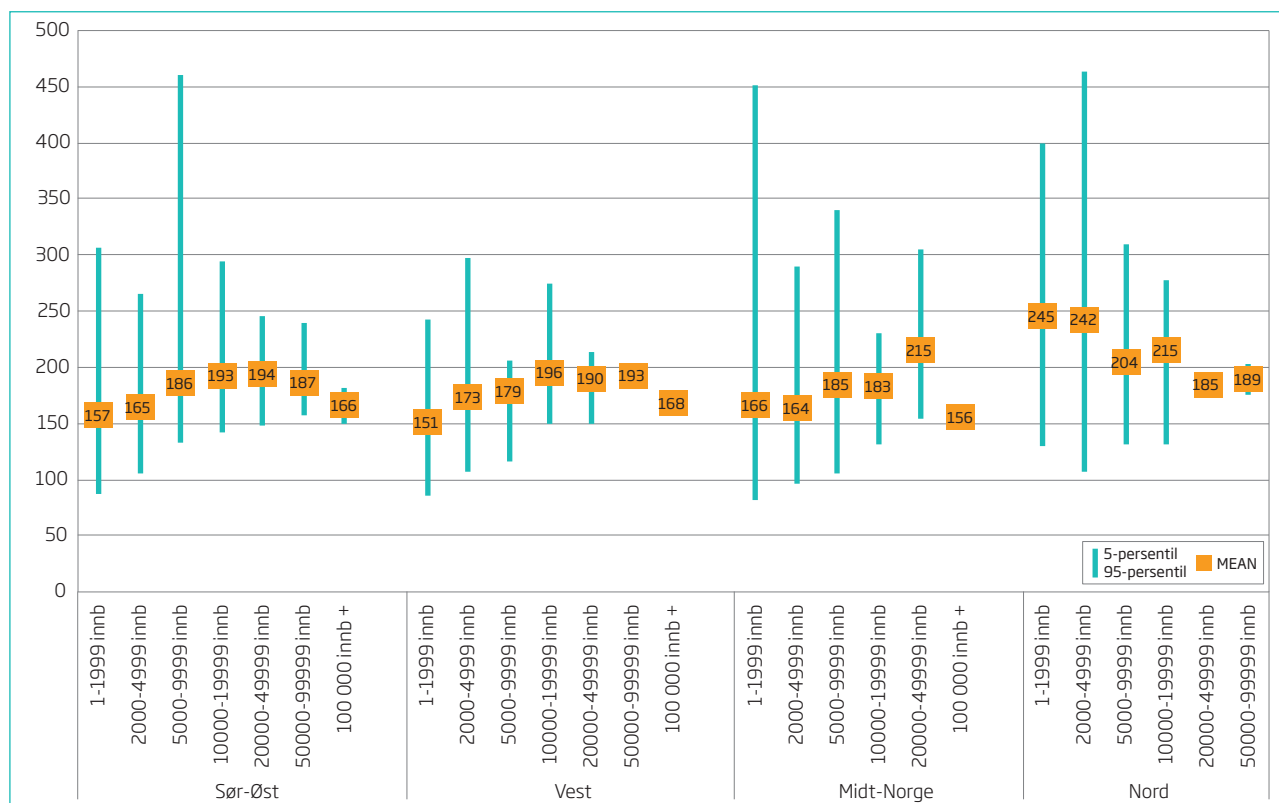
Figur 3.10 Gjennomsnitt og variasjon i antall konsultasjoner hos fastlege per korrigerte innbygger 2015.



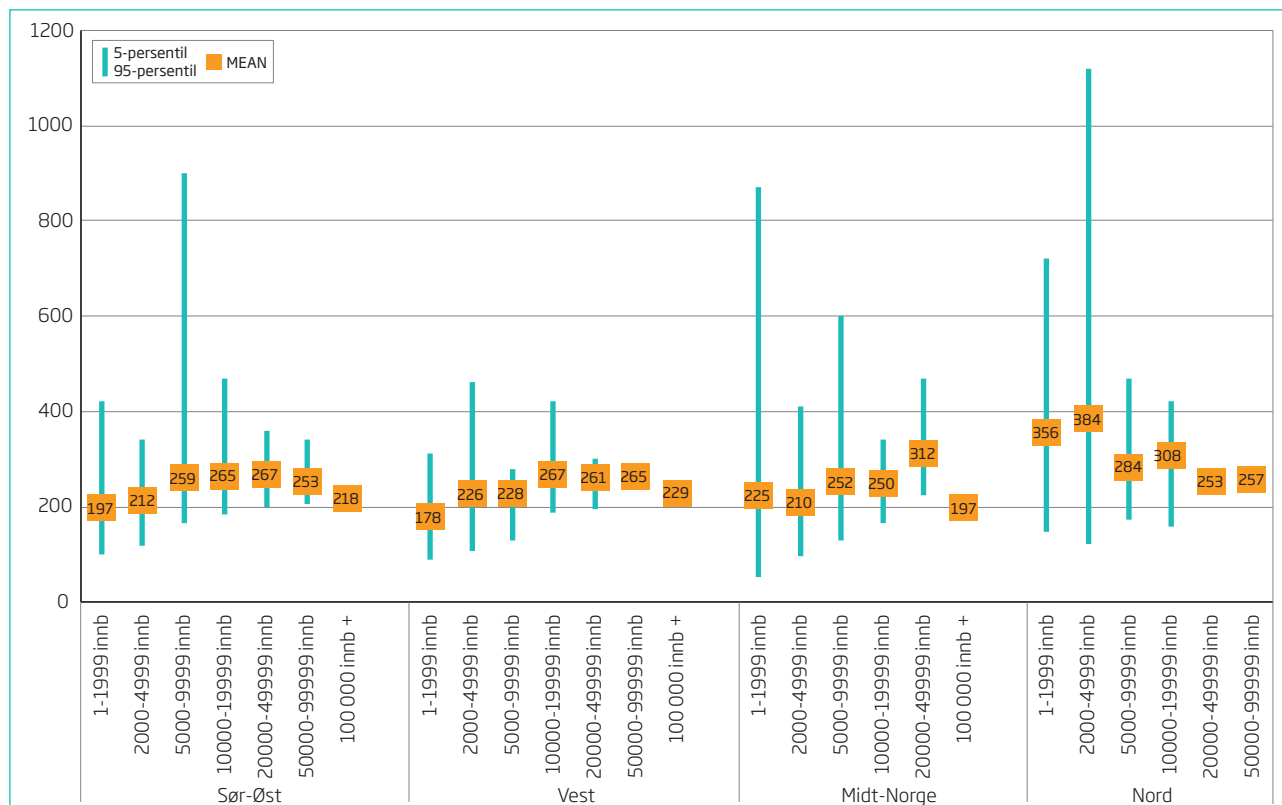
Figur 3.11 Gjennomsnitt og variasjon i sykebesøk av fastlege per 1000 innbyggere 2015.



Figur 3.12 Gjennomsnitt og variasjon i pasienter hos legevakt per 1000 korrigerte innbyggere 2015.



Figur 3.13 Gjennomsnitt og variasjon i konsultasjoner hos legevakt per 1000 korrigerte innbygger 2015.



Innbyggere 80 år og eldre

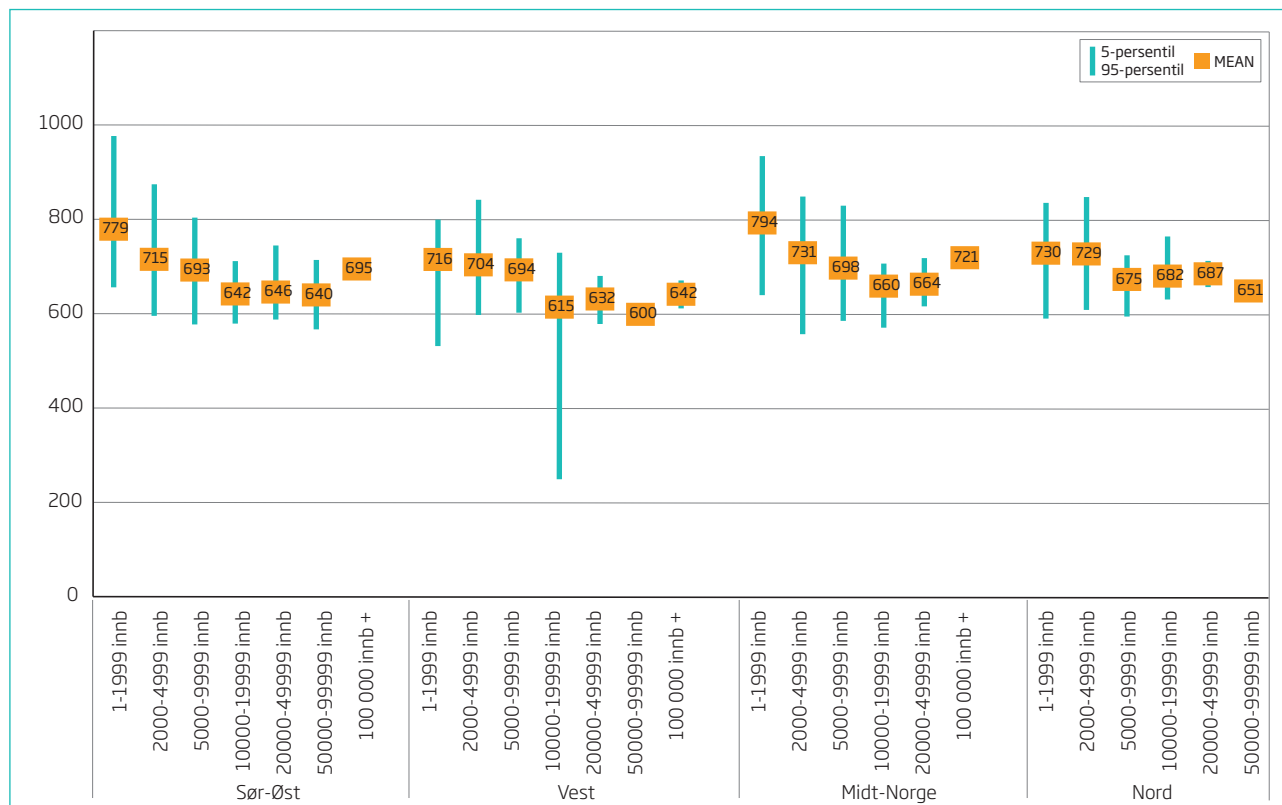
Innbyggere 80 år og eldre er en mer homogen gruppe med hensyn til behovet for kommunale helse- og omsorgstjenester enn befolkningen totalt. Variasjonene mellom kommunene er derfor generelt mindre enn for befolkningen totalt, men nivået av mottakere av kommunale helse- og omsorgstjenester i hjemmet og på institusjon totalt varierer likevel fra 250 (Førde) til 830 (Fyresdal) mottakere per 1000 innbyggere 80 år og eldre. Mottakere av helsetjenester i hjemmet 80 år og eldre varierer fra 27 til 720, men det er små forskjeller i gjennomsnittverdier mellom små og store kommuner, med unntak av de største kommunene i Midt-Norge og Nord som har et noe lavere nivå enn gjennomsnittet for små og mellomstore kommuner i disse regionene.

Figur 3.16 viser stor variasjon i dagtilbud til eldre, men indikerer ingen systematiske forskjeller med hensyn til region eller kommunestørrelse. Høyest nivå av eldre mottakere av dagtilbud finner vi i små kommuner i Vest og store kommuner i Midt-Norge (Trondheim). Trondheim har også et særlig høyt nivå av eldre mottakere av trygghetsalarm.

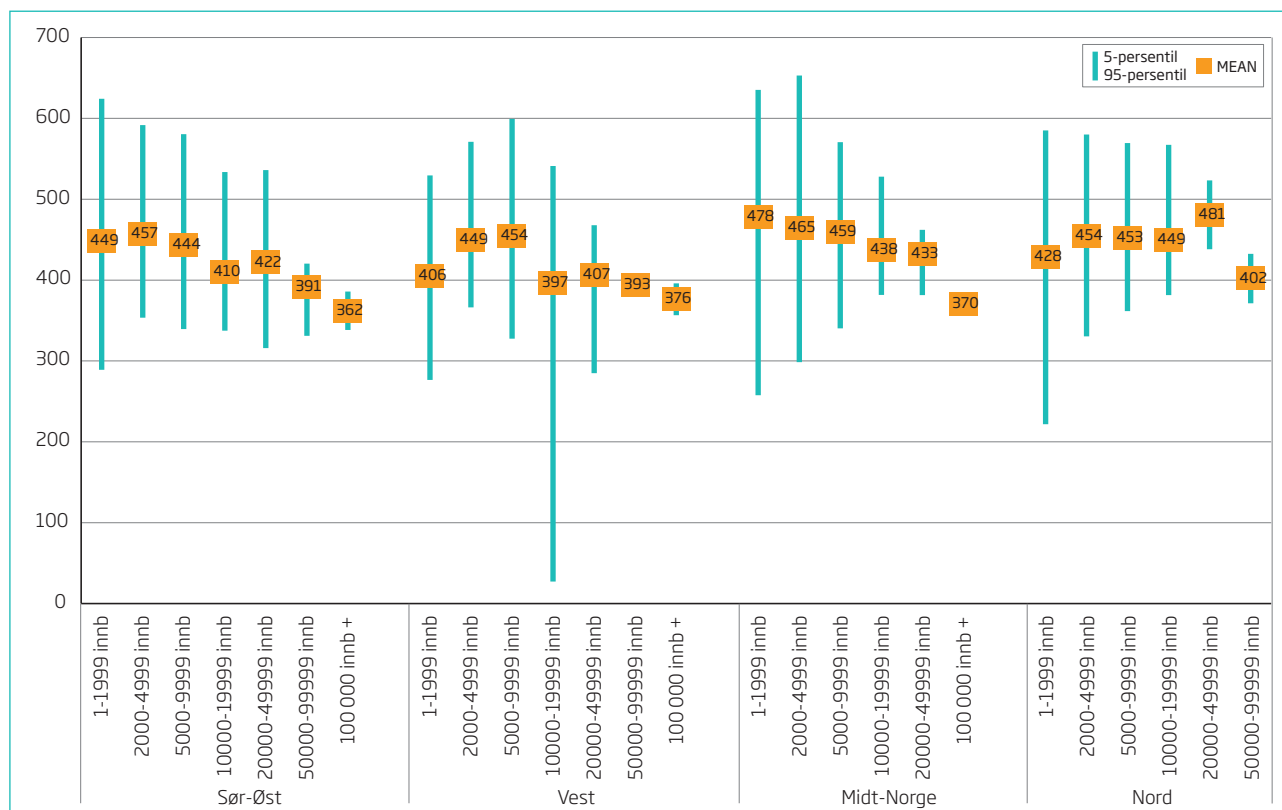
Det er betydelig variasjon mellom kommunene i hvor stor andel av de eldste som mottar et tilbud om institusjonsopphold, både korttid- og langtidsopphold. For langtidsopphold på institusjon finner vi indikasjoner på at de mellomstore kommunene har et noe lavere gjennomsnittsnivå enn både små og større kommuner. De største kommunene i både Sør-Øst, Vest og Midt-Norge har et høyere nivå av langtidsopphold for eldre enn kommuner med 50 000-99 999 innbyggere.

For bruk av fastlege blant eldre innbyggere finner vi betydelige variasjoner blant de minste kommunene, men for øvrige kommunkategorier ligger gjennomsnittet rundt 90-95 prosent av den eldre befolkningen. Blant små kommuner i Vest varierer gjennomsnittlig antall konsultasjoner hos fastlege per eldre innbygger fra 1,8 til 7,9.

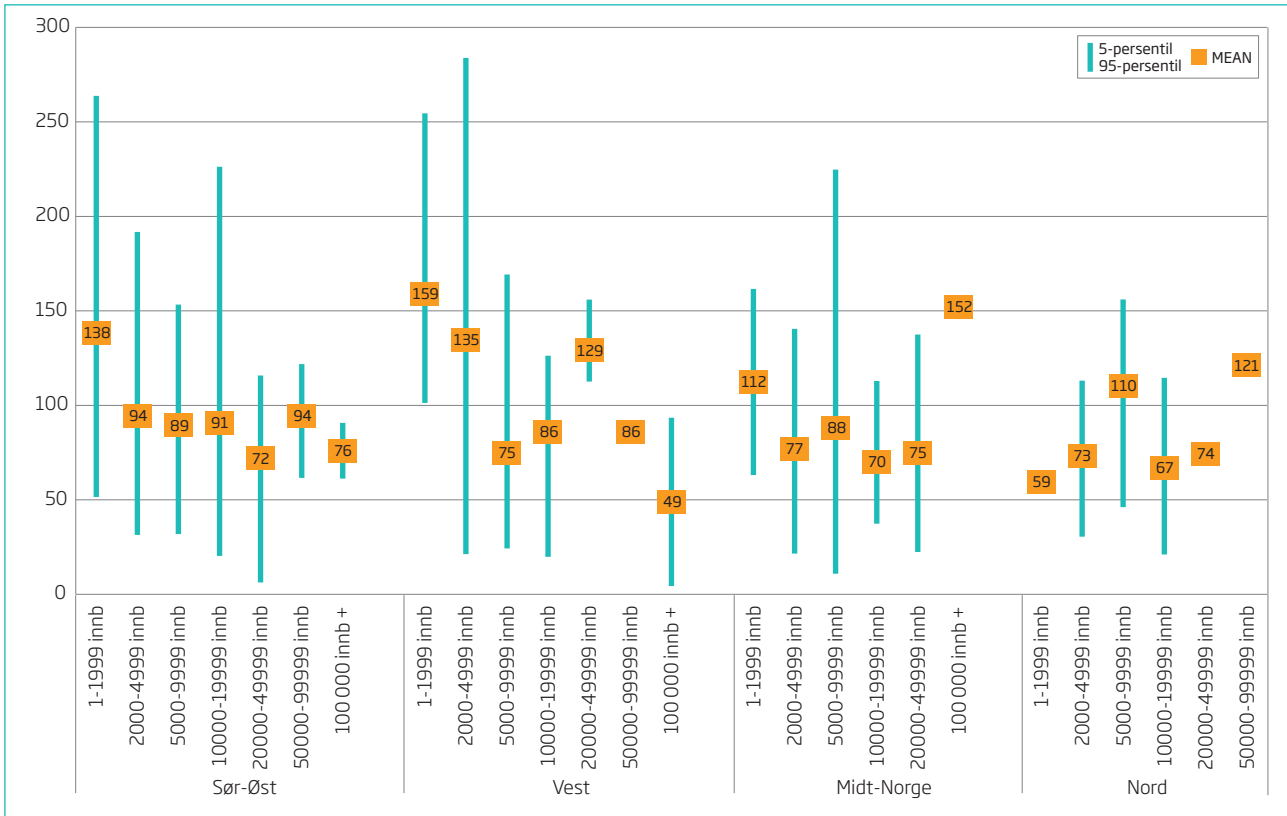
Figur 3.14 Gjennomsnitt og variasjon i mottakere totalt av kommunale helsetjenester i hjemmet og på institusjon per 1000 innb. 80 år og eldre 2015.



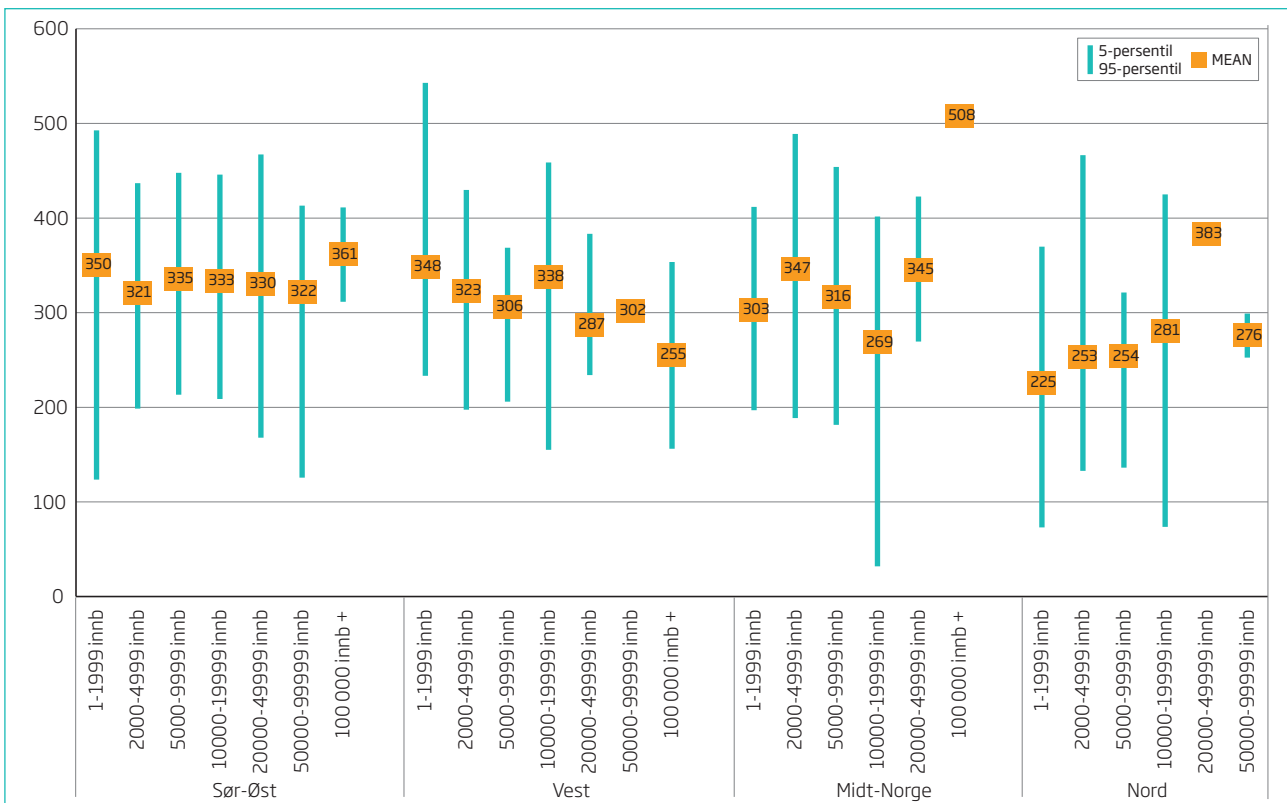
Figur 3.15 Gjennomsnitt og variasjon i mottakere av kommunale helsetjenester i hjemmet per 1000 innb. 80 år og eldre 2015.



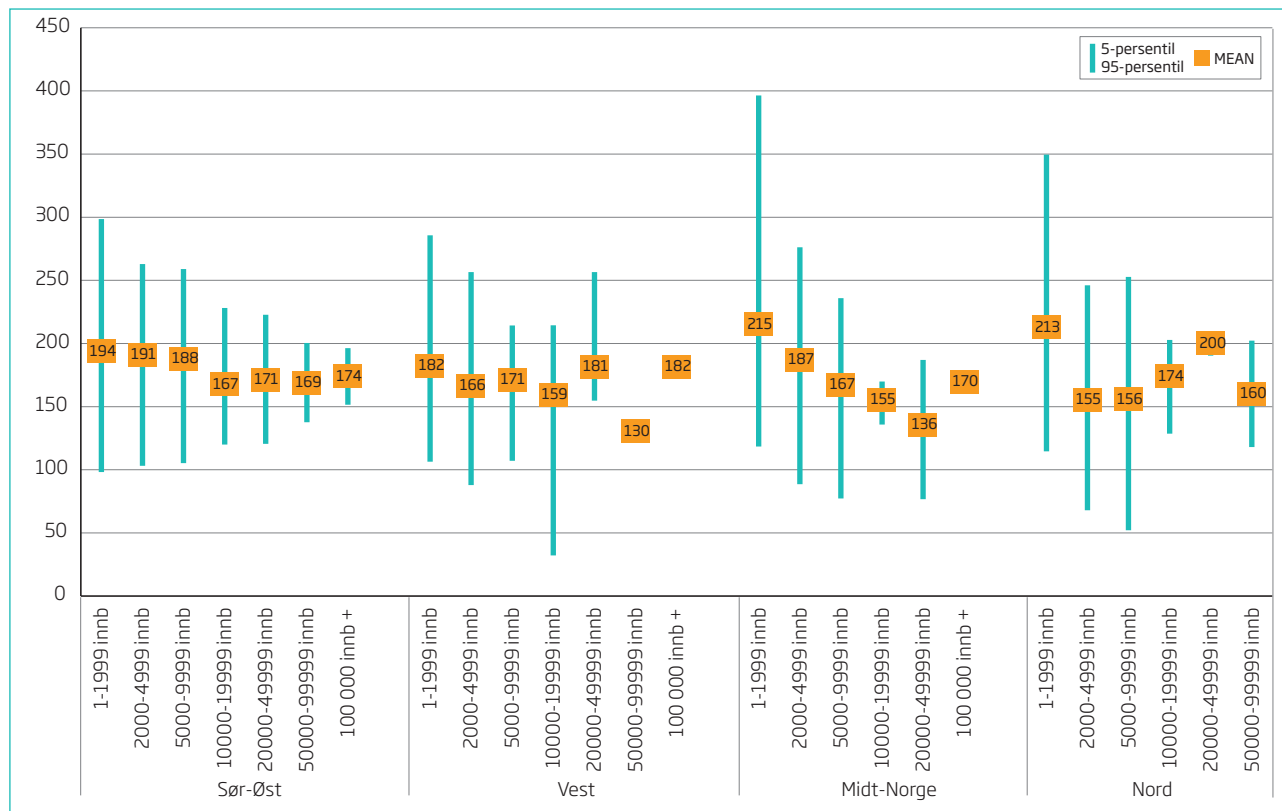
Figur 3.16 Gjennomsnitt og variasjon i mottakere av dagtilbud per 1000 innb. 80 år og eldre 2015.



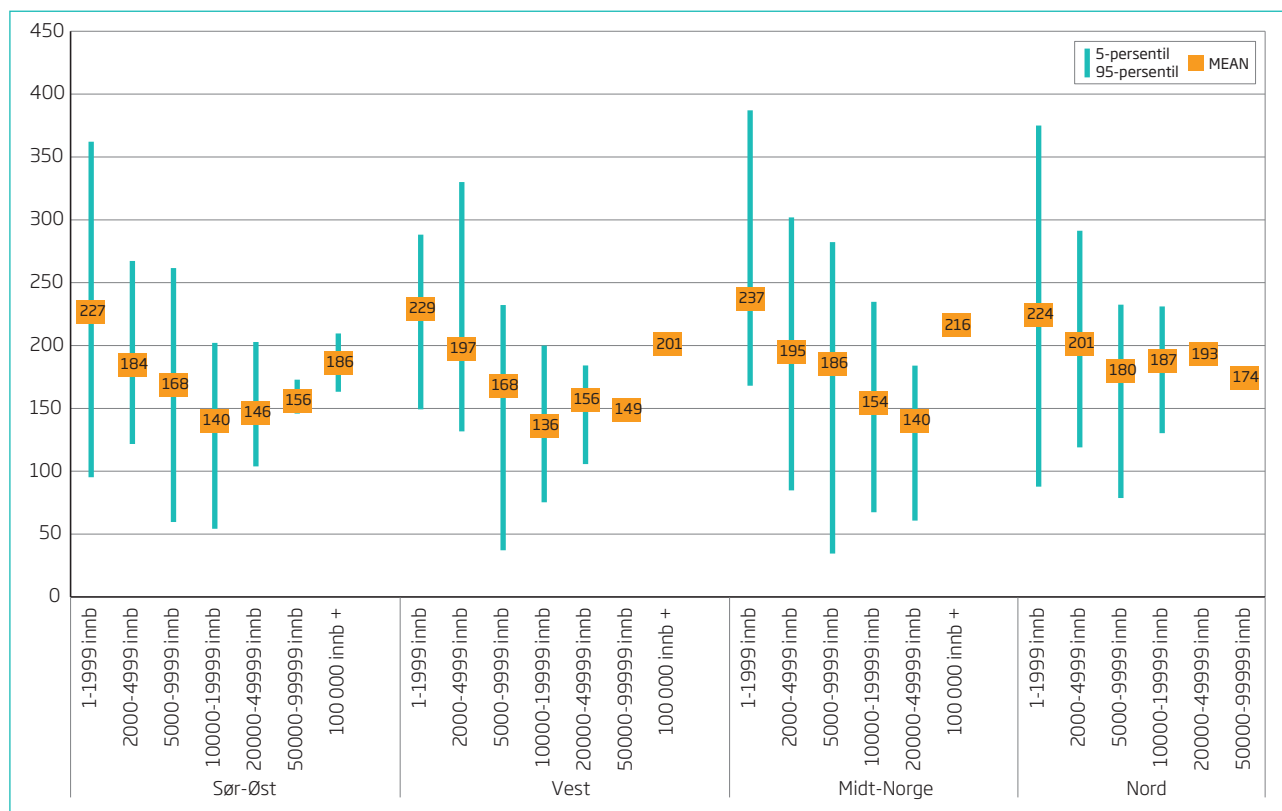
Figur 3.17 Gjennomsnitt og variasjon i mottakere av trygghetsalarm per 1000 innb. 80 år og eldre 2015.



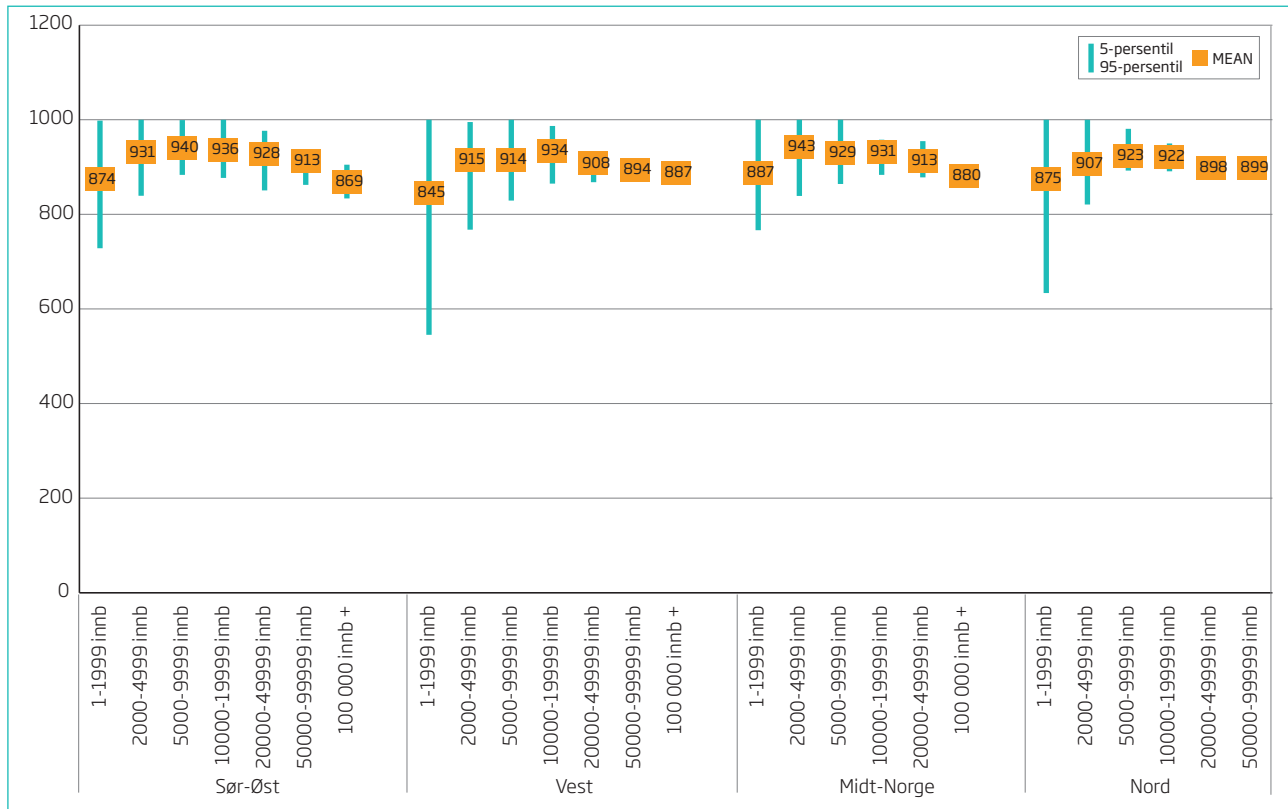
Figur 3.18 Gjennomsnitt og variasjon i mottakere av korttidsopphold på institusjon per 1000 innb. 80 år og eldre 2015.



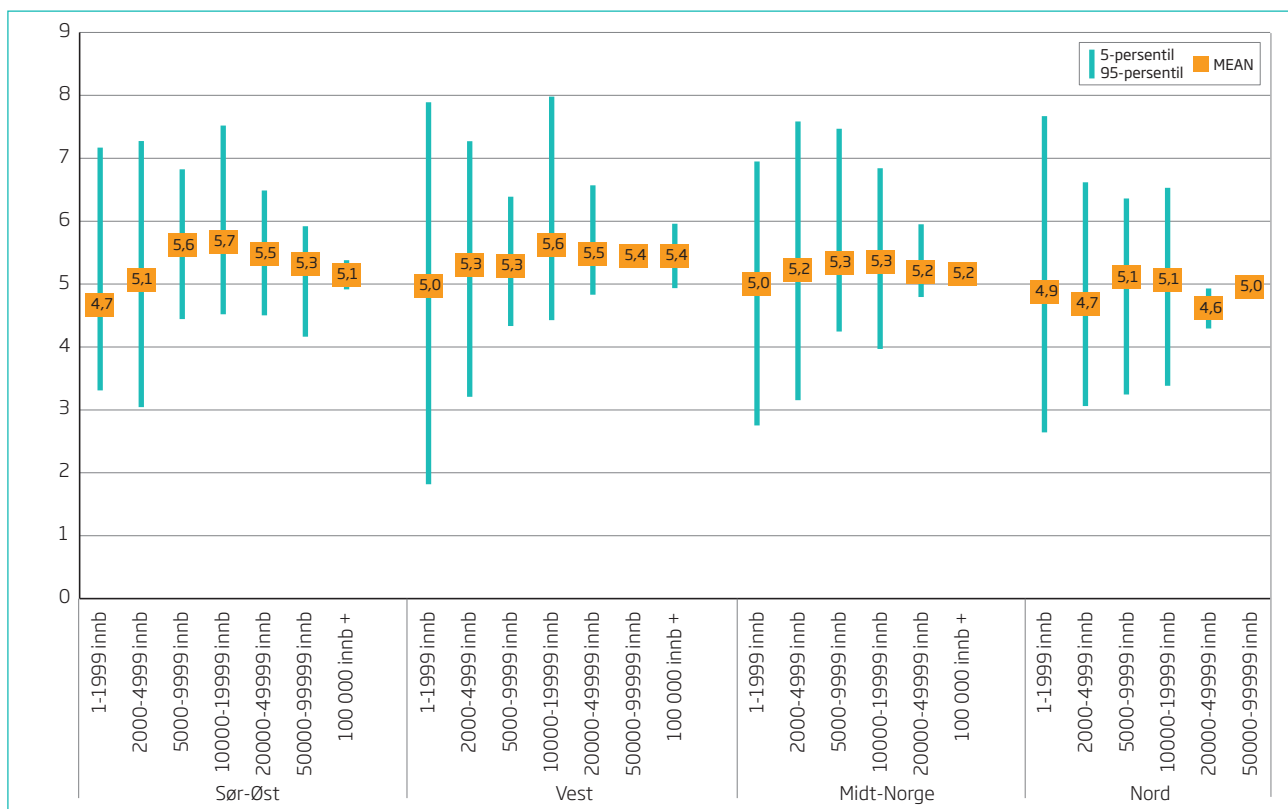
Figur 3.19 Gjennomsnitt og variasjon i mottakere av langtidsopphold per 1000 korrigerte innbyggere 2015.



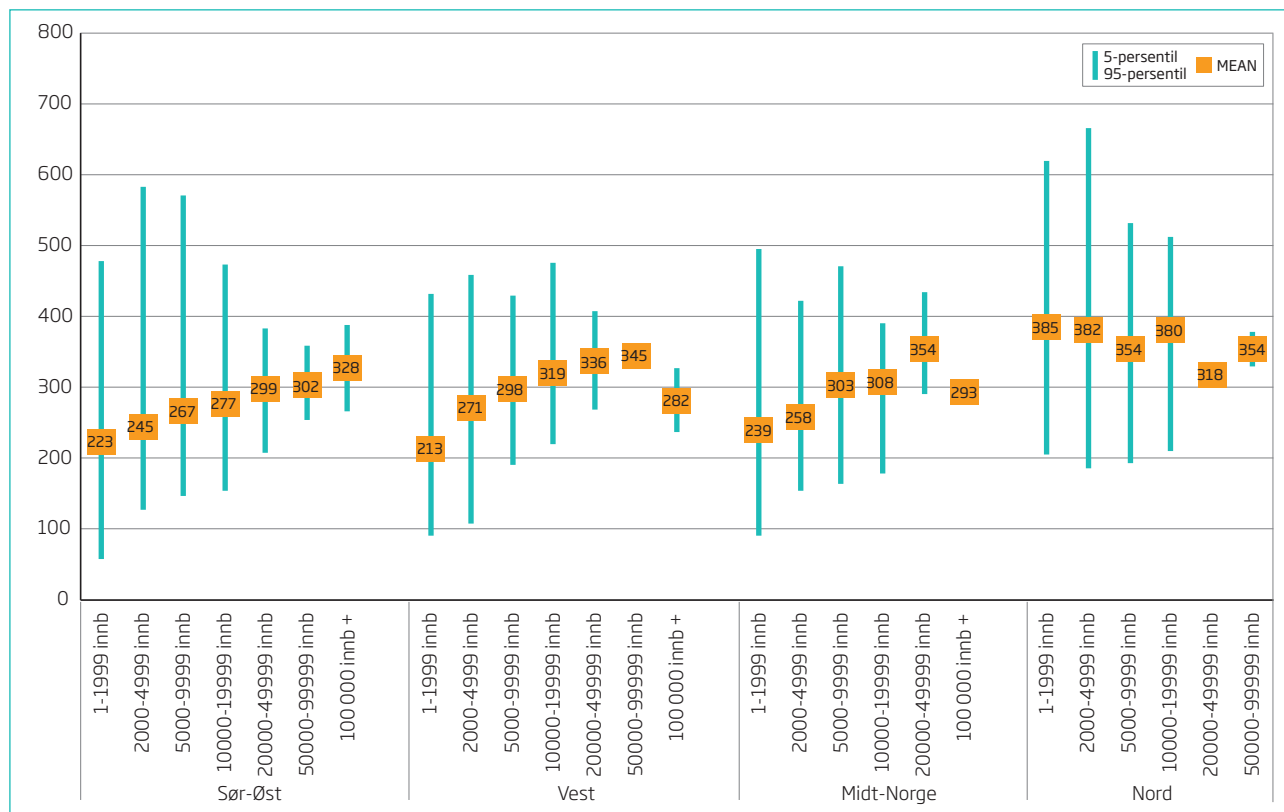
Figur 3.20 Gjennomsnitt og variasjon i pasienter hos fastlege per 1000 innb. 80 år og eldre 2015.



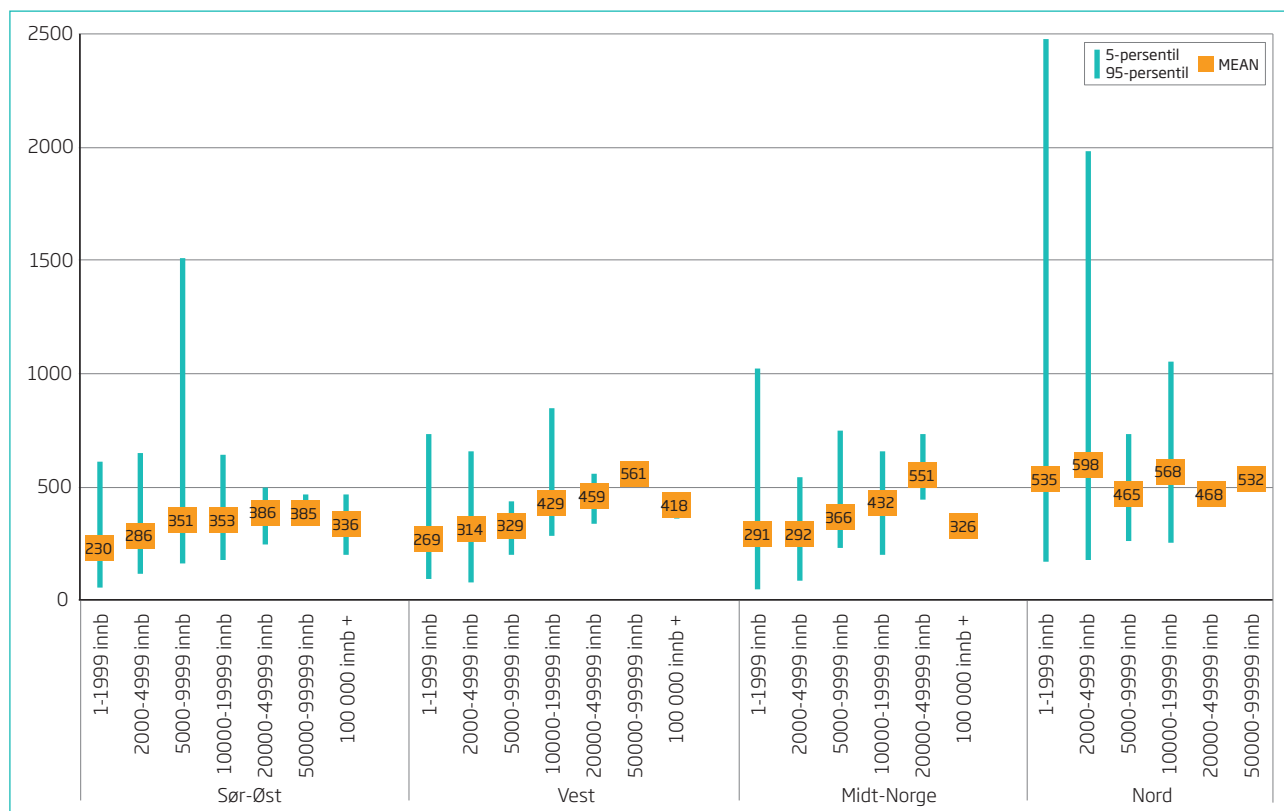
Figur 3.21 Gjennomsnitt og variasjon i konsultasjoner hos fastlege per 1000 innb. 80 år og eldre 2015.



Figur 3.22 Gjennomsnitt og variasjon i pasienter hos legevakt per 1000 innb. 80 år og eldre 2015.



Figur 3.23 Gjennomsnitt og variasjon i konsultasjoner hos legevakt per 1000 innb. 80 år og eldre 2015.



3.7 KOMMUNER MED ET LAVT NIVÅ AV BÅDE HJEMMETJENESTER OG INSTITUSJONSPLASSE

Det kan være stor variasjon mellom kommunene i hvordan de har organisert sine tjenester. Noen kommuner har en svært lav dekning av institusjonsplasser, men kompenserer for dette gjennom et bedre tilbud av hjemmetjenester. Vektleggingen av enten hjemmetjenester eller institusjonsplasser kan henge sammen med eksisterende infrastruktur, andre strukturelle forhold som geografisk avstand og framkommelighet eller politiske preferanser i kommunene. Tidligere forskning som skiller mellom hjemmetjenesteorienterte kommuner og institusjonskommuner har påpekt at hjemmetjenesteorienterte kommuner kan drive mer effektivt uten at tjenestetilbudet blir dårligere (Borge og Haraldsvik 2005¹¹). Når tilbudet av én type tjeneste er høyt, mens en annen type tjeneste er lavt, kan tjenestene i noen grad substituere hverandre.

Tidligere i dette kapitlet, har vi påpekt at kommunal variasjon i helse- og omsorgstjenester handler mer om at noen kommuner har et avvikende *høyt nivå* av enkelte tjenester enn om at noen kommuner har et avvikende lavt nivå av tjenester. Det er likevel noen kommuner som *relativt sett*, har et lavt nivå av både *hjemmetjenester* og *institusjonstjenester*. Vi har sett nærmere på disse kommunene og stilt spørsmål ved om de har særlige kjennetegn. Har disse kommunene høyere bruk av spesialisthelsetjenester og flere liggedager for utskrivningsklare pasienter enn andre? Analysene gjelder befolkningen som er 80 år og eldre.

Vi har tatt utgangspunkt i kommuner som har et lavere nivå enn landsgjennomsnittet av *både* helsetjenester i hjemmet og langtidsopphold på institusjon. Dette gjelder 40 kommuner. Sammenhengen mellom kommunenes nivå av langtidsopphold og hjemmetjenester er illustrert i figur 3.24. Aksene i figuren angir landsgjennomsnittet av henholdsvis langtidsopphold og hjemmetjenester. Kommuner i første kvadrant (øverst til høyre) har et høyere nivå av både langtidsopphold og helse-tjenester i hjemmet enn landsgjennomsnittet, mens kommuner i tredje kvadrant (nederst til venstre i

figuren) har et lavere nivå enn landsgjennomsnittet av både langtidsopphold og helsetjenester i hjemmet. Våre analyser viser at kommuner med det høyeste nivået av mottakere for begge typer tjenester, har gjennomsnitt med færre timer helsetjenester i hjemmet enn kommuner med et lavere nivå av mottakere.

Et flertall av kommunene i tredje kvadrant (lavt nivå av både langtidsopphold og helsetjenester i hjemmet) er mellomstore (figur 3.26), og har kort reiseavstand til sykehus. Behovsindeksen for disse kommunene¹² er lavere enn for de andre kommunene, og dette kan indikere at sykkeligheten er noe lavere. Det er mulig at dette i noen grad forklarer hvorfor nivået av kommunale helse- og omsorgstjenester i hjemmet og på institusjon er lavere enn landsgjennomsnittet. Vi har imidlertid tidligere i dette kapitlet påpekt at forskjellene mellom kommunene i behov for tjenester, forklarer avvikende høye nivåer av tjenestemottakere mer enn avvikende lave nivåer av tjenester.

Vi finner imidlertid flere indikasjoner på at bruken av sykehustjenester i disse kommunene er høyere enn i andre kommuner. Kommuner med et lavt nivå av både helsetjenester i hjemmet og langtidsopphold på institusjon har et høyere nivå av *liggedager på sykehus for utskrivningsklare pasienter* enn andre kommuner. Dette er vist i figur 3.25.

Omfanget av innleggelse for øyeblikkelig hjelp og medisinsk behandling blant eldre (80 år+) - samt liggedagsratene som knyttes til slike opphold, er også noe høyere for kommuner med et lavt nivå av helsetjenester i hjemmet og langtidsopphold på institusjon enn for de andre kategoriene av kommuner.

Vi har også analysert om omfanget av reinnleggelse er høyere for pasienter som er bosatt i kommuner med et lavt nivå av kommunale helse- og omsorgstjenester, enn i kommuner med et høyere nivå av slike tjenester. Vi finner ingen tydelig sammenheng mellom disse forholdene.

Det er heller ikke noen entydig sammenheng mellom kommunenes tilbud av hjemmetjenester/

11 Ressursbruk og tjenestetilbud i institusjons- og hjemmetjenesteorienterte kommuner. Lars-Erik Borge og Marianne Haraldsvik. Senter for økonomisk forskning AS.

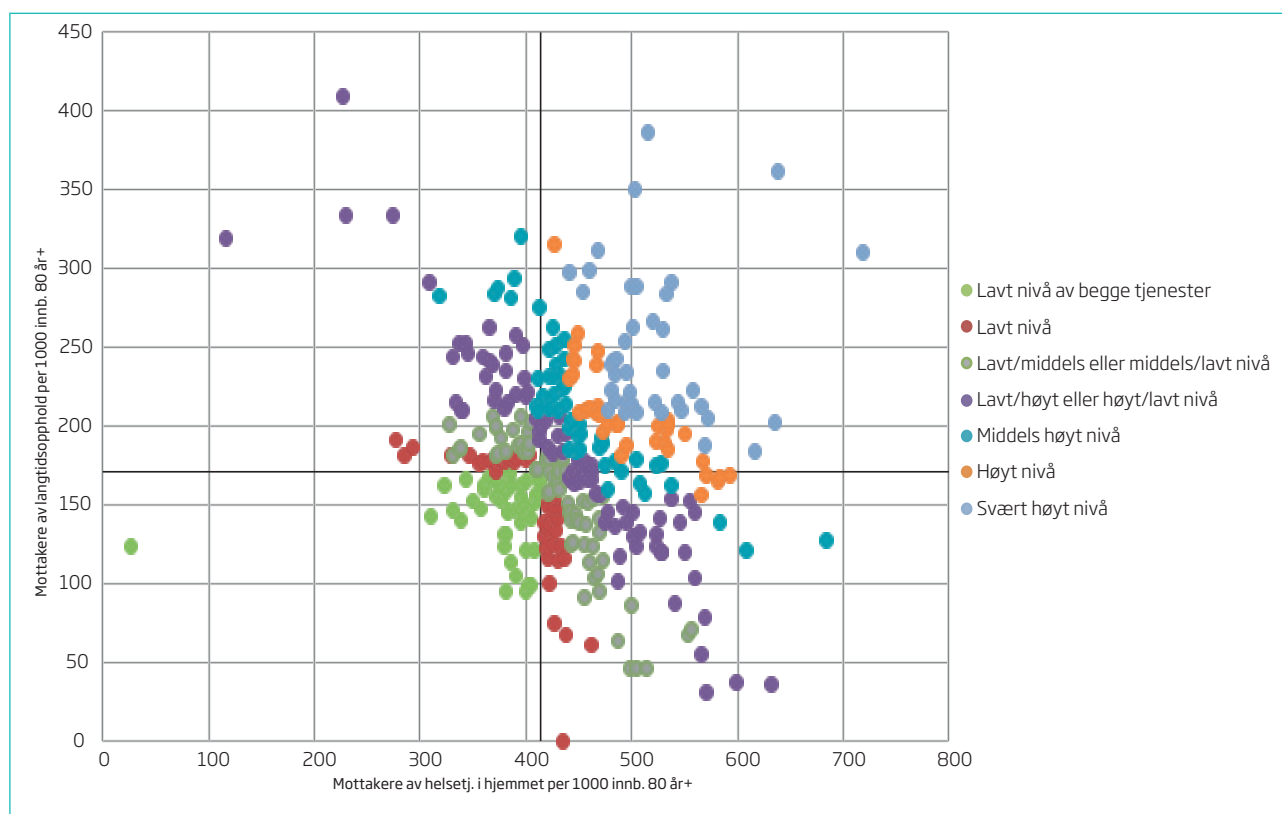
12 Behovsindeks eksklusive komponenter knyttet til kommune-størrelse og sentralitet (sone, nabo og basis).

institusjonstjenester og bruk av fastlege, legevakt eller sykebesøk.

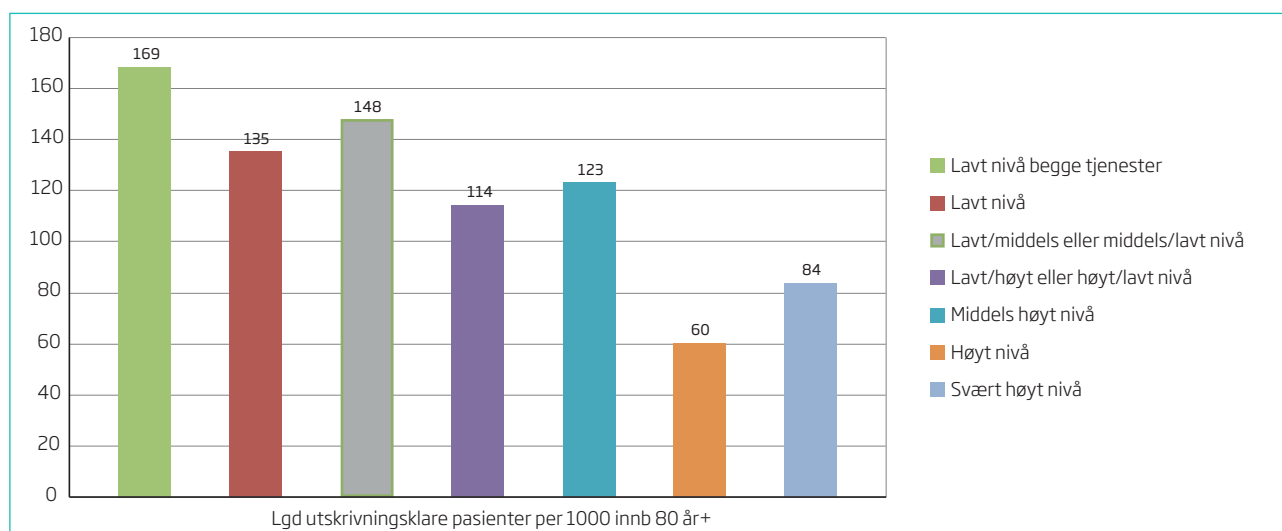
Sammenhengene mellom sykehusbruk og kommunale helse- og omsorgstjenester er kun analysert på kommunenivå og kan ikke brukes til å fastslå en

direkte sammenheng mellom tilbudet av kommunale helse- og omsorgstjenester og sykehusbruk. På individnivå kan det være andre forhold som forklarer det relativt sett høyere nivået av liggedager på sykehus for utskrivningsklare pasienter.

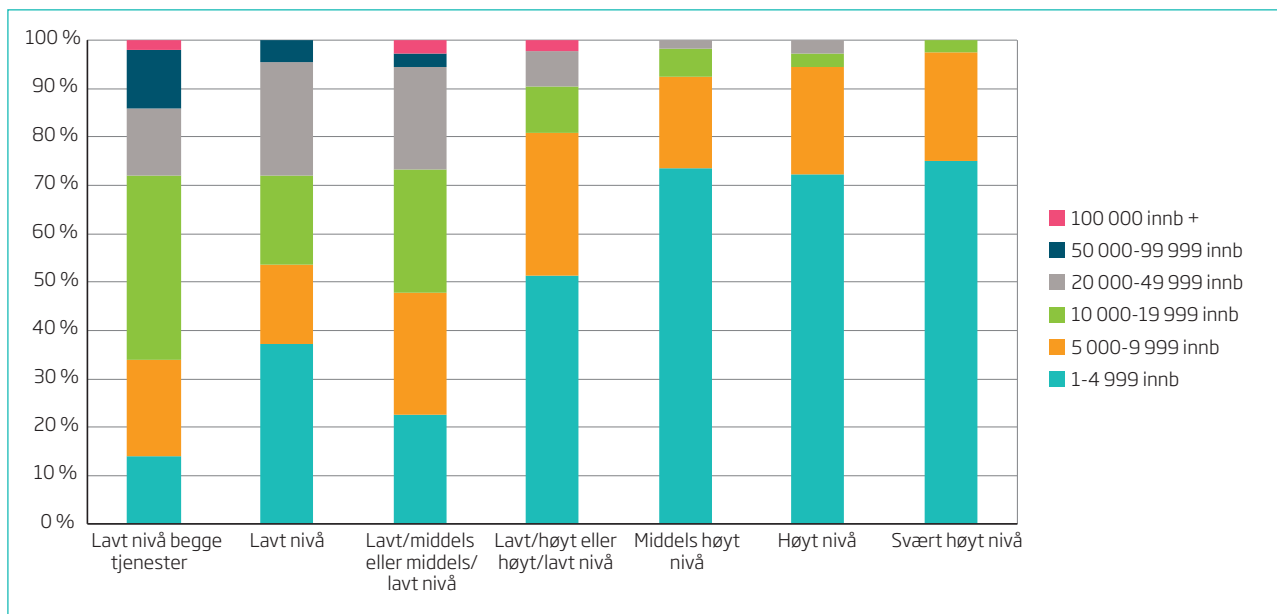
Figur 3.24 Kommunenes nivå av kommunale helsetjenester i hjemmet og på institusjon. Rater per 1000 innbyggere 80 år og over. Data fra 2015.



Figur 3.25 Gjennomsnitt av liggedager på sykehus for utskrivningsklare pasienter 80 år og eldre etter kommunenes nivå av helse- og omsorgstjenester i hjemmet og på institusjon for eldre 80 år og over. Data fra 2015.



Figur 3.26. Kommunestørrelse etter nivå av helsetjenester i hjemmet og på institusjon for eldre 80 år og over. Data fra 2015.



3.8 KOMMUNER MED ET LAVT NIVÅ AV BÅDE KORTTID- OG LANGTIDS-OPPHOLD

Tabell 3.1 og kapittel 4 viser at det har vært en betydelig vekst i mottakere av korttidsopphold fra 2009 til 2015. Veksten i mottakere av korttidsopphold, gjelder særlig for kommuner som har hatt et lavt nivå av plasser for langtidsopphold. Disse kommunene tenderer til å ha et høyere nivå enn landsgjennomsnittet av hjemmesykepleie. Generelt sett, er det en tydelig tendens til at kommuner som har et høyt nivå av korttidsopphold for eldre, også har et lavere nivå av langtidsopphold og vice versa.

Det er imidlertid noen kommuner som *relativt sett*, har et lavt nivå av både *korttidsopphold* og *langtidsopphold*. Når det kommunale tilbudet av institusjoner er for lite, kan det medføre at bruken av spesialisthelsetjenesten øker. Vi har sett nærmere på disse kommunene og stilt spørsmål ved om de har særlige kjennetegn og om de har høyere bruk av spesialisthelsetjenester og flere liggedager for utskrivningsklare pasienter enn andre? Analysene gjelder befolkningen som er 80 år og eldre.

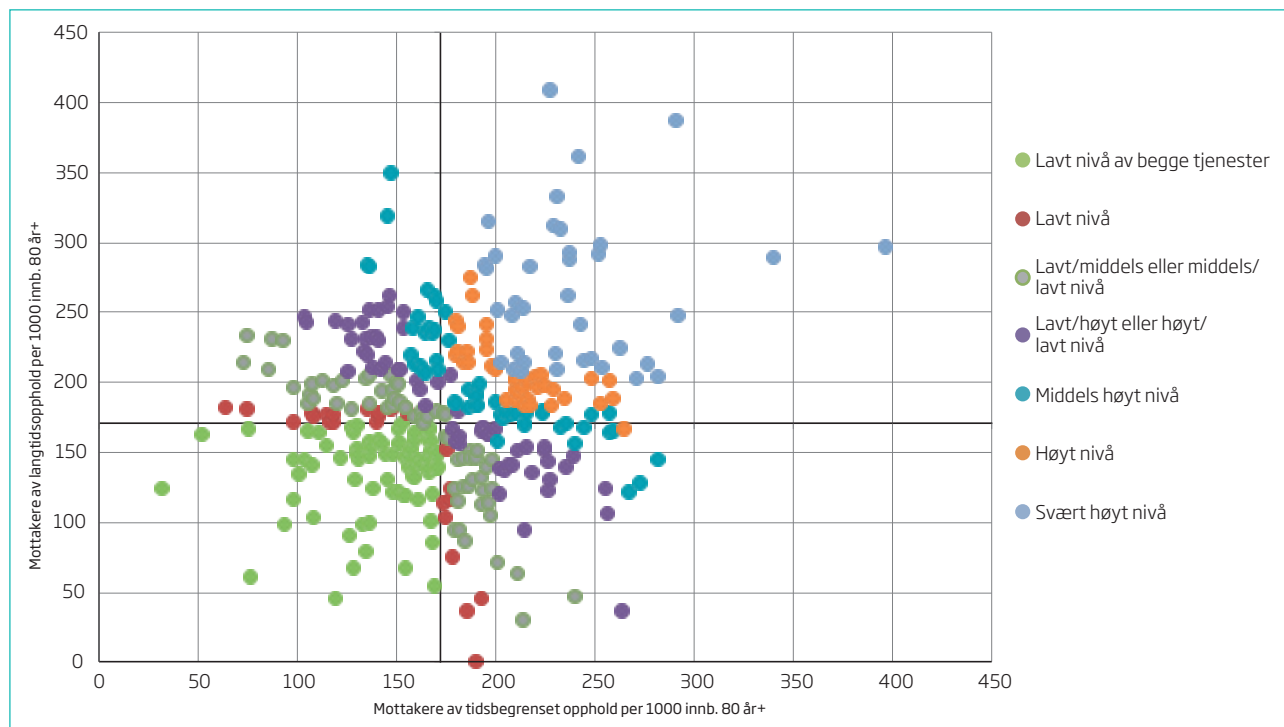
Sammenhengen mellom kommunenes nivå av korttid- og langtidsopphold er vist i figur 3.27.

Aksene i figuren angir landsgjennomsnittet av henholdsvis langtidsopphold og korttidsopphold per 1000 innbygger 80 år og eldre. Kommuner i første kvadrant (øverst til høyre) har et høyere nivå av både korttid- og langtidsopphold enn landsgjennomsnittet, mens kommuner i tredje kvadrant (nederst til venstre i figuren) har et lavere nivå enn landsgjennomsnittet av begge deler. Dette omfatter 83 kommuner, hvorav halvparten ligger i Sør-Øst. Kommunene er for øvrig fordelt på både Vest (18), Midt-Norge (12) og Nord (13)

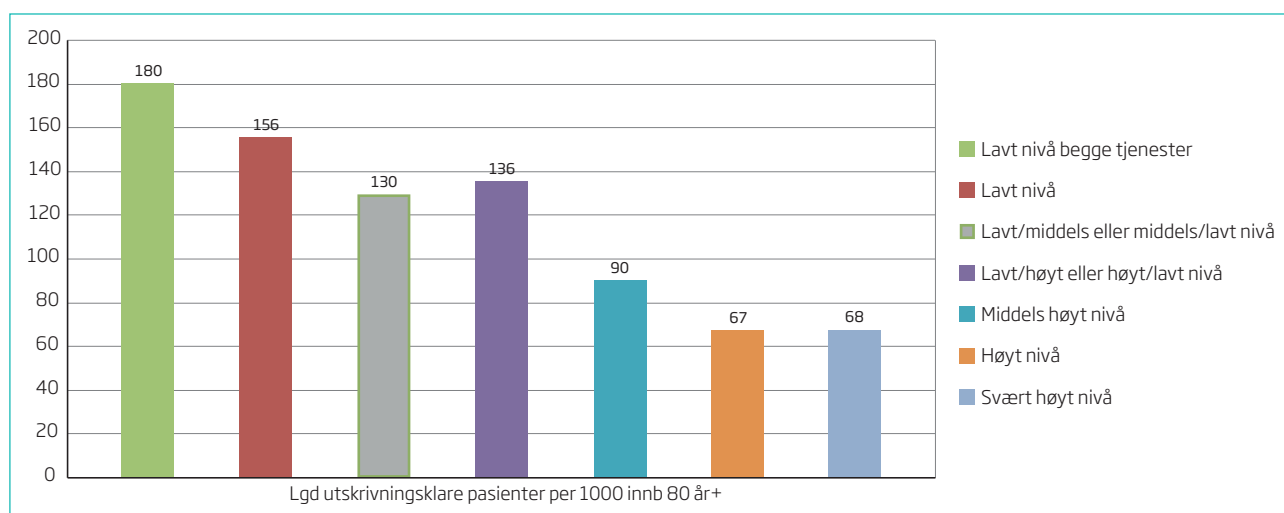
Kommuner med et høyt nivå av tjenestemottakere av både korttid- og langtidsopphold har (i gjennomsnitt) høyere behov for kommunale helse- og omsorgstjenester enn kommuner i andre kategorier. Kommuner med et relativt sett lavt nivå av både korttid- og langtidsopphold på institusjon for eldre, skårer lavere på behovsindeksen enn de andre kategoriene av kommuner.

Kommuner med et relativt sett lavt nivå av både korttid- og langtidsopphold på institusjon for eldre, har flere liggedager på sykehus per eldre innbygger enn kommuner i andre kategorier. Dette gjelder særlig for utskrivningsklare pasienter (se figur 3.28). Kommuner med lavt nivå av både korttids- og langtidsopphold på institusjon har et gjennomsnitt

Figur 3.27 Kommunenes nivå av korttidsopphold - og langtidsopphold på institusjon. Rater per 1000 innbyggere 80 år og over. Data fra 2015.



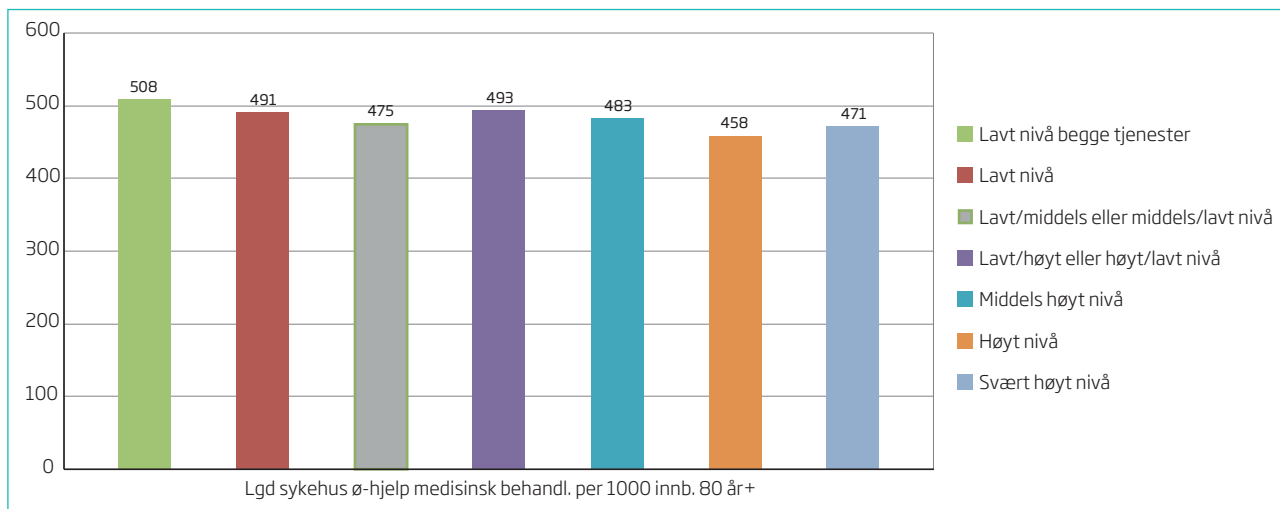
Figur 3.28 Gjennomsnitt av liggedager på sykehus for utskrivningsklare pasienter 80 år og eldre etter kommunenes nivå av korttids- og langtidsopphold på institusjon for eldre 80 år og over. Data fra 2015.



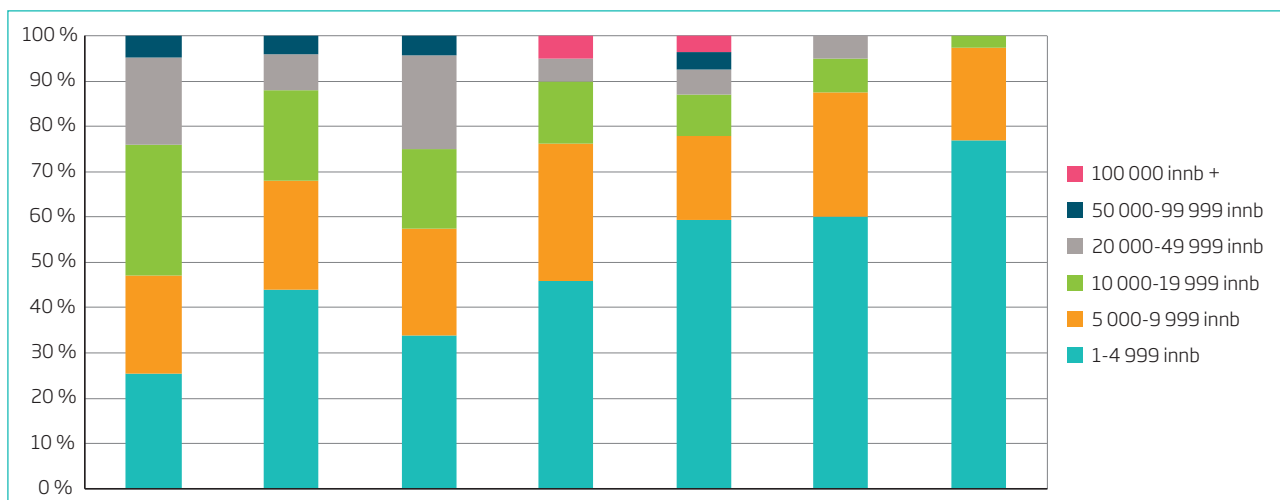
på 180 liggedager på sykehus for utskrivningsklare pasienter per 1000 innbyggere, mens kommuner med et høyt nivå av begge typer institusjonsopphold har 67-68 liggedager på sykehus for utskrivningsklare pasienter.

Vi finner også en viss forskjell mellom kommunegruppene når det gjelder liggerdager på sykehus for eldre ved innleggelser for øyeblikkelig hjelp og medisinsk behandling. Dette er vist i figur 3.29.

Figur 3.29 Gjennomsnitt av liggedager på sykehus for pasienter 80 år og eldre per 1000 innbygger etter kommunenes nivå av korttids- og langtidsopphold på institusjon for eldre 80 år og over. Data fra 2015.



Figur 3.30. Kommunestørrelse etter nivå av korttid- og langtidsopphold på institusjon for eldre 80 år og over. Data fra 2015.



3.9 DATAGRUNNLAG OG METODE

Data i dette kapitlet er hentet fra KUHR (Kontroll og Utbetaling av HelseRefusjon) og fra IPLOS (Individbasert helse- og omsorgsstatistikk). Data fra KUHR er levert av Helsedirektoratet og data fra IPLOS er levert av SSB. For begge datakilder er det levert anonyme data per kommune.

Data fra IPLOS er anonyme, det vil si at det bare publiseres tall når antallet mottakere er høyere enn 4. For noen typer tjenester og små kommuner, hvor antallet mottakere igjen skal fordeles på ulike

aldersgrupper, betyr dette at SSB ikke kan utlevere tall på grunn av anonymitetshensyn. For noen av tjenestetypene i IPLOS mangler det derfor opplysninger for enkeltkommuner.

Når vi mangler opplysninger om antallet mottakere i en eller flere kommuner, har vi tatt hensyn til dette i befolkningsgrunnlaget vi bruker til å beregne rater per 1000 innbygger. Når vi mangler data i telleren, er dette med andre ord hensyntatt for data i neveren.

Data fra KUHR inkluderer pasienter som har hatt en kontakt hvor pasienten har vært tilstede. En

konsultasjon er definert som en regning med minst en av følgende takstkoder: 2ad, 2ak, 2ed, 2fk. Pasientene er knyttet til bostedskommunen, og ikke til hvilken fastlege/legevakt pasienten har benyttet. Dersom en pasient i løpet av året har flyttet til ny kommune, vil denne pasienten telles som to pasienter. For alle regninger fra fastleger og fastlønnede leger var det i 2015 hele 99,8 prosent av regningene som hadde oppgitt fødselsnummer. I perioden 2010-2013 har denne andelen vært over 99 prosent. For legevakt og kommunal legevakt var tilsvarende tall 97,2 i 2015.

I våre analyser opererer vi med to typer gjennomsnitt. Det ene er et landsgjennomsnitt (vektet gjennomsnitt) hvor alle mottakere er summert på nasjonalt nivå. Det andre er et gjennomsnitt for kommunene (uvektet gjennomsnitt). I det uvektede gjennomsnittet har vi først beregnet antall mottakere per innbygger i hver kommune, og deretter funnet gjennomsnittet for kommunene. Da teller hver kommune likt, uavhengig av hvor mange innbyggere det er i kommunen. Når det for eksempel gjelder dekningsgrad av helsetjenester i hjemmet, viser landsgjennomsnittet at det er 42 mottakere per 1000 innbyggere. Det uvektede gjennomsnittet viser derimot 55 mottakere per 1000 innbyggere. Forskjellene i landsgjennomsnitt og uvektet gjennomsnitt skyldes at små kommuner i gjennomsnitt har noe høyere nivå av mottakere enn store kommuner. Vi finner tilsvarende forskjeller for eldre 80 år og over.

4. Utvikling i bruk av helse- og omsorgstjenester i hjemmet og på institusjon

Kapasiteten innen plasser ved helse- og omsorgsinstitusjoner i kommunene i 2015 utgjør 40 700 plasser og representerer en nedgang på en prosent siden 2009. Kommunene har i stor grad økt sin kapasitet av korttidsplasser i perioden. De mindre kommunene har redusert kapasiteten innen det øvrige døgntilbudet av institusjonsplasser og redusert dekningsgraden av langtidsopphold for mottakere i aldersgruppen 80 år og eldre. Samtidig er helsetjenester i hjemmet og trygghetsalarm styrket for denne aldersgruppen i de mindre kommunene.

Helsetjenester i hjemmet er også styrket for befolkningen under 67 år i 2015 sammenlignet med 2009. Det er høyere dekningsrate for helsetjenester i hjemmet i små kommuner enn i de store kommunene. I tillegg er det større vekst i dekningsraten i de små kommunene sammenlignet med de store kommunene i perioden 2009-2015 både for mottakere yngre enn 67 år og for mottakere 80 år og eldre.

For aldersgruppen 67-79 år har det vært en nedgang i dekningsrate av kommunale helse- og omsorgstjenester i hjemmet og på institusjon. Nedgangen gjelder både for små og store kommuner, men er mest tydelig for de største kommunene. For aldersgruppen 67-79 år har de største kommunene hatt nedgang i dekningsraten av helsetjenester i hjemmet, mottakere av praktisk bistand, trygghetsalarm, samt korttids- og langtidsopphold. Det er viktig å påpeke at det ikke er færre mottakere i 2015 enn i 2009, men at nedgangen skyldes at veksten i befolkningen i denne aldersgruppen har vært sterkere enn veksten i antallet mottakere. Antallet mottakere økte med 10,8 prosent, mens befolkningen økte med 29 prosent¹³. De største byene har hatt en vekst i totalt antall tjenestemottakere i alderen 67-79 år på knapt 4 prosent og en vekst i befolkningen på 30 prosent.

4.1 INNLEDNING

I perioden fra 2009 til 2015 har det vært betydelige demografiske endringer. Befolkningen har totalt sett økt med 7,3 prosent, men aldersgruppen mellom 67 og 79 år har økt med 29,5 prosent. Befolkningen som er 80 år og eldre har vært stabil i denne perioden.

De demografiske endringene i denne perioden varierer med hensyn til kommunestørrelse. I de største kommunene har det vært en befolkningsvekst på inntil 10 prosent, mens i kommunene med færre enn 10 000 innbyggere har befolkningsveksten ligget under fem prosent. Antallet eldre over 80 år har økt med tre til fire prosent i mellomstore kommuner, mens det i de minste og de største kommunene er færre innbyggere i denne aldersgruppen.

¹³ Både befolkningstall og tjenestedata er eksklusive kommuner med manglende data eller færre enn 5 tjenestemottakere.

Alderssammensetningen i befolkningen varierer også med kommunestørrelse. I de minste kommunene utgjør eldre over 67 år i underkant av 20 prosent av befolkningen, mens i de største kommunene utgjør denne aldersgruppen omlag 12 prosent.

Disse betydelige befolkningsendringene har påvirket behovet for kommunale helse- og omsorgstjenester i hjemmet og på institusjon og gjør det særskilt relevant å følge med på utviklingen i bruken av disse tjenestene, både med utgangspunkt i alder og kommunestruktur (kommunestørrelse og sentralitet). I perioden fra 2009 til 2015 har det vært utfordrende for kommunene å tilpasse tjenestetilbudet til de demografiske endringene. Dette gjør det særlig viktig å følge med på hovedtrekkene i utviklingen, ikke bare nasjonalt, men også for grupper av kommuner.

Primærhelsetjenestemeldingen for perioden 2007-2015 (St.meld.nr 50, 1996-1997) la til grunn at mottakerne, så langt det er mulig, skal kunne bo hjemme og motta tjenester utenfor institusjonene. Det ble også lagt vekt på kommunenes ansvar for utbyggingen av tilpassede omsorgsboliger og hjemmetjenester med kvalifisert døgnbasert bemanning. Utfordringene som ble presentert i meldingen var undersøkelser som viste større udekkede behov for hjemmetjenester i store kommuner sammenlignet med små kommuner samt at behovet vil vokse som følge av økningen i den eldre delen av befolkningen. Tilskudd for styrking av heldøgnbasert tilbud på institusjon skulle i tillegg til flere plasser også rettes inn mot modernisering av dagens tjenester, eksempelvis i form av flere ensensrom og spesialenheter for demenslidelser.

Samhandlingsreformen som trådte i kraft i 2012, tok særlig utgangspunkt i utfordringene med koordineringen av spesialisthelsetjenestene og de kommunale tjenestene og ønsket om å avlaste spesialisthelsetjenesten. Med denne reformen ble kommunene tillagt nye oppgaver, hvor hensikten var å tydeliggjøre skillet mellom spesialisthelsetjenestens ansvar og det kommunale ansvaret. Samarbeidsavtaler og dokumentasjon av koordineringen skulle sikre kontinuitet i tilbudet til pasienter med behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra spesialisthelsetjenesten. Kommunale akuttseger ble opprettet for å erstatte og/eller

forhindre sykehusinnleggelse. Disse tiltakene medførte en styrking av behandlingstilbudet i kommunene.

Hensikten med dette kapitlet er å belyse utviklingen av befolkningens bruk av helse- og omsorgstjenester i hjemmet og på institusjon, hjemmetjenester og korttidsplasser gjennom følgende spørsmål:

- 1) Har utviklingen i mottakere av helse- og omsorgstjenester i hjemmet og på institusjon vært lik for store og små kommuner og for alle aldersgrupper i perioden fra 2009 til 2015?
- 2) Har utviklingen i bruk av korttidsplasser (både plasser og mottakere av tidsbegrensede opphold) og forholdet mellom korttidsplasser og langtidsplasser vært lik for store og små kommuner i perioden fra 2009 til 2015?

For å besvare disse spørsmålene har vi kategorisert kommunene etter kommunestørrelse. De demografiske endringene gjør det viktig å se omfanget av tjenestemottakere i sammenheng med befolkningsutviklingen og analysene tar derfor utgangspunkt i tall per 1000 innbyggere. Mye av bakgrunnen for forskjeller mellom kommunene vil ligge i ulik aldersstruktur. Mens for eksempel Oslo har en gjennomgående yngre befolkning, har en del av de mindre kommunene flere eldre innbyggere. Dette vil naturlig nok påvirke behovet for tjenester. På grunn av dette presenteres flere av analysene i dette kapitlet relativt med hensyn til alder (≤ 66 år, 67-79 år, $80 \geq$ år).

4.2 GENERELLE UTVIKLINGSTREKK I PERIODEN 2009-2015

Tjenestetilbudet av kommunale helse- og omsorgstjenester i hjemmet og på institusjon omfatter om lag 349 000 mottakere i 2015 og representerer en vekst på seks prosent siden 2009. I figur 4.1 er endringene i antall mottakere presentert for tjenestegruppene.

For tjenestene som tilbys til hjemmeboende mottakere ser vi en vekst for helsetjenester i

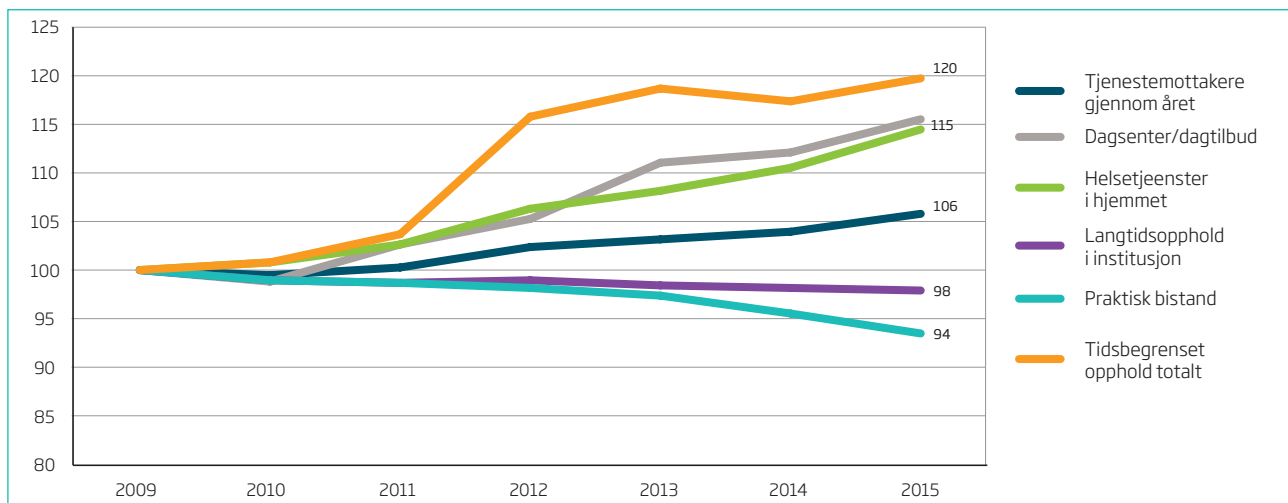
hjemmet, mens antall mottakere av praktisk bistand ble redusert i perioden. Når det gjelder døgnbaserte tjenester ble flere mottakere tilbudt tidsbegrensede opphold i perioden, mens færre mottok langtidsopphold.

Helsetjenester i hjemmet var den største gruppen tjenester og ble i alt benyttet av 62 prosent av mottakerne av helse- og omsorgstjenester i hjemmet og på institusjon i 2015. Dette var en økning på 4 prosentpoeng siden 2009. Praktisk bistand ble mottatt av 37 prosent av tjenestemottakerne i 2015, mens disse tjenestene gjaldt 42 prosent av mottakerne av helse- og omsorgstjenester i hjemmet og på institusjon i 2009. Tidsbegrensede opphold gjaldt 18 prosent av

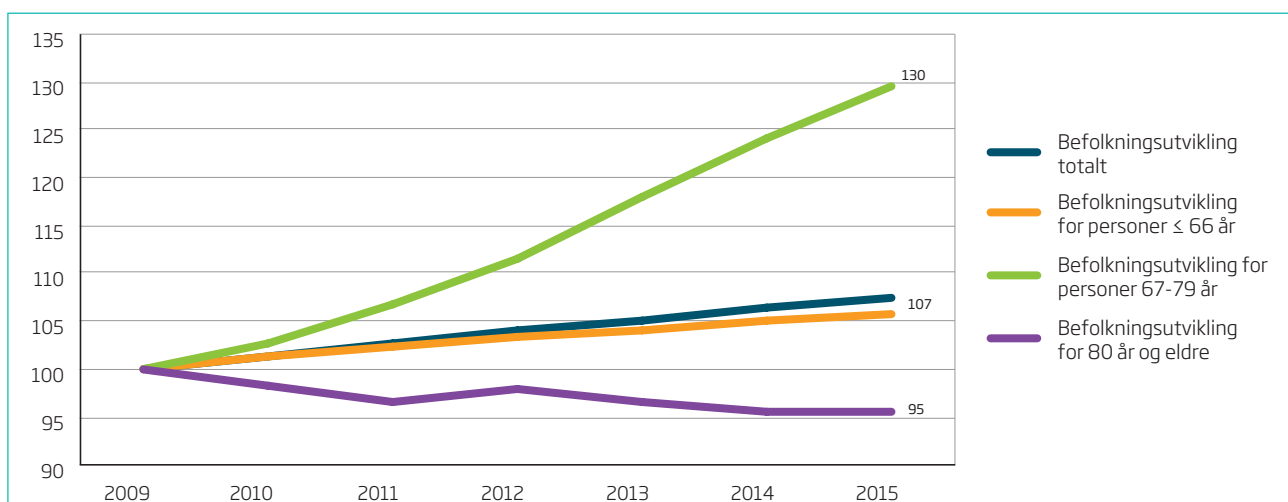
mottakerne i 2015, og 14 prosent fikk langtidsopphold. Tidsbegrensede opphold og langtidsopphold utgjorde hhv 16 og 15 prosent av tjenestene i 2009.

Kommunenes helse- og omsorgstjenester i hjemmet og på institusjon rettes inn mot ulike aldersgrupper. Med utgangspunkt i tilgjengelige data fra IPLOS-registeret som forutsettes anonymisert, har vi delt mottakerne i tre aldersgrupper; mottakere yngre enn 67 år, i aldersgruppen 67-79 år og 80 år og eldre. Figur 4.2 viser prosent endring i antall innbyggere for disse tre aldersgruppene i perioden.

Figur 4.1 Endring (prosent) i antall mottakere av helse- og omsorgstjenester i hjemmet og på institusjon 2009-2015.



Figur 4.2 Endring (prosent) i antall innbyggere fra 2009-2015. Aldersgruppene 0-66 år, 67-79 år og 80 år og eldre.



Fra figur 4.2 ser vi at antall innbyggere i aldersgruppen 67-79 år har økt i antall i perioden 2009-2015 og veksten utgjør 30 prosent. Antall innbyggere i aldersgruppen 80 år og eldre, har blitt færre i samme periode. Den samlede befolkningsveksten i perioden er på sju prosent.

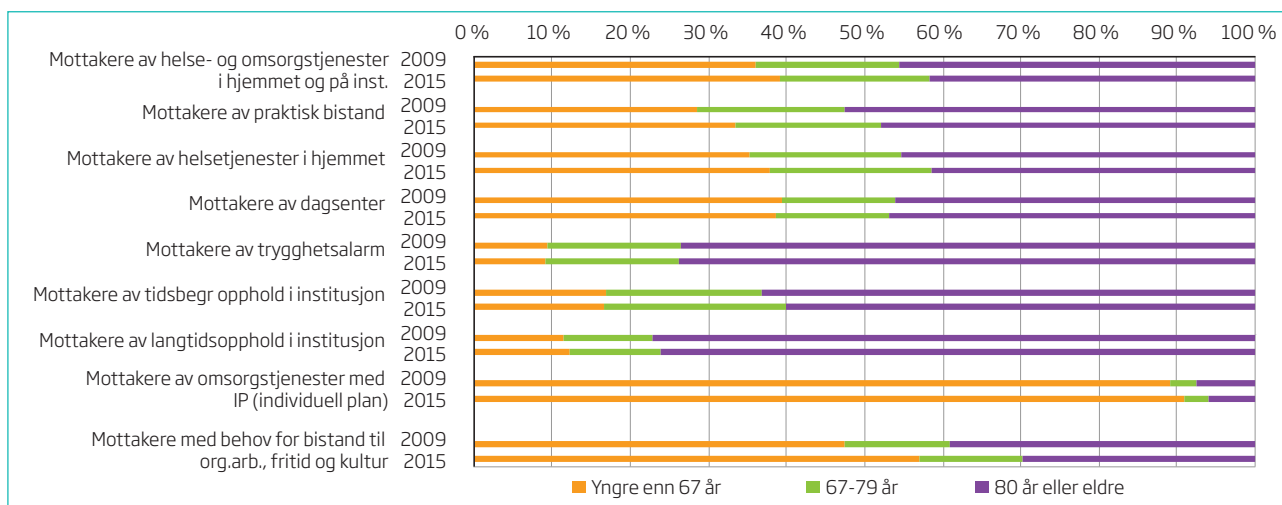
De kommunale omsorgstjenestene er i ulik grad rettet inn mot ulike aldersgrupper. I figur 4.3 er andel mottakere fordelt på de tre aldersgruppene. Figuren viser at innbyggere som er 80 år og eldre står for en stadig mindre del av de kommunale helse- og omsorgstjenestene i hjemmet og på institusjon.

Vi ser at de tre aldersgruppene har ulik bruk av tjenester. Mens døgntilbud i institusjon og trygg-

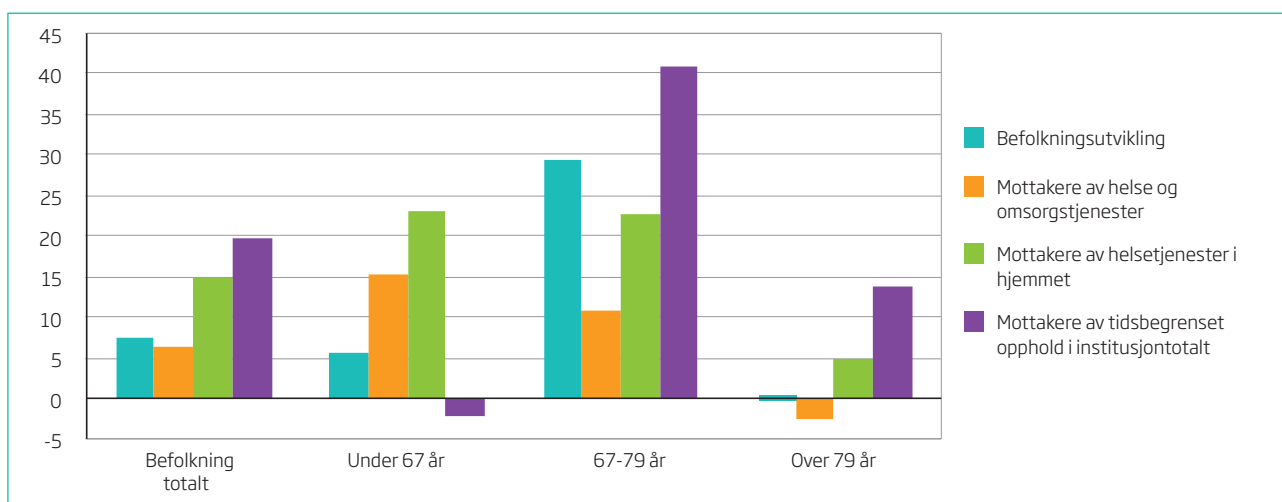
hetsalarm er særlig knyttet til mottakere på 80 år og eldre er helsetjenester i hjemmet, praktisk bistand og bruk av dagsenter tilnærmet likt fordelt mellom mottakere yngre enn 67 og mottakere 80 år og eldre. Det er de yngre mottakerne som i størst grad har individuell plan og som har behov for bistand til organisasjonsarbeid, fritid og kultur. Utvikling og kommunal variasjon i mottakere av individuell plan er analysert og beskrevet i kapittel 8. Mottakere i aldersgruppen 67-79 utgjør om lag en femtedel av mottakerne av helsetjenester i hjemmet og praktisk bistand.

Bruken av helse- og omsorgstjenester må ses i lys av befolkningsutviklingen i perioden. I figur 4.4 er befolkningsutviklingen og utviklingen i antall

Figur 4.3 Mottakere av helse- og omsorgstjenester i hjemmet og på institusjon etter aldersgrupper i 2009 og 2015.



Figur 4.4 Befolkningsutvikling og prosentvis endring i mottakere av helse- og omsorgstjenester i hjemmet og på institusjon fra 2009 til 2015.



mottakere i perioden 2009-2015 presentert for de tre aldersgruppene.

I Figur 4.4 sammenstilles endringen i antall innbyggere med endringen i antall mottakere av helse- og omsorgstjenester, mottakere av helse- og omsorgstjenester i hjemmet og mottakere av tidsbegrensede døgnopphold i institusjon i perioden 2009-2015. Figuren viser at det nasjonale bildet på endringer i perioden ikke representerer endringene i de tre aldersgruppene og viser behovet for separate analyser.

4.3 UTVIKLINGEN FOR ALDERSGRUPPEN 80 ÅR OG ELDFRE

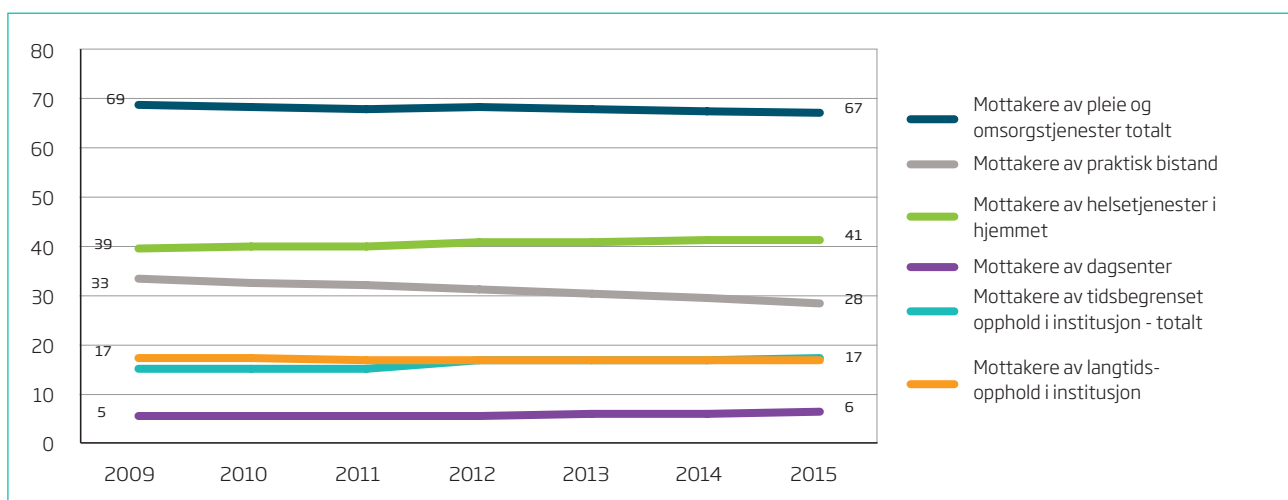
Denne aldersgruppen er en viktig målgruppe for mange av omsorgstjenestene i kommunene. Personer i denne aldersgruppen utgjør 76 prosent av mottakerne av langtidsplassene, 74 prosent av mottakerne av trygghetsalarm. Personer som er 80 år og eldre står for 60 prosent av mottakerne av tidsbegrensede opphold i institusjon og 47 prosent av brukerne av dagtilbud. Når det gjelder praktisk bistand i hjemmet utgjør personer i denne aldersgruppen 48 prosent av mottakerne, og 41 prosent av mottakerne av helsetjenester i hjemmet er 80 år eller eldre. Samlet sett utgjør denne aldersgruppen 42 prosent av alle mottakere av kommunale

helse- og omsorgstjenester i hjemmet og på institusjon.

I figur 4.5 er dekningsratene for utvalgte helse- og omsorgstjenester i hjemmet og på institusjon presentert. Figur 4.5 viser at dekningsraten av mottakere totalt av helse- og omsorgstjenester i hjemmet og på institusjon er redusert fra 69 prosent til 67 prosent blant innbyggerne i aldersgruppen 80 år og eldre. Mottakere av langtidsopphold i institusjon var uendret i perioden og ble tildelt 17 prosent av befolkningen på 80 år eller eldre. Mottakere av tidsbegrensede opphold i institusjon økte med to prosentpoeng. Tilbudet om helsetjenester i hjemmet dekket 41 prosent av befolkningen i denne aldersgruppen i 2015, en økning på to prosentpoeng fra 2009. Andel mottakere av praktisk bistand utgjorde 33 prosent av befolkningen i aldersgruppen 80 år og eldre i 2009, men var redusert til 28 prosent av innbyggerne i denne aldersgruppen i 2015. Andel mottakere av helsetjenester i hjemmet uten samtidig praktisk bistand, økte fra 15 prosent til 19 prosent av innbyggerne i denne aldersgruppen i perioden 2009 til 2015.

Nedgangen i dekningsrate av mottakere totalt for eldre innbyggere gjelder både små og store kommuner (0-5 prosent), men er mest tydelig i de største kommunene (-5 prosent). Nedgangen er knyttet til færre mottakere av praktisk bistand (-18 prosent) og trygghetsalarm (-9 prosent). I de største

Figur 4.5 Mottakere av helse- og omsorgstjenester i hjemmet og på institusjon 2009-2015. Dekningsrate; antall mottakere per 100 innbyggere 80 år og eldre.



kommunene har dekningsgraden for helsetjenester i hjemmet blant eldre innbyggere økt med 2 prosentpoeng, mens dekningsgraden av korttids- og langtidsopphold på institusjon har vært omtrent uendret.

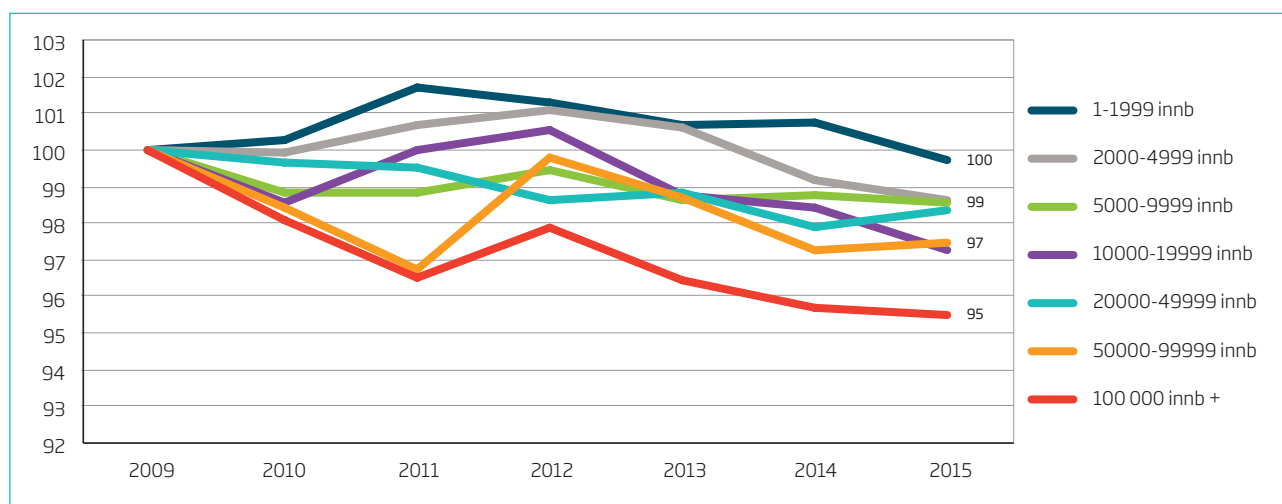
For helsetjenester i hjemmet var det en vekst i dekningsraten for eldre i både små og store kommuner unntatt mellomstore kommuner (mellom 50 000 og 99 999 innbyggere). For mellomstore kommuner var det en nedgang i eldre mottakere av helsetjenester i hjemmet på 3 prosent, mens de minste kommunene hadde en vekst i mottakere på 9 prosent.

For eldre mottakere av trygghetsalarm ble dekningsraten redusert i de største kommunene, mens de øvrige kommunegruppene hadde uendret dekningsrate eller økning i dekningsraten i perioden. Størst vekst i antallet mottakere finner vi for de minste kommunene, og mellomstore kommuner med 10 000-19 999 innbyggere (12 prosent).

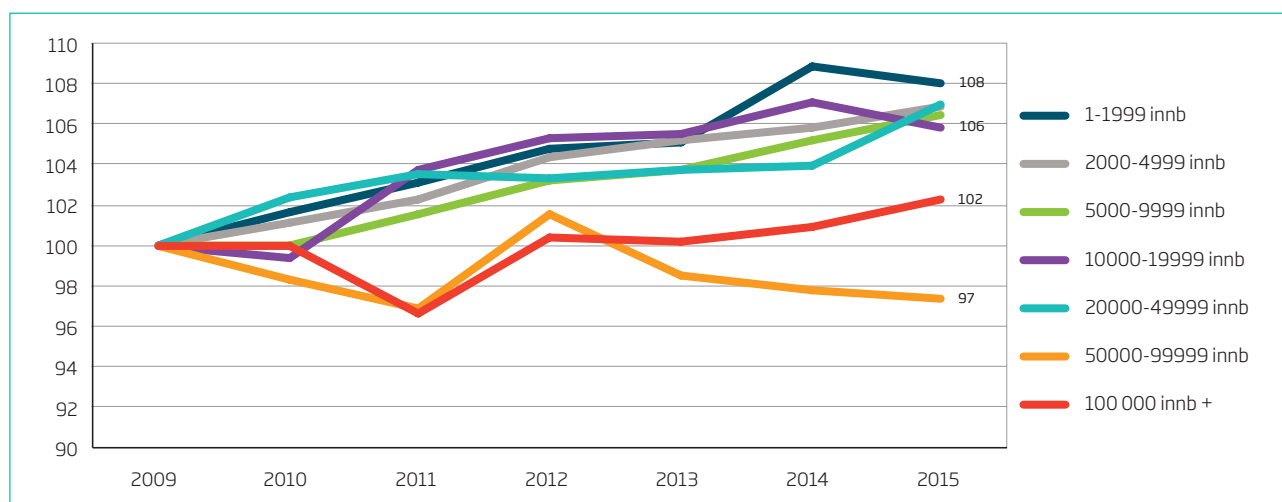
Dekningsraten for praktisk bistand i hjemmet er redusert i perioden for denne aldersgruppen, og reduksjonen er størst for de største kommunene.

Når vi ser på tidsbegrensede opphold i institusjon har alle kommunegruppene en økning i deknings-

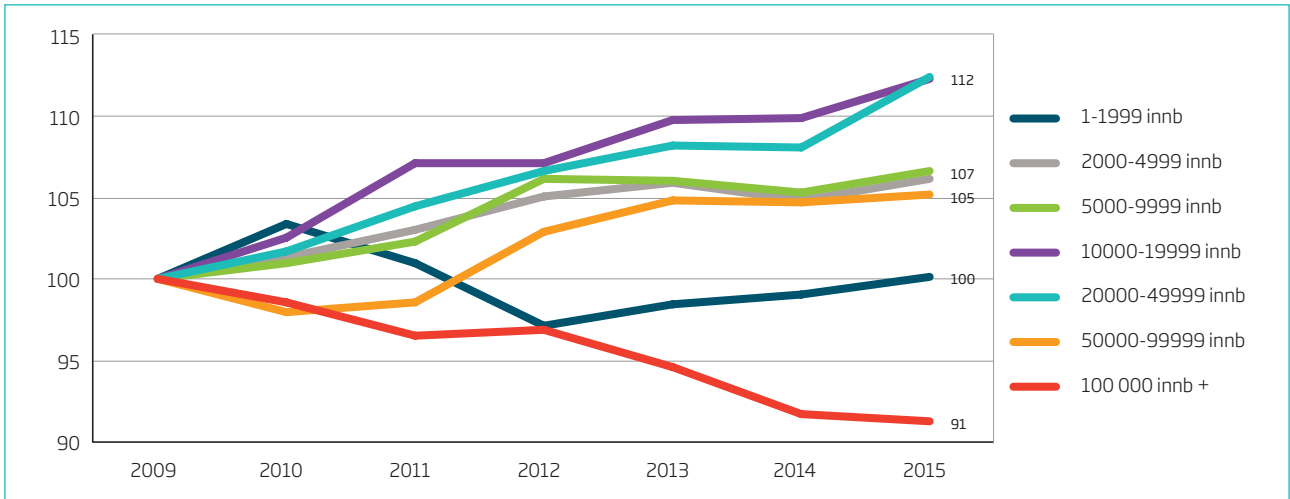
Figur 4.6 Mottakere totalt av helse- og omsorgstjenester i hjemmet og på institusjon i aldersgruppen 80 år og eldre. Prosent endring i dekningsrate fra 2009 etter kommunestørrelse.



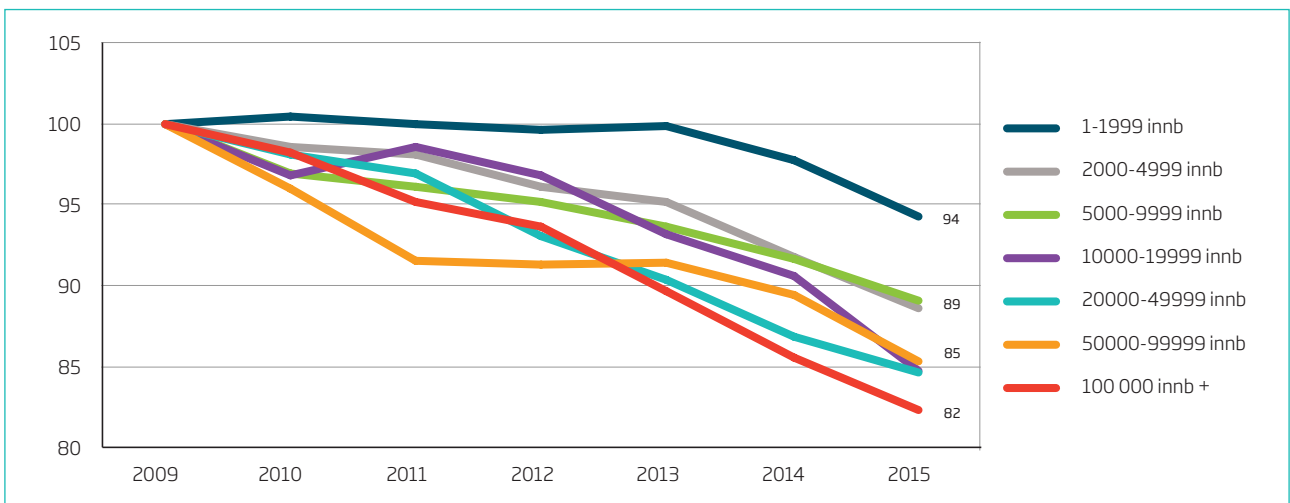
Figur 4.7 Mottakere av helsetjenester i hjemmet i aldersgruppen 80 år og eldre. Prosent endring i dekningsrate fra 2009 etter kommunestørrelse.



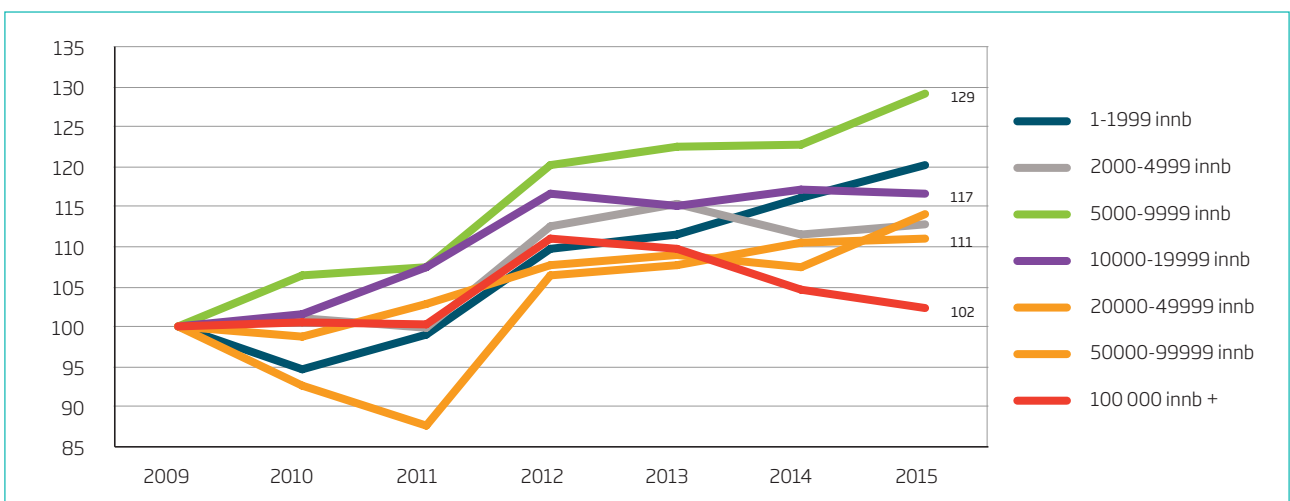
Figur 4.8 Mottakere av trygghetsalarm i aldersgruppen 80 år og eldre. Prosent endring i dekningsrate fra 2009 etter kommunestørrelse.



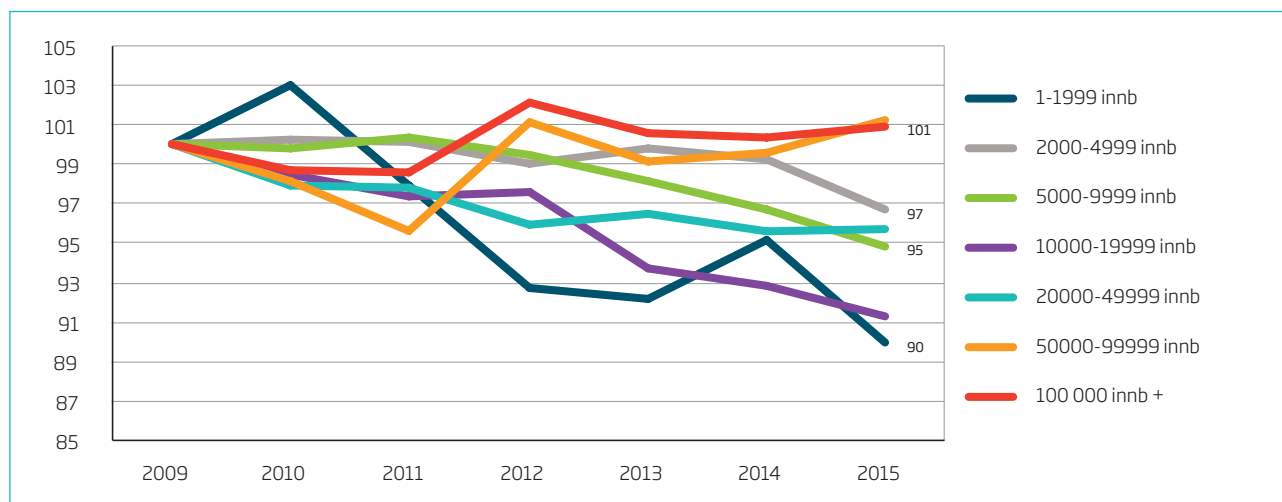
Figur 4.9 Mottakere av praktisk bistand i aldersgruppen 80 år og eldre. Prosent endring i dekningsrate fra 2009 etter kommunestørrelse.



Figur 4.10 Mottakere av tidsbegrenset opphold i aldersgruppen 80 år og eldre. Prosent endring i dekningsrate fra 2009 etter kommunestørrelse.



Figur 4.11 Mottakere av langtidsopphold i institusjon i aldersgruppen 80 år og eldre. Prosent endring i dekningsrate fra 2009 etter kommunestørrelse.



rate. Veksten er minst for de største kommunene. Dekningsraten for mottakere av langtidsopphold i institusjon er samlet sett uendret i perioden, men dette gjelder primært for de store kommunene med minst 50 000 innbyggere. De mindre kommunene har en tendens til redusert dekningsrate for dette tilbudet i perioden.

4.4 UTVIKLINGEN FOR ALDERSGRUPPEN 67-79 ÅR

Antall innbyggere i denne aldersgruppen har økt med 30 prosent fra 2009 til 2015. Denne aldersgruppen utgjorde 19 prosent av mottakerne av helse- og omsorgstjenester i hjemmet og på institusjon både ved start og slutt av perioden. Denne aldersgruppen utgjorde i 2015 21 prosent av mottakerne av helsetjenester i hjemmet, 19 prosent av mottakerne av praktisk bistand i hjemmet, 23 prosent av mottakerne av tidsbegrenset opphold i institusjon, 17 prosent av mottakerne av trygghetsalarm, 15 prosent av mottakerne av dagsenter-tjenester og for langtidsopphold i institusjon utgjorde aldersgruppen 12 prosent av mottakerne.

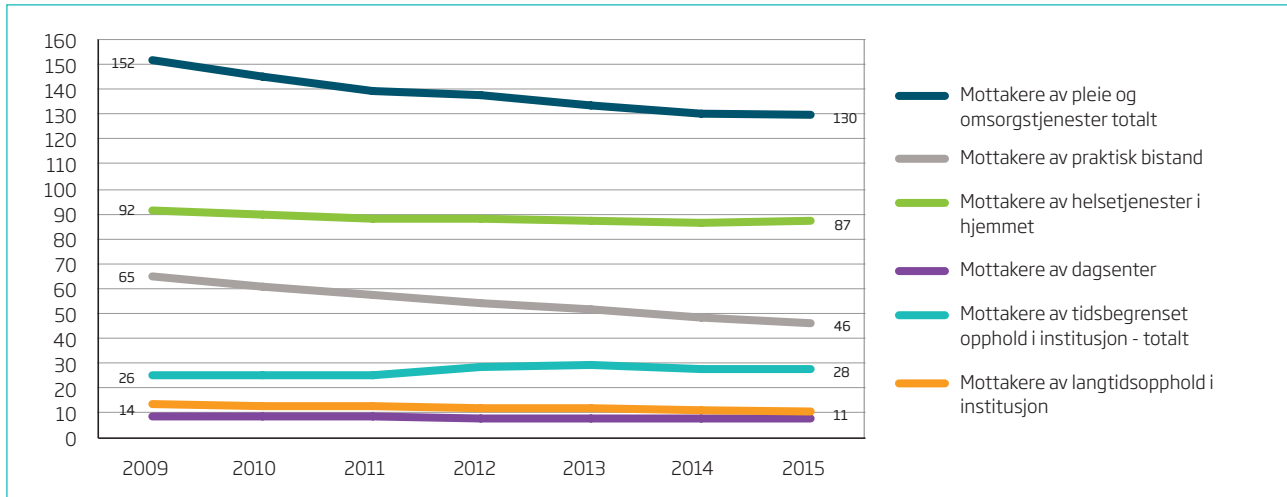
Figur 4.12 viser dekningsratene for mottakere av ulike helse- og omsorgstjenester i hjemmet og på

institusjon i aldersgruppen 67-79 år. For helse- og omsorgstjenester i hjemmet og på institusjon totalt viser figuren at tilbudet dekket 15 prosent av befolkningen i 2009, og 13 prosent i 2015. Nedgangen i dekningsgrad gjelder særlig mottakere av praktisk bistand som falt fra 6,5 til 4,6 prosent. Nivået av mottakere av langtidsopphold på institusjon falt også for denne aldersgruppen, fra 1,4 til 1,1 prosent av befolkningen i alderen 67-79 år.

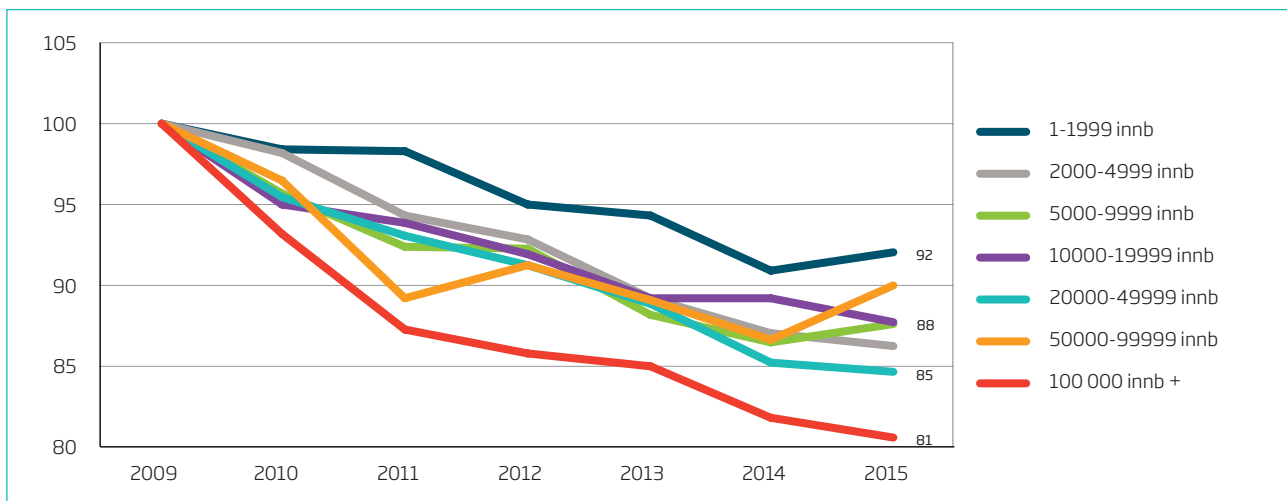
Tilbudet om helsetjenester i hjemmet ble gitt til omtrent ni prosent av befolkningen mellom 67 og 79 år i både 2009 og 2015. Knappt 3 prosent i denne aldersgruppen mottok et korttidsopphold på institusjon.

Nedgangen i dekningsgrad for mottakere totalt for aldersgruppen 67-79 år gjelder både for små og store kommuner, men er mest tydelig for de største kommunene. De største kommunene har hatt nedgang i mottakere av helsetjenester i hjemmet, mottakere av praktisk bistand, trygghetsalarm, samt korttids- og langtidsopphold. Det er viktig å påpeke at det ikke har vært en nedgang i antall mottakere (N) i denne aldersgruppen, men at nedgangen skyldes at veksten i befolkningen har vært sterkere enn veksten i antallet mottakere. Fra 2009 til 2015 økte totalt antall mottakere i denne aldersgruppen med 10,8 prosent, mens befolkningen økte med 29

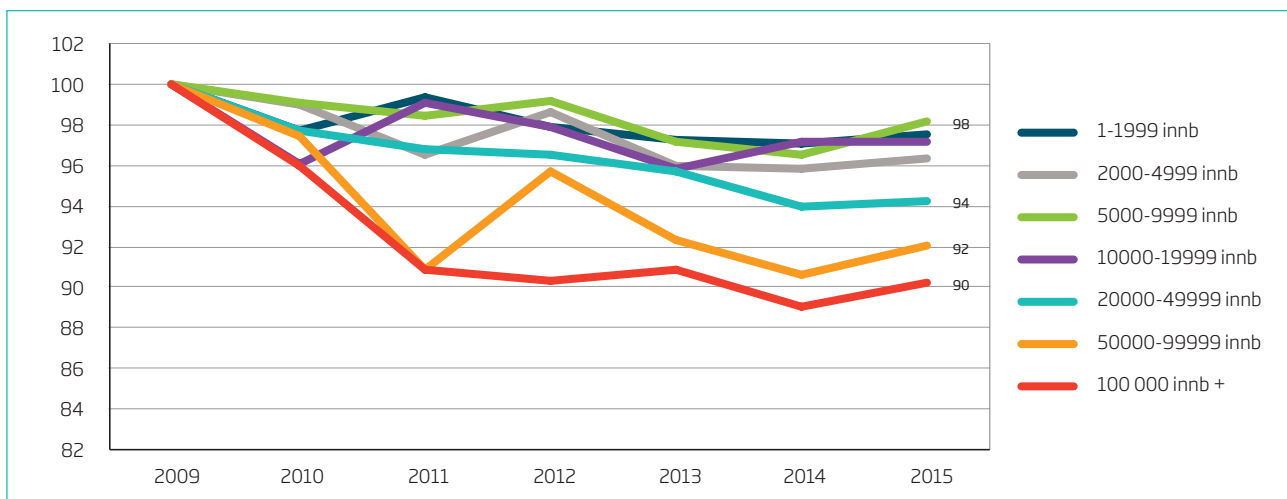
Figur 4.12 Mottakere av helse- og omsorgstjenester i hjemmet og på institusjon. Dekningsrate per 1000 innbyggere i aldersgruppen 67-79 år.



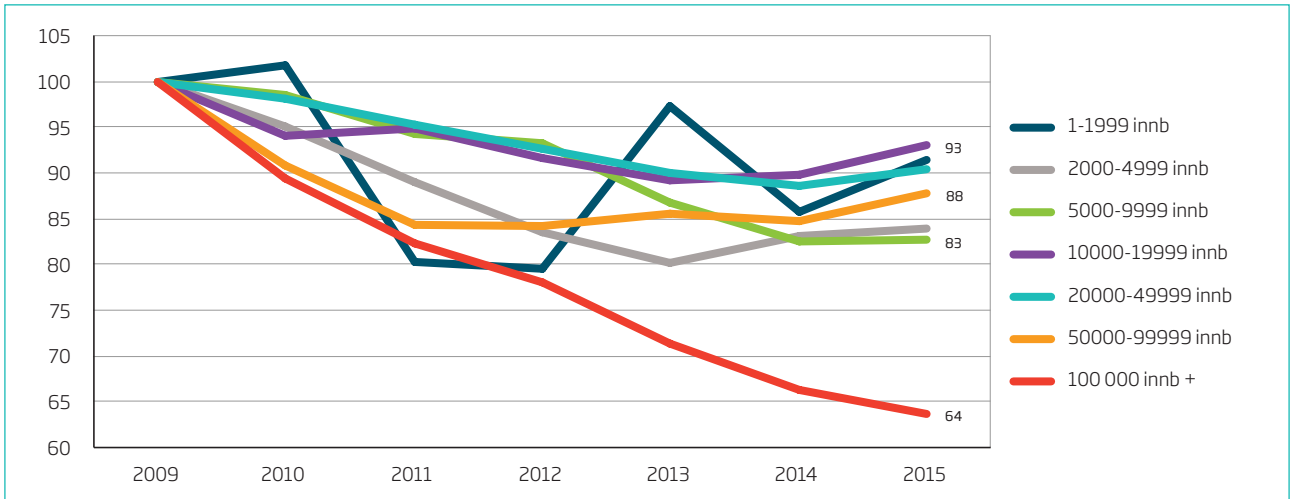
Figur 4.13 Mottakere av helse- og omsorgstjenester i hjemmet og på institusjon i aldersgruppen 67-79 år. Prosent endring i dekningsrate fra 2009 etter kommunestørrelse.



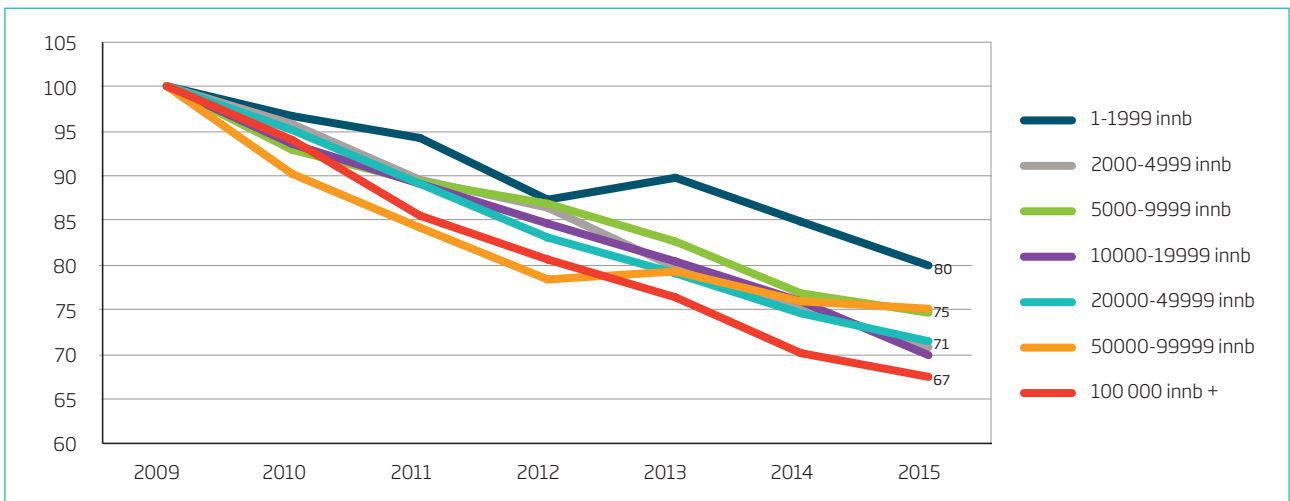
Figur 4.14 Mottakere av helsetjenester i hjemmet i aldersgruppen 67-79 år. Prosent endring i dekningsrate fra 2009 etter kommunestørrelse.



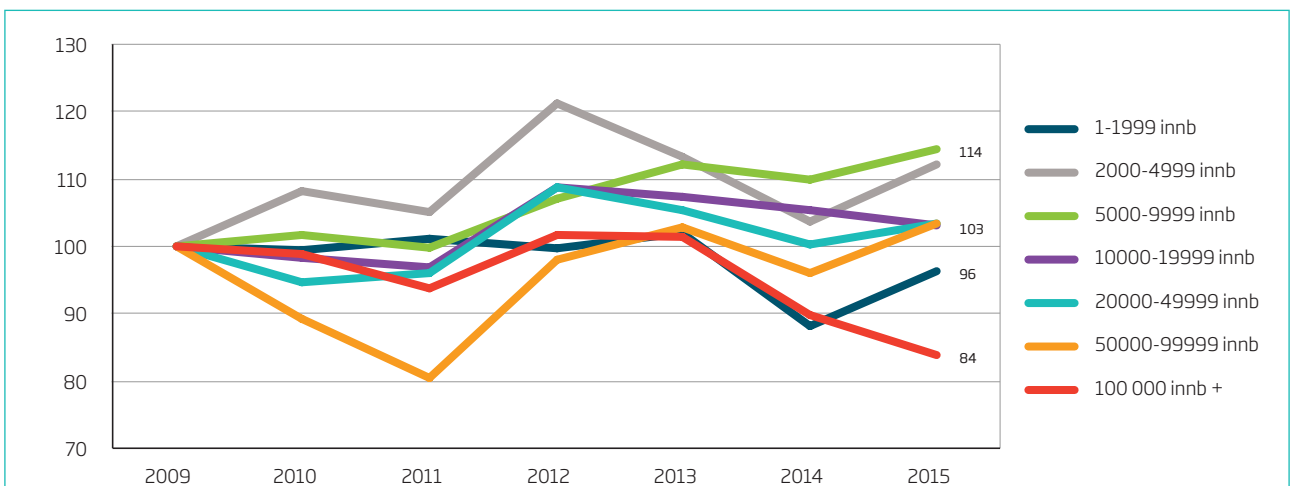
Figur 4.15 Mottakere av trygghetsalarm i aldersgruppen 67-79 år. Prosent endring i dekningsrate fra 2009 etter kommunestørrelse.



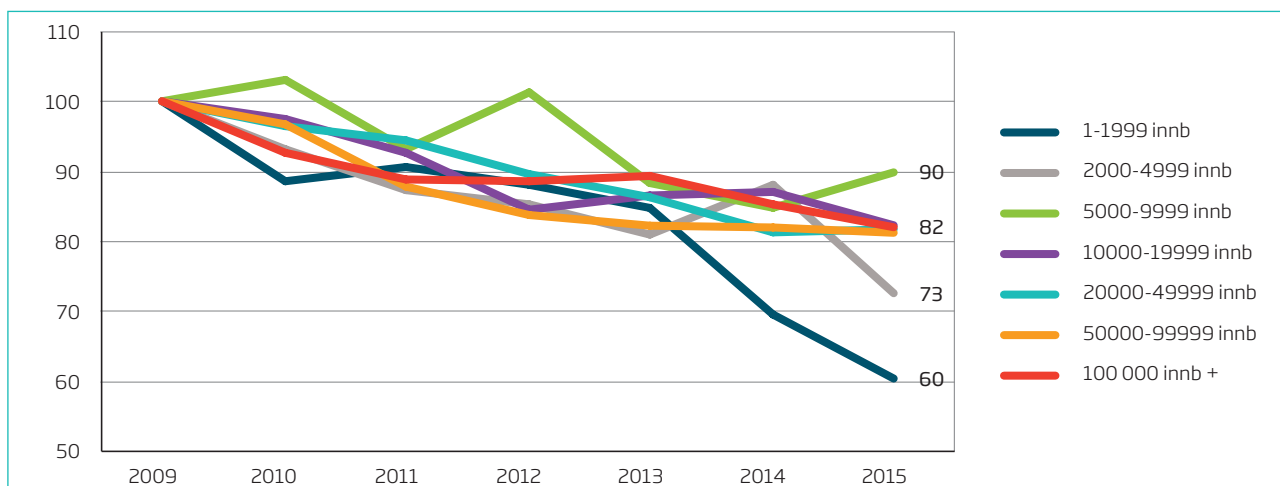
Figur 4.16 Mottakere av praktisk bistand i aldersgruppen 67-79 år. Prosent endring i dekningsrate fra 2009 etter kommunestørrelse.



Figur 4.17 Mottakere av tidsbegrenset opphold i aldersgruppen 67-79 år. Prosent endring i dekningsrate fra 2009 etter kommunestørrelse.



Figur 4.18 Mottakere av langtidsopphold i institusjon i aldersgruppen 67-79 år. Prosent endring i dekningsrate fra 2009 etter kommune-størrelse.



prosent¹⁴. De største byene har hatt en vekst i tjenestemottakere i alderen 67-79 år på 4 prosent og en vekst i befolkningen på 30 prosent.

Det kan være flere årsaker til at dekningsgraden av kommunale helse- og omsorgstjenester faller for aldersgruppen 67-79 år. Økt levealder og flere med aktiv alderdom kan bety at behovet for kommunale helse- og omsorgstjenester er lavere enn før. Det er også mulig at kommunene har vanskelig for å opprettholde tilbudet av tjenester og holde tritt med de store demografiske endringene, særlig i de største byene der folketallet i denne aldersgruppen øker som konsekvens av både innenlands flytting, innvandring og aldring. I perioden fra 2009 til 2015 har befolkningsveksten i denne aldersgruppen vært knyttet til «nedre del» av aldersgruppen, dvs personer i alderen 67-73 år. Det er grunn til å tro at behovet for kommunale helse- og omsorgstjenester øker med økende alder og vil være større når en høyere andel av aldersgruppen 67-79 år kommer i øvre del av alderskategorien. Behovet for kommunale helse- og omsorgstjenester kan derfor øke betydelig i årene som kommer.

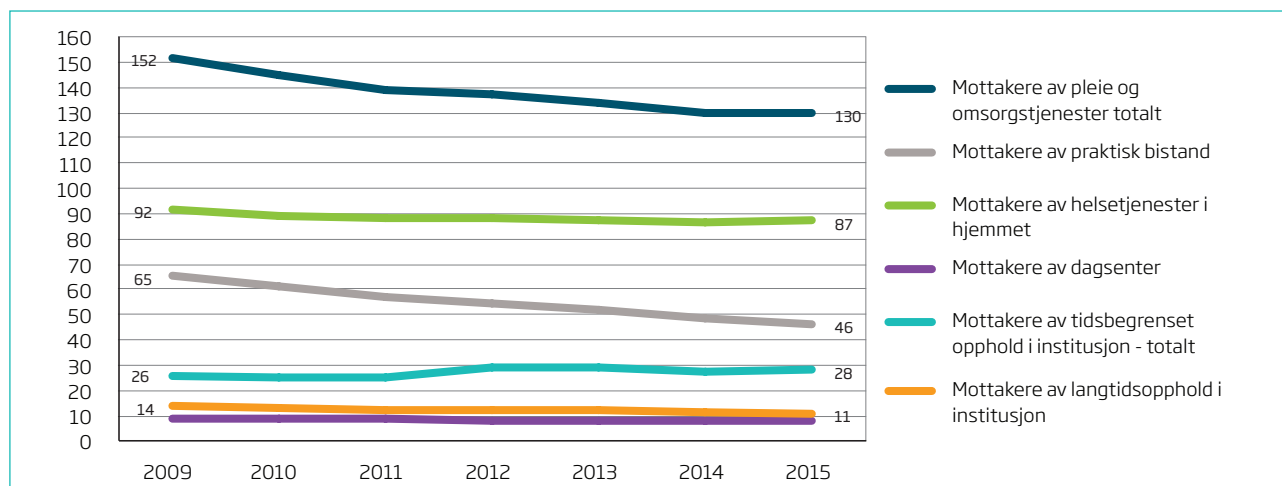
4.5 UTVIKLINGEN FOR ALDERSGRUPPEN UNDER 67 ÅR

Antall innbyggere i aldersgruppen yngre enn 67 år utgjorde 86 prosent av befolkningen i 2015. Aldersgruppen utgjorde 39 prosent av det totale antall mottakere av helse- og omsorgstjenester i hjemmet og på institusjon i 2015, mot 36 prosent i 2009. I 2015 utgjorde denne aldersgruppen 38 prosent av mottakerne av helsetjenester i hjemmet, 33 prosent av mottakerne av praktisk bistand i hjemmet og 29 prosent av mottakerne av dag-sentertjenester.

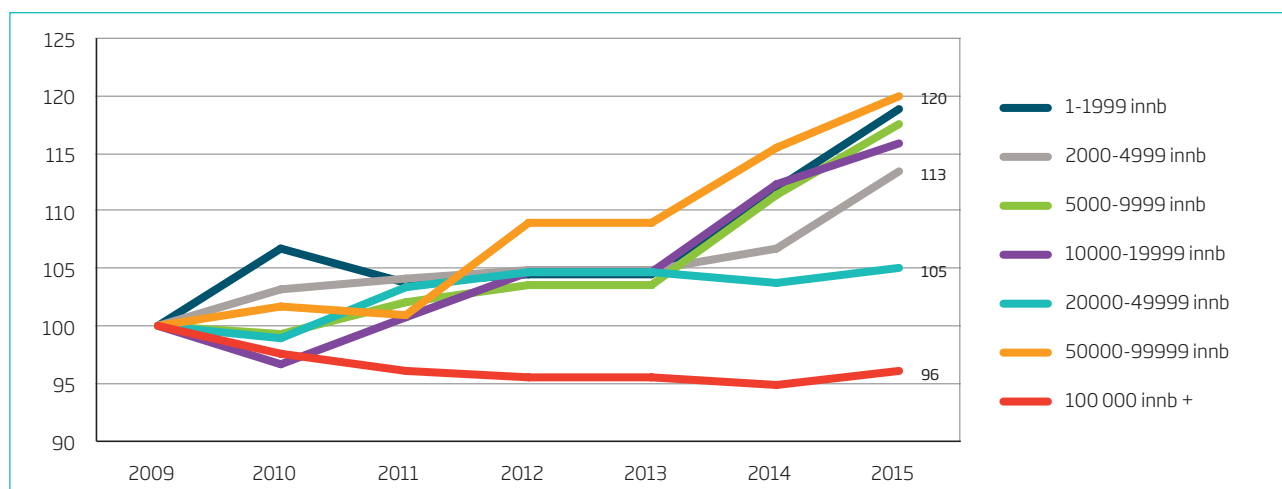
I perioden fra 2009 til 2015 har det vært en vekst i dekningsraten for yngre mottakere av helse- og omsorgstjenester i hjemmet og på institusjon. Dette gjelder for både små og mellomstore kommuner, men ikke for kommuner med mer enn 100 000 innbyggere (se figur 4.20). I små og mellomstore kommuner har dekningsraten for yngre mottakere av helse- og omsorgstjenester i hjemmet og på institusjon økt med 5-20 prosent, mens de største kommunene (100 000 + innbyggere) har hatt en reduksjon på 4 prosent. Dekningsraten for helse-tjenester i hjemmet har også økt i perioden 2009-2015 for denne aldersgruppen. I de største kommunene var det ingen vekst i dekningsraten for denne tjenesten i perioden.

¹⁴ Både befolkningstall og tjenestedata er eksklusive kommuner med manglende data eller færre enn 5 tjenestemottakere.

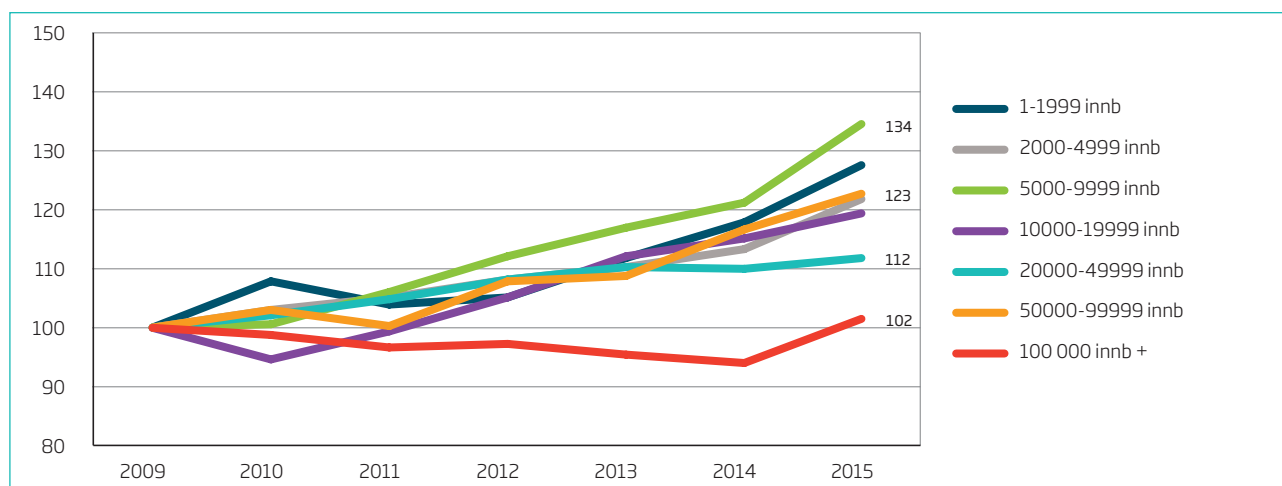
Figur 4.19 Mottakere av helse- og omsorgstjenester i hjemmet og på institusjon. Dekningsrate; antall mottakere per 1000 innbyggere i aldersgruppen yngre enn 67 år.



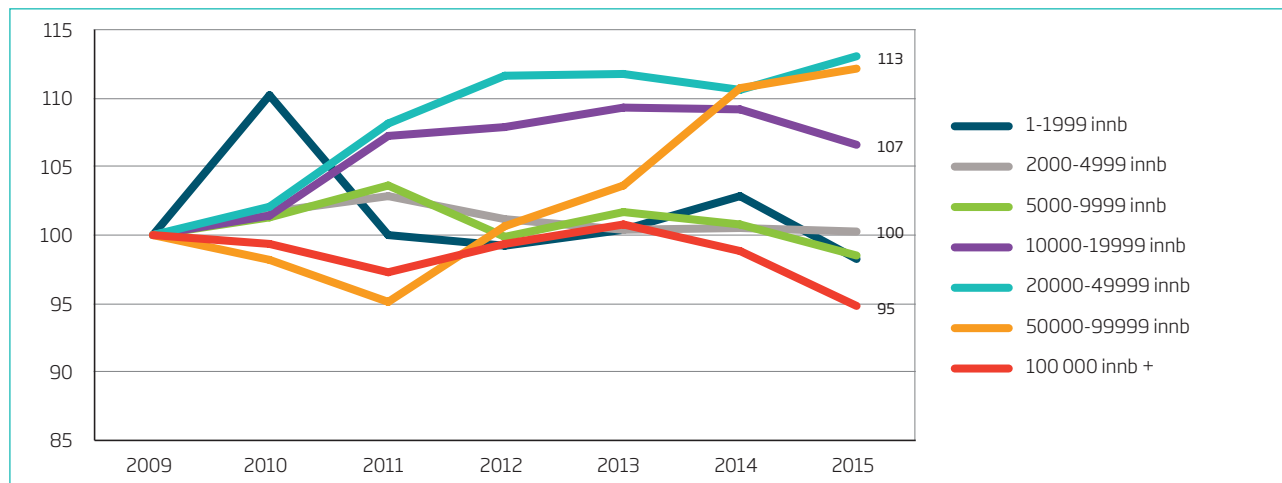
Figur 4.20 Mottakere av helse- og omsorgstjenester i hjemmet og på institusjon i aldersgruppen yngre enn 67 år. Prosent endring i dekningsrate fra 2009 etter kommunestørrelse.



Figur 4.21 Mottakere av helsetjenester i hjemmet i aldersgruppen yngre enn 67 år. Prosent endring i dekningsrate fra 2009 etter kommunestørrelse.



Figur 4.22 Mottakere av praktisk bistand i aldersgruppen yngre enn 67 år. Prosent endring i dekningsrate fra 2009 etter kommunestørrelse.



4.6 INSTITUSJONSBASERTE KOMMUNALE TJENESTER

Korttidsplasser kan være et virkemiddel for å gi helsehjelp før, i stedet for, eller etter utskrivning fra sykehus. Samhandlingsreformen la opp til utbygging av lokalmedisinske sentra der desentralisert spesialisthelsetjeneste samlokaliseres med ulike kommunale helsetjenester. Med kommunenes ansvar for utskrivningsklare pasienter, ble fleksible korttidsplasser nødvendig for å ta hånd om utskrevne pasienter i påvente av en ledig sykehjemsplass eller etablering av nødvendige hjemmetjenester og mulig retur til hjemmet. Korttidsoppholdet kan også gi opptrening og rehabilitering (se kapittel 8) eller avlastning til pårørende.

Det var et sentralt mål i Omsorgsplan 2015 å gi investeringstilskudd fra Husbanken til bygging av 12 000 sykehjemsplasser og omsorgsboliger i perioden fra 2008 til 2015. Tall fra Husbanken konkluderer med at målet ble nådd i planperioden gjennom tilsagn om investeringstilskudd til 12 292 boenheter. Helsedirektoratet påpeker i sin oppsummering og evaluering av Omsorgsplanen at tilskuddene til de nye plassene og boligene likevel ikke har ført til et betydelig løft i kapasiteten i kommunenes omsorgsplasser. Vurderingen er at det har vært et omfattende moderniseringsbehov i sykehjemmene. De er blitt bedre steder å være for beboerne, og for personer med demens er det bygd mindre, skjermede avdelinger.

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 etter hvert vil få tilbud i mindre bofellesskap¹⁵.

Fra 2016 har kommunene blitt pålagt å tilby et kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp. Etableringen av dette tilbudet har pågått siden 2012¹⁶ og noen av kommunene har lagt tilbudet i tilknytning til eksisterende helseinstitusjoner. Dette tilbudet er ikke ett vedtak om kommunal helse- og omsorgstjeneste og inngår derfor ikke i IPLOS-data som er beskrevet her. Dersom brukerne av dette tilbudet har et vedtak om helse- og omsorgstjenester, vil disse inngå i IPLOS-data.

Med vekst i andel eldre vil vi også få en vekst i andel aldersrelaterte lidelser, deriblant demens. Demensplanen er basert på en erkjennelse av at dagens tilbud ikke er tilstrekkelig tilrettelagt for denne gruppen, samt at gruppens forekomst øker i de kommende år. Det er nødvendig å utvikle tjenester som kan utsette institusjonsinnleggelse, men også samtidig tilpasse omsorgsboliger og institusjonsplasser i kommunene til denne pasientgruppen.

15 Pleie- og helse- og omsorgstjenester i hjemmet og på institusjon, 2015 www.ssb.no/pleie

16 Forskrift om kommunenes plikt til å sørge for øyeblikkelig hjelp døgntilbud. FOR-2015-11-13-1287.

Dette vil legge beslag på ressurser som ikke nødvendigvis vil bli synliggjort i form av flere institusjonsplasser, men gi ett bedre tilrettelagt døgntilbud for eldre med demenslidelser.

Endring i antall døgnplasser og dekningsrate (18 år og eldre) er presentert i figur 4.23. Figuren viser at antall korttidsplasser har økt med 20 prosent, mens institusjonsplasser totalt er redusert med 1 prosent i perioden 2009-2015. Dekningsratene viser at institusjonsplasser totalt ikke har holdt tritt med befolkningsutviklingen, mens veksten i antall korttidsplasser har gitt en bedre dekning av tilbudet om korttidsopphold i 2015 sammenlignet med 2009. Korttidsplasser utgjorde 14 prosent av institusjonsplassene i 2009 mot 18 prosent i 2015.

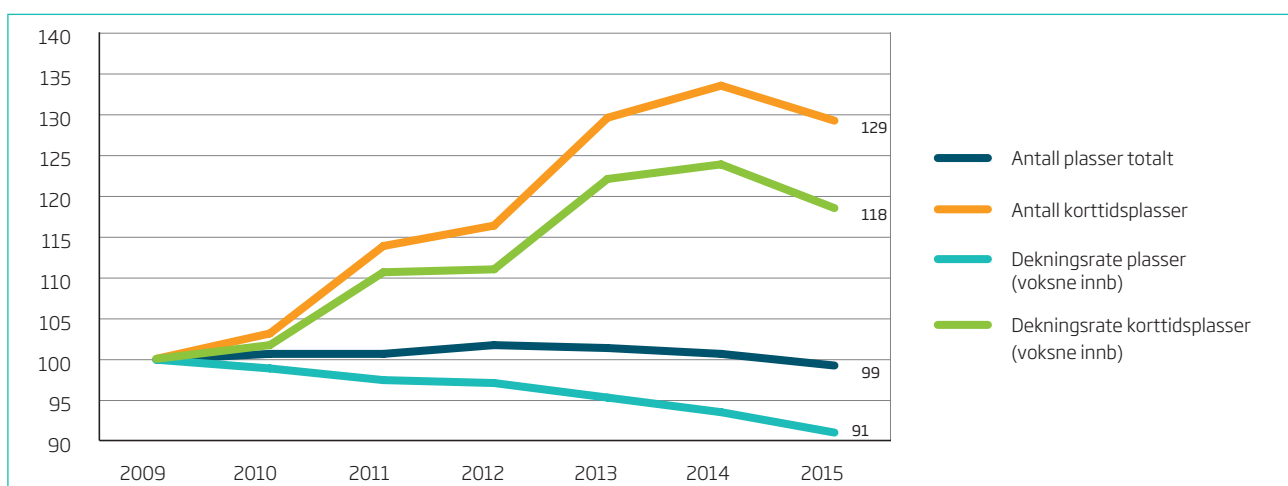
Den eldre befolkningen står for 60 prosent av mottakerne av tidsbegrensede opphold i institusjon (se figur 4.3). Selv om befolkningen i aldersgruppen 80 år og eldre deler institusjonsplassene med andre aldersgrupper, velger vi å beregne dekningsraten for institusjonsplasser i kommunene i henhold til befolkningsgrunnlaget i denne aldersgruppen. Tabell 4.2 viser utviklingen i antall korttidsplasser og institusjonsplasser totalt fra 2009 til 2015 etter kommune-størrelse per 1000 innbyggere i aldersgruppen 80 år og eldre. Antall korttidsplasser har økt med 14-66 prosent for alle kommune-størrelser fra 2009 til 2015 (tabell 4.2). Det er de største kommunene (100 000 + innbyggere) som har hatt den minste økning i antall plasser. Veksten i dekningsraten øker med avtagende kommune-størrelse.

Antallet institusjonsplasser totalt har vært stabilt på i overkant av 41 000 plasser i perioden 2009 til 2015. Dette betyr at veksten av korttidsplasser i de små kommunene har gått på bekostning av det øvrige tilbudet av institusjonsplasser i disse kommunene, mens det i de største kommunene har kommet i tillegg til det øvrige tilbudet av institusjonsplasser. Dette betyr at de små kommunene har omprioritert plasser og at dekningsgraden for langtidsplasser har gått ned for eldre innbyggere gjennom perioden.

Tidsbegrensede opphold deles inn i tre hovedkategorier: 1) utredning og behandling, 2) habilitering/rehabilitering og 3) andre korttidsopphold. Dette er sentrale tilbud for pasientgruppene som defineres som utskrivningsklare i spesialisthelsetjenesten og hvor det er behov for kommunalt døgntilbud i det videre behandlingsforløpet. Som det framgår av figur 4.10 har det vært en tydelig økning i bruken av tidsbegrensede opphold blant mottakere i aldersgruppen 80 år og eldre i kommunene, særlig siden 2011. Veksten er størst for mindre kommuner og minst i de største kommunene.

Utviklingen i dekningsraten for mottakere av langtidsopphold har gått i motsatt retning, men endringene i perioden er små. For de minste kommunene har det vært en reduksjon i dekningsrate for langtidsopphold i perioden 2009 til 2015 (Figur 4.11). De største kommunene har hatt en tilnærmet uendret dekningsrate når det gjelder langtidsopphold for aldersgruppen 80 år og eldre.

Figur 4.23 Endring (prosent) i antall døgnplasser og dekningsrate for døgnplasser siden 2009.



Tabell 4.1 Utvikling i antall korttidsplasser og institusjonsplasser totalt for personer 80 år og eldre fra 2009 til 2015 per 1000 innbyggere.

	Kommunestørrelse (antall innbyggere)	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Prosent endr 2009-15
Antall korttidsplasser	1-1 999	30	30	35	35	46	52	50	66
	2 000-4 999	23	24	28	31	37	36	37	63
	5 000-9 999	23	24	26	29	33	34	34	43
	10 000-19 999	22	22	24	26	31	33	31	43
	20 000-49 999	28	30	34	32	34	37	33	18
	50 000-99 999	25	26	28	29	32	31	30	20
	100 000+	31	31	33	33	34	35	36	14
Antall plasser totalt	1-1 999	267	268	270	274	275	281	271	1
	2 000-4 999	194	196	199	203	202	199	197	1
	5 000-9 999	181	181	180	181	181	179	180	-1
	10 000-19 999	175	173	173	174	172	167	161	-8
	20 000-49 999	166	165	166	166	167	167	162	-2
	50 000-99 999	166	167	165	168	172	174	173	4
	100 000+	211	211	209	213	214	213	215	2

Det er totalt sett 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. Det er med andre ord ingen tydelig indikasjon på at nivået av korttidsopphold har stor betydning for nivået av langtidsopphold.

4.7 HJEMMETJENESTER

Helse- og omsorgstjenester i hjemmet inkluderer blant annet helsetjenester, praktisk bistand og trygghetsalarm. Hjemmetjenestens virksomhet fordeler seg i hovedsak på ambulerende hjemmetjenester og hjemmetjenester i boligbaser hvor tjenestene er knyttet til mottakere i boliger i nærområdet. Om lag to tredjedeler av *virksomhetene* var rettet mot boligbaser i 2015¹⁷. Undersøkelsen viste også at hele 45 prosent av virksomhetene var helt eller delvis rettet mot psykisk utviklingshemmede.

Personer med psykiske lidelser og/eller rusproblemer er en målgruppe som mange av virksomhetene retter sine tjenester inn mot. Disse målgruppene vil medføre et større innslag av yngre mottakere inn i hjemmetjenestene.

Når vi ser på helsetjenester i hjemmet er 38 prosent av mottakerne yngre enn 67 år i 2015; en økning på tre prosentpoeng fra 2009. Når det gjelder praktisk bistand er en tredjedel av mottakerne yngre enn 67 år; en fem prosents økning fra 2009. Økningen i *antall* mottakere i aldersgruppen 0-66 år er større enn befolkningsveksten og dette betyr at det er flere som får dekket behovet for helsetjenester i hjemmet i 2015 sammenlignet med 2009 (figur 4.4).

Tjenester til hjemmeboende gis gjerne i eget hjem, men ytes også utenfor mottakerens hjem, for eksempel som et dagaktivitetstilbud. Tabell 4.3 gir en oversikt over utviklingen i antall mottakere av hjemmetjenestene *helsetjenester i hjemmet*, *praktisk bistand* og *dagsenter* per 1000 innbyggere for alle aldersgrupper samlet og for aldergruppene 67-79 år og 80 år og eldre etter kommunestørrelse.

17 SSB (2016): Hjemmetjenestens målgrupper og organisering. Rapport 2016/13.

Dekningsraten for helsetjenester i hjemmet synes å øke med avtagende kommunestørrelse. For eksempel har kommunene med færre enn 2000 innbyggere over dobbelt så mange mottakere av helsetjenester i hjemmet per innbygger som store kommuner (flere enn 100 000 innbyggere). Når det gjelder dekningsraten for praktisk bistand og dagsenter ser vi samme tendens; dekningsraten er størst i de minste kommunene (tabell 4.3). Dekningen av tjenesten trygghetsalarm har ikke samme mønster og synes å være mer likt fordelt mellom kommunegruppene.

Tjenesten praktisk bistand omfatter bistand til: 1) daglige gjøremål, 2) opplæring daglige gjøremål og 3) brukerstyrt personlig assistanse. Antall mottakere av tjenestene praktisk bistand har blitt redusert for alle kommunegruppene. Dette er i motsetning til ønsket om at mottakerne i større grad skal få opplæring og hjelp til å mestre daglige gjøremål slik at de kan bo i eget hjem. En mulig forklaring kan 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 trolig tjenester i hjemmet under ulike betegnelser som boveiledning, miljøarbeidertjeneste osv. Dekningsraten for praktisk bistand viser stor forskjeller mellom kommunegruppene for aldersgruppen 67-79. Forskjellen er stabil gjennom hele perioden til tross for en betydelig vekst i mottakere og befolkningsgrunnlaget for aldersgruppen.

I 2015 mottok 220 152 personer helsetjenester i hjemmet og antallet mottakere økte med 15 prosent i perioden fra 2009 til 2015. For aldersgruppene 0-66 år og 67-79 år var veksten i antall mottakere på 23 prosent, mens for aldersgruppen 80 år og eldre var veksten på 5 prosent.

For aldersgruppen under 67 år har dekningsraten for mottakere av helsetjenester i hjemmet økt med 12-34 prosent for alle kommunestørrelser bortsett fra de største (100 000 + innbyggere) som har hatt en mer beskjeden økning på 2 prosent over den samme perioden (Figur 4.21). For personer i aldersgruppene 67-79 år har dekningsraten for mottakere av helsetjenester i hjemmet blitt redusert med 2-10 prosent for alle kommunestørrelser (Figur 4.14). For personer i aldersgruppen 80 år og over har

antall mottakere av helsetjenester i hjemmet økt i alle kommuner bortsett fra de nest største (50000-99999 innbyggere) (Figur 4.7).

Veksten i antall mottakere har vært størst i årene etter Samhandlingsreformen. 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.

4.8 DATAGRUNNLAG OG DEFINISJONER

Vi har benyttet data fra IPLOS-registeret (Individbasert Pleie- og omsorgsstatistikk) fra 2009 til og med 2015. IPLOS-registeret inneholder data fra kommunene om personer som har søkt, mottar eller har mottatt helse- og omsorgstjenester i hjemmet og på institusjon. Formålet er å gi grunnlag for forskning, kvalitetssikring, planlegging og styring av helse- og omsorgstjenesten. IPLOS-registeret har siden 2007 vært hovedkilde for statistikk over mottakere av helse- og helse- og omsorgstjenester i hjemmet og på institusjon. Registeret er hjemlet i Helseregisterloven (2001-05-18 nr. 24)¹⁸. Helse- og omsorgsdirektoratet er databehandlingsansvarlig for IPLOS-registeret og finansierer utvikling og drift av registeret. Statistisk sentralbyrå (SSB) er data-behandler og har levert dataene som er analysert i dette kapittelet. SSB publiserte nylig rapporten *Kvalitet i IPLOS-registeret* (2016-09-28)¹⁹. I følge rapporten har kvaliteten på dataene bedret seg siden oppstarten av registeret, og er relativt god på de fleste områder det lages statistikk for. Det trekkes imidlertid fram at det bør og vil arbeides mot en bedre dekningsgrad av diagnoseopplysninger. Det vil kunne bidra med mer informasjon om den delen av befolkningen som mottar helse- og omsorgstjenester i hjemmet og på institusjon i dag.

18 Lov om helseregistre og behandling av helseopplysninger. LOV-2001-05-18-24.

19 Kvalitet i IPLOS-registeret. 28.09.2016

Vi har analysert følgende variabler fra IPLOS-registeret:

- Mottakere totalt gjennom året av helse- og omsorgstjenester i hjemmet og på institusjon (tjenestetypetype=1-20)
- Mottakere gjennom året av praktisk bistand (tjenestetypetype= 1,2,3)
- Mottakere gjennom året av dagsenter (tjenestetypetype=4)
- Mottakere gjennom året av helsetjenester i hjemmet (tjenestetypetype= 15)
- Mottakere gjennom året av tidsbegrenset opphold i institusjon (tjenestetypetype= 8, 18, 19, 20)
- Mottakere gjennom året av langtidsopphold i institusjon (tjenestetypetype=21)
- Mottakere gjennom året av andre tjenester til hjemmeboende (tjenestetypetype= 4,5,6,7,9,11,12,13,16,17,22)
- Mottakere gjennom året av dagsenter (tjenestetypetype=4)
- Mottakere gjennom året av trygghetsalarm (tjenestetypetype=6)

Navnet på tjenestetypetype 15 het tidligere hjemme-sykepleie, men begrepet endret seg til *helse-tjenester i hjemmet* ved ny Helse- og omsorgslov i 2011²⁰. Selv om begrepet tidligere var hjemmesykepleie etter gammelt lovverk, så omfattet det også rapportering av psykisk helsetjeneste og noe fysio- og ergoterapitjenester før 2011. Andelen av denne typen tjenester kan ha økt noe på bakgrunn av nytt lovverk, men denne endringen har trolig skjedd over lang tid fordi det har blitt jobbet mye med å øke forståelsen av hva som skal rapporteres under helsetjenester i hjemmet.

Det mangler IPLOS-data fra noen kommuner. 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 få kommuner og dermed gi et mer avvikende resultat enn om alle kommunene ble inkludert.

Data på antall kortidsplasser ved institusjon og antall plasser totalt ved institusjon er hentet fra KOSTRA (Kommune-Stat-Rapportering). Befolkningstallene er fra SSB.

20 Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester i hjemmet og på institusjon m.m. LOV-2011-06-24-30.

Tabell 4.2 Utvikling i antall mottakere av helse- og omsorgstjenester i hjemmet og på institusjon, og antall institusjonsplasser fra 2009 til 2015.

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Prosent endr. 2009-15
Mottakere av helse- og omsorgstjenester i hjemmet og på institusjon totalt	329 306	327 444	330 465	336 862	340 082	342 109	348 858	6
Mottakere av helsetjenester i hjemmet	189 694	191 415	194 699	201 819	205 340	209 529	217 142	14
Mottakere av praktisk bistand - daglige gjøremål	124 407	122 034	119 937	118 395	116 666	113 616	110 676	-11
Mottakere av praktisk bistand - opplæring daglige gjøremål	18 917	20 112	21 890	22 566	23 402	23 793	23 726	25
Mottakere av praktisk bistand - brukerstyrt personlig assistent	2 929	3 071	3 352	3 296	3 322	3 442	3 567	22
Mottakere av dagsenter	25 723	25 431	26 409	27 078	28 547	28 830	29 690	15
Mottakere av tidsbegrenset opphold i institusjon - utredning/behandling	20 307	20 954	21 933	26 833	27 611	27 528	27 927	38
Mottakere av tidsbegrenset opphold i institusjon - habilitering/rehabilitering	12 190	12 532	13 505	14 754	15 352	15 200	15 716	29
Mottakere av tidsbegrenset opphold i institusjon - annet	20 863	20 221	19 869	21 679	22 314	21 925	22 372	7
Mottakere av langtidsopphold i institusjon	48 989	48 563	48 333	48 543	48 205	48 063	47 955	-2
Mottakere av trygghetsalarm	91 659	90 749	91 541	92 756	92 224	92 177	93 300	2
Antall korttidsplasser	5 810	5 998	6 623	6 753	7 525	7 754	7 501	29
Antall plasser totalt	41 064	41 269	41 249	41 691	41 540	41 299	40 707	-1

Tabell 4.3 Utvikling i mottakere av helse- og omsorgstjenester i hjemmet og på institusjon per 1000 innbyggere etter kommunestørrelse.

	Kommunestørrelse (antall innbyggere)	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Prosent endr 2009-15
Mottakere av pleie og omsorgs- tjenester totalt	1-1 999	98	100	99	98	99	99	102	4
	2 000-4 999	91	91	91	91	90	90	91	0
	5 000-9 999	80	78	78	79	79	80	82	2
	10 000-19 999	64	63	64	65	66	67	67	5
	20 000-49 999	68	67	68	68	68	67	67	-1
	50 000-99 999	61	61	59	62	62	63	64	5
	100 000+	60	58	56	56	55	54	54	-10
Mottakere av helsetjenester i hjemmet	1-1 999	57	59	59	59	61	63	65	14
	2 000-4 999	55	56	56	57	58	59	61	11
	5 000-9 999	48	48	49	50	51	52	54	13
	10 000-19 999	39	38	40	41	42	43	44	13
	20 000-49 999	40	41	41	42	42	42	43	8
	50 000-99 999	37	37	36	38	37	38	39	5
	100 000+	30	29	28	29	28	28	29	-3
Mottakere av praktisk bistand	1-1 999	42	43	41	41	41	40	39	-7
	2 000-4 999	39	39	38	37	37	36	34	-13
	5 000-9 999	34	33	33	32	31	30	30	-12
	10 000-19 999	26	25	26	26	25	25	23	-12
	20 000-49 999	26	26	26	25	25	24	24	-8
	50 000-99 999	24	23	22	22	23	23	23	-4
	100 000+	27	27	25	25	24	23	22	-19
Mottakere av tids-begrenset opphold i institusjon - totalt	1-1 999	15	15	16	17	19	18	20	33
	2 000-4 999	14	14	14	15	16	16	16	14
	5 000-9 999	11	11	11	13	13	13	14	27
	10 000-19 999	9	9	10	11	11	11	11	22
	20 000-49 999	11	11	11	12	12	12	12	9
	50 000-99 999	10	9	9	11	11	11	11	10
	100 000+	11	11	10	11	11	10	10	-9
Mottakere av langtidsopphold i institusjon	1-1 999	20	21	20	18	18	18	18	-10
	2 000-4 999	15	14	14	14	14	13	13	-13
	5 000-9 999	12	12	11	11	11	11	10	-17
	10 000-19 999	8	8	8	8	8	8	8	0
	20 000-49 999	9	9	8	8	8	8	8	-11
	50 000-99 999	8	8	8	8	8	8	8	0
	100 000+	10	10	10	10	10	10	9	-10
Mottakere av dagsenter	1-1 999	11	10	10	9	9	9	9	-18
	2 000-4 999	8	8	8	8	8	8	8	0
	5 000-9 999	7	7	8	7	7	7	8	14
	10 000-19 999	5	5	6	6	6	6	6	20
	20 000-49 999	5	4	5	5	5	5	5	0
	50 000-99 999	6	6	6	6	7	7	7	17
	100 000+	7	6	6	6	6	5	5	-29

Tabell 4.4 Utvikling i mottakere av helse- og omsorgstjenester i hjemmet og på institusjon for personer mellom 67 og 79 år per 1000 innbyggere etter kommunestørrelse.

	Kommunestørrelse (antall innbyggere)	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Prosent endr 2009-15
Mottakere av pleie og omsorgstjenester totalt	1-1 999	184	181	180	174	173	167	169	-8
	2 000-4 999	170	167	160	158	152	148	147	-14
	5 000-9 999	157	150	145	145	138	136	137	-13
	10 000-19 999	141	134	133	130	126	126	124	-12
	20 000-49 999	145	139	135	133	129	124	123	-15
	50 000-99 999	141	136	126	129	126	122	127	-10
	100 000+	155	145	136	133	132	127	125	-19
Mottakere av helsetjenester i hjemmet	1-1 999	115	112	114	112	111	111	112	-3
	2 000-4 999	105	104	102	104	101	101	102	-3
	5 000-9 999	98	97	97	97	95	95	96	-2
	10 000-19 999	89	86	88	87	85	86	87	-2
	20 000-49 999	91	89	88	88	87	86	86	-5
	50 000-99 999	92	89	83	88	85	83	84	-9
	100 000+	82	79	74	74	74	73	74	-10
Mottakere av praktisk bistand	1-1 999	86	83	81	75	77	73	69	-20
	2 000-4 999	79	75	71	68	63	59	56	-29
	5 000-9 999	66	62	59	58	55	51	50	-24
	10 000-19 999	58	54	52	49	47	44	41	-29
	20 000-49 999	57	54	50	47	45	42	40	-30
	50 000-99 999	56	50	47	44	44	42	42	-25
	100 000+	75	71	65	61	58	53	51	-32
Mottakere av tids-begrenset opphold i institusjon - totalt	1-1 999	55	54	55	55	56	48	53	-4
	2 000-4 999	34	36	35	41	38	35	38	12
	5 000-9 999	30	30	30	32	33	33	34	13
	10 000-19 999	28	27	27	30	30	29	29	4
	20 000-49 999	30	28	29	32	31	30	31	3
	50 000-99 999	30	26	24	29	30	28	31	3
	100 000+	33	32	31	33	33	29	27	-18
Mottakere av langtidsopphold i institusjon	1-1 999	45	39	40	39	38	31	27	-40
	2 000-4 999	24	22	21	21	20	21	17	-29
	5 000-9 999	19	20	18	20	17	16	17	-11
	10 000-19 999	19	18	17	16	16	16	16	-16
	20 000-49 999	16	16	16	15	14	13	13	-19
	50 000-99 999	17	16	15	14	14	14	14	-18
	100 000+	22	20	20	19	20	19	18	-18
Mottakere av dagsenter	1-1 999	29	45	41	38	25	34	21	-28
	2 000-4 999	24	21	22	18	19	18	19	-21
	5 000-9 999	18	17	16	16	15	15	15	-17
	10 000-19 999	14	14	14	13	13	12	12	-14
	20 000-49 999	9	8	9	9	9	10	11	22
	50 000-99 999	14	14	12	11	13	12	12	-14
	100 000+	17	14	14	13	12	11	11	-35
Mottakere av trygghetsalarm	1-1 999	50	51	40	40	49	43	46	-8
	2 000-4 999	43	41	38	36	34	36	36	-16
	5 000-9 999	39	38	37	36	34	32	32	-18
	10 000-19 999	36	34	34	33	32	32	33	-8
	20 000-49 999	38	37	36	35	34	33	34	-11
	50 000-99 999	41	38	35	35	35	35	36	-12
	100 000+	61	55	50	48	44	41	39	-36

Tabell 4.5 Utvikling i mottakere av helse- og omsorgstjenester i hjemmet og på institusjon for personer over 80 år per 1000 innbyggere etter kommunistørrelse.

	Kommunistørrelse (antall innbyggere)	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Prosent endr 2009-15
Mottakere av pleie og omsorgstjenester totalt	1-1 999	749	751	762	759	755	755	747	0
	2 000-4 999	727	726	731	734	731	720	717	-1
	5 000-9 999	702	694	693	698	692	693	692	-1
	10 000-19 999	661	652	661	665	653	651	643	-3
	20 000-49 999	659	657	656	650	651	645	648	-2
	50 000-99 999	655	645	634	654	647	637	639	-2
	100 000+	714	701	689	699	689	683	682	-4
Mottakere av helsetjenester i hjemmet	1-1 999	415	422	427	435	436	451	448	8
	2 000-4 999	431	436	441	450	453	456	460	7
	5 000-9 999	424	424	431	438	440	446	452	7
	10 000-19 999	395	393	410	416	417	423	418	6
	20 000-49 999	400	410	414	413	415	416	428	7
	50 000-99 999	406	399	393	412	400	397	395	-3
	100 000+	350	350	338	351	350	353	358	2
Mottakere av praktisk bistand	1-1 999	340	342	340	339	340	333	321	-6
	2 000-4 999	365	360	359	351	348	336	324	-11
	5 000-9 999	344	333	330	327	322	315	306	-11
	10 000-19 999	313	303	309	303	292	284	265	-15
	20 000-49 999	302	297	293	281	273	262	256	-15
	50 000-99 999	301	289	276	275	276	270	257	-15
	100 000+	363	356	345	340	325	310	298	-18
Mottakere av tids-begrenset opphold i institusjon - totalt	1-1 999	165	156	164	181	184	192	199	21
	2 000-4 999	158	160	158	178	183	176	178	13
	5 000-9 999	137	146	147	164	168	168	177	29
	10 000-19 999	142	144	153	166	164	167	166	17
	20 000-49 999	150	148	154	161	164	161	171	14
	50 000-99 999	149	138	131	159	161	165	165	11
	100 000+	166	166	166	184	182	173	170	2
Mottakere av langtidsopphold i institusjon	1-1 999	242	249	237	224	223	230	217	-10
	2 000-4 999	197	197	197	195	196	195	190	-4
	5 000-9 999	181	181	182	180	178	175	172	-5
	10 000-19 999	161	158	156	157	150	149	146	-9
	20 000-49 999	156	153	153	150	151	149	150	-4
	50 000-99 999	157	154	150	158	155	156	159	1
	100 000+	200	197	197	204	201	200	201	0
Mottakere av dagsenter	1-1 999	149	135	130	138	131	131	126	-15
	2 000-4 999	104	108	114	104	101	103	96	-8
	5 000-9 999	80	81	80	82	84	86	86	8
	10 000-19 999	85	83	87	81	85	90	82	-4
	20 000-49 999	57	57	64	63	69	73	75	32
	50 000-99 999	82	87	86	82	94	94	95	16
	100 000+	112	111	106	109	101	90	88	-21
Mottakere av trygghetsalarm	1-1 999	295	305	298	287	290	292	296	0
	2 000-4 999	299	303	308	314	317	314	318	6
	5 000-9 999	296	299	303	314	314	312	316	7
	10 000-19 999	280	287	300	300	308	308	315	13
	20 000-49 999	289	295	303	309	313	313	326	13
	50 000-99 999	295	289	291	303	309	309	310	5
	100 000+	381	376	368	369	361	350	348	-9

5. Utvikling i bruk av fastlege og legevakt

I perioden fra 2010 til 2015 har antallet pasienter hos fastlege økt i takt med befolkningsutviklingen. For de eldste innbyggerne, dvs. pasienter i aldersgruppene 80-89 år og 90 år og eldre, ser vi imidlertid noe vekst i pasientnivået hos fastlege. 73 prosent av befolkningen totalt, og 93 prosent av befolkningen i aldersgruppen 80-89 år hadde minst én kontakt med fastlege i 2015.

Nivået av pasienter hos legevakt har falt fra 19,1 prosent i 2010 til 18,2 i 2015. Dette tilsvarer en prosentvis nedgang på fem prosent korrigert for endringer i befolkningstallet. Nedgangen gjelder imidlertid ikke de eldste pasientene som er 80 år og over. For aldersgruppen 80-89 år var pasientraten hos legevakt stabil (28 prosent), mens pasientraten hos legevakt for aldersgruppen 90 år og eldre økte fra 35,5 til 37,0 prosent.

Fra 2010 til 2015 økte nivået av konsultasjoner både hos fastlege (fire prosent²¹ korrigert for befolkningsutviklingen) og hos legevakt (ni prosent). Økningen i konsultasjoner gjelder i særlig grad bruk av legevakt for de eldste pasientene (80 år og over). I 2010 var det 31 konsultasjoner hos legevakt per 100 innbyggere på 80 år og eldre. I 2015 var nivået steget til 37 konsultasjoner per 100 innbyggere for aldersgruppen 80-89 år, og til 41 konsultasjoner per 100 innbyggere for eldre som var 90 år og over. Eldre pasienter har flere konsultasjoner enn før, både hos fastlege og hos legevakt. Det er særlig pasienter med mange konsultasjoner (seks konsultasjoner og mer) som har økt.

I perioden 2010 til 2015 finner vi også vekst i omfanget av konsultasjoner hos legevakt blant barn og unge, mens aldersgruppen 67-79 år har hatt noe nedgang i omfanget av konsultasjoner per innbygger og per pasient.

Bruk av fastlege varierer mellom ulike aldersgrupper – men ikke mellom regioner. For konsultasjoner hos fastlege, finner vi samme utviklingsmønster i alle regioner og hos både små og store kommuner.

For utviklingen i konsultasjoner hos legevakt, finner vi regionale forskjeller. Økningen i legevakt-konsultasjoner har vært sterkere i region Sør-Øst og Nord enn i Vest og Midt-Norge. Region Nord har hatt betydelig vekst i legevakt-konsultasjoner blant eldre pasienter, og har et høyere nivå av slike konsultasjoner per innbygger enn andre regioner.

Utviklingen i konsultasjoner hos legevakt fra 2010 til 2015 varierer også med kommune-størrelse, og har økt mest for små kommuner med færre enn 2 000 innbyggere og for mellomstore kommuner med 20 000-49 999 innbyggere.

²¹ Korrigert for befolkningsutviklingen.

5.1 INNLEDNING

I perioden fra 2010 til 2015 har det vært betydelige demografiske endringer. Befolkningen har totalt sett økt med seks prosent, mens aldersgruppen mellom 67 og 79 år har økt med 26 prosent. Befolkningen som er 80 år og eldre har vært stabil i denne perioden (-0,5 prosent).

De demografiske endringene i denne perioden varierer med hensyn til kommunestørrelse. I de største kommunene har det vært en befolkningsvekst på 8,4 prosent, mens i kommunene med færre enn 10 000 innbyggere har befolkningsveksten ligget under fem prosent. Antallet eldre over 80 år har økt med tre til fire prosent i mellomstore kommuner, mens det i de minste og de største kommunene er færre innbyggere i denne aldersgruppen.

Alderssammensetningen i befolkningen varierer også med kommunestørrelse. I de minste kommunene utgjør eldre over 67 år i underkant av 20 prosent av befolkningen, mens i de største kommunene utgjør denne aldersgruppen om lag 12 prosent.

Ettersom bruken av fastlege omfatter rundt 73 prosent av befolkningen og øker med økt alder, vil disse betydelige demografiske endringene også påvirke bruken av legetjenester. Dette gjør det særskilt relevant å følge med på utviklingen i bruken av både fastlege og legevakt, både med utgangspunkt i aldersgrupper og kommunestruktur (kommunestørrelse og sentralitet).

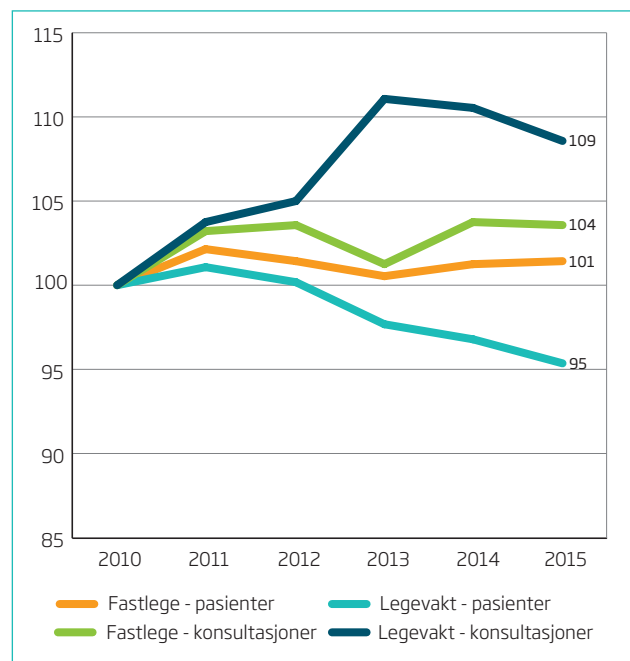
I dette kapitlet beskrives utviklingen i omfanget av pasienter og aktivitet hos fastlege og legevakt totalt og fordelt på aldersgrupper i perioden fra 2010 til 2015. Formålet med kapitlet er å gi en oversikt over antall pasienter og konsultasjoner i tjenestene, og hvor mye og hvordan tjenestene ble brukt i perioden. Tjenestene beskrives som endringer over tid og i forhold til variasjoner i utviklingen mellom aldersgrupper, regioner og kommunestørrelser. Variasjon mellom kommuner i bruk av fastlege og legevakt er nærmere beskrevet i kapittel 3.

5.2 UTVIKLINGEN I PASIENTER HOS FASTLEGE OG LEGEVAKT FRA 2010 TIL 2015

Fra 2010 til 2015 har antallet pasienter hos fastlege økt noe sterkere (7,5 prosent) enn befolkningsveksten i samme periode (seks prosent). Den faktiske veksten i antall pasienter hos fastlege var på over 260 000 pasienter. Korrigert for befolkningsveksten tilsvarer dette en vekst i pasienter hos fastlege på 1,5 prosent. Antallet pasienter hos legevakt har derimot økt med kun én prosent, og når vi korrigerer for befolkningsveksten gir dette en nedgang på fem prosent.

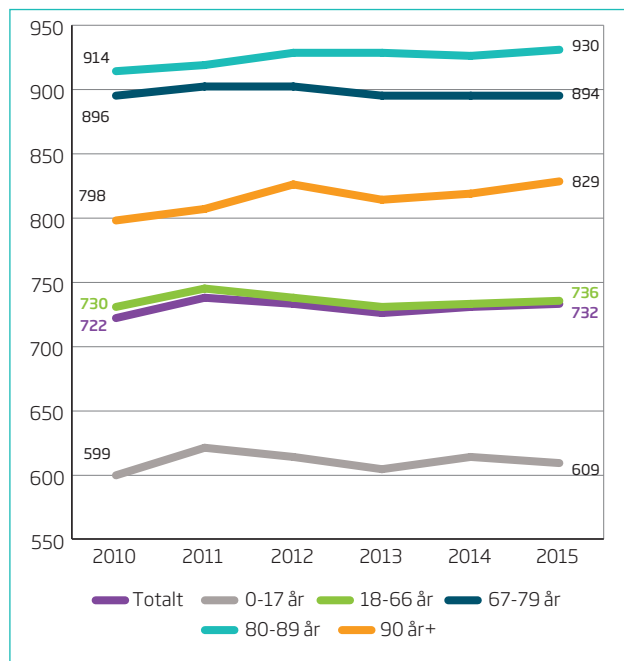
Konsultasjoner hos både fastlege og legevakt har økt sterkere enn befolkningsveksten, med henholdsvis fire prosent for konsultasjoner hos fastlege og ni prosent med konsultasjoner hos legevakt (korrigert for befolkningsvekst). Dette indikerer at hver pasient har flere konsultasjoner i 2015 enn i 2010. Dette gjelder særlig for legevakt.

Figur 5.1 Prosent endring i pasient- og konsultasjonsrater hos fastlege og legevakt fra 2010 til 2015.



Pasientraten (pasienter per 1 000 innbyggere) hos både fastlege og legevakt varierer betydelig med alder. I 2015 hadde 61 prosent av barn og unge (0-17 år) minst én kontakt med fastlegen, mens raten for den voksne befolkningen i yrkesaktiv alder (18-66

Figur 5.2 Antall pasienter hos fastlege per 1000 innbyggere etter alder 2010 -2015.



år) og eldre mellom 80 og 89 år var henholdsvis 74 og 93 prosent.

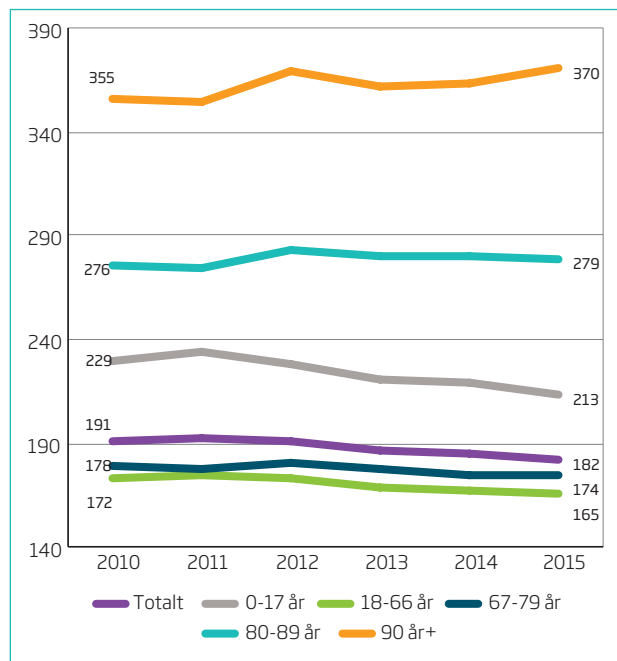
Figur 5.2 og 5.3 viser at pasientraten hos både fastlege og legevakt har økt blant de eldste pasientene i perioden fra 2010 til 2015. For fastleger gjelder dette både gruppen mellom 80 og 89 år og pasienter over 90 år, mens for legevakt gjelder veksten for pasienter som er 90 år og eldre.

For barn og unge var pasientnivået hos fastlege stabilt fra 2010 til 2015 (60-61 prosent), men viser indikasjoner på nedgang hos legevakt (fra 23 til 21 prosent).

5.3 UTVIKLINGEN I KONSULTASJONER HOS FASTLEGE OG LEGEVAKT FRA 2010 TIL 2015

Nivået av konsultasjoner hos fastlege og legevakt varierer med alder. Barn og unge har i gjennomsnitt 1,6 konsultasjoner hos fastlege eller legevakt per år, mens eldre mellom 80 og 89 år har 5,9 konsultasjoner per år.

Figur 5.3 Antall pasienter hos legevakt per 1 000 innbyggere etter alder 2010-2015.



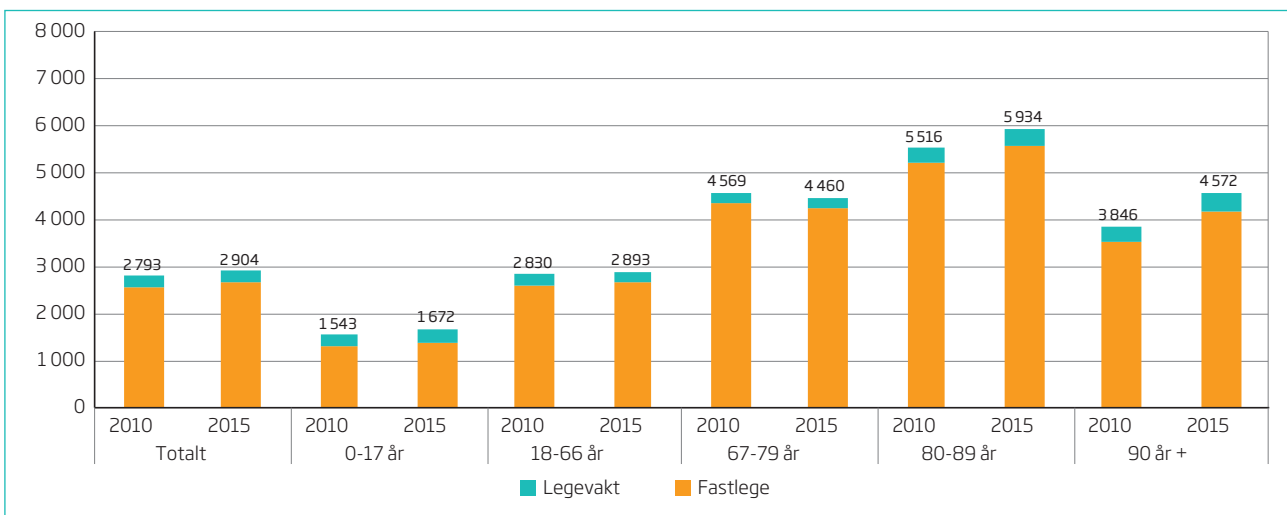
Figur 5.4 viser sum av konsultasjoner hos fastlege og legevakt i 2010 og 2015, og indikerer at det har vært betydelig vekst i bruken av fastlege og legevakt per eldre innbygger i denne perioden. For eldre mellom 80 og 89 år økte bruken av fastlege/ legevakt fra 5,5 til 5,9 konsultasjoner per år, og for eldre som er 90 år og over økte omfanget fra 3,8 til nærmere 4,6 konsultasjoner per år. Figuren viser også noe vekst i omfanget av konsultasjoner for barn og unge (fra 1,5 til nærmere 1,7 konsultasjoner per innbygger) og noe nedgang i omfanget av konsultasjoner for aldersgruppen 67-79 år. Som påpekt i kapittel 4, har det vært betydelig vekst og økning i denne aldersgruppen, og veksten har så langt kommet i den yngre delen av aldersgruppen. Bruk av fastlege og legevakt for denne aldersgruppen kan derfor øke i kommende år.

Figurene 5.5 og 5.6 gir nærmere informasjon om utviklingen år for år etter alder og type legetjeneste. Det kan være særlig interessant å merke seg at barn og unge har vekst i antall konsultasjoner hos legevakt (fra 25 til 30 per 100 innbyggere), selv om pasientraten hos legevakt for denne aldersgruppen gikk noe ned.

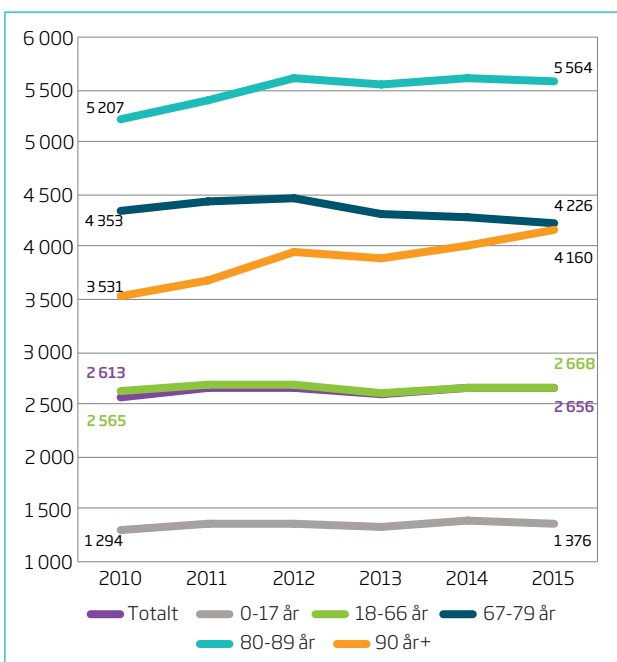
Veksten i antall konsultasjoner per pasient gjelder de pasientene som har mange konsultasjoner. Figur 5.7 viser utviklingen i antall pasienter etter hvor mange ganger de har vært hos fastlegen i 2010 og 2015. Figuren viser at antall pasienter per 1 000 innbyggere med under seks kontakter har holdt seg stabilt i perioden. Pasienter fra 80 år og over har hatt en markert økning i pasienter med seks eller flere kontakter. Videre viser figuren at pasienter i de

eldste aldersgruppene hadde flest kontakter, både tre til fem kontakter og seks og flere kontakter, mens den yngste aldersgruppen i større grad hadde én og to kontakter.

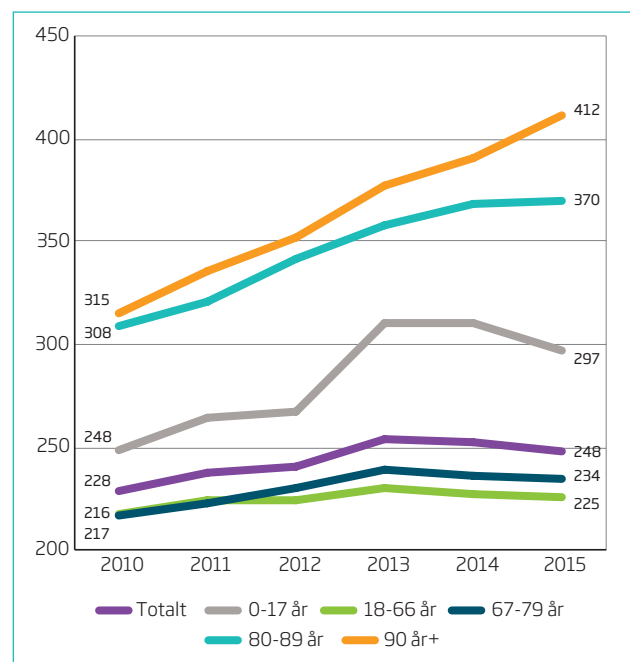
Figur 5.4 Sum konsultasjoner hos fastlege og legevakt per 1 000 innbyggere etter alder i 2010 og 2015.



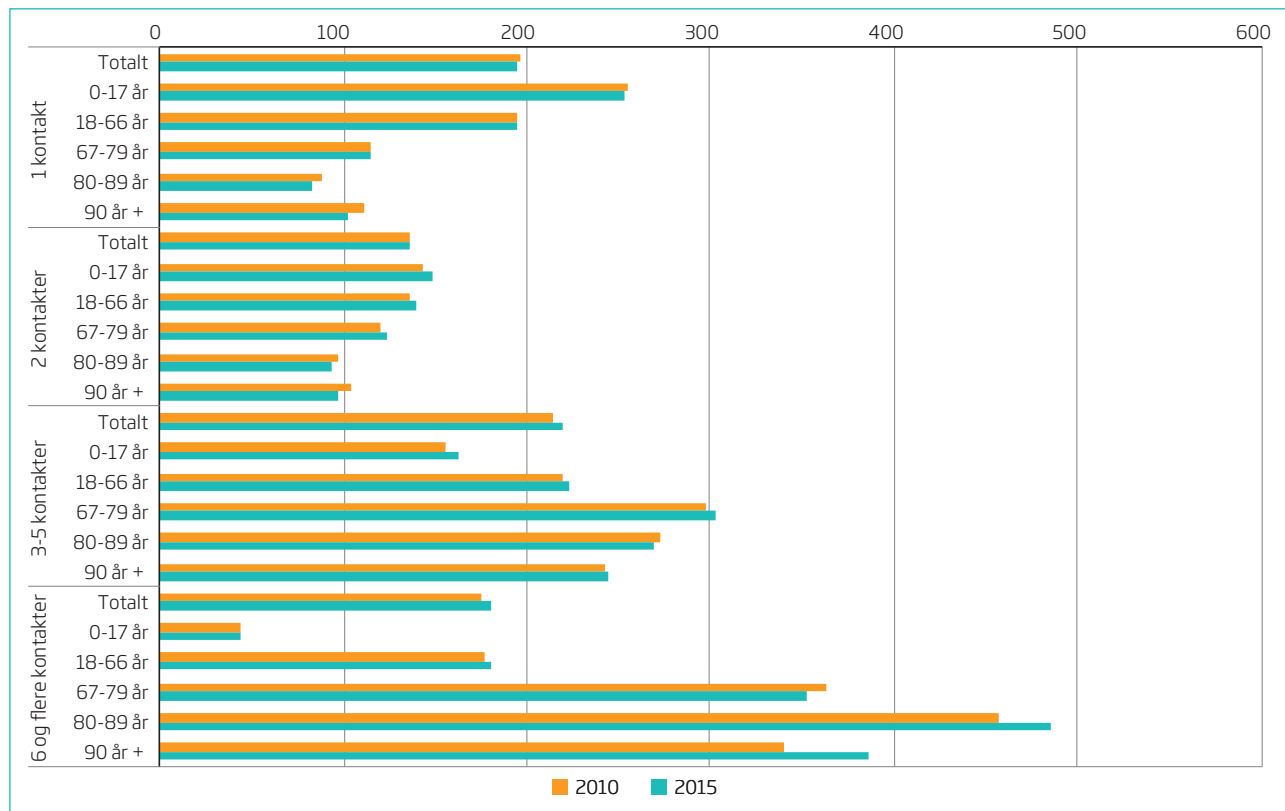
Figur 5.5 Antall konsultasjoner hos fastlege per 1 000 innbyggere etter aldersgrupper 2010-2015.



Figur 5.6 Antall konsultasjoner hos legevakt per 1 000 innbyggere etter aldersgrupper 2010-2015.



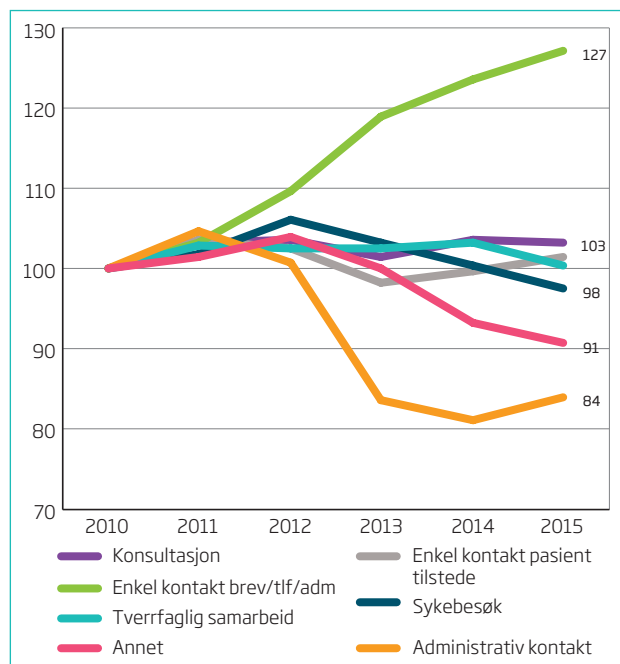
Figur 5.7 Antall pasienter per 1 000 innbyggere hos fastlege etter alder og antall kontakter i 2010 og 2015.



5.4 ULIKE TYPER KONTAKT MED FASTLEGE

Figur 5.8 viser utviklingen i antall kontakter per 1 000 innbyggere etter type kontakt fra 2010 til 2015. Figuren viser utviklingen som prosent vekst fra 2010 (2010=100) og illustrerer at antallet enkle kontakter knyttet til brev, telefon og administrasjon²² har økt betydelig, mens administrative kontakter²³ falt betydelig i 2013. Denne nedgangen kan ha en sammenheng med innføring av e-resept som begynte i 2011. Veksten i enkle kontakter som brev, telefon og administrasjon var på 27 prosent, korrigert for befolkningsveksten. Omfanget av sykebesøk økte fra 2010 til 2012, men falt igjen frem mot 2015. Utviklingstallene for de ulike typene kontakter er gjengitt i tabell 5.2 bakerst i kapitlet.

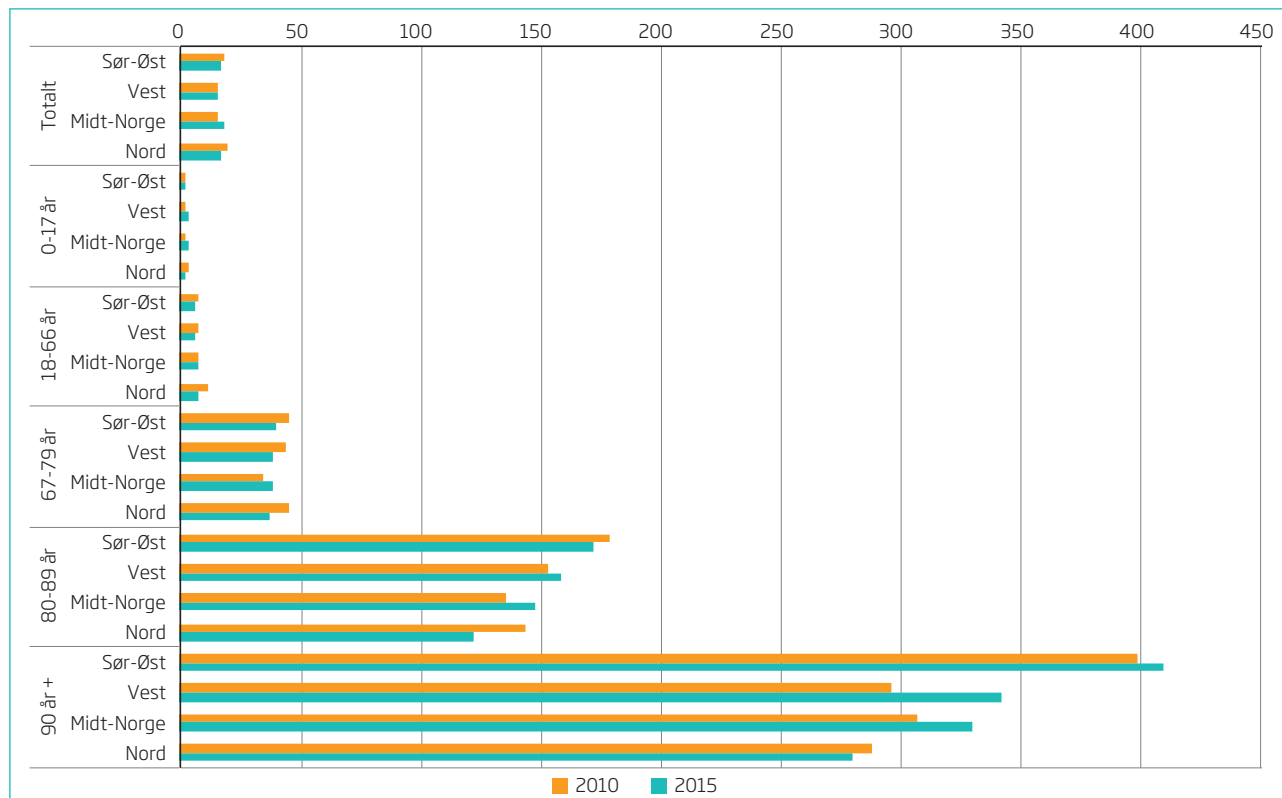
Figur 5.8 Antall kontakter per 1 000 innbyggere hos fastlege etter type kontakt fra 2010 til 2015. 2010=100.



22 Takstkoder 1bd, 1bk, 1f, 1g, 1h og 1i.

23 Takstkoder H1, 5, 7 og 8. Nedgangen i 2013 var i takstkode H8.

Figur 5.9 Antall sykebesøk per 1 000 innbyggere hos fastlege etter aldersgrupper og region i 2010 og 2015.



Figur 5.9 viser antall sykebesøk per 1 000 innbyggere etter aldersgruppe og region i 2010 og 2015. Figuren viser at bruk av sykebesøk varierer sterkt med alder, og det har vært vekst i omfanget av sykebesøk blant de eldste pasientene i Sør-Øst, Vest og Midt-Norge. For de øvrige aldersgruppene var det små forskjeller mellom regionene i nivået på sykebesøk.

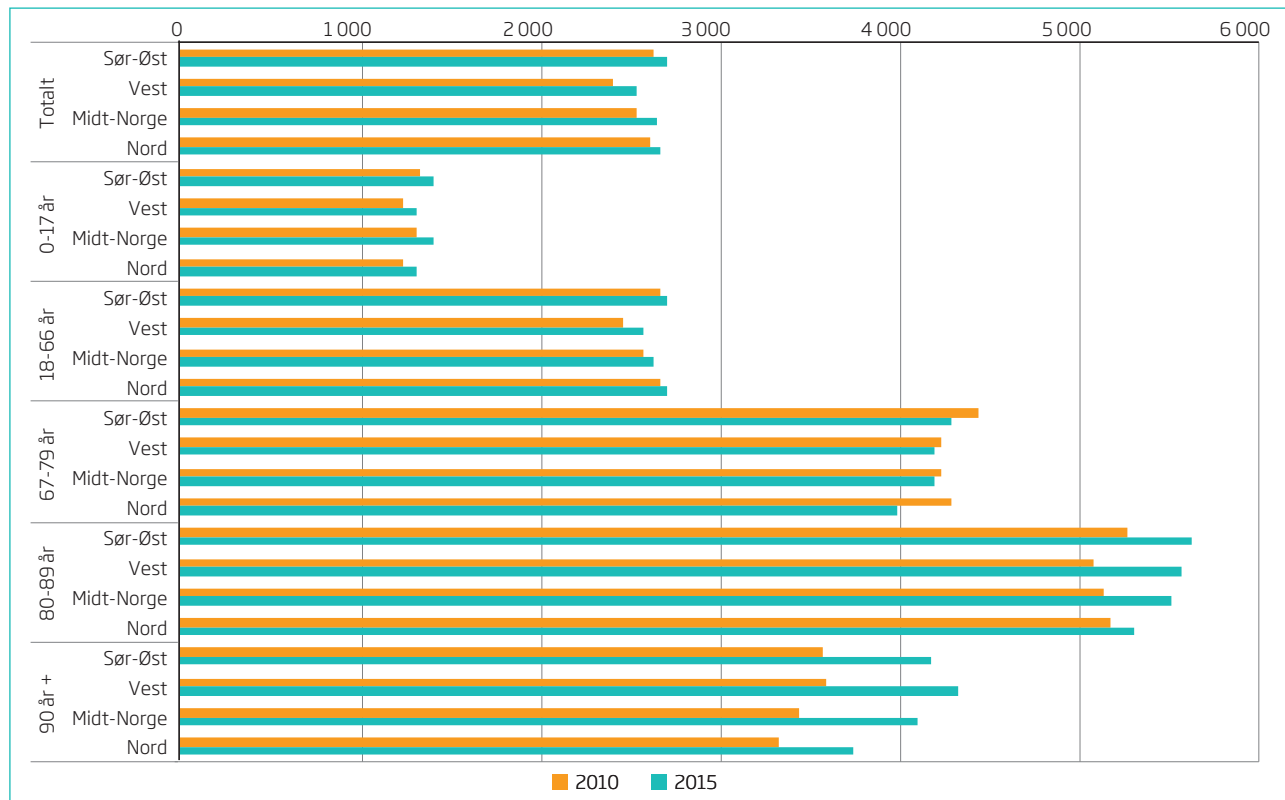
5.5 ULIK UTVIKLING MELLOM REGIONER OG SMÅ OG STORE KOMMUNER?

I kapittel 3 beskrev vi forskjeller mellom regioner og små og store kommuner i gjennomsnitt og variasjon i bruk av fastlege og legevakt (pasienter og konsultasjoner). Vi påpekte at variasjonen mellom kommunene i bruk av fastlege er betydelig lavere enn for andre kommunale helse- og omsorgstjenester. Fastlegene kan beskrives som helse-tjenestens lavterskeltilbud og garantist for at alle

som har behov for helsetjenester i Norge fanges opp. Det er lite variasjon i *hvor mange* som benytter fastleger, men noe større variasjon mellom kommunene i *hvor ofte* man bruker fastlegen. Noen kommuner har mindre enn én konsultasjon per innbygger, mens andre har et gjennomsnitt på mer enn fire konsultasjoner per innbygger. Variasjonene mellom kommunene i omfanget av både pasienter og konsultasjoner er større blant de små kommunene enn de store.

Det er ikke entydige forskjeller mellom små og store kommuner i nivået av konsultasjoner hos fastlege. Innbyggere i små kommuner har i gjennomsnitt flere konsultasjoner per pasient enn innbyggere i store kommuner, men det er også visse regionale forskjeller. Pasientraten hos fastlege er noe lavere for kommuner i Vest enn i Midt-Norge og Nord, men disse forskjellene er mindre tydelige for omfanget av konsultasjoner enn for pasienter. Omfanget av konsultasjoner hos fastlege per innbygger varierer fra 1,76 (liten kommune i Vest) til 3,86 (liten kommune i Midt-Norge). Forskjellene som er knyttet

Figur 5.10 Antall konsultasjoner hos fastlege per 1 000 innbyggere etter alder og region i 2010 og 2015.



til bruk av legevakt er større, og varierer fra 8 til 45 prosent av befolkningen²⁴.

Det vesentlige spørsmålet i dette kapitlet er om utviklingen i omfanget av konsultasjoner har vært ulikt på tvers av regioner eller variert med hensyn til kommunestørrelse. Figur 5.10 og 5.11 viser utviklingen i konsultasjoner hos fastlege fra 2010 til 2015 etter alder, region (figur 5.10) og kommunestørrelse (figur 5.11).

Figur 5.10 viser i likhet med figurene 5.4-5.6 at det er noe økning i konsultasjoner hos fastlege for barn og unge, noe nedgang i konsultasjoner for alders-

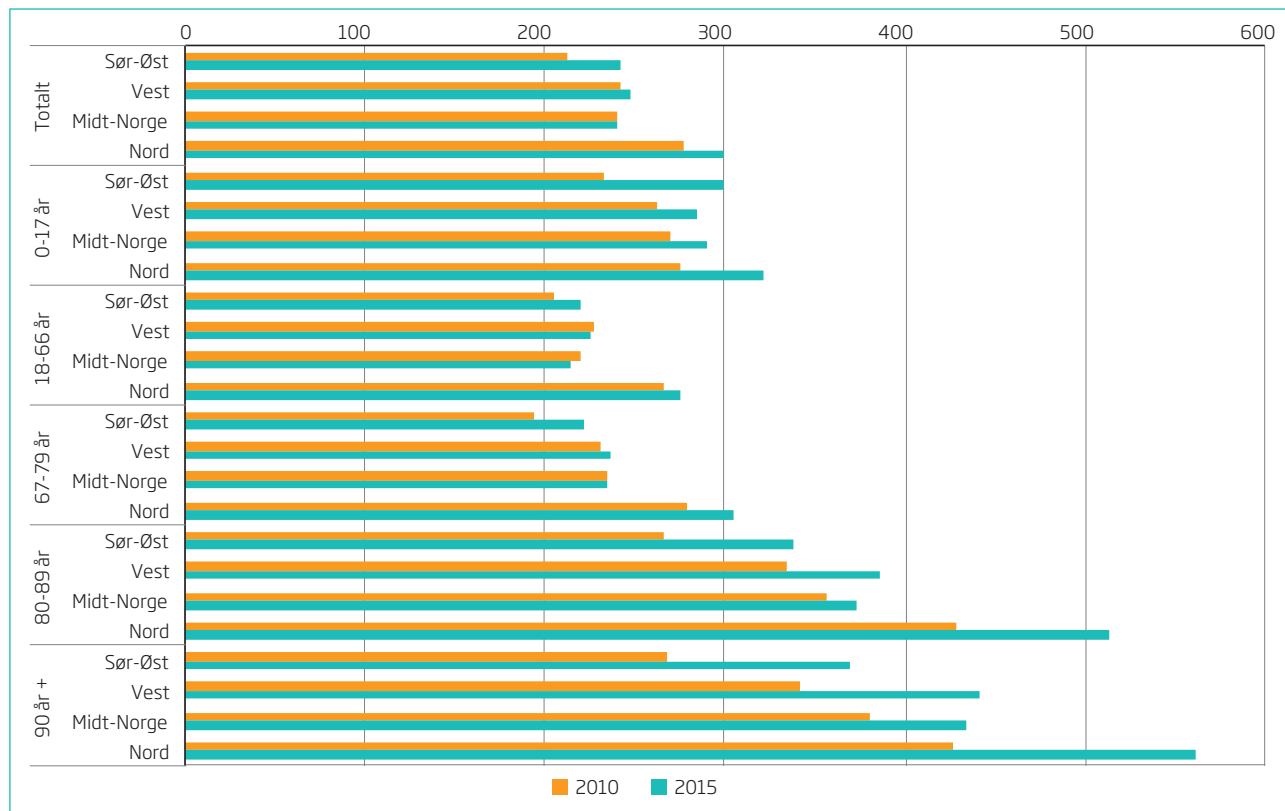
gruppen 67-79 år og betydelig vekst i konsultasjoner for eldre som er 80 år og over. Dette mønsteret gjelder for alle regioner. Vi gjenfinder det samme mønsteret for alder i figur 5.11, og ser at endringene gjelder for både små og store kommuner. Vi finner ingen betydelige forskjeller mellom verken regioner eller små og store kommuner i utviklingen av konsultasjoner hos fastlege fra 2010 til 2015.

²⁴ I kapittel 3 viste vi også at de kommunale kostnadsnøklerne som er utviklet for å fordele rammetilskuddet til kommunene når det gjelder behandling og rehabilitering (SSB kommunehelse) kun i liten grad forklarer variasjonene som knyttet til bruk av fastlege og legevakt. Dette skyldes at kostnadsnøklerne knyttes til kostnader til helsestasjon og skolehelsetjeneste og gir vekt til omfanget av barn og ungdom i befolkningen. Fastlegene og legevaktene finansieres av både kommunene og gjennom statlige refusjoner, og øker betydelig med økt alder. Forskjeller i bruk av fastlege og legevakt vil derfor forklares av andre demografiske forhold enn de som er tillagt vekt i «kommunehelse-indeksen».

Figur 5.11 Antall konsultasjoner hos fastlege per 1 000 innbyggere etter alder og kommestørrelse i 2010 og 2015.



Figur 5.12 Antall konsultasjoner hos legevakt per 1 000 innbyggere etter alder og region i 2010 og 2015.



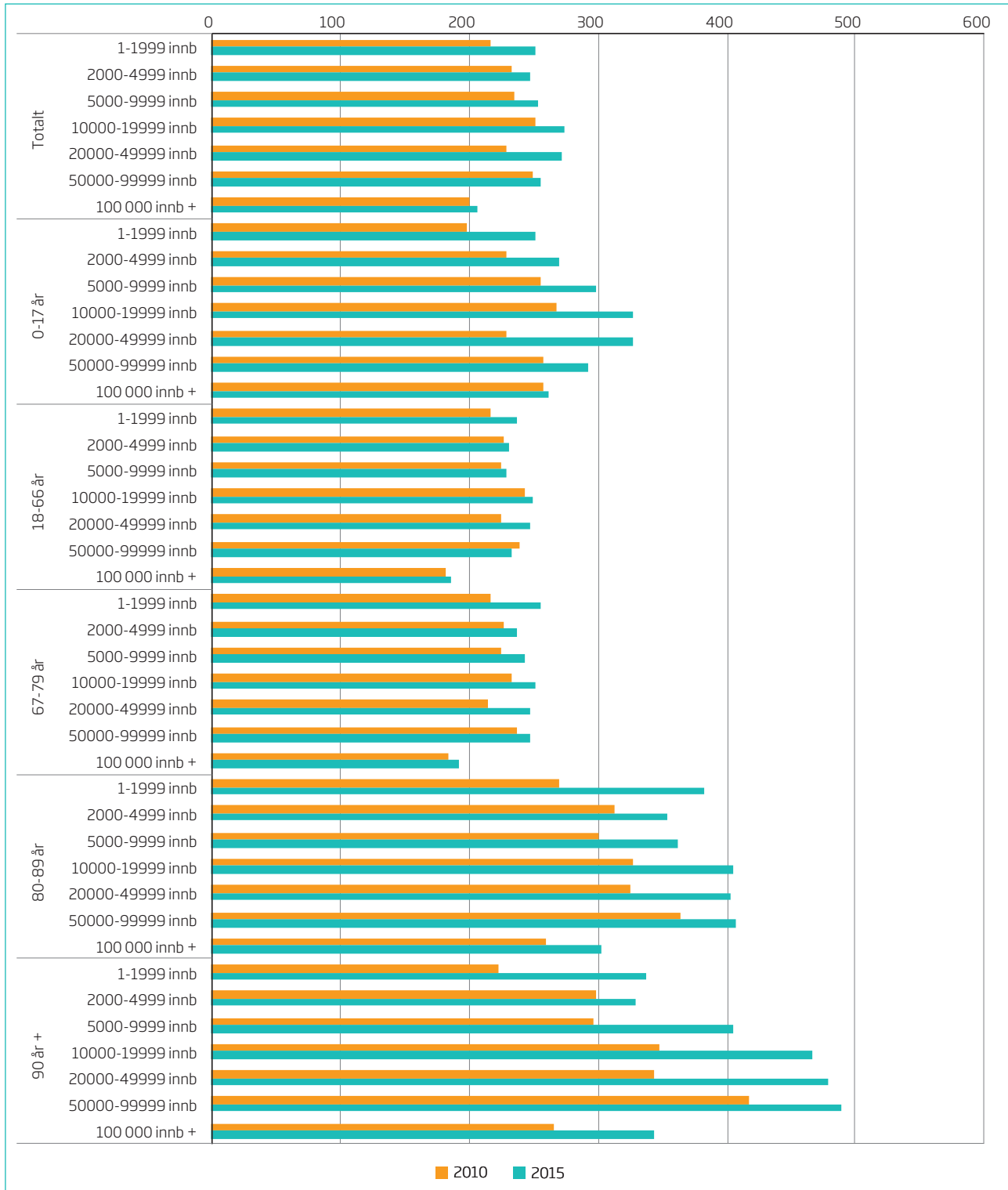
For utviklingen i konsultasjoner hos legevakt, finner vi regionale forskjeller. Omfanget av konsultasjoner per innbygger har økt sterkere i region Sør-Øst og Nord enn i Vest og Midt-Norge. Dette gjelder for alle aldersgruppene, men veksten i Sør-Øst er særlig markant for den yngste og eldste aldersgruppen. Totalt sett økte omfanget av konsultasjoner hos legevakt fra 21 til 24 per 100 innbyggere i Sør-Øst og fra 28 til 30 per 100 innbyggere i Nord. I Vest var økningen knapt én legevaktkonsultasjon per 100 innbyggere, mens Midt-Norge hadde et stabilt nivå på 24 konsultasjoner per 100 innbyggere. Region Nord har hatt betydelig vekst i legevakt-konsultasjoner blant eldre pasienter, og har et høyere nivå av slike konsultasjoner per innbygger enn andre regioner. Utviklingen i antall konsultasjoner hos legevakt per 1 000 innbyggere etter alder og region er vist i figur 5.12.

Utviklingen i konsultasjoner hos legevakt fra 2010 til 2015 varierer også med kommunestørrelse, og har økt mest for små kommuner med færre enn 2 000

innbyggere og for mellomstore kommuner med 20 000 til 49 999 innbyggere. Dette gjelder for alle aldersgrupper. For de eldste (90 år og over) har omfanget av konsultasjoner hos legevakt økt betydelig i både små og store kommuner. Størst vekst finner vi likevel for de minste kommunene hvor bruken av legevakt har økt fra 22 til 34 konsultasjoner per 100 innbyggere. Dette vises i figur 5.13, som viser antall konsultasjoner per 1 000 innbyggere hos legevakt fordelt på aldersgrupper og kommunestørrelser i 2010 og 2015.

Figur 5.13 viser også at de største kommunene hadde et noe lavere nivå av konsultasjoner hos legevakt enn mellomstore kommuner. Høyest antall konsultasjoner finner vi i mellomstore kommuner med mellom 10 000 og 19 999 innbyggere. Dette mønsteret gikk igjen i alle aldersgrupper, unntatt den yngste aldersgruppen fra 0 til 17 år og for eldre over 90 år, hvor de største kommunene har høyere konsultasjonsrater enn de minste.

Figur 5.13 Antall konsultasjoner hos legevakt per 1 000 innbyggere etter alder og kommunistørrelse i 2010 og 2015.



5.6 DATAGRUNNLAG OG DEFINISJONER

Data for fastlege og legevakt er hentet fra KUHR (Kontroll og Utbetaling av HelseRefusjon), som baserer seg på refusjoner fra Helfo. Data gjelder kontakter hos fastlege og legevakt med pasient tilstede fra 2010 til 2015. Data er levert fra av Helsedirektoratet, og er anonymisert per kommune. Befolkningstallene er fra SSB-KOSTRA.

Pasientene er knyttet til bostedskommunen, og ikke til hvilken fastlege/legevakt pasienten har benyttet. Dersom en pasient i løpet av året har flyttet til ny kommune, vil denne pasienten telles som to pasienter. For alle regninger fra fastleger og fastlønnede leger var det i 2015 hele 99,8 prosent av regningene som hadde oppgitt fødselsnummer. I perioden 2010-2013 har denne andelen vært over 99 prosent. For legevakt og kommunal legevakt var tilsvarende tall 97,2 i 2015.

Pasienter: Fødselsnummer er grunnlaget for å identifisere antall pasienter og bostedskommune. Antall pasienter beregnes for hver kommune, og

pasienter som har flyttet til ny kommune i løpet av året, vil telles som to pasienter. I 2015 hadde 99,8 prosent av regningene fra fastleger oppgitt fødselsnummer. Denne andelen har vært over 99 prosent i perioden 2010 til 2013.

Kontakter: Kontakt vil være lik en regning i de data som presenteres her. Regninger er det som rapporteres av data fra fastleger og legevakt til KUHR. En regning kan være refusjon for en konsultasjon hvor pasient er tilstede hos fastlegen sin, eller en refusjon for fastlegens arbeid når pasienten ikke er tilstede. Analysen inkluderer kontakter hvor pasient er tilstede.

Kontakttyper: Kontakter er inndelt i syv ulike kategorier etter registrerte takstkoder, herunder konsultasjon, enkel kontakt med pasient tilstede, enkel kontakt brev/tlf/adm., sykebesøk, tverrfaglig samarbeid, administrativ kontakt og annet. Kategoriene er ikke gjensidig utelukkende. Regninger kan inngå i flere kontakttyper dersom de inkluderer flere takstkoder.

Tabell 5.1 Definisjon av type kontakt hos fastlege og legevakt.

Type kontakt:	Takstkode:
Konsultasjon:	Regning med minst en av følgende takstkoder: 2ad, 2ak, 2ed, 2fk.
Enkel kontakt pasient tilstede	Regning med minst en av følgende takstkoder: 1ad, 1ak, 1e.
Enkel kontakt brev/tlf/adm	Regning med minst en av følgende takstkoder: 1bd, 1bk, 1f, 1g, 1h, 1i
Sykebesøk	Regning med minst en av følgende takstkoder: 11ad, 11ak, 11bd, 11cd, ..., 11id, 12ad, 12bd, 12cd, 13d
Tverrfaglig samarbeid	Regning med minst en av følgende takstkoder: 14, 14d, 15a, 15b
Administrativ kontakt	Regning med minst en av følgende takstkoder: H1, 5, 7, 8,
E-konsultasjon	Regning med takstkode 2ae
Annet	Regning med minst en av følgende takstkoder: 21d, 21k, 22ad, 22ak, 22bd, 22bk

5.7 TABELLER

Tabell 5.2. Antall pasienter hos fastlege 2010-2015.

		Antall pasienter hos fastlege (N=)						Pst. endr. 2010-15
		2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Inkl. alle typer kontakt	Pasienter totalt	3 820 552	3 934 398	3 976 637	4 014 594	4 094 106	4 149 431	8,6
Kontakter med pasient tilstede	Pasienter totalt	3 551 395	3 674 501	3 701 043	3 710 292	3 774 634	3 816 108	7,5
	Pasienter med 1 kontakt	970 886	985 054	987 893	994 917	1 001 681	1 012 806	4,3
	Pasienter med 2 kontakter	666 711	690 959	693 587	698 215	709 592	716 653	7,5
	Pasienter med 3-5 kontakter	1 054 952	1 101 165	1 104 675	1 106 620	1 135 646	1 145 985	8,6
	Pasienter med 6 kontakter +	858 846	897 323	914 888	910 540	927 715	940 664	9,5

Tabell 5.3 Antall kontakter hos fastlege etter type kontakt 2010-2015.

	Antall kontakter hos fastlege (N=)						Pst. endr. 2010-15
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Totalt	24 577 967	25 718 135	26 614 490	27 248 453	28 561 900	29 432 932	19,8
Konsultasjon	12 619 745	13 196 722	13 422 342	13 275 126	13 739 488	13 845 782	9,7
Enkel kontakt med pasient tilstede	2 128 217	2 232 183	2 240 173	2 169 053	2 229 541	2 290 094	7,6
Enkel kontakt brev/tlf/adm	8 308 638	8 681 930	9 366 063	10 428 485	11 200 748	11 867 566	42,8
Sykebesøk	86 509	89 146	94 226	92 745	91 163	89 362	3,3
Tverrfaglig samarbeid	133 958	139 735	140 965	142 463	145 144	142 558	6,4
Administrativ kontakt	1 235 253	1 311 035	1 280 671	1 072 502	1 091 528	1 134 131	-8,2
Annet	65 647	67 384	70 050	68 079	64 288	63 439	-3,4

Tabell 5.4 Antall pasienter hos legevakt 2010-2015.

		Antall pasienter hos legevakt (N=)						Pst. endr. 2010-15
		2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Inkl. alle typer kontakt	Pasienter totalt	1 055 109	1 094 289	1 109 614	1 109 910	1 112 362	1 110 535	5,3
Kontakter med pasient tilstede	Pasienter totalt	939 248	961 386	966 143	952 495	954 092	948 576	1,0
	Pasienter med 1 kontakt	617 784	638 453	643 303	637 949	642 898	643 384	4,1
	Pasienter med 2 kontakter	202 882	204 317	203 670	199 382	197 173	194 229	-4,3
	Pasienter med 3-5 kontakter	100 776	101 163	101 467	97 463	96 636	93 930	-6,8
	Pasienter med 6 kontakter +	17 806	17 453	17 703	17 701	17 385	17 033	-4,3

Tabell 5.5 Antall kontakter hos legevakt etter type kontakt 2010-2015.

	Antall kontakter hos legevakt (N=)						Pst. endr. 2010-15
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Totalt	1 693 151	1 798 020	1 885 914	2 121 320	2 136 623	2 138 285	26,3
Konsultasjon	1 123 976	1 182 381	1 210 767	1 296 391	1 305 164	1 292 892	15,0
Enkel kontakt med pasient tilstede	19 907	24 031	29 823	30 698	31 413	31 354	57,5
Enkel kontakt brev/tlf/adm	315 492	361 871	412 420	548 717	563 953	581 064	84,2
Sykebesøk	65 392	63 517	63 303	65 643	64 019	62 082	-5,1
Tverrfaglig samarbeid	9 913	11 165	12 994	13 286	12 761	13 440	35,6
Administrativ kontakt	19 380	19 241	20 651	23 613	23 093	23 559	21,6
Annet	139 091	135 814	135 956	142 972	136 220	133 894	-3,7

6. Styringsdata fra Fastlegeordningen

Gjennomsnittlig listelengde for hjemler med fast lege ved utgangen av 2015, var på 1 128 innbyggere. Siden innføringen av Fastlegeordningen i juni 2001 har den gjennomsnittlige listelengden gått langsomt nedover, bortsett i fra de første 2 til 4 årene. Fastlegedekningen i kommunene holder tritt med befolkningsveksten.

Oppslutningen om Fastlegeordningen er svært god. Mellom 21 000 til 25 000 innbyggere (0,4 prosent av befolkningen) står utenfor ordningen.

Ved utgangen av 2015 var det 52 lister/ hjemler uten fast lege, dvs at listene er betjent av vikarer. Til sammen var det knapt 31 000 innbyggere på disse listene. I små kommuner med under 2 000 innbyggere hadde 3 prosent av deltakerne i fastlegeordningen plass på en liste uten fast lege.

Andelen ledige plasser på åpne fastlegelister var lavest i kommuner med mellom 50 000 og 99 999 innbyggere med 3,6 prosent, og høyest i de små kommunene med under 2 000 innbyggere med 24,7 prosent.

6.1 UTVIKLINGEN PÅ LANDSBASIS

Det er kommunenes ansvar å sikre innbyggerne allmennlegetjenester. Fastlegeordningen med pasientlister, ble etablert fra 1.juni 2001 og avløste systemet med kommunale driftsavtaler. Det nye i Fastlegeordningen er at allmennlegene får et avgrenset og tydeligere ansvar for innbyggerne på sin pasientliste. Samtidig ble legens faste inntektskomponent driftstilskuddet erstattet av ett per capita tilskudd, som er et fast kronebeløp per innbygger på legens liste. Jo lengre pasientliste, jo større per capita tilskudd fra kommunen.

Systemet innebærer også en fordel for kommunen: Tilskuddskostnadene for å sikre innbyggerne i kommunen legetjenester, ble uavhengig av antallet leger og i stedet avhengig av antallet innbyggere i kommunen.

Ved utgangen av 2015 var det 4 585 fastleger i Norge. De betjente 5,2 mill. innbyggere. I gjennomsnitt tilsvarer dette 1 132 pasienter per fastlege.

Noen av fastlegene har liste eller hjemmel i flere kommuner. Antallet lister er derfor noe større enn antallet fastleger og i 2015 det var 4 602 hjemler/ lister med fast lege. Sistnevnte kalles også fastlegepraksiser eller avtaler (med fast lege).

Gjennomsnittlig listelengde for hjemler med fast lege ved utgangen av 2015, var dermed på 1 128 innbyggere. Siden innføringen av Fastlegeordningen, FLO i juni 2001 har den gjennomsnittlige listelengden gått langsomt nedover, bortsett i fra de første årene. Ved starten i juni 2001 var den gjennomsnittlige listelengden 1 175. I de første 2 til 4 årene vokste den til om lag 1 205 pasienter per liste, for deretter å bevege seg nedover.

Med andre ord ser det ut til at fastlegedekningen i kommunene holder tritt med befolkningsveksten. Oppslutningen om ordningen er svært god og har vært det helt siden oppstarten. Mellom 21 000 til 25 000 innbyggere har stått utenfor ordningen. Det tilsvarer om lag 0,4 prosent av befolkningen. Sånn sett kan vi si at stabilitet i legedekningen og svært høy oppslutning, har kjennetegnet ordningen så langt.

Likevel er det noen utfordringer: Ved utgangen av 2015 var det 52 lister/ hjemler uten fast lege, tilsvarende 1,1 prosent av listene. Til sammen var det knapt 31 000 innbyggere på disse listene. Ved slutten av 2001 var det 109 000 innbyggere på slike lister, men allerede ved utgangen av 2006 var antallet kommet ned i rundt 50 000. Disse listene har altså ikke fått knyttet en fast lege til seg, men er betjent av vikarer.

Et viktig kjennetegn ved listesystemet er muligheten for å bytte fastlege. Det er derfor viktig at listene med fast lege er åpne. Ved utgangen av 2015 var 41 prosent av fastlegelistene åpne. Denne andelen ser ut til å ha stabilisert seg i de siste årene, etter ett kraftig fall fra 60 prosent ved innføringen og 54 prosent ved slutten av 2001. Tilsvarende negativ utvikling siden oppstart av ordningen, med påfølgende stabilitet, har det vært i antallet ledige plasser på fastlege listene. Fra ca 600 000 ledige plasser i starten til vel 300 000 ledige plasser ved utgangen av 2015.

Antall legebytter i året viser også stor stabilitet med om lag 365 000 bytter etter innbyggerens eget ønske og 345 000 tildelte bytter som følge av avsluttet/ redusert praksis i 2015. Når det gjelder bytter etter innbyggerens egne ønsker gjelder 80 000 av dem flytting til en annen kommune. Når det gjelder tildelte bytter, er dette i alt vesentlig avslutning av praksis. De fleste byttene er likevel såkalte «ordinære bytter» etter innbyggerens eget ønske og uten forutgående tildeling eller i forbindelse med flytting til ny kommune.

6.2 FASTLEGEDEKNING I ENKELTKOMMUNER

Ved utgangen av 2015 var det 4 kommuner som ikke hadde noen fastlege. Det gjaldt Roan i Sør-Trøndelag og Tranøy, Torsken og Berg i Troms. Innbyggerne i disse kommunene vil vanligvis være tilknyttet lister uten fast lege. Heller ikke for Rollag i Buskerud er det registrert noen fastlege, men innbyggerne har tilgang på fastlege gjennom samarbeid med nabokommunen.

Selv om en kommune har én eller flere fastleger, betyr ikke det nødvendigvis at innbyggerne har en reell mulighet til å bytte fastlege. Ved utgangen av 2015 var det 109 kommuner hvor færre enn to fastleger hadde åpen liste, mot 146 like etter at fastlegeordningen trådte i kraft. 79 av disse kommunene hadde én fastlege med åpen liste, mens de resterende 30 ikke hadde noen åpne fastlegelister.

Problemet med få åpne lister forekommer i hovedsak i kommuner med under 20 000 innbyggere. Det sees klart fra «i alt»-kolonnen, som viser at det totalt er 109 kommuner som har få åpne lister (dvs. at kommunen har bare en eller ingen åpen liste).

106 av de 109 kommunene eller 97 prosent av kommunene som har problem med få åpne lister, har under 20 000 innbyggere.

Videre ser vi at det særlig er de aller minste kommunene med under 2000 innbyggere, som har problem med få åpne lister. Tallene viser at 46 kommuner tilsvarende 42 prosent av kommunene med få åpne lister, har under 2 000 innbyggere.

Det er også bare kommuner med under 2 000 innbyggere som helt mangler fast lege. Tiltak mot problemet med få åpne lister, bør nok derfor innrettes særlig mot de minste kommunene. I tillegg viser tallene at nesten to tredjedeler av de små kommunene med dette problemet, har bare en fast lege (29 av de 46 kommunene).

Vi bør også merke oss at det kun er kommuner med under 2 000 innbyggere, som helt mangler fast lege (4 kommuner).

Samtidig ser vi at kommunene med mer enn 50 000 innbyggere ikke har noen slike problemer med få åpne lister.

Tabell 6.1 Antall kommuner med færre enn to åpne fastlegelister etter fylke. Data per 31. desember 2015.

	I alt	Ingen fastleger med åpen liste			Én fastlege med åpen liste	
		Kommunen har ingen fastleger	Kommunen har kun én fastlege	Kommunen har flere fastleger	Kommunen har kun én fastlege	Kommunen har flere fastleger
Østfold	3	0	0	0	1	2
Akershus	2	0	0	2	0	0
Oslo	0	0	0	0	0	0
Hedmark	5	0	0	0	1	4
Oppland	4	0	0	2	0	2
Buskerud ¹	5	0	0	2	1	2
Vestfold	3	0	0	0	0	3
Telemark	2	0	0	0	0	2
Aust-Agder	7	0	0	2	1	4
Vest-Agder	2	0	0	1	0	1
Rogaland	6	0	1	1	2	2
Hordaland	8	0	0	4	2	2
Sogn og Fjordane	7	0	0	2	1	4
Møre og Romsdal	10	0	0	1	2	7
Sør-Trøndelag	7	1	0	1	4	1
Nord-Trøndelag	11	0	1	1	3	6
Nordland	16	0	0	2	6	8
Troms	8	3	0	2	1	2
Finnmark	3	0	0	1	2	0
Hele landet	109	4	2	24	27	52

1 I tillegg kommer én kommune i Buskerud, som ikke har egen fastlege, men som tilbyr innbyggerne fastlege gjennom samarbeid med nabokommune.

Tabell 6.2 Antall kommuner med færre enn to åpne fastlegelister etter kommunestørrelse. Data per 31. desember 2015.

	I alt	Ingen fastleger med åpen liste			Én fastlege med åpen liste	
		Kommunen har ingen fastleger	Kommunen har kun én fastlege	Kommunen har flere fastleger	Kommunen har kun én fastlege	Kommunen har flere fastleger
1-1 999 innb	46	4	2	1	27	12
2 000-4 999 innb	28	0	0	9	1	18
5 000-9 999 innb	22	0	0	10	0	12
10 000-19 999 innb	10	0	0	2	0	8
20 000-49 999 innb	3	0	0	2	0	1
50 000-99 999 innb	0	0	0	0	0	0
100 000 innb +	0	0	0	0	0	0
Hele landet	109	4	2	24	28	51

6.3 NØKKELTALL ETTER FYLKE

Tabell 6.3 viser den fylkesvise fordelingen av enkelte nøkkeltall ved utgangen av 2015. Hovedtendenser i tabellen:

- Andelen av listene som manglet lege, var størst i Finnmark med 5,2 prosent, Nordland med 4,8 prosent og Møre- og Romsdal med 3,6 prosent.
- Andelen av fastlegenes lister som var åpne, varierte fra 33,3 prosent i Rogaland til 53,7 prosent i Sogn og Fjordane.
- Andelen ledige plasser på åpne fastlegelister var lavest i Østfold med 3,3 prosent, og høyest i Sogn og Fjordane med 9,4 prosent.
- Andelen av deltakerne i fastlegeordningen som hadde plass på liste uten lege, var høyest i Finnmark med 3,1 prosent og Nordland med 2,8 prosent.
- Andelen deltakere i fastlegeordningen som ennå ikke har fått plass på noen liste (heller ikke liste uten lege), var høyest i Oslo med 0,6 prosent og Troms og Finnmark med 0,5 prosent.
- Andelen av befolkningen som har reservert seg mot å delta i fastlegeordningen, var under én prosent i alle fylker.
- Andelen legebytter etter innbyggerens eget ønske, i prosent av antall innbyggere med listeplass, var høyest i Oslo med 2,4 prosent, deretter kom Finnmark med 2,1 prosent.
- Andelen tildelte legebytter som følge av at fastlegen avsluttet eller trappet ned sin praksis, i prosent av antall innbyggere med listeplass, var høyest i Sogn og Fjordane med 6,4 prosent og Finnmark med 4,1 prosent. Denne andelen varierer mye fra kvartal til kvartal i det enkelte fylke.

Tabell 6.3 Fylkesvis fordeling av nøkkeltall for fastlegeordningen. Data per 31. desember 2015. Prosentvise andeler.

	Andel lister uten lege	Andel åpne fastlegelister	Andel ledige listeplasser på åpne fastlegelister	Andel av deltakerne som har plass på liste uten lege	Andel av deltakerne som ikke har plass på liste	Andel av befolkningen som ikke deltar i fastlegeordningen	Andel legebytter etter eget ønske siste kvartal	Andel tildelte legebytter pga avsluttet/ redusert praksis siste kvartal
Østfold	0,0	35,7	3,3	0,0	0,4	0,2	1,8	1,9
Akershus	0,9	37,6	4,7	0,2	0,3	0,2	1,7	0,8
Oslo	0,0	42,7	4,9	0,0	0,6	0,2	2,4	1,2
Hedmark	0,6	48,0	7,0	0,4	0,3	0,5	1,5	1,6
Oppland	1,0	48,7	7,6	0,5	0,2	0,3	1,5	3,3
Buskerud	0,4	36,5	7,5	0,3	0,3	0,1	1,5	1,4
Vestfold	0,0	43,8	6,1	0,0	0,2	0,1	1,6	0,1
Telemark	0,0	36,9	5,4	0,0	0,2	0,2	1,8	1,0
Aust-Agder	0,9	45,9	5,5	0,5	0,2	0,2	1,6	0,8
Vest-Agder	0,6	39,8	6,6	0,1	0,3	0,4	1,5	1,7
Rogaland	0,3	33,3	4,3	0,2	0,3	0,4	1,4	0,6
Hordaland	0,9	38,8	5,1	0,4	0,3	0,3	1,4	1,7
Sogn og Fjordane	2,4	53,7	9,4	2,1	0,3	0,3	1,4	6,4
Møre og Romsdal	3,6	42,5	4,9	2,2	0,3	0,4	1,3	0,9
Sør-Trøndelag	0,4	37,0	4,4	0,1	0,3	0,1	1,4	1,7
Nord-Trøndelag	3,1	41,7	5,3	2,1	0,2	0,3	1,6	1,5
Nordland	4,8	47,6	6,0	2,8	0,4	0,4	1,6	3,2
Troms	1,6	44,5	6,3	1,3	0,5	0,2	1,7	2,6
Finnmark	5,2	52,6	7,5	3,1	0,5	0,4	2,1	4,1
Ikke reg. fylke ¹	-	-	-	1,5	10,0	26,8	0,5	3,3
Hele landet	1,1	41,1	5,4	0,6	0,4	0,4	1,6	1,6

¹ Dette kan f eks være asylsøkere og deres familiemedlemmer som ikke er registrert med bostedskommune, og andre personer som er registrert som bosatte i Norge, men uten fast bopel.

6.4 NØKKELTALL ETTER KOMMUNESTØRRELSE

Tabell 6.4 viser fordelingen av enkelte nøkkeltall ved utgangen av 2015 etter kommunestørrelse.

Hovedtendenser i tabellen:

- Andelen av listene som manglet lege, var størst i de små kommunene med under 2 000 innbyggere med 4,4 prosent.
- Andelen av fastlegenes lister som var åpne, var størst i de små kommunene med under 2 000 innbyggere med 88,0 prosent og minst i kommuner med mellom 20 000 og 49 999 innbyggere med 32,0 prosent.
- Andelen ledige plasser på åpne fastlegelister var lavest i kommuner med mellom 50 000 og 99 999 innbyggere med 3,6 prosent, og høyest i de små kommunene med under 2 000 innbyggere med 24,7 prosent.
- Andelen av deltakerne i fastlegeordningen som hadde plass på liste uten lege, var høyest i de små kommunene med under 2 000 innbyggere med 3,0 prosent.

Tabell 6.4 Nøkkeltall for fastlegeordningen etter kommunestørrelse. Data per 31. desember 2015. Prosentvise andeler.

	Andel lister uten lege	Andel åpne fastlegelister	Andelen ledige listeplasser på åpne fastlegelister	Andel av deltakerne som har plass på liste uten lege
1-1 999 innb	4,4	88,0	24,7	3,0
2 000-4 999 innb	3,1	68,1	11,9	1,8
5 000-9 999 innb	2,9	44,9	6,0	1,8
10 000-19 999 innb	0,8	33,2	4,1	0,5
20 000-49 999 innb	0,8	32,0	4,3	0,3
50 000-99 999 innb	0,0	34,5	3,6	0,0
100 000 innb +	0,0	38,2	4,2	0,0
Hele landet	1,1	41,1	5,4	0,6

7. Hjemme- og institusjonsbaserte kommunale tjenester til personer med psykisk utviklingshemming

Kommunene hadde i 2015 drøyt 18 500 personer med psykisk utviklingshemming over 16 år med vedtak om kommunale helse- og omsorgstjenester. Dette utgjør 5,4 prosent av tjenestemottakere i alt. Det anslås at opp mot 20 prosent av kommunenes driftsutgifter til hjemme- og institusjonsbaserte tjenester går til denne gruppen. Små kommuner har flere personer med utviklingshemming enn store kommuner i forhold til innbyggertallet.

De vanligste tjenestene kommunene gir er helsetjenester i hjemmet, støttekontakt, praktisk bistand til daglige gjøremål og dagaktivitetstilbud. Gruppen tildeles flere timer hjemmebaserte tjenester i uka enn tjenestemottakere for øvrig, og en høyere andel har individuell plan.

Om lag 7 prosent utsettes for planlagt bruk av tvang i de kommunale tjenestene. En liten overvekt av personer registrert med utviklingshemming er menn, mens kvinnene er i overtall i de eldste gruppene som i befolkningen for øvrig. Levealderen har økt og tall fra IPLoS-registeret viser at de som døde i 2015 var i gjennomsnitt 61,5 år.

7.1 INNLEDNING

Basert på definisjoner fra WHO er det anslått at det er om lag 75 000 personer med utviklingshemming i Norge²⁵. Levekår og rettigheter for denne gruppen er beskrevet i Rettighetsutvalgets rapport som kom høsten 2016²⁶. De fleste av personene vil ha lettere utviklingshemming og er ikke diagnostisert eller registrert i hjelpeapparatet som utviklingshemmet. Kommunene rapporterer å ha drøyt 18 500 personer over 16 år med psykisk utviklingshemming som har vedtak om helse- og omsorgstjenester²⁷. I IPLoS-

registeret var det i 2015 registrert 13 200 personer med psykisk utviklingshemming som har søkt om eller har hatt vedtak om tjenester.

I 2015 mottok 349 000 personer kommunale helse- og omsorgstjenester etter vedtak. Personer med psykisk utviklingshemming over 16 år utgjør dermed 5,4 prosent av tjenestemottakerne i alt. Det er tidligere påvist positive sammenhenger mellom kommunale utgifter i pleie og omsorg og antallet voksne med psykisk utviklingshemming²⁸. Antall personer med psykisk utviklingshemming er del av kostnadsnøkkel for fordeling av rammetilskudd til kommunene²⁹.

25 Meld.St. 45 (2012-2013): Frihet og likeverd - om mennesker med utviklingshemming; Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet.

26 Rettighetsutvalget: NOU. 2016:17: https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2016-17/id2513222/sec2?q=p%3%a5%20lik%20linje#match_0

27 Helsedirektoratet (2015): Rundskriv IS-3/2016. Kriteriedata for inntekssystemet 2017. Registrering av tal på personer med psykisk utviklingshemming i kommunane

28 Langørgen, Audun (1997): Faktorer bak kommunal ressursbruk til pleie og omsorg; Notater 97/35, Statistisk sentralbyrå

29 Kommunal- og moderniseringsdepartementet. Grønt hefte. <https://www.regjeringen.no/no/tema/kommuner-og-regioner/kommuneokonomi/gront-hefte/id547024/>

Dette kapitlet vil i hovedsak belyse tre tema når det gjelder personer med utviklingshemming: Hvor mange mottakere av kommunale helse- og omsorgstjenester har utviklingshemming – og er det regionale ulikheter i antallet utviklingshemmede i forhold til antallet innbyggere i kommunene? Hvilke tjenester mottar de og i hvilket omfang? Her beskrives også bruk av individuell plan og tvang. Til slutt vil temaene aldring og livslengde berøres.

Kapitlet beskriver ikke hvordan gruppens tilbud eller forbruk av andre helsetjenester er, for eksempel bruk av sykehus eller fastlege. Annen litteratur på disse områdene viser blant annet at eldre med utviklingshemming er sjeldnere enn andre eldre på sykehus, de har i større grad skader som innleggelsesårsak³⁰ og utviklingshemmede i alle aldre har flere konsultasjoner hos fastlegen i løpet av året enn befolkningen forøvrig³¹.

7.2 DATAGRUNNLAG OG DEFINISJONER

I dette kapitlet er det to datakilder som er benyttet:

Grønt hefte: Kommunene rapporterer årlig inn antall personer med psykisk utviklingshemming til Helsedirektoratet. Tallene er basert på antall personer med diagnose per 1.1. gjeldende år som har vedtak om helse- og omsorgstjenester. Tallene skal godkjennes av kommunenes revisor. Fra Helsedirektoratet blir tallene rapportert videre til Kommunal- og regionaldepartementet hvor de benyttes som grunnlag for utbetaling av rammetilskudd til kommunene (Grønt hefte). Antallet som rapporteres inn til Helsedirektoratet anses å ha god kompletthet og finnes for flere år tilbake. Tallene kan dermed nyttiggjøres til å beskrive utvikling og kommunal variasjon.

IPLOS-registeret: Fra IPLOS-registeret benyttes personer registrert med utviklingshemming for 2015. Tallene gir informasjon blant annet om

tjenestemottakernes alder og kjønn, samt hvilke tjenester gruppen mottar. Rapportering av diagnoseopplysninger til IPLOS-registeret er ufullstendig per i dag, noe som skyldes både underrapportering og mulighet for reservasjon for innsending av diagnoseopplysninger, men antallet personer som rapporteres med diagnoseopplysninger er økende. Personer med psykisk utviklingshemming fra registeret er definert med diagnosekoden P85 i ICPC-2 eller tilsvarende koder i ICD-10³².

7.3 VARIASJON MELLOM KOMMUNER

Utviklingen i antall utviklingshemmede

Antallet personer over 16 år med utviklingshemming har økt fra 14 000 i 1997 til 18 500 i 2015³³, en vekst på 32 prosent – basert på tallene som rapporteres til Helsedirektoratet (Grønt hefte). Vi kjenner ikke til årsakene til denne veksten, men kan peke på mulige forklaringer. Én forklaring kan være at, i likhet med befolkningen for øvrig, så lever også personer med psykisk utviklingshemming stadig lengre. En annen forklaring kan være større bevisstgjøring i kommunene rundt diagnostisering av denne gruppen, samt at kommunene har økonomiske insentiver til å rapportere tilfeller siden det gir økonomiske positive utslag gjennom kommunerammen.

Fram til 2009 ble også antall barn med psykisk utviklingshemming rapportert inn. De siste rapporteringsårene var det i overkant av 4700 barn under 16 år årlig. Tallet inkluderer kun barn og unge med vedtak om helse- og omsorgstjenester, mens personer med lettere utviklingshemming som ikke mottar tjenester ikke regnes med.

Kommunal variasjon

Det relative forholdet mellom antall personer med psykisk utviklingshemming og det samlede innbyggertall er svært ulikt i kommunene. I gjennomsnitt har

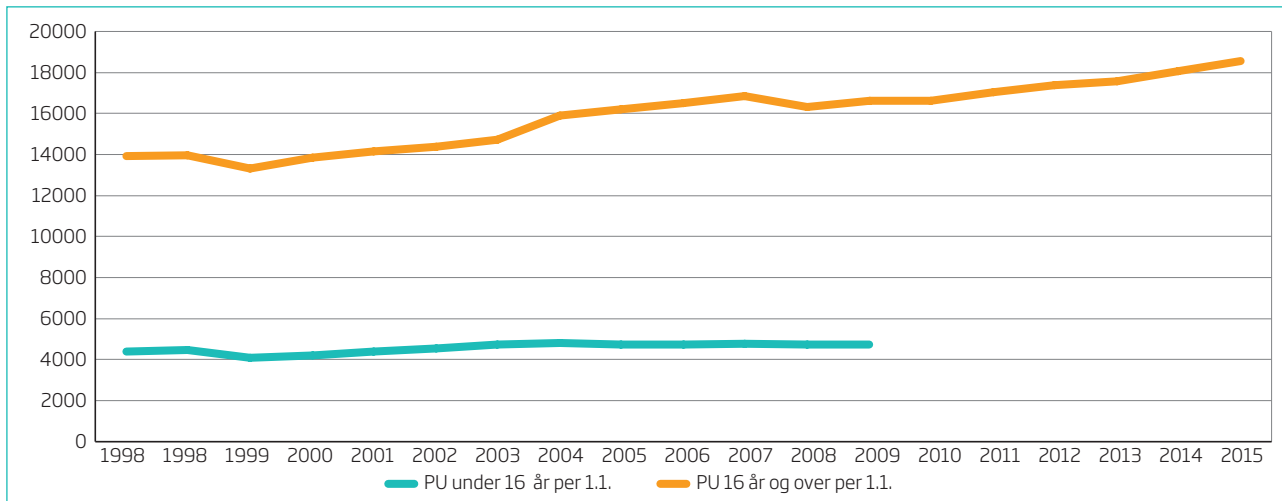
30 Stine Skorpen, mfl. (2016): Hospitalisation in adults with intellectual disabilities compared with the general population in Norway. *Journal of Intellectual Disability Research*. Early View, 24 FEB 2016. DOI: 10.1111/jir.12255.

31 Helsedirektoratet (2016): Personer med utviklingshemmings bruk av fylkeskommunale og kommunale helse- og omsorgstjenester; Rapport IS-2555

32 Helsedirektoratet (2015): Diagnosestatistikk for kommunale helse- og omsorgstjenester. Data fra IPLOS-registeret; Rapport IS-0511

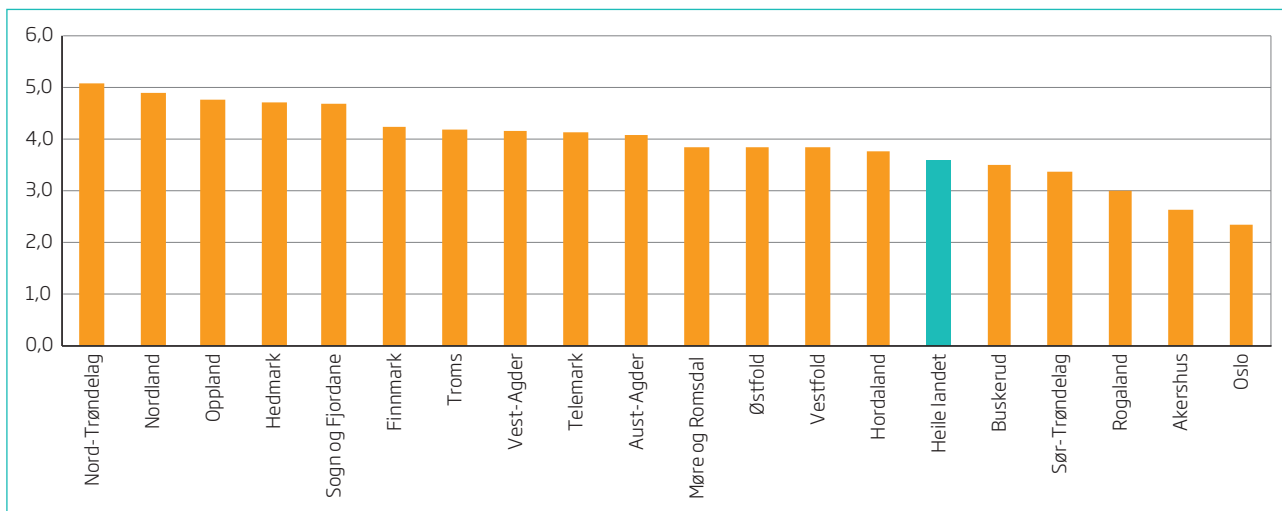
33 I 1999 og 2008 går tallet ned. Vi har ikke greid å avdekke årsaker til dette, men det kan skyldes endringer i definisjonsgrunnlaget. F.eks. har legeattestert diagnose blitt et krav til innrapporteringen i løpet av årene.

Figur 7.1 Antall personer med psykisk utviklingshemming . 1997-2015.



Data fra Grønt hefte, Kommunal- og moderniseringsdepartementet

Figur 7.2 Antall personer med psykisk utviklingshemming 16 år og eldre per 1000 innbyggere, etter fylke. Data per 1.1.2015



Data fra Grønt hefte, Kommunal- og moderniseringsdepartementet

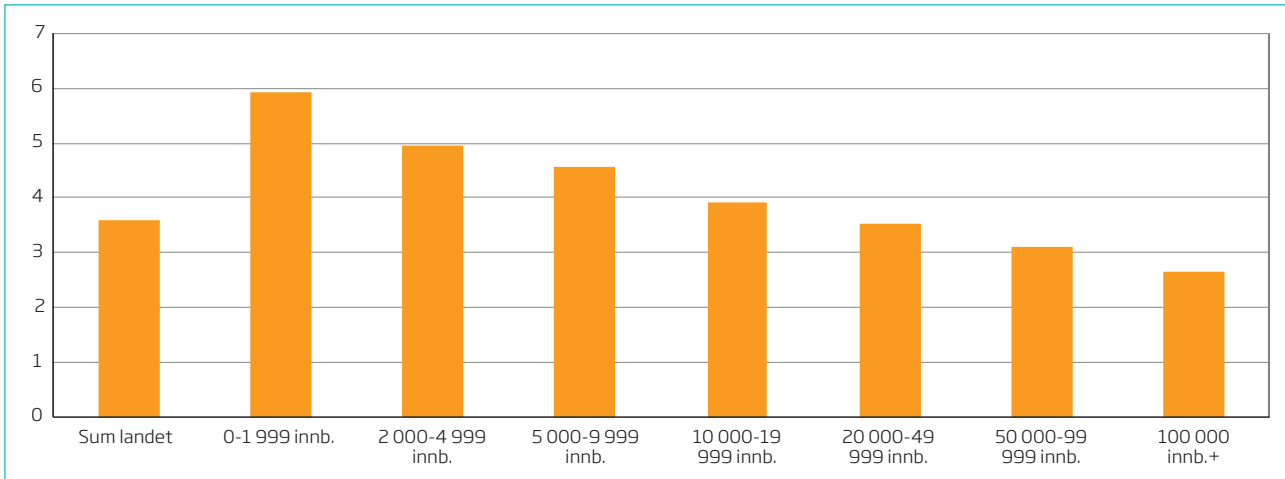
kommunene 3,6 personer med utviklingshemming per 1000 innbyggere, men dette varierer mellom fylkene. I Nord-Trøndelag og Nordland har kommunene i snitt rundt 5 personer med utviklingshemming per 1000 innbyggere, mens lavest forholdstall finnes i Oslo med 2,3.

Ser vi på kommunalt nivå er variasjonene enda større. Mens Kvæangen og Høylandet har hhv 14,7 og 14,4 personer med utviklingshemming per 1000 innbyggere har Østlandskommunene for eksempel Lørenskog og Ullensaker 2 personer per 1000 innbyggere.

I små kommuner er tettheten av personer med utviklingshemming langt høyere enn i store kommuner. Mens kommuner på under 2000 innbyggere har nær 6 personer med utviklingshemming per 1000 innbyggere, så har de største kommunene med mer enn 100 000 innbyggere færre enn 3 personer per 1000 innbyggere.

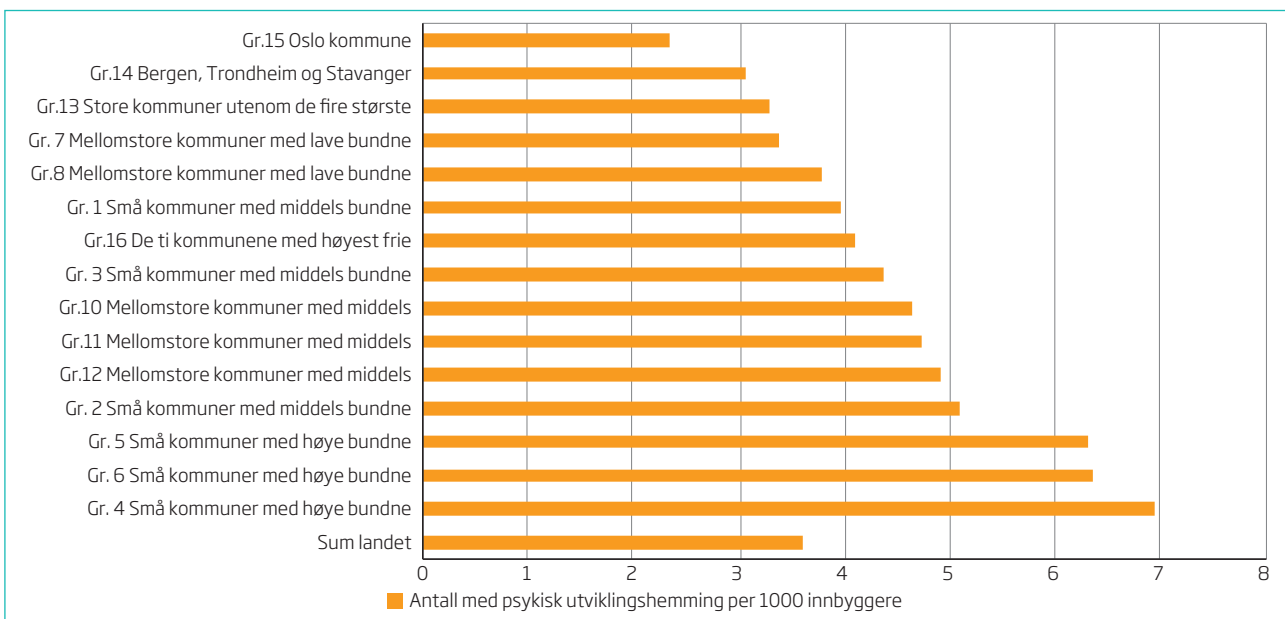
Forskjellene mellom grupper av kommuner blir enda tydeligere dersom vi tar utgangspunkt i KOSTRA kommunegrupper som tar høyde for kommunenes økonomiske situasjon i tillegg til innbyggertall. Mens Oslo kommune har 2,34 personer med utviklings-

Figur 7.3 Antall personer med psykisk utviklingshemming 16 år og eldre per 1000 innbyggere, etter kommunistørrelse. 1.1.2015.



Data fra Grønt hefte, Kommunal- og moderniseringsdepartementet

Figur 7.4 Antall personer med psykisk utviklingshemming 16 år og eldre per 1000 innbyggere, etter KOSTRA kommunegrupper. 1.1.2015.



Data fra Grønt hefte, Kommunal- og moderniseringsdepartementet

hemming per 1000 innbyggere har kommuner i kommunegruppe 4 tre ganger så høy tetthet, med nær 6,95 personer per 1000 innbyggere. Kommune-gruppe 4 er små kommuner med høye bundne kostnader per innbygger og lave frie disponible inntekter. Se tabell 7.7.

Årsaker til de geografiske ulikhetene kan være flere. Etter Ansvarsreformen, også kalt HVPU-reformen, i 1991, hvor kommunene overtok ansvaret og de store institusjonene ble lagt ned, ble mange mennesker

boende i institusjonskommunen. I dag finnes 33 slike vertskommuner for utviklingshemmede og i 2015 fikk vertskommunene til sammen 949 millioner kroner i statlig vertskommunetilskudd³⁴. Forskjellene mellom vertskommunene og andre kommuner er imidlertid ikke veldig store. I gjennomsnitt har de 33 vertskommunene 3,8 utviklingshemmede per 1000

³⁴ Helsedirektoratets tilskuddsordning for særlig ressurskrevende helse- og omsorgstjenester: <https://helsedirektoratet.no/tilskudd/serlig-ressurskrevende-helse-og-omsorgstjenester>

innbyggere, mens gjennomsnittet for de øvrige kommunene er på 3,6.

Demografiske flyttemønstre og mobilitet kan også være noe av forklaringen. Funksjonsfriske kan ha større muligheter til flytting for utdanning og jobb, mens det for utviklingshemmede med behov for omsorgstjenester vil være barrierer for å kunne realisere de samme mulighetene. Forskjeller i tjenestetilbud mellom kommuner kan også gi motivasjon for flytting for utviklingshemmede (eller pårørende). Ved åpenbare kommunale ulikheter i omfanget av tjenester som gis eller i kvaliteten på tjenestene som ytes, kan insentivene til flytting bli større. Dette kan forsterkes av mer spesialiserte miljøer i enkeltkommuner og muligheter for å bygge opp tilbud rettet særskilt mot denne gruppen. På denne måten kan enkeltkommuner få en «opphepning» av personer med utviklingshemming. Slike kommuner vil ha behov for større dimensjonering av personell med særskilt kompetanse

7.4 TJENESTER OG RESSURSBRUK

Tjenester og omfang

De aller fleste med utviklingshemming bor hjemme, enten i kommunale boliger eller i private hjem – kun 3 prosent er registrert som beboer i institusjon for langtidsopphold. Av tjenester til hjemmeboende de er registrert med i IPLOS-registeret er det fire hovedtyper som er vanligst; helsetjenester i hjemmet, støttekontakt, praktisk bistand til daglige gjøremål og dagaktivitetstilbud. Og hver person kan ha vedtak om en eller flere av tjenestene.

Personer med utviklingshemming kan ha behov for bistand, helsehjelp eller aktivisering i svært ulik grad. Kommunenes økonomi kan til dels være sårbar ved variasjoner i antallet personer med omfattende tjenestebehov. I tillegg til at kommunenes inntekter gjennom kommunerammen påvirkes av antallet med utviklingshemmede gjennom kostnadsnøkkelen, har kommunene anledning til å søke om tilskudd for særlig ressurskrevende brukere gjennom tilskuddsordningen som driftes av Helsedirektoratet.

Ressursforbruk kan til en viss grad måles gjennom IPLOS-registeret. Til IPLOS-registeret rapporteres tildelte timer per uke for hver tjeneste og for hver tjenestemottaker. Denne tiden er direkte brukertid, altså den tiden som hver mottaker har fått vedtak om tilgang på den aktuelle tjenesten. Tiden inkluderer ikke reisetid for den ansatte og inkluderer heller ikke personellressurser dersom det er mer enn én ansatt i samme tidsrom, f.eks. to til en bemanning for personer med utagerende atferd.

Blant personer med utviklingshemming har aldersgruppen 18-49 år flest tildelte timer per uke, og spesielt høyt er det for praktisk bistand opplæring i daglige gjøremål hvor de mottar 45 timer i uken. I alt har gruppen utviklingshemmede vedtak om 43,5 timer i uken til denne tjenestetypen. Gruppen mottar langt mer praktisk bistand enn alle tjenestemottakere samlet, hvor gjennomsnittet er på 9,5 timer per uke for praktisk bistand samlet (daglige gjøremål og opplæring).

Brukergruppen mottar også flere timer helse-tjeneste i hjemmet enn det som er vanlig. Helse-tjenester i hjemmet kan være hjemmesykepleie, fysioterapi eller annen type helsetjeneste som skjer i brukerens eget hjem. Tjenestemottakere generelt har vedtak om 4,6 timer i uken med helsetjenester i hjemmet, i gjennomsnitt. Personer med utviklingshemming mottar i snitt 11,7 timer i uken. De yngste mottar noe mer enn de eldre.

Hver tredje person med utviklingshemming mottar dagaktivitetstilbud (31 prosent). Dagaktivitetstilbudets innhold og formål i tilbudet vil variere, både ut fra hvilket funksjonsnivå de som skal motta tilbudet har og lokale forhold. Lavterskeltilbud og åpne kommunale tilbud der personer gjøres oppmerksom på tilbudet og kan komme og gå uten avtaler, rapporteres i dag ikke til registeret.

Nær halvparten av utviklingshemmede har støttekontakt (47 prosent) og de får i gjennomsnitt 3,7 timer per uke. Formålet med støttekontaktordningen er å hjelpe den enkelte til en meningsfull fritid og samvær med andre.

Tabell 7.1 Andel personer med registrert psykisk utviklingshemming som mottar ulike typer helse- og omsorgstjenester i hjemmet. Data fra 2015.

Hjemmebaserte tjenester	
Helsetjenester i hjemmet	47 %
Støttekontakt	47 %
Praktisk bistand - daglige gjøremål	44 %
Praktisk bistand - opplæring - daglige gjøremål	44 %
Dagaktivitetstilbud	31 %
Avlastning - utenfor institusjon	14 %
Matombringing	10 %
Trygghetsalarm	4 %
Praktisk bistand - brukerstyrt - personlig assistanse	2 %
Institusjonstjenester	
Avlastning i institusjon	9 %
Langtidsopphold i institusjon	3 %
Tidsbegrenset opphold - utredning/behandling	1 %
Tidsbegrenset opphold - habilitering/rehabilitering	0 %
Tidsbegrenset opphold - annet	1 %

Data fra IPLOS-registeret

Tabell 7.2 Gjennomsnittlig antall timer til personer med registrert psykisk utviklingshemming, etter utvalgte tjenester og alder. 2015³⁵.

	Under 18 år	18-49 år	50-67 år	67-79 år	80 år og eldre	Totalt
Praktisk bistand - daglige gjøremål	30,4	16,3	14,17	10,5	8,1	14,9
Praktisk bistand - opplæring - daglige gjøremål	30,7	44,6	43,6	37,5	36,3	43,5
Dagaktivitetstilbud	15,3	23,3	19,65	15,5	13,9	21,7
Støttekontakt	3,7	3,8	3,62	3,8	2,8	3,7
Helsetjenester i hjemmet	14,7	12,6	10,71	9,9	10,2	11,7

Data fra IPLOS-registeret

Ressursbruk

Med tanke på lengre levealder og flere eldre kan helse- og omsorgstjenester i framtiden i større grad bli et knapphetsgode enn det er i dag. De kommunale hjemme- og institusjonsbaserte tjenestene er universelle tjenester som gis uavhengig av diagnose eller alder, men basert på behov. Kommunene står daglig i prioriteringsvalg i tildelingen av tjenester. Å følge med på denne utviklingen vil være av kommunal og nasjonal interesse i årene som kommer.

Nettverket for de ti største kommunene i Norge (ASSS) har beregnet kommunenes egne driftsutgifter til personer med utviklingshemming. Medregnet er blant annet utgifter til bolig, aktivitetstilbud, avlastning, omsorgslønn og kjøp av tjenester fra private/ideelle bedrifter, fratrukket refusjon fra Helsedirektoratet for ressurskrevende brukere. Gjennomsnittet for ASSS-kommunene i 2015 var på 842 000 kroner pr. bruker, med en variasjon fra 612 000 kroner til 1,1 millioner kroner. Variasjonen mellom kommunene kan være et uttrykk for ulik

³⁵ Gjennomsnittlig antall timer er beregnet fra tjenestemottakere med registrerte timer. Tilfeller av tjenester med null eller manglende tall er holdt utenfor. Timetall over 168 timer er satt lik 168 i beregningen.

organisering av tilbudet, og at omfanget av tjenester varierer mellom kommunene³⁶.

Ved å anta at gjennomsnittet for ASSS-kommunene er lik gjennomsnittlige driftsutgifter for alle landets kommuner kan de samlede kommunale utgifter til personer med utviklingshemming estimeres. Beregnede utgifter for de drøyt 18 500 personene over 16 år med utviklingshemming beløper seg på 15,4 milliarder kroner, eksklusive refusjon for ressurskrevende brukere. I tillegg kommer Helsedirektoratets utbetaling av refusjoner til kommunene for ressurskrevende brukere med psykisk utviklingshemming som i 2015 var på 4,448 milliarder kroner³⁷. Til sammen utgjør de beregnede driftsutgiftene for kommunene til personer med utviklingshemming 19,9 milliarder kroner³⁸.

I 2015 var kommunenes samlede driftsutgifter til kommunale pleie- og omsorgstjenester på 101,8 milliarder kroner. Dermed kan utgiftene til tjenester for psykisk utviklingshemmede over 16 år anslås å utgjøre rundt nærmere 20 prosent av de samlede driftsutgiftene, mens de som tidligere beskrevet utgjør 5,4 prosent av tjenestemottakerne.

Individuell plan

Individuell plan skal tilbys alle med behov for langvarige og koordinerte tjenester etter helselovgivningen³⁹. Personer med psykisk utviklingshemming er en av flere brukergrupper som har særskilte behov for bistand til å samordne helsetilbudet som skal gis, både fra de kommunale helse- og omsorgstjenestene og fra spesialisthelsetjenesten.

36 KS (2016): ASSS-nettverket 2016. Rapporteringsåret 2015. <http://www.ks.no/globalassets/vedlegg-til-hvert-fagomrader/utvikling/effektiviseringsnettverkene/asss-2016/asss-rapporter-2016/asss-hovedrapport-2016.pdf>

37 Utbetalinger til ressurskrevende brukere var i alt på 8,6 milliarder kroner for 2015. Herav var 4,448 milliarder kroner tilskudd for brukere med psykisk utviklingshemming og 949 millioner kroner gjaldt vertskommunetilskudd. I denne beregningen antas at vertskommunetilskuddet inngår i beregningsgrunnlaget fra ASSS-nettverket. Hvorvidt de resterende utbetalingene til ressurskrevende brukere inkluderer personer med psykisk utviklingshemming har vi ingen holdepunkter om og er derfor ikke inkludert i beregningene.

38 Det er flere usikkerheter knyttet til estimatet. Det forutsettes at gjennomsnittsutgiften er lik for alle kommuner og det medregnes ikke personer med utviklingshemming som er under 16 år.

39 Helsedirektoratet (2015): Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator, <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator/seksjon?Tittel=om-individuell-plan-og-8179>

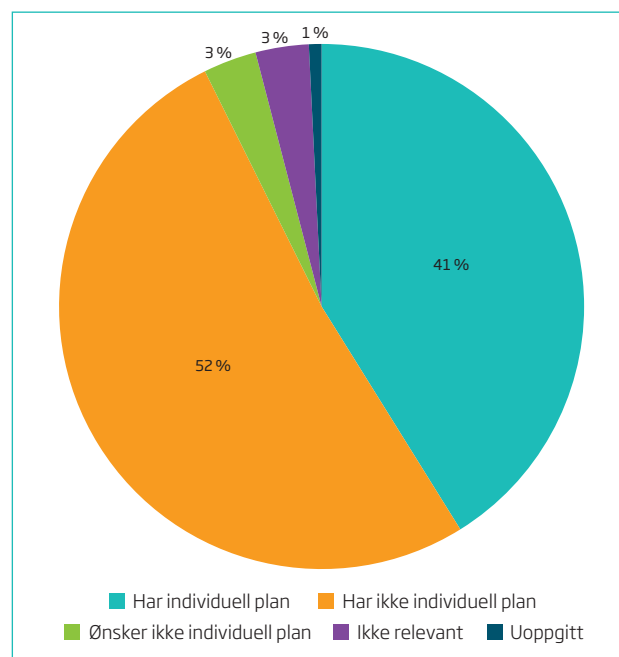
Registrering av opplysninger for koordinator og individuell plan for IPLOS-registeret skal følge gjeldende veiledning⁴⁰:

Registreringen viser om søker/tjenestemottaker har fått utarbeidet individuell plan. Dette er en rettighet tjenestemottakere med behov for langvarige og koordinerte tjenester har, for å sikre et koordinert tjenestetilbud. For pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester etter loven her, skal kommunene tilby koordinator. Koordinatoren skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient eller bruker, samt sikre samordning av tjenestetilbudet og fremdrift i arbeidet med individuell plan.

En virksom plan forstås som at:

- tjenestemottaker har fått oppnevnt koordinator
- planarbeidet er igangsatt
- planen er i bruk som et aktivt verktøy for å koordinere tjenesteytingen til bruker
- den er under kontinuerlig evaluering

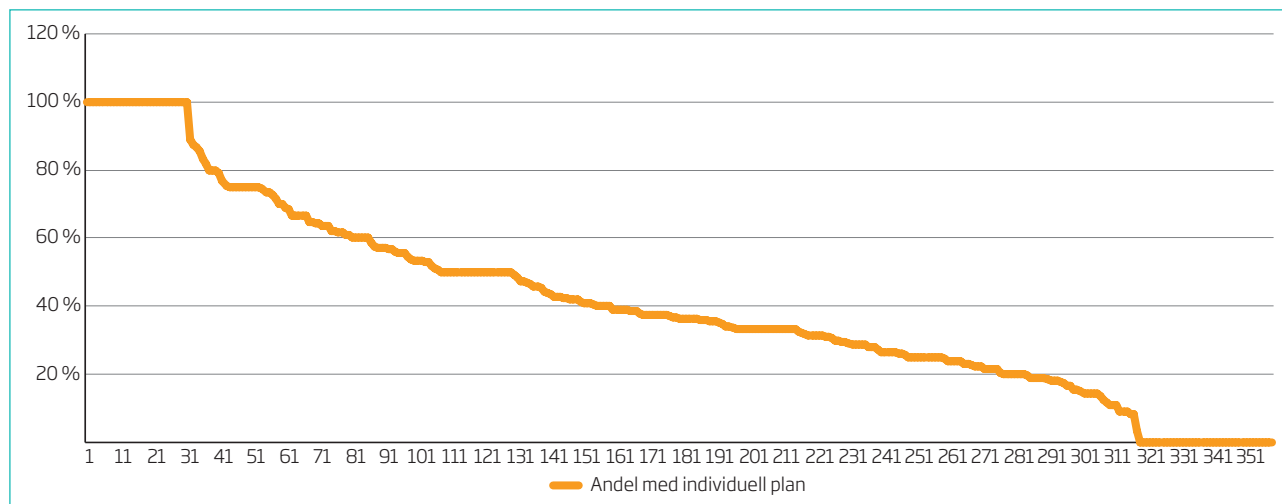
Figur 7.5 Andel personer med registrert psykisk utviklingshemming med individuell plan. 2015



Data fra IPLOS-registeret

40 Helsedirektoratet (2015): IPLOS veileder for personell i kommunale helse- og omsorgstjenester (Rapport IS-1112).

Figur 7.6 Andel personer med registrert psykisk utviklingshemming som har individuell plan, etter kommune. Data fra 359 kommuner, 2015.



Data fra IPLOS-registeret

I alt har 41 prosent av alle med registrert psykisk utviklingshemming en virksom individuell plan. Andelen er vesentlig høyere enn for mottakere av omsorgstjenester generelt hvor 9 prosent hadde individuell plan.

Hvorvidt kommunene tilbyr og følger opp arbeidet med individuell plan til personer med psykisk utviklingshemming kan variere. Andelen utviklingshemmede med IP i kommunene varierer veldig. Basert på de 359 kommunene som har rapportert tjenestemottakere med diagnosen psykisk utviklingshemming til IPLOS-registeret er det 31 kommuner hvor alle utviklingshemmede er registrert med individuell plan. Alle disse er små kommuner. Blant de største kommunene har Trondheim høyest andel utviklingshemmede med individuell plan på 53 prosent, Oslo har 46 prosent og Bergen har 36 prosent.

Bruk av tvang

Bruk av tvang og makt ovenfor personer med psykisk utviklingshemming er regulert spesifikt i helse- og omsorgstjenestelovens kapittel 9 om rettssikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemming. Formålet er å unngå eller redusere bruk av tvang.

Måling av omfang av bruken av tvang er forbundet med stor grad av usikkerhet. Basert på tall fra Helsetilsynet har NAKU beregnet andelen av utviklingshemmede som utsettes for tvang. De finner at i gjennomsnitt

hadde 7 prosent av personer med psykisk utviklingshemming vært utsatt for planlagt bruk av tvang i 2014. Samtidig påpekes det at de fylkesvise variasjonene er store, fra 1,8 til 11,6 prosent⁴¹.

Planlagt bruk av tvang reguleres i helse- og omsorgstjenestelovens § 9-5, tredje ledd bokstav b og c), mens nødtiltak reguleres i bokstav a). For 2015 finner Helsetilsynet bruk av tvang i nødsituasjoner for i overkant av 1147 personer, mens 1255 personer har planlagte vedtak om tvang godkjent av fylkesmannen⁴².

Til IPLOS-registeret rapporteres opplysninger om skadeavvergende tiltak i nødsituasjoner og vedtak om bruk av tvang og makt. Registrering av opplysninger for IPLOS-registeret skal følge gjeldende veiledning⁴³:

Tallene i IPLOS-registeret viser at det i 2015 var 1211 personer som var rapportert i tilknytning til skadeavvergende tiltak i nødsituasjoner, mens 451 personer var registret med vedtak om planlagte tiltak. Henholdsvis 41 og 59 prosent av personene var under 50 år. Det er imidlertid mange kommuner som ikke rapporterer opplysninger om tvang til

41 NAKU: <http://naku.no/kunnskapsbanken/tvang-og-makt-forskning>

42 Helsetilsynet (2015): Tilsynsmelding 2015; <https://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/tilsynsmelding/tilsynsmelding2015.pdf>

43 Helsedirektoratet (2015): *IPLOS veileder for personell i kommunale helse- og omsorgstjenester (Rapport IS-1112)*.

Registrert hendelse:	Veiledningstekst	
Skadeavvergende tiltak i nødsituasjoner	1. Skadeavvergende tiltak i nødsituasjoner med inngripen i en konkret oppstått situasjon (helse- og omsorgstjenesteloven kap.9, § 9-5, tredje ledd bokstav a)	Vedtak/avgjørelse fattet etter helse- og omsorgstjenesteloven kap. 9: Rettsikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemning. Formålet er å hindre at personer med utviklingshemning utsetter seg selv eller andre for vesentlig skade og å forebygge og begrense bruk av tvang og makt.
Planlagte tiltak	2. Vedtak om bruk av tvang og makt jf. helse- og omsorgstjenesteloven kap. 9, § 9-5, tredje ledd bokstav b og c der b er planlagte skadeavvergende tiltak i gjentatte nødsituasjoner og c er tiltak for å dekke brukerens eller pasientens grunnleggende behov for mat og drikke, påkledning, hvile, søvn, hygiene og personlig trygghet, herunder opplærings- og treningstiltak.	Kommunen plikter å ha ressursforholdene under stadig observasjon, og så vidt mulig treffe tiltak som kan forebygge nødsituasjoner.

Tabell 7.4 Personer med psykisk utviklingshemming med vedtak om bruk av tvang. 2013-2015.

	Skadeavvergende tiltak i nødssituasjoner	Planlagte tiltak
2013	1 266	375
2014	1 138	437
2015	1 211	451
	Prosent	Prosent
I alt	100	100
0-49 år	41	58,8
50-66 år	15,8	21,7
67-79 år	14	8,9
80 år og eldre	29,1	10,6

Data fra IPLOS-registeret

IPLOS-registeret. Dette gjelder særlig små kommuner. Helsedirektoratet arbeider med tiltak for å forbedre rapporteringen av opplysninger om tvang fra kommunene til registeret.

Det er relativt sett færre i de høyere aldersgruppene blant personer med utviklingshemming enn det er i befolkningen for øvrig, noe som henger sammen med kortere gjennomsnittlig levetid. Mens det av 1 prosent av de utviklingshemmede som var over 80 år var det i befolkningen for øvrig 4 prosent.

7.5 ALDER OG ALDRING BLANT UTVIKLINGSHEMMEDE

Alder og kjønn

I IPLOS-registeret var det i 2015 registrert i alt 13 227 personer med psykisk utviklingshemming. Med 55 prosent utgjør menn en liten overvekt av disse. Overvekten av menn gjelder alle aldersgrupper helt til 80 år - da er kvinner i flertall og dette skyldes trolig at kvinner generelt lever lengre enn menn. Dette ser også ut til å gjelde personer med utviklingshemming.

Kommunene har flest registrerte med utviklingshemming i aldersgruppen 18-49 år, i forhold til antall innbyggere, og antallet med psykisk utviklingshemming relativt til innbyggertallet synker med økende alder. Dette henger sammen med at personer med utviklingshemming har kortere forventet levetid enn befolkningen for øvrig, men samtidig lever de lengre enn før⁴⁴.

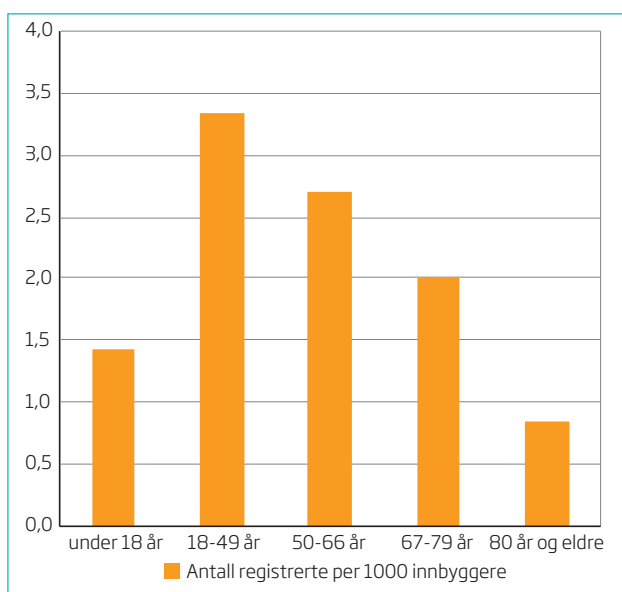
44 Thorsen, Kirsten (2003): Å falle mellom alle stoler. Om aldring blant funksjonshemmede mennesker; Nordisk sosialt arbeid, 01/2003 (Volum 23) https://www.idunn.no/nsa/2003/01/a_falle_mellom_alle_stoler_-_om_aldring_blant_funksjonshemmede_mennesker

Tabell 7.5 Personer med registrert psykisk utviklingshemming, etter alder og kjønn. 2015.

Alder	Antall registrerte personer	Kvinner, andel	Menn, andel	Alder, andel	Alder i befolkningen for øvrig, andel
Under 18 år	1 602	38 %	62 %	12 %	22 %
18-49 år	7 582	44 %	56 %	57 %	44 %
50-66 år	2 851	47 %	53 %	22 %	20 %
67-79 år	1 006	47 %	53 %	8 %	10 %
80 år og eldre	186	56 %	44 %	1 %	4 %
I alt	13 227	45 %	55 %	100 %	100 %

Data fra IPLoS-registeret og befolkningsdata fra SSB (statistikkbanktabell 07459)

Det er få registrerte personer med psykisk utviklingshemming under 18 år. Dette henger blant annet sammen med at barn og ungdom får hjelp fra andre offentlige instanser enn de kommunale omsorgstjenestene. Barn og unge bor som regel hjemme med foreldre og vil ha behov for bistand og tilrettelegging fra skole, PPT og andre tjenester. Det er også en mulighet for at diagnoseopplysninger for barn og unge ikke rapporteres inn til registeret i like stor grad som for voksne med utviklingshemming.

Figur 7.7 Personer med registrert psykisk utviklingshemming per 1000 innbyggere, etter alder. 2015.

Data fra IPLoS-registeret

Alder ved død

Mennesker med utviklingshemming lever lengre enn før og noen oppnår høy alder. Dette har betydning også for kommunenes planlegging og tjenesteyting. Levekårene for gruppen har blitt forbedret. Dette gjelder både ernæring, tjenester og integrering. Studier fra USA viser at mennesker med utviklingshemming i gjennomsnitt dør ved 66 års alder, og at levealder henger sammen med graden av utviklingshemming. I Norge har gjennomsnittlig alder ved død for personer med utviklingshemming blitt målt i Ørskog kommune i perioden 1991-2000 og var da på 71,9 år. Ørskog kommune har vært vertskommune for utviklingshemmede etter HVPU-reformen, og i vertskommuner bor det relativt mange eldre mennesker med utviklingshemming⁴⁵.

I IPLoS-registeret var det registrert 182 personer med psykisk utviklingshemming som døde i 2015. Gjennomsnittlig alder på de døde var 61,5 år med et spenn på både yngre og eldre. 42 prosent av de døde hadde passert 67 år. Til sammenligning var gjennomsnittlig alder for død for befolkningen som helhet i Norge på 82,3 år i Norge i 2015, og nær dobbelt så stor andel hadde passert 67 år før de døde.

45 Bugge, Ellen Desirée og Kirsten Thorsen (2004): Utviklingshemming og aldring: <http://www.aldringoghelse.no/funksjonshemming/utviklingshemming-og-aldring>

Tabell 7.6 Personer med registrert psykisk utviklingshemming, etter alder ved død 2015.

Alder:	Antall døde personer med psykisk utviklingshemming	Andel døde personer med psykisk utviklingshemming	Alder ved død i befolkningen forøvrig, andel
0-49 år	34	19 %	5 %
50-66 år	72	40 %	12 %
67 år og eldre	76	42 %	83 %
I alt	182	100 %	100 %
Gjennomsnittlig alder ved død	61,5 år		82,3 år

Data fra IPLOS-registeret og befolkningsdata fra SSB (statistikkbanktabell 10325)

Tabell 7.7 Antall med psykisk utviklingshemming 16 år og eldre per 1000 innbyggere, etter kommunegruppe. 1.1.2015.

Kommunegruppe	Antall med psykisk utviklingshemming (N=)	Innbyggertall (N=)	Antall med psykisk utviklingshemming per 1000 innbyggere
Sum landet	18 564	5 165 802	3,59
Gr. 4 Små kommuner med høye bundne kostnader per innbygger, lave frie disponible inntekter	140	20 147	6,95
Gr. 6 Små kommuner med høye bundne kostnader per innbygger, høye frie disponible inntekter	478	75 389	6,34
Gr. 5 Små kommuner med høye bundne kostnader per innbygger, middels frie disponible inntekter	336	53 146	6,32
Gr. 2 Små kommuner med middels bundne kostnader per innbygger, middels frie disponible inntekter	998	196 376	5,08
Gr.12 Mellomstore kommuner med middels bundne kostnader per innbygger, høye frie disponible inntekter	828	169 282	4,89
Gr.11 Mellomstore kommuner med middels bundne kostnader per innbygger, middels frie disponible inntekter	2 018	425 915	4,74
Gr.10 Mellomstore kommuner med middels bundne kostnader per innbygger, lave frie disponible inntekter	898	193 013	4,65
Gr. 3 Små kommuner med middels bundne kostnader per innbygger, høye frie disponible inntekter	523	119 826	4,36
Gr.16 De ti kommunene med høyest frie disponible inntekter per innbygger	72	17 556	4,10
Gr. 1 Små kommuner med middels bundne kostnader per innbygger, lave frie disponible inntekter	282	71 443	3,95
Gr.8 Mellomstore kommuner med lave bundne kostnader per innbygger, middels frie disponible inntekter	1 121	296 176	3,78
Gr. 7 Mellomstore kommuner med lave bundne kostnader per innbygger, lave frie disponible inntekter	1 305	386 842	3,37
Gr.13 Store kommuner utenom de fire største byene	6 241	1 900 841	3,28
Gr.14 Bergen, Trondheim og Stavanger	1 811	592 174	3,06
Gr.15 Oslo kommune	1 513	647 676	2,34

Data fra Grønt hefte, Kommunal- og moderniseringsdepartementet

8. Bruk av habilitering, rehabilitering og avtalefysioterapeuter

I 2015 var det 15 707 mottakere av habilitering og rehabilitering i institusjon i kommunene. Dette er en vekst på 3,7 prosent fra året før. Prosentmessig har veksten vært størst for mottakere i aldersgruppen 0-66 år med en økning på 9,5 prosent. For habilitering og rehabilitering utenfor institusjon har veksten vært enda større; i 2015 var det 34 767 mottakere av denne typen behandling, noe som tilsvarer en vekst på 19,3 prosent fra 2014. Veksten har vært størst for mottakere 67 år og eldre.

Både for habilitering og rehabilitering i og utenfor institusjon er det store variasjoner mellom kommuner og kommunegrupper i antall mottakere. Noe av denne variasjonen skyldes dårlig rapporteringskvalitet, men det er nok også store reelle forskjeller mellom tilbudet ute i kommunene. For habilitering og rehabilitering i institusjon varierer nivået fra 0,2 til 29,5 mottakere per 1 000 innbyggere. Trenden er at nivået er høyest i kommuner med få innbyggere, men forskjellene blir noe mindre når vi korrigerer for at befolkningen i kommunene har ulikt behov for helsetjenester. For habilitering og rehabilitering utenfor institusjon er variasjonen enda større. Av kommunene vi har data for varierer det fra 0,3 til 74,9 mottakere per 1 000 innbyggere i 2015. Også for denne typen habilitering og rehabilitering er det de minste kommunene som har flest mottakere, men også storbyene med flere enn 100 000 innbyggere har et høyt nivå. Det er også store geografiske forskjeller i denne typen habilitering og rehabilitering; kommunene i Midt-Norge har et høyt nivå, mens kommunene i Nord ligger tilsvarende lavt.

I 2015 var det 464 593 mottakere av behandling hos private avtalefysioterapeuter. Dette er en vekst på over 5 500 mottakere, eller 1,2 prosent fra året før. Det har vært en vekst i hele perioden 2011 til 2015, men veksten har vært sterkere for mottakere 67 år og eldre og noe svakere for mottakere i de yngre aldersgruppene. Det er kontakttypen øvelsesbehandling i grupper som har hatt den største veksten, mens individuell øvelsesbehandling (kort) og behandling i hjemmet har gått ned.

Også for bruk av private avtalefysioterapeuter er det stor variasjon mellom kommuner og kommunegrupper i antall mottakere. Nivået varierer fra 5,6 til 265 mottakere per 1 000 innbyggere. Det er flest mottakere i kommuner med få innbyggere, men det bildet blir snudd når vi korrigerer for ulikt behov for helsetjenester i befolkningen. I hvilken grad kommunene har valgt å gjøre avtaler med private fysioterapeuter versus å ansette egne ser også ut til å påvirke forskjellene mellom kommunene i noen grad.

8.1 HABILITERING OG REHABILITERING I OG UTENFOR INSTITUSJON

I primærhelsetjenesten tilbys habilitering og rehabilitering både i institusjon og utenfor institusjon. Statistikken sin mulighet til å fange opp de ulike tilbudene som ytes er imidlertid noe begrenset. Mye av årsaken til dette er at det er begrenset med data som beskriver tilbudet, samt at kvaliteten på dataene som finnes er dårlig. Tall for antall mottakere av habilitering og rehabilitering i og utenfor institusjon rapporteres til IPLOS-registeret, men det er avdekket svakheter i registreringene, særlig knyttet til at det er mange kommuner som ikke rapporterer mottakere av disse tjenestene i det hele tatt. Som en konsekvens av dette er det grunn til å tro at det er en underrapportering. For mottakere av habilitering og rehabilitering i institusjon mangler vi informasjon om 33 prosent av kommunene i 2015, mens vi mangler tilsvarende informasjon fra 53 prosent av kommunene innen habilitering og rehabilitering utenfor institusjon. Dette er likevel en liten bedring sammenliknet med tidligere år, særlig for habilitering og rehabilitering utenfor institusjon, der andel kommuner med manglende rapportering tidligere var opp mot 70 prosent. For nærmere beskrivelse av datakvalitet henviser vi til datagrunnlaget bak i kapitlet samt rapporten *Habilitering, rehabilitering og bruk av avtalefysioterapeuter i primærhelsetjenesten*⁴⁶.

I analysene av antall mottakere per innbygger i denne rapporten blir det korrigeret for at vi mangler data for mange kommuner ved at innbyggertallet for disse kommunene blir fjernet i rateberegningene.

Utvikling over tid

Tabell 8.1 viser at det i 2015 var drøyt 15 700 mottakere av habilitering og rehabilitering i institusjon i kommunene. Dette er en vekst på 565 mottakere, eller 3,7 prosent, fra året før. Antall mottakere av denne typen habilitering og rehabilitering har økt i hele perioden 2009 til 2015, med unntak av fra 2013 til 2014 da det var en liten nedgang. Prosentmessig har veksten siste år vært størst for aldersgruppen 0-66 år. Fra 2014 til 2015 var det en vekst på 9,5 prosent for denne aldersgruppen. Når vi ser hele perioden 2009 til 2015 under ett, viser imidlertid figur 8.1 at det er mottakere i aldersgruppen 67-79 år som har hatt den største veksten med 48 prosent.

For habilitering og rehabilitering utenfor institusjon var det i 2015 nesten 34 800 mottakere. Dette er en vekst på over 5 600 mottakere fra 2014, noe som tilsvarer 19,3 prosent. Noe av denne veksten kan sannsynligvis forklares av bedre rapporteringskvalitet fra kommunene. Dette vil vi forsøke å vise og kontrollere for når vi ser på vekst per 1 000 innbyggere senere i kapitlet. I hele perioden 2009 til 2015 er veksten kun 5,0 prosent. For habilitering og rehabilitering utenfor institusjon er det antall mottakere i aldersgruppen 67-79 år som har hatt den største veksten både siste år og perioden sett under ett. Figur 8.1 viser at fra 2009 til 2015 hadde denne mottakergruppen en vekst på 20,3 prosent, mens det siste år var en økning på nesten 24 prosent. Antall mottakere i aldersgruppen 0-66 år har gått ned med nesten fire prosent fra 2009 til 2015, selv om det har vært en vekst siste år.

Tabell 8.1 Antall mottakere av habilitering og rehabilitering i og utenfor institusjon i 2009-15 etter aldersgrupper.

		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Mottakere av rehabilitering i institusjon	0-66 år	2 668	2 871	2 999	3 068	3 112	3 127	3 423
	67-79 år	2 341	2 355	2 658	3 132	3 486	3 455	3 464
	80 år +	7 052	7 199	7 742	8 475	8 685	8 560	8 820
	Totalt	12 061	12 425	13 399	14 675	15 283	15 142	15 707
Mottakere av rehabilitering utenfor institusjon	0-66 år	14 224	12 448	12 344	11 786	11 488	11 806	13 725
	67-79 år	5 823	5 083	5 167	5 319	5 400	5 655	7 007
	80 år +	13 050	11 654	12 054	11 925	11 775	11 688	14 035
	Totalt	33 097	29 185	29 565	29 030	28 663	29 149	34 767

⁴⁶ Helsedirektoratet (2016): *Habilitering, rehabilitering og bruk av avtalefysioterapeuter i primærhelsetjenesten*; Rapport IS-2467.

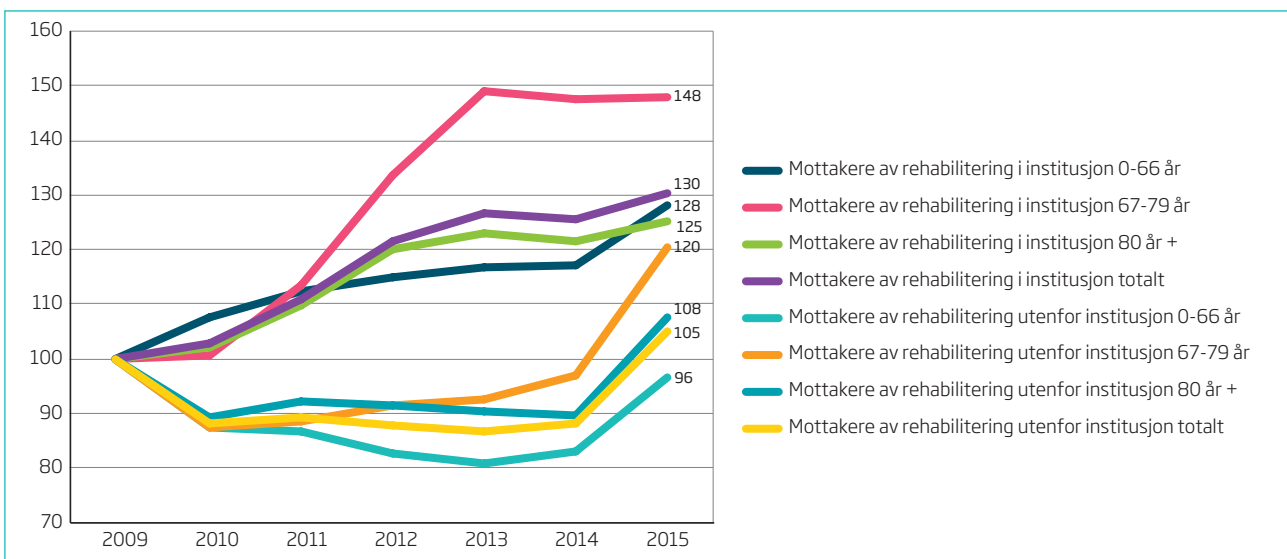
Figur 8.2 viser andel mottakere av habilitering og rehabilitering i og utenfor institusjon etter aldersgrupper. For habilitering og rehabilitering i institusjon viser figuren at det er aldersgruppen 80 år og over som er den største med en andel på 56 prosent av mottakerne i 2015. Dette er en nedgang fra 58 prosent i 2009. Andel mottakere i aldersgruppene 0-66 år og 67-79 år er begge 22 prosent i 2015. Andel mottakere under 67 år har holdt seg stabil siden 2009, mens andel mottakere 67-79 år og over har økt med tre prosentpoeng.

For habilitering og rehabilitering utenfor institusjon viser figur 8.2 at mottakernes alderssammensetning

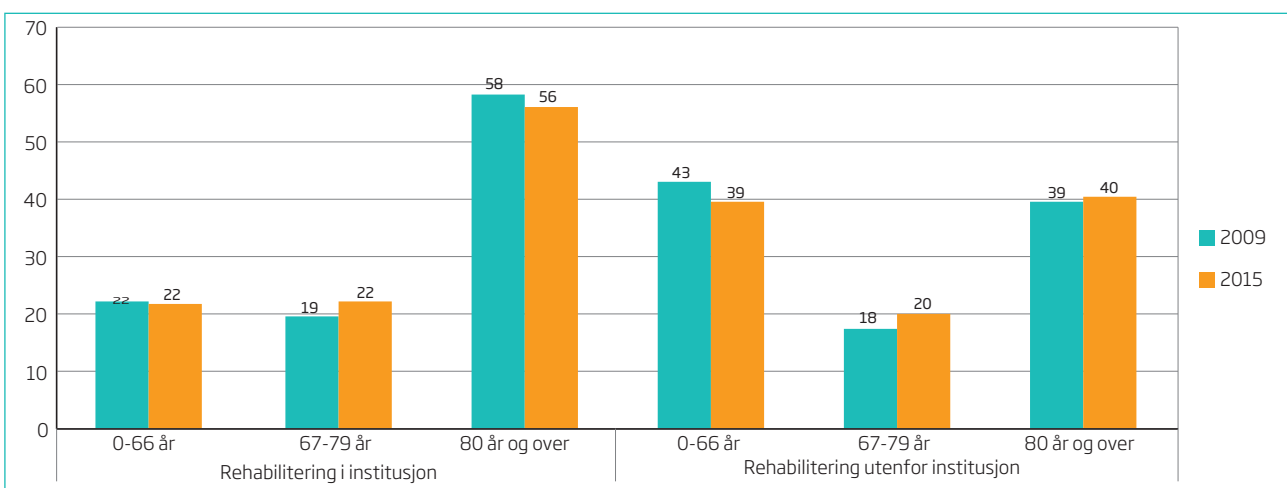
er noe yngre enn for habilitering og rehabilitering i institusjon. For denne typen behandling var det omtrent like stor andel av mottakere som var 0-66 år som de som var 80 år og eldre, begge med en andel på rundt 40 prosent. Andel mottakere i den yngste aldersgruppen har imidlertid gått noe ned fra 2009, mens andel i den eldste gruppen har gått svakt opp. Også for habilitering og rehabilitering utenfor institusjon er det andel mottakere 67-79 år som har økt mest i perioden, med en vekst fra 18 til 20 prosent.

Figur 8.3 viser utviklingen i antall mottakere av habilitering og rehabilitering i og utenfor institusjon

Figur 8.1 Prosent vekst (2009=100) i antall mottakere av habilitering og rehabilitering i og utenfor institusjon etter aldersgrupper i 2009-15.



Figur 8.2 Andel (prosent) mottakere av habilitering og rehabilitering i og utenfor institusjon etter aldersgrupper i 2009 og 2015.



korrigert for befolkningsvekst i perioden 2009 til 2015. Tidligere rapporter, blant annet Samhandlingsstatistikkrapportene⁴⁷ utgitt av Helsedirektoratet, har vist at datakvaliteten i IPLOS-registeret innen habilitering og rehabilitering har vært dårlig ved at vi mangler data for mange kommuner. Økt registrering fremkommer derfor som vekst i mottakere. Figur 8.3 viser derfor utviklingen i antall mottakere per innbygger både korrigert og ukorrigert for manglende data. Korrigerede tall innebærer at innbyggertallet blir fjernet i rateberegningene for kommuner der det mangler data. På denne måten vil en vekst i antall mottakere per innbygger være en faktisk vekst i kommunene som er med og ikke skyldes at det er flere kommuner som rapporterer.

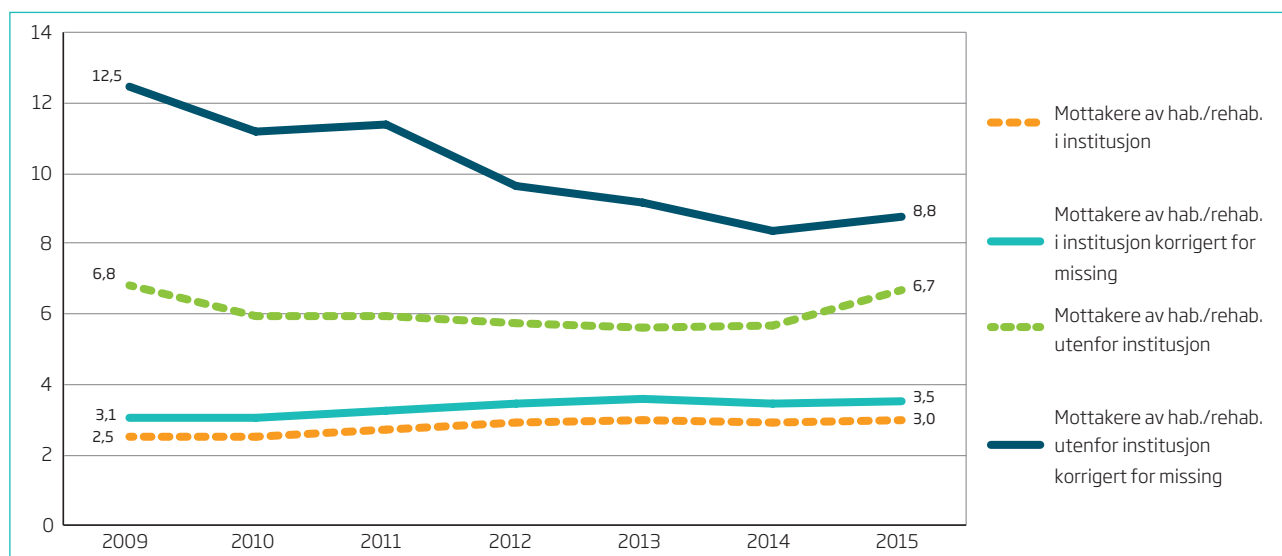
Antall mottakere per 1 000 innbyggere av habilitering og rehabilitering i institusjon har økt fra 2,5 i 2009 til 3,0 i 2015. Disse tallene er ikke korrigert for kommuner med missing i dataene. Veksten var størst de første årene i perioden, mens nivået fra 2012 til 2015 har vært relativt stabilt. Figur 8.3 viser at når vi fjerner befolkningsgrunnlaget for kommuner uten data, er nivået i antall mottakere noe høyere, men utviklingstrekkene er hovedsakelig de samme. I 2009 var det 3,1 mottakere av habilitering og rehabilitering i institusjon per 1 000 innbyggere korrigert for missing, mens det var økt til 3,5 i 2015.

For habilitering og rehabilitering utenfor institusjon ser utviklingen i antall mottakere per 1 000 innbyggere med og uten korreksjon for missing noe forskjellig ut. Raten for antall mottakere uten korreksjon gikk ned fra 6,8 i 2009 til 5,6 i 2014, for så å øke til 6,7 i 2015. Den markante veksten fra 2014 til 2015 skyldes til en viss grad at kommunene har blitt bedre på å registrere og at flere kommuner faktisk rapporterer data. Dette blir bekreftet når vi ser på veksten siste år korrigert for missing i dataene. Det er fortsatt en vekst i antall mottakere, fra 8,4 til 8,8 per 1 000 innbyggere, men den er ikke så stor som uten korreksjon. Videre viser figuren at nedgangen i antall mottakere av habilitering og rehabilitering utenfor institusjon i perioden 2009 til 2014 er mye større når vi kun ser på utviklingen i kommuner som har rapportert data. I 2009 var nivået 12,5 mottakere per 1 000 innbyggere, mens det var gått ned til 8,8 i 2014.

I de videre analysene av antall mottakere av habilitering og rehabilitering per 1 000 innbyggere er det tall korrigert for missing som blir benyttet.

Figur 8.4 viser utvikling i antall mottakere av habilitering og rehabilitering per 1 000 innbyggere i institusjon for ulike aldersgrupper i perioden 2009 til 2015. Av figuren ser vi at det er mottakere i aldersgruppen 80 år og over som har hatt den

Figur 8.3 Antall mottakere av habilitering og rehabilitering i og utenfor institusjon per 1 000 innbyggere i 2009-15.



⁴⁷ Helsedirektoratet (2016): Samhandlingsstatistikk 2014-15; Rapport IS-2427.

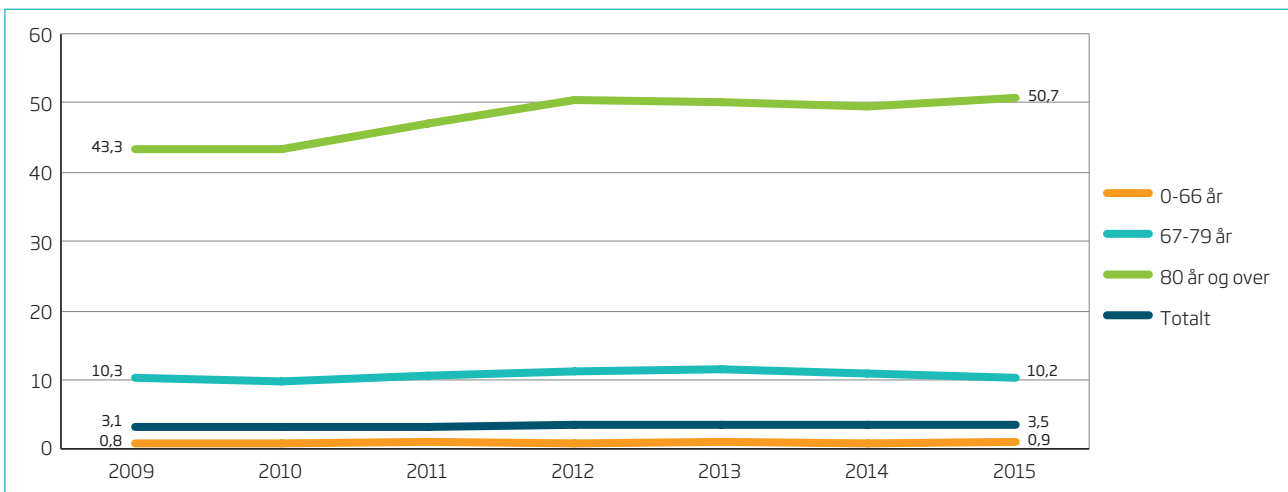
største veksten og det er også denne gruppen som er den desidert største brukeren av denne typen behandling. I 2009 var det 43,3 mottakere per 1 000 innbyggere i denne aldersgruppen, mens nivået var økt til 50,7 i 2015. Veksten i antall mottakere kom hovedsakelig i perioden 2010 til 2012. Antall mottakere i aldersgruppen 67-79 år hadde en svak økning fram mot 2013, deretter har det vært en liten reduksjon. Nivået i 2015 er nå omtrent det samme som i 2009. Antall mottakere i den yngste aldersgruppen 0-66 år har ligget stabilt mellom 0,8-0,9 mottakere per 1 000 innbyggere i hele perioden.

Figur 8.5 viser utvikling i antall mottakere av habilitering og rehabilitering per 1 000 innbyggere

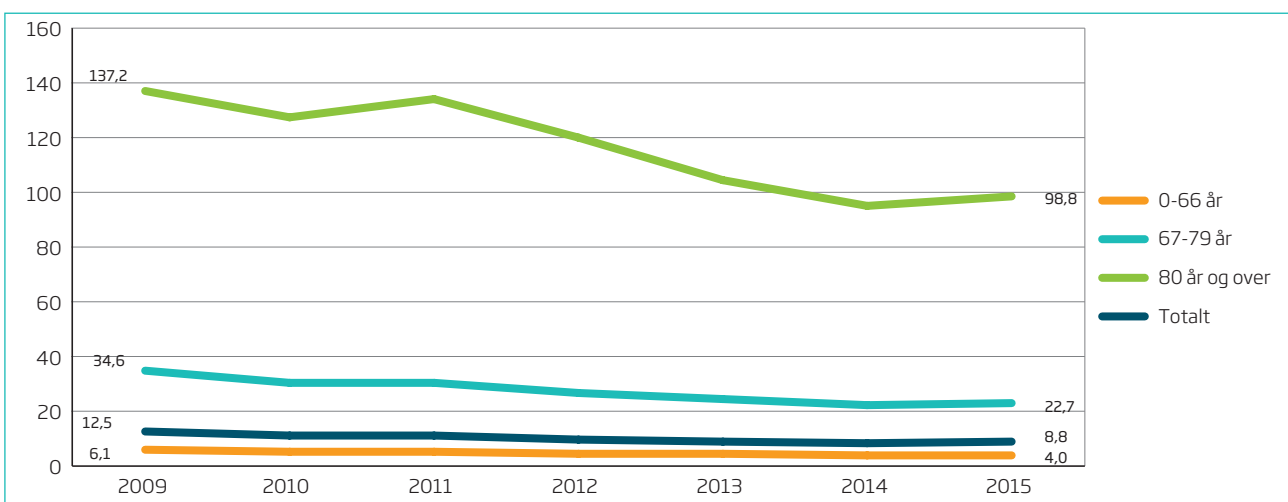
utenfor institusjon for ulike aldersgrupper i perioden 2009 til 2015. Figuren viser at også her er det den eldste aldersgruppen som er den største brukergruppen, men det har også vært en stor reduksjon i antall mottakere perioden 2009 til 2015 sett under ett. I 2009 var det 137,2 mottakere per 1 000 innbyggere 80 år og over, mens det var 98,8 i 2015. Dette er likevel en vekst fra 2014. Også de andre aldersgruppene har hatt en reduksjon i antall mottakere per 1 000 innbyggere i perioden, med en liten vekst siste år.

I kommunene registreres det om mottakere av helse- og omsorgstjenester har fått utarbeidet individuell plan. Formålet med individuell plan er å

Figur 8.4 Antall mottakere av habilitering og rehabilitering i institusjon per 1 000 innbyggere for ulike aldersgrupper i 2009-15.



Figur 8.5 Antall mottakere av habilitering og rehabilitering utenfor institusjon per 1 000 innbyggere for ulike aldersgrupper i 2009-15.



sikre et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud for pasienter og brukere med behov for langvarige koordinerte tjenester. Tjenester fra ulike fagområder og sektorer skal samordnes og det skal arbeides i samsvar med tjenestemottakerens mål. Retten til individuell plan ble innført etter helselovgivningen i 2001 og videreført i ny lovgivning fra 2012. Bestemmelsene er utdypet i forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator. Høsten 2015 publiserte Helsedirektoratet en oppdatert veileder til denne forskriften. Retten til individuell plan er også hjemlet i Lov om arbeids- og velferdsforvaltningen, Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen, samt i Barnevernloven.

Figur 8.6 viser andel mottakere av helse- og omsorgstjenester som har fått utarbeidet individuell plan i perioden 2009 til 2015. Totalt var det sju prosent av alle mottakere i 2015 som hadde individuell plan. Dette er en vekst fra 6,4 i 2009, men en nedgang fra 2014 da andelen var åtte prosent. Figuren viser også at det er den yngste aldersgruppen som har fått utarbeidet individuell plan i størst grad. I 2015 hadde 16,3 prosent av mottakerne av helse- og omsorgstjenester mellom 0-66 år individuell plan. Dette var en nedgang fra 18 prosent året før. I aldersgruppene 67-79 år og 80 år og over hadde om lag én prosent av mottakerne individuell plan i 2015. Tall fra SSBs IPLOS-rapport⁴⁸

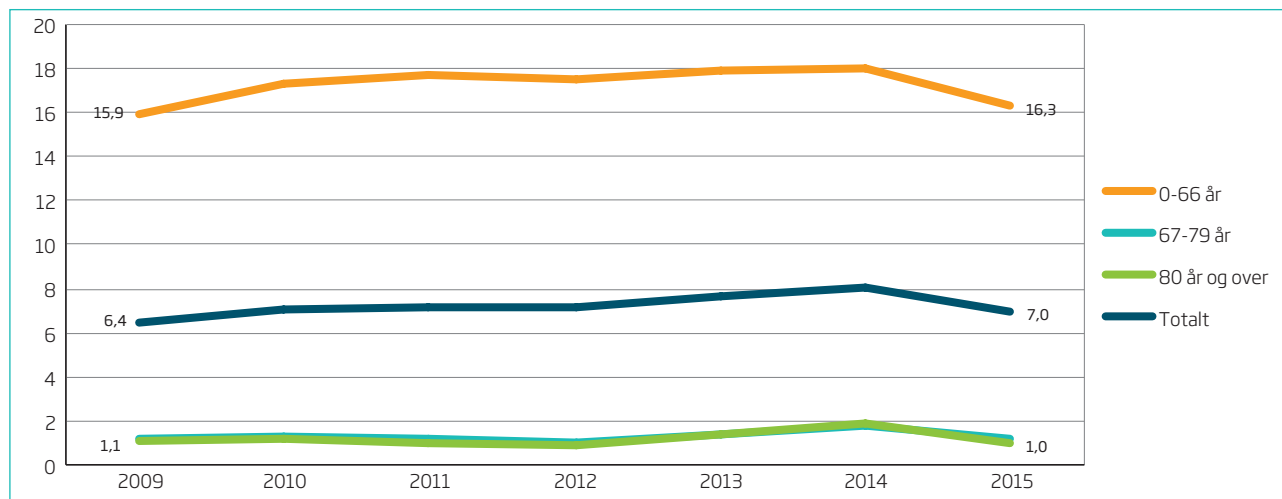
viser også at andelen med individuell plan er høyere blant mottakere med et høyt bistandsbehov enn de med lavere bistandsbehov. Tallene for andel mottakere med individuell plan i IPLOS-rapporten vil imidlertid avvike noe fra tallene i denne rapporten, da det i IPLOS-rapporten beregnes andel mottakere av *helsetjenester i hjemmet og praktisk bistand* som har individuell plan, mens vi i denne rapporten beregner andel av *helse- og omsorgstjenester generelt*.

Variasjon mellom kommuner og regioner

Det har tradisjonelt vært store forskjeller mellom kommunene i nivået i antall mottakere av habilitering og rehabilitering. Noen kommuner har et veldig godt utbygd tilbud, mens andre kommuner nesten ikke har et tilbud i det hele tatt. Dårlig datakvalitet gjør det i tillegg vanskelig å si i hvor stor grad forskjellene er reelle og hva som skyldes manglende rapportering.

Figur 8.7 viser variasjonen mellom kommuner i antall mottakere av habilitering og rehabilitering i og utenfor institusjon i 2015. I tillegg til faktisk variasjon blir det også vist variasjon mellom kommuner når vi korrigerer for at befolkningen i kommunene har ulikt behov for helsetjenester. Når vi korrigerer for befolkningens behov for helse- og omsorgstjenester, er det indeks for pleie- og omsorgstjenester som blir brukt. I denne indeksen er det i stor

Figur 8.6 Andel (prosent) mottakere av helse- og omsorgstjenester med individuell plan etter aldersgrupper i 2009-15.



⁴⁸ SSB-rapport 2016/26: Kommunale helse- og omsorgstjenester 2015. Statistikk om tjenester og tjenestemottakere.

grad alderssammensetningen i befolkningen som er utslagsgivende (høy andel eldre vektet opp), samtidig som dødelighet, antall psykisk utviklingshemmede over 16 år, ikke-gifte over 67 år og vertskommunetilskudd har betydning. Begrunnelsen for å bruke denne indeksen, og ikke indeksen for kommunehelse som i større grad vektet opp en yngre befolkning som har større behov for helsestasjon og skolehelsetjeneste, er at en veldig stor andel av mottakerne av habilitering og rehabilitering er eldre innbyggere. Man vil derfor anta at en kommune med høy andel eldre innbyggere også vil ha større behov for å tilby habiliterings- og rehabiliteringstjenester til sine innbyggere.

For kommunene som har rapportert mottakere viser figur 8.7 at antall mottakere per 1 000 innbyggere av habilitering og rehabilitering i institusjon varierer fra 0,2 i Skedsmo kommune til 29,5 i Sel kommune. Når vi korrigerer for at befolkningen i kommunene har ulikt behov for helsetjenester, blir grafen noe flatere, samtidig som at forskjellen mellom minimums- og maksimumsverdi blir mindre. Korrigert for behov ser vi at antall mottakere av habilitering og rehabilitering i institusjon per 1 000 innbyggere nå varierer fra 0,3 i Skedsmo til 21,0 i Sel.

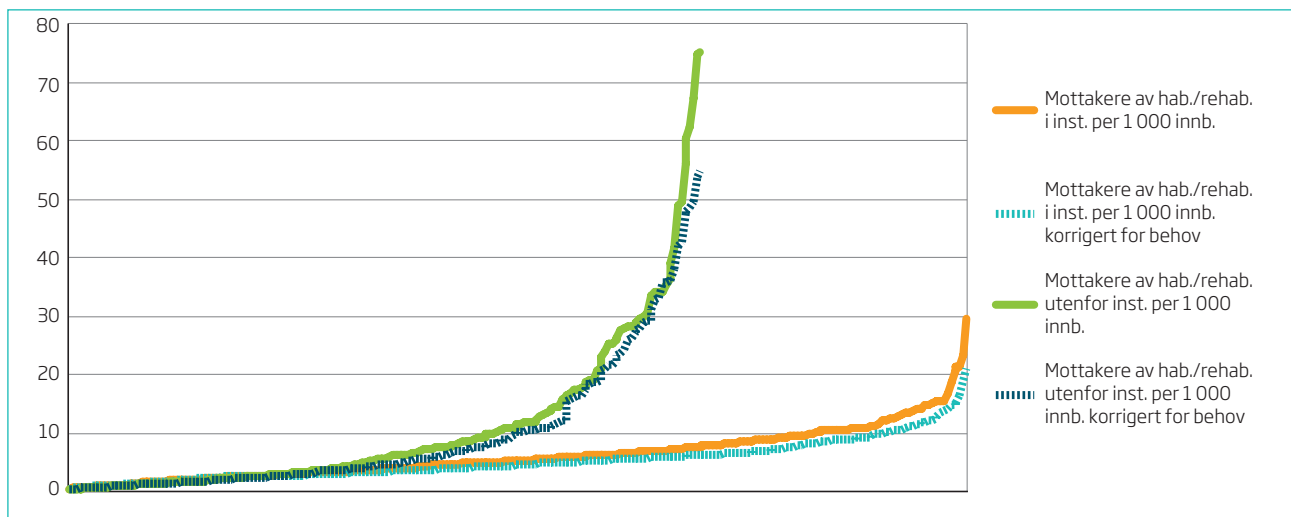
For habilitering og rehabilitering utenfor institusjon er variasjonen i antall mottakere mellom kommunene enda større. Av kommunene vi har data for varierer det fra 0,3 mottakere per 1 000 innbyggere

i Halden kommune til 74,9 i Rennebu kommune. Når vi korrigerer for behov, viser figuren at variasjonen fortsatt er stor, men at de høyeste verdiene blir noe lavere. Korrigert for behov ligger Halden fortsatt lavest med 0,2 mottakere per 1 000 innbyggere, mens nivået i Rennebu nå er redusert til 54,8 mottakere per 1 000 innbyggere.

Figur 8.8 viser variasjon i antall mottakere av habilitering og rehabilitering mellom regioner i 2015. For habilitering og rehabilitering i institusjon viser figuren at det er kommunene i Midt-Norge som i gjennomsnitt har høyest nivå med 3,9 mottakere per 1 000 innbyggere. Kommunene i Vest ligger like under med 3,7 mottakere per 1 000 innbyggere, mens kommunene i Sør-Øst ligger lavest med en tilsvarende rate på 2,7. Korrigert for befolkningens behov for helsetjenester, skjer det ikke store endringer. Figuren viser at nivået i antall mottakere i Vest går noe opp, slik at det nå er kommunene i Vest som så vidt ligger høyest, mens kommunene i Midt-Norge går svakt ned. Kommunene i Sør-Øst ligger fortsatt lavest.

For habilitering og rehabilitering utenfor institusjon viser figur 8.8 at det er større variasjon mellom regionene i antall mottakere per 1 000 innbyggere. Det er kommunene i Midt-Norge som har høyest nivå med et gjennomsnitt på 17,9 mottakere per 1 000 innbyggere i 2015. Kommunene i Nord ligger lavest med gjennomsnittlig 5,7 mottakere per 1 000

Figur 8.7 Variasjon mellom kommuner i antall mottakere av habilitering og rehabilitering i og utenfor institusjon per 1 000 innbyggere med og uten korreksjon for behov i 2015.



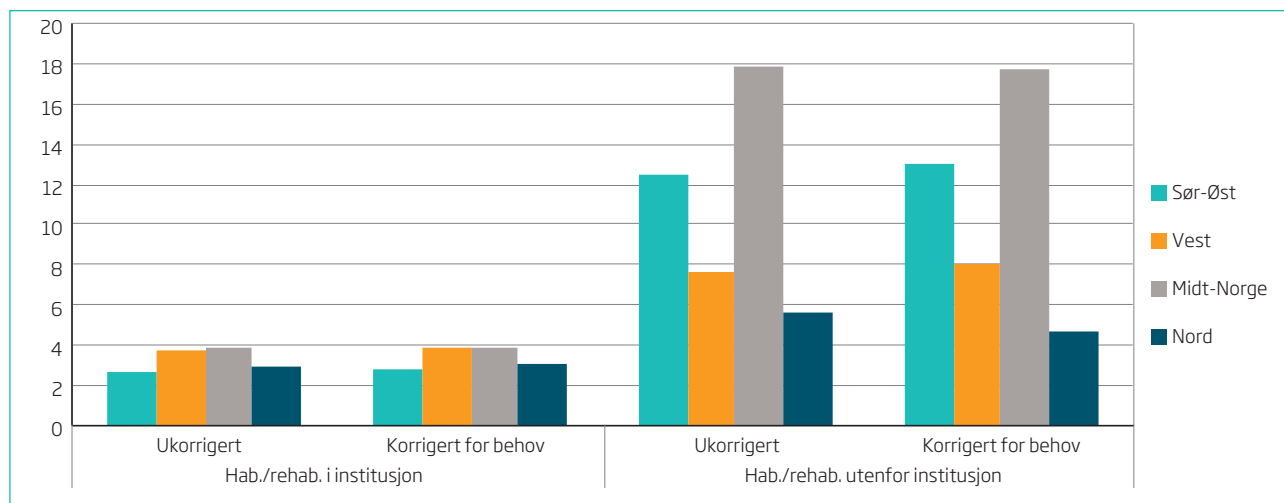
innbyggere. Når vi korrigerer for behov i befolkningen, ser vi at bildet i all hovedsak er det samme. Kommunene i Midt-Norge har fortsatt flest mottakere i forhold til innbyggertall, mens kommunene i Nord ligger lavest. Nivået i Sør-Øst og i Vest blir justert svakt opp når vi korrigerer for behov.

Figur 8.9 viser variasjon i antall mottakere av habilitering og rehabilitering etter kommune-størrelse i 2015. For habilitering og rehabilitering i institusjon er det en ganske tydelig tendens at nivået i antall mottakere er høyere i små kommuner enn i større kommuner. Gruppen med færre enn 2 000 innbyggere har i gjennomsnitt 8,8 mottakere

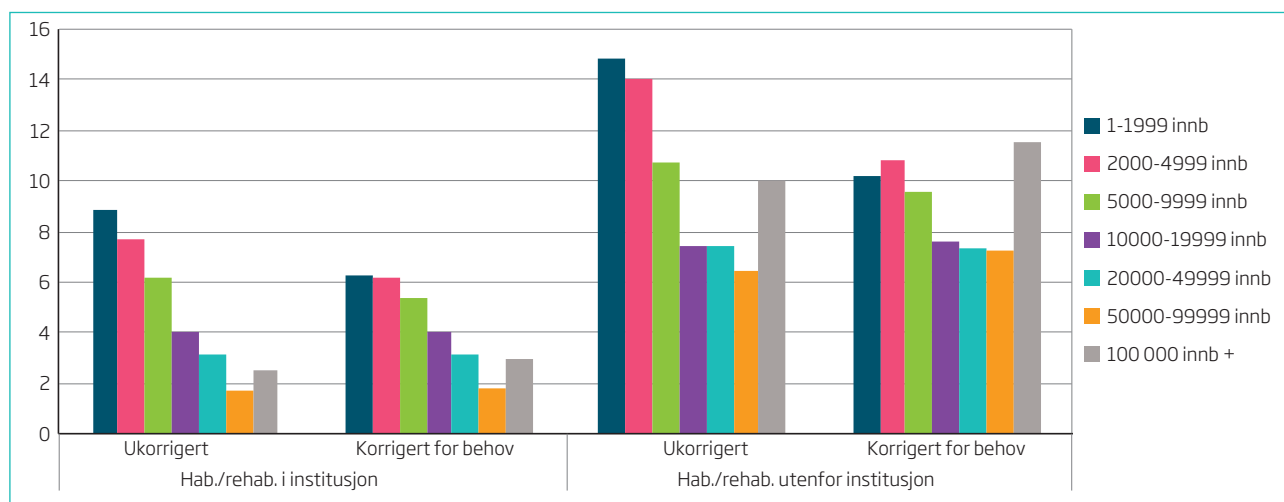
av habilitering og rehabilitering i institusjon per 1 000 innbyggere. Deretter går nivået gradvis nedover til kommunegruppen med mellom 50 000-99 999 innbyggere som har 1,7 mottakere per 1 000 innbyggere. Nivået i storbyene er noe høyere med et tilsvarende nivå på 2,5. Når vi korrigerer for ulikt behov for helsetjenester i befolkningen, er tendensen fortsatt at nivået er høyest i de minste kommunene, men forskjellene mellom kommunegruppene blir noe mindre som følge av at nivået i de små kommunene blir justert ned.

Også for habilitering og rehabilitering utenfor institusjon er det en tendens at det er høyest nivå

Figur 8.8 Variasjon mellom regioner i antall mottakere av habilitering og rehabilitering i og utenfor institusjon per 1 000 innbyggere med og uten korreksjon for behov i 2015.



Figur 8.9 Variasjon mellom kommune-grupper i antall mottakere av habilitering og rehabilitering i og utenfor institusjon per 1 000 innbyggere med og uten korreksjon for behov i 2015.



av mottakere i de minste kommunene. Kommunegruppen med færre enn 2 000 innbyggere ligger høyest med 14,8 mottakere per 1 000 innbyggere, mens kommuner med mellom 50 000-99 999 innbyggere ligger lavest med i gjennomsnitt 6,5 mottakere. Nivået i de aller største kommunene er igjen noe høyere. Når vi korrigerer for ulikt behov i befolkningen, blir forskjellene mellom kommunegruppene mindre. Nivået i kommunegruppene med færrest innbyggere blir justert ned, samtidig som nivået i kommunegruppene med flest innbyggere blir justert opp. Etter behovskorrigering er det faktisk storbyene med flere enn 100 000 innbyggere som har flest mottakere av denne typen habilitering og rehabilitering med 11,5 mottakere per 1 000 innbyggere.

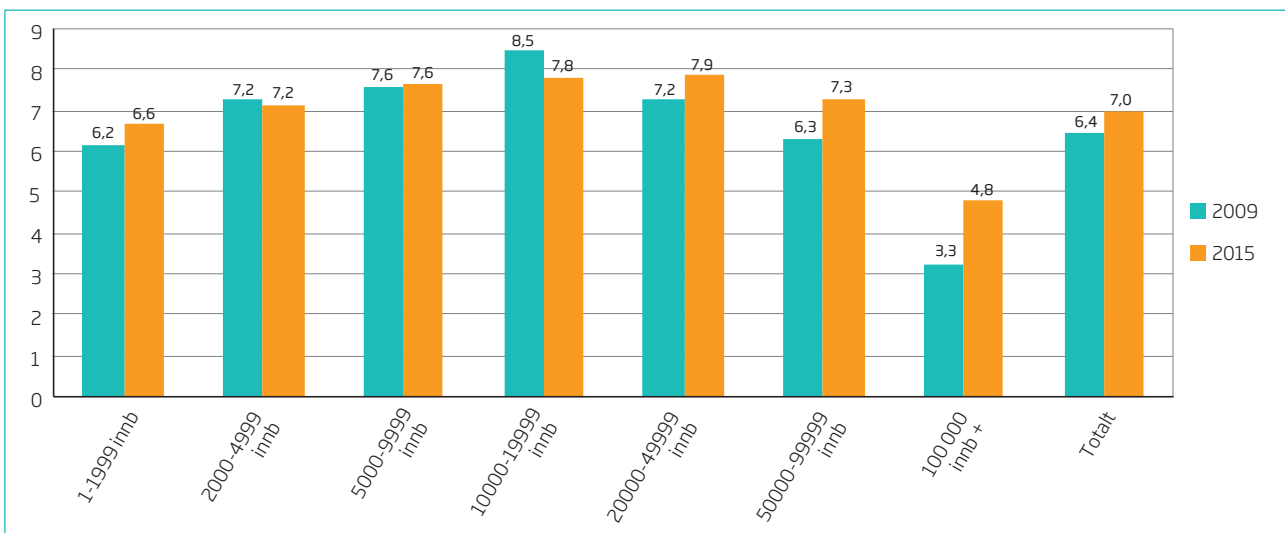
Figur 8.10 viser variasjon mellom kommunegrupper i andel mottakere av helse- og omsorgstjenester med individuell plan i 2009 og 2015. Figuren viser at nivået i andel mottakere med individuell plan er høyest i de mellomstore kommunegruppene, hvor i underkant av åtte prosent av mottakerne har fått utarbeidet individuell plan i 2015. Det er mottakere av helse- og omsorgstjenester i kommuner med flere enn 100 000 innbyggere som i minst grad har individuell plan med 4,8 prosent i 2015. Dette er imidlertid en vekst fra 3,3 prosent i 2009. Det er kun kommunegruppen med mellom 10 000 og 19 999 innbyggere som har hatt en nedgang i antall mottakere med individuell plan i perioden. De andre kommunegruppene har enten hatt et stabilt nivå eller vekst.

8.2 AVTALEFYSIOTERAPEUTER

Bruk av fysioterapi er et viktig virkemiddel i rehabiliteringsprosessen for svært mange pasienter. I primærhelsetjenesten foregår fysioterapi behandling både hos private avtalefysioterapeuter med driftsavtale og hos fysioterapeuter som er ansatt på fastlønn. Det er kommunene selv som avgjør om de vil inngå driftsavtaler med private eller gjøre egne ansettelser på fastlønn. I dette kapitlet er det aktivitet hos private fysioterapeuter med driftsavtale som rapporterer refusjonsdata til Helfo som blir analysert. Aktiviteten hos fysioterapeuter med fastlønn har vi dessverre mindre kunnskap om, og det er derfor viktig å gjøre oppmerksom på at tallene for fysioterapeuter i denne rapporten kun omfatter deler av den totale fysioterapiaktiviteten som skjer i kommunene.

Figur 8.11 viser fordelingen mellom antall årsverk for private fysioterapeuter med driftsavtale og fysioterapeuter med fastlønn i 2011 til 2015. I 2015 var det til sammen 4 690 fysioterapiårsverk i primærhelsetjenesten. 58 prosent av disse var private med driftsavtale. Dette er en nedgang fra 61 prosent i 2011. Det er aktiviteten hos disse fysioterapeutene som blir analysert i denne rapporten. Aktiviteten hos de resterende 42 prosentene er ikke analysert særskilt da det ikke finnes tilsvarende data for disse. Vi vil imidlertid se nærmere på om forskjeller i andel fysioterapiårsverk med driftsavtale og fastlønn kan være med på å forklare

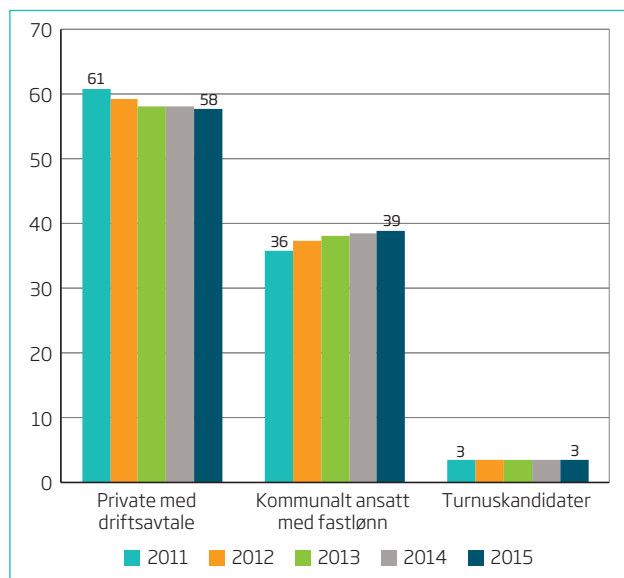
Figur 8.10 Andel (prosent) mottakere av helse- og omsorgstjenester med individuell plan etter kommunegrupper i 2009 og 2015.



forskjeller i bruk av avtalefysioterapeuter mellom kommunene.

Tabell 8.2 viser utvikling i antall hjemler for private avtalefysioterapeuter i perioden 2011 til 2015. I 2015 var det totalt 3 357 avtalehjemler for private fysioterapeuter i Norge. 1 720 av disse var hjemler på fulltid, 1 426 hadde en stillingsandel på 40-100 prosent, mens de resterende var på mellom 20-40 prosent. I femårsperioden har det totalt sett vært en nedgang på 81 hjemler. Nedgangen har imidlertid kommet i antall hjemler med en stillingsprosent på

Figur 8.11 Andel (prosent) fysioterapiårverk etter avtaleform i 2011-15.



mellom 20-40 prosent (-165), mens det samtidig har kommet 84 flere fulltidshjemler. Antall hjemler med en stillingsandel på mellom 40-100 prosent er det samme i 2015 som i 2011.

Utvikling i bruk av avtalefysioterapeuter

Tabell 8.3 viser at det i 2015 var nesten 464 600 mottakere av fysioterapi hos private avtalefysioterapeuter. Dette er en vekst på over 5 500 mottakere siden 2014, noe som tilsvarer 1,2 prosent. Veksten i antall mottakere har vært jevn i hele perioden 2011 til 2015. Tabellen viser imidlertid at de ulike aldersgruppene har hatt noe ulik utvikling i perioden. Tendensen er at det har vært en sterkere vekst i antall mottakere i aldersgruppene 67 år og eldre, mens veksten har vært svakere i de yngre aldersgruppene. Figur 8.12 viser at aldersgruppene 67-79 år og 90 år og eldre har hatt en vekst på rundt 30 prosent i hele perioden, mens de mellom 80-89 år har økt med om lag 12 prosent. De yngre aldersgruppene under 67 år har hatt en vekst på mellom to og fire prosent i femårsperioden. Den yngste aldersgruppen, mottakere mellom 0-17 år, hadde en vekst fram mot 2013, for deretter å gå ned igjen de to siste årene.

Figur 8.13 viser utviklingen i antall mottakere av avtalefysioterapi kontrollert for befolkningsutvikling i perioden 2011 til 2015. På nasjonalt nivå var det 89 mottakere per 1 000 innbyggere i 2015, en vekst fra 86 i 2011. Aldersgruppen med flest mottakere når vi

Tabell 8.2 Antall hjemler for private avtalefysioterapeuter etter stillingsandel i 2011-15.

Stillingsandel	2011	2012	2013	2014	2015
Avtalehjemler fulltid	1 636	1 624	1 685	1 712	1 720
Avtalehjemler 40-100 prosent	1 426	1 415	1 435	1 421	1 426
Avtalehjemler 20-40 prosent	376	333	290	227	211
Totalt	3 438	3 372	3 410	3 360	3 357

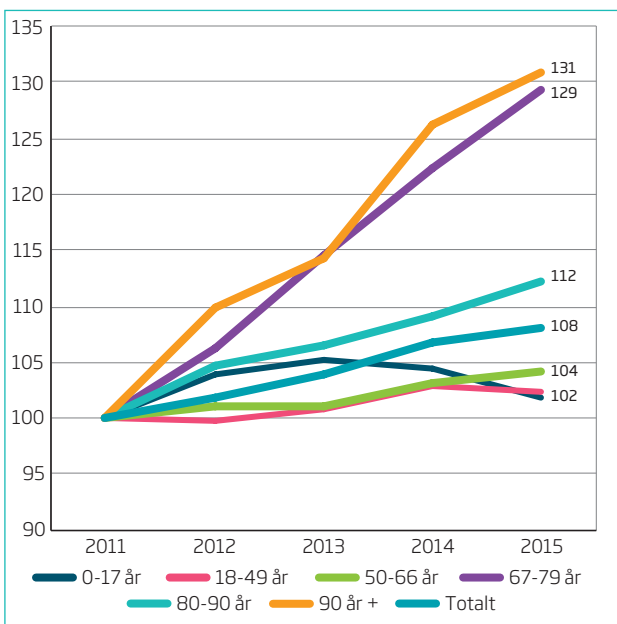
Tabell 8.3 Antall mottakere hos private avtalefysioterapeuter i 2011-15.

Aldersgruppe	2011	2012	2013	2014	2015
0-17 år	34 050	35 380	35 866	35 576	34 673
18-49 år	166 773	166 333	168 012	171 576	170 791
50-66 år	131 160	132 648	132 725	135 121	136 568
67-79 år	71 121	75 513	81 402	87 018	91 938
80-89 år	24 425	25 584	26 034	26 662	27 435
90 år +	2 438	2 680	2 785	3 075	3 188
Totalt	429 967	438 138	446 824	459 028	464 593

tar hensyn til befolkningsgrunnlag er de mellom 67-79 år. I 2015 var det 175 mottakere per 1 000 innbyggere i denne aldersgruppen, en vekst fra 164 i 2011. Aldersgruppen 80-89 år har også hatt en stor vekst i perioden; i 2011 var det 134 mottakere per 1 000 innbyggere, mens tilsvarende tall i 2015 var 156. Også antall mottakere i den aller eldste aldersgruppen har hatt en vekst når vi kontrollerer for befolkningsutvikling. Antall mottakere i aldersgruppene under 67 år har holdt seg stabilt i hele perioden.

Figur 8.14 viser utviklingen i kontakttypen hos private avtalefysioterapeuter i perioden 2011 til 2015. Kontakttypen med størst vekst er øvelsesbehandling i grupper, som har økt med 40 prosent i femårsperioden. Antall samarbeidsmøter har økt med 18 prosent i samme periode. Kontakttypene individuell øvelsesbehandling (lengre) og psykomotorisk fysioterapi har begge hatt en vekst på 14 prosent, mens manuellterapi har økt med 12 prosent. Antall utredninger har kun hatt en svak vekst. For kontakttypene individuell øvelses-

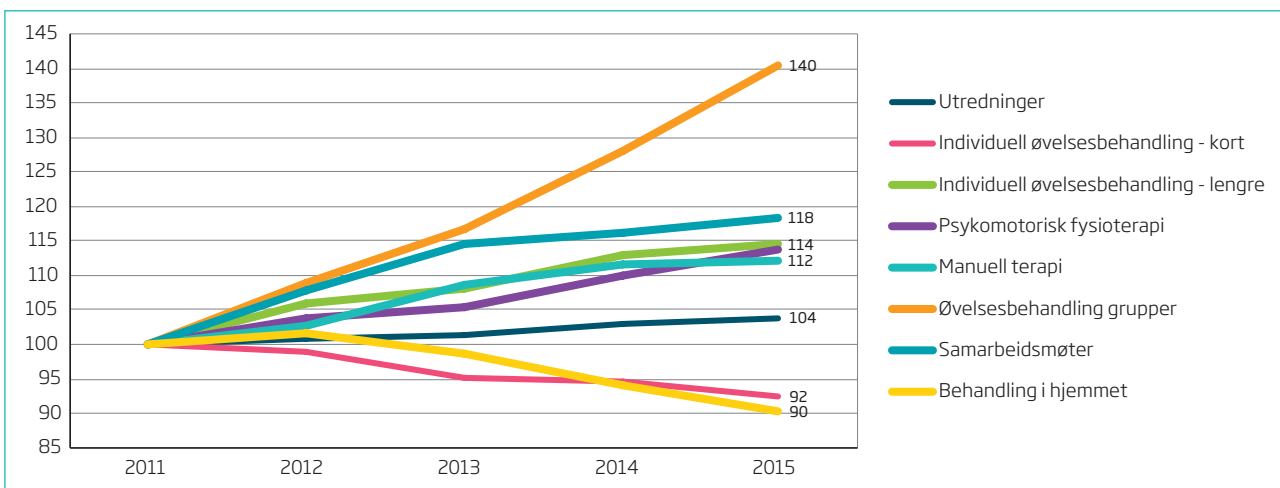
Figur 8.12 Prosent vekst i antall mottakere hos private avtalefysioterapeuter siden 2011 (=100) etter aldersgrupper.



Figur 8.13 Antall mottakere per 1 000 innbyggere hos private avtalefysioterapeuter etter aldersgrupper i 2011-15.



Figur 8.14 Prosent vekst i ulike kontakttypen hos private avtalefysioterapeuter i 2011-15¹

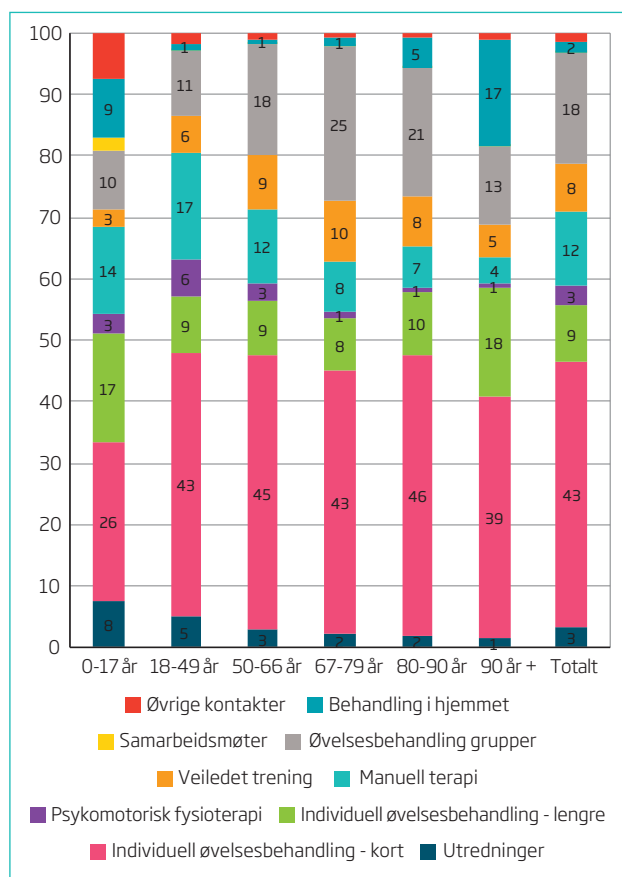


1 Kontakttypene «veiledet trening» og «øvrige kontakter» er tatt ut da det har vært registreringsendringer i perioden som gjør at utviklingstallene blir misvisende.

behandling (kort) og behandling i hjemmet har det vært en reduksjon på henholdsvis åtte og ti prosent i perioden.

Figur 8.14 viste at kontakttypen individuell øvelsesbehandling (kort) har gått ned med åtte prosent i perioden 2011 til 2015. Det er likevel denne kontakttypen som er den desidert mest vanlig hos de private avtalefysioterapeutene. Figur 8.15 viser at i 2015 var 43 prosent av all behandling innenfor denne kontakttypen. Det er mottakere i aldersgruppen 80-89 år som i størst grad mottar denne behandlingsformen (46 prosent), mens andelen er lavere i aldersgruppen 0-17 år (26 prosent). Kontakttypen øvelsesbehandling i grupper står for 18 prosent av alle kontaktene hos private avtalefysioterapeuter, men det er relativ stor variasjon mellom aldersgruppene. For aldersgruppen 67-79 år utgjør denne behandlingsformen 25 prosent, mens blant den aller yngste aldersgruppen er det kun ti prosent av mottakerne som mottar gruppebehandling. Videre utgjør manuellterapi 12 prosent av all

Figur 8.15 Andel (prosent) kontakttyper hos avtalefysioterapeuter etter aldersgrupper i 2015.

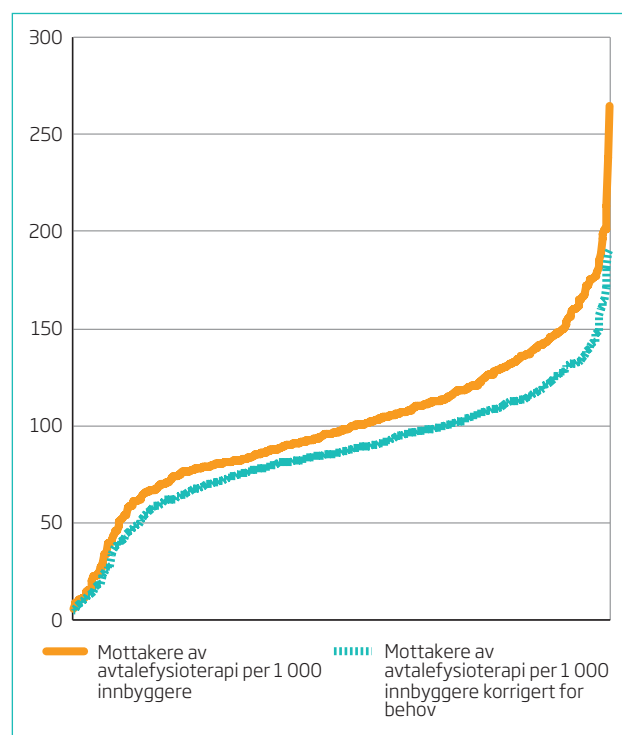


behandling i 2015. Manuellterapi ser ut til å være mer vanlig blant mottakere i de yngre aldersgruppene enn i de eldre.

Variasjon mellom kommuner og regioner

Det er stor variasjon mellom kommunene i nivået i antall mottakere av avtalefysioterapi. Figur 8.16 viser at nivået varierer fra 5,6 mottakere per 1 000 innbyggere i Valle kommune til 265 mottakere i Ballangen kommune. Landsgjennomsnittet i 2015 er 89 mottakere per 1 000 innbyggere. I samme figur er det også lagt inn en graf som viser variasjon i antall mottakere av avtalefysioterapi når vi korrigerer for ulikt behov for helsetjenester. Også for bruk av fysioterapi har vi valgt å bruke indeksen for pleie og omsorg som særlig vektet opp kommuner med stor andel eldre innbyggere. Begrunnelsen for dette er at det er flere brukere av fysioterapi blant den eldre delen av befolkningen enn blant den yngre (se figur 8.13). Befolkningen i kommuner med stor andel eldre innbyggere antas derfor å ha større behov for fysioterapitjenester enn befolkningen i kommuner med høyere andel yngre innbyggere. Av figuren ser vi at linjen som illustrerer variasjon mellom kommuner

Figur 8.16 Variasjon mellom kommuner i antall mottakere per 1 000 innbyggere hos avtalefysioterapeuter med og uten korreksjon for behov for helsetjenester i 2015.



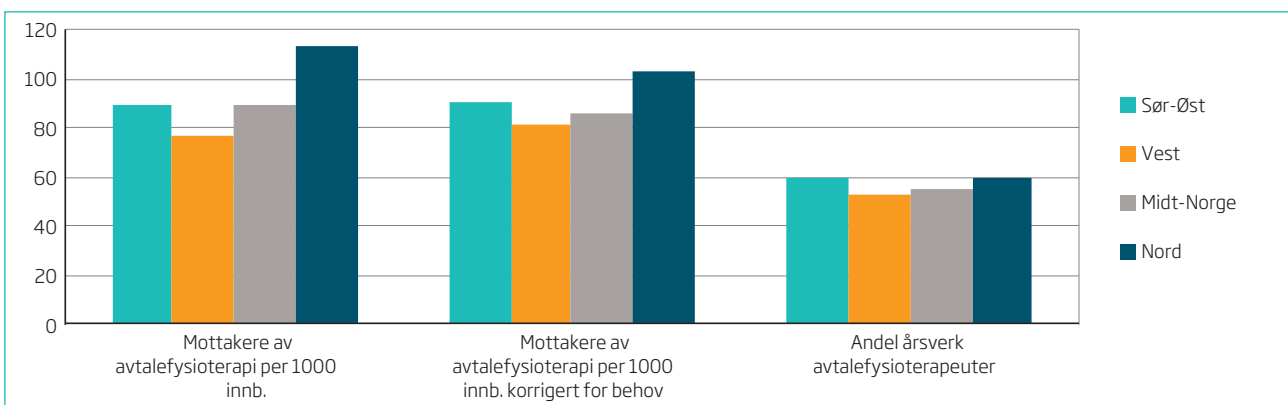
korrigert for behov er flatere, samtidig som maksimumsnivået i antall mottakere også blir redusert. Antall mottakere per 1 000 innbyggere i Ballangen kommune korrigert for behov er nå redusert til 191. Dette indikerer at ulikt behov for helsetjenester i befolkningen kan være med på å forklare noe av variasjonen mellom kommunene.

Nedenfor vil vi se om variasjonen mellom kommunene følger noen bestemte mønstre (er det forskjeller mellom regioner, ulike kommunegrupper osv?), samt i hvor stor grad disse forskjellene blir mindre når vi korrigerer for at befolkningen i kommunene har ulikt behov for helsetjenester. Vi vil også se på om variasjon i antall mottakere av avtalefysioterapi samvarierer med ulik andel årsverk avtalefysioterapeuter og fast ansatte fysioterapeuter.

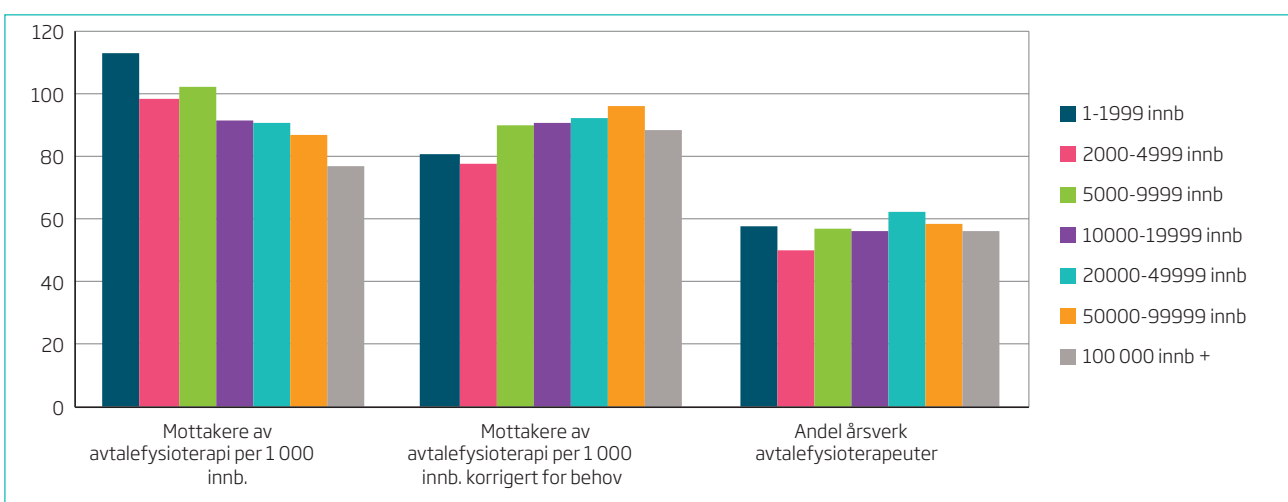
Figur 8.17 viser variasjon i antall mottakere av avtalefysioterapi mellom regioner i 2015. Figuren viser at det er kommunene i Nord som i gjennomsnitt har høyest nivå i antall mottakere i forhold til befolkning. I 2015 var det i gjennomsnitt 113 mottakere per 1 000 innbyggere som mottok fysioterapi hos private avtalefysioterapeuter. Til sammenlikning var det tilsvarende nivået i kommunene i Vest 77 mottakere per 1 000 innbyggere. Kommunene i Sør-Øst og i Midt-Norge ligger på landsgjennomsnittet med om lag 90 mottakere per 1 000 innbyggere.

Figur 8.17 viser også variasjon mellom regionene i antall mottakere når vi korrigerer for ulikt behov for helsetjenester i kommunene. For kommunene i Nord, som i utgangspunktet hadde et høyt nivå, blir

Figur 8.17 Variasjon mellom regioner i antall mottakere av avtalefysioterapi med og uten korreksjon for behov, samt andel årsverk avtalefysioterapeuter i 2015.



Figur 8.18 Variasjon mellom kommunegrupper i antall mottakere av avtalefysioterapi med og uten korreksjon for behov, samt andel årsverk avtalefysioterapeuter i 2015.



raten redusert fra 113 til 103 mottakere per 1 000 innbyggere. For kommunene i Vest, som i utgangspunktet hadde et lavt nivå, går raten opp fra 77 til 82 mottakere per 1 000 innbyggere. Nivået i kommunene i Midt-Norge blir justert noe ned. Variasjonen mellom regionene blir altså mindre når vi korrigerer for at behovet for helsetjenester i kommunene er ulikt, selv om det fortsatt er slik at kommunene i Nord ligger høyest og kommunene i Vest lavest.

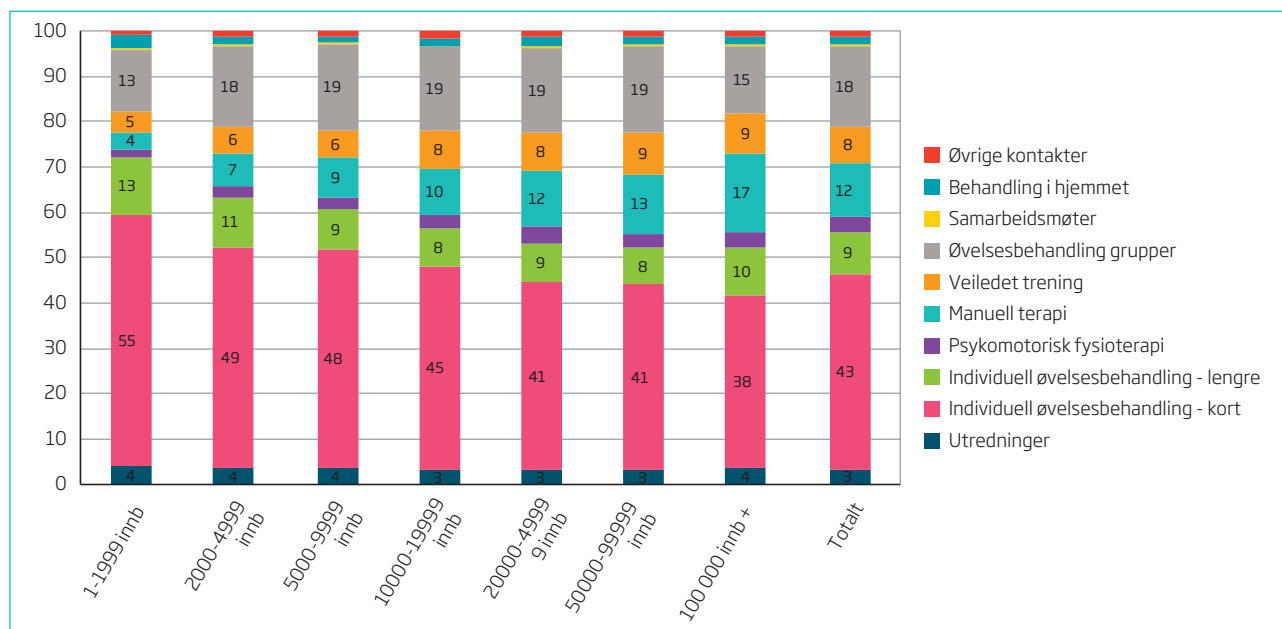
Til slutt viser figur 8.17 variasjon i andel årsverk avtalefysioterapeuter mellom regionene. Hypotesen er at forskjeller i andel avtalefysioterapiårsverk versus andel årsverk fast ansatte fysioterapeuter vil kunne være med på å forklare noe av variasjon i antall mottakere av avtalefysioterapi mellom kommunene. Figuren viser at andel avtalefysioterapiårsverk til en viss grad samvarierer med nivået i antall mottakere av avtalefysioterapi. På nasjonalt nivå var andel avtalefysioterapiårsverk 58 prosent i 2015 (se figur 8.11). Kommunene i Vest, som har færrest mottakere per innbygger, har også lavest andel avtalefysioterapeuter med 52 prosent. Kommunene i Midt-Norge, som lå litt under landsgjennomsnittet i antall mottakere korrigert for behov, ligger også litt under landsgjennomsnittet i andel årsverk avtalefysioterapeuter med 55 prosent. Kommunene i Nord, som hadde den høyest mottakerraten, ligger også over snittet i andel årsverk avtalefysioterapeuter med 60 prosent. Figuren viser imidlertid at kommunene i

Sør-Øst har like stor andel avtalefysioterapeut-årsverk som kommunene i Nord, selv om nivået i antall mottakere er lavere i denne regionen. Det er altså en viss samvariasjon, men andel avtalefysioterapeutårsverk ser ikke ut til å kunne forklare hele forskjellen mellom Nord og de andre regionene.

Figur 8.18 viser variasjon mellom kommunegrupper etter størrelse i antall mottakere av avtalefysioterapi i 2015. Figuren viser at det er en ganske tydelig sammenheng mellom kommunestørrelse og antall mottakere per 1 000 innbyggere ved at nivået er størst i de minste kommunene og synker jo større kommunen blir. Kommuner med færre enn 2 000 innbyggere har i gjennomsnitt 113 mottakere per 1 000 innbyggere, mens de aller største kommunene har en tilsvarende mottakerrate på 77.

Figuren viser også variasjon mellom kommunegruppene i antall mottakere når vi korrigerer for ulikt behov for helsetjenester i kommunene. For de minste kommunene med færre enn 10 000 innbyggere blir nivået justert ned, mens kommunene med flere enn 20 000 innbyggere blir justert opp. Denne korreksjonen gjør at trenden i antall mottakere snus litt på hodet ved at nivået i de største kommunene nå er høyere enn i de små. Samtidig viser figuren at forskjellen mellom kommunegruppene i antall mottakere blir mindre.

Figur 8.19 Variasjon mellom kommunegrupper i andel (prosent) kontakttyper for avtalefysioterapeuter i 2015.



Til slutt viser figur 8.18 variasjon i andel årsverk avtalefysioterapeuter mellom regionene. Figuren viser at andel avtalefysioterapiårsverk til en viss grad samvarierer med nivået i antall mottakere av avtalefysioterapi korrigert for behov. Kommunegruppen med mellom 2 000-4 999 innbyggere hadde lavest nivå i antall mottakere, samtidig som den også ligger lavest i andel årsverk avtalefysioterapeuter med 50 prosent. De to kommunegruppene med mellom 20 000-99 999 innbyggere hadde høyest nivå i antall mottakere, og det er også disse gruppene som har høyest nivå i andel avtalefysioterapeutårsverk. Dette viser at forskjeller i strategi mellom kommunene i forhold til å gjøre avtaler med private fysioterapeuter versus å ansette egne, til en viss grad er med på å påvirke nivået i antall mottakere av avtalefysioterapi. For de fire resterende kommunegruppene ligger andelen årsverk avtalefysioterapeuter omkring 57 prosent.

Figur 8.19 viser variasjon mellom kommunegrupper etter hvilken type behandlingsform som er den mest vanlige hos avtalefysioterapeutene. Figuren viser at individuell øvelsesbehandling (kort) ser ut til å være vanligere i små kommuner enn i store kommuner. I kommunegrupper med færre enn 2 000 innbyggere utgjorde denne kontaktypen 55 prosent i 2015, mens i de aller største kommunene stod den for 38 prosent av kontaktene. Det ser også ut til å være en trend at avtalefysioterapeutene i storkommunene i større grad bruker manuellterapi som behandlingsform enn de gjør i de mindre kommunene. I kommunegruppen med flere enn 100 000 innbyggere utgjør manuellterapi 17 prosent av kontaktene, mens den kun står for fire prosent i de minste kommunene. Kontaktypen veiledet trening ser også ut til å være noe vanligere i store kommuner enn i små kommuner.

8.3 DATAGRUNNLAG

I forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator defineres habilitering og rehabilitering slik⁴⁹:

«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.»

Rehabilitering i og utenfor institusjon

I kommunene rapporteres tiltak, herunder habilitering og rehabilitering i og utenfor institusjon, til mottakere av helse- og omsorgstjenester til IPLOS-registeret, og dataene blir utlevert av SSB. Datakvaliteten innenfor habiliterings- og rehabiliteringsfeltet i primærhelsetjenesten har lenge vært preget av stor andel missing, og det er derfor grunn til å tro at det er en underrapportering av disse tjenestene. Tabell 8.4 viser at i 2015 stod 33 prosent av kommunene uten registrerte mottakere av habilitering og rehabilitering i institusjon. Det er for de minste kommunene og kommunene i Nord det er størst andel missing. Tilsvarende mangler vi informasjon om 53 prosent av kommunene for habilitering og rehabilitering utenfor institusjon. Dette er likevel en liten bedring i forhold til tidligere år, da andel kommuner med manglende rapportering var opp mot 70 prosent. Også her er det for de minste kommunene og kommunene i Nord at andelen missing er størst.

I analysene av mottakere per innbygger har vi i denne rapporten valgt å ta ut befolkningstall for kommuner hvor det mangler data eller hvor data ikke er tilgjengelig. Effekten av denne korrigeringen er vist i figur 8.3. Dette vil kunne medføre at enkelte kommunegrupper vil bestå av kun få kommuner og dermed gi et avvikende resultat enn om alle kommuner ble inkludert.

I IPLOS-dataene er det ikke mulig å skille mellom hva som er habilitering og hva som er rehabilitering. Det er derfor svært vanskelig å si noe om hvor stor andel

49 Forskrift om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256>

Tabell 8.4 Andel (prosent) av kommunene med manglende informasjon om antall mottakere av habilitering og rehabilitering i 2011-15.

Region	Hab./rehab. i institusjon			Hab./rehab. utenfor institusjon			Totalt antall kommuner 2015
	2011	2013	2015	2011	2013	2015	
Region							
Sør-Øst	23	25	22	66	65	47	172
Vest	29	28	22	68	65	61	85
Midt-Norge	45	38	37	62	57	45	84
Nord	63	60	61	84	86	63	87
Totalt	37	35	33	69	68	53	428
Kommunestørrelse							
1-1999 innb.	64	60	53	87	84	78	94
2000-4999 innb.	34	33	34	70	73	60	131
5000-9999 innb.	31	33	30	67	65	49	89
10000-19999 innb.	31	29	25	68	66	34	59
20000-49999 innb.	13	13	10	45	40	23	40
50000-99999 innb.	20	10	10	30	30	10	10
100 000 innb. +	0	0	0	40	0	0	5
Totalt	37	35	33	69	68	53	428

av aktiviteten som er habilitering. Det er også viktig å presisere at tjenester som blir gitt utenfor helse- og omsorgstjenesten ikke vil bli fanget opp i disse dataene. Dette vil for eksempel gjelde en del habiliteringstjenester til barn og unge som blir gitt gjennom helsestasjon og skolehelsetjenesten.

Informasjon om mottakere av helse- og omsorgstjenester med individuell plan kommer også fra IPLOS-registeret og er utlevert av SSB.

Avtalefysioterapeuter

Dataene for private avtalefysioterapeuter er fra Helfo/Kuhr (Kontroll og utbetaling av helse-refusjoner) og baserer seg på refusjoner som behandler har fått utbetalt fra Helfo. Data gjelder konsultasjoner og kontakter for 2011 til 2015 uavhengig av når disse er utbetalt. Tallene vil derfor avvike fra Helfo-tall som gjelder utbetalte refusjoner for det aktuelle regnskapsåret. Data er basert på pasientens bostedskommune og gjelder refusjoner som inneholder pasientens FNR/DNR. Angivelse av

kontakttype er basert på takstkoder i refusjonskravet.

Informasjon om antall hjemler for avtalefysioterapeuter samt årsverk for avtalefysioterapeuter og fysioterapeuter med fastlønn i kommunene er hentet fra KOSTRA/SSB. Befolkningstall brukt til rateberegninger er også hentet fra SSB.

9. Årsverk

De kommunale helse- og omsorgstjenestene har økt mellom 2010 og 2015. Samlet har tjenestene fått om lag 10 800 flere årsverk i denne perioden. Det har vært en stor vekst i årsverk for kommunale helse- og omsorgstjenester i hjemmet og på institusjon.

Sykepleiere er den yrkesgruppen som har vokst mest blant yrkene i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Helsefagarbeidergruppen har holdt seg stabil på tross av offentlige satsinger på å rekruttere til yrket. Mange deltids helsefagarbeiderstillinger er blitt erstattet av heltids sykepleierstillinger i de kommunale tjenestene de siste årene.

Kommuner i region Nord har et høyere nivå av årsverk i kommunale helse- og omsorgstjenester per innbygger enn landet forøvrig. Dette er gjennomgående for mange kommunale helse- og omsorgstjenester. I Midt-Norge er årsverk per innbygger innen helse- og omsorgstjenester i hjemmet og på institusjon høyere enn landsgjennomsnittet. Dette gjelder også for sykepleierårsverk innenfor de samme tjenestene.

Antall årsverk innen helse- og omsorgstjenester i hjemmet og på institusjon per 10 000 innbyggere er gjennomgående høyere for de minste kommunene enn for mellomstore og større kommuner. Dette gjelder for alle regionene. De største kommunene har et lavere nivå enn de mindre kommunene. Dersom man korrigerer for behov for helse- og omsorgstjenester i hjemmet og på institusjon utjevner forskjellene seg noe.

For legeårsverkene er det større forskjeller mellom regionene. I Nord er det flere legeårsverk per 1 000 innbygger for flere av kommunegruppene. Små kommuner med færre enn 5 000 innbyggere har flere legeårsverk per 1 000 innbygger enn de større kommunene, men i region Nord har også mellomstore kommuner et høyt nivå av legeårsverk. Forskjellene mellom kommunene i nivået av legeårsverk per innbygger forklares i liten grad av behov/kostnadsnøklene.

9.1 UTVIKLINGEN I ÅRSVERK I KOMMUNALE HELSE- OG OMSORGS-TJENESTER

Tabell 9.1 viser at de kommunale helse- og omsorgstjenestene har hatt en jevn økning fra 2010 til 2015⁵⁰. Økningen i årsverk i hjemme- og institusjonstjenester har vært stor. Innen disse tjenestene er det mange yrkesgrupper, men en stor del av veksten gjelder sykepleierårsverk. Mange

50 I 2015 ble systemet for innhenting av registerbasert sysselsettingsstatistikk endret. Overgangen har skapt utfordringer i beregningen av årsverkstall for 2015, og det blir et brudd i tidsserien. Endringen medfører at man ikke med visshet kan si hvorvidt endringer i årsverkene skyldes faktisk endring eller hvorvidt det skyldes en endring i innrapporteringen.

sykepleiere har blitt ansatt i de kommunale helse- og omsorgstjenestene de siste årene og en del av disse har hatt videreutdanning. I 2015 hadde 21,2 prosent av sykepleierne som jobber i hjemme- og institusjonstjenester videreutdanning.

Det har vært en økning på over 475 årsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten fra 2010 til 2015. I 2016 publiserte Helsedirektoratet en rapport som kartla årsverk innenfor de to tjenestene⁵¹. Legeårsverkene har økt mye i perioden 2010-2015

51 <https://helsedirektoratet.no/nyheter/flest-arsverk-til-de-yngste-i-helsestasjons-og-skolehelsetjenesten>

med over 700 årsverk. Fysioterapeutårsverkene har økt med nesten 400 årsverk i samme periode.

Tabell 9.2 viser utviklingen for utvalgte yrkesgrupper innenfor de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Den største yrkesgruppen i disse tjenestene er helsefagarbeidergruppen. På tross av at myndighetene har satt inn tiltak for å øke antall årsverk for helsefagarbeidere⁵² har økningen i årsverk vært lavere enn ønsket for denne gruppen. Den er kun økt med om lag 1 000 årsverk. Sykepleiere er en annen stor yrkesgruppe hvor myndighetene har ønsket vekst. En av Samhandlingsreformens konsekvenser har, ifølge Abelsen med flere⁵³, vært at kommunale helse- og omsorgstjenester har måtte håndtere mer faglig krevende oppgaver noe som er håndtert ved å omgjøre helsefagarbeiderstillinger til sykepleier-

stillinger. Sykepleiergruppen har hatt en vekst gjennom hele perioden på 5 100 årsverk. Legeårsverkene har økt med ca. 700 årsverk fra 2010 til 2015.

Figur 9.1 viser den samme utviklingen som tabell 9.2, men framstilt som prosentvis endring. Årsverksutviklingen for de ulike yrkesgruppene blir målt i prosent endring fra utgangsåret 2010 (2010=100). Det er viktig å påpeke at det er forskjell på størrelsen på de ulike yrkesgruppene, noe man kan se i tabell 9.2. En del av forklaringen på en stor prosentvis økning for fysioterapeutene sammenlignet helsefagarbeiderne skyldes altså at fysioterapeutene er en relativt liten yrkesgruppe.

Tabell 9.1 Årsverk i de kommunale helse- og omsorgstjenestene 2010-2015.

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Prosent endring
Legeårsverk	4 746	4 837	5 020	5 197	5 325	5 457	15,0
Helsestasjon- og skolehelsetjenesten	3 611	3 747	3 875	3 870	3 978	4 086	13,2
Fysioterapeutårsverk	4 288	4 296	4 429	4 535	4 596	4 690	9,4
Helse- og omsorgs-tjenester i hjemmet og på institusjon	126 227	128 902	131 180	132 694	134 324	135 433	7,3
Totalt	138 872	141 782	144 504	146 296	148 223	149 666	7,8

Data fra Statistisk sentralbyrå

Tabell 9.2 Årsverksutviklingen for utvalgte yrker i de kommunale helse- og omsorgstjenestene 2010-2015.

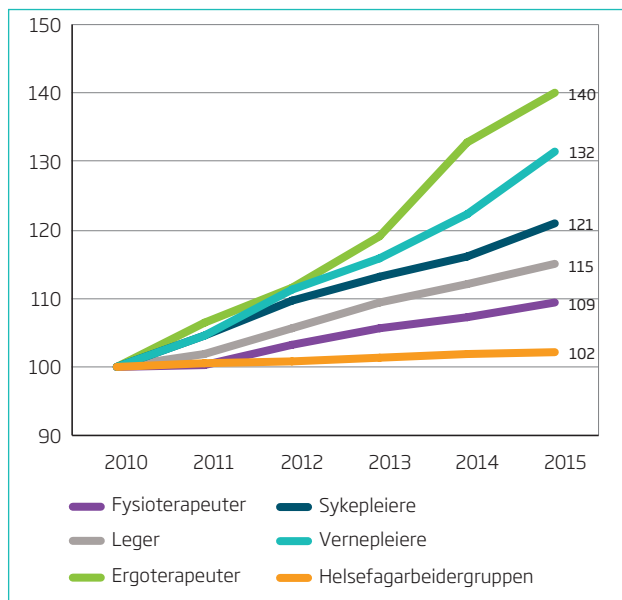
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Prosent endring
Fysioterapeuter	4 288	4 296	4 429	4 535	4 596	4 690	9,4
Leger	4 746	4 840	5 020	5 197	5 325	5 457	15,0
Ergoterapeuter	735	782	820	875	976	1 029	40,0
Sykepleiere	24 242	25 366	26 602	27 448	28 148	29 342	21,0
Vernepleiere	5 832	6 099	6 483	6 763	7 134	7 673	31,6
Helsefagarbeidergruppen	45 339	45 550	45 680	45 925	46 203	46 346	2,2

Data fra Statistisk sentralbyrå

52 Helsedirektoratet (2015): Årsrapport 2014. IS-2411 <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1039/Omsorg%202015%20årsrapport%202014.pdf>

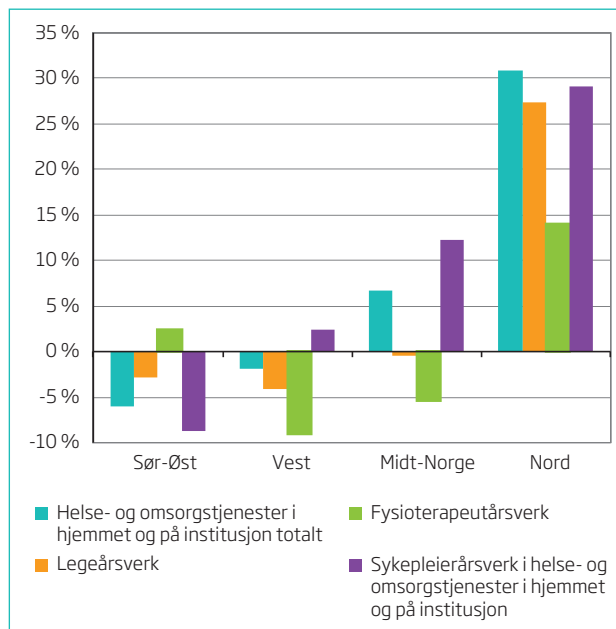
53 Abelsen, Birgit, Margrete Gaski, Svein Ingve Nødland og Anna Stephansen (2014). *Samhandlingsreformens konsekvenser for det kommunale pleie- og omsorgstilbudet*. Rapport IRIS - 2014/328.

Figur 9.1 Årsverk i de kommunale helse- og omsorgstjenestene 2010-2015.



Data fra Statistisk sentralbyrå

Figur 9.2 Årsverk i helse- og omsorgstjenester per innbygger som prosentvis avvik fra landsgjennomsnittet i 2015 (landsgjennomsnittet = 0).



Data fra Statistisk sentralbyrå

9.2 GEOGRAFISK VARIASJON I NIVÅET AV ÅRSVERK

Figur 9.2 viser nivået av årsverk for helse- og omsorgstjenester i hjemmet og på institusjon totalt, samt årsverk for leger, fysioterapeuter og sykepleiere som prosent av landsgjennomsnittet. Landsgjennomsnittet tilsvarer 0-aksen (null prosent). Figuren viser betydelige regionale forskjeller. Kommuner i region Nord har et høyere nivå av årsverk enn kommuner i andre regioner. For helse- og omsorgstjenester i hjemmet og på institusjon totalt, er nivået av årsverk per innbygger i region Nord omtrent 30 prosent høyere enn gjennomsnittet av landet. Dette kan skyldes at store reiseavstander i de tre nordligste fylkene fordrer flere legeårsverk per innbygger enn i mer sentrale strøk.

Region Sør-Øst har et lavere nivå enn landsgjennomsnittet av både lege- og sykepleierårsverk, samt årsverk for helse- og omsorgstjenester i hjemmet og på institusjon. Nivået av fysioterapeut-årsverk er noe høyere enn landsgjennomsnittet.

I region Vest er det kun nivået av sykepleierårsverk som er høyere enn landsgjennomsnittet. De øvrige

gruppene ligger under snittet for landet, og det er spesielt lavt nivå av fysioterapeutårsverk per innbygger.

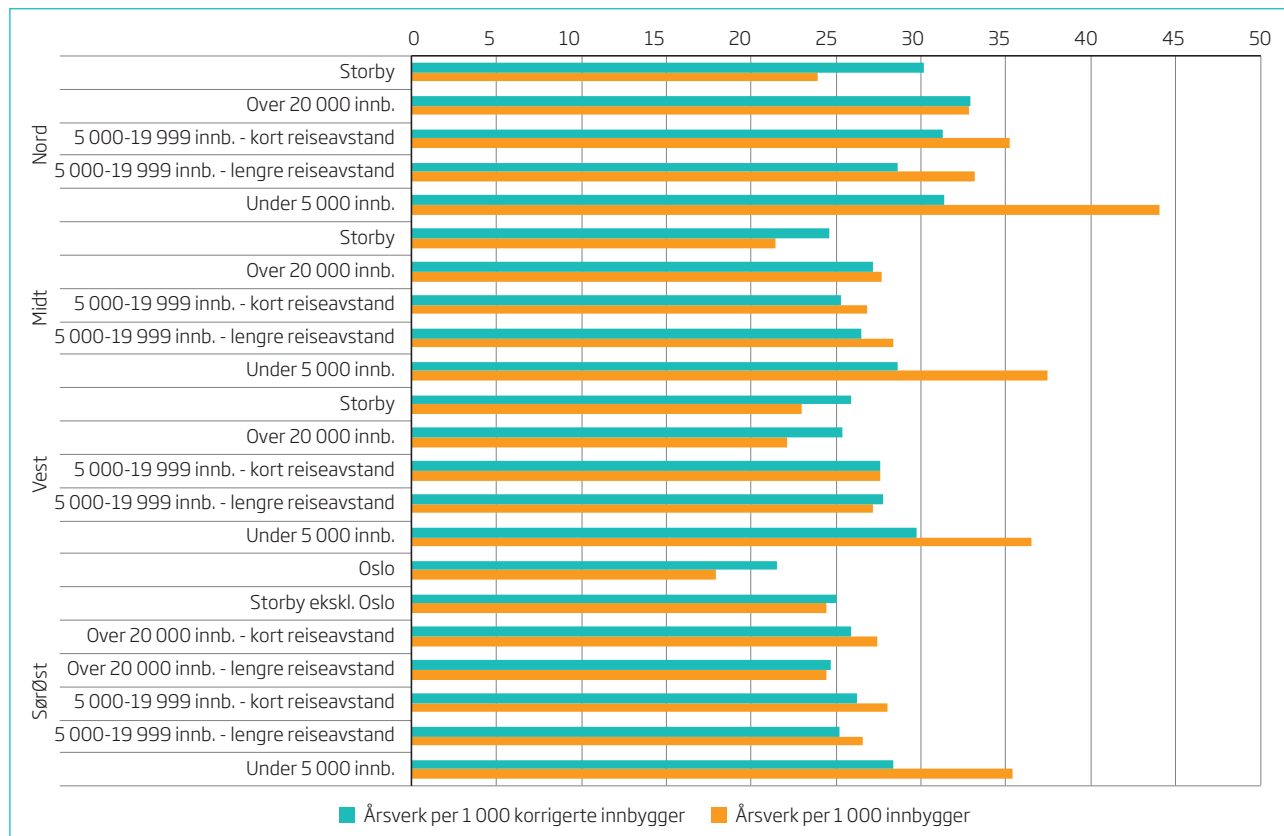
For Midt-Norge ligger nivået av legeårsverk omtrent på landsgjennomsnittet, mens sykepleierårsverk er over landsgjennomsnittet.

Figur 9.2 viser betydelige regionale forskjeller i nivået av årsverk. Innad i regionene er det imidlertid betydelige forskjeller mellom små og store kommuner. Figur 9.3 viser nivået av årsverk i kommunale helse- og omsorgstjenester i hjemmet og på institusjonstjenester per innbygger korrigert og ukorrigert for behov.

Ukorrigerte rater for årsverk indikerer at de minste kommunene har det høyest nivået av årsverk per innbygger. Dette gjelder for alle regionene, selv om små kommuner med færre enn 5 000 innbyggere har et høyere nivå i Nord enn i de andre regionene.

Det kan være mange årsaker til kommunal variasjon i helse- og omsorgstjenester. Kommunene varierer med hensyn til demografi og alderssammensetning i befolkningen, samt en rekke strukturelle forhold

Figur 9.3 Nivå av totalt antall årsverk i kommunale helse- og omsorgstjenester i hjemmet og på institusjon per 1 000 innbyggere (korrigert og ukorrigerte innbyggertall) etter region og kommunestørrelse.



Data fra Statistisk sentralbyrå

knyttet til næringsgrunnlag, sysselsetning, kommunikasjon, klima og sosiale utfordringer. Dette gir også forskjeller i helsetilstand og levealder og gir ulike behov for helse- og omsorgstjenester.

I kapittel 2 viste vi til at inntektssystemet for kommunene tar hensyn til en rekke ulike forhold som er knyttet til *behovene* for helse- og omsorgstjenester ved fordelingen av rammebevilgningen. For kommunale helse- og omsorgstjenester i hjemmet og på institusjon inkluderer kostnadsnøkklene en vektning av alderssammensetningen i befolkningen (eldre befolkning gir økte behov), dødelighet, antall personer over 16 år med psykisk utviklingshemming, samt antall ikke-gifte over 67 år. Se oversikt i kapittel 2 for en nærmere beskrivelse av vektene⁵⁴.

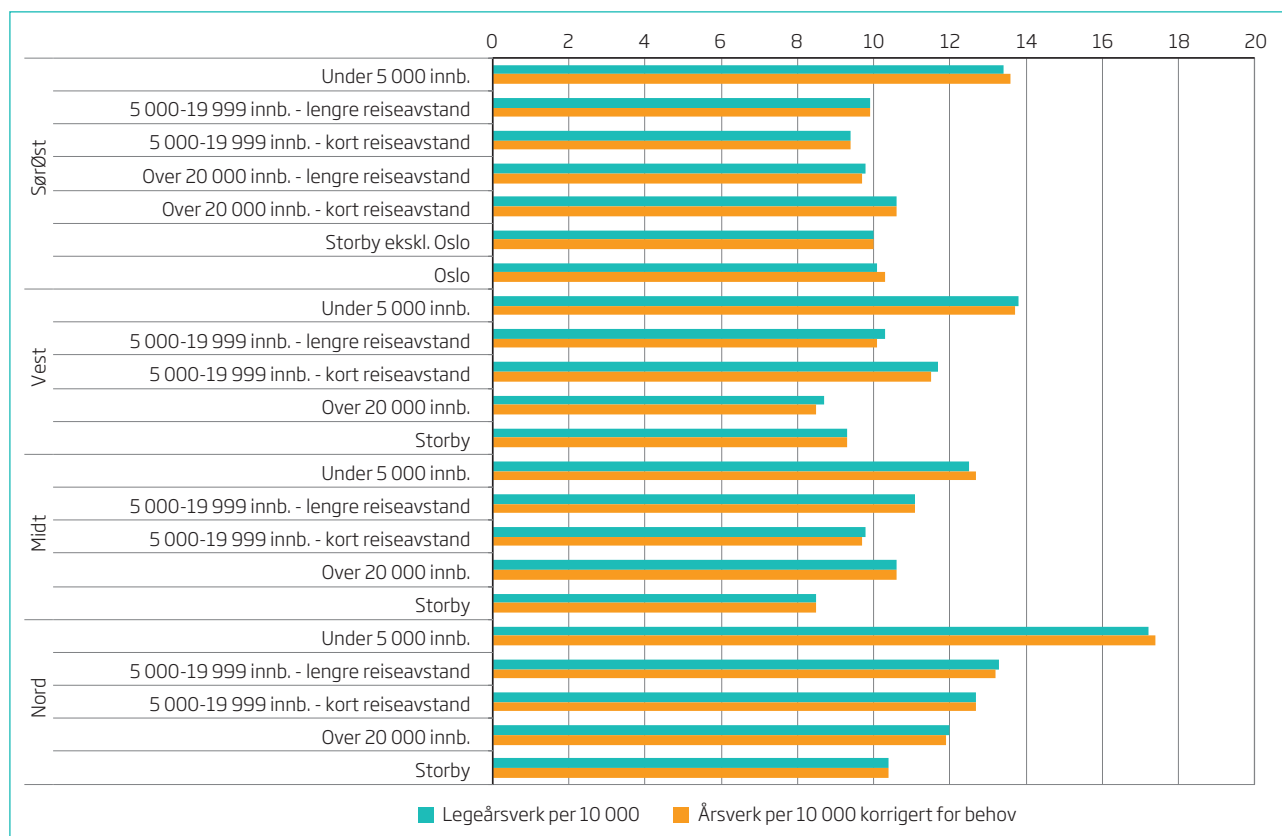
Med utgangspunkt i vektene til kostnadsnøkklene for helse- og omsorgstjenester i hjemmet og på institusjon, har vi beregnet *korrigert innbyggertall* for hver kommune som også tar hensyn til hvorvidt kommunen mottar et vertskommunetilskudd eller ei. Beregningen medfører at kommuner med høye behov for tjenester får noe økt innbyggertall, mens kommuner med lavere behov får redusert innbyggertall.

Stolpene som viser nivået av årsverk korrigert for behov viser mindre forskjeller mellom både regioner og små og store kommuner. Dette indikerer at forskjellene mellom regionene og mellom små og store kommuner i noen grad forklares av forskjeller i alderssammensetning, dødelighet, omfanget av personer med psykisk utviklingshemming, antall

54 I kostnadsnøkklene inngår i tillegg tre komponenter knyttet til kommunestørrelse og sentralitet (sone, nabo og basis), men disse er ikke inkludert i *korrigert innbyggertall*. Komponentene sone, nabo og basis gir en viss kompensasjon for smådriftsulemper og

reiseavstand, men når vi skal vurdere forskjeller i kommunale helse- og omsorgstjenester mellom små og store kommuner, finner vi det lite hensiktsmessig å inkludere en korreksjon for at en liten kommune er liten.

Figur 9.4 Legeårsverk per 10 000 innbyggere (korrigert og ukorrigert innbyggertall) etter region og kommunistørrelse.



Data fra Statistisk sentralbyrå

ikke-gifte over 67 år og vertskommunerollen. De minste kommunene i Norge har den høyeste dekningen av årsverk per innbygger, men disse kommunene har også de største behovene for kommunale helse- og omsorgstjenester.

For de største byene i Norge ser vi motsatt tendens, dvs. at nivået av årsverk per innbygger øker når vi korrigerer for behov. Dette indikerer at behovet for helse- og omsorgstjenester i hjemmet og på institusjon i de store byene er mindre og dermed trengs det færre årsverk per innbygger enn i mindre kommuner. Dette kan forklares med at de store byene har en yngre befolkning med mindre behov for kommunale helse- og omsorgstjenester enn mindre kommuner.

Selv om vi korrigerer for behov, er nivået av årsverk i helse- og omsorgstjenester i hjemmet og på institusjon noe høyere i Nord enn i andre regioner. En forklaring på dett kan være et de korrigererte

innbyggertallene ikke tar hensyn til om kommunen er spredtbygd.

Figur 9.4 viser legeårsverk per innbygger med og uten korreksjon for behov. I behovskorreksjonen er det benyttet vektorer i delkostnadsnøkkelen for forebygging og behandling⁵⁵. Kostnadsnøkkelen for forebygging og behandling brukes til fordeling av inntekter knyttet til bl.a. helsestasjoner og skolehelsetjeneste og gir økt vekt til omfanget av barn og unge. I tillegg inngår dødelighet. Se oversikt i kapittel 2 for en nærmere beskrivelse av vektene.

Figur 9.4 viser at behov knyttet til forebygging og behandling ikke forklarer forskjellene mellom regioner eller små og store kommuner når det gjelder omfanget av legeårsverk. Det er flest legeårsverk per innbygger i region Nord og de minste kommune-gruppene (under 5 000 innbyggere) på

55 Tilsvarende det som SSB benevner som kommunehelsetjenester.

tvers av regionene. Storbyene i Midt-Norge og Vest, samt i kommuner med over 20 000 innbyggere i Vest, har det laveste nivået av legeårsverk.

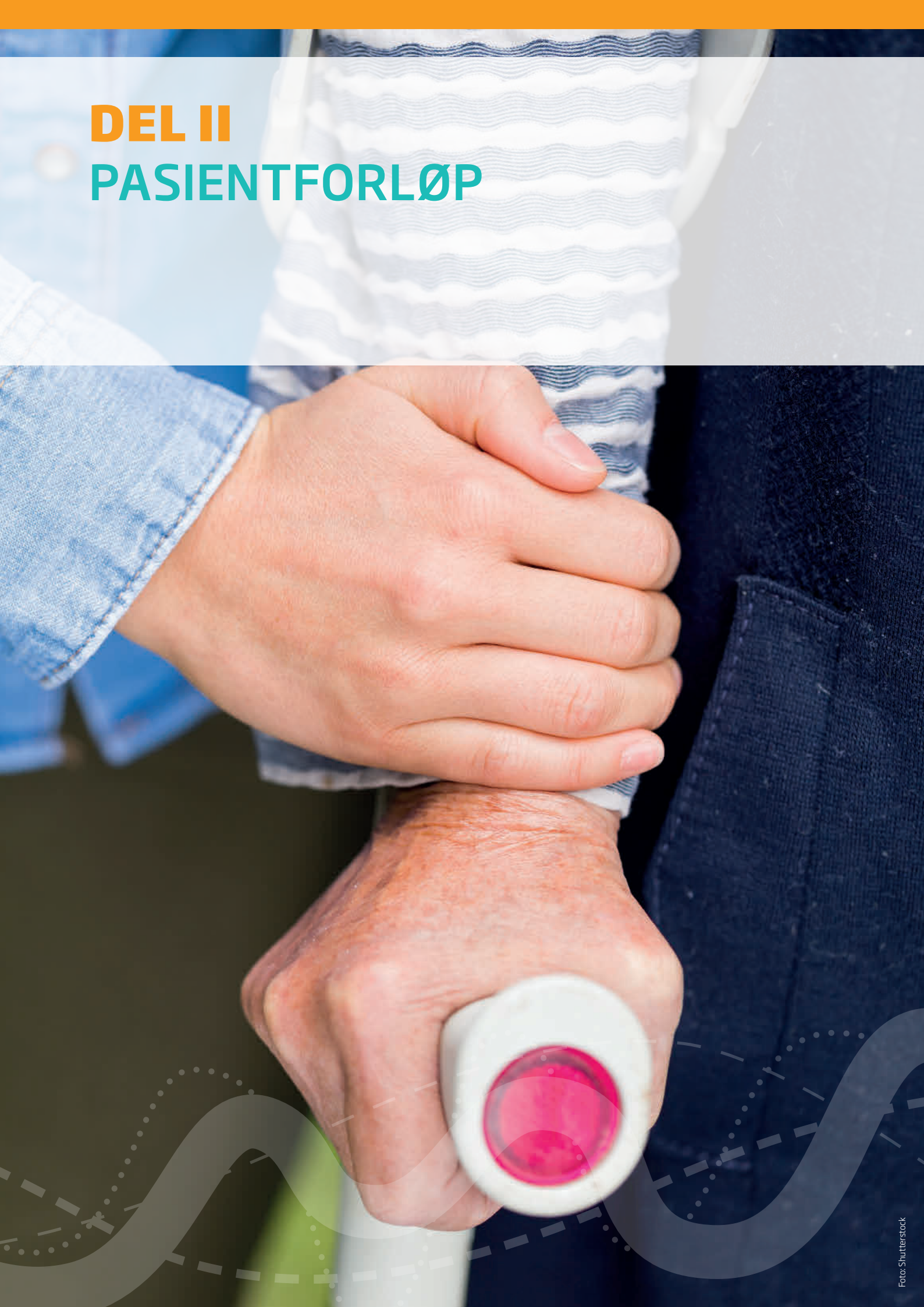
9.3 DATAGRUNNLAG OG DEFINISJONER

Data i dette kapittelet er hentet fra SSBs KOSTRA-database. Årsverksdata fra helse- og omsorgstjenester i hjemmet og på institusjon er hentet fra tabell 09934. Legetjenestedata er hentet fra tabell 03807, mens tallene for fysioterapeut-årsverk stammer fra 03808. Data om årsverk innen helsestasjons- og skolehelsetjeneste er hentet fra tabell 07798.

I 2015 la SSB, i samarbeid med NAV og Skatteetaten, om systemet for innhenting av registerbasert sysselsettingsstatistikk. Denne overgangen har skapt utfordringer i beregningen av årsverkstall for 2015, og det blir et brudd i tidsserien. Dette gjør at man ikke så lett kan sammenligne avtalte årsverk mellom 2014 og 2015. Man vet dermed ikke med visshet om hvorvidt endringer i årsverk skyldes faktisk endring eller hvorvidt det skyldes en endring i innrapporteringen.

DEL II

PASIENTFORLØP



10. Anvendbarhet og kvalitet på data i KUHR knyttet til fire ikke-smittsomme sykdommer: Hjerte- og karsykdom, diabetes, KOLS og kreft

Jens Christoffer Skogen, Mette Christophersen Tollånes, Inger Johanne Bakken, Lars Johan Hauge, Øystein Jonasson, Siri Håberg og Marta Ebbing, Folkehelseinstituttet.

Hjerte- og karsykdom, diabetes, kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) og kreft er utbredte ikke-smittsomme sykdommer. Tilsammen utgjør de en betydelig sykdomsbyrde, både nasjonalt og globalt. Dette kapitlet har undersøkt datagrunnlaget for disse ikke-smittsomme sykdommene i primær- og spesialisthelsetjenesten, som en del av grunnlagsarbeidet for KPR. Hovedformålet var å belyse noen aspekter ved anvendbarheten av allerede eksisterende data, og hvordan relevante problemstillinger kan belyses. Analysene er utført av Folkehelseinstituttet, og datagrunnlaget var en kobling på individnivå mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Denne koblingen gjorde det mulig å følge overganger mellom tjenestenivåene for utvalgte tilstander og hendelser. Datagrunnlaget gikk fra 2006 til 2014 for primærhelsetjenesten og fra 2008 til 2014 for spesialisthelsetjenesten.

Folkehelseinstituttet har også utarbeidet en mer omfattende internrapport om temaet.

10.1 MATERIALE OG METODE

Datakilder

Populasjonen i dette analyseprosjektet var Norges befolkning i perioden 2006-2014. Vi ekskluderte personer uten fødselsnummer. Vi brukte data knyttet til aktiviteten i primær- og spesialisthelsetjenesten. Datakildene var KUHR (Kontroll og utbetaling av helserefusjon) for primærhelsetjenesten og NPR (Norsk pasientregister) for spesialisthelsetjenesten. Se tabell 10.1 for oversikt over hvilke variabler vi benyttet.

Utgangspunktet for alle analysene var aktivitetsdata for allmennleger i KUHR, mens data fra NPR ble brukt til å identifisere innleggelser og oppfølging i spesialisthelsetjenesten. Data var på hendelsesnivå, og ved hjelp av individspesifikke løpenummer var det mulig å undersøke pasientforløp, også mellom behandlingsnivå. Hendelsene var knyttet til hvor personen var bosatt i mai 2016. Vi hadde ikke informasjon om behandlers geografiske tilknytning.

Fra KUHR var data tilgjengelig for perioden fra 2006 til 2014. Det ble fram til 2010 ikke generert regningskort til Helfo (Helseøkonomiforvaltningen) når legens honorar kun ble dekket av pasientens

Tabell 10.1 Oversikt over variabler benyttet fra KUHR og NPR.

KUHR	NPR
Prosjektspesifikk ID	Prosjektspesifikk ID
Regnings ID	Årgang
Fagområde hvor helsetjenesten ble utført	Sektor
Praksistype	Dato inn
Dato og klokkeslett for registrering av regningskortet	Dato ut
Kontakttype (f.eks. enkel kontakt, konsultasjon)	Omsorgsnivå
Takstkoder	Diagnose (kun hoveddiagnose)
Registrerte diagnoser	
Kodeverk for diagnoser	

Tabell 10.2: Oversikt over de 20 hyppigst brukte diagnosene ved konsultasjoner hos fastlege i 2014. KUHR.

Diagnosekode	Diagnose	Antall
K86	Hypertensjon ukomplisert	675 062
K78	Atrieflimmer/flutter	447 787
P76	Depressiv lidelse	420 174
T90	Diabetes type 2	400 825
A97	Administrativ kontakt	379 926
R74	Akutt øvre luftveisinfeksjon	379 652
A04	Slapphet/tretthet	257 393
W781	Svangerskapskontroll	225 637
D01	Abdominalsmerte/krampe generell	225 322
U71	Cystitt/urinveisinfeksjon IKA	215 582
R05	Hoste	210 995
A98	Individforebyggende tiltak	190 363
L15	Kne symptomer/plager	188 854
L87	Bursitt/tendinitt/synovitt IKA	186 149
L92	Skulderyndrom	182 385
L18	Utbredte muskelsmerter/fibromyalgi	178 327
P02	Psykisk ubalanse situasjonsbetinget	169 948
L03	Korsrygg symptomer/plager	162 954
L86	Ryggsyndrom med smerteutstråling	161 415
P29	Psykiske symptomer/plager IKA	158 341

egenandel og legen ikke hadde krav på refusjon - derfor er data mindre komplette for de første årgangene enn for de senere årgangene⁵⁶. Trender basert på KUHR-data mellom 2006 og 2010 må derfor tolkes med varsomhet.

Tabell 10.2 gir en oversikt over de 20 hyppigst brukte diagnosene ved konsultasjon hos fastlege i 2014. Disse utgjorde omlag 32 % av alle diagnoser satt i forbindelse med konsultasjon i 2014.

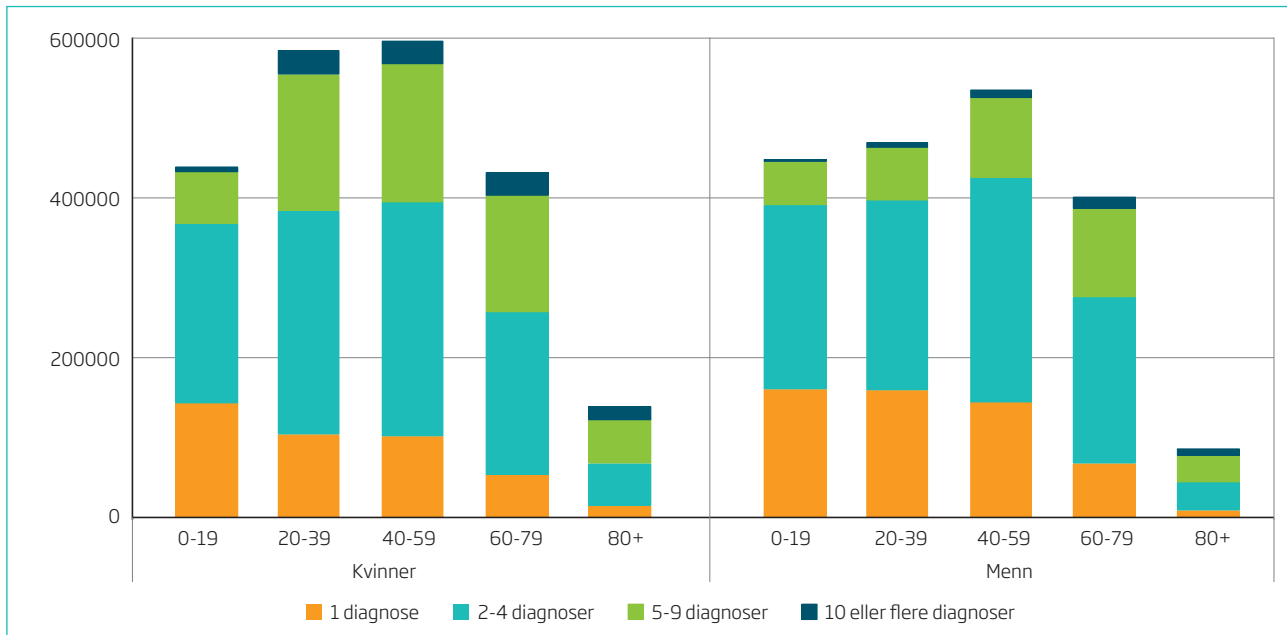
«Administrativ kontakt» (A97) utgjorde om lag 2,2 % av diagnosene.

Ved omlag 80 % av alle konsultasjoner var kun én diagnose registrert. De fleste personene hadde imidlertid mer enn én konsultasjon. Figur 10.1 viser at de fleste personene som oppsøkte primærhelsetjenesten i løpet av 2014 var registrert med mer enn én diagnose. Antallet ulike diagnoser steg med økende alder.

56 Se <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2009-12-18-16397-q=egenandelsregisterforskriften> og <https://helfo.no/fri-kort-for-helsetjenester-egenandelstak-1#automatisert-ordning>

Bruk av helsetjenester i sykehjem registreres ikke i KUHR. Dette ga trolig særlig utslag for antall og

Figur 10.1: Oversikt over antall personer med henholdsvis 1, 2-4, 5-9 og ti eller flere forskjellige registrerte diagnoser hos fastlege og/eller legevakt i løpet av 2014, etter alder. Kvinner og menn. KUHR.



andeler med ulike diagnoser hos de eldste aldersgruppene, som altså baserer seg på de hjemmeboende.

NPR inneholder data om personer som har fått behandling i spesialisthelsetjenesten. Registeret ble etablert i 1997, men opprettet som sentralt personidentifiserbart helseregister først i 2008. Vi har hatt tilgang til utvalgte data fra alle opphold registrert i perioden 2008-2014⁵⁷.

Vi hadde i tillegg tilgang til data om fødselsår, kjønn, fødeland og bokommune per mai 2016 fra Det sentrale folkeregisteret (DSF) for hele den norske befolkningen.

Utover datakildene beskrevet over, har vi benyttet offentlig statistikk fra Statistisk sentralbyrå, som befolkningsmengde og alderssammensetning på fylkes- og kommunenivå.

Forskjell mellom prevalens og bruk av helsetjenester

Data benyttet er basert på aktivitetsdata fra primær- og spesialisthelsetjenesten og beskriver

først og fremst bruken av helsetjenester. Vi har valgt å benytte benevnelsen «andel i befolkningen med minst én konsultasjon der diagnosen [...] ble benyttet» for å synliggjøre at det er en potensiell vesensforskjell mellom faktisk utbredelse av en tilstand eller sykdom i befolkningen (prevalens og insidens) og bruk av helsetjenester for samme tilstand eller sykdom. Dette vil blant annet henge sammen med tilgang til og bruk av helsetjenester, kode- eller diagnosepraksis og presenterte vansker og symptomer ved besøk hos behandler (her lege). I tillegg kan man i denne typen registerdata ikke skille mellom tentative (foreløpige) diagnoser som senere blir avkreftet, og sikre diagnoser.

For data i NPR har det vært gjort validering av noen diagnoser mot data i pasientjournaler i regi av Helsedirektoratet, og ved sammenstilling av NPR-data med andre registerdata, for eksempel nasjonale medisinske kvalitetsregistre^{58 59 60}. For

58 Bakken, I. J. et al. (2012). Comparison of data from the Norwegian Patient Register and the Cancer Registry of Norway. Tidsskrift for Den norske legeförening. 132 (11), 1336-1340.

59 Hollung, S. J. et al. (2016). Completeness and correctness of cerebral palsy diagnoses in two health registers: Implications of estimating prevalence. Developmental Medicine & Child Neurology (epub ahead of print).

60 Varndal, T. et al. (2016). Comparison of the validity of stroke diagnoses in a medical quality register and an administrative health

57 Se <https://helsedirektoratet.no/norsk-pasientregister-npr>

Tabell 10.3: Takstkoder som definerer en konsultasjon hos lege eller legevakt.

2ad	Konsultasjon hos allmennpraktiserende lege, dagtakst
2ae	E-konsultasjon hos fastlege
2ak	Konsultasjon hos allmennpraktiserende lege, kveldstakst
2ed	Gruppebehandling per pasient for veiledning, instruksjon i egenbehandling og bygging av selvhjelpsnettverk innen en gruppe av pasienter med kroniske sykdommer eller funksjonshemninger
2fk	Konsultasjon og tillegg for utrykning til kontor ved øyeblikkelig hjelp under legevakt
2nk	Tillegg for utrykning fra legens hjem til kontoret ved tilstedevakt
3ad	Konsultasjon hos spesialist
11ad	Sykebesøk ved allmennpraktiserende lege, dagtakst
11ak	Sykebesøk ved allmennpraktiserende lege, kveldstakst
12ad	Sykebesøk ved spesialist

KUHR data har det oss bekjent ikke vært utført tilsvarende valideringsarbeid. Det vil være helt nødvendig med validering av KUHR-data i Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) for å kunne vurdere i hvilken grad tallene vi ser i KUHR faktisk reflekterer forekomst av tilstand eller sykdom i hele eller deler av befolkningen.

Metode

Sykdomsgruppene og diagnosene vi har benyttet er definert ut fra diagnosekoder etter internasjonale kodeverk: International Classification of Primary Care (ICPC-2) for primærhelsetjenesten, og den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer (ICD-10) for spesialisthelsetjenesten.

Definisjon av kontakt med allmennlege og legevakt

Kontroll og utbetaling av helserefusjon (KUHR) inneholder ulike aktivitetsdata om refusjonsberettiget kontakt og behandling hos blant annet allmennleger og legevakt, herunder enkel telefonkontakt, skriving av resepter, ulike prosedyrer, sykebesøk og konsultasjoner. Analysene tok utgangspunkt i takstkoder som innebar et faktisk møte mellom lege og pasient. Andre takstkoder slik som for såkalte «enkle pasientkontakter», for eksempel utløst av at pasienten tar kontakt med sin lege/legekontor per telefon for fornyelse av resepter, ble ikke inkludert i analysene. I arbeidet

med å tilrettelegge individdata for aktuelle analyser, ble all unik takstkode- og diagnoseinformasjon på samme dato, hos henholdsvis allmennlege og legevakt, organisert som én hendelse. Dette vil inflatere antallet diagnoser knyttet til en konsultasjon noe. Takstkoder presentert i tabell 10.3 ble benyttet som kvalifiserende for en konsultasjon hos lege eller legevakt⁶¹.

Takstkodene er under kontinuerlig revisjon. Dette vil ha betydning for hvordan man i KPR skal registrere hva som utgjør en «konsultasjon», eller andre sentrale elementer i KPRs registerkjerne som avhenger av takstkoder. Takstkoden 2ad (dagkonsultasjon) alene utgjør om lag 90 % av alle registreringer klassifisert som en «konsultasjon» i tråd med overnevnte definisjon, gjeldende for hele perioden 2006-2014. I tillegg utgjør takstkoden 2ak (kveldskonsultasjon) vel 7 % av alle registreringer i perioden. Helsedirektoratet arbeider med å etablere en mer enhetlig definisjon av hvordan direkte kontakt med lege eller annen behandler skal registreres i KUHR.

Analysetilnærming og statistikkverktøy

Samtlige analyser ble utført på datagrunnlaget som var tilrettelagt for formålet, og statistikkprogrammet Stata ble brukt. Resultater er fremstilt basert på deskriptive statistiske analyser, og er derfor kun beskrivende og summariske. Det er ikke gjort noen forsøk på analytisk/inferentiell statistikk, og det er

register. Scandinavian Journal of Public Health, 44 (2), 143-149.

61 Se Normaltariff for avtalespesialister 2016-2017. Den norske legeforening.

således ikke utført noen statistiske tester. Anføringer som beskriver stabilitet, endring, likheter og forskjeller med mer er kun basert på tallene som er presentert i figurer og tabeller.

Organisering av arbeidet i Folkehelseinstituttet

Fagdirektør for helseregistre Marta Ebbing (prosjektleder) og fagdirektør for forskning Siri Eldevik Håberg etablerte en tverrfaglig analysegruppe bestående av forskere med kompetanse i analyse av store datamengder og data fra ulike helseregistre, med støtte fra en dataforvalter som kunne håndtere og tilrettelegge de store datamengdene på en sikker og effektiv måte. Jens Christoffer Skogen ledet analysearbeidet i nært samarbeid med øvrige prosjektdeltakere.

Intern faglig referansegruppe

I juni 2016 ble det opprettet en intern faglig referansegruppe bestående av førsteamanuensis Hogne Sandvik (dr. med. og spesialist i allmennmedisin), professor Guri Rørtveit (instituttleder ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin, dr.med. og spesialist i allmennmedisin) og førsteamanuensis Øystein Hetlevik (ph.d. og spesialist i allmennmedisin) for å bistå i arbeidet med valg av analyser og tolkninger. Analysegruppen hadde to møter og noe telefon- og e-postkontakt med den interne referansegruppen høsten 2016. Referansegruppen har blant annet gitt tilbakemelding på analyseplaner, resultatene av analysene, og formidlet sine erfaringer med bruk av data fra KUHR og NPR, relevansen for fastlege- og legevaktstjenesten, samt gitt tilbakemeldinger på operasjonaliseringer av diagnosegruppene, konsultasjonskoder med mer.

Samarbeid med Helsedirektoratet

Analysegruppen har deltatt i tre møter med Helsedirektoratets analysegrupper i løpet av oktober-november 2016.

10.2 DEFINISJONER OG BEGREPER

Aldersstandardiserte rater: Aldersstandardisering er nødvendig for å kunne sammenligne sykdomsforekomst eller risiko mellom populasjoner med forskjellig aldersstruktur. En aldersstandardisert rate er et samlet mål for den (sykdoms)rate som en befolkningsgruppe ville hatt med en standard aldersstruktur. Vi har benyttet den norske populasjon fra 2014 (tilgjengelig fra www.ssb.no) som standard populasjon.

Dødsårsaksregisteret: Nasjonalt direkte personidentifiserbart helseregister med medisinske opplysninger om dødsfall blant personer som på dødstidspunktet befant seg i Norge, og personer som på dødstidspunktet var registrert bosatt i Norge, men døde i utlandet⁶².

Eksisterende data: Med «eksisterende data» menes data som behandles i eksisterende registre og databaser. Her omfatter det data fra oppgjørssystemet for Kontroll- og Utbetaling av Helse-Refusjon (KUHR) og Norsk pasientregister (NPR), samt Det sentrale folkeregisteret (DSF).

Helseøkonomiforvaltningen (Helfo): En etat under Helsedirektoratet som blant annet forvalter oppgjør til helseaktører (leger, fysioterapeuter og andre helsetjenesteytere). De er ansvarlig for utbetaling av helseerfusjon via oppgjørssystemet KUHR⁶³.

ICD-10: Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer.

ICPC-2: Den internasjonale klassifikasjonen for primærhelsetjenesten.

IPLOS-registeret (Individbasert PLeie- og Omsorgs-Statistikk): Nasjonalt pseudonymt helseregister med opplysninger om søkere og mottakere av helse- og omsorgstjenester i kommunene⁶⁴.

Konsultasjon i primærhelsetjenesten: Faktisk møte mellom pasient og lege.

62 Se <https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/dodsarsaksregisteret/>

63 Se <https://helfo.no/>

64 Se <https://helsedirektoratet.no/iplos-registeret>

Kontakt i spesialisthelsetjenesten: Polikliniske konsultasjoner, innleggelser i somatisk sykehus og konsultasjoner hos avtalespesialister.

KPR (Kommunalt pasient- og brukerregister): Nasjonalt direkte personidentifiserbart helseregister under etablering i Helsedirektoratet etter lovvedtak 17. juni 2016 nr. 47 som endret helseregisterloven § 11⁶⁵.

Reseptregisteret: Nasjonalt pseudonymt helseregister med opplysninger om legemiddelbruk på individnivå basert på uttak av reseptbelagte legemidler fra apotek i Norge⁶⁶.

10.3 FIRE VIKTIGE IKKE-SMITTSOMME SYKDOMMER

Hjerte- og karsykdom, diabetes, kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) og kreft er utbredte ikke-smittsomme sykdommer. Tilsammen utgjør de en betydelig sykdomsbyrde, både nasjonalt og globalt. I følge Folkehelseinstituttet (2016)⁶⁷ er det anslått at omtrent 25 % av tapte leveår i Norge i 2015 skyldes hjerte- og karsykdom mens 33 % skyldes kreft. Diabetes og KOLS stod hver for nær 3 % av alle helsetapsjusterte leveår (summen av tapte leveår og ikke-dødelig helsetap).

WHO har utarbeidet en global handlingsplan «Global action plan for the prevention and for control of noncommunicable diseases (NCD) 2013-2020»⁶⁸ med mål å redusere tidlig død av disse sykdommene med 25 %. Etter Helsedirektoratets rapport «Reduksjon i ikke-smittsomme sykdommer – nasjonal oppfølging av WHOs mål», lanserte Helse- og omsorgsdepartementet i 2013 en fireårig strategi for forebygging, diagnostisering, behandling og rehabilitering av disse tilstandene⁶⁹. For å kunne måle eventuelle endringer er det nødvendig å ha

65 Se <https://lovdata.no/lov/2014-06-20-43>

66 Se <https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/reseptregisteret/>

67 Folkehelseinstituttet (2016). Sykdomsbyrde i Norge 1990-2013

68 Se http://www.who.int/nmh/events/ncd_action_plan/en/

69 Se Helse- og omsorgsdepartementet. NCD-strategi 2013-2017. For forebygging, diagnostisering, behandling og rehabilitering av fire ikke-smittsomme folkesykdommer; hjerte- og karsykdommer, diabetes, kols og kreft.

tilgang til gode data om utbredelse av sykdom i befolkningen, og om status for behandling, diagnostikk og pasientforløp.

Årsakene til - og risikofaktorene for - disse ikke-smittsomme sykdommene er dels overlappende, dels spesifikke og dels ukjente, men potensialet for forebygging er stort. Livsstilsrelaterte faktorer som bruk av tobakk og alkohol, usunt kosthold og mangel på fysisk aktivitet er kjente risikofaktorer for hjerte- og karsykdom og visse typer kreft. Tobakksbruk er dessuten den viktigste risikofaktoren for KOLS og mangel på fysisk aktivitet en kjent risikofaktor for diabetes type 2. Det foreligger i dag lite oppdatert kunnskap om fordelingen av viktige risikofaktorer i den norske befolkningen. Det foretas ikke lenger systematiske og gjentatte helseundersøkelser av et representativt utvalg av befolkningen hvor det spørres etter livsstilsfaktorer og hvor det blant annet måles kroppsmasseindeks, puls, blodtrykk, blod-sukker og blodlipider. Folkehelseinstituttet har i rapporten «2014: Global handlingsplan for forebygging og kontroll av ikke-smittsomme sykdommer – Indikatorer for utviklingen i Norge»⁷⁰, foreslått fire konkrete måter å bøte på denne datamangelen på, der ett av dem innebærer å tilrettelegge for innhenting av slike data til KPR. Kunnskap om risikofaktorer er nødvendig for å kunne vurdere hvilke forebyggende tiltak som bør settes inn i hvilke sammenhenger og i hvilke deler av befolkningen, og for å kunne anslå framtidig insidens og prevalens (framskriving).

10.4 HJERTE- OG KARSYKDOM

Tabell 10.4 gir en oversikt over hvilke diagnosekoder som ble benyttet for å analysere hjerte- og karsykdom.

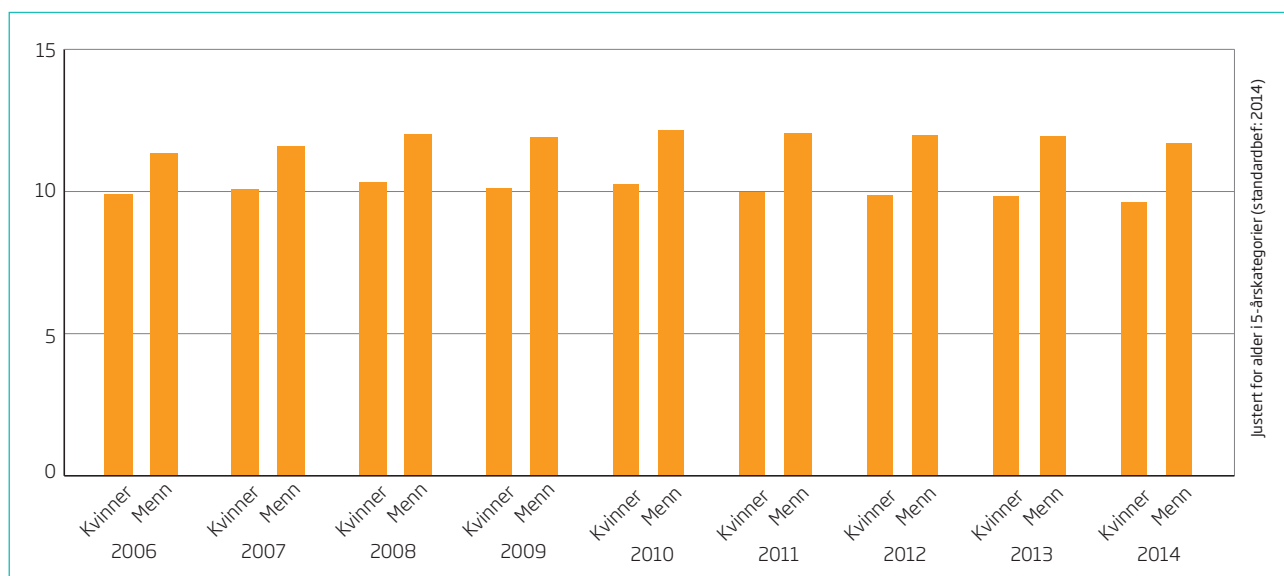
Hjerte- og karsykdom er en samlebetegnelse for hjertesykdommer, karsykdommer i hjernen og sykdommer i blodkar for øvrig. Selv om det har vært en positiv utvikling de siste tiårene, forårsaker hjerte- og karsykdom fortsatt mange dødsfall, tapte leveår (tidlig død) og mye sykkelighet i Norge. I følge

70 Se Folkehelseinstituttet (2014). Global handlingsplan for forebygging og kontroll av ikke-smittsomme sykdommer. Indikatorer for utviklingen i Norge.

Tabell 10.4: ICPC-2 (KUHR) og ICD-10 (NPR) koder er brukt for å analysere hjerte- og karsykdom.

ICPC-2	Diagnosekoder
Hjerte-kar diagnose	K70-K71, K73-K80, K82-K84, K86-K88, K89-K95, K99
Iskemisk hjertesykdom	K74-K76
ICD-10	
Akutt hjerteinfarkt	I21

Figur10.2: Andel i befolkningen med minst én konsultasjon der det ble benyttet diagnose fra diagnosegruppen hjerte- og karlidelse, 2006-2014. Kvinner og menn. Aldersstandardiserte rater (standardbefolkning 2014). KUHR.



tall fra Dødsårsaksregisteret var hjerte- og karsykdom hyppigste dødsårsak i Norge i 2015. Hjerte- og karsykdom var dessuten den nest mest vanlige hovedårsak til tapte leveår i Norge i 2015 ifølge beregninger fra det globale sykdomsbyrdeprosjektet Global Burden of Disease (GBD)⁷¹. Det er vanskeligere å kvantifisere hva hjerte- og karsykdom bidrar med av ikke-dødelig sykkelighet, men ifølge GBD var hjerte-karsykdom den tredje viktigste årsak til dødelig og ikke-dødelig helsetap til sammen i Norge i 2015.

Figur 10.2 viser andel i befolkningen med minst én konsultasjon hos fastlege eller legevakt der det ble benyttet en diagnose fra diagnosegruppen hjerte- og karsykdom (se tabell 10.4) hos menn og kvinner for perioden 2006 til 2014. Både for menn og kvinner var andelene stabile i perioden. Dette betyr at når man tok høyde for aldersutviklingen i befolkningen over tid, var forekomsten av individer med minst én konsultasjon der det ble benyttet en

diagnose fra diagnosegruppen hjerte- og karsykdom, stabil. Figur 10.3 viser geografisk variasjon i andel av befolkningen med minst en konsultasjon i primærhelsetjenesten i løpet av 2014 der en diagnose for iskemisk hjertesykdom ble benyttet.

For å undersøke hva som skjer med pasientene i primærhelsetjenesten etter en innleggelse for et [førstegangs](#) hjerteinfarkt i 2014, ekskluderte vi pasienter som var registrert med hjerteinfarkt som hoveddiagnose i NPR i årene 2008-2013. Totalt 9 547 personer var registrert med førstegangs innleggelse med hoveddiagnose akutt hjerteinfarkt i 2014.

Figur 10.4 viser fordeling av antall dager til første konsultasjon i primærhelsetjenesten etter utskrivelse for menn og kvinner. Omlag 15 % av begge kjønn hadde vært i kontakt med primærhelsetjenesten en uke etter utskrivelsen, og omtrent 60 % hadde vært i kontakt med primærhelsetjenesten innen en måned etter utskrivelsen, enten fastlege eller legevakt. Figur 10.5 viser fordelingen av første

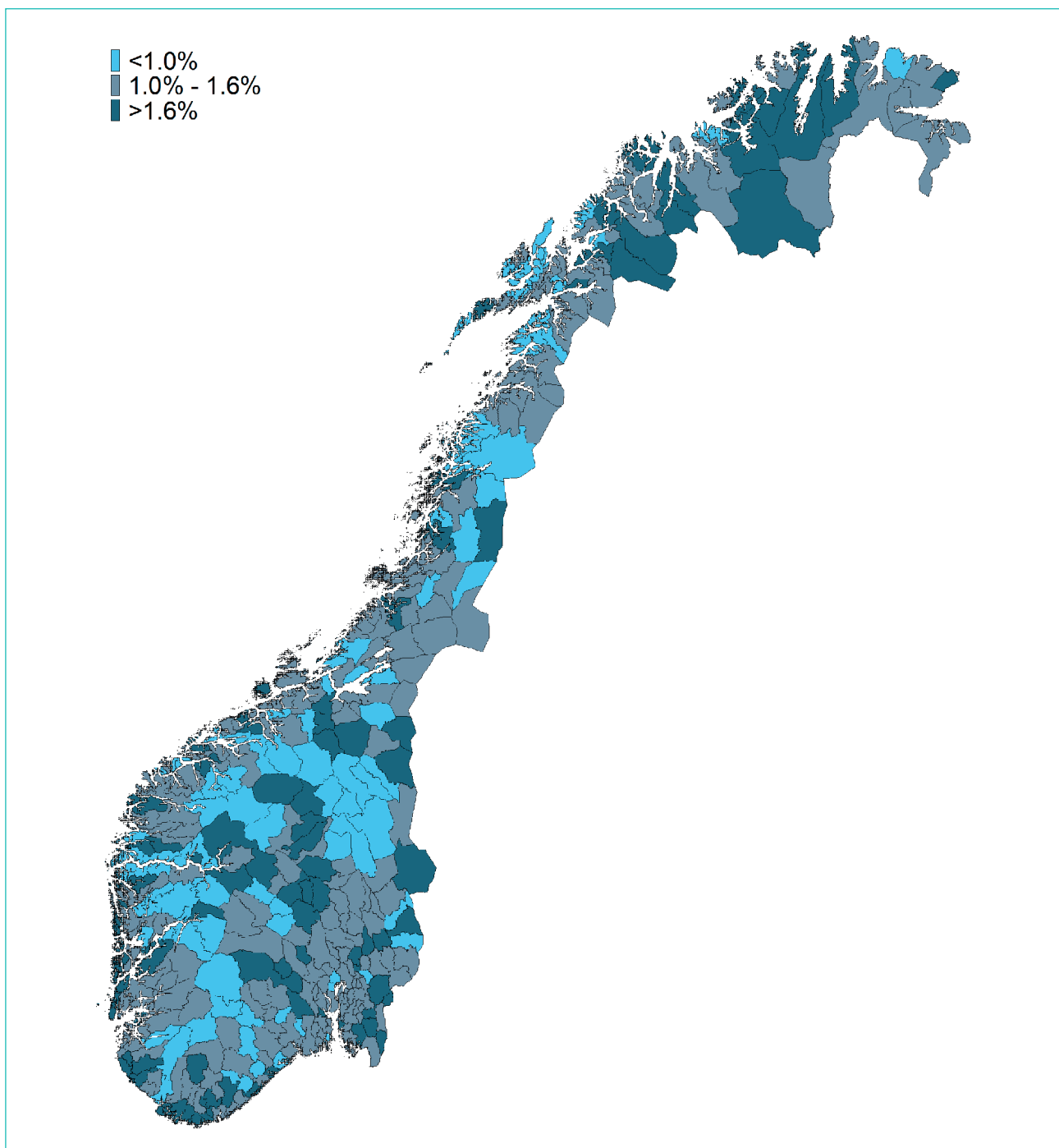
71 www.healthdata.org

registrerte konsultasjon i primærhelsetjenesten. Langt de fleste gikk til sin fastlege, men en ikke ubetydelig andel av både menn og kvinner tok kontakt med legevakt.

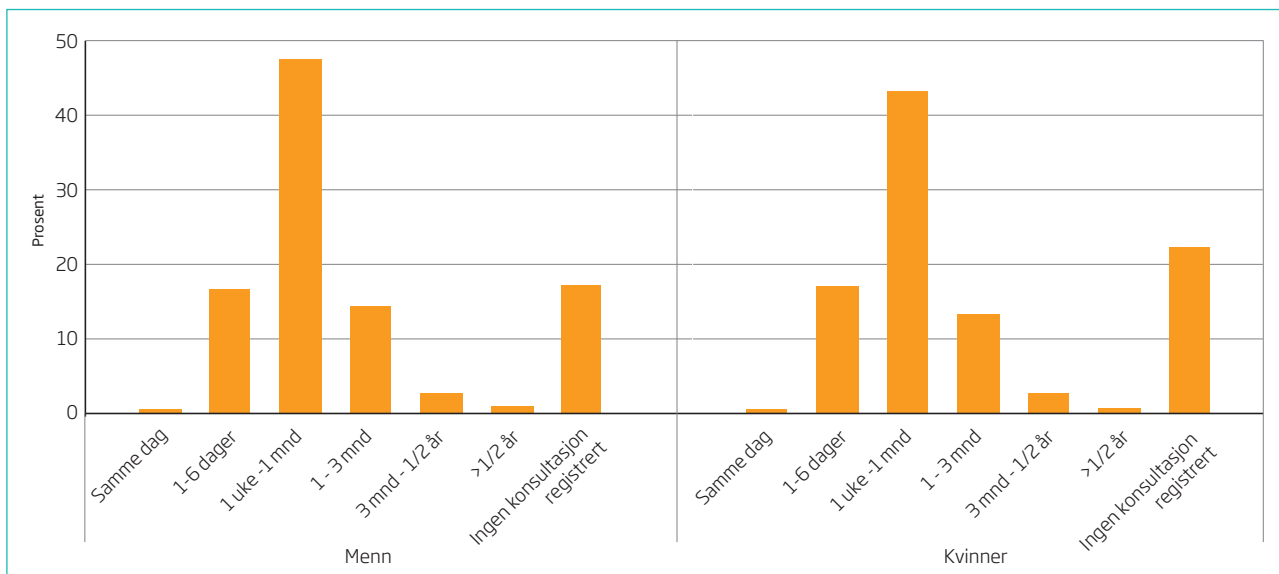
Knapt 20 % av mennene og drøyt 20 % av kvinnene hadde ingen kontakt registrert i primærhelse-

tjenesten etter førstegangs infarkt i 2014. Dette kan skyldes at de ikke overlevde, at de ble utskrevet til en institusjon (sykehjem), at de ble fulgt opp i spesialisthelsetjenesten, at de ikke hadde behov for eller ikke ønsket oppfølging, eller at de ble uskrevet mot slutten av 2014 og ble fulgt opp i 2015.

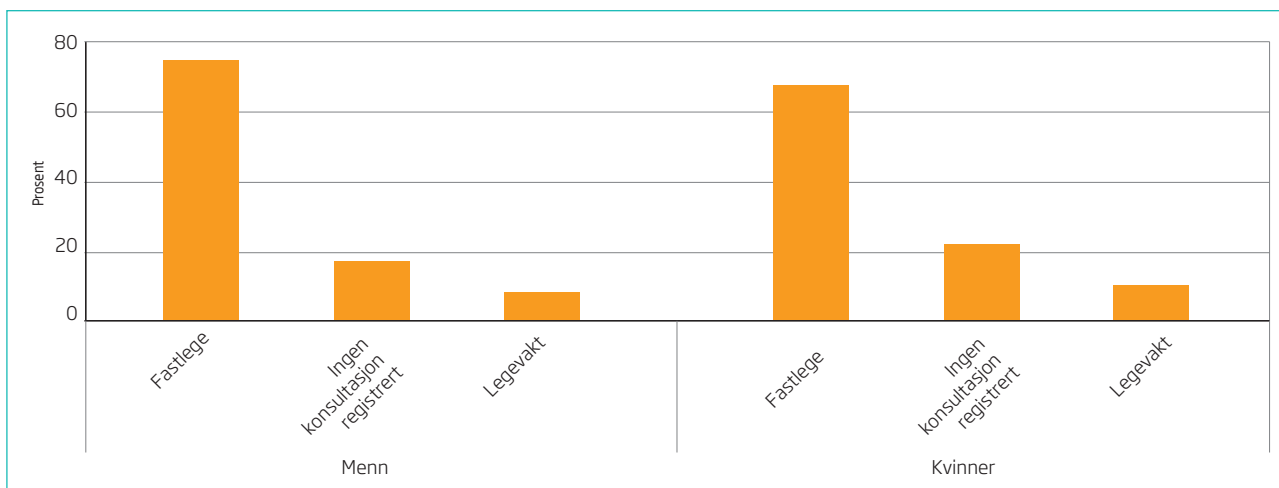
Figur 10.3: Andel i befolkningen med minst én konsultasjon der diagnose for iskemisk hjertesykdom (K74-K76) ble benyttet. Kommunevis variasjon. 2014. KUHR.



Figur 10.4: Tid til første konsultasjon i primærhelsetjenesten etter førstegangs innleggelse med hoveddiagnose hjerteinfarkt (I21). Menn og kvinner. 2014. KUHR og NPR.



Figur 10.5: Fordeling første konsultasjon i primærhelsetjenesten etter førstegangs innleggelse med hoveddiagnose akutt hjerteinfarkt (I21). Menn og kvinner. 2014. KUHR og NPR.



10.5 DIABETES MELLITUS TYPE 2

Diabetes mellitus er en gruppe sykdommer som defineres ved høyt blodsukker. Forekomsten av diabetes varierer med kjønn (flere menn enn kvinner har diabetes) og øker med alder. Livsstilsfaktorer som overvekt/fedme, fysisk inaktivitet og røyking er viktige risikofaktorer for diabetes type 2.

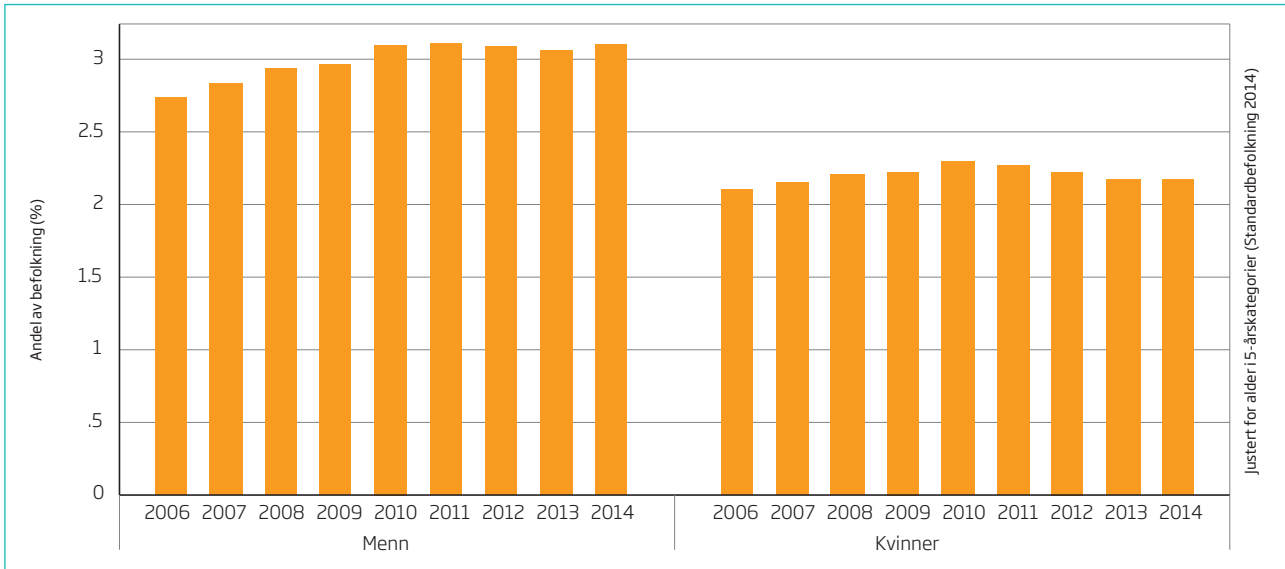
Det er utfordrende å estimere forekomsten av diabetes. Ved å kombinere data fra Reseptregisteret og

helseundersøkelser er det i følge Folkehelseinstituttet (2014) anslått at om lag 3,7 % (cirka 190 000 personer) av befolkningen har diagnostisert diabetes type 2⁷². I tillegg er det grunn til å tro at det er mange i befolkningen som har diabetes uten å vite om det.

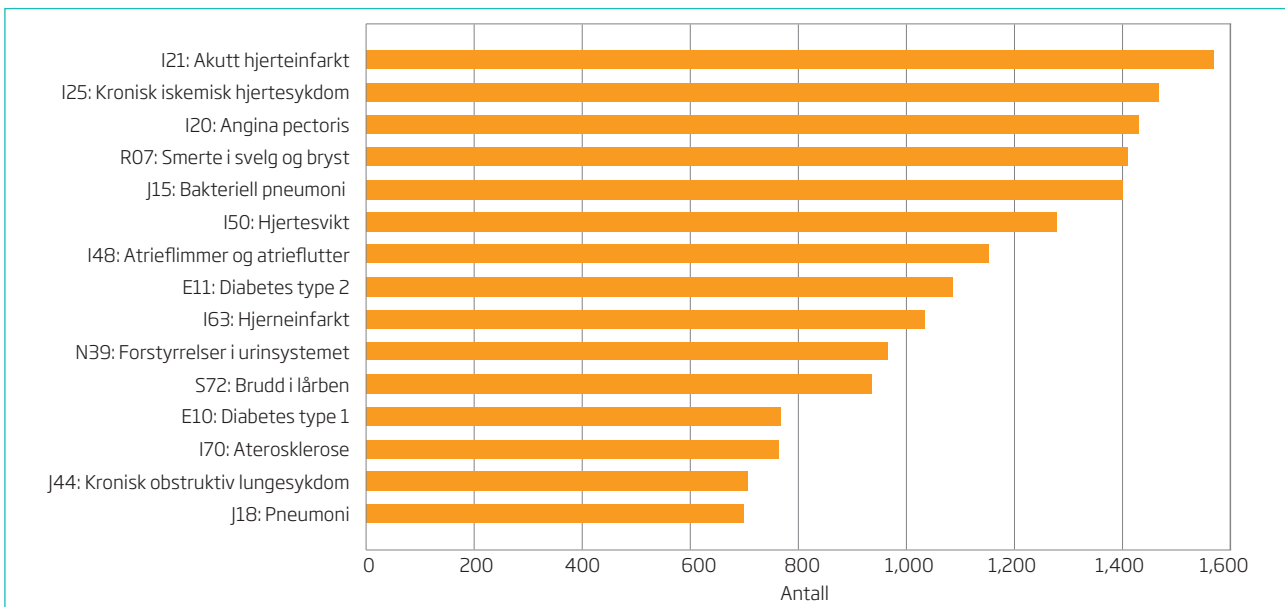
Pasienter med diabetes type 2 blir som regel fulgt opp og behandlet i primærhelsetjenesten. Nasjonale

72 Folkehelseinstituttet (2014). Folkehelse rapporten 2014: Helsetilstanden i Norge.

Figur 10.6: Andel i befolkningen med minst én konsultasjon der diagnosen diabetes type 2 ble benyttet, 2006-2014. Menn og kvinner. Aldersstandardiserte rater (standardbefolkning 2014). KUHR.



Figur 10.7: Hyppigste hoveddiagnoser ved utskrivelse i 2014 for personer som i perioden 2012-2013 hadde minst én konsultasjon hos fastlege eller legevakt hvor diagnosen diabetes type 2 (T90) ble benyttet. KUHR og NPR.



faglige retningslinjer for diabetes utarbeidet av Helsedirektoratet anbefaler blant annet en utvidet årlig kontroll av alle med diabetes type 2⁷³. Figur 10.6 viser andel i befolkningen som hadde minst én konsultasjon i løpet av ett kalenderår i perioden 2006-2014 der diagnosen diabetes type 2 ble benyttet, fordelt på kvinner og menn. Det var en

økning i andelen frem til 2010. Av befolkningen som var i live per 1.1.2014, fant vi at henholdsvis 163 000 og 180 000 individer hadde minst én konsultasjon i primærhelsetjenesten der diagnosen diabetes type 2 ble benyttet i løpet av 2013-2014 og 2012-2014. Dersom man utvider observasjonsperioden utover ett år, ser det altså ut til at man finner nokså

73 Se <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/diabetes>

overlappende antall individer i Norge med diabetes type 2 i KUHR som i andre kilder.

Ubehandlet eller ikke-optimalt behandlet diabetes gir betydelig økt risiko for komplikasjoner og følgesykdommer, som for eksempel hjerte- og karsykdom, kroniske sår, nervesmerter og blindhet. Om lag 126 000 personer hadde i perioden 2012-2013 minst én konsultasjon i primærhelsetjenesten hvor diagnosen diabetes type 2 ble benyttet. Av disse personene ble om lag 31 % innlagt i 2014. Figur 10.7 viser hoveddiagnosene som ble hyppigst benyttet ved utskrivelse. Diagnosene stemmer godt overens med det forventede tilstandsbildet hos personer som har diabetes type 2.

Diagnosene diabetes type 1 og diabetes type 2 er imidlertid gjensidig utelukkende. Det må derfor foreligge feil enten i KUHR-data eller i NPR-data for disse personene. Det er også viktig å være oppmerksom på at det for ICPC-2 diagnosekodene T89 og T90 i 2013 ble gjort en endring i ordlyd i klassifiserings-systemet. For diagnosekode T89 ble kodeteksten endret fra «Diabetes insulinavhengig» til «Diabetes type 1», mens kodeteksten ble endret fra «Diabetes ikke-insulinavhengig» til «Diabetes type 2» for diagnosekode T90⁷⁴.

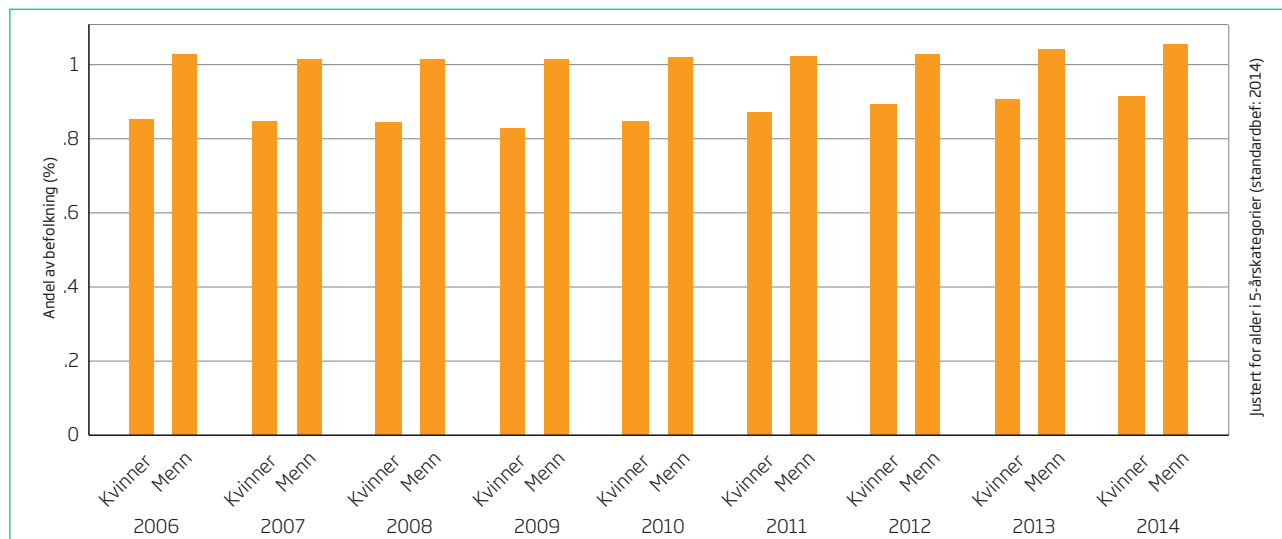
10.6 KRONISK OBSTRUKTIV LUNGESYKDOM (KOLS)

Symptomene og graden av alvorlighet på KOLS varierer, fra lett hoste til invalidiserende tung pust selv ved hvile. Forekomsten øker med alder og røyking er den viktigste risikofaktoren for å utvikle KOLS [5]. I Norge er forekomsten usikker, og mange går trolig udiagnostisert. De beregningene som eksisterer må tolkes med forsiktighet fordi de er basert på ulik vurdering av symptomer, lungefunksjon og befolkningsutvalg. Tall fra Dødsårsaksregisteret viser at KOLS var årsak til over 2 100 dødsfall i Norge i 2015, og beregninger fra det globale sykdomsbyrdeprosjektet GBD viste at KOLS var årsak til nærmere 5 % av tapte leveår i Norge i 2015.

Vi har undersøkt aktivitetsdata fra KUHR (ICPC-2 kode R95) og NPR (ICD-10 kode J43 og J44) knyttet til kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS). Antall menn og kvinner registrert med diagnosen KOLS økte i perioden 2006-2014, men andelen i befolkningen justert for alder var relativt stabile for begge kjønn (figur 10.8).

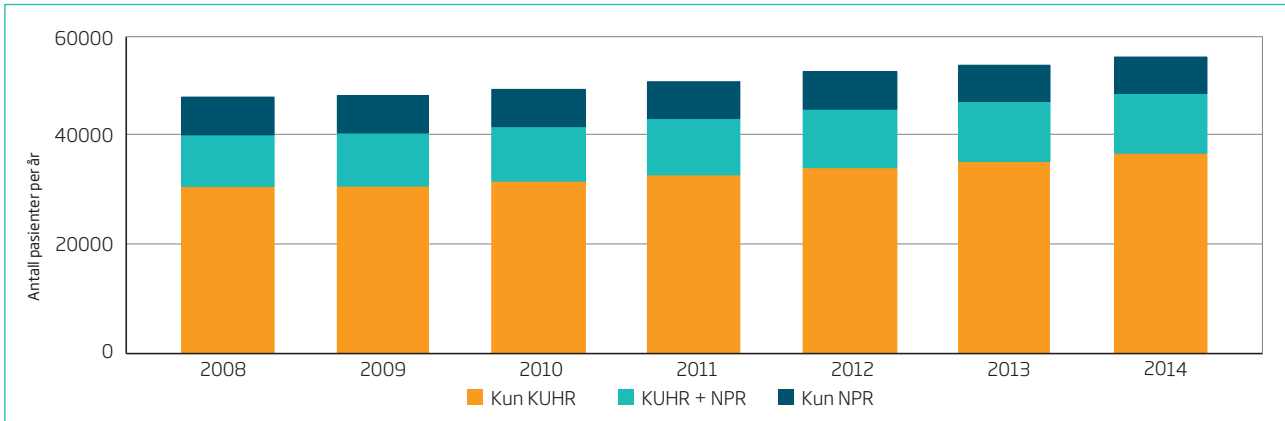
Figur 10.9 viser hvor mange personer som hadde kontakt med helsetjenesten der diagnosen KOLS ble benyttet kun i primærhelsetjenesten, kun i spesialist-

Figur 10.8: Andel i befolkningen med minst én konsultasjon der diagnosen KOLS ble benyttet, 2006-2014. Aldersstandardiserte rater (standardbefolkning 2014). Kvinner og menn. KUHR.

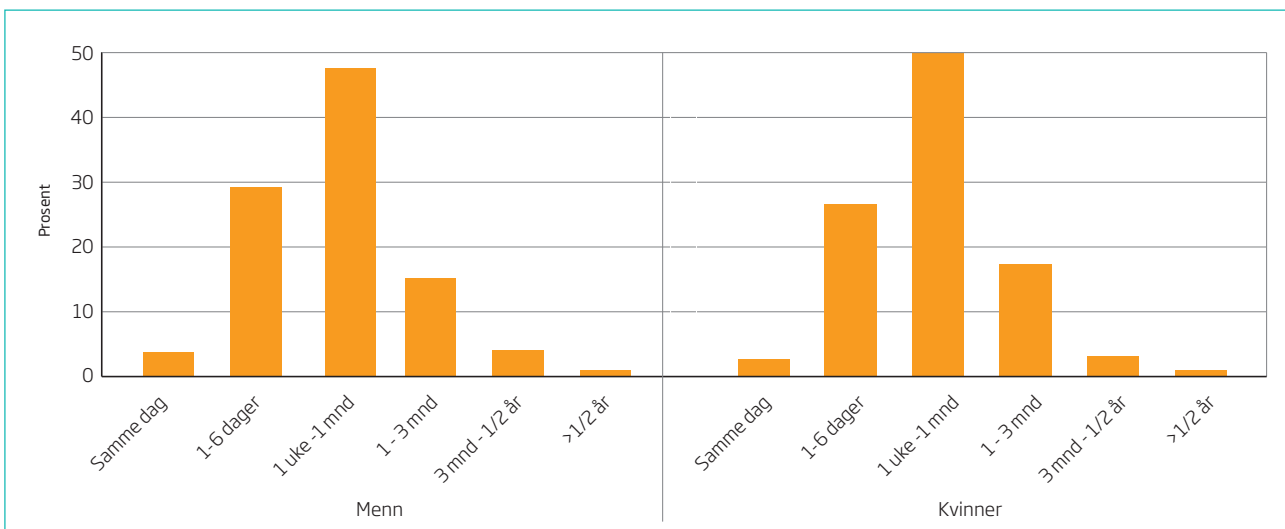


74 Se https://helsedirektoratet.no/Documents/Medisinske%20koder%20og%20kodeverk/ICPC-2/LesmegeICPC2_2014.pdf

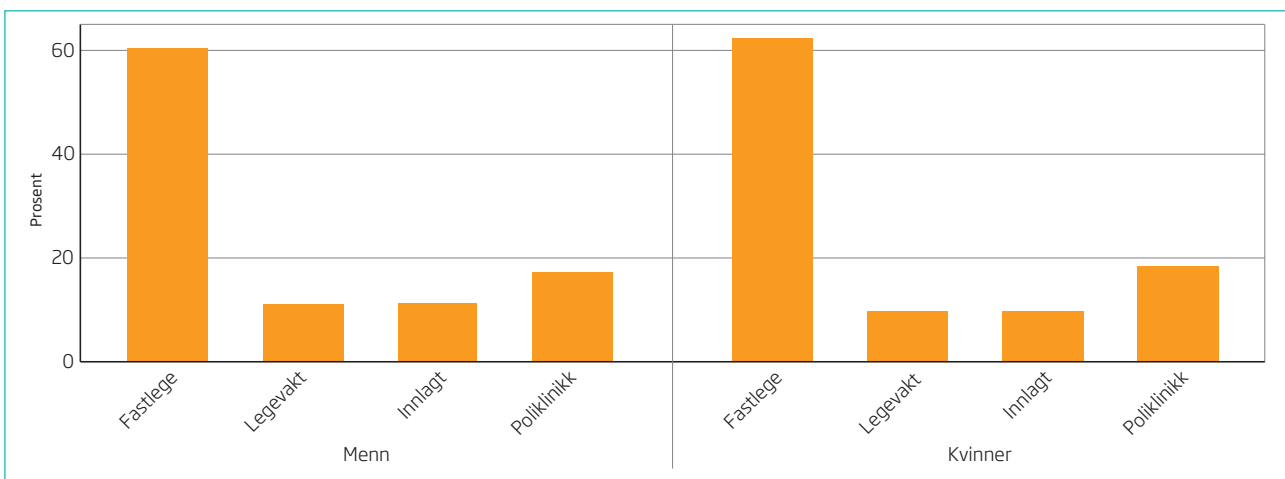
Figur 10.9: Antall personer som hadde kontakt der diagnosen KOLS ble benyttet kun i primærhelsetjenesten (ICPC-2 kode R95), kun i spesialisthelsetjenesten (ICD-10 kode J43 eller J44), eller både i primær- og spesialisthelsetjenesten per år i perioden 2008 til 2014. KUHR og NPR.



Figur 10.10: Tid fra utskrivelse til neste kontakt i primær- eller spesialisthelsetjenesten etter innleggelse med hoveddiagnose KOLS (J43, J44). Menn og kvinner. 2014. KUHR og NPR.



Figur 10.11: Fordeling første kontakt etter innleggelse med hoveddiagnose KOLS (J43, J44). Menn og kvinner. 2014. KUHR og NPR. Poliklinikk: Poliklinikk sykehus eller avtalespesialist.



helsetjenesten, eller både i primær- og spesialisthelsetjenesten per år i perioden 2008-2014. Mer enn 2/3 av personene hadde kun kontakt med primærhelsetjenesten, og denne andelen økte i perioden.

Vi fant 3 707 personer som var lagt inn i 2014 med hoveddiagnose KOLS. Av disse var 3 196 (86 %) registrert med minst én etterfølgende hendelse i primær- eller spesialisthelsetjenesten. Nærmere 80 % av disse var registrert med ny kontakt innen én måned (figur 10.10). Første registrerte kontakt var hos fastlege i over 60 % av tilfellene for både kvinner og menn, mens om lag 10 % var registrert på legevakt (figur 10.11). Ny kontakt med spesialisthelsetjenesten etter utskrivning var også vanlig. Både blant kvinner og menn ble omtrent 10 % innlagt på nytt, mens omtrent 18% var registrert i poliklinikk.

10.7 KREFT

Tabell 10.5 gir en oversikt over hvilke diagnosekoder som ble benyttet for å definere kreft.

Kreft er en fellesbetegnelse for en rekke sykdommer som har forskjellige risikofaktorer og ulik sykdomsutvikling. Ifølge Kreftregisteret (2015) ble litt over 32 000 nye krefttilfeller diagnostisert i 2015, og 54 % av tilfellene rammet menn⁷⁵. Risikoen for å rammes av kreft stiger med alderen, og økende alder i befolkningen bidrar derfor til større forekomst av kreft.

Figur 10.12 viser andel i befolkningen per år som hadde minst én konsultasjon der en kreftdiagnose (se tabell 10.5) ble benyttet i perioden 2006-2014 hos menn og

Tabell 10.5: ICPC-2 (KUHR) og ICD-10 (NPR) koder brukt for å definere kreft.

ICPC-2	Koder
Kreft totalt	A79, B72-B74, D74-D77, F74, H75, K72, L71, N74, R84-R85, S77 T71 U75-U77, W72, X75-X77, Y77-Y78
ICD-10	
Lungekreft	C34
Tykkarmskreft	C18-C21

Figur 10.12: Andel i befolkningen med minst én konsultasjon der en kreftdiagnose ble benyttet. 2006-2014. Aldersstandardiserte behandlingsrater (standardbefolkning 2014). Kvinner og menn. KUHR.



⁷⁵ Kreftregisteret (2015). Cancer in Norway. Kreftinsidens, mortalitet, overlevelse og prevalens i Norge.

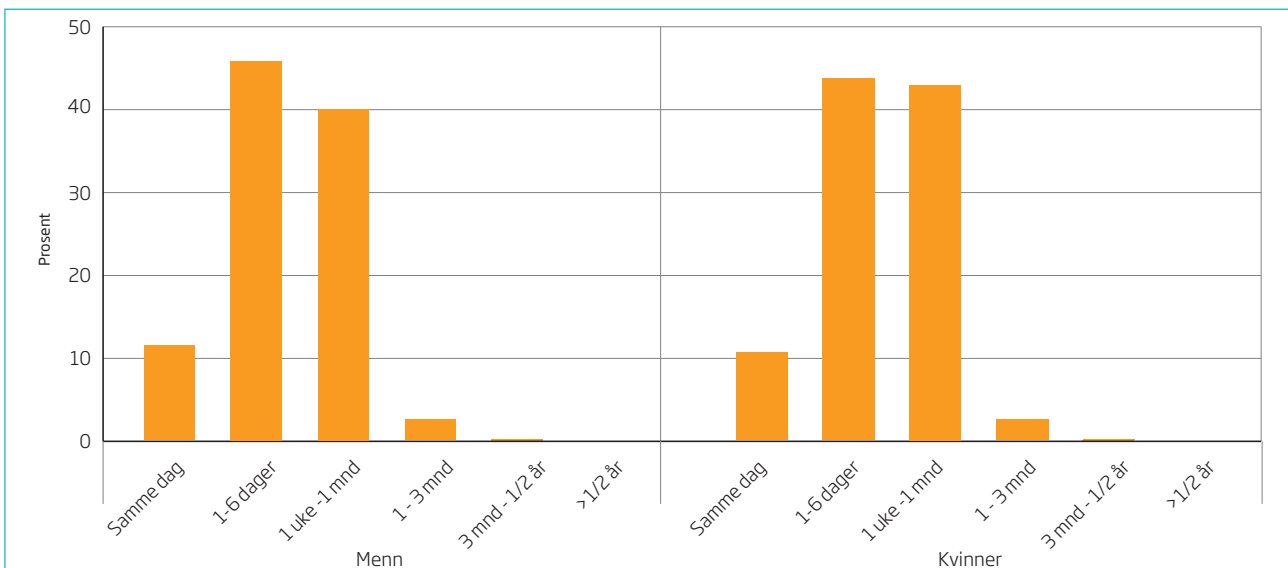
kvinner. Selv justert for alder, var det en økning over tid for begge kjønn.

Kreftregisteret rapporterte om 3 019 nye tilfeller av lungekreft i 2014, definert ved ICD-10 kodene C33 (ondartet svulst i luftrør) og C34⁷⁶. Vi fant i alt 2 603 personer som var innlagt i sykehus med hoveddiagnosen lungekreft (kun C34) i løpet av 2014, og som ikke hadde vært innlagt med denne hoveddiagnosen i perioden 2008-2013. Vi antok derfor at innleggelsen i 2014 var deres første med diagnosen lungekreft. I alt 2 223 av de 2 603 personene (85 %)

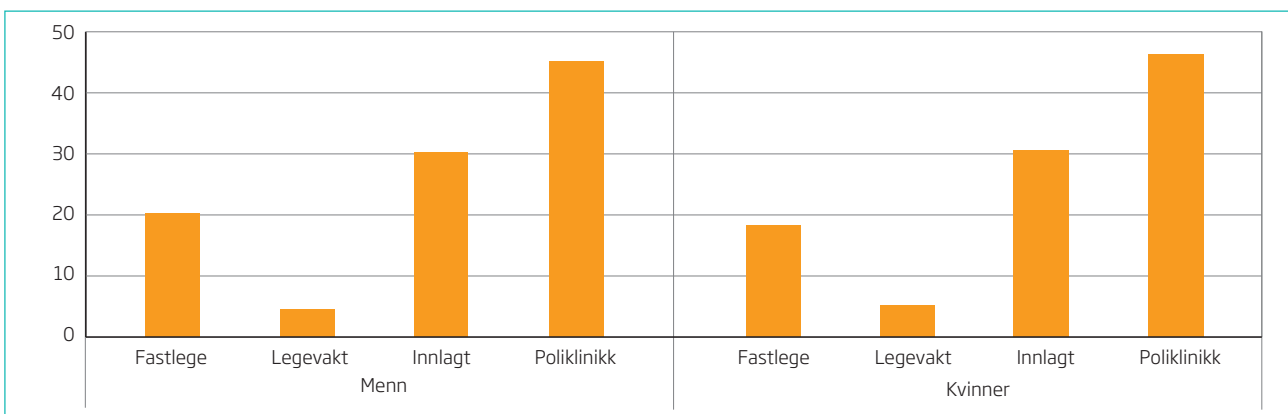
var registrert med minst én etterfølgende kontakt i primær- eller spesialisthelsetjenesten.

Figur 10.13 viser tid i dager fra utskrivelse til neste kontakt. Nesten alle kontaktene var registrert innen én måned etter utskrivelse, og kjønnsforskjellene var ubetydelige. Figur 10.14 viser at poliklinisk konsultasjon var mest vanlig etter innleggelse med hoveddiagnose lungekreft (C34), men omtrent en tredjedel var registrert med ny innleggelse. Omtrent 20 % hadde første konsultasjon hos fastlege, og rundt 5% var registrert på legevakt.

Figur 10.13: Tid fra utskrivelse til neste kontakt i primær- eller spesialisthelsetjenesten etter innleggelse med hoveddiagnose lungekreft (C34). Menn og kvinner. 2014. KUHR og NPR.



Figur 10.14: Fordeling første kontakt etter innleggelse med hoveddiagnose lungekreft (C34). Menn og kvinner. 2014. KUHR og NPR. Poliklinikk: Poliklinikk sykehus eller avtalespesialist.

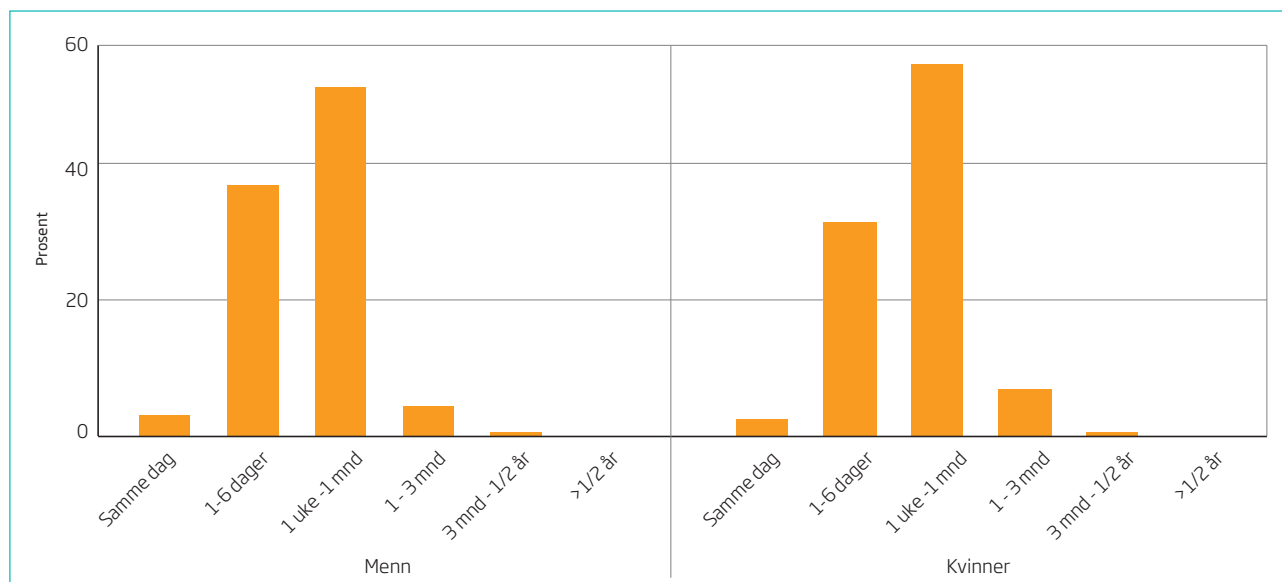


76 Se <https://www.kreftregisteret.no/>

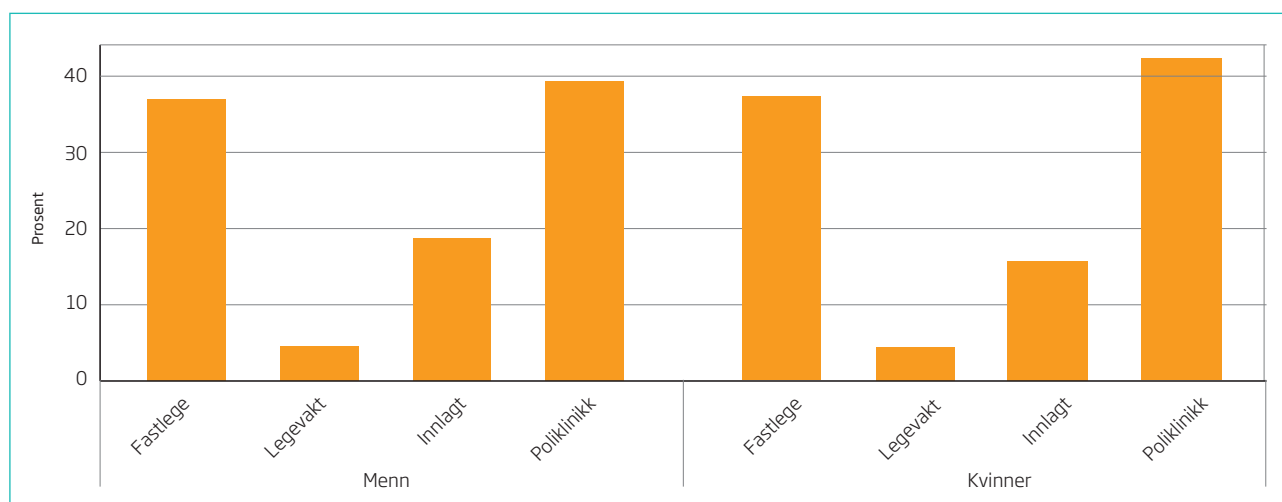
Krefregisteret rapporterte om til sammen 4 296 nye tilfeller av ondartet svulst i tykktarm (ICD-10 C18), overgang mellom sigmoideum og endetarm (ICD-10 C19), endetarm (ICD-10 C20) eller endetarmsåpning og analkanal (ICD-10 C21) i 2014. Til sammenligning fant vi til sammen 4 094 personer innlagt for første gang i 2014 med hoveddiagnose C19-C21. For enkelthets skyld har vi noe upresist omtalt alle disse kreftformene under samlebetegnelsen «tykktarmskreft» i det følgende.

Blant de 4 094 personene innlagt for første gang med hoveddiagnose tykktarmskreft, fant vi en påfølgende kontakt i primær- eller spesialisthelsetjenesten hos 3 783 (92 %). Figur 10.15 viser tid fra utskrivelse til neste kontakt. Over 90 % av konsultasjonene var registrert innen én måned etter utskrivelse hos begge kjønn. For både menn og kvinner var poliklinisk kontakt i spesialisthelsetjenesten vanligst etter utskrivelse, men like under 40 % gikk til fastlege, og en betydelig andel ble innlagt på nytt (se figur 10.16).

Figur 10.15: Tid fra utskrivelse til neste konsultasjon i primær- eller spesialisthelsetjenesten etter innleggelse med hoveddiagnose tykktarmskreft (C18-C21). Menn og kvinner. 2014. KUHR og NPR.



Figur 10.16: Fordeling første konsultasjon etter innleggelse med hoveddiagnose tykktarmskreft (C18-C21). Menn og kvinner. 2014. KUHR og NPR. Poliklinikk: Poliklinikk sykehus eller avtalespesialist.



10.8 BEGRENSNINGER I DATA-MATERIALET

Det var noen begrensninger knyttet til data som var innhentet til dette prosjektet: For det første finner vi en generell økning i registreringen av diagnoser etter 2010. Dette er gjennomgående, og skyldes trolig at det etter 2010 også blir generert regningskort til Helfo når legens honorar blir dekket av pasientens egenandel og legen ikke har krav på ytterligere refusjon, noe som ikke var tilfellet før 2010. Videre er det i KUHR ikke én entydig registrering som gir informasjon om hvorvidt pasienten faktisk har hatt direkte kontakt med behandler. Dette måtte vi tilnærme oss ved å identifisere bruk av ulike takstkoder i KUHR. Vi har i metodedelen gjort rede for vår tilnærming, men det er også mulig å benytte andre tilnærminger. Det er imidlertid ikke grunn til å tro at andre rimelige tilnærminger ville gi store utslag, men det ville være formålstjenlig å få en mer enhetlig registrering av den faktiske kontakten mellom pasient og lege/behandler i et fremtidig KPR. Til sist var data fra KUHR knyttet til pasientene uten informasjon om legene. Dette forhindret blant annet undersøkelse av bruk av primærhelsetjenester utenfor bostedskommune, for eksempel ved reise.

NPR-data innhentet til dette prosjektet inneholdt kun informasjon om innleggelsesdato, utskrivelsesdato og pasientens hovedtilstand (hoveddiagnose), og ikke om tilleggstilstander (bidiagnoser) eller prosedyrekoder (Klassifikasjon av medisinske prosedyrer (NCMP) eller Klassifikasjon av kirurgiske inngrep (NCSP)). Det ville gitt større muligheter for grundigere analyser om vi hadde hatt tilgang til bidiagnoser og prosedyrekoder i tillegg til hoveddiagnosen.

Dersom vi hadde hatt tilgang til personidentifiserbare data fra andre kilder, som sykehjem, IPLOS-registeret og Dødsårsaksregisteret, ville vi hatt mulighet til å beskrive mer fullstendige pasientforløp. For eksempel ville informasjon fra IPLOS-registeret gitt informasjon om eventuelt behov for bistand og assistanse, og hvilke tjenester som ytes av kommunen i oppfølging. Resultatene fra analysene knyttet til KOLS kan illustrere dette. Ved utskrivelse fra sykehus etter innleggelse med hoveddiagnose KOLS var det en betydelig andel (1/3) som ikke senere ble

registrert med en konsultasjon i primærhelsetjenesten eller i poliklinikk i spesialisthelsetjenesten. Mulige årsaker til dette kan være at personene ble overført til helse- og omsorgsinstitusjon, ikke overlevde, eller døde kort tid etter utskrivelse. Ved kobling til sykehjemsdata, IPLOS-registeret eller Dødsårsaksregisteret, kunne årsakene til at de ikke er registrert med poliklinisk behandling etter utskrivelse blitt bedre belyst.

De ikke-smittsomme sykdommene medfører ofte bruk av legemidler i og utenfor sykehus. Således ville tilgang på direkte personidentifiserbare data om forskriving og bruk av legemidler vært formålstjenlig og kunne gitt verdifull tilleggsinformasjon. Enn så lenge er det kun det pseudonyme Reseptregisteret som har data om legemiddelbruk på individnivå, det vil si om reseptbelagte legemidler hentet på apotek i Norge. Vi hadde ikke hjemmel til å koble data fra Reseptregisteret med data fra KUHR og NPR i dette analyseprosjektet.

Det er betydelig variasjon i hvor stor grad vi kan anta at tall knyttet til bruk av helsetjenester reflekterer utbredelsen av en tilstand i befolkningen. Diagnoser som er registrert i KUHR har antageligvis varierende grad av relevans når det gjelder å undersøke i hvilken grad tilstander blir fanget opp og behandlet. For noen tilstander, som fedme, er det dårlig samsvar mellom den antatte utbredelsen i befolkningen og andelen personer registrert med fedme i KUHR. Mange personer med fedme vil ikke oppsøke lege primært på grunn av fedmen, og dermed vil ikke legen ha noen grunn til å registrere overvekt/fedme som en diagnose eller kontaktårsak. Det er også rimelig å tro både legens faglige bakgrunn og diagnosepraksis, eventuelle flaskehals i tjenesten, pasientens presenterte symptom og formål med å oppsøke tjenesten påvirker hvilken diagnose som blir satt. Årsakene til misforhold mellom forekomst av en tilstand i befolkningen og forekomst av tilsvarende diagnoser i KUHR er imidlertid sannsynligvis sammensatte og i varierende grad tilstands-spesifikke. Videre er det en vesensforskjell mellom diagnosesetting i primærhelsetjenesten (KUHR), hvor takstkodene er uavhengige av diagnosekoden, og diagnosesetting i spesialisthelsetjenesten, som er direkte knyttet opp til finansiering via DRG-

systemet⁷⁷. Dette påvirker trolig også diagnose-setting i primærhelsetjenesten ulikt sammenlignet med spesialisthelsetjenesten.

10.9 OPPSUMERENDE KOMMENTARER

Det overordnede målet med KPR-analyseprosjektet var å dokumentere anvendbarhet og kvalitet av eksisterende data fra KUHR, samt hvordan data fra KUHR kunne nyttes sammen med data fra NPR. Vi mener at følgende typer kunnskap er forutsetninger for at et kommunalt pasient og bruker-register skal være nyttig for pasienter, brukere, helsetjenestene og for helse- og omsorgsforvaltningen:

- Kunnskap om forekomst av sykdom og risikofaktorer for sykdom, og om sammenhenger mellom sosioøkonomiske forhold, risikofaktorer og ytre påvirkningsfaktorer for sykdom og helse.
- Kunnskap om effekten av endringer i styringen av tjenestene.
- Kunnskap om effekten av primær- og sekundærforebyggende tiltak i de ulike delene av tjenestene, inklusive folkehelseiltak.
- Kunnskap om fordelingen, bruken og kvaliteten på helse- og omsorgstjenester i befolkningen etter kjønn, aldersgrupper, geografisk bakgrunn, utdanning og inntekt, med særlig fokus på pasient- og brukerforløp innad i kommunale tjenester, og på tvers av tjenestenivåene.

Når det gjelder studier av pasientforløp, trender og multimorbiditet er en sentral utfordring at det kun er tilgang til diagnosekodene som er angitt på regningskortet i KUHR. Det er nok ikke uvanlig at ikke alle aktuelle diagnoser registreres, ettersom det ikke er avgjørende for å kunne kreve refusjon. Av den grunn er informasjonen som er mulig å hente inn «fattig» i den forstand at relevant og sentral informasjon som eventuelt er tilgjengelig i pasientjournalene ikke kan fanges opp. Dette i motsetning til NPR, der alle tilstander/diagnoser som er relevante for den aktuelle episoden i sykehus (poliklinisk kontakt eller sykehusinnleggelse) skal

kodes og registreres⁷⁸. KPR vil derfor med fordel kunne suppleres med andre data fra allmennlegetjenesten, for eksempel ved automatiske uttrekk fra elektroniske pasientjournaler hos fastleger og ved legevakt. Slike uttrekk blir blant annet gjort i LINH-databasen i Nederland⁷⁹. Videre er det grunn til å tro at informasjon som helsepersonell benytter direkte i sitt arbeid vil ha en høyere kvalitet enn informasjon innhentet ved særskilt innrapportering. Det blir derfor avgjørende i arbeidet med KPR å avstemme innrapporteringen med relevansen for helsepersonell i sitt virke. Ved mulighet for automatisk uttrekk fra elektroniske pasientjournaler eller fagsystemer, blir det liten eller ingen ekstra registreringsbyrde for helsepersonell. Det vil også være formålstjenlig med en standardisert innmelding til KPR. En slik standardisering ville inneholde en spesifisering av hvilken type informasjon som skal meldes inn, og i hvilket format innmeldingen skal foregå. Dette kan bedre kvaliteten på KUHR-data, og sørge for at data fra primærhelsetjenesten kan sammenlignes og sammenstilles med andre eksisterende registre.

KUHR og NPR er «tjenesteregistre» eller «aktivitetsregistre», og data blir gjengitt slik de faktisk rapporteres inn. Da NPR ble etablert som et nasjonalt personidentifiserbart helseregister i 2008, ble det samtidig et fokus på kunnskap om datakvaliteten i NPR med mål om å bedre datakvaliteten. Denne kunnskapen kan blant annet opparbeides ved sammenstilling av registerspesifikk informasjon med informasjon fra andre registre og forskningsprosjekter med gjennomgang av pasientjournaler. Inntil det foretas systematisk og gjentatt validering av KUHR-data, mangler vi grunnlag for å kunne si noe mer om reliabiliteten eller validiteten av data i KUHR, utover det at forekomstene for en del tilstander virker rimelige eller stemmer med det vi vet fra andre kilder. Gitt et slikt valideringsarbeid innenfor rammen av det kommende KPR, mener vi at data fra KUHR kan være egnet til å gi informasjon om flere forhold, blant annet forekomst og behandling av enkelte tilstander som pasienter oppsøker allmennlegetjenesten for, og om pasientforløp mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

77 <https://helsedirektoratet.no/finansieringsordninger/innsats-styrt-finansiering-isf-og-drq-systemet/drq-systemet#om-drq-systemet>

78 Direktoratet for e-helse 01/2016, Regelverk IS-0579

79 Se <http://www.linh.nl/>

11. Overganger mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten

Maren Sogstad, Marijke Veenstra og Tore Wentzel-Larsen, Senter for omsorgsforskning, Øst NTNU

Dette kapitlet omhandler brukere av kommunale hjemmetjenester og institusjoner som mottar behandling i spesialisthelsetjenesten, enten ved innleggelse eller på poliklinikk.

I perioden fra 2012 til 2014 har det vært en sterk økning i poliklinisk behandling per bruker i de kommunale tjenestene. Den største veksten ser vi for de eldste aldersgruppene (67 til 79 år og 80 år og over). Endringer i innleggelse er mer moderat, der vi ser en svak økning for de eldste aldersgruppene, og en liten reduksjon for den yngste aldersgruppen fra 0 til 66 år.

Pasienter som skrives inn i spesialisthelsetjenesten fra hjemmetjenester eller institusjon, skrives i de fleste tilfeller ut igjen til samme tjenestenivå. Dette gjelder for alle aldersgrupper. Samtidig er det en tendens til at økt alder øker sannsynligheten for at en både legges inn fra og skrives ut til et institusjonsopphold.

For innleggelse fra hjemmetjenestene står pasienter over 80 år for flest hendelser, sett i forhold til antall brukere i samme aldersgruppe. Ved innleggelse fra institusjon er det de yngste aldersgruppene (0 til 66 år og 67 til 79 år) som står for flest innleggelse sett i forhold til antall brukere i samme aldersgruppe.

Blant personer som mottar kommunale hjemme- eller institusjonstjenester er kreft er den mest vanlig forekommende diagnosen ved innleggelse på sykehus. Akutte skader i hofte og lår er den diagnosegruppen som hyppigst resulterer i behov for økt omsorgsnivå. Videre er lungebetennelse og andre luftveislidelser også en diagnosegruppe som ofte gir behov for institusjonsopphold. Dette er også de diagnosegruppene som oftest ender i død ved innleggelse i spesialisthelsetjenesten.

Innleggelsesraten per bruker varierer både i forhold til kommunestørrelse og netto driftsutgifter per bruker i pleie og omsorgstjenestene. Små kommuner har lavere innleggelsesrate enn større, og kommuner med høye driftsutgifter har lavere innleggelsesrate enn kommuner med lave driftsutgifter.

11.1 INNLEDNING

I løpet av de siste årene har nasjonale reformer innenfor helse og omsorg (Omsorgsplan 2015, Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett

sted – til rett, Meld. St. No.47 (2008-2009)) økt kommunenes ansvar for å utvikle integrerte helse- og omsorgstjenester i samarbeid med både spesialisthelsetjenester og brukere. I henhold til Samhandlingsreformen skal kommunene utvikle

tilbud og tjenester som kan komme før, istedenfor, og etter kontakt og behandling i spesialisthelsetjenesten. Kommunene skal i større grad enn tidligere kunne ivareta innbyggernes behov for helsehjelp. For å bli bedre i stand til å planlegge et godt tjenestetilbud i kommunen og utvikle tjenester som sikrer gode overganger mellom sektorene, er det nødvendig med opplysninger og statistikk om grenseflaten mellom spesialist- og kommunehelsetjenester. Så langt har slike opplysninger ikke vært tilgjengelige. Statistikk og oversikter har stort sett vært sektorrelatert, det vil si knyttet til enten spesialisthelsetjenesten eller til kommunehelsetjenesten.

Formålet med dette kapitlet er å gi en oversikt over ulike typer overganger mellom kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten. Vi vil gjøre dette for ulike brukerprofiler (alder og innleggesdiagnose) og kommunekjennetegn (størrelse, geografisk tilhørighet og tjenesteprofil). Vårt utvalg er begrenset til alle som fra 2012 til og med 2014 har mottatt hjemmetjenester eller institusjonsopphold i kommunen. Pleie og omsorgsstatistikk fra Statistisk sentralbyrå (ssb.no) viser at det de siste årene har vært en reduksjon i antall sykehjemsplasser, men samtidig en økning i antall plasser i omsorgsbolig med heldøgns bemanning, slik at det totalt sett har vært en svak økning i antallet institusjonsplasser i perioden fra 2012 - 2014. Det har også vært en jevn vekst i legeårsverk i institusjon fra 2009 til 2014, fra ca. 20 minutter per beboer per uke i 2009 til ca. 30 minutter per beboer per uke i 2014. Tilgjengelig statistikk indikerer en økt medisinsk faglig kompetanse i det kommunale tilbudet. Se også kapittel 4 om utvikling i mottakere av institusjonsopphold, og kapittel 8 om utvikling i årsverk.

Når det gjelder mottakere av hjemmebaserte tjenester har det vært en vekst i antallet brukere i aldersgruppen fra 0 til 66 år, det har også vært noe vekst i antall brukere mellom 67 og 79 år, mens det har vært en nedgang i brukere som er 80 år og over. Totalt mottok 178 720 personer hjemmebaserte (hjemmesykepleie og/eller praktisk hjelp) tjenester i 2012. I 2014 er dette tallet 180 444. Det har altså vært en vekst i antall brukere av hjemmetjenester på 1 prosent i perioden. Tall fra SSB viser også at andelen brukere med omfattende bistandsbehov øker i alle aldersgruppene med omtrent et prosentpoeng i perioden fra 2010 - 2014 (ssb.no).

11.2 DATAGRUNNLAG OG DEFINISJONER

Analyseenheten i dette kapitlet er *overganger* mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale helse- og omsorgstjenester i perioden fra 2012 til 2014. Tallene representerer altså ikke antall pasienter eller mottakere av kommunale helse- og omsorgstjenester, men antall overganger mellom de to tjenestenivåene.

Datagrunnlaget består av en kobling mellom data fra Norsk pasientregister (NPR) og det lovbestemte registeret for kommunale helse- og omsorgstjenester (IPLOS). Variablene fra NPR inkluderer årsak til innleggelse fordelt på diagnosegruppene utarbeidet for Samhandlingsstatistikken, (<https://helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/samhandlingsstatistikk#datagrunnlag>), alder og pasientens bostedskomme. Disse dataene er koblet med følgende variabler fra IPLOS: om pasienten hadde hjemmetjenester eller plass i institusjon henholdsvis før og etter (utskrivelsesdato pluss 2 dager) behandling i spesialisthelsetjenesten. Av personvern hensyn er variablene gruppert og tjenestenivåene angis bare som institusjon ja/nei og hjemmetjeneste ja/nei. Data gir altså ikke grunnlag for å si noe om endring i tjenestefomfang før og etter kontakt med spesialisthelsetjenesten. Endringer i tjenestene vil kun fremgå dersom brukeren endrer nivå fra for eksempel hjemmetjenester til institusjonstjenester.

Populasjonen er avgrenset til å gjelde pasienter som er behandlet i somatiske sykehus. Det skilles på om behandlingen har foregått poliklinisk eller ved innleggelse. Det skilles ikke på akutt og planlagte innleggelser. Hendelser der pasienter er registrert i NPR med kontakter hos avtalespesialist, og/eller kontakter i psykisk helsevern er ikke inkludert.

Utvalget inkluderer totalt 775 581 hendelser i spesialisthelsetjenesten i 2012, 798 994 hendelser i 2013 og 836 121 hendelser i 2014. I alle tilfellene har pasienten hjemme- eller institusjonstjenester i kommunen før, etter eller både før og etter hendelsen i spesialisthelsetjenesten.

Fremstillingene i dette kapitlet tar utgangspunkt i 24 mulige forløp (Tabell 1). Et forløp beskriver her tjenestenivå før behandling, nivå for behandling i spesialisthelsetjenesten og tjenestenivå etter

Tabell 11.1 Oversikt over mulige forløp.

Tjenester før:	Spesialisthelsetjeneste:	Tjenester etter:
- Hjemmetjenester	- Innleggelse	- Hjemmetjenester
- Institusjonstjenester	- Poliklinisk behandling	- Institusjonstjenester
- Ingen tjenester		- Ingen tjenester
		- Død

behandling. Ettersom vi ikke har data på personer som ikke mottar hjemme- eller institusjonstjenester i kommunen før eller etter innleggelsen, faller forløpene uten kommunale tjenester bort, slik at i alt 22 mulige forløp blir presentert her.

Hendelsesbaserte opplysninger fra 2014 er deretter aggregert opp til kommunenivå basert på antall ulike forløp. Videre beregninger er gjort på bakgrunn av forløp for ulike aldersgrupper, og forløp i ulike diagnosegrupper. Disse opplysninger er koblet sammen med kommuneopplysninger om befolkningstall, antall tjenestemottakere i ulike aldersgrupper og netto driftsutgifter per innbygger til pleie- og omsorgstjenester, som er tilgjengelig gjennom Kommune-Stat-Rapportering (KOSTRA). Den aggregerte kommunefilen for året 2014 med 428 kommuner er gjenstand for våre analyser om kommunale variasjoner.

11.3 NASJONALE UTVIKLINGSTREKK 2012-2014

For å forstå utviklingen i bruk av spesialisthelsetjenester for brukere i kommunale helse- og omsorgstjenester er det viktig å ta befolkningsgrunnlaget og utviklingen i antallet tjenestemottagere i betraktning. I perioden fra 2012 til 2014 har både antallet tjenestemottagere og antall innbyggere i de ulike aldersgruppene endret seg (Tabell 2). Det har vært en generell befolkningsøkning på 2,5 prosent. Relativt sett er det særlig aldersgruppen 67 til 79 år som øker sterkt (10 % økning). Dette skyldes at de store etterkrigs-generasjonene nå entrer denne aldersgruppen. Tilsvarende ser vi endring i populasjonen som mottar hjemmetjenester eller institusjonsplass i kommunene. For den eldste aldersgruppen ser vi en

reduksjon i antall tjenestemottagere på 2 prosent. Mens det er en økning i antallet mottagere både i den yngste (0-66 år) og den mellomste (67-79 år) aldersgruppen på mellom 3 og 4 prosent.

Totalt er det 1 prosent flere som mottar hjemmetjenester eller institusjonstjenester i 2014 enn i 2012, altså en noe svakere vekst i totalt antall tjenestemottagere sett i forhold til den generelle befolkningsveksten. For de ulike aldersgruppene har tjenestemottagere som andelen av befolkningen hatt en ubetydelig økning (0,03 prosentpoeng) for den yngste aldersgruppen (0-66 år), mens det for de eldste aldersgruppene har vært en reduksjon på henholdsvis 0,55 prosentpoeng for aldersgruppen 67 til 79 år og 0,83 prosentpoeng for aldersgruppen 80 år og over. Når en lavere andel av befolkningen mottar kommunale omsorgstjenester kan dette skyldes at behovene har endret seg, eller at terskelen for å motta slike tjenester har blitt hevet.

Tabell 3 viser en oversikt over antall hendelser i spesialisthelsetjenesten per bruker i kommunale helse- og omsorgstjenester (hjemmetjeneste og institusjon) i årene 2012 til 2014. I perioden er det en total vekst i antall hendelser per bruker på 6,3 prosent. Veksten skyldes i hovedsak økning av poliklinisk behandling som totalt økte med 8,4 prosent. For innleggelse av pasienter fra de kommunale helse og omsorgstjenestene er veksten mer moderat. Aldersgruppen fra 67 til 79 år står for den største prosentvise økningen (1,2), tett fulgt av den eldste aldersgruppen (0,8). For den yngste aldersgruppen (0 til 66 år) går andelen hendelser per bruker noe ned (- 0,6 %). Økningen i polikliniske behandlinger stemmer godt overens med utviklingstrendene for befolkningen som helhet. For innleggelse har det imidlertid vært en nedgang i antall hendelser for befolkningen som helhet. Dette betyr at brukere av kommunale helse- og omsorgstjenester relativt sett ser ut til å ha et økende behov

Tabell 11.2 Endring i befolkningstall og antall tjenestemottagere i perioden 2012-2014 (tall hentet fra SSB og KOSTRA).

	Prosentvis endring befolkning 2012 - 2014	Prosentvis endring tjenestemottakere 2012-2014
Alle	2,5	1,0
0-66	1,8	3,4
67- 79	10,4	3,9
80 år og over	-0,4	-2,1

Tabell 11.3. Oversikt over antall hendelser i spesialisthelsetjenesten per tjenestemottaker i hjemmetjeneste og institusjon i perioden 2012-2014.

		2012	2013	2014	Prosentvis endring
Alle hendelser	Totalt	3,36	3,42	3,57	6,3
	0-66 år	3,29	3,34	3,46	4,9
	67-79 år	5,00	5,13	5,35	6,9
	80 år og eldre	2,77	2,81	2,94	5,9
Hendelser med innleggelse	Totalt	0,89	0,88	0,89	0,5
	0-66 år	0,68	0,68	0,67	-0,6
	67-79 år	1,25	1,25	1,27	1,2
	80 år og eldre	0,92	0,90	0,93	0,8
Hendelser i poliklinikk	Totalt	2,47	2,54	2,68	8,4
	0-66 år	2,62	2,67	2,78	6,4
	67-79 år	3,75	3,88	4,08	8,8
	80 år og eldre	1,85	1,90	2,01	8,5

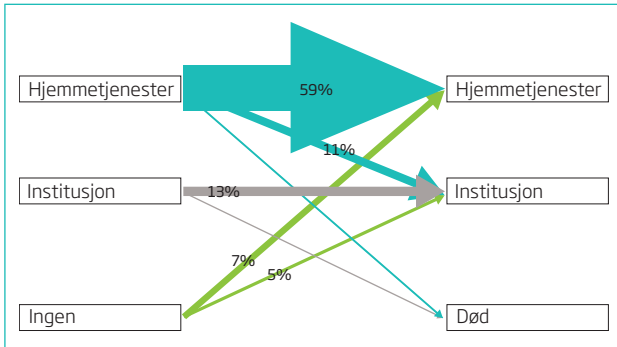
for behandling i spesialisthelsetjenesten sett i forhold til befolkningen som helhet. Dette kan stemme godt overens med at kommunen har fått større ansvar for sykere pasienter, og også med trenden der en lavere andel av den eldre befolkningen er brukere av hjemmetjenester og institusjon.

11.4 OVERGANGER MELLOM KOMMUNALE HELSE- OG OMSORGSTJENESTER OG SPESIALISTHELSETJENESTEN

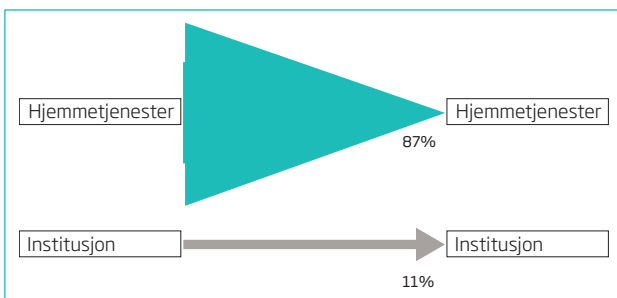
I 2014 ble det totalt rapportert om 7 464 426 polikliniske konsultasjoner og 904 253 døgnopphold i spesialisthelsetjenesten. Forløp der pasienten har hjemmetjenester eller institusjonsplass etter innleggelse utgjør 23 % av alle innleggelse i spesialisthelsetjenesten. Forløp der pasienten har hjemmetjenester eller institusjonsplass etter behandling utgjør 8,3 % av alle de polikliniske konsultasjonene.

Den andelen av hendelsene der pasienter har hjemmetjenester eller plass i institusjon etter utskrivning representerer ulike forløp mellom tjenestene. Av figur 11.1 kan vi se at den største strømmen av pasienter mellom tjenestenivåene er pasienter som har hjemmetjenester før og etter innleggelse i spesialisthelsetjenesten (59 %). En andel (11 %) av pasientene som har hjemmetjeneste før sykehusinnleggelse blir skrevet ut til en institusjonsplass etter innleggelse i spesialisthelsetjenesten. Videre er det 13 % av pasientene som både legges inn fra og skrives ut igjen til en institusjonsplass. I totalt 12 % av hendelsene får pasienter som ikke hadde tjenester før innleggelse, nye tjenester etter behandling i spesialisthelsetjenesten. De fleste pasienter som får nye tjenester etter sykehusopphold mottar hjemmetjenester (7 %), mens i 5 prosent av hendelsene blir pasienter, som før ikke har hatt tjenester i kommunen, skrevet ut til en institusjonsplass. Selv om disse forløpene fra ingen tjeneste før, til tjenester i kommunene etter behandling utgjør en relativt liten andel av alle episoder, dreier det seg fremdeles totalt om ca. 25 000 tilfeller hvert år. Disse overgangene er av

Figur 11.1 Forløp ved innleggelse i spesialisthelsetjenesten. Data fra 2014.



Figur 11.2 Forløp ved poliklinisk behandling i spesialisthelsetjenesten. Data fra 2014.



stor betydning for kommunal planlegging. Tilpassing av nye tjenester til en bruker som kommunen ikke kjenner fra før kan i mange tilfeller være en krevende øvelse. På kort varsel og på kort tid skal et tilbud som gjerne involverer både hjelpemidler, rehabilitering og hjemmetjenester på plass.

Noen pasienter dør i spesialisthelsetjenesten. I totalt 2 prosent av alle hendelsene der en pasient ble skrevet inn fra hjemmetjenesten og 1 prosent av hendelsene med innskriving fra institusjon blir pasienten skrevet ut som død. Det har vært en endring i hvor folk dør i Norge. Generelt viser trenden fra de siste årene at andelen som dør i sykehus har gått kraftig ned, fra rundt 48 prosent av alle som døde i 1986 til vel 31 prosent av de som døde i 2015. I den samme perioden har andelen som dør på sykehjem økt fra omtrent 27 til over 48 prosent (www.fhi.no/nyheter/2016/halvparten-av-oss-dor-i-sykehjem).

Figur 11.2 viser tjenesteforløpene ved polikliniske behandlinger. Vi ser at den desidert største

strømmen av pasienter her går fra hjemmetjeneste og tilbake til hjemmetjenester (87 % av forløpene). En andel pasienter (11 % av forløpene) drar fra institusjon til poliklinisk behandling og tilbake til institusjon.

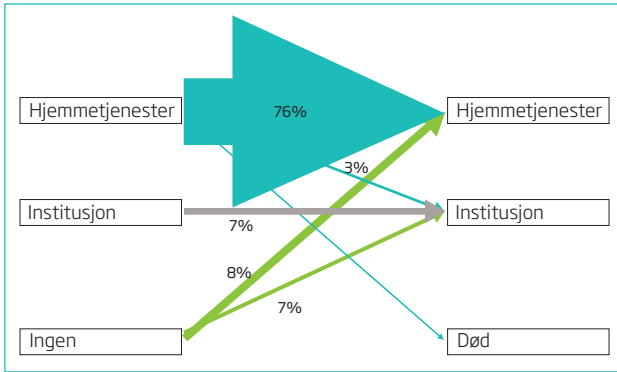
Både for innleggelse i spesialisthelsetjenesten og behandling i poliklinikk forekommer også andre forløp, der pasienter går fra ett tjenestenivå til et annet, men disse forløpene utgjør en svært liten andel av den totale pasientflyten mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten (totalt 1 % for sykehusinnleggelse og 2 prosent for polikliniske behandlinger). En del av disse tilfelle er forløp der personer med tjenester både i institusjon og med hjemmetjenester skrives ut uten tjenester. En del av disse kan skyldes at personene skrives ut til andre tilbud, som for eksempel rehabilitering i spesialisthelsetjenesten og dermed ikke registreres som brukere av kommunale tjenester etter utskrivning.

11.5 VARIASJONER I FORLØP ETTER ALDER

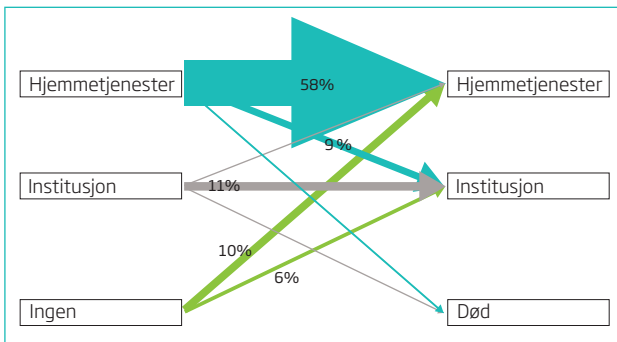
I dette avsnittet vil vi se nærmere på ulike mønstre i innleggelsesforløp etter brukernes alder. Generelt for alle innleggelse i spesialisthelsetjenesten står aldersgruppen fra 0 til 66 år for om lag 65 % av innleggelsene, mens aldersgruppene 67 til 79 år og 80 år og over til sammen utgjør om lag 35 % av tilfellene. Om man bare ser på de tilfellene der sykehusinnleggelsen etterfølges av tjenester i kommunene endrer dette bildet seg. Her utgjør aldersgruppene 67 til 79 år og 80 år over 70 % av tilfellene. Dette synliggjør at økende alder har en klar sammenheng med behov for kommunale tjenester etter et sykehusopphold.

Om vi ser nærmere på forløpene for de ulike aldersgruppene (figur 11.3, 11.4 og 11.5) ser vi at hovedmønsteret er liknende uavhengig av alder. Pasientene beveger seg i all hovedsak fra en tjeneste og tilbake til samme tjenestenivå etter innleggelse i spesialisthelsetjenesten. Men, en ser en tydelig trend til at økende alder gir økende behov for institusjonstjenester etter sykehusinnleggelse. Brukere som ikke hadde tjenester før innleggelse og

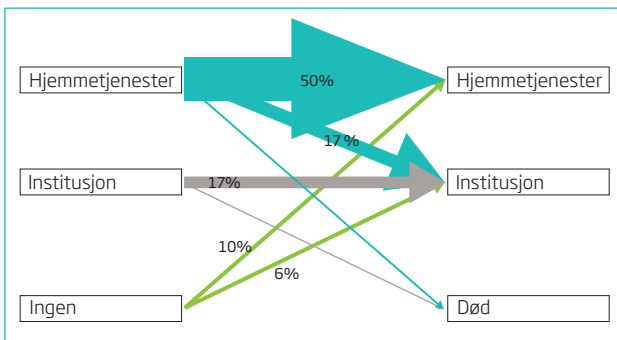
Figur 11.3: Forløp for pasienter som mottar hjemmetjeneste eller institusjonstjenester i kommunen før og/eller etter innleggelse i spesialisthelsetjenesten, pasienter i aldersgruppen 0-66 år



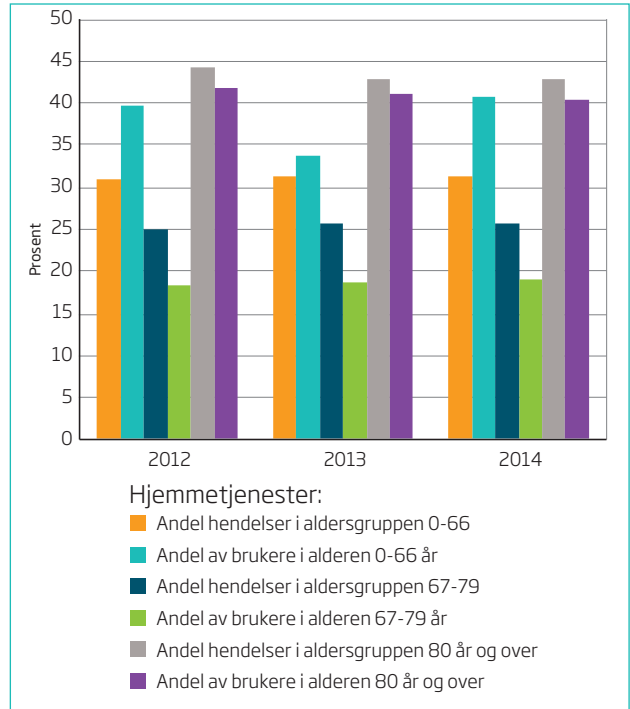
Figur 11.4: Forløp for pasienter som mottar hjemmetjeneste eller institusjonstjenester i kommunen før og/eller etter innleggelse i spesialisthelsetjenesten, pasienter i aldersgruppen 67-79 år



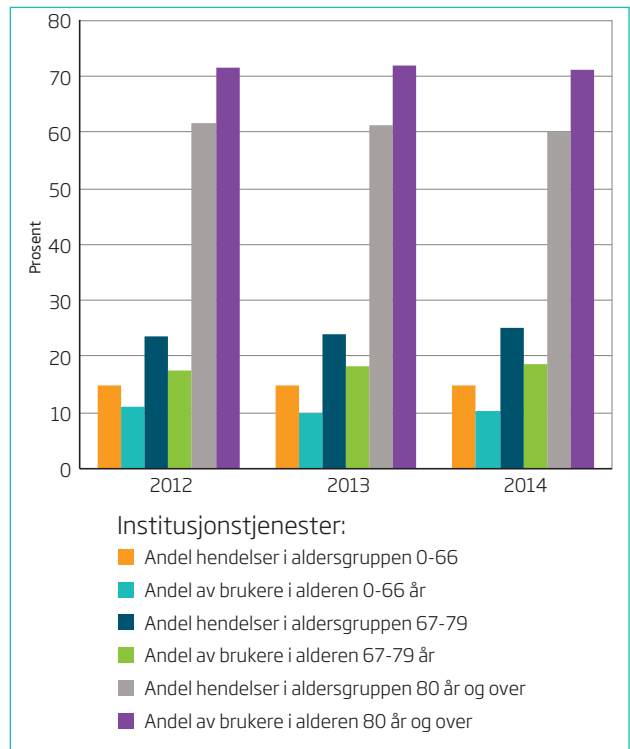
Figur 11.5 Forløp for pasienter som mottar hjemmetjeneste eller institusjonstjenester i kommunen før og/eller etter innleggelse i spesialisthelsetjenesten, pasienter i aldersgruppen 80 år og over



Figur 11.6 Andel hendelser der en pasient legges inn i spesialisthelsetjenesten fra hjemmetjenesten og andel brukere i ulike aldersgrupper i hjemmetjenesten



Figur 11.7 Andel hendelser der en pasient legges inn i spesialisthelsetjenesten fra institusjon og andel brukere i ulike aldersgrupper



som får nye tjenester ved utskrivning forekommer hyppigst i aldersgruppen 67 til 79 år.

For å se på ulikheter i bruk av spesialisthelsetjenester mellom de ulike aldersgruppene kan vi se på andelen av innleggelse i forhold til andelen brukere i samme aldersgruppe. Figur 11.6 viser andelen innleggelse fra hjemmetjenesten og andelen brukere i de ulike aldersgruppene. Figuren viser at aldersgruppen 67 til 79 år har flest innleggelse per bruker, deretter kommer aldersgruppen 80 år og over. Bildet er relativt stabilt i de tre årene 2012, 2013 og 2014.

Om en ser på pasienter som legges inn fra institusjon endrer bildet seg. Her er det personer i aldersgruppene 0 til 66 år og 66 til 79 år som står for det største antallet innleggelse i forhold til antallet brukere i samme gruppe. Eldre over 80 år står for den desidert største brukergruppen i institusjon, så selv om denne gruppen har det laveste antallet innleggelse per bruker vil de samlet sett stå for det største volumet av hendelser.

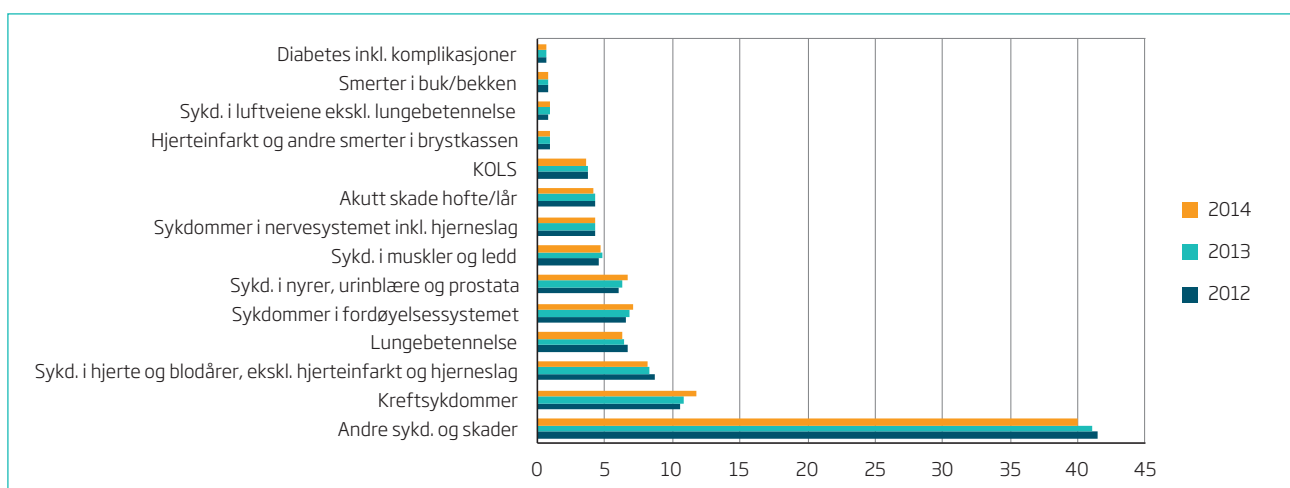
11.6 VARIASJONER I FORLØP ETTER ULIKE DIAGNOSER

Pasienter fra kommunale tjenester legges inn i spesialisthelsetjenesten med en rekke ulike diagnoser. I figur 8 ser vi at årsaken til innleggelse er relativt stabil over tid (årene 2012 til 2014).

Kreftsykdommer er en hyppig årsak til innleggelse (11 % av alle hendelsene). En stor andel av innleggelse faller i samlegrupperingen andre diagnoser og skader (41 %). Dette gjelder for alle aldersgrupper. Om man ser bort fra samlegruppen er det særlig hjerteinfarkt og andre smerter i brystkassen og sykdommer i nervesystemet inkludert hjerneslag som er de vanligste årsaker til innleggelse i den yngste aldersgruppen (0 til 66 år). For aldersgruppen 67 til 79 år er kreft den diagnosegruppen som forårsaker flest innleggelse. For den eldste aldersgruppen (80 år og over) er også kreft den vanligste årsaken til innleggelse, men sykdommer i hjerte og blodårer, eksklusive hjerteinfarkt og hjerneslag, og sykdommer i nyrer, urinblære og prostata er også vanlige årsaker til innleggelse i denne aldersgruppen.

Når en ser på pasienter skrevet inn fra hjemmetjenesten ser vi av tabell 11.4 at akutte skader i hofta og lår er den diagnosen som i flest tilfeller fører til behov for plass i institusjon etter innleggelse (65 % av tilfellene). Videre ser vi at innleggelse på grunn av lungebetennelse også fører til behov for institusjonsplass i mange tilfeller (24 %). Lungebetennelse og andre sykdommer i luftveier er også de diagnosene der flest skrives ut som død etter sykehusinnleggelse (tabell 11.4 og 11.5). At lungebetennelse og andre sykdommer i luftveiene er en hyppig årsak til innleggelse, og i mange tilfeller ender med død kan ha ulike årsaker. En viktig faktor kan være komorbiditet, der andre underliggende sykdommer er medvirkende årsaker både til innleggelse og død. Samtidig viser disse tallene at

Figur 11.8 Oversikt over prosentvis fordeling av diagnoser som er oppgitt som årsak til innleggelse fra hjemmetjeneste og institusjon



dette er problemstillinger som kommunehelsetjenesten ofte møter, noe som gir behov for kompetanse og fokus i de kommunale tjenestene.

For pasienter som ikke har tjenester ved innleggelse viser tabell 6 at hjerteinfarkt, diabetes, smerter i buk og bekken samt kreft er blant diagnosene som hyppigst fører til hjemmetjenester. Tilsvarende som for pasienter som legges inn fra hjemmetjenestene

er det lungebetennelse, sykdommer i luftveiene, KOLS og hjerneslag som i størst grad etterfølges av utskrivning til institusjon. I vårt materiale skilles det ikke på korttids- og langtids plass i institusjon, så det vil være rimelig å anta at det for en stor andel av disse nye brukerne av kommunale tjenester dreier seg om utskrivning til korttidsopphold i institusjon.

Tabell 11.4: Fordeling av tjenester etter utskrivning for ulike diagnoser, for pasienter skrevet inn fra hjemmetjenesten. Prosent av hendelser.

	Tilbake til hjem	Til institusjon	Død
Akutt skade hofte/lår	32	65	3
Lungebetennelse	68	24	8
Sykdommer i nyrer, urinblære og prostata	82	16	2
KOLS	79	16	5
Sykdommer i luftveiene, unntatt lungebetennelse	76	14	9
Sykdommer i muskler og ledd	85	14	0
Andre sykdommer og skader	83	14	3
Kreftsykdommer	82	12	6
Sykdommer i hjerte og blodårer, ekskl. hjerteinfarkt og hjerneslag	83	12	5
Sykdommer i fordøyelsessystemet	85	12	3
Sykdommer i nervesystemet inkl. hjerneslag	90	9	1
Diabetes inkl. komplikasjoner	90	9	0
Hjerteinfarkt og andre smerter i brystkassen	98	2	0
Smerter i buk/bekken	97	2	0

Tabell 11.5: Fordeling av tjenester etter utskrivning for ulike diagnoser, for pasienter skrevet inn fra institusjon. Prosent av hendelser.

	Til hjem	Tilbake til institusjon	Død
Sykdommer i luftveiene, unntatt lungebetennelse	5	72	23
Lungebetennelse	3	80	16
KOLS	7	78	14
Sykdommer i hjerte og blodårer, ekskl. hjerteinfarkt og hjerneslag	6	81	12
Kreftsykdommer	6	84	8
Sykdommer i fordøyelsessystemet	5	86	7
Andre sykdommer og skader	5	88	6
Diabetes inkl. komplikasjoner	8	85	5
Sykdommer i nyrer, urinblære og prostata	4	91	4
Akutt skade hofte/lår	1	95	4
Smerter i buk/bekken	8	84	3
Sykdommer i muskler og ledd	6	89	2
Sykdommer i nervesystemet inkl. hjerneslag	4	93	1
Hjerteinfarkt og andre smerter i brystkassen	9	88	0

Tabell 11.6: Fordeling av tjenester etter utskrivning for ulike diagnoser, for pasienter som ikke hadde tjenester før innleggelse.

Prosentvis andel av hendelser	Til hjemmetjeneste	Til institusjon
Hjerteinfarkt og andre smerter i brystkassen	86	14
Diabetes inkl. komplikasjoner	83	17
Smerter i buk/bekken	83	17
Kreftsykdommer	73	27
Sykdommer i hjerte og blodårer, ekskl. hjerteinfarkt og hjerneslag	71	29
Sykdommer i fordøyelsessystemet	71	29
Akutt skade hofte/lår	71	29
Sykdommer i nyrer, urinblære og prostata	70	30
Sykdommer i muskler og ledd	64	36
Sykdommer i nervesystemet inkl. hjerneslag	60	40
KOLS	59	41
Andre sykdommer og skader	59	41
Sykdommer i luftveiene, unntatt lungebetennelse	53	47
Lungebetennelse	53	47

11.7 VARIASJONER I INNLEGGELSER ETTER KOMMUNEPROFILER

Andel innleggelse per bruker varierer mellom kommunene. Fordelt etter kommunistørrelse ser vi at de små kommunene har en lavere innleggelsesrate enn store kommuner, figur 11.9. Det kan være flere årsaker til et slikt bilde. Kommuner står fritt til å utvikle tjenestene i egen kommune, de vurderer også selv hvilket behov ulike brukere har for hjelp. Dette betyr at terskelen for å motta tjenester ikke nødvendigvis er den samme i alle kommuner. Om terskelen for å motta tjenester er høyere i større kommuner, vil dette resultere i at befolkningen som mottar tjenester kan ha større helseproblemer og dermed også et større behov for innleggelse i spesialisthelsetjenesten. Sentralitet kan også være en faktor som spiller inn. Det er kjent at nærhet til helsetjenester kan ha betydning for i hvor stor grad tilbudet blir brukt. Store kommuner har i de fleste tilfeller mer nærhet til sykehus enn små.

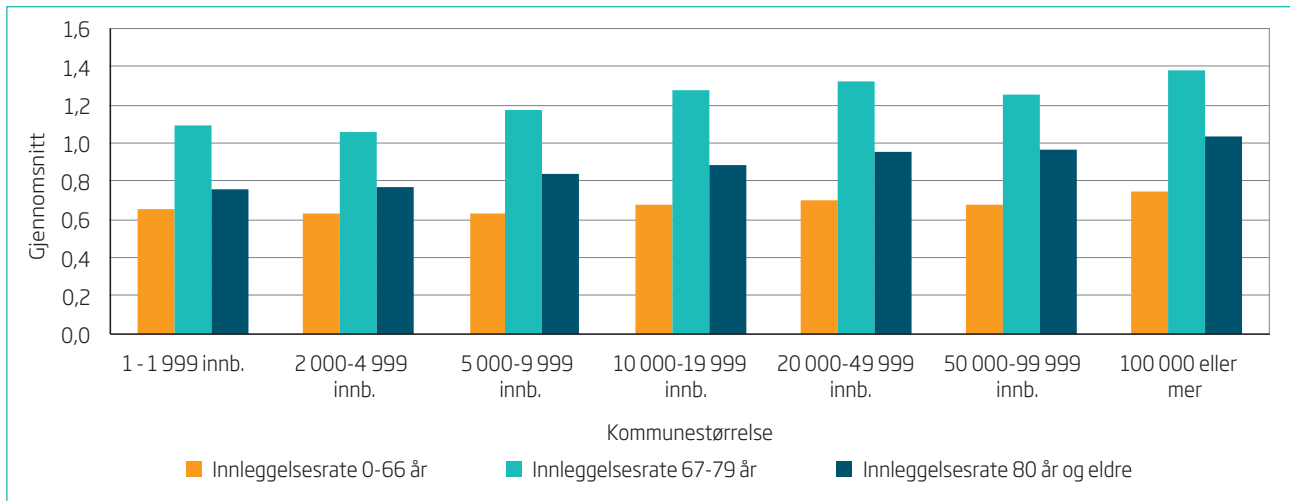
Det er liten variasjon mellom kommuner i antall innleggelse per bruker for den yngste aldersgruppen (0-66 år). Aldersgruppene fra 67 til 79 år og 80 år og over har en sammenfallende trend, der antall innleggelse per bruker øker med kommunistørrelse. Ett unntak er den nest største kommune-

gruppen (50 000 - 99 999 innbyggere) hvor innleggelsesratene for disse aldersgruppene er noe lavere.

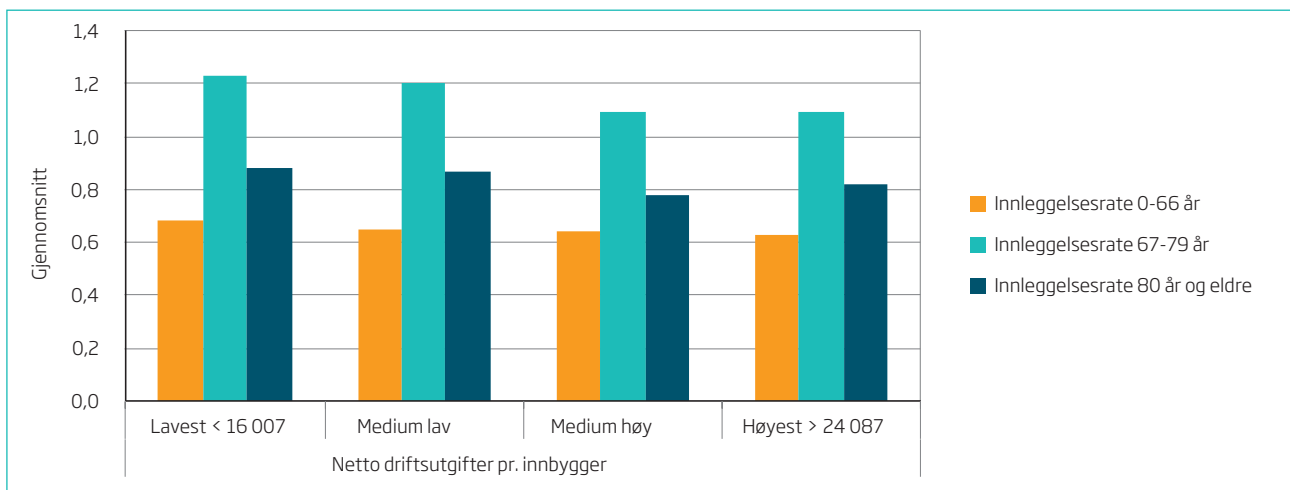
Om en ser på betydningen av økonomi, målt som nettodriftsutgifter til pleie- og omsorgstjenester per innbygger ser vi av figur 10 at kommuner med større utgifter har færre innleggelse fra hjemmetjenester enn kommuner med lavere utgifter. Dette gjelder igjen kun for de eldre aldersgruppene, 67-79 år og 80 år og over. Kommunenes driftsutgifter har sterk sammenheng med kommunistørrelse, der små kommuner har de desidert høyeste driftsutgiftene. En sammenheng mellom driftsutgifter og innleggelsesrater kan dermed i stor grad skyldes at de små kommunene, av ulike årsaker, har tjenester som er dyrere å drifte og ikke nødvendigvis at lavere utgifter gir dårligere tjenester som igjen fører til flere innleggelse.

Alt i alt har dette kapitlet vist at data om grenseflaten mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten, slik som omfanget, hvem som skrives inn i spesialisthelsetjenesten og hva som er årsak til disse innleggelsene, gir ny kunnskap for både spesialist- og kommunehelsetjenesten som kan bidra i arbeidet med god samhandling og kompetanseoverføring mellom tjenestene.

Figur 11.9: Innleggelser blant brukere av hjemmetjenester i forhold til totalt antall brukere, etter alder og kommunestørrelse, data fra 2014.



Figur 11.10 Innleggelsesrater fordelt på kommuneøkonomi, data fra 2014.



12. Variasjon i bruk av spesialisthelsetjenester mellom fastlegepopulasjoner

To av tre personer tilknyttet fastlegeordningen hadde minst en kontakt med spesialisthelsetjenesten i løpet av perioden 2012-2014. Det var imidlertid stor variasjon mellom fastlegelister i andelen som hadde slik kontakt. Ulik henvisningspraksis er en av flere mulige årsaker til variasjon.

Variasjonen i andel listepasienter som hadde kontakt med psykisk spesialisthelsetjeneste var større enn variasjonen i andel listepasienter i kontakt med somatisk spesialisthelsetjeneste, når variasjon måles som prosent avvik fra gjennomsnittet. Det var også større variasjon for barn og unge enn for voksne.

Forskjellen mellom fastlegelistene var størst når vi så på utvalgte aktiviteter eller fagområder heller enn tjenestene samlet, og det var større variasjon i mengden kontakt pasientene hadde (samlet sett) enn i hvor mange som hadde kontakt.

Det er viktig å påpeke at variasjonene som beskrives i dette kapitlet ikke kan tolkes som et direkte uttrykk for ulikheter i henvisningspraksis. Analysene ikke er bygd på henvisningsdata, men all faktisk kontakt med spesialisthelsetjenesten i treårsperioden. Analysen er likevel et utgangspunkt for videre analyser og utvikling av metoder for beskrive og analysere variasjoner mellom fastlegepopulasjoner.

I det videre arbeidet blir det viktig å få gode og komplette henvisningsdata fra alle leverandører av offentlig finansierte spesialisthelsetjenester.

Fastlegelistene består i gjennomsnitt av cirka 1100 personer. En klar utfordring i denne typen analyser er stor statistisk usikkerhet knyttet til små tall når man går nærmere inn på spesifikke pasientgrupper/diagnoser/behandling innen spesialisthelsetjenesten. Årsaken er at det ofte blir et svært lite tallgrunnlag når man skal kontrollere for alderssammensetning og kjønn.

12.1 INNLEDNING

Mange forhold bidrar til ulik bruk av helsetjenester i befolkningen. Det er ulikheter mellom enkeltpersoner når det gjelder å oppsøke en tjeneste, det er ulikheter i bruk av alternative tjenester til det offentlige helsetilbudet og det kan være forskjeller i tjenestetilbud mellom kommuner og mellom helseregioner/sykehusområder. I dette kapitlet

studeres variasjon i bruk av spesialisthelsetjenester mellom fastlegepopulasjoner/fastlegelister.

I Norge har fastlegen (og allmennlegevakt) en såkalt «portvakt-funksjon» inn mot spesialisthelsetjenestene. Det innebærer at første kontakt med spesialisthelsetjenesten for et helseproblem som hovedregel skjer gjennom en henvisning fra primærhelsetjenesten. Tilsvarende organisering av det

offentlige helsetilbudet finnes også i en rekke andre land. Hensikten med et portvaktssystem er å utnytte ressursene i helsetjenesten på en mest mulig hensiktsmessig måte ved å sikre at spesialistkompetansen brukes til utredning og behandling av de mest spesialiserte, alvorlige eller sjeldent forekommende tilstander. Variasjon i tjenestebruk mellom fastlegepopulasjoner kan være et utgangspunkt for å drøfte problemstillinger omkring praksis og oppgavefordeling mellom aktørene i helse-tjenesten. Kan eventuelle forskjeller i forbruk gjenspeile ulik henvisningspraksis blant fastleger? Kapitlet viser både muligheter og metodiske utfordringer med å studere variasjon i bruk av spesialisthelsetjenester mellom fastlegepopulasjoner.

Mangelfull tilgang til komplette og dekkende data over henvisninger gjør at vi ikke kan studere den reelle henvisningsstrømmen nasjonalt. Dette skyldes i hovedsak manglende eller mangelfulle data fra private avtalespesialister. Vi bruker derfor en alternativ innfallsvinkel, hvor nasjonale data over utførte kontakter med spesialisthelsetjenesten for den enkelte pasient kobles til informasjon om hvilken fastlegeliste(r) pasienten er tilknyttet. Fastlegers henvisningspraksis vil da være en av flere mulige årsaker til forskjeller forbruk.

12.2 DATAGRUNNLAG

Analysen bygger på tre datakilder; fastlegeregisteret, KUHR (Kontroll og Utbetaling av HelseRefusjon) og NPR (Norsk Pasientregister) for perioden 2012-2014.

Utgangspunktet for analysen er fastlegeregisteret, som inneholder informasjon om hvilke pasienter som står på hvilke fastlegelister. For hver listepasient har vi koblet på informasjon om vedkommende har hatt kontakt med spesialisthelsetjenesten, hvilke tjenester dette er, og hvor mange kontakter pasientene hadde i de tre årene som her er inkludert. Slik kan vi beregne hvor stor andel av listepasientene som har hatt kontakt med ulike type tjenester.

Fastlegeregisteret 2012-2014
Personer tilknyttet fastlegeliste
Listepasientenes alder og kjønn
Ca 7 millioner listepasienter
5,2 millioner personer
KUHR 2012-2014
Konsultasjoner hos avtalespesialister
Radiologiske undersøkelser
Ca 4,9 mill løpenummer
NPR 2012-2014
Kontakter med spesialisthelsetjenesten
Offentlige og private sykehus (m avtale)
Ca 3 mill løpenummer i somatikken
Ca 400 000 løpenr i psykisk spesialisthelsetj.

12.3 MER OM FASTLEGELISTENE

Tre forhold knyttet til fastlegelistene er kartlagt før analyse

- Variasjon i listestørrelse
- Bevegelser i listene i løpet av 2012-2014
- Variasjon i listesammensetning

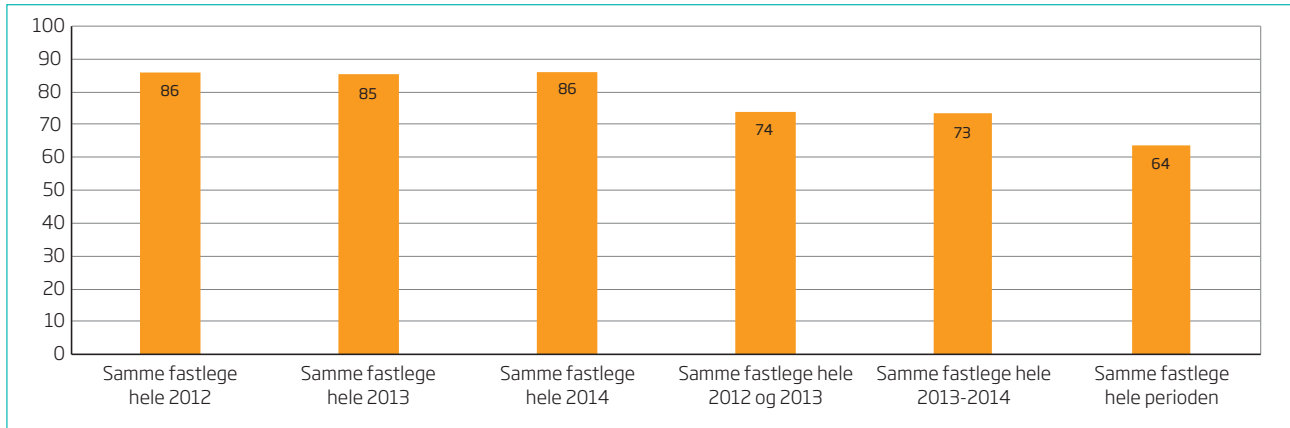
Listestørrelse

Fastlegelistene er på størrelse med de minste kommunene i Norge og varierer fra noen hundre til litt over 2000 på de største listene. Gjennomsnittlig listestørrelse 1 juni 2014 var litt over 1100. Av ulike årsaker kan noen være registrert med svært få pasienter, blant annet hvis listen nettopp er opprettet og det ikke er kommet mange på den ennå. 5,8 prosent (260 av 4487 lister) av listene hadde færre enn 500 listepasienter. Kun 1,4 prosent av listene besto av mer enn 2000 listepasienter (62 lister).

Bevegelse i fastlegelistene

Listene vil hele tiden være i en viss bevegelse ved at pasienter går ut av lista og kommer til lista. Noen flytter, noen velger å skifte liste, noen dør, nyfødte kommer til osv. I tillegg kan fastlegen selv slutte av ulike grunner (for eksempel pensjoneres/flytter), og da kommer pasientene på en annen fastleges liste. I vårt datamateriale har vi basisinformasjon om alle fastlegelister som har vært aktive i perioden

Figur 12.1 Andel listepasienter med samme fastlege i perioden 2012 til 2014.



2012 til 2014. Gjennomsnittlig antall listepasienter som var inne på listene i hele perioden var over 1300, altså cirka 200 flere enn når vi tok ut tall på et gitt tidspunkt. I vår analyse er det viktig at pasientenes sykehusbruk et gitt år er koblet til den fastlegen pasienten hadde det aktuelle året. Vi setter derfor krav om at en person må ha stått på en liste minst 183 dager det gjeldende året, og hvert år når vi ser på 3 år samlet.

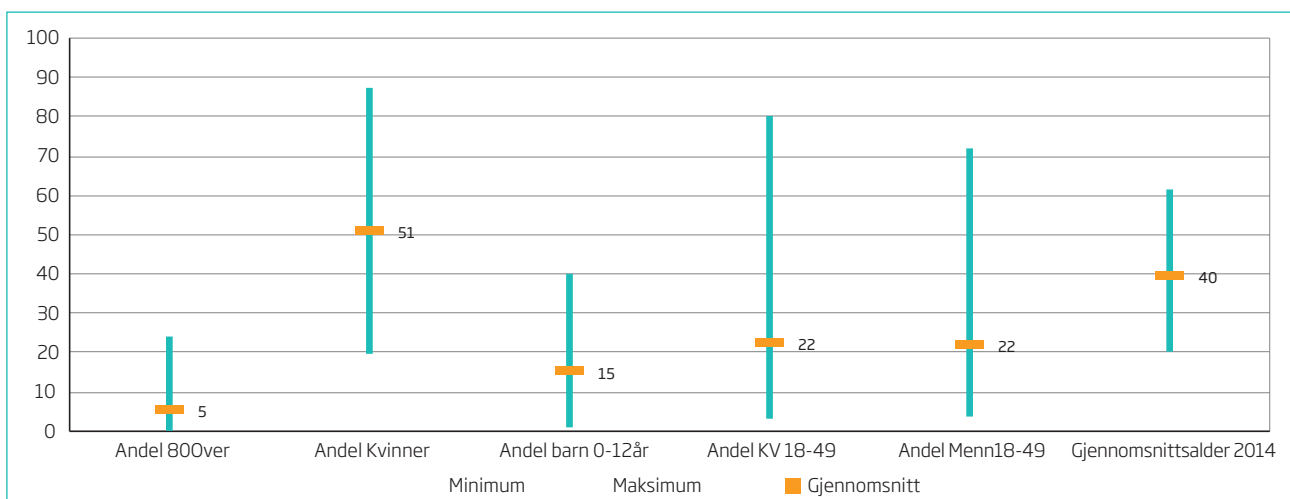
Som det framgår av figur 12.1 har 85-86 prosent av listepasientene samme fastlege hele året. Over en toårsperiode har 73 prosent samme fastlege, mens vi kommer ned i 64 prosent som har samme fastlege hele treårsperioden 2012-2014.

For mer informasjon om fastlegeordningen, se kapittel 6.

Listesammensetning

Behovet for og/eller bruken av helsetjenester endrer seg gjennom livet og kan også være forskjellig for menn og kvinner fordi noen tilstander er kjønnsespesifikke. Sammensetning av listene med hensyn til alder og kjønn vil derfor ha betydning for tjenestebruken og gi naturlige forskjeller i andel av listepasientene som for eksempel har hatt vært innlagt på sykehus. Av listene med mist 500 listepasienter ser vi at andelen over 80 år varierer fra 0,1 til 24 prosent. Andel kvinner varierer fra 20 til 88 prosent. Det er videre tydelige forskjeller mellom ytterpunktene i hvor stor andel barn og personer mellom 18 og 49 år legen har på listen. Vi ser også at gjennomsnittsalderen varierer fra 20 til 61 år. Figuren viser forskjellen mellom listen med høyest og listen med lavest andel og variasjonen er da størst for andel kvinner 18-49 år. Variasjons-

Figur 12.2 Variasjonsbredde for andel innen ulike grupper av listepasienter. Lister med minst 500 på lista



Tabell 12.1 Antall listepasienter i hver gruppe. Krav om at personen har stått på lista hele perioden og minst 183 dager hvert år.

Listegruppe	Gjennomsnitt antall på listene	Median antall på listene	Laveste antall på liste	Høyeste antall på liste	N= Lister inkludert	Variasjonskoeffisient *100
Menn 0-12	68	64	1	229	3711	49,7
Kvinner 0-12	64	60	1	211	3708	50,5
Menn 13-17	35	32	1	133	3698	55,3
Kvinner 13-17	33	30	1	128	3703	56,0
Menn 18-29	79	74	1	521	3711	50,0
Kvinner 18-29	67	62	1	410	3713	51,7
Menn 30-49	143	131	1	599	3712	55,8
Kvinner 30-49	138	129	2	544	3711	48,7
Menn 50-66	115	109	1	419	3711	54,9
Kvinner 50-66	112	104	1	515	3709	50,8
Menn 67-79	53	47	1	293	3693	67,7
Kvinner 67-79	57	52	1	251	3705	56,5
Menn 80+	19	16	1	113	3623	77,6
Kvinner 80+	32	28	1	193	3682	66,1

koeffisienten gir bedre kunnskap om den generelle spredningen enn når vi bare ser på forskjellen mellom høyeste og laveste verdi. Målt med variasjonskoeffisienten (relativt standardavvik) er variasjonen størst når det gjelder andel på listen over 80 år. For de andre variablene er den generelle spredningen altså mindre, selv om det er større forskjell mellom ytterpunktene (høyeste og laveste).

Ulikheter i listesammensetning må tas hensyn til i analysen. Dette gjøres ved å dele listepasientene inn etter grupper for alder og kjønn og hvor variasjonen mellom fastleger gjøres for en og en gruppe. Alternativet er en kjønns og aldersstandardisering. Når vi gjør dette oppstår en annen utfordring; tallene i hver gruppe kan være veldig små og standardiseringen kan påvirkes av tilfeldig variasjon. Vi velger derfor å framstille tall for kjønns,- og aldersspesifikke grupper og dermed ha muligheten for å holde enkelte grupper utenfor ved behov.

Som tabell 12.1 viser er det fastlegelister med bare 1 person i gruppen for alle aldersgrupper. Da er kun pasienter som har stått på en liste i hele perioden 2012-2014 inkludert (minst 183 dager i året). Den desidert minste gruppen er menn over 80 år hvor halvparten av listene består av færre enn 16 personer og gjennomsnittet på lista er 19 personer. Utfordringer med små tall for den eldste gruppen

løses ikke av å ekskludere lister med færre enn for eksempel 500 pasienter. I analysene setter vi krav om at listene som skal inkluderes har minst 10 personer i hver av gruppene. Utfordringer med tilfeldig variasjon på grunn av få listepasienter i noen aldersgrupper håndteres ved å se på forskjeller mellom persentiler heller enn å bruke de absolutte ytterpunktene i fordelingen (se mer om dette senere).

12.4 NASJONALE TALL FOR BRUK AV TJENESTER

I perioden 2012-2014 var over 90 prosent av befolkningen i kontakt med primær,- eller spesialisthelsetjenesten. I løpet av 2014 gjaldt det nesten 80 prosent. Ser vi bare på spesialisthelsetjenesten lå andelen på nesten 70 prosent på tre år og 47 prosent i 2014, og domineres av kontakt med somatiske tjenester. Tabell 12.2 viser også at over 3 av 10 personer i befolkningen var i kontakt med privat avtalespesialist (somatikk) i treårsperioden og 2 av 10 i 2014. Nesten 5 prosent av befolkningen var i kontakt med psykisk spesialisthelsetjeneste, enten Psykiske helsevern for voksne (PHV-V), psykisk helsevern barn og unge (PHV-BU) eller en privat

avtalespesialist (psykolog eller psykiater). Private avtalespesialister har en langt mindre rolle innen psykisk helsetjeneste enn i somatikken.

Bruken av somatiske spesialisthelsetjenester øker dess eldre vi blir. 72 prosent (72 av hundre) av de

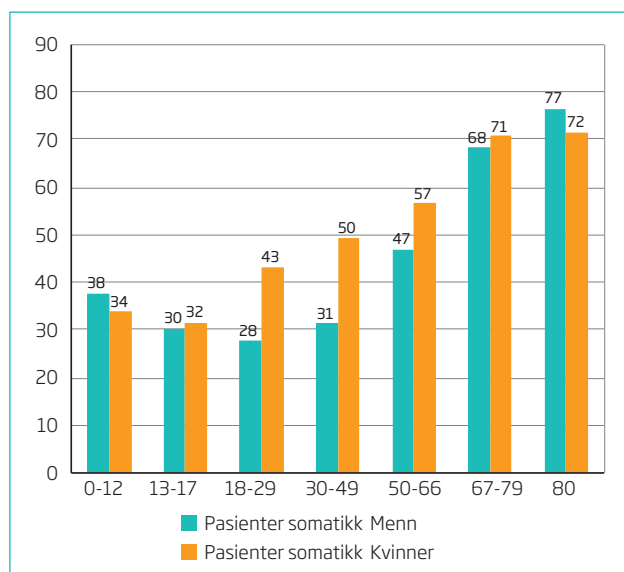
kvinnelige og 77 prosent av de mannlige listepasientene over 80 år hadde minst en kontakt med en somatisk spesialisthelsetjeneste i 2014 (se figur 12.3). Kontakten var minst for unge voksne menn hvor 28 prosent hadde kontakt. Unge kvinner har langt oftere kontakt, hovedsakelig på grunn av

Tabell 12.2 Antall personer og andel av personene på fastlegelisten som har vært i kontakt med ulike typer spesialisthelsetjenester i perioden 2012-2014.

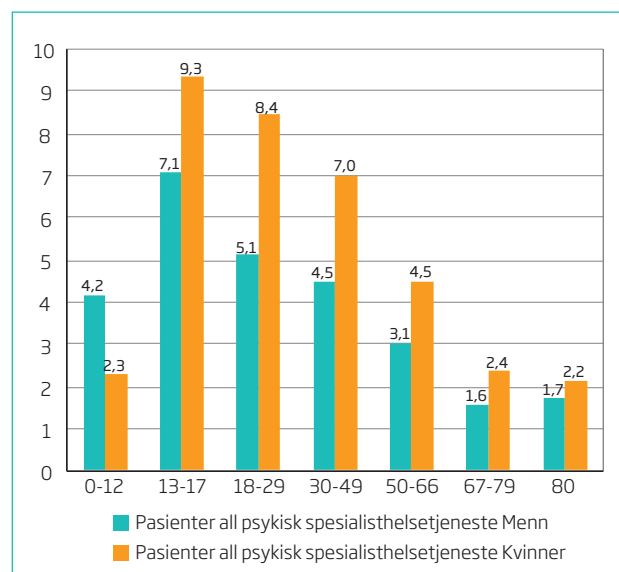
	2012-2014	Andel	2014	Andel
<i>Spesialist eller allmenlegetjenester</i>	4 915 744	93	4 063 976	79
<i>Spesialisthelsetjenesten inkl radiologi*</i>	3 921 792	75	2 689 399	53
<i>Spesialisthelsetjenesten ekskl radiologi</i>	3 616 335	69	2 401 675	47
<i>Somatisk spesialisthelsetjeneste*</i>	3 857 652	73	2 602 548	51
Sykehustjenester (HF og private m/avtale)	2 992 541	57	1 791 097	35
Private avtalespesialister	1 787 998	34	1 007 281	20
Radiologi	2 511 465	48	1 319 078	26
<i>Psykisk spesialisthelsetjeneste*</i>	399 900	7,6	234 600	4,6
Psykisk helsevern (PHV-V og PHV-BU)	333 137	6,3	190 082	3,7
Private avtalespesialister	89 931	1,7	51 788	1,0
PHV-V	244 935	4,7	137 664	2,7
PHV-BU	96 246	1,8	54 713	1,1
<i>Antall personer på fastlegeliste</i>	5 264 099		5 125 620 ⁷⁹	

*Sykehus (HF og private med avtale), private avtalespesialister og radiologi. Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) er ikke inkludert.

Figur 12.3 Pasienter i kontakt med somatisk spesialisthelsetjeneste per 100 listepasienter fordelt etter aldersgrupper og kjønn 2014.



Figur 12.4 Pasienter i kontakt med psykisk spesialisthelsetjeneste per 100 listepasienter fordelt etter aldersgrupper og kjønn 2014.



80 Folketallet i Norge 1.1.2015 var 5 165 802. Fastlegepopulasjonen dekker så å si hele befolkningen.

oppfølging tilknyttet graviditet og fødsel. Figur 12.5 viser at personer over 67 år utgjør 15 prosent av befolkningen og nesten en fjerdedel av pasientene, mens de mellom 30 og 66 utgjør omtrent 50 prosent av befolkningen og 50 prosent av pasientene. De under 30 år utgjør 38 prosent av befolkningen og 28 prosent av pasientene.

Aldersfordelingen for bruk av tjenestene er annerledes for psykisk helsetjeneste - hvor ungdom og unge voksne bruker tjenestene mest (se figur 12.4). De eldste aldersgruppene er i langt mindre grad i kontakt med psykisk spesialisthelsetjenesten enn den yngre delen av befolkningen. Bortsett fra barn under 12 år er kvinner i langt større grad pasienter i psykisk helsevern enn menn. Slik aldersgruppene er inndelt her ser vi at jenter fra 13-17 år oftest får oppfølging på grunn av psykiske problemer eller lidelser. Ser vi på volum heller enn rater finner vi at personer under 30 år utgjør 46 prosent av pasientene innen psykisk helsevern (inklusive avtalespesialistene), de mellom 30 og 66 år står for 38 prosent, mens bare 7 prosent av pasientene er over 67 år.

12.5 FORSKJELLER I BRUK AV TJENESTER MELLOM FASTLEGEPOPULASJONER

I analysen av variasjon brukes to mål på bruk av tjenester;

- Andel av listepasientene som har hatt kontakt med spesialisthelsetjenesten (somatisk eller psykisk helsetjeneste) i en gitt periode
- Omfang av kontakter som pasientene på fastlegelisten har hatt med en gitt tjeneste eller for spesifikke typer kontakt (kalt episoder).

Stor variasjon mellom fastlegepopulasjoner kan blant annet indikere at det er forskjeller i henvisningspraksis fra allmenlegetjenesten, mens omfanget av kontakter som den enkelte pasient har hatt i utrednings,- og behandlingsprosessen også vil påvirkes av praksis i spesialisthelsetjenesten.

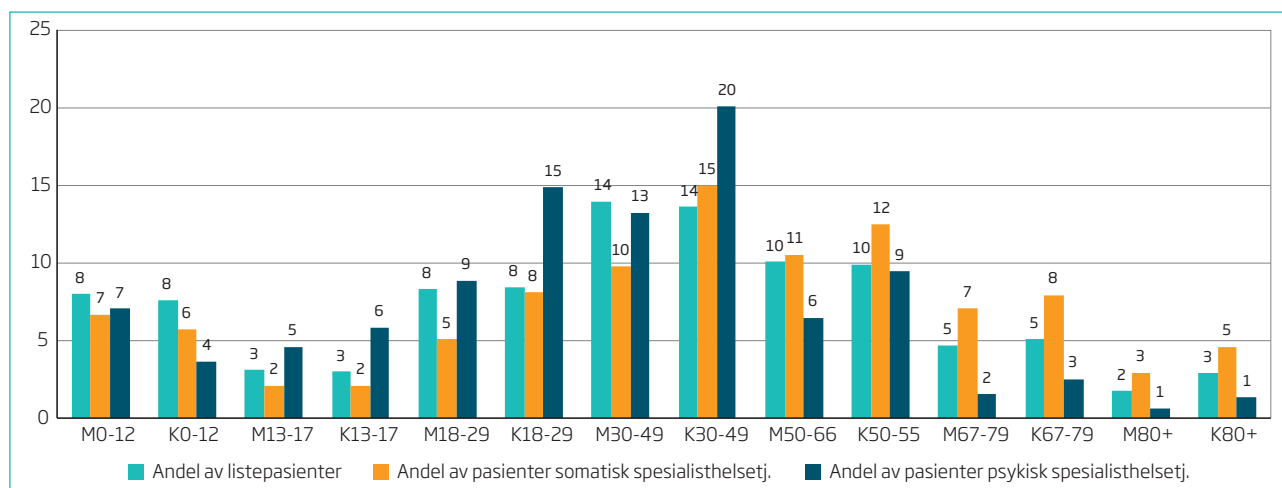
Videre i kapitlet ser vi på følgende:

Somatisk spesialisthelsetjeneste:

Variasjoner i andel av listepasientene (fastlegelister)

- som har hatt oppfølging av somatisk spesialisthelsetjeneste
- som har hatt planlagt poliklinisk oppfølging ved et sykehus eller privat avtalespesialist eller privat sykehus
- som har vært til radiologisk undersøkelse

Figur 12.5 Andel av fastlegepopulasjonen, andel av pasientene i somatisk spesialisthelsetjeneste og andel av pasientene i psykisk spesialisthelsetjeneste tilknyttet menn og kvinner i ulike aldersgrupper i 2014. Inklusive sykehus og private avtalespesialister.



- som har gjennomgått en eller flere kirurgiske prosedyrer og antall episoder med prosedyre per 100 på lista
- som har hatt oppfølging i spesialisthelsetjenesten med en hoveddiagnose knyttet til muskel-skjelettsystemet (ICD-10).
- som har vært innlagt som øyeblikkelig hjelp og antall ø-hjelpsinnleggelser per 100 listepasienter.

Psykisk helse:

Variasjoner i andel av listepasientene (fastlegelister)

- som har hatt oppfølging i psykisk spesialisthelsetjeneste (psykisk helsevern eller hos en privat avtalespesialist)
- som har vært pasienter ved en poliklinikk innen psykisk helsevern eller hos en privat avtale-spesialist (psykolog eller psykiater).

Vi har i liten grad analysert spesifikke diagnose-grupper. En stor utfordring er at antall personer på en fastlegeliste med en spesifikk diagnose eller behandling som følges opp i spesialisthelsetjenesten er begrenset, spesielt når vi skal studere kjønns- og aldersspesifikke andeler/rater. Diagnose-spesifikke analyser er mer robuste når man studerer aktiviteten i fastlegenes egen praksis eller gjør analyser på et mer aggregert nivå, som kommuner eller sykehusområder.

Tilfeldig variasjon på grunn av lavt tallgrunnlag

Observerte forskjeller i andel på listene som følges opp av spesialisthelsetjenesten kan skyldes både tilfeldig variasjon og systematisk variasjon. Små tall i datagrunnlaget er en viktig kilde til tilfeldig variasjon. Hvis det bare er fire menn over 80 år på fastlegelista vil det bli 25 prosent økning i andelen når en ekstra henvises til oppfølging i spesialisthelsetjenesten. I denne analysen er små tall og lavt tallgrunnlag en svært relevant problemstilling slik vi har illustrert i tidligere avsnitt. For å få et mer robust materiale brukes data fra tre år.

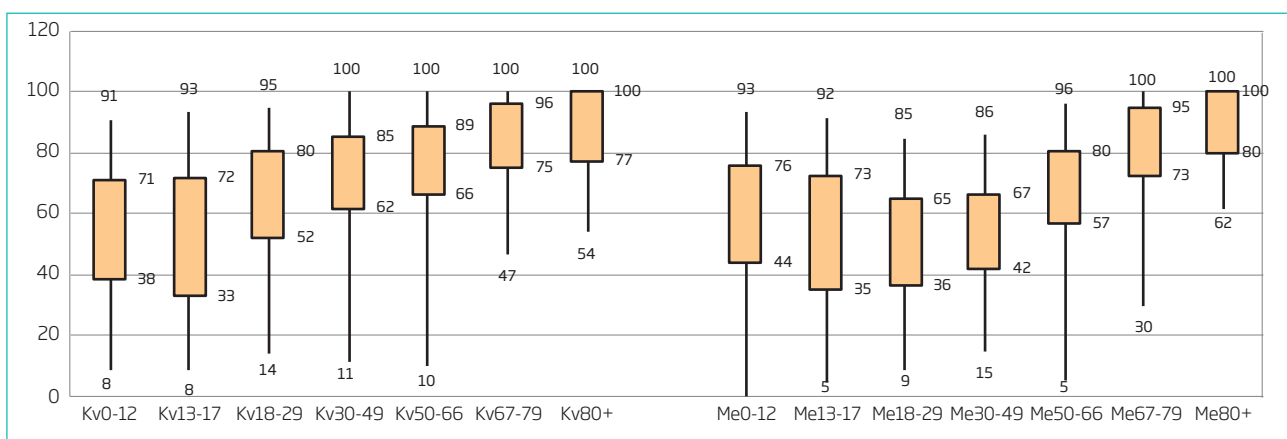
Variasjonsmål brukt i analysen

Variasjonen mellom fastlegelistene framstilles både gjennom å vise spredningen i faktiske andeler for hver av aldersgruppene (variasjonsbredden) og prosent avvik fra gjennomsnittet.

Variasjonsbredde: Viser avstanden mellom listen med høyest verdi og listen med lavest verdi. I figur 12.6 nedenfor er dette illustrert ved ytterpunktene for hver gruppe.

Korrigert variasjonsbredde (korrigert for tilfeldig variasjon): De fem prosent av listene med høyest verdi og de fem prosent med lavest verdi ekskluderes. 90 prosent av listene er dermed inkludert og markeres av 5-persentilen og 95-persentilen. Den korrigerte variasjonsbredden er i figuren nedenfor markert ved ytterkanten av de fargede boksene. Korreksjonen gjør analysen mer robust og bidrar til

Figur 12.6 Variasjonsbredde for andel pasienter i kontakt med spesialisthelsetjenesten i perioden 2012-2014. De fargede boksene markerer området innenfor 5-persentilen og 95-persentilen.



at vi får et bedre bilde av den generelle variasjonen mellom de cirka 3 700 fastlegelistene som er inkludert for hele perioden 2012-2014.

Prosent avvik fra gjennomsnitt: Prosent avvik mellom 95-persentilen og gjennomsnittet, og mellom 5-persentilen og gjennomsnittet. Den statistiske variasjonen vil være større for tjenester som omfatter få listepasienter enn tjenester som omfatter mange. Eksempelvis er en økning fra 1 til 2 lik 100 prosent, mens en økning fra 10 til 11 er 10 prosent, selv om forskjellen er 1 i begge tilfeller.

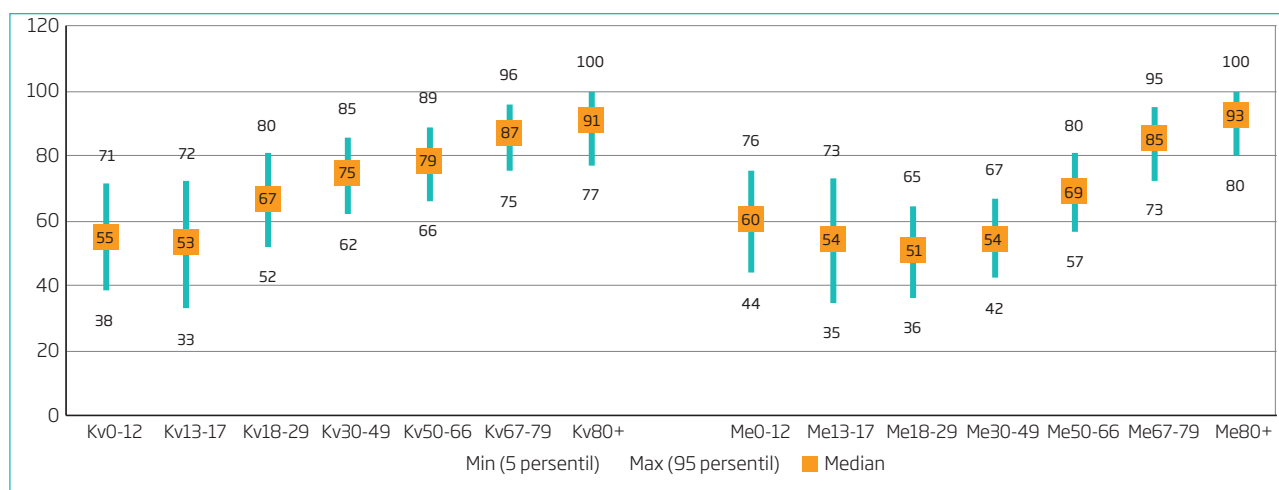
12.6 VARIASJON I ANDEL LISTEPASIENTER SOM HAR HATT KONTAKT MED SOMATISK SPESIALISTHELSETJENESTE

Figur 12.7 viser den korrigerede variasjonsbredden i andel av fastlegenes listepasienter som hadde kontakt med somatisk spesialisthelsetjeneste. For treårsperioden 2012-2014 viser resultatene at andelen varierte med cirka 20-25 prosentpoeng for den voksne befolkning og dette er omtrent likt for kvinner og menn. For menn og kvinner over 80 år var mellom 77 og 100 prosent av listepasientene i kontakt med spesialisthelsetjenesten i løpet av treårsperioden. For aldersgruppen 67-79 år varierte andelen i kontakt med somatisk spesialisthelsetje-

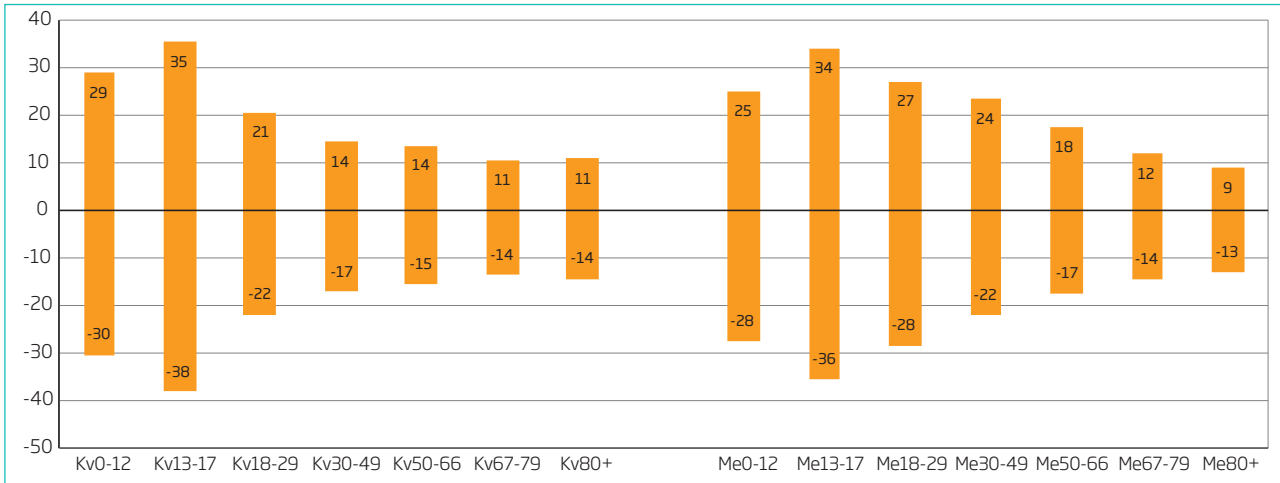
neste fra 75 til 96 prosent for kvinner og for menn fra 73 til 95 prosent av personene på lista (korrigert variasjonsbredde på 21 og 22 prosentpoeng). Andel som har hatt kontakt med spesialisthelsetjenesten var lavere for de yngre aldersgruppene, men forskjellene mellom lister med lav andel og lister med høyest andel, målt som prosentpoeng, er omtrent like stor som for eldre. For menn i aldersgruppen 30-49 år varierte andelen i kontakt med somatisk spesialisthelsetjeneste fra 42 prosent til 67 prosent av listepasientene. Prosent avvik fra gjennomsnittet var minst for de eldste aldersgruppene (se figur 12.8). For de yngste aldersgruppene var spredningen målt i prosent større, men det kan delvis skyldes mindre aldersintervall og flere lister med få listepasienter. Dette gjaldt spesielt gruppen 13-17 år.

Beskrivelsen gitt i forrige avsnitt er omtrent det samme når vi kun ser på andelen listepasienter som har hatt poliklinisk oppfølging og også når vi ytterligere avgrenser til andel som har hatt planlagt poliklinisk kontakt (se fig 12.9-12.10 og 12.13-12.14). Prosent avvik fra gjennomsnittet blir likevel noe større. Ser vi derimot på antall polikliniske kontakter heller enn antall personer blir variasjonen mye større (se fig 12.11-12.12 og 12.15 -12.16). Variasjonen er altså langt større når det gjelder mengden kontakt enn hvor mange pasienter på lista som har hatt kontakt med spesialisthelsetjenesten.

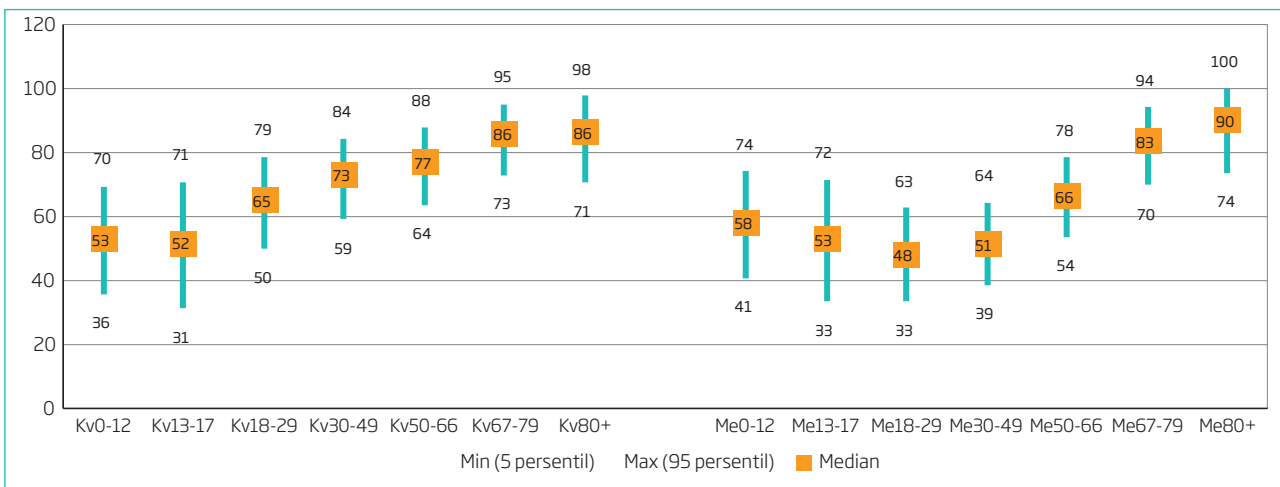
Figur 12.7 Variasjon i andel listepasienter som har hatt kontakt med somatisk spesialisthelsetjeneste fordelt etter kjønn og aldersgrupper, fastlegelister for perioden 2012-2014.



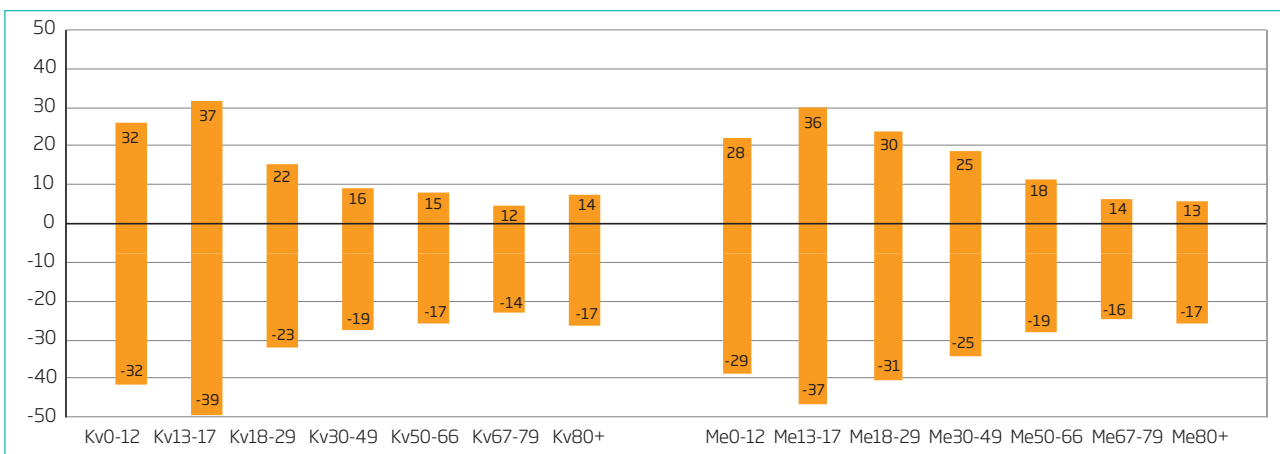
Figur 12.8 Avvik fra landsgjennomsnitt i andel listepasienter som har vært i somatisk spesialisthelsetjeneste fordelt etter kjønn og aldersgrupper, fastlegelister for perioden 2012-2014. 5 og 95 persentiler for prosent avvik.



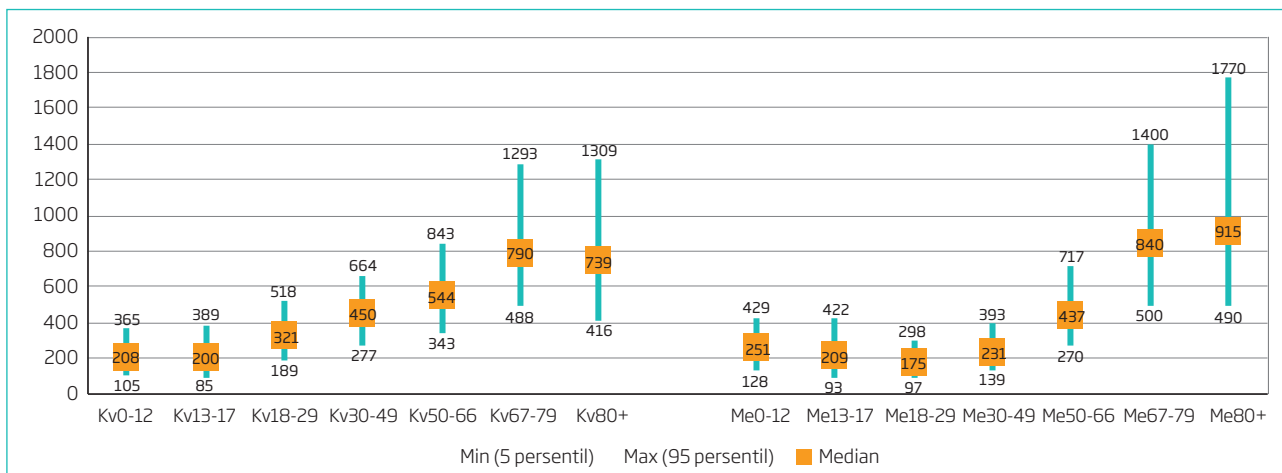
Figur 12.9 Variasjon i andel listepasienter som har hatt konsultasjoner ved somatisk poliklinikk eller avtalespesialist fordelt etter kjønn og aldersgrupper, fastlegelister for perioden 2012-2014.



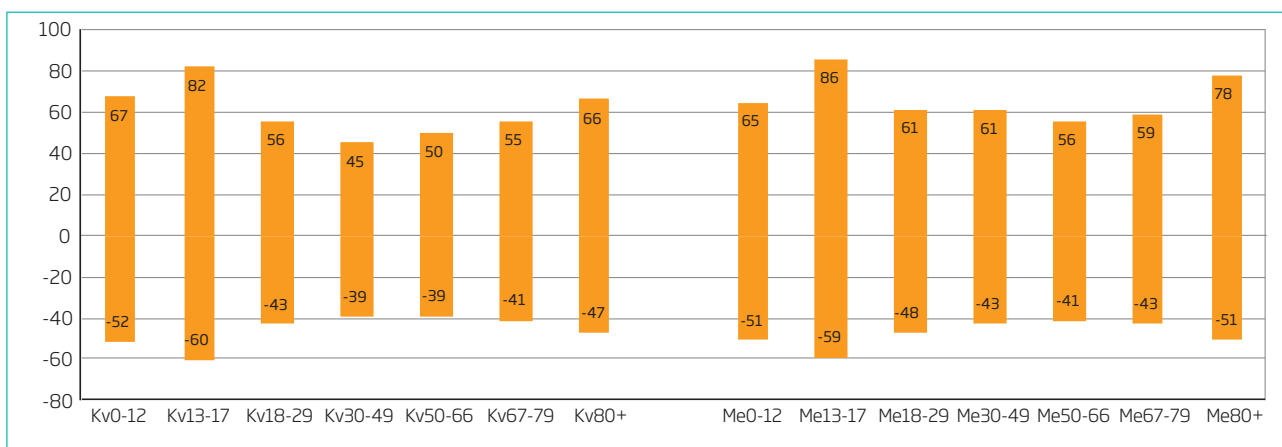
Figur 12.10 Avvik fra landsgjennomsnitt i andel listepasienter som har hatt konsultasjoner ved somatisk poliklinikk eller avtalespesialist fordelt etter kjønn og aldersgrupper, fastlegelister for perioden 2012-2014. 5 og 95 persentiler for prosent avvik.



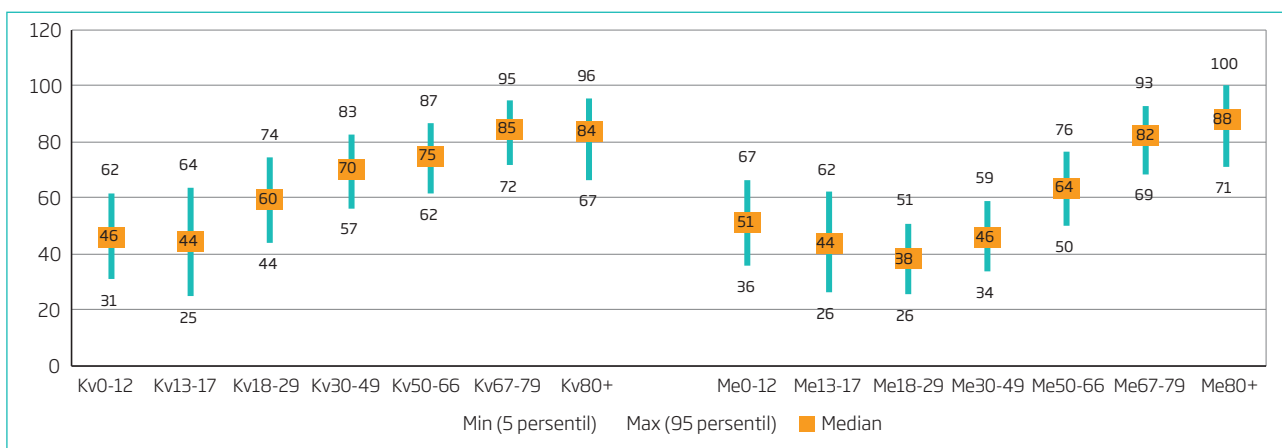
Figur 12.11 Variasjon i antall konsultasjoner per 100 listepasienter ved somatisk poliklinikk eller hos avtalespesialist fordelt etter kjønn og aldersgrupper, fastlegelister for perioden 2012-2014.



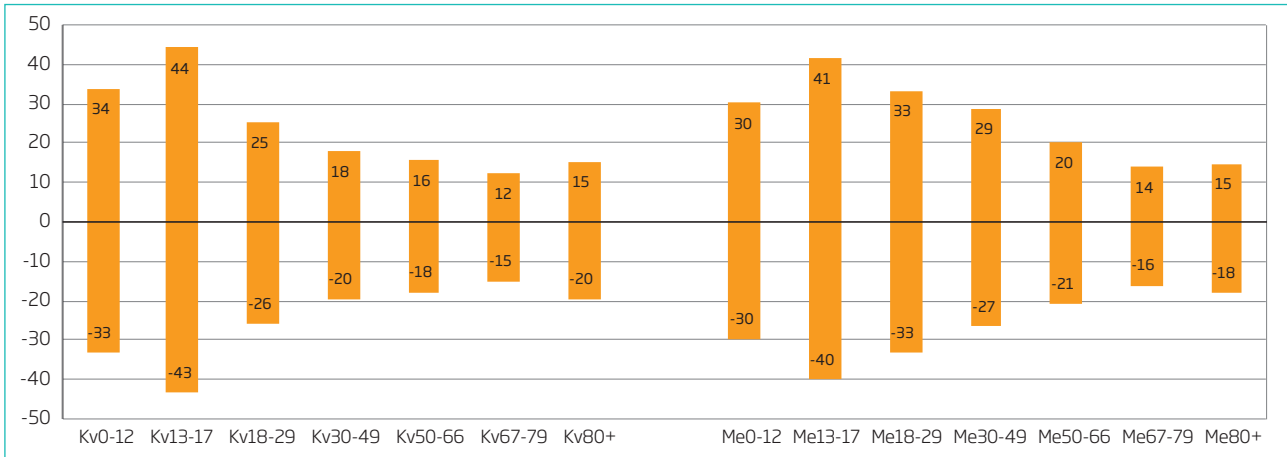
Figur 12.12 Avvik fra landsgjennomsnitt i antall konsultasjoner per 100 listepasienter ved somatisk poliklinikk eller hos avtalespesialist fordelt etter kjønn og aldersgrupper, fastlegelister for perioden 2012-2014. 5 og 95 persentiler for prosent avvik.



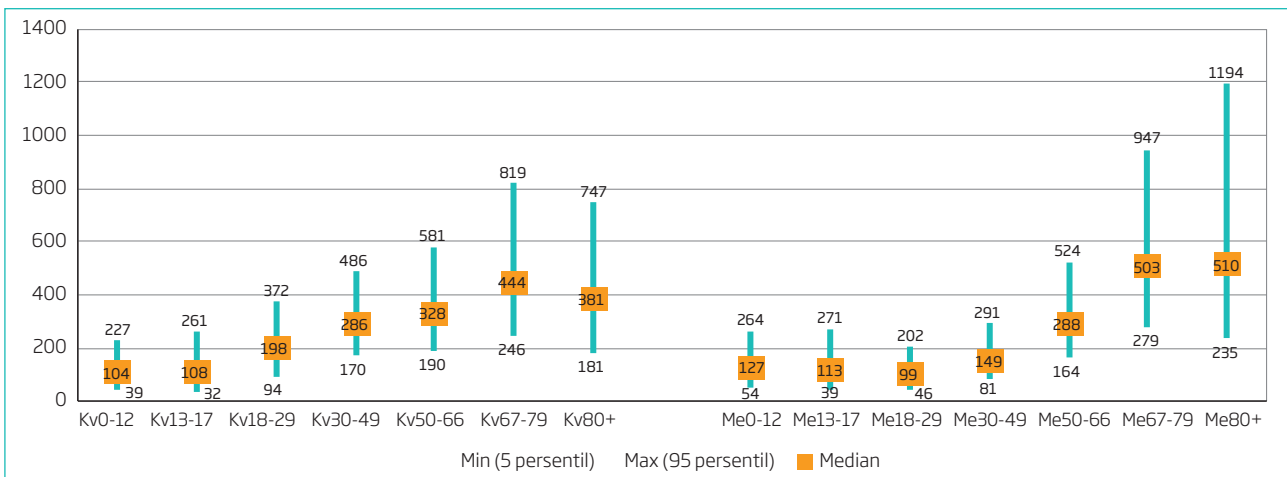
Figur 12.13 Variasjon i andel listepasienter som har hatt planlagte (elektive) konsultasjoner ved somatisk poliklinikk eller avtalespesialist fordelt etter kjønn og aldersgrupper, fastlegelister for perioden 2012-2014.



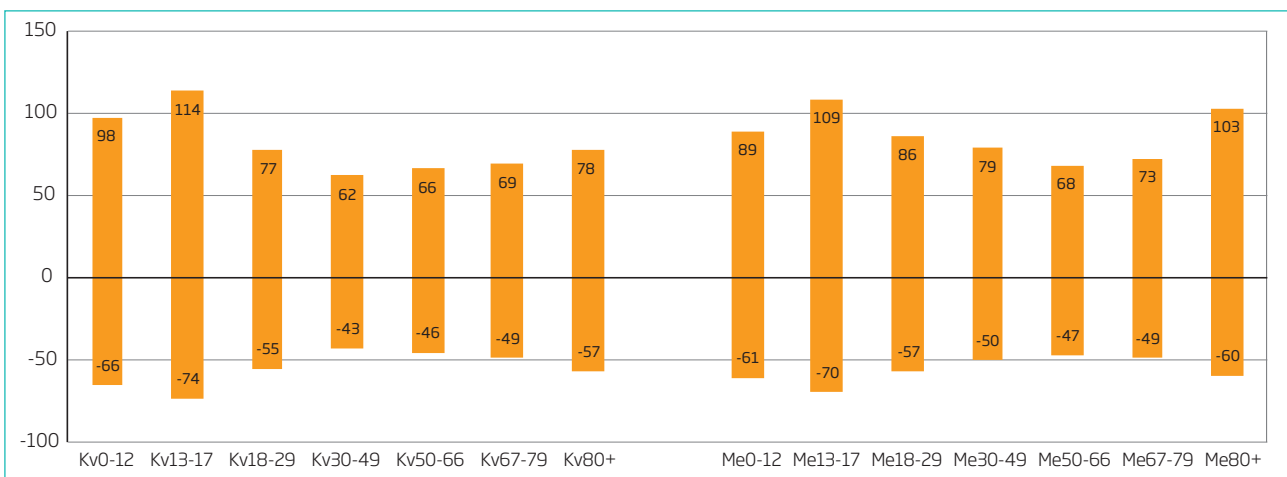
Figur 12.14 Avvik fra landsgjennomsnitt i andel listepasienter som har hatt planlagte konsultasjoner ved somatisk poliklinikk eller hos avtalespesialist fordelt etter kjønn og aldersgrupper, fastlegelister for perioden 2012-2014. 5 og 95 persentiler for prosent avvik.



Figur 12.15 Variasjon i antall planlagte konsultasjoner per 100 listepasienter ved somatisk poliklinikk eller avtalespesialist fordelt etter kjønn og aldersgrupper, fastlegelister for perioden 2012-2014.



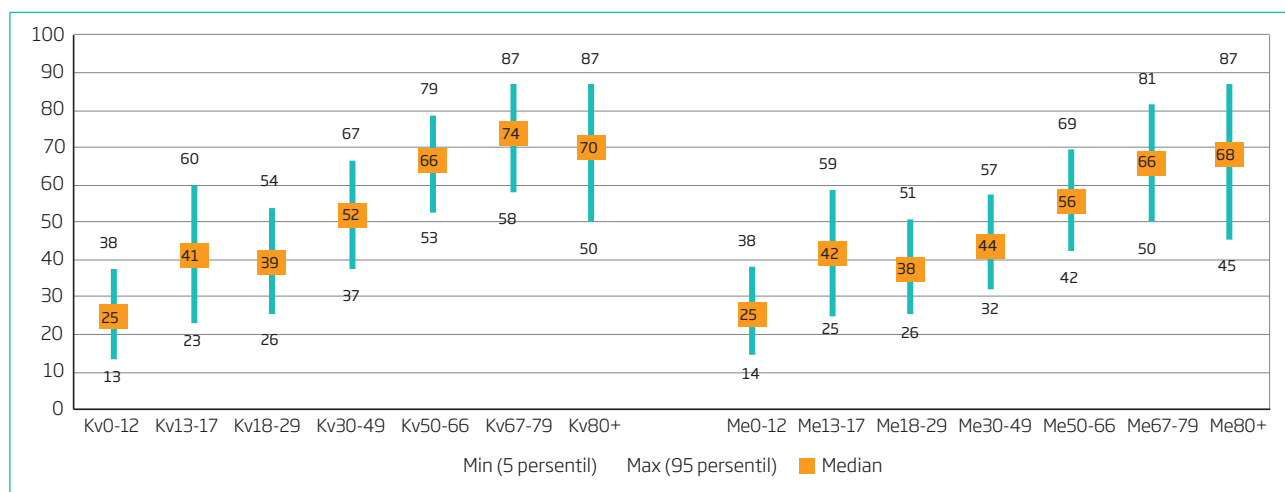
Figur 12.16 Prosent avvik fra landsgjennomsnitt i antall planlagte konsultasjoner per 100 listepasienter ved somatisk poliklinikk eller hos avtalespesialist fordelt etter kjønn og aldersgrupper, fastlegelister for perioden 2012-2014. 5 og 95 persentiler for prosent avvik.



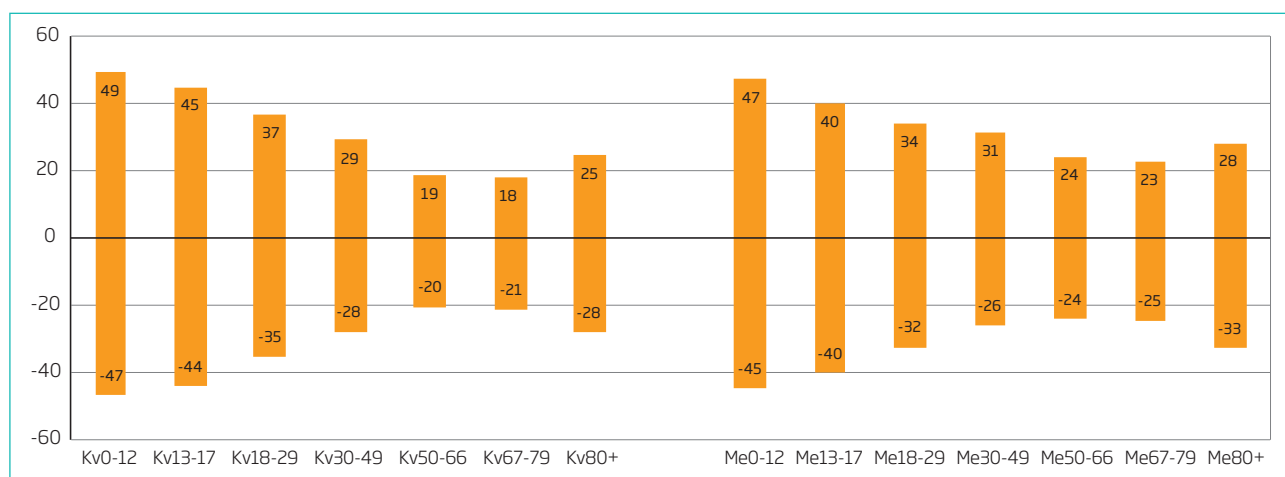
12.7 VARIASJON I ANDEL LISTEPASIENTER SOM HAR GJENNOMFØRT EN RADIOLOGISK UNDERSØKELSE

Variasjonen i andelen listepasienter som har gjennomgått minst en radiologisk undersøkelse i treårsperioden er relativt stor. Forskjellen mellom 5-persentilen (nedre verdi) og 95-persentilen (øvre verdi) varierer fra 24 til 42 prosentpoeng for aldersgruppene (korrigert variasjonsbredde). Størst spredning i faktiske andeler finner vi for de aller eldste (over 80 år), men målt i prosent avvik fra gjennomsnitt er variasjonen størst for de yngste.

Figur 12.17 Variasjon i andel listepasienter som har vært til radiologisk undersøkelse i offentlig sykehus eller privat røntgeninstitutt (refusjonsberettigede) fordelt etter kjønn og aldersgrupper, fastlegelister for perioden 2012-2014.



Figur 12.18 Avvik fra landsgjennomsnitt i andel listepasienter som har vært til radiologisk undersøkelse i offentlig sykehus eller privat røntgeninstitutt fordelt etter kjønn og aldersgrupper, fastlegelister for perioden 2012-2014. 5 og 95 persentiler for prosent avvik.

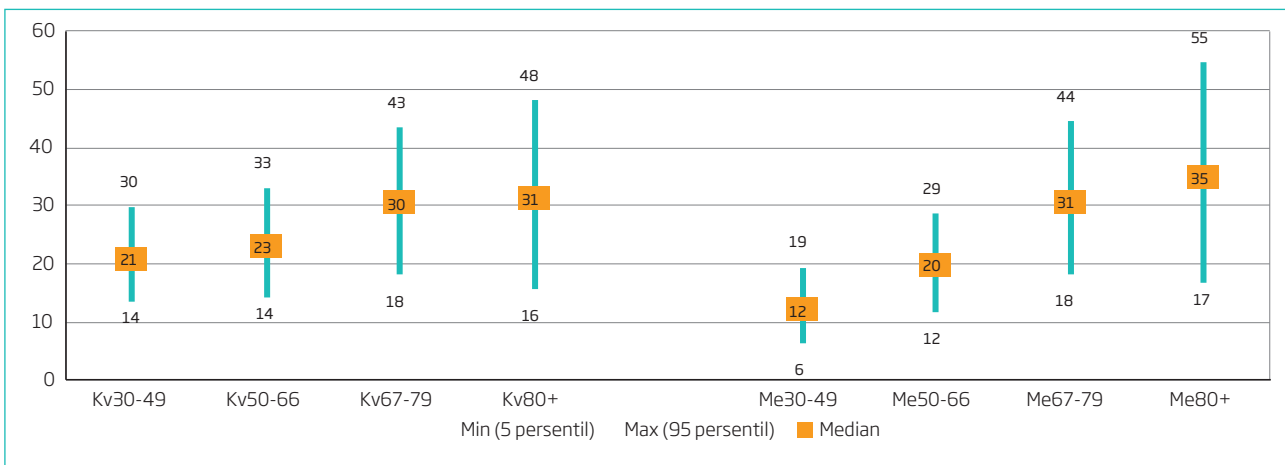


12.8 VARIASJON I ANDEL LISTEPASIENTER SOM HAR GJENNOMGÅTT KIRURGISK BEHANDLING

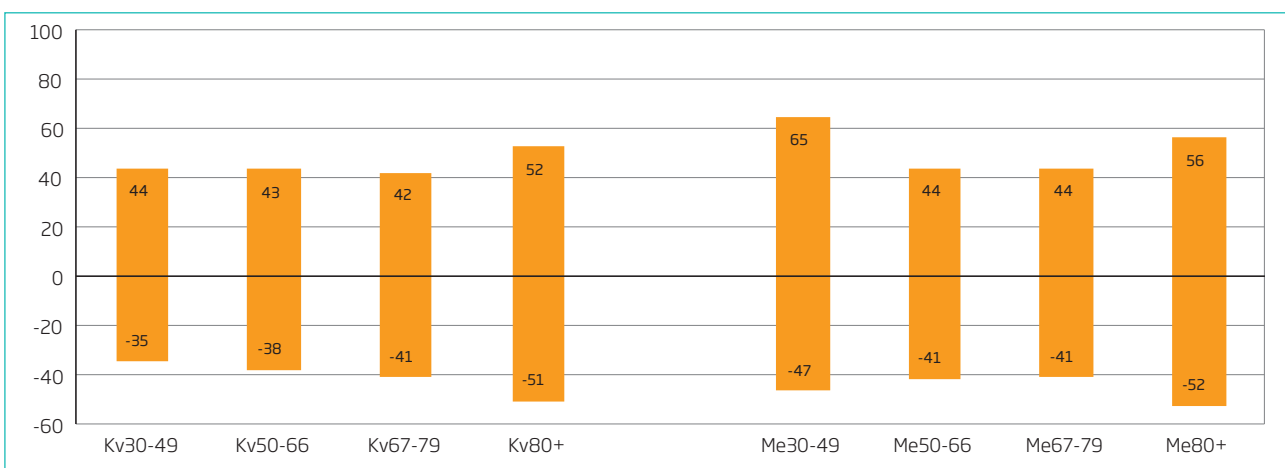
Andelen listepasienter som har fått kirurgisk behandling i spesialisthelsetjenesten varierer også relativt mye. Her inkluderer vi ikke de yngste aldersgruppene, da forekomsten av kirurgi er lav for disse. Den korrigerte variasjonsbredden for aldersgruppen 50-66 år var på hhv 19 prosentpoeng for kvinner og 15 prosentpoeng for menn. For aldersgruppen 67-79 år økte variasjonsbredden til 25 prosentpoeng for kvinner og 26 prosentpoeng for menn, og for den eldste aldersgruppen (80+) var

den korrigerte variasjonsbredden godt over 30 prosentpoeng for begge kjønn. Det relative avviket fra gjennomsnittet til hhv 5 og 95-persentilene var rundt 40 prosent for aldersgruppene fra 50 til 79 år. Variasjonen i faktisk antall kirurgiske prosedyrer per 100 listepasienter varierer litt mer enn variasjoner i antall personer som har fått kirurgisk behandling,

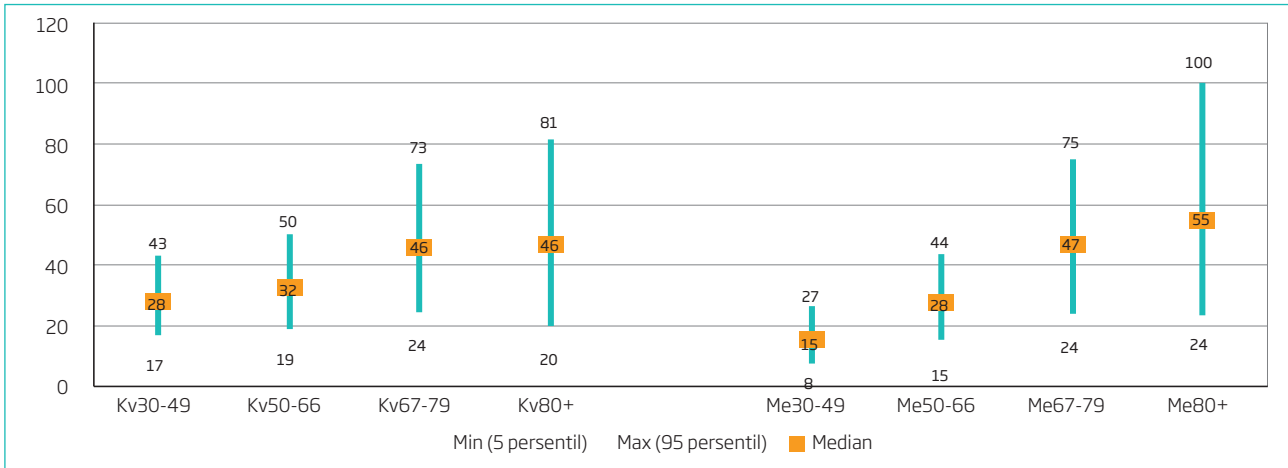
Figur 12.19 Variasjon i andel listepasienter som har gjennomgått kirurgisk undersøkelse eller behandling i spesialisthelsetjenesten fordelt etter kjønn og aldersgrupper, fastlegelister for perioden 2012-2014.



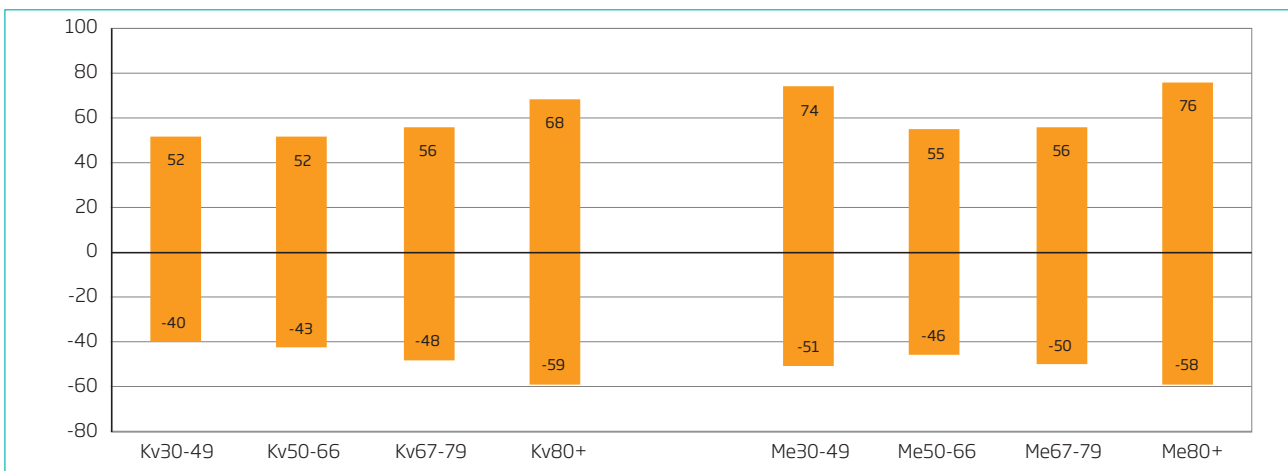
Figur 12.20 Avvik fra landsgjennomsnitt i andel listepasienter som har gjennomgått kirurgisk behandling i spesialisthelsetjenesten fordelt etter kjønn og aldersgrupper, fastlegelister for perioden 2012-2014. 5 og 95 prosentiler for prosent avvik.



Figur 12.21 Variasjon i antall episoder med kirurgisk prosedyre i spesialisthelsetjenesten per 100 listepasienter fordelt etter kjønn og aldersgrupper, fastlegelister for perioden 2012-2014.



Figur 12.22 Prosent avvik fra landsgjennomsnitt i antall episoder med kirurgiske prosedyrer, per 100 listepasienter fordelt etter kjønn og aldersgrupper, fastlegelister for perioden 2012-2014. 5 og 95 persentiler for prosent avvik.

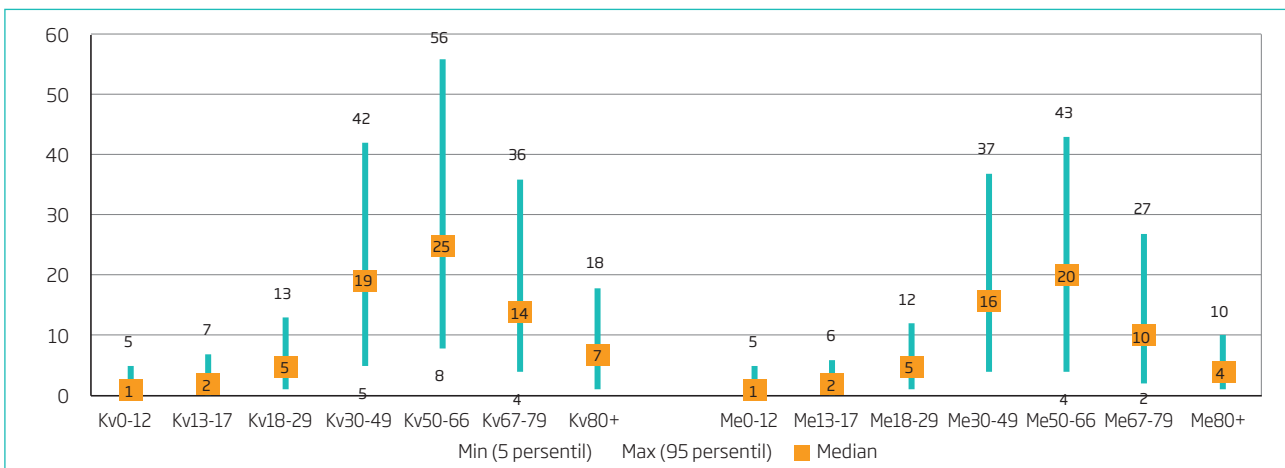


12.9 VARIASJON I ANDEL LISTE-PASIENTER I KONTAKT MED SPESIALISTHELSETJENESTEN FOR MUSKEL-SKJELETT-LIDELSER

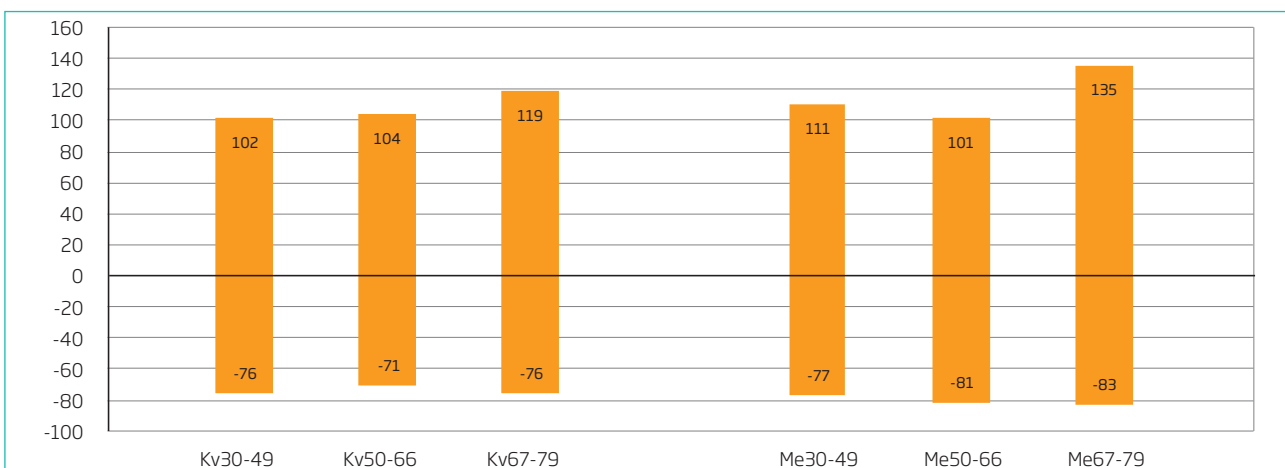
Pasienter som har hatt minst en kontakt med spesialisthelsetjenesten i perioden 2012-2014 og hvor hoveddiagnosen er angitt å være muskel-skjelett-lidelse (ICD-10) er inkludert i pasientgruppen. Andelen er svært liten for de yngste og for de aller eldste aldersgruppene. I aldersgruppene mellom 30 og 79 år er det et stort spenn i andel av listepasientene som hadde kontakt med spesialisthelsetjenesten på grunn av muskel-skjelett-plager

i perioden 2012-2014. Den korrigerte variasjonsbredden er størst for aldersgruppen 50-66 år, med en forskjell på 48 prosentpoeng for kvinner (andel varierer fra 8 til 56 prosent av listepasientene) og 39 prosentpoeng for menn (andel varierer fra 4 til 43 prosent av listepasientene). Dette er også aldersgruppen med størst andel som utredes og/eller behandles for muskel-skjelettplager. Måler vi prosent avvik fra gjennomsnittet isteden for variasjonsbredden strekker den seg fra 70 prosent under gjennomsnittet til nesten 120 prosent over for kvinner og fra 80 prosent under til 100 prosent over for listene med høyest andel i denne aldersgruppen. Den prosentvise variasjonen mellom ytterpunktene

Figur 12.23 Variasjon i andel listepasienter som er registrert med hoveddiagnose (ICD-10) som angir skjelett-muskellidelser/plager i spesialisthelsetjenesten fordelt etter kjønn og aldersgrupper, fastlegelister for perioden 2012-2014.



Figur 12.24: Avvik fra landsgjennomsnitt i andel listepasienter registrert med hoveddiagnose skjelett-muskellidelser i spesialisthelsetjenesten fordelt etter kjønn og aldersgrupper, fastlegelister for perioden 2012-2014. 5 og 95 persentiler for prosent avvik.

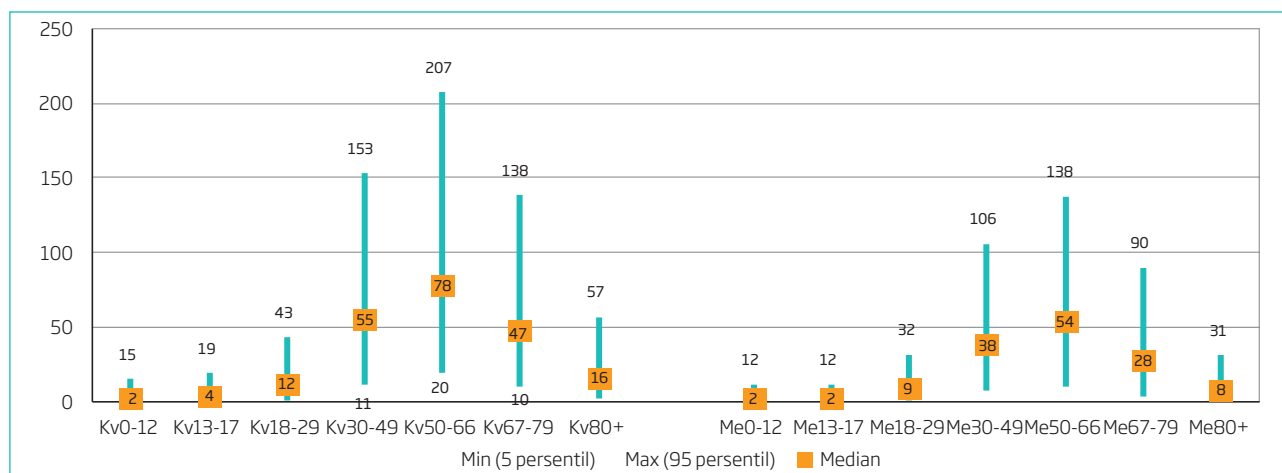


var omtrent like stor for aldersgruppene 30-49 år og 67-79 år.

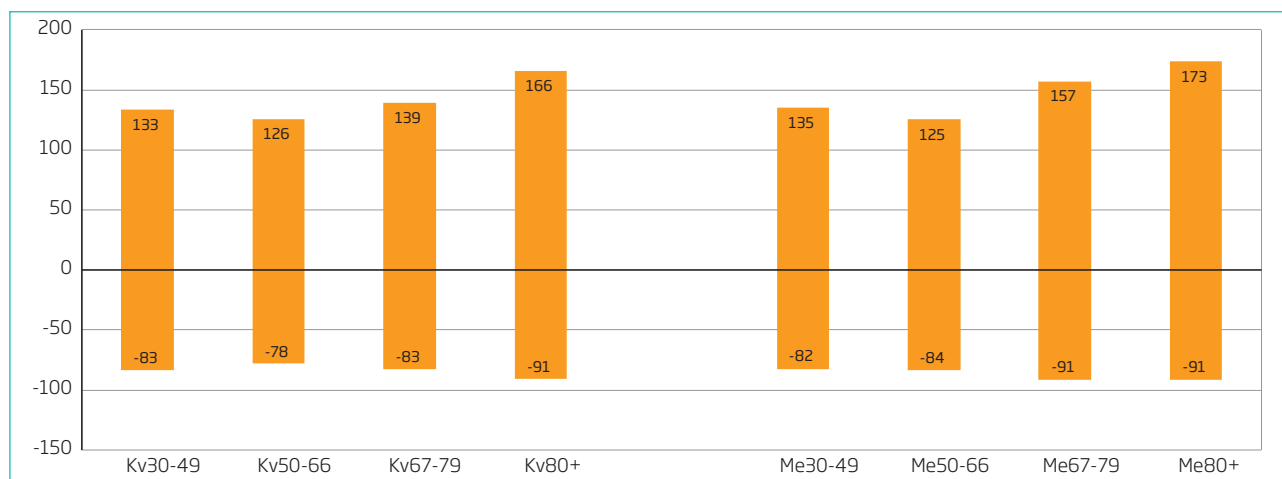
I tillegg til å se på variasjon i andelen personer i kontakt med tjenestene framstilles også variasjonen

i mengden kontakter med spesialisthelsetjenesten for muskel og skjelett-lidelser. Variasjonen blir da litt større, mens forholdet mellom aldersgruppene er svært likt.

Figur 12.25 Variasjon i antall episoder registrert med hoveddiagnose skjelett-muskellidelser i spesialisthelsetjenesten per 100 listepasienter fordelt etter kjønn og aldersgrupper, fastlegelister for perioden 2012-2014.



Figur 12.26 Avvik fra landsgjennomsnitt i antall episoder registrert med hoveddiagnose skjelett-muskellidelser i spesialisthelsetjenesten fordelt etter kjønn og aldersgrupper, fastlegelister for perioden 2012-2014. 5 og 95 persentiler for prosent avvik.



12.10 VARIASJON I ANDEL LISTEPASIENTER I KONTAKT MED PSYKISK HELSEVERN ELLER PRIVAT AVTALESPELIALIST

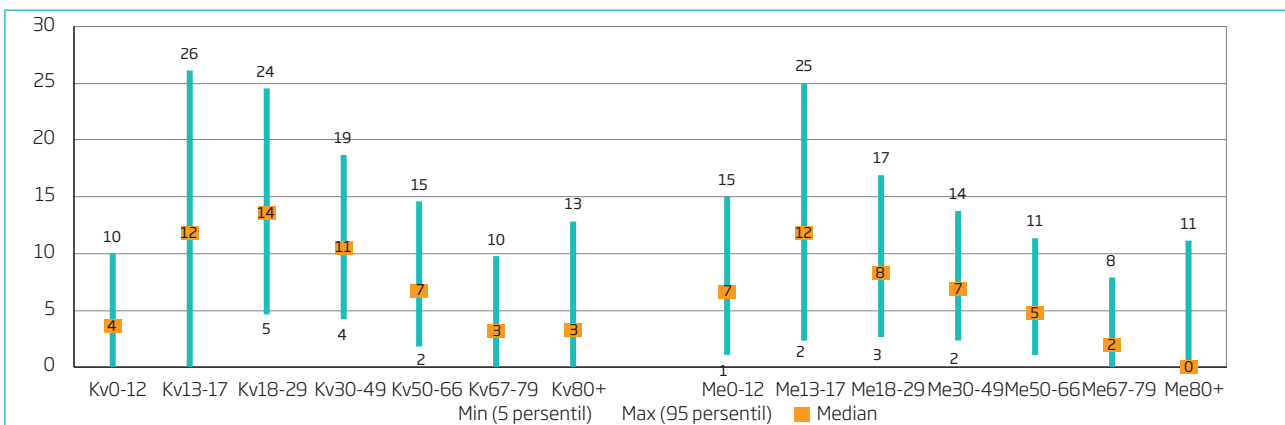
73 prosent av befolkningen hadde minst en kontakt med somatisk spesialisthelsetjeneste i årene 2012-2014 mens 7,6 prosent hadde kontakt med psykisk spesialisthelsetjeneste. Dette inkluderer både psykisk helsevern (helseforetakene) og private avtalespesialister (psykiater eller psykolog). Antallet pasienter på hver av fastlegelistene som følges opp i spesialisthelsetjenesten er dermed langt lavere for psykisk helsetjeneste, og spesielt gjelder dette aldersgruppene over 67 år. På listenivå er tallgrunnlaget er lite. For de yngste og eldste aldersgruppene er det svært mange fastlegelister med ingen eller bare noen få pasienter i psykisk helsevern. Dette øker faren for et stort innslag av tilfeldig

variasjon, også fordi antallet personer på fastlegelisten er minst for disse gruppene.

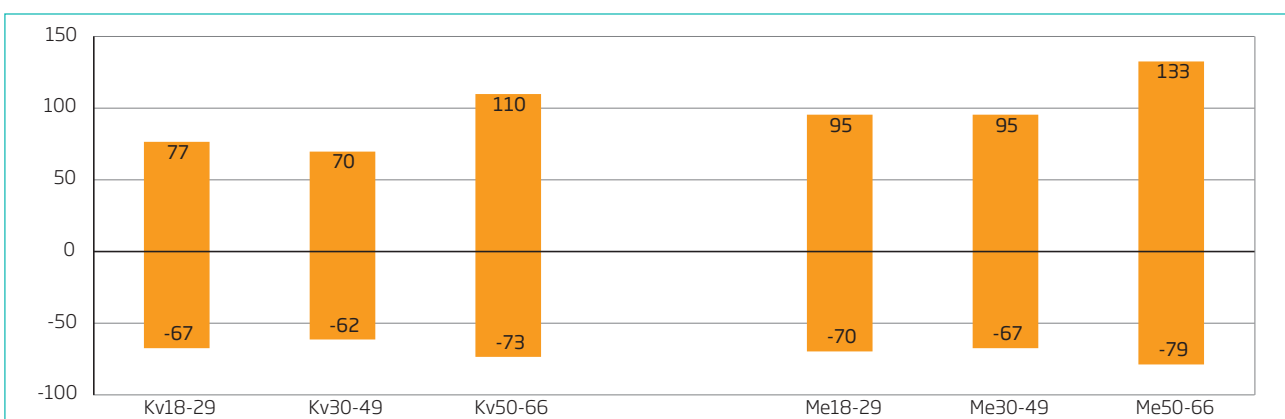
For de tre aldersgruppene mellom 18 og 66 år varierer den korrigerede variasjonsbredden (95 minus 5 persentil) fra 13 til 20 prosentpoeng for kvinner og fra 10 til 14 prosentpoeng for menn. Forskjellene mellom fastlegelistene er noe mindre enn det vi så for bruk av somatisk spesialisthelsetjeneste (faktiske andeler i figur 12.27). Den prosentvise avstanden fra gjennomsnittet til listene med høyest og lavest andel er imidlertid langt større for psykisk helsetjeneste (se figur 12.28).

Hvis vi kun inkluderer pasienter med polikliniske konsultasjoner innen psykisk spesialisthelsetjeneste var prosent avvik fra gjennomsnittet noe større (se figur 12.30).

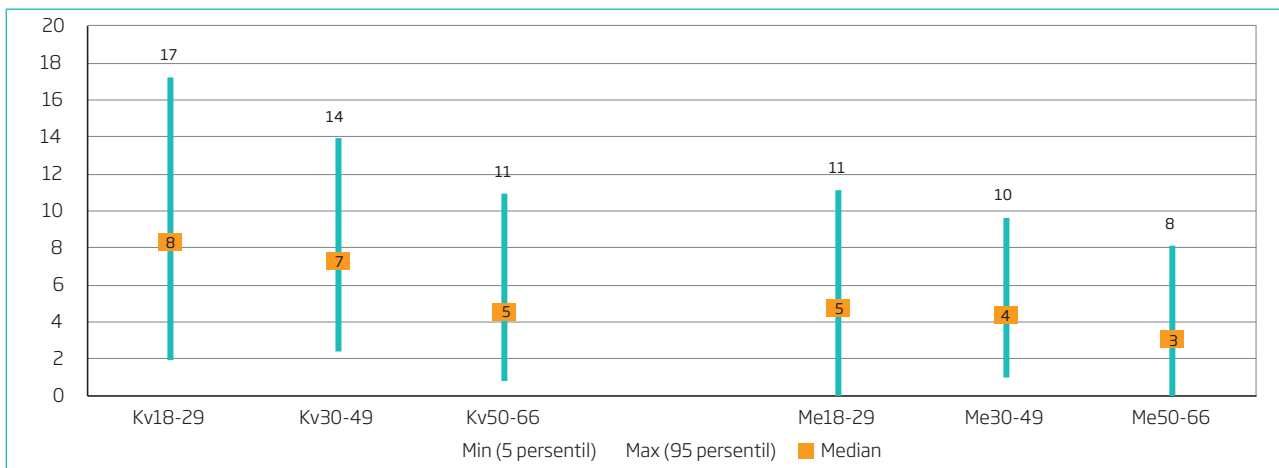
Figur 12.27 Variasjon i andel listepasienter i kontakt med psykisk helsevern (inklusive avtalespesialister) fordelt etter kjønn og aldersgrupper, fastlegelister for perioden 2012-2014.



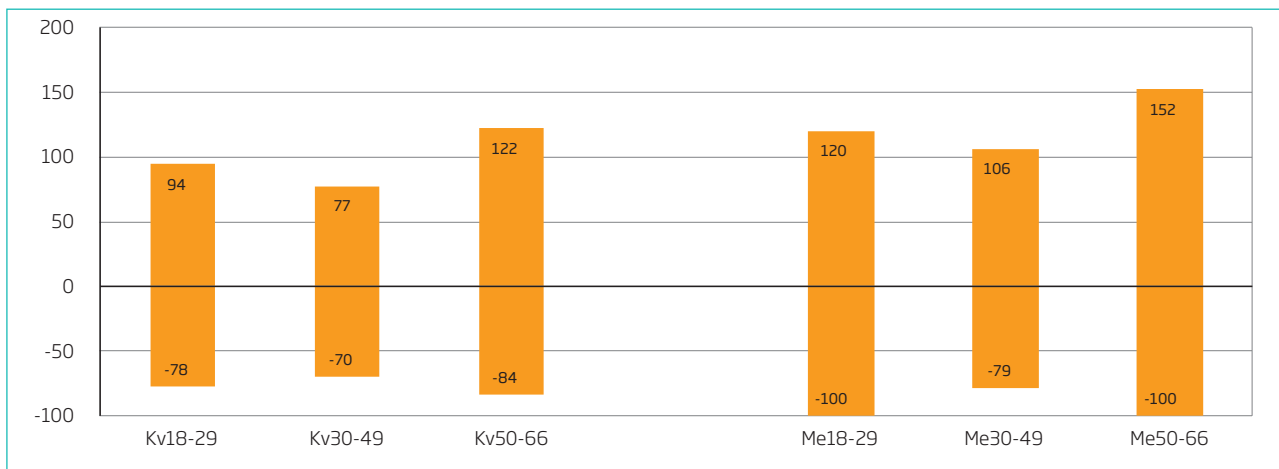
Figur 12.28 Avvik fra landsgjennomsnitt i andel listepasienter i kontakt med psykisk helsevern (inklusive avtalespesialister) fordelt etter kjønn og aldersgrupper, fastlegelister for perioden 2012-2014. 5 og 95 persentiler for prosent avvik.



Figur 12.29 Variasjon i andel pasienter med poliklinisk oppfølging innen psykisk helsevern (inklusive avtalespesialister) per 100 listepasienter fordelt etter kjønn og aldersgrupper, fastlegelister for perioden 2012-2014.



Figur 12.30 Avvik fra landsgjennomsnitt i andel listepasienter med poliklinisk oppfølging innen psykisk helsevern (inklusive avtalespesialister) fordelt etter kjønn og aldersgrupper, fastlegelister for perioden 2012-2014. 5 og 95 persentiler for prosent avvik.



12.11 VARIASJONER I Ø-HJELPSKONTAKT MED SPESIALISTHELSETJENESTEN

Kontakten med spesialisthelsetjenesten ved akutte tilstander styres i begrenset grad av pasientenes fastlege fordi pasienten ofte kommer inn via kommunal legevakt eller kommer direkte til sykehusenes akuttmottak. Vi har likevel sett på variasjonen i andel listepasienter som har hatt ø-hjelpskontakt med spesialisthelsetjenesten.

Den eldste aldersgruppen (80+) har den høyeste andelen listepasienter med minst en ø-hjelpskontakt i perioden og den korrigerte variasjons-

bredden er størst for dem (36 og 39 prosentpoeng mellom høyeste andel (95-persentilen) og laveste andel (5-persentilen). For de andre aldersgruppene er variasjonsbredden på mellom 20 og 34 prosentpoeng. Prosent avvik fra gjennomsnittet er likevel størst for barn 0-12 år, og strekker seg fra nesten 60 prosent under gjennomsnittet for jenter (5-persentilen) til cirka 70 prosent over (95-persentilen). Det er omtrent det samme for gutter. For den voksne befolkning er avviket i prosent på mellom 35-40 prosent over og under gjennomsnittet.

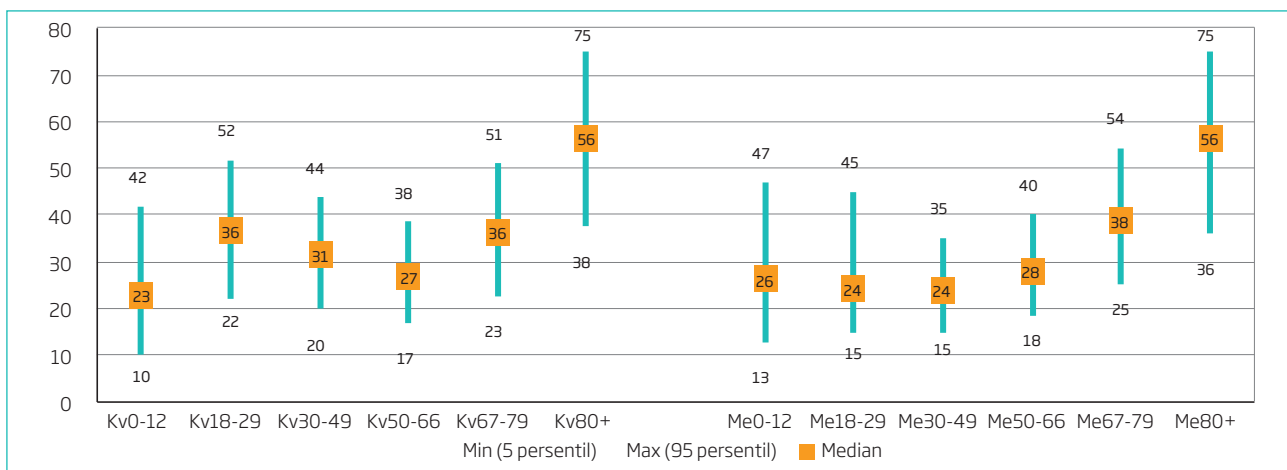
Hvis vi kun ser på andel av listepasientene som har vært innlagt som øyeblikkelig hjelp og holder

poliklinisk kontakt utenfor, blir den korrigerte variasjonsbredden i fordelingene litt mindre, samtidig som prosent avvik fra gjennomsnittet øker noe (fordi andelen innlagte er lavere enn andel med ø-hjelpskontakt totalt). Det bør bemerkes at unge kvinner har en relativt høy innleggelsesrate på grunn av at fødslene ikke er tatt ut av materialet.

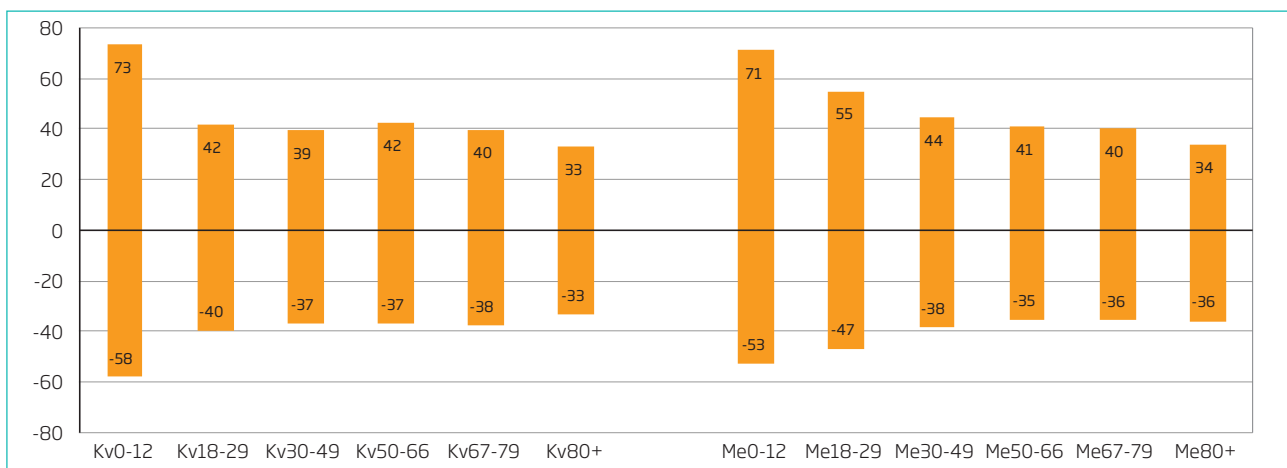
Antall ø-hjelpsepisoder per 100 listepasient (innleggelser og poliklinisk) varierer enda mer enn andelen personer på fastlegelistene som hatt øyeblikkelig hjelp-kontakt (se figur 12.33). Prosent

avvik fra gjennomsnittet fordobler seg for den voksne befolkningen. Dette skyldes at noen av pasientene har mange ø-hjelpsepisoder⁸¹. Variasjonen blir altså større når vi ser på hvor mye kontakt det har vært sammenlignet med hvor mange som har hatt kontakt.

Figur 12.31 Variasjon i andel listepasienter som har vært i kontakt med spesialisthelsetjenesten som øyeblikkelig hjelp fordelt etter kjønn og aldersgrupper, fastlegelister for perioden 2012-2014.

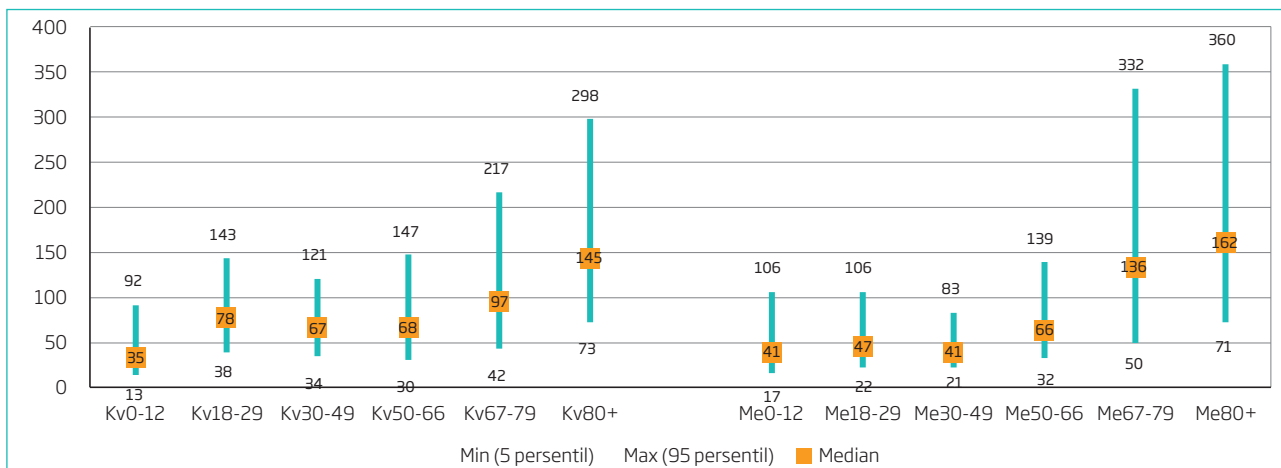


Figur 12.32 Avvik fra landsgjennomsnitt i andel listepasienter som har vært i kontakt med spesialisthelsetjenesten som øyeblikkelig hjelp fordelt etter kjønn og aldersgrupper, fastlegelister for perioden 2012-2014. 5 og 95 persentiler for prosent avvik.

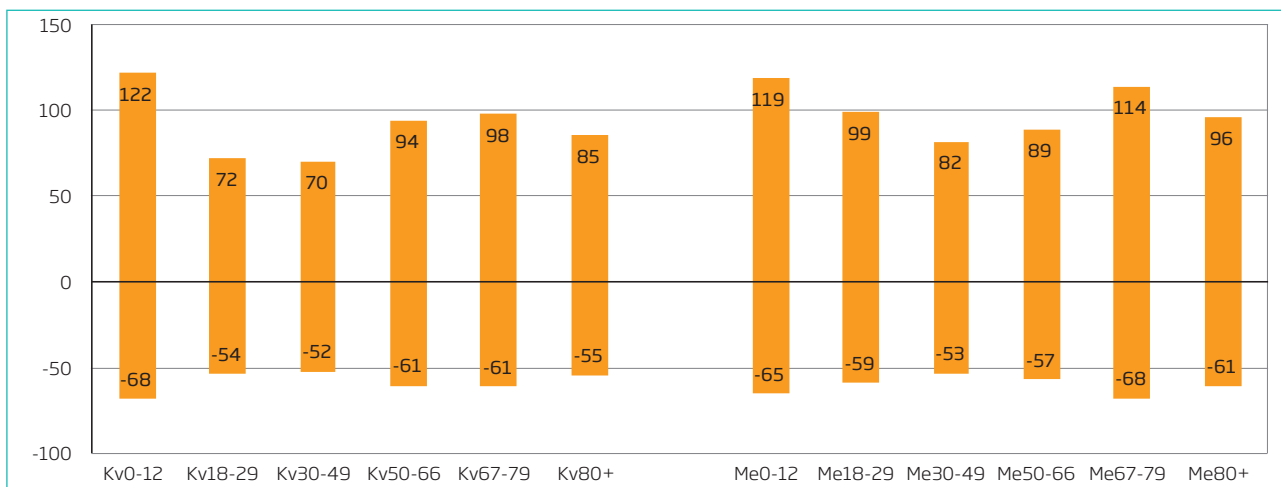


⁸¹ Siden det er krav om at pasienten skal ha stått på samme fastlegelisten i (nesten) hele perioden er de fleste personer som døde i perioden ikke inkludert i dette materialet.

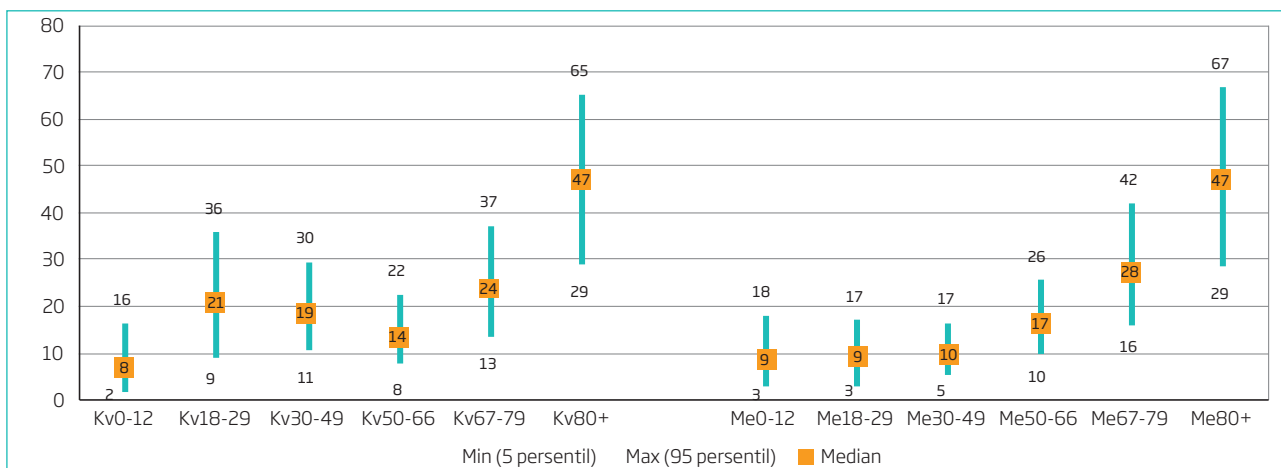
Figur 12.33 Variasjon i antall ø-hjelpsepisoder i spesialisthelsetjenesten per 100 listepasienter fordelt etter kjønn og aldersgrupper, fastlegelister for perioden 2012-2014.



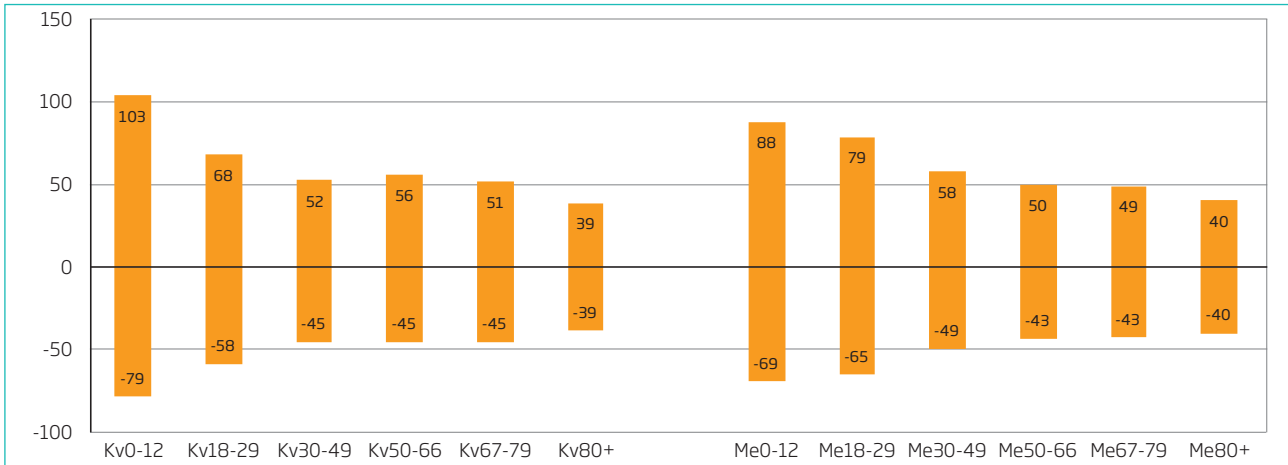
Figur 12.34 Avvik fra landsgjennomsnitt antall ø-hjelpsepisoder i spesialisthelsetjenesten for listepasientene fordelt etter kjønn og aldersgrupper, fastlegelister for perioden 2012-2014. 5 og 95 persentiler for prosent avvik.



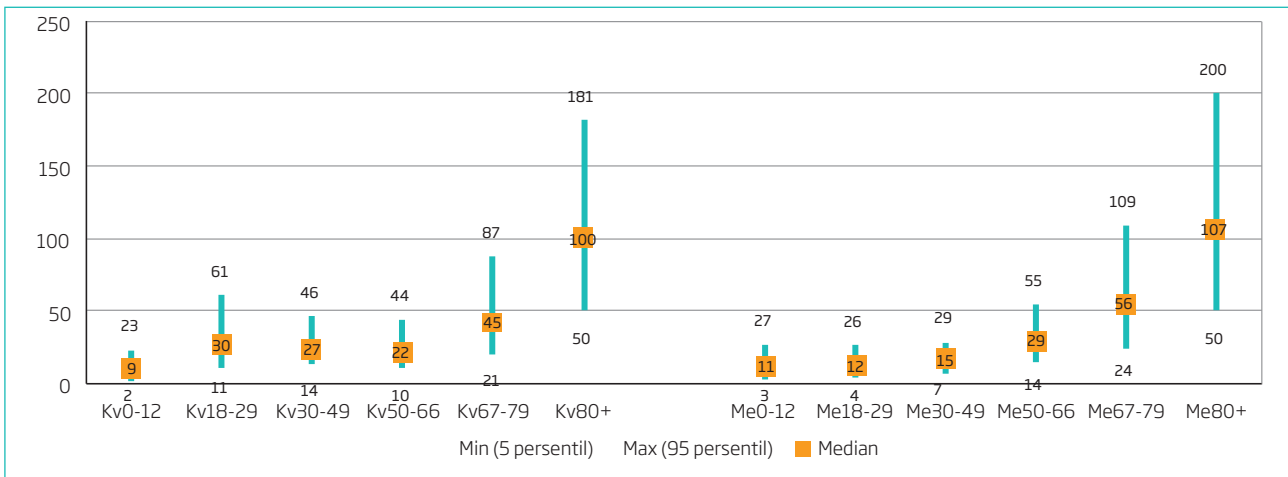
Figur 12.35 Variasjon i andel listepasienter som har vært innlagt som øyeblikkelig hjelp fordelt etter kjønn og aldersgrupper, fastlegelister for perioden 2012-2014.



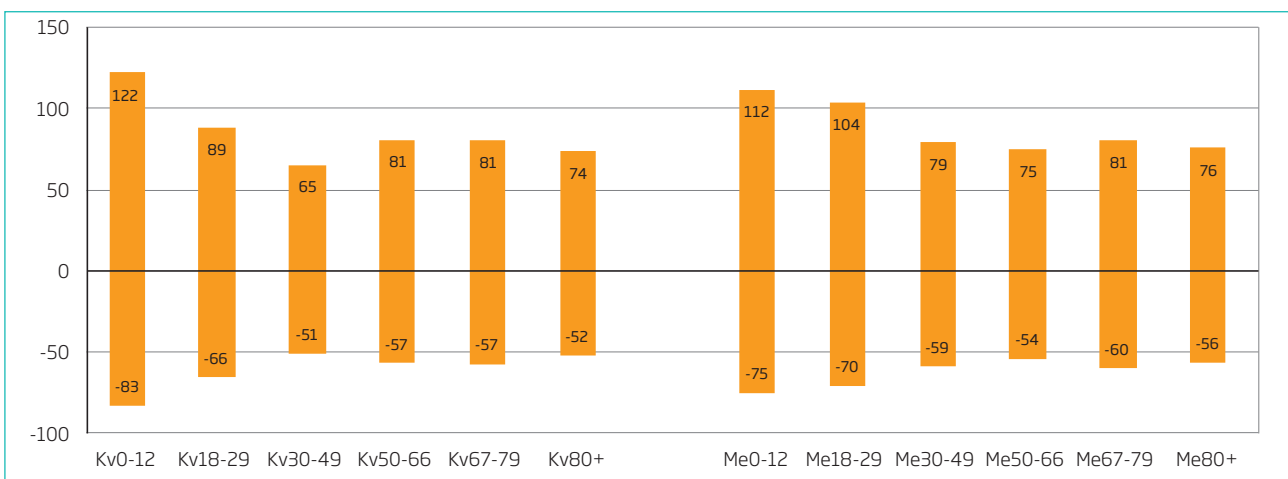
Figur 12.36 Avvik fra landsgjennomsnitt i andel listepasienter innlagt som øyeblikkelig hjelp i spesialisthelsetjenesten etter kjønn og aldersgrupper, fastlegelister for perioden 2012-2014. 5 og 95 persentiler for prosent avvik.



Figur 12.37 Variasjon i antall ø-hjelpsinnleggelses per 100 på fastlegelista fordelt etter kjønn og aldersgrupper, fastlegelister for perioden 2012-2014.



Figur 12.38 Avvik fra landsgjennomsnitt antall ø-hjelpsinnleggelses i spesialisthelsetjenesten for listepasientene fordelt etter kjønn og aldersgrupper, fastlegelister for perioden 2012-2014. 5 og 95 persentiler for prosent avvik.

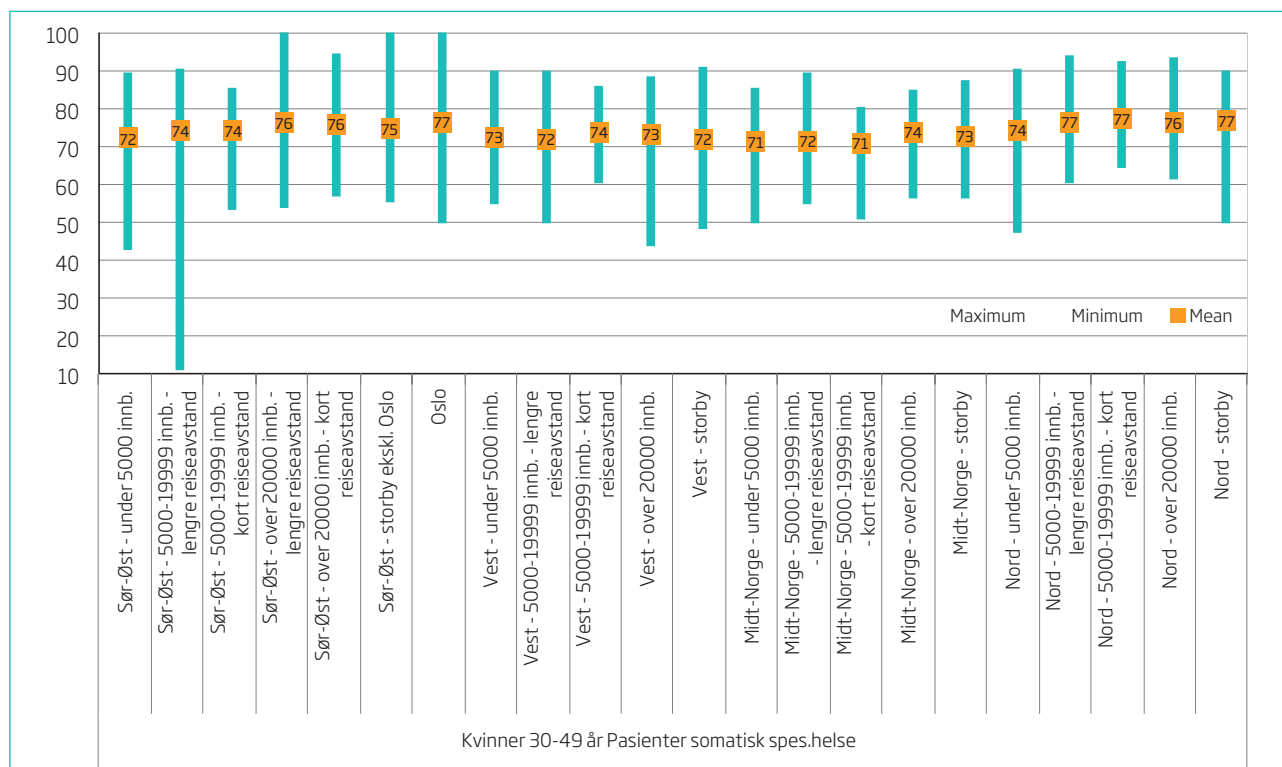


12.12 VARIASJONER I ANDEL LISTEPASIENTER I SOMATISK SPESIALISTHELSETJENESTE FORDELT ETTER KOMMUNEGRUPPER

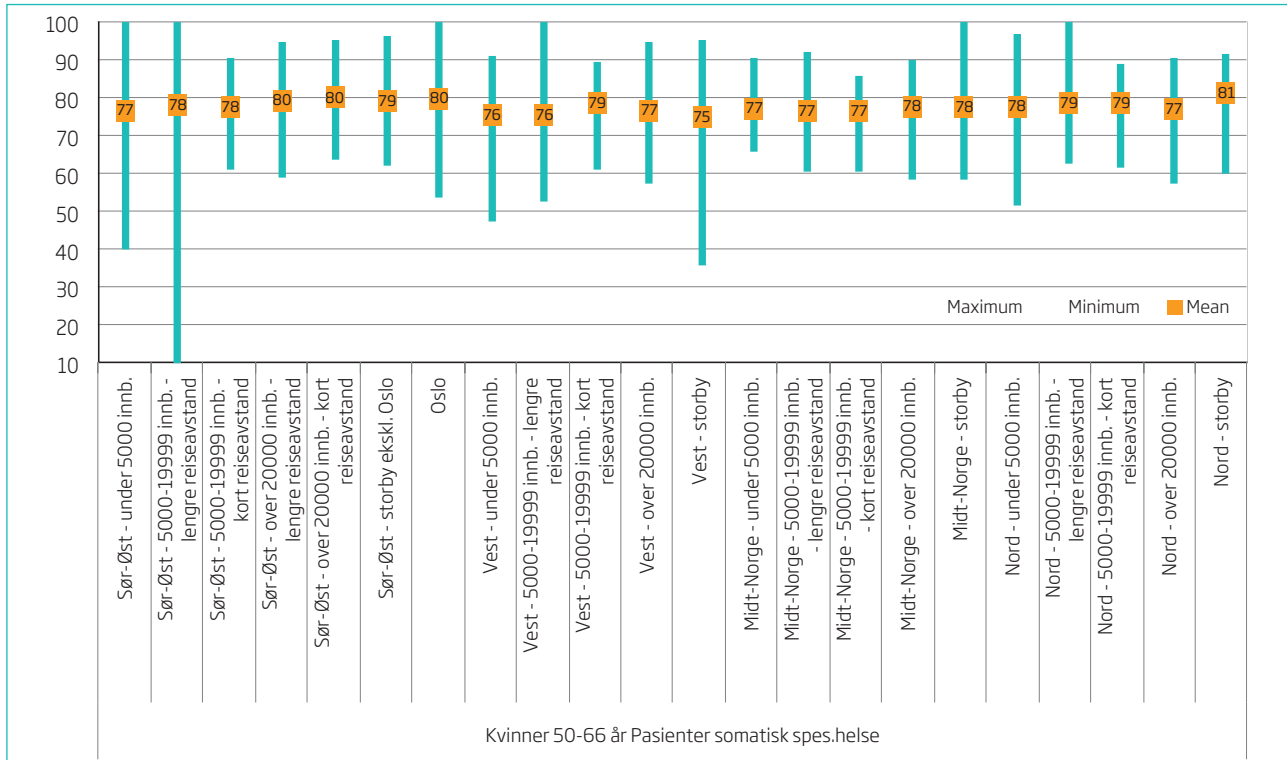
For å se om det er systematiske forskjeller mellom regioner, store og små kommuner eller reiseavstand til sykehus i andelen listepasienter som har hatt kontakt med somatisk spesialisthelsetjeneste, har vi også analysert variasjoner etter kommunegrupper. For å unngå effekter av listestørrelse og sammen-setning bruker vi aldersgruppene med det største pasientgrunnlaget som eksempel; kvinner og menn i alderen 30-49 år og 50-66 år. Vi finner ingen tegn til

at variasjonene mellom fastlegepopulasjoner i bruk av somatisk spesialisthelsetjeneste er systematisk knyttet til regioner, kommunistørrelse eller avstand til sykehus. Det er betydelige variasjoner i bruk av somatiske spesialisthelsetjenester mellom ulike fastlegelister, men variasjonene er ikke knyttet til om pasienten bor i en stor eller liten kommune. I tabell 12.3 fordeles gjennomsnittene for andel listepasienter som var i kontakt med somatisk på alle aldersgrupper etter kommunegruppe, og i tabell 12.4 er samme oversikten vist for listepasienter i kontakt med psykisk spesialisthelsetjeneste. Det generelle inntrykket er fortsatt at det i liten grad er systematiske forskjeller mellom kommunegruppene.

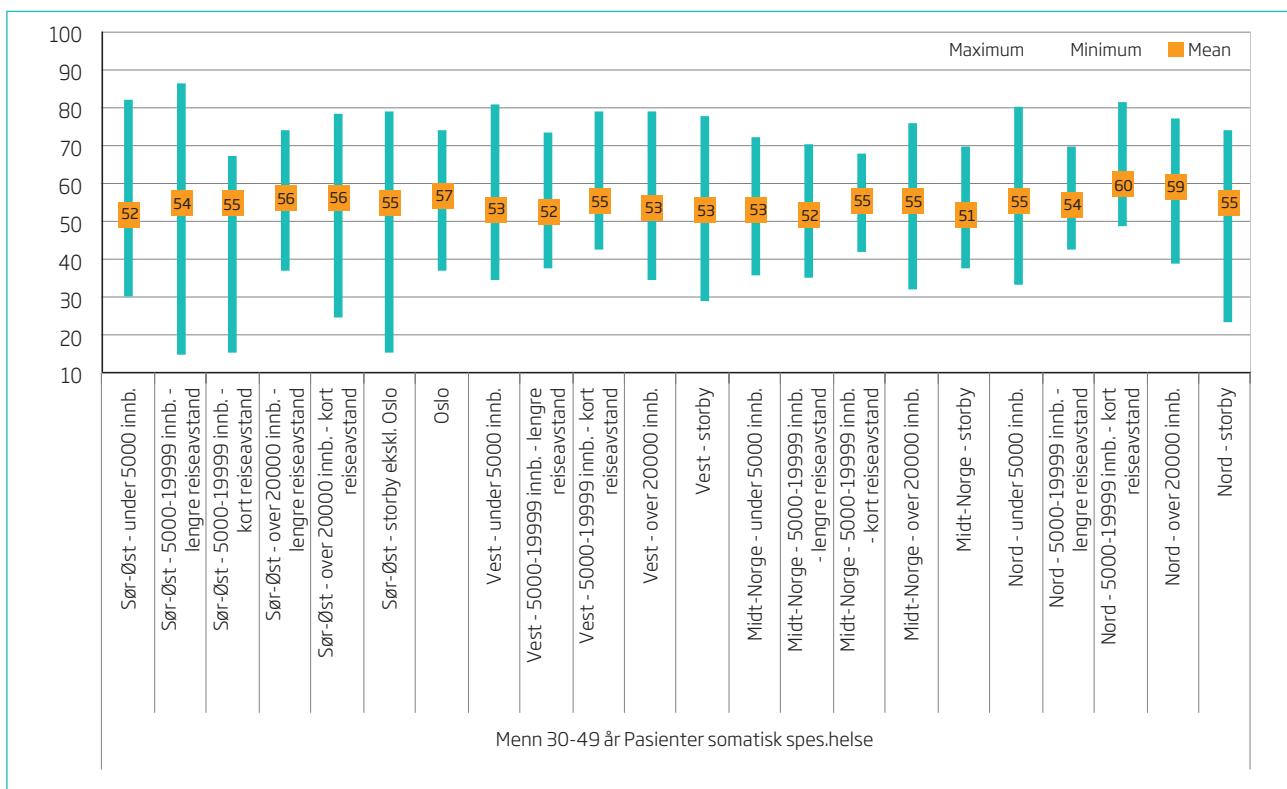
Figur 12.39 Variasjon i andel listepasienter per 100 på fastlegelista fordelt etter kommunegrupper for kvinner 30-49 år, fastlegelister for perioden 2012-2014.



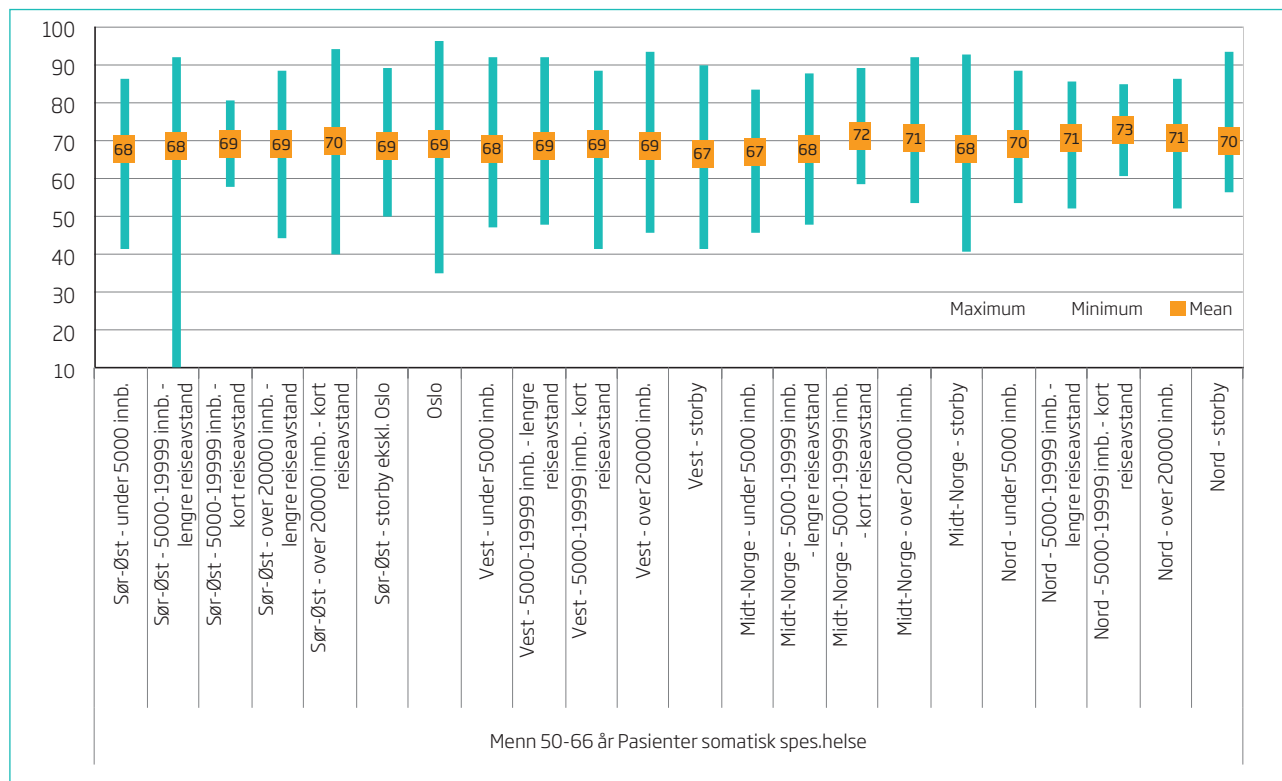
Figur 12.40 Variasjon i andel listepasienter per 100 på fastlegelista fordelt etter kommune-grupper for kvinner 50-66 år, fastlegelister for perioden 2012-2014.



Figur 12.41 Variasjon i andel listepasienter per 100 på fastlegelista fordelt etter kommune-grupper for menn 30-49 år, fastlegelister for perioden 2012-2014.



Figur 12.42 Variasjon i andel listepasienter per 100 på fastlegelista fordelt etter kommune grupper for menn 50-66 år, fastlegelister for perioden 2012-2014.



Tabell 12.3 Andel personer på fastlegelisten som har vært i kontakt med somatisk spesialisthelsetjeneste, gjennomsnitt for årene 2012-2014 fordelt etter kjønn og alder og kommunegruppe.

	M 0- 12	K 0- 12	M 13- 17	K 13- 17	M 18- 29	K 18- 29	M 30- 49	K 30- 49	M 50- 66	K 50- 66	M 67- 79	K 67- 79	M 80+	K 80+
Sør-Øst - under 5000 innb.	54	48	50	51	46	64	52	72	68	77	83	85	89	87
Sør-Øst - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand	59	54	55	54	49	66	54	74	68	78	84	86	90	88
Sør-Øst - 5000-19999 innb. - kort reiseavstand	62	55	55	53	51	67	55	74	69	78	85	87	89	89
Sør-Øst - over 20000 innb. - lengre reiseavstand	60	54	53	52	50	68	56	76	69	80	85	87	92	90
Sør-Øst - over 20000 innb. - kort reiseavstand	61	56	58	56	52	68	56	76	70	80	86	87	93	91
Sør-Øst - storby ekskl. Oslo	59	55	53	52	49	65	55	75	69	79	86	88	93	91
Oslo	67	61	63	58	58	68	57	77	69	80	84	88	93	91
Vest - under 5000 innb.	57	52	51	51	50	65	53	73	68	76	86	85	91	89
Vest - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand	55	51	49	48	49	66	52	72	69	76	85	86	91	90
Vest - 5000-19999 innb. - kort reiseavstand	58	51	55	54	54	69	55	74	69	79	86	87	94	92
Vest - over 20000 innb.	57	52	53	52	51	68	53	73	69	77	86	86	93	91
Vest - storby	62	56	53	50	53	66	53	72	67	75	84	86	92	91
Midt-Norge - under 5000 innb.	61	56	53	57	49	66	53	71	67	77	84	85	91	89
Midt-Norge - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand	59	54	52	53	49	65	52	72	68	77	84	85	90	88
Midt-Norge - 5000-19999 innb. - kort reiseavstand	64	58	58	57	54	67	55	71	72	77	86	87	93	91
Midt-Norge - over 20000 innb.	62	58	58	57	53	69	55	74	71	78	85	87	93	91
Midt-Norge - storby	63	57	52	50	47	63	51	73	68	78	86	89	93	92
Nord - under 5000 innb.	57	49	51	50	47	65	55	74	70	78	84	86	90	86
Nord - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand	55	50	48	49	46	67	54	77	71	79	83	85	92	89
Nord - 5000-19999 innb. - kort reiseavstand	63	58	57	56	53	71	60	77	73	79	86	87	92	92
Nord - over 20000 innb.	61	55	57	54	53	72	59	76	71	77	85	85	93	90
Nord - storby	56	52	49	51	49	67	55	77	70	81	85	88	94	93
Total	60	55	54	53	51	67	54	74	69	78	85	87	92	90

Tabell 12.4 Andel personer på fastlegelisten som har vært i kontakt med psykisk spesialisthelsetjeneste, gjennomsnitt for årene 2012-2014 fordelt etter kjønn og alder og kommunegruppe.

	Kv 0- 12	Kv 13- 17	Kv 18- 29	Kv 30- 49	Kv 50- 66	Kv 67- 79	Kv 80+	Me 0- 12	Me 13- 17	Me 18- 29	Me 30- 49	Me 50- 66	Me 67- 79	Me 80+
Sør-Øst - under 5000 innb.	3	9	12	9	6	3	3	5	11	7	7	5	3	2
Sør-Øst - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand	3	10	14	11	7	3	3	5	12	9	7	5	2	3
Sør-Øst - 5000-19999 innb. - kort reiseavstand	3	8	14	12	7	4	4	5	10	10	8	6	3	2
Sør-Øst - over 20000 innb. - lengre reiseavstand	3	10	14	11	7	3	3	6	10	9	7	5	3	3
Sør-Øst - over 20000 innb. - kort reiseavstand	3	10	15	12	8	4	3	6	11	10	8	6	3	3
Sør-Øst - storby ekskl. Oslo	3	9	14	12	8	4	4	5	10	9	8	6	3	3
Oslo	3	10	13	12	9	5	6	5	10	9	7	7	3	3
Vest - under 5000 innb.	3	7	10	8	5	4	3	6	9	6	6	4	2	2
Vest - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand	3	9	12	9	7	3	3	6	11	7	6	4	2	2
Vest - 5000-19999 innb. - kort reiseavstand	3	10	14	12	8	5	3	5	9	10	8	6	4	3
Vest - over 20000 innb.	3	8	12	9	6	4	4	6	10	8	6	4	3	4
Vest - storby	2	8	13	11	8	4	5	5	9	8	7	5	3	3
Midt-Norge - under 5000 innb.	3	8	11	8	5	3	4	7	11	8	5	4	2	3
Midt-Norge - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand	3	9	14	10	6	3	4	6	11	8	7	4	3	3
Midt-Norge - 5000-19999 innb. - kort reiseavstand	3	10	14	11	7	4	8	5	11	9	8	6	2	3
Midt-Norge - over 20000 innb.	3	10	17	11	8	5	7	6	10	10	8	6	3	5
Midt-Norge - storby	2	9	15	12	8	4	6	4	10	10	8	6	3	4
Nord - under 5000 innb.	4	12	15	11	6	3	2	7	13	9	8	4	2	2
Nord - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand	4	13	17	11	6	3	2	9	13	9	7	4	2	2
Nord - 5000-19999 innb. - kort reiseavstand	4	12	18	11	6	3	3	6	12	10	8	4	2	3
Nord - over 20000 innb.	3	11	18	12	7	4	5	5	11	11	9	5	3	3
Nord - storby	2	10	13	9	7	4	10	5	11	8	6	4	3	8
Total	3	10	14	11	7	4	4	5	11	9	7	5	3	3



Helsedirektoratet

Postadresse: Pb. 7000
St Olavs plass, 0130 Oslo
Tlf.: 810 20 050
Faks: 24 16 30 01
E-post: postmottak@helsedir.no
www.helsedirektoratet.no