

# Helhet og sammenheng

Utvikling og variasjon i bruk av helse- og omsorgstjenester blant pasienter med behov for helhetlige tjenester

---

Rapport  
IS-2765





# Innhold

Innhold	1
Sammendrag	3
<b>1. Innledning</b>	<b>14</b>
1.1 Virkningsfulle pasientforløp i et systemperspektiv	15
1.2 Om rapporten	23
<b>2. Utviklingstrekk i somatiske helse- og omsorgstjenester</b>	<b>24</b>
2.1 Bruk av fastleger og legevakt	25
2.2 Bruk av fastlege og legevakt i ulike pasientgrupper	31
2.3 Kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp	36
2.4 Utvikling i innleggelser og bruk av sykehustjenester	41
2.6 Utvikling i ressursutnyttelse; liggetid og dagkirurgi	46
2.7 Stormottakere av somatiske spesialisthelsetjenester	49
2.8 Utvikling i utskrivningsklare pasienter	52
2.9 Utvikling i rehabilitering	55
2.10 Utvalgte kommunale helse- og omsorgstjenester	57
2.11 Kostnader ved livets slutt	62
<b>3. Variasjoner i somatiske helse- og omsorgstjenester</b>	<b>65</b>
3.1 Variasjoner i bruk av fastleger og legevakt	66
3.2 Variasjoner i kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp	69
3.3 Variasjon i innleggelser i sykehus	71
3.4 Variasjoner i liggetid og bruk av dagkirurgi	79
3.5 Forskjeller i omfanget av stormottakere	83
3.6 Variasjoner i liggedager for utskrivningsklare pasienter	86
3.7 Variasjoner i rehabilitering	88
<b>4. Utvikling i psykisk helsevern og TSB</b>	<b>92</b>
4.1 Utvikling i psykisk helsevern for voksne	93
4.2 Utvikling i psykisk helsevern for barn og unge 2013-2017	99
4.3 Utvikling i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	105
<b>5. Variasjoner i psykisk helsevern og TSB</b>	<b>108</b>
5.1 Psykisk helsevern for voksne	109
5.2 Tjenester i det psykiske helsevernet for barn og unge	117
5.3 Variasjon i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	122
5.4 Variasjon i kommunalt tilbud innen psykisk helse og rus	126



# Sammendrag

## [Ingress]

Et godt og velfungerende helse- og omsorgssystem gir riktig, sikker og virkningsfull behandling og oppfølging uavhengig av hvor man bor i landet og på tvers av sosiale skillelinjer. Norge er et av de landene i verden som kan hevde at vi i stor grad lykkes med dette, men det er også velkjent at de organisatoriske og finansielle strukturene som helsevesenet er bygget på, kan skape barrierer for god og effektiv pasientbehandling. Pasientgrupper med behov for helhetlige og sammenhengende tjenester på tvers av strukturene kan være særlige sårbare for svakheter i helse- og omsorgstjenesten. Eldre og personer med kroniske og sammensatte lidelser, pasienter med behov for habilitering og rehabilitering eller pasienter med psykisk sykdom eller ruslidelser er særlig utsatt.

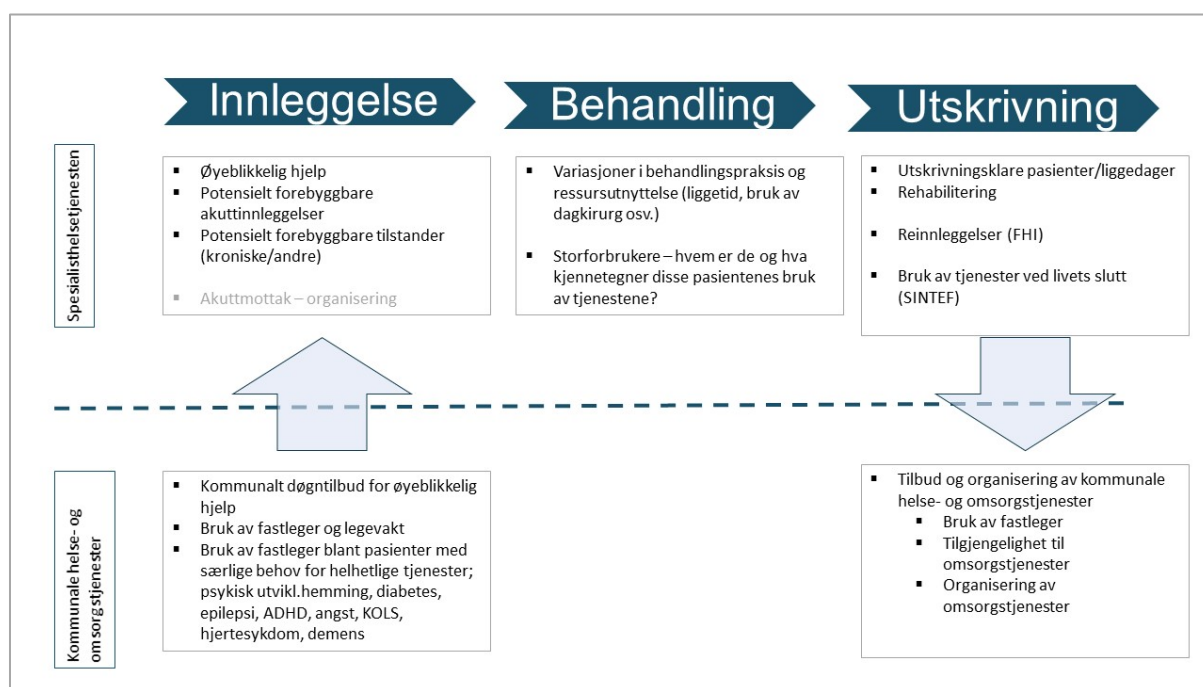
Disse pasientgruppene står for en betydelig del av ressursbruken i helsetjenesten. Gode og virkningsfulle behandlinger som ivaretar de helhetlige behovene som disse pasientene har, vil også innebære en effektiv ressursutnyttelse og kan forebygge uønsket ressursbruk i fremtiden. God ressursutnyttelse og pasientbehandling av god kvalitet er ofte to sider av samme sak.

I denne rapporten setter vi fokus på pasienter med behov for helhetlige helse- og omsorgstjenester for å gi en nærmere vurdering av utfordringene i spesialisthelsetjenesten. Rapporten er en oppsummering av nye og tidligere analyser og beskriver:

- (i) sentrale utviklingstrekk i spesialisthelsetjenesten for denne pasientgruppen, samt
- (ii) variasjoner i tilbud og bruk av ulike typer tjenester for disse pasientene.

For bedre forståelse av ulike systemer og prosesser for samhandlingspasientene er det nyttig å beskrive utvikling og variasjon i et forløpsperspektiv (figur 1). Forløpsperspektivet knytter bruk av kommunale helse- og omsorgstjenester til bruk av spesialisthelsetjenester. En slik modell hjelper oss å se hvordan ressursbruk i de ulike delene i behandlingsskjeden henger sammen. Denne rapporten omfatter alle temaene i figuren.

Figur 1: Et forløpsperspektiv på behandling av samhandlingspasienter – innholdet i rapporten



Figuren viser temaer i rapporten og sammenhengen mellom temaene. Rapporten har to deler, i den første beskrives utvikling og variasjon i somatiske helse- og omsorgstjenester, i den andre beskriver vi utvikling og variasjon i psykisk helsevern og TSB.

### Hvor treffer eldrebølgen med størst kraft?

Innledningsvis i denne rapporten viser vi en analyse fra SINTEF av kostnader til helse- og omsorgstjenester etter alder og type tjeneste. Tallene viser at omtrent en tredjedel av kostnadene til helse- og omsorgstjenester til personer i alderen 75-89 år går til spesialisthelsetjenester (somatikk og psykisk helsevern), mens 40 prosent går til institusjonsopphold i omsorgstjenesten (korttid og langtid) og omtrent 20 prosent til hjemmesykepleie og praktisk bistand. For de eldste (90 år og eldre) går 12 prosent av kostnadene til spesialisthelsetjenester, 63 prosent til institusjonsopphold og 21 prosent til hjemmesykepleie og praktisk bistand. I et helhetlig perspektiv på helse- og omsorgstjenestene tilsier dette at de aller største utfordringene knyttet til den forventede økningen i andelen eldre og til bærekraftsutfordringen, vil komme for kommunale helse- og omsorgstjenester i hjemmet og på institusjon.

En annen analyse av SINTEF (Kalseth 2018, upublisert) viser brukerrater og kostnader per bruker for personer i siste leveår og andre. Utgifter i siste leveår for de som dør utgjør mer enn 10 prosent av de totale estimerte årlige helse- og omsorgsutgiftene, men analysene viser også at kostnadene til somatiske spesialisthelsetjenester i siste leveår er betydelig lavere for en person på 90 år enn for en person på 50 år.

Vi har også sett nærmere på bruk av spesialisthelsetjenester og stilt spørsmål om på hvilke områder vi finner at *forskjellene* mellom eldre og yngre sin bruk av tjenester er størst? Det er de

områdene hvor alderskurven er brattest som vil få størst vekst i ressursbehov som følge av økt andel eldre i befolkningen.

I 2017 sto eldre over 80 år for 4,2 prosent av befolkningen og 14,5 prosent av samlet ressursbruk i somatisk spesialisthelsetjeneste (eksklusive private avtalespesialister). Totalt sett sto eldre over 75 år for 2,8 ganger mer ressurser enn andelen i befolkningen tilsier. For utskrivningsklare pasienter og noen behandlinger (innleggelser for lårbeinsbrudd, hjertesvikt og KOLS) sto eldre over 67 år for omtrent 80 prosent av ressursbruken. For slike behandlinger vil ressursbehovet kunne øke sterkt som følge av veksten i andelen eldre. Det faktiske omfanget av ressurser som går til slike behandlinger er likevel beskjedent. Disse tre behandlingene står samlet sett for 7,3 prosent av ressursbruk knyttet til eldre over 67 år, og til 3 prosent av samlede ressurser i spesialisthelsetjenesten.

Om vi ser på det faktiske omfanget av ressurser i somatisk spesialisthelsetjeneste som går til eldre, finner vi at innleggelser for øyeblikkelig hjelp har stor betydning. Samlet sett brukes halvparten av alle ressurser i somatisk spesialisthelsetjeneste som går til eldre over 67 år på øyeblikkelig hjelp (50,7 prosent). Det meste av dette (35 prosent) brukes til behandling hvor det ikke utføres operasjon. Mer enn halvparten av disse ressursene, totalt 28 prosent av ressursene som går til eldre, brukes på ø-hjelp døgntil behandling med varighet på 2 døgn eller mer. Slike innleggelser blant eldre står for 11,5 prosent av den samlede ressursbruken i somatisk spesialisthelsetjeneste.

### **Innleggelser for øyeblikkelig hjelp blant eldre**

I et ressursperspektiv er det åpenbart at innleggelser for øyeblikkelig hjelp kan bli en av de viktigste utfordringene for spesialisthelsetjenesten med tanke på fremtidig bærekraft. I siste femårsperiode ser vi noe nedgang i døgnopphold og liggedager for øyeblikkelig hjelp. Nedgangen gjelder alle aldersgrupper. For eldre over 67 år var det en nedgang på omtrent 5 prosent i døgnopphold for øyeblikkelig medisinsk hjelp, og en nedgang på nesten 12 prosent i liggedager (korrigert for befolkningsendring). Samtidig finner vi at dagopphold og polikliniske kontakter for øyeblikkelig hjelp blant eldre økte i samme periode. Økningen gjelder i særlig grad personer som er 80 år og eldre.

I denne rapporten har vi også analysert utviklingen for potensielt forebyggbare innleggelser (PFI). Det skiller mellom innleggelser for forebyggbare tilstander (for eksempel influensa og andre tilstander som er forebyggbare ved vaksiner, mangelanemier og diabetes med langtidskomplikasjoner) og forebyggbare akuttinnleggelser for enten kroniske tilstander (astma, KOLS, diabetes) eller annet (infeksjoner, smerter m.m.).

For mange av disse tilstandene er andelen eldre pasienter høy. Blant eldre finner vi samlet sett vekst i omfanget av både pasienter og opphold per innbygger i perioden fra 2013 til 2017 (gjelder PFI). I femårsperioden fra 2013 til 2017 økte ø-hjelpsinnleggelser for akutte og kroniske tilstander med fem prosent. Innleggelsene økte mest for gruppene "influensa og lungebetennelse" og urinveisinfeksjon. Blant de utvalgte diagnosegruppene var det en klar reduksjon i innleggelser

registrert med hoveddiagnosene astma, gastroenteritt/dehydrering, smerter i buk/bekken, angina og brystmerter.

En del av disse innleggelsene kan potensielt forebygges gjennom god oppfølging fra fastlege. De senere årene har vi også sett en vekst i bruken av fastleger og legevakt, særlig blant eldre. For fastleger finner vi at flere bruker tjenestene mer, mens for legevakt viser utviklingen at færre bruker tjenestene mer (flere konsultasjoner per pasient). Vi finner imidlertid at potensielt forebyggbare innleggelse øker, på tross av at eldre også har økt bruk av fastleger og legevakt. Rapporten viser at pasienter med kroniske sykdommer som diabetes, astma eller KOLS har flere konsultasjoner hos fastlege enn gjennomsnittet av pasientene (Vedleggsrapport SAMDATA kommune 9/2018).

I siste femårsperiode har det vært satt i verk en rekke ulike tiltak for å dempe behovet for innleggelse for øyeblikkelig hjelp. Helseforetakene har i mange år arbeidet for å sikre rask utredning og prioritering av pasientene i mottak. Ved flere sykehus brukes det nå mer erfarne leger i mottaket og observasjonssenger. Flere steder er det etablert tilbud om rask poliklinisk utredning istedenfor innleggelse i sengeavdeling. Dette, samt den mer generelle trenden med stadig kortere liggetid, har trolig bidratt til nedgangen vi ser i lange døgnopphold for øyeblikkelig medisinsk hjelp.

Fra 1.1.2016 fikk kommunene plikt til å sørge for kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp (ØHD) jf. Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5. Tilbudet ble opprettet for å avlaste spesialisthelsetjenesten og for å gi pasientene bedre behandling nærmere hjemmet. Målsettingen var at tilbudet skulle forhindre sykehusinnleggelse, særlig medisinske øyeblikkelig hjelpsinleggelse, blant annet gjennom at pasientene får oppfølging tidlig i pasientforløpet. I 2017 ble det rapportert inn 34 662 opphold og 96 591 liggedager (estimert). I Forskningsrådets evaluering av samhandlingsreformen ble det sett på om ØHD-tilbudet faktisk bidrar til færre innleggelse i sykehus. Hovedfunnet var at ØHD har effekt, men at effekten til dels er liten og varierer med hvordan tilbudet er organisert.

Helsedirektoratet har siden 2012 samlet inn data om bruk av ØHD. Våre data viser at ØHD-tilbudet brukes som planlagt, men at omfanget varierer sterkt mellom kommunene. I 2017 kom 87 prosent av innleggelsene i ØHD fra hjemmet og 7 prosent fra spesialisthelsetjenesten. Kun 15 prosent ble skrevet ut fra ØHD til spesialisthelsetjenesten. At kun 15 prosent av pasientenes sendes videre til spesialisthelsetjenesten, kan bety at omfanget av innleggelse i spesialisthelsetjenesten reduseres som følge av det kommunale ØHD-tilbudet.

Det er altså åpenbart at innleggelse for øyeblikkelig hjelp blant eldre er en ressursmessig utfordring som kan bli enda større i årene kommer. Mye er kjent om hva som kjennetegner disse innleggelsene, men det mangler kunnskap både om hvordan pasientene er blitt fulgt opp før ø-hjelpsinleggelsen og om hva som skjer med pasientene etterpå. Analyser av pasientforløp som inkluderer overganger mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenester vil gi informasjon som kan brukes som kunnskapsgrunnlag i arbeidet med å redusere omfanget av



ø-hjelpsinnleggelser (inkludert reinnleggelser) blant eldre. Avdeling for helseregistre i Helsedirektoratet forvalter nå både Norsk pasientregister (spesialisthelsetjenesten) og Kommunalt pasient- og brukerregister (data fra primærhelsetjenester og andre kommunale tjenester) og vil kunne spesialtilpassede analysefiler for formålet.

### **Fortsatt nedgang i liggetid**

Flere eldre og en rask medisinsk teknologisk utvikling med stadig større muligheter for ny og bedre behandling vil legge press på ressursene i helsetjenesten framover. Samtidig kan ny kunnskap og teknologi også spare helsetjenesten for ressurser og gjøre behandlingen enklere. I dag sendes for eksempel mange opererte pasienter hjem med beskjed om å sette sprøyter med blodfortynnende medikament selv. Dreiningen mot mer dagbehandling og poliklinisk oppfølging er i tråd med ønsket utvikling og bidrar til mer ressurseffektive tjenester. Det samme gjelder færre ø-hjelpsinnleggelser og en jevn nedgang i liggetid for innlagte pasienter. Vår analyse har vist at reduksjonen i liggetid gjelder på tvers av diagnosegrupper og aldersgrupper og at sum liggedøgn i sykehus er redusert med 170 000 døgn de siste fem årene. Omtrent 100 000 av disse liggedagene gjaldt opphold for øyeblikkelig hjelp.

Kortere liggetid gir stadig større gjennomstrømming av pasienter ved døgnavdelingene og forutsetter at systemene som skal understøtte pasientbehandlingen fungerer godt gjennom hele forløpet. Helsepersonellet må god kompetanse på å bruke systemene og i tillegg sørge for god pasientbehandling. Det stiller også krav til gode systemer for å håndtere overganger/overføringer, både innad i spesialisthelsetjenesten, og ved innskriving og utskrivning av pasientene. Dette gjelder spesielt ved inn- og utskrivning av pasienter med komplekst sykdomsbilde og hvor oppdatert og relevant informasjon om pasientene er svært viktig. I tillegg er det viktig at pasientene skal føle seg trygge, få god informasjon og ikke oppleve seg som "kasteballer" i systemet. Det er også viktig å følge med eventuelle utilsiktede konsekvenser av mer effektive tjenester for pasientene, i form av flere reinnleggelser, flere komplikasjoner osv.

Et hovedspørsmål er hvor stort potensialet er for å ytterligere redusere liggetiden for innlagte pasienter, og i hvilken grad det er muligheter for å behandle pasienter uten overnatting, uten at dette går ut over kvaliteten i behandlingen og pasienttilfredshet.

Utviklingen med færre ø-hjelpsinnleggelser og kortere liggetid forutsetter også at primærhelsetjenesten og kommunene klarer å følge opp pasientene godt lokalt. Kommunene må være parate til å ta imot utskrevne pasienter og ha tilgang til relevant informasjon fra sykehuset. Kommunene må ha et godt tilbud til de som trenger oppfølging etter utskrivning, både medisinsk faglig og når det gjelder omsorg. Kortere liggetid i sykehus medfører også at flere hjemmeboende pasienter i alle aldre trenger kortvarig oppfølging av fastlege eller sykepleier i kommunen i form av for eksempel kontroller og sårstell.

Det er viktig å stille spørsmål ved om hvor stort potensialet er for kommunene til å ytterligere bidra til mindre bruk av sykehusene gjennom alternative tilbud (som ØHD), mer forebyggende oppfølging, og enda mer ansvar for pasienter som trenger oppfølging etter utredning eller behandling i spesialisthelsetjenesten. Dette må ses i lys av primærhelsetjenestens totale

kapasitet og muligheter for å ha nødvendig helsepersonell med god kompetanse for å ivareta oppgavene.

### **Eldre stormottakere av somatiske spesialisthelsetjenester**

I 2017 ble om lag 63 prosent av ressursene i somatisk spesialisthelsetjeneste brukt på 10 prosent av pasientene. En tredjedel av ressursene gikk til behandling av kreft og sykdommer i sirkulasjonssystemet. Mange stormottakere behandles for flere tilstander samtidig, og andelen døgnopphold med kirurgi er høyere i denne pasientgruppen.

Andelen eldre var høyere i 2017 enn i 2013, og i 2017 var nær halvparten av alle stormottakere 67 år eller eldre. En sterkere vekst i befolkningen i de eldste aldersgruppene vil medføre en reell økning i pasienter med et høyt behov for helsetjenester. Stormottakere 67 år og eldre hadde i 2017 i gjennomsnitt 2,3 døgnopphold i somatiske sykehus, og 86 prosent av ressursene til denne pasientgruppen gikk døgnbehandling.

Stormottakerne er alvorlig syke pasienter som har behov for behandling i sykehus. I perioden 2013 til 2017 var det en reduksjon i gjennomsnittlig liggetid, og sum liggedager for alle stormottakere ble redusert med omtrent 40 000 dager. I samme periode var det også en liten forskyvning der en større andel av ressursene brukes til poliklinisk behandling og/eller til dagbehandling. Både redusert liggetid i sykehus og en vridning fra døgnaktivitet til behandling uten innleggelse krever at kommunene har et godt tjenestetilbud og nok ressurser til å følge opp pasientene.

Våre analyser viser en betydelig variasjon mellom helseforetaksområdene i andel stormottakere i befolkningen og hvor mye ressurser som ble brukt på denne gruppen. Det var også forskjeller mellom områdene i gjennomsnittlig liggetid. Variasjonen i liggetid var noe større for eldre stormottakere (80 år og over) enn for yngre stormottakere. For alle stormottakere hadde foretaksområder i eller med en større bykommune en lavere andel stormottakere sammenlignet med andre, unntatt for Lovisenberg. Foretaksområdene i Hovedstadsområdet hadde en høyere andel stormottakere over 80 år enn ellers i landet. Variasjon mellom foretaksområder i andel stormottakere og hvor mye ressurser som brukes på disse pasientene kan indikere forskjeller i og ulik tilgang på kommunale tjenester.

### **Utskrivningsklare pasienter**

I 2017 var nær 80 prosent av de utskrivningsklare pasientene 67 år og eldre. I tre av regionene ser vi at en stadig større andel av liggedagene for utskrivningsklare pasienter gjelder personer under 80 år. Totalt sett gjaldt dette 45 prosent av liggedagene for utskrivningsklare pasienter i 2017.

Vi lever lengre, og flere lever lenger med sykdom. Det betyr at det i årene framover sannsynligvis vil bli flere som trenger hjelp både fra spesialisthelsetjenesten og fra kommunene. Ordningen med kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter har som mål at kommunene skal ta imot pasientene tidligere enn før, og at kommunene skal bidra til en bærekraftig og kostnadseffektiv helsetjeneste.

Ved innføringen av samhandlingsreformen falt omfanget av liggedager for utskrivningsklare pasienter ned til 40 prosent av tidligere nivå, men omfanget har senere økt. Foreløpige tall fra 2018 viser at omfanget av liggedager for utskrivningsklare pasienter nå er rundt 70 prosent av nivået før reformen.

Liggetiden i sykehus har gått ned for de aller fleste pasientgruppene, også for utskrivningsklare pasienter. Kortere liggetid i sykehus kan føre til at kommunene i større grad enn før må ta imot sykere pasienter. Dersom kommunene ikke klarer å imøtekomme denne utfordringen, vil det kunne øke risikoen for reinnleggelser. Pasienter som meldes utskrivningsklare reinnlegges oftere enn pasienter som ikke har behov for kommunale tjenester og oppfølging etter utskrivning. Reinnleggelser blir generelt sett på som uønsket både fra pasientens side og fra et ressursperspektiv.

Tidligere analyser fra Helsedirektoratet (SAMDATA kommune) viser at kommunenes nivå av omsorgstjenester i hjemmet og på institusjon, og nivå av institusjonstjenester i særdeleshet, har betydning for kommunenes evne til å ta imot utskrivningsklare pasienter. Det er relativt store forskjeller mellom kommuner og foretaksområder i antall utskrivningsklare opphold per innbygger og hvor lenge pasientene ligger på sykehus. I 2017 hadde utskrivningsklare pasienter fra de minste kommunene (under 5 000 innbyggere) og de største kommunene (mer enn 100 000 innbyggere) noe kortere gjennomsnittlig liggetid etter meldt utskrivningsklar enn andre kommuner. Liggetiden etter meldt utskrivningsklar vil være påvirket av kapasiteten kommunene har til å ta imot disse pasientene.

Mange utskrivningsklare pasienter har flere lidelser på samme tid. Organiseringer av intermedieære avdelinger og kommunalt døgntilbud kan ha ført til korte mellomopphold i institusjon både før og etter sykehusinnleggelser, noe som innebærer et mer oppstykket pasientforløp som kan være belastende for en allerede utsatt pasientgruppe. For å skape gode pasientforløp kreves det samordning og koordinering mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Dette fordrer god kommunikasjon mellom ulike nivå i helsetjenesten.

I et helsetsperspektiv kan det også stilles spørsmål ved konsekvensene av at kommunen tar imot sykere pasienter enn før. Går dette på bekostning av de andre «friskere» brukerne/pasientene i kommunene?

### **Kommunale helse- og omsorgstjenester - økt andel av dødsfall skjer på korttids plass i institusjon**

Stadig færre dødsfall skjer på sykehus og flere dør under korttidsopphold i kommunal institusjon. Dette er en gradvis utvikling over flere år som kan ha blitt forsterket av samhandlingsreformen. Kommunene er av varierende størrelse og vil ha ulik kapasitet til å håndtere behov for tjenester ved livets slutt. Å ha nok og riktig kompetanse samt tjenestenes innhold må også rettes inn mot at flere av beboerne vil ha kort tid igjen å leve.

Mindre enn en tredjedel av kommunene hadde etablert et særskilt organisert palliativt tilbud i institusjon i 2015.<sup>1</sup> Det finnes ingen fullstendig nyere oversikt over hvordan det palliative tilbudet i kommunene er organisert. De største byene synes å ha et fragmentert tilbud.<sup>2</sup> Det er et ubesvart spørsmål om sykehjem uten palliativ enhet eller palliative senger klarer å legge til rette for og å gi god symptomlindring og god palliativ pleie og omsorg for alle pasientene i sykehjemmet.

### **Helhet og samhandling**

Helsedirektoratet har i tidligere beskrivelser vurdert utvikling og samhandling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten.<sup>3</sup> Det er flere tegn som tyder på at systemene for helsetjenester i hjemmet mangler kompetanse til å møte de nye utfordringene. Samhandlingsreformen har medført at eldre skrives raskere ut fra sykehus. Evaluering av samhandlingsreformen peker også på at kommunale tjenester har blitt mer preget av medisinsk behandlingfokus. Riksrevisjonen har også stilt spørsmål om hvorvidt arbeidet er tilstrekkelig kunnskapsbasert.

Årlig mottar mer enn 360 000 personer kommunale omsorgstjenester. Ikke alle av disse er i kontakt med spesialisthelsetjenesten i løpet av et år. Vi vet for lite om hvor mange som har kommunale tjenester før/etter sykehusopphold, hvilke tjenester de får og hvilke behov de har. Dette gir oss et til dels uklart bilde av hvordan endringer i spesialisthelsetjenesten påvirker den kommunale tjenesteytingen. En ny studie fra én kommune har vist at nær halvparten av eldre med kommunal hjemmetjeneste hadde minst én sykehusinnleggelse i løpet av 12 måneder.<sup>4</sup> De mest vanlige årsakene til innleggelse var behov for videre medisinsk utredning, knyttet til generelt svekket allmenntilstand ut ifra symptomer som smerter, uspesifiserte pustevansker, infeksjoner og fall.

Veksten i unge brukere av kommunale helse- og omsorgstjenester fortsetter. Det er 24 000 flere brukere av helsetjenester i hjemmet enn det var for fem år siden, og 40 prosent av veksten gjelder personer under 50 år. Det har generelt vært en lang trend med vekst i yngre mottakere av omsorgstjenester. Flere yngre har tidligere blitt forklart med blant annet reformer og strukturelle endringer som har ført nye pasientgrupper inn i tjenesten. I tillegg kan det være at endret registreringspraksis over år gjør at flere fanges opp i statistikken. Vi vet for lite om disse yngre brukerne av omsorgstjenester, hvem de er og årsaken til behovene. Fortsatt økt vekst av unge brukere kan gi en prioriteringsutfordring for kommunene i tildeling av tjenester i framtida.

### **Psykisk helsevern for voksne**

Over de siste 20 årene har det vært en kraftig reduksjon i antall oppholdsdøgn i det psykiske helsevernet for voksne. Gjennom det meste av perioden har dette blitt kompensert gjennom

---

<sup>1</sup> Helsedirektoratet (2015): Rapport om tilbudet til personer med behov for lindrende behandling og omsorg mot livets slutt; Rapport IS-2278

<sup>2</sup> NOU 2017:16 På liv og død

<sup>3</sup> Helsedirektoratet (2017): Analyse av utviklingstrekk i omsorgstjenesten 2016; Rapport IS-2613

<sup>4</sup> Gjesten, Brønnick og Testad (2018): Characteristics and predictors for hospitalizations of home-dwelling older persons receiving community care: a cohort study from Norway; BMC Geriatrics 18:203

kortere varighet av oppholdene, slik at utskrivningsratene likevel har økt. De siste årene har utskrivningsraten likevel gått ned. Færre og kortere opphold stiller økte krav til koordinering mellom døgnavdelinger, poliklinikker samt ambulante og kommunale tjenester.

En vesentlig del av personellkapasiteten i psykisk helsearbeid og kommunalt rusarbeid er knyttet til boligtilbud med fast personell (66 prosent) samt ambulante tjenester for hjemmeboende pasienter (21 prosent). Blant voksne brukere av det kommunale tilbudet er over 60 prosent pasienter med alvorlige langvarige problemer/lidelser.

Etablering av distriktpsikiatriske sentre (DPS) var et hovedgrep i opptrappingsplanen for psykisk helse som ble lansert i 1999. DPS utgjør den desentraliserte spesialisthelsetjenesten som skal dekke alle vanlige behov på spesialistnivå. Poliklinisk og ambulans virksomhet er nå i hovedsak lokalisert til DPS-ene. I de senere årene har imidlertid overføring av døgnbehandling fra sykehus til DPS stoppet opp. Dette kan være et uttrykk for den arbeidsdelingen som er skissert ovenfor. Det er imidlertid store forskjeller mellom foretakene i omfang og andel døgnbehandling som er lagt til DPS-ene. Dette kan indikere at det fortsatt er et potensial for ytterligere desentralisering av døgn-tjenestene.

Pasienter hos avtalespesialistene har en annen alders- og diagnoseprofil enn pasienter ved døgnavdelinger og poliklinikker. Dette kan være et uttrykk for arbeidsdeling mellom sektorene. Det kan imidlertid også være et uttrykk for dårlig koordinering og ulik prioritering. Det bør derfor utredes hvordan en kan få til en bedre samordning mellom avtalespesialister og øvrige tjenester.

### **Psykisk helsevern for barn og unge**

Siden Opptrappingsplanen for psykisk helse ble iverksatt for 20 år siden, har det vært vekst i antall barn og unge som har mottatt tjenester fra det psykiske helsevernet. Det har også vært klar økning i antallet barn og unge i kontakt med fastlege for psykiske vansker eller symptomer de siste årene, og i omfang av selvrapporterte psykiske helseplager blant ungdom på ungdomstrinnet og i videregående skole (Ungdata). Dette betyr at mange barn og unge i dag er i kontakt med flere instanser på ulike forvaltningsnivå. Dette stiller økte krav til samordning og avklarte ansvarsforhold mellom tjenestene og forvaltningsnivåene.

Til tross for at dagens lovverk regulerer samordning mellom tjenesteytere på flere ulike måter (helse- og omsorgstjenesteloven, folkehelseloven, sosialtjenesteloven og barnevernloven), rapporterer kommunene om uklar ansvarsfordeling mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten. Mellom 11-20 prosent av kommunene oppgir at det i liten grad har klar ansvarsfordeling når det gjelder behandling og oppfølging av barn og unge med psykiske vansker, spesielt gjelder dette de mest alvorlige tilfellene (IS 24/8 - Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2017).

En annen utfordring knyttet til veksten i bruk av tjenester relatert til psykisk helse, er at tjenestene til barn og unge for en del oppleves som mangelfulle og lite tilgjengelige. Flere kommuner melder

om begrenset kapasitet i helsestasjon- og skolehelsetjeneste, og at rekruttering av psykologer kan være vanskelig. Nær en av fem kommuner vurderer det kommunale tilbudet til barn og unge med alvorlige og langvarige problemer/lidelser som dårlig eller svært dårlig. Kommuner opplever å få mer ansvar for denne gruppen og at terskelen for hjelp fra spesialisthelsetjenesten har blitt høyere. En av de mest sentrale utfordringene kommunene rapporterer knyttet til barn og unge med alvorlige og langvarige lidelser, er manglede spesialistkompetanse i kommunene og begrenset tilbud fra spesialisthelsetjenesten. Det er derfor et stort behov for veiledning fra spesialisthelsetjenesten og oppfølging etter utskrivning. Lav mobilitet og lite fleksible tilbud i spesialisthelsetjenesten er også rapporterte utfordringer (Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2017).

Et utviklingstrekk som kan sees på som en utfordring er store kjønns- og aldersforskjeller i bruk av tjenester i det psykiske helsevernet (SAMDATA Spesialisthelsetjeneste 2017). Jenter i videregående skolealder hadde betydelig høyere bruk av tjenester enn gutter i samme alder og øvrige pasienter i 2017. Det er også denne gruppen av pasienter som øker mest i femårsperioden. Et sentralt spørsmål er hvorfor tjenesten ikke fanger opp gutter i ungdomsalder på samme måte som jenter? Er den ulike bruken av spesialisthelsetjenesten knyttet til ulik terskel for å søke hjelp, henvisningspraksis, det psykiske helsevernets vurderinger ved inntak eller ulikheter i behov?

I forlengelsen av disse utfordringene er et sentralt spørsmål hvordan oppgavefordelingen skal være mellom forvaltningsnivåene når det gjelder psykisk helsehjelp for barn og unge. Dette er et viktig spørsmål både med tanke på best mulige tjenester for brukerne, og best mulig utnyttelse av ressursene. Vil for eksempel noe av det høye forbruket i det psykiske helsevernet blant jenter i ungdomsalder kunne vært møtt tidligere, i skolehelsetjeneste eller psykologtjeneste i kommunene? Vil gutter i større grad blitt fanget opp med et mer tilgjengelig tilbud i førstelinjen? Kanskje vil gode tilgjengelige tjenester nær ungdommene kunne hindre at problemene eskaleres for enkelte pasientgrupper. Det er samtidig viktig at pasienter med behov for spesialistbehandling får dette, og at spesialistkompetansen nettopp brukes på disse pasientene.

### **Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)**

Siden opprettelsen av tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i 2004 har det vært en betydelig vekst som i hovedsak er knyttet til poliklinisk virksomhet. Pasienter er i større grad tilbudt poliklinisk utredning, behandling, samarbeidsmøter med førstelinjetjenesten og oppfølging etter utskrivning. Utviklingen er positiv, men det er imidlertid ikke tilstrekkelig med ett samhandlingsmøte om pasienten eller én ambulant kontakt for å sikre kontinuitet og sammenhengende pasientforløp.

Finansieringsordningen må støtte opp om innsats som sikrer kontinuitet og ivaretar brukerperspektivet. Telefonkontakter er en effektiv måte å opprettholde kontinuiteten på, selv om kontakten ikke har et konsultativt innhold. Den kan for eksempel bidra til at pasienten kommer til den avtalte behandlingen.

Det er en stor andel private ideelle bidragsytere i sektoren. Dette er et behandlingstilbud som har en lavere døgnkostnad enn helseforetakene. Det er en utfordring å få anbudsordningen til å fungere med en god arbeidsdeling mellom private ideelle aktører og helseforetak slik at ressursene kan utnyttes bedre. En bedre ressursutnyttelse vil gi mer fleksibilitet innen de samme økonomiske rammene.

Rusproblemer er ofte kronisk lidelse som kan vare over år. Pasientens egne ønsker er avgjørende for om behandlingsforløpet blir vellykket. Brukermedvirkning krever fleksible tilbud, men vil også gi bedre ressursutnyttelse gjennom gode pasientforløp på lang sikt for denne pasientgruppen.

# 1. Innledning

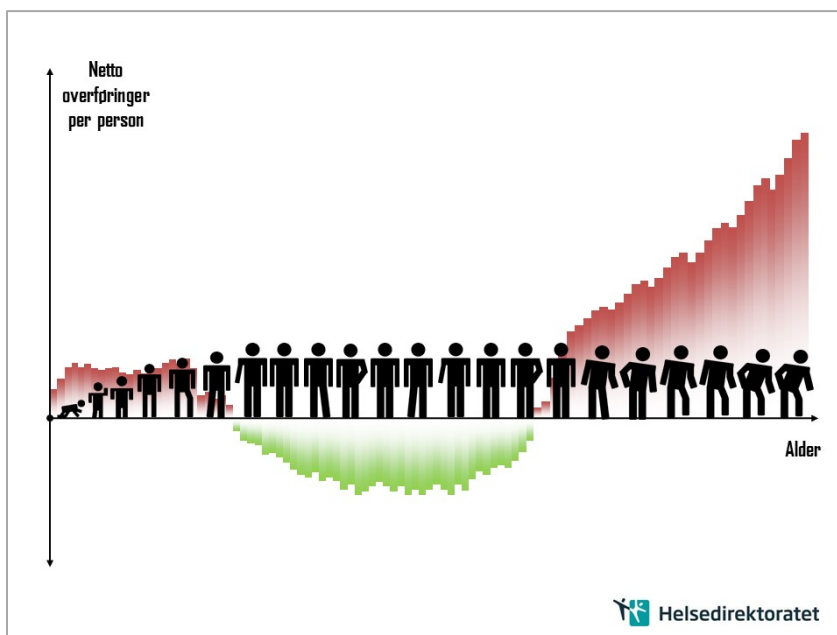


## 1.1 Virkningsfulle pasientforløp i et systemperspektiv

Både i Norge og andre land, utfordres bærekraften i helsetjenesten av demografiske endringer i befolkningen. Økt levealder og lavere fruktbarhet gir økt aldring. Norge hadde i likhet med mange andre land, høye fødselstall etter den 2. verdenskrig og har derfor hatt en særlig sterk vekst i antall personer i pensjonsalder de siste årene. Økt levealder gjør at vi lever en stadig større del av livet utenfor arbeidslivet.

De demografiske endringene i kommende tiår vil påvirke alle sider av samfunnet på mange ulike vis. Ettersom behovet for, og bruken av helse- og omsorgstjenester er tett knyttet til alder, vil helse- og omsorgstjenestene bli særlig sterkt påvirket av de demografiske endringene. I tillegg vil endringer i livsstil og levesett de siste 50 år kunne medføre sykdommer og helseplager som gir økt behov for bistand fra helse- og omsorgstjenestene. Dette kan bidra til å forsterke den framtidige bærekraftsutfordringen.

Figur 1.1.1: Illustrasjon av den framtidige bærekraftsutfordringen.



Det er også mulig å peke på utviklingstrekk i samfunnet som vil kunne bidra til å modifisere den framtidige bærekraftsutfordringen: rask teknologisk utvikling gir flere og bedre legemidler og hjelpemidler, økt deltakelse og kompetanse blant pasientene muliggjør økt grad av hjemmebehandling og pasientadministrert behandling, og økt fokus på fysisk aktivitet gjør oss friskere.

Bærekraftsutfordringen er en viktig del av den offentlige debatt og kan beskrives på ulike vis og tillegges ulik styrke, men det er uansett åpenbart at helse- og omsorgstjenesten vil stå overfor

fremtidige utfordringer når det gjelder ressursinnsats (penger, infrastruktur og personell)<sup>5</sup>. Det vil derfor bli stadig viktigere å sikre at tilgjengelige ressurser til helse- og omsorgstjenester brukes på best mulig vis for både pasienter og for samfunn.

Et godt og velfungerende helse- og omsorgssystem gir riktig, sikker og virkningsfull behandling og oppfølging uavhengig av hvor man bor i landet og på tvers av sosiale skillelinjer. Norge er et av de landene i verden som kan hevde at vi i stor grad lykkes med dette, men det er også velkjent gjennom en rekke tidligere offentlige utredninger at de organisatoriske og finansielle strukturene som helsevesenet er bygget på, kan skape barrierer for god og effektiv pasientbehandling. Pasientgrupper med behov for helhetlige og sammenhengende tjenester på tvers av strukturene kan være særlige sårbare for svakheter i helse- og omsorgstjenesten. Eldre og personer med kroniske og sammensatte lidelser, pasienter med behov for habilitering og rehabilitering eller pasienter med psykisk sykdom eller ruslidelser er særlig utsatt.

Disse pasientgruppene står for en betydelig del av ressursbruken i helsetjenesten. Gode og virkningsfulle behandlinger som ivaretar de helhetlige behovene som disse pasientene har, vil også innebære en effektiv ressursutnyttelse som kan forebygge uønsket ressursbruk i fremtiden.

I en artikkel i Dagens medisin<sup>6</sup> trekkes det fram at pasienter med komplekse og flere diagnoser ikke alltid blir møtt på en god måte, og at sykehuset og kommunene må samarbeide tettere for å gi et bedre tilbud til denne gruppen. En annen artikkel i Dagens medisin<sup>7</sup> viser til en kohortstudie av 1531 hjemmeboende eldre som påpeker at den vanligste grunnen til innleggelse var behov for medisinsk utredning, knyttet til generelle svekket allmentilstand ut ifra symptomer som smerter, uspesifiserte pustevansker, dehydrering og anemi. Dette gjaldt 25 prosent av innleggelsene. Tidligere analyser fra Helsedirektoratet viser at de ti prosentene av pasientene med høyest ressursbruk står for om lag 63 prosent av ressursene målt i DRG-poeng. Eldre over 67 år stod for rundt halvparten av disse ressursene.

I denne rapporten har vi satt fokus på pasienter med behov for helhetlige helse- og omsorgstjenester og sett nærmere på *utvikling* og *variasjon* i bruk av tjenester for disse pasientene. Formålet med rapporten er å gi en nærmere vurdering av utfordringene i spesialisthelsetjenesten som er særlig knyttet til pasienter med behov for helhetlige og sammenhengende tjenester på tvers av nivåene og strukturene i spesialisthelsetjenesten. Rapporten er en oppsummering av nye og tidligere analyser.

For å få en best mulig forståelse av hvilke utfordringer som er knyttet til de ulike systemene og prosessene som samhandlingspasientene inngår i, har vi funnet det nyttig å beskrive utvikling og variasjon i et *forløpsperspektiv* (figur 1.1.2). Forløpsperspektivet hjelper oss til å se helheten i behandlingsforløpet og se hvordan ressursbruk i de ulike delene av behandlingen henger

---

<sup>5</sup> Oslo Economics 2017: Fremtidens helse- og omsorgstjeneste – hvilke veivalg står vi foran?

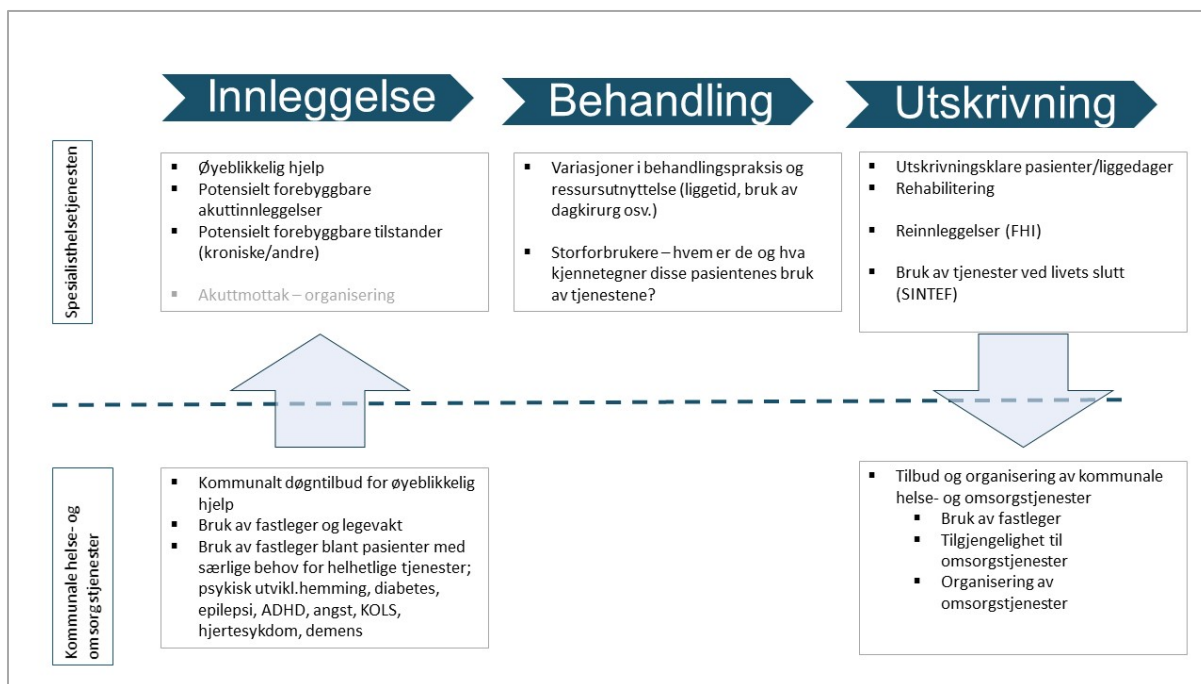
<sup>6</sup> Dagens medisin (08.09.2018): *En prosent av pasientene står for 22 prosent av ressursbruken.*

<sup>7</sup> Dagens medisin (10.09.2018): *Dette er hovedgrunnen til innleggelse av eldre.*

sammen. Forløpsperspektivet knytter kommunale helse- og omsorgstjenester til tjenester i spesialisthelsetjenesten både før og etter innleggelse.

Det er utenfor rekkevidden av dette prosjektet å analysere og/eller beskrive hele den samlede behandlingsskjeden og alle sårbare prosesser og systemer som inngår i pasientbehandlingen. Vår analyse har ikke som ambisjon å gi en detaljert og uttømmende beskrivelse, men kan bidra til å gi et grunnlag for videre vurderinger av status og utvikling i helse- og omsorgstjenestene.

Figur 1.1.2: Et forløpsperspektiv på behandling av samhandlingspasienter – innholdet i rapporten



Figur 1.1.2 viser temaene i denne rapporten og hvordan de ulike delene av rapporten henger sammen. Rapporten har to deler, i den første beskrives utvikling og variasjon i somatiske helse- og omsorgstjenester, i den andre beskriver vi utvikling og variasjon i psykisk helsevern og TSB. Til sist i rapporten beskriver vi også variasjonen mellom kommuner i helseforetaksområdene når det gjelder kommunale årsverk i psykisk helse- og rusarbeid.

### Hvor treffer eldrebølgen med størst kraft?

For å få et godt bilde av hvor vi kan forvente at de største utfordringene med hensyn til fremtidig bærekraft og ressursbruk kommer, kan vi se på hvordan kostnadene til ulike helse- og omsorgstjenester fordeler seg mellom ulike tjenester for ulike aldersgrupper. SINTEF (Kalseth 2018<sup>8</sup>) har tidligere gjort en samlet analyse av kostnader til helse- og omsorgstjenestene som viser hvordan kostnader til ulike tjenester fordeler seg etter alder.

<sup>8</sup> Leveranse til Helsedirektoratet oktober 2018 (upublisert). Se bakerst i rapporten for nærmere omtale av datagrunnlag og beregninger.

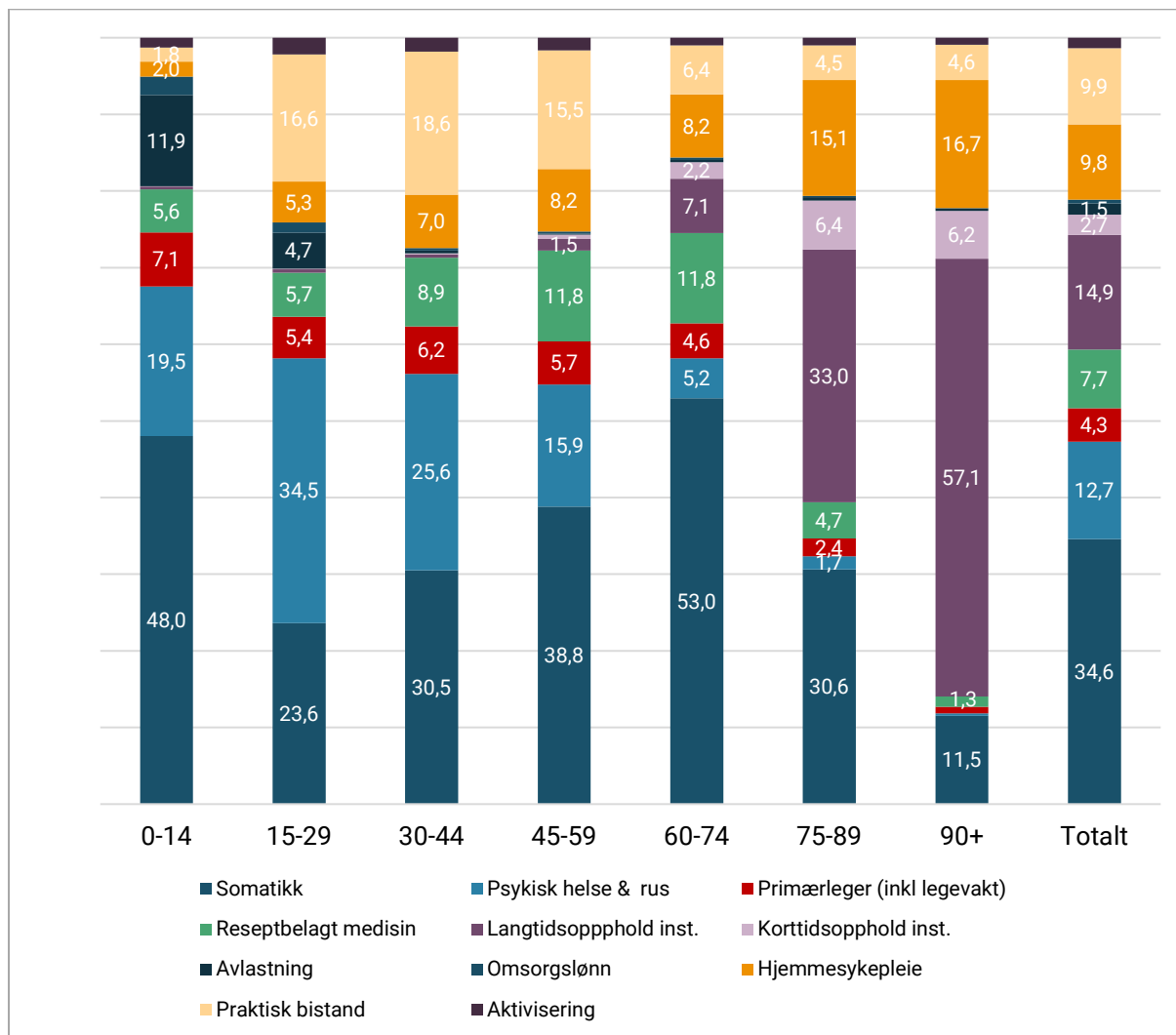
Totalt sett, utgjorde helsetjenester (primærleger, somatisk spesialisthelsetjeneste, psykisk helsevern og TSB, reseptbelagte legemidler) nesten 60 prosent av de samlede estimerte kostnadene til helse- og omsorgstjenester, mens omsorgstjenester utgjorde 40 prosent. Korttidsopphold, avlastning, omsorgslønn, og aktivitet utgjorde alle mindre enn 3 prosent av kostnadene. Hjemmesykepleie og praktisk bistand sto for nesten 10 prosent hver, mens langtidsopphold sto for 15 prosent av kostnadene. Primærleger utgjorde mindre enn 5 prosent, mens reseptbelagt medisin sto for mellom 5 og 10 prosent. Psykisk helsevern og TSB utgjorde under 15 prosent og somatiske spesialisthelsetjenester står for den klart største delen, om lag 35 prosent.

Om lag en tredjedel av de estimerte helse- og omsorgskostnadene ble brukt på henholdsvis aldersgruppene under 45 og over 74. Den yngste aldersgruppen utgjorde nesten 60 prosent av befolkningen, mens personer 75 år og eldre utgjorde 7,5 prosent. Kostnadssammensetningen i de ulike aldergruppene viser et klart livsfasemønster. Kostnadene knyttet til omsorgstjenester er høye i alderdommen, mens kostnader til helsetjenester dominerer i yngre aldersgrupper.

Dersom vi ser på kostnadssammensetningen innen aldersgruppene for de ulike deltjenestene, kaster det ytterligere lys på hvordan kostnader for ulike tjenester varierer med livsfase. Kostnader til somatiske helsetjenester er høy i den yngste aldersgruppen. Dette er først og fremst kostnader knyttet til fødsel. Kostnader til omsorgslønn og avlastning er størst hos barn og ungdom, det samme er kostnader til psykisk helse og rus. Ser vi bort fra de yngste, avtar kostnadsandelen til psykisk helse og rus med alder, mens kostnadsandelen til somatikk og reseptbelagt medisin øker med alder, går litt ned igjen for de aller eldste. Andel kostnad til praktisk bistand, som omfatter opplæring av daglige gjøremål, er høyest blant unge voksne. Kostnadsandelen til hjemmesykepleie og korttidsopphold øker derimot med alder, men andelen er relativ lik for de to eldste gruppene (over 74 år). Andelen kostnader til langtidsopphold øker derimot kraftig blant de eldste, til nesten 60 prosent for gruppen 90 år og eldre.

Analysen viser at omtrent en tredjedel av kostnadene til helse- og omsorgstjenester til personer i alderen 75-89 år går til spesialisthelsetjenester (somatikk og psykisk helsevern), omtrent 40 prosent går til institusjonsopphold i omsorgstjenesten (korttid og langtid) og omtrent 20 prosent går til hjemmesykepleie og praktisk bistand. Blant de eldste (90 år og eldre) går 12 prosent til spesialisthelsetjenester, 63 prosent til institusjonsopphold og 21 prosent til hjemmesykepleie og praktisk bistand. De største fremtidige utfordringene knyttet til bærekraft for helse- og omsorgstjenesten vil derfor trolig komme for kommunale helse- og omsorgstjenester i hjemmet og på institusjon.

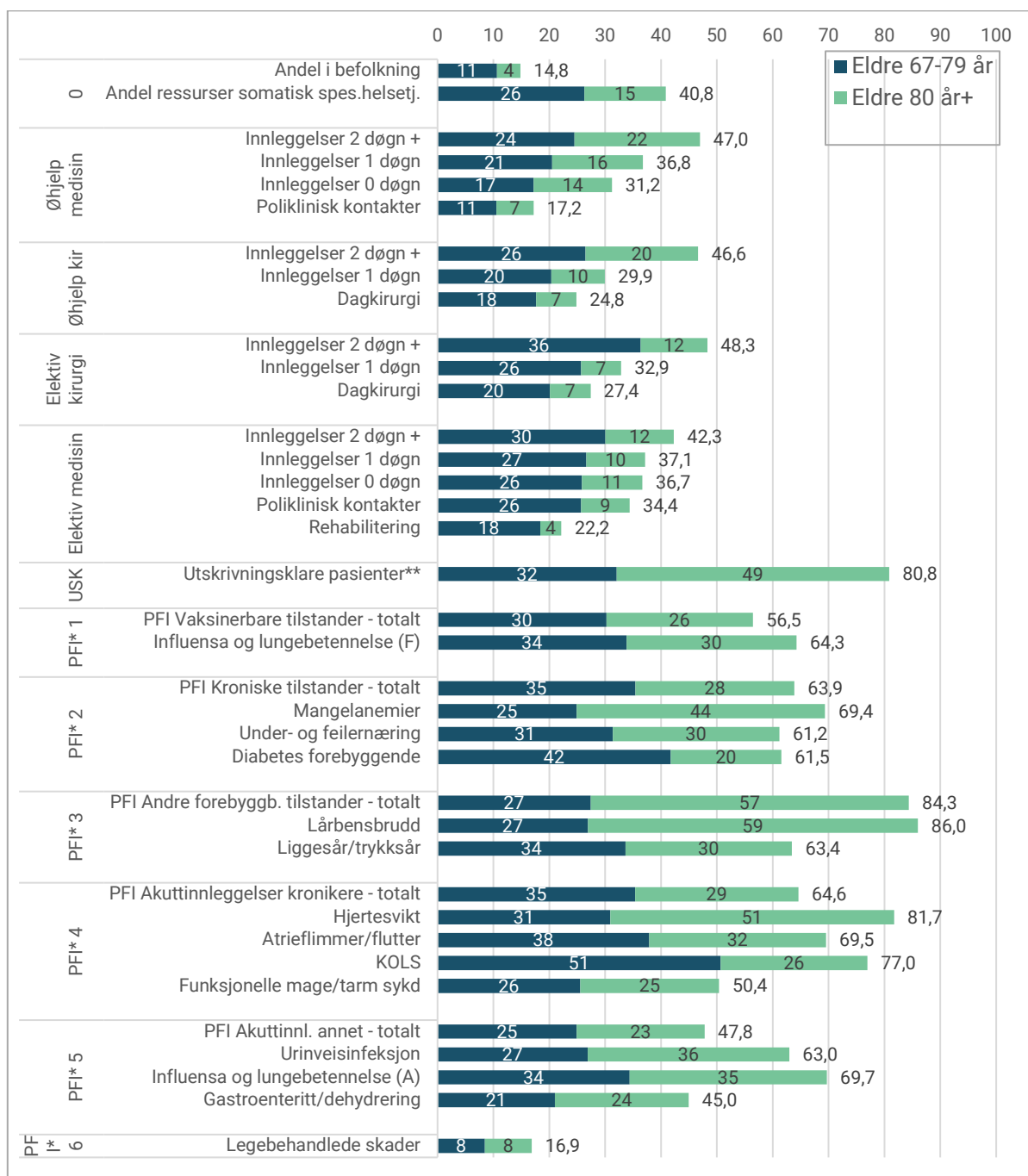
Figur 1.1.3: Andel kostnader til ulike helse- og omsorgstjenester etter alder. Kilde: SINTEF (Kalseth 2018).



Vi har også sett nærmere på bruk av spesialisthelsetjenester for å undersøke hvor vi finner størst forskjeller i bruk av tjenester mellom yngre og eldre. Det er de områdene hvor alderskurven er brattest som potensielt vil få størst vekst i ressursbehov som følge av økt andel eldre i befolkningen.

I 2017 stod eldre over 80 år for 4,2 prosent av befolkningen og 14,5 prosent av samlet ressursbruk i somatisk spesialisthelsetjeneste (eksklusive private avtalespesialister). Totalt sett stod eldre over 75 år for 2,8 ganger mer ressurser enn andelen i befolkningen tilsier. Denne andelen har vært uendret fra 2013 til 2018.

Figur 1.1.4 Andel av ressurser<sup>1)</sup> til behandling av eldre (67-79 år, 80 år og over og totalt for eldre over 67 år) etter type behandling og tilstand. Data fra 2017.



<sup>1)</sup> Ressursbruk er målt som DRG-poeng

\* PFI står for Potensielt forebyggbare Innleggelser. Se delkapittel 2.4 for en beskrivelse av kategoriene.

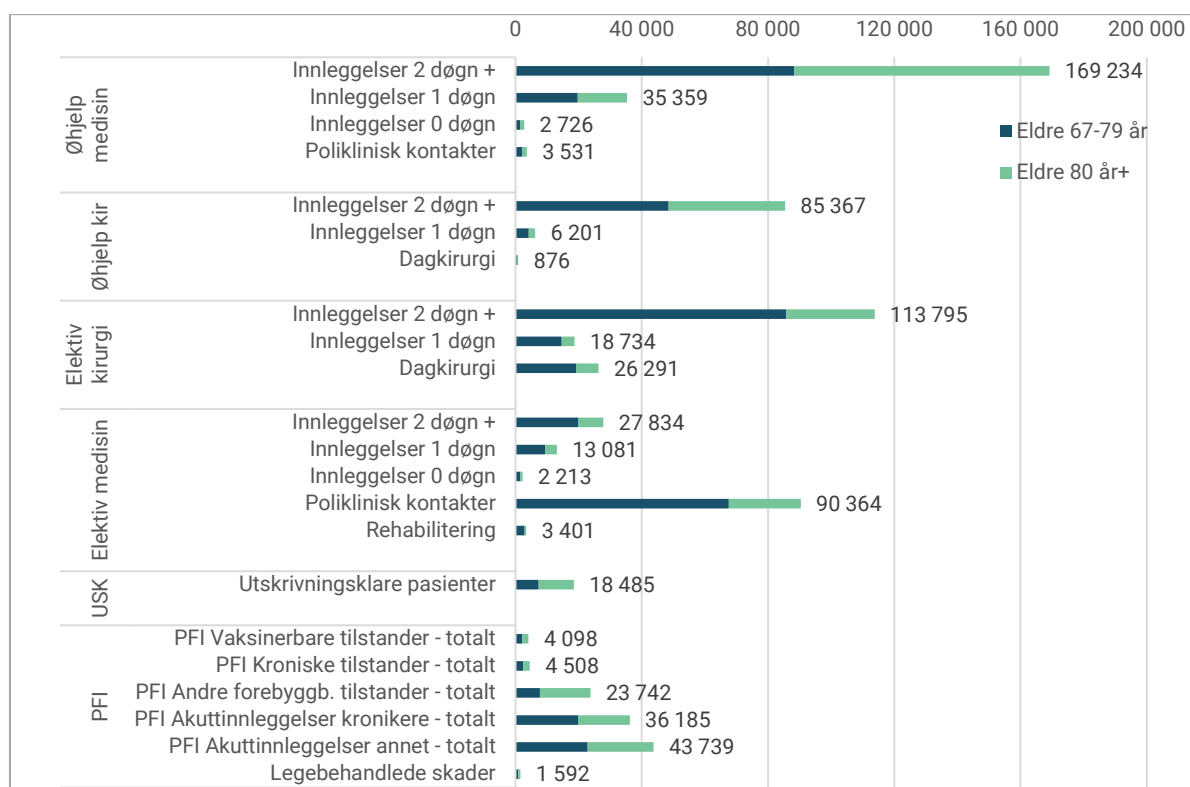
\*\* Ressurser til utskrivningsklare pasienter er i denne sammenhengen definert som pasienter med minst 2 liggedager som utskrivningsklare.

Tidligere analyser av eldres bruk av tjenester (SAMDATA 10/2017) viser at «Sykdommer i øyet og øyets omgivelser», «sykdommer i sirkulasjonssystemet», «sykdommer i øre og ørebensknode», og «skader og forgiftninger» er hoveddiagnosekategorier (ICD-10) som utgjør en klart større andel blant eldre i befolkningen. Når det gjelder ressursbehov er imidlertid «sykdommer i

sirkulasjonssystemet», «skader og forgiftninger» (ofte bruddskader), og «svulster» de største hoveddiagnosekategoriene.

Figur 1.1.4 viser andel av ressurser (DRG-poeng) som knyttes til eldre mellom 67 og 79 år, samt til eldre over 80 år, for ulike typer behandlinger, innleggelser knyttet til potensielt forebyggbare tilstander (PFI) og til pasienter kategorisert som utskrivningsklare. Figuren viser at eldre over 67 år står for 81 prosent av ressursene som brukes på pasienter som blir definert som utskrivningsklare og har minst to liggedager som utskrivningsklar. Figuren viser også at eldre over 67 år står for 86 prosent av ressursene til behandling av lårbeinsbrudd, 82 prosent av ressursene knyttet til innleggelser for hjertesvikt, samt 77 prosent av innleggelser knyttet til KOLS. For slike behandlinger vil ressursbehovet kunne øke sterkt som følge av veksten i andelen eldre. Det faktiske omfanget av ressurser som går til slike behandlinger er likevel beskjedent. Disse tre behandlingene står samlet sett for 7,3 prosent av ressursbruk for eldre over 67 år, og for 3 prosent av de samlede ressursene i spesialisthelsetjenesten.

Figur 1.1.4 Sum korrigerede DRG-poeng<sup>1)</sup> til behandling av eldre (67-79 år, 80 år og over og totalt for eldre over 67 år) etter type behandling og tilstand. Data fra 2017.



Dersom vi ser på det faktiske omfanget av ressurser som går til hver av de kategoriene i figur 1.1.4, finner vi at det største omfanget av ressurser knyttes til innleggelser for øyeblikkelig hjelp med minst to liggedager. Vi ser også at omfanget av ressurser til elektiv kirurgi blant eldre er høyt for opphold med to liggedager eller mer.

Det faktiske omfanget av ressurser i somatisk spesialisthelsetjeneste som går til eldre, viser at innleggelser for øyeblikkelig hjelp har stor betydning. Samlet sett, brukes halvparten av alle

ressurser i somatisk spesialisthelsetjeneste som går til eldre over 67 år på øyeblikkelig hjelp (50,7 prosent). Det meste av dette (35 prosent) brukes til opphold uten kirurgi. Mer enn halvparten av disse ressursene, totalt 28 prosent av ressursene som går til eldre, brukes på ø-hjelp døgnetil behandling med varighet på to døgn eller mer. Slike innleggelser blant eldre står for 11,5 prosent av den samlede ressursbruken i somatisk spesialisthelsetjeneste.

I figur 1.1.5 fremstår ikke samlet ressursbruk til utskrivningsklare pasienter som særlig høy. For de utskrivningsklare pasientene er det imidlertid lagt inn noe forkorting av DRG-vektene knyttet til kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter. Beregnet liggetid som finansieres avsluttes på den datoen hvor pasienten blir registrert som utskrivningsklar. Dermed kan liggetidsavhengig finansiering for rehabilitering og tilleggsrefusjon for lang liggetid reduseres. Ellers blir oppholdet gruppert og finansiert per DRG på vanlig måte.



## **1.2 Om rapporten**

Formålet med denne rapporten er å belyse noen av utfordringene i helse- og omsorgstjenestene som er særlig knyttet til pasienter med behov for helhetlige og sammenhengende tjenester. Rapporten er en *oppsummering* av nye og tidligere analyser og beskriver (i) sentrale utviklingstrekk i spesialisthelsetjenesten for denne pasientgruppen, og (ii) variasjoner i tilbud og bruk av ulike typer tjenester for disse pasientene. Analysene tar utgangspunkt i tilgjengelige registerdata fra helseregistrene og inkluderer forhold i de kommunale helse- og omsorgstjenestene som er viktige for å forstå noen av utfordringene i spesialisthelsetjenesten.

Rapporten gir en *generell* beskrivelse av utvikling og variasjon i aktivitet og tjenestebruk i spesialisthelsetjenesten, men setter også søkelys på utvalgte pasientgrupper som vurderes å være særlige sårbare for svakheter i de systemene som skal bygge bro over de finansielle og organisatoriske strukturene i helse- og omsorgstjenesten. Dette kan være:

- Pasienter med akutt behov for medisinsk hjelp
- Pasienter med kroniske sykdommer
- Pasienter med særlig store behov for helse- og omsorgstjenester
- Eldre pasienter med omsorgsbehov
- Pasienter med psykisk sykdom eller ruslidelser

I tillegg til denne rapporten leveres det nærmere analyser og beskrivelser av:

- Vedlegg 1: Utvikling og variasjon i somatisk spesialisthelsetjeneste
- Vedlegg 2: Eldre stormottakere i somatisk spesialisthelsetjeneste (SAMDATA 5/2018)
- Vedlegg 3: Bruk av fastlege og legevakt blant pasienter med kroniske sykdommer (SAMDATA kommune 9/2018)
- Vedlegg 4: Utvikling i bruk av fastlege og legevakt 2010-2017 (SAMDATA kommune 8/2018)

Rapporten må også sees i sammenheng med følgende rapporter:

- Bruk av tjenester i psykisk helsevern for barn og unge (SAMDATA 2018)
- Bruk av tjenester i psykisk helsevern for voksne (SAMDATA 2018)
- Bruk av TSB etter bostedsområde (SAMDATA 2018)
- Poliklinisk rusbehandling 2013-17 (SAMDATA 2018)
- Pasientgrupper med omfattende tjenestebehov (IS-2732)
- Rehabilitering i spesialisthelsetjenesten (SAMDATA 2018)

## **2. Utviklingstrekk i somatiske helse- og omsorgstjenester**

## **2.1 Bruk av fastleger og legevakt**

Primærhelsetjenesten er en av bærebjelkene i befolkningens helsetjenestetilbud. Nesten all planlagt utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten starter med henvisning fra primærhelsetjenesten, og ved langvarig eller kronisk sykdom følges pasientene som regel opp i primærhelsetjenesten.

Det er forventet store endringer i befolknings sammensetningen fremover. Folketallet vil øke. Økningen vil være spesielt sterk i de eldste aldersgruppene og Statistisk sentralbyrå har beregnet at antallet eldre over 70 år vil være 50 prosent høyere i 2030 enn det er i dag. Sterkere vekst i befolkningen i eldre enn i yngre aldersgrupper fører til at andelen eldre i befolkningen vil øke. Utviklingen innen medisin, med mer avansert kirurgisk teknologi, bedre diagnostikk og behandling og mer skånsomme behandlingsmetoder, vil føre til at flere vil kunne behandles for sykdommer som det tidligere ikke fantes behandling for. Flere vil leve lengre med kroniske sykdommer, og flere vil overleve alvorlige tilstander som hjerneslag og kreft. For mange er informasjon om nye, avanserte og kanskje kostbare behandlingstilbud lett tilgjengelig. Flere vil derfor forvente å få tilgang til slike behandlingsformer.

Ressursene som er tilgjengelige for helsetjenestene er begrensede. Det er derfor nødvendig å styre helsetjenestene slik at flest mulig av de pasientene som har mest bruk for diagnostikk og behandling får tilgang. Ressursene i spesialisthelsetjenesten må komme til best nytte for de pasientene som trenger det mest. Overdiagnostikk og overbehandling er kostbart for helsetjenestene og dermed for samfunnet, og kan føre til unødig uro og i verste fall helsetap for pasienter og pårørende.

Forebyggende arbeid, tidlig diagnostikk og behandling, og god oppfølging og behandling under og etter sykdom er viktige virkemidler for å redusere økningen i befolkningens behov for avanserte helsetjenester. Primærhelsetjenesten spiller en viktig rolle for å få til dette. Forskrift om fastlegeordning i kommunene stadfester at ordningen skal sikre at alle får nødvendige allmennlegetjenester av god kvalitet til rett tid, og at personer bosatt i Norge får en fast allmennlege å forholde seg til. Akuttmedisinforskriften gjelder flere deler av akuttberedskapen, inkludert legevaksordningen. Legevaksordningen skal sammen med ambulansetjeneste og medisinsk nødmeldetjeneste bidra til at befolkningen ved behov for øyeblikkelig hjelp mottar forsvarlige og koordinerte akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus. Når helsetjenester skal planlegges er det derfor viktig å ha oppdatert informasjon om befolkningens bruk av og tilgang til primærhelsetjenestene.

Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) er opprettet for å gi sentrale og kommunale myndigheter grunnlag for planlegging, styring, finansiering og evaluering av kommunale helse- og omsorgstjenester. Registeret har fleksible databankløsninger for uthenting av statistikk, men er nyopprettet og har foreløpig bare data for 2017. Våre analyser av utviklingen i bruken av primærhelsetjenestene er derfor basert på data innhentet fra KUHR (oppgjørssystemet for bl.a.

fastleger og legevaktstjenester). På sikt forventer vi at KPR vil være den viktigste datakilden i slike analyser.

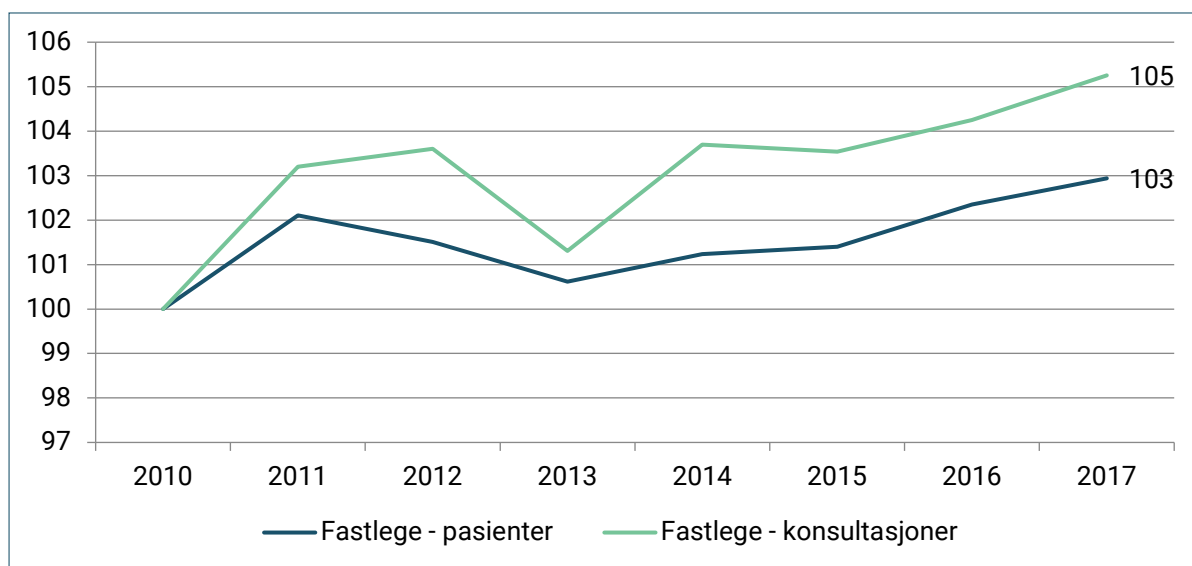
Vi beskriver i korte trekk utviklingen i befolkningens bruk av fastlegeordningen og legevaktstjenestene i perioden 2010-2017. Mer detaljerte data finnes i vedleggene 3 og 4.

### Fastlegeordningen – flere bruker tjenestene mer

I perioden 2010 til 2017 økte det årlige antallet konsultasjoner hos fastlegene med 13 prosent, mens antall personer som hadde hatt konsultasjon hos fastlege økte med 11 prosent. Enkelt oppsummert kan vi si at flere bruker fastlegetjenestene mer sammenlignet med tidligere. Siden økningene i antall konsultasjoner og i antall pasienter er større enn økningen i befolkningstall gjelder dette også når det blir tatt hensyn til endringene i befolknings sammensetningen.

Når vi ser tallene for konsultasjoner og pasienter i forhold til innbyggertallet er endringene ikke så store: Konsultasjonsraten (årlig antall konsultasjoner i forhold til innbyggertallet) økte med 5 prosent mens pasientraten (årlig antall pasienter i forhold til innbyggertallet) økte med 3 prosent i perioden (figur 2.1.1).

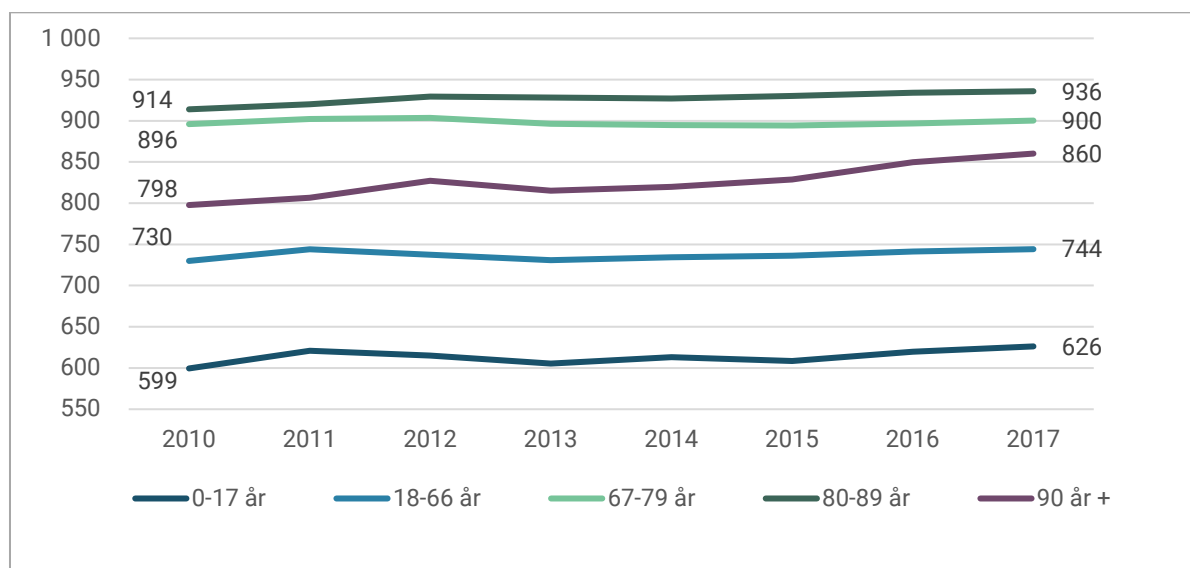
Figur 2.1.1 Prosent endring i pasient- og konsultasjonsrater hos fastlege (korrigert for befolkningsendringer). 2010 er 100 prosent. Datakilde: KUHR 2010-2017



Fastlegeordningen blir brukt av størsteparten av befolkningen i løpet av et kalenderår: Omtrent tre av fire har konsultasjon hos fastlegen minst én gang i året. Denne andelen var nokså stabil over hele perioden 2010 til 2017. Andelen var lavest hos barn og unge under 18 år (seks av ti) og høyest i aldersgruppen 80 til 89 år (mer enn ni av ti), se figur 2.1. 2.

Andelen med konsultasjon hos fastlege per år økte i alle aldersgrupper, med størst økning i aldersgruppen 90 år og eldre (fra 80 prosent i 2010 til 86 prosent i 2017). Legebehandling i sykehjem registreres ikke i KUHR og økningen i pasientraten for de aller eldste kan ha sammenheng med at det er blitt mindre vanlig å bo lenge på institusjon.

Figur 2.1.2 Pasientrater, fastleger (antall pasienter hos fastlege per 1000 innbyggere) etter aldersgrupper. Datakilde: KUHR 2010 til 2017.



I gjennomsnitt hadde hver innbygger 2,7 konsultasjoner hos fastlege i 2017, mens snittet var 2,6 i 2010. Blant de som var i kontakt med fastlegetjenesten (dvs. ikke-brukere holdt utenfor), var gjennomsnittlig antall konsultasjoner 3,3. Gjennomsnittlig antall konsultasjoner per innbygger var høyest i aldersgruppen 80 til 89 år og lavest i aldersgruppen 0 til 17 år i alle årene 2010 til 2017 (henholdsvis 5,5 og 1,5 i 2017).

Våre data gir lite informasjon om årsakene til de observerte endringene. Lettere tilgjengelighet til fastlegeordningen kan tenkes å føre til at flere bruker tjenestene mer, men også faktorer som større andel eldre, flere hjemmeboende eldre, og at flere nå overlever alvorlig sykdom vil bidra til økt bruk av fastlegeordningen. I tillegg kan organisatoriske endringer som ikke direkte berører helse og helsetjenester bidra til endringer i bruken av helsetjenestene. I figuren over ser vi at barn og unge 0-17 år bruker fastlegen minst, men at det er økning i pasientraten over de siste årene. Noe av denne økningen kan kanskje forklares med innføringen av nye fraværsregler i videregående skole fra og med skolestart 2016.<sup>9</sup> Ved sykdom er det nå bare legeerklæring eller dokumentasjon fra annen sakkyndig som regnes som gyldig dokumentasjon.

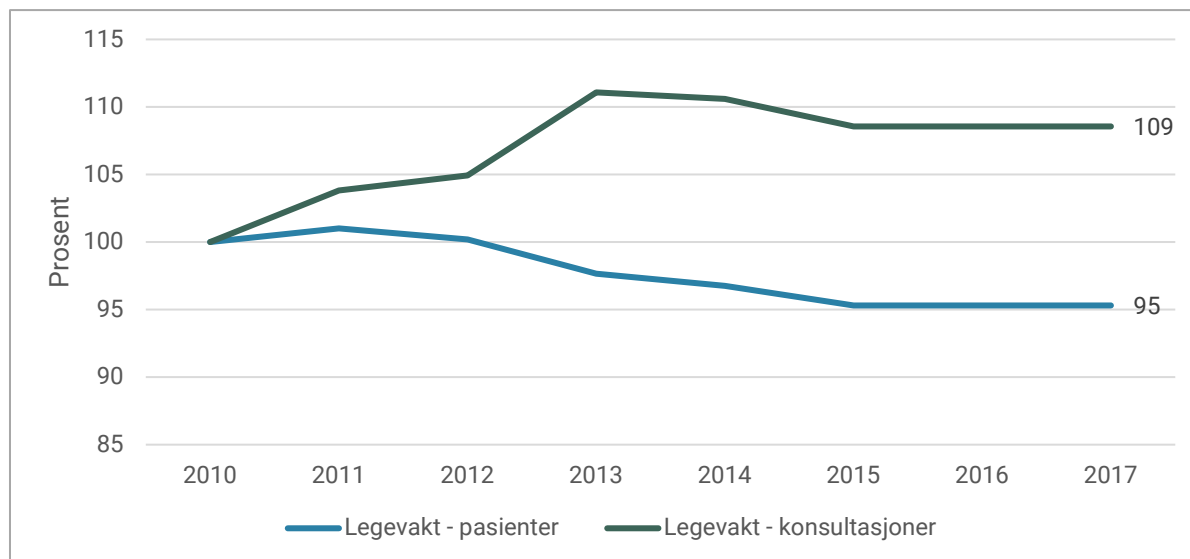
### Legevaktstjenester – færre bruker tjenestene mer

Over perioden 2010 til 2017 økte det årlige antallet konsultasjoner i legevaktstjenestene med 15 prosent, mens antall personer som hadde hatt konsultasjon i legevakt økte med bare 1,6 prosent. Uten justering for folketall blir konklusjonen at litt flere personer enn fører bruker legevaktstjenestene ganske mye mer enn før. Imidlertid er økningen i antall konsultasjoner større enn økningen i befolkningstallet, mens økningen i pasienttallet er betydelig mindre enn økningen i befolkningstallet.

<sup>9</sup> Bakken IJ og medarbeidere: Legesøkning og legemiddeluttak etter innføring av nye fraværsregler. Tidsskrift for Den norske legeforening, 2017.

Etter justering for befolkningstall ser vi derfor nedgang i andel av befolkningen som har brukt legevaktstjenestene (fig. 2.1.3).

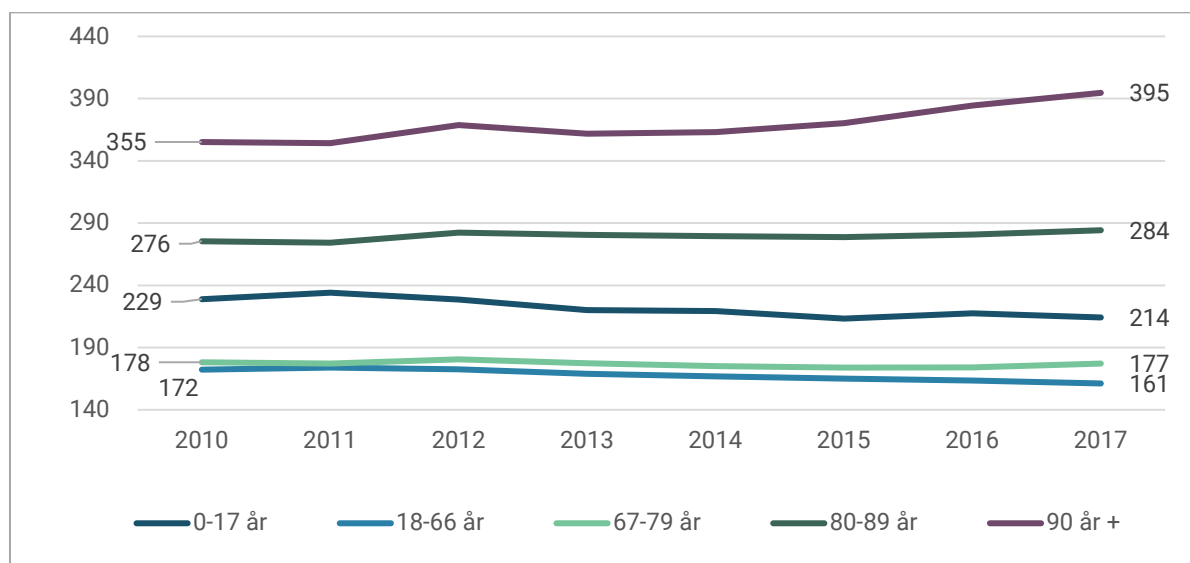
Figur 2.1.3 Prosent endring i pasient- og konsultasjonsrater hos legevakt (korrigert for befolkningsendringer). 2010 er 100 prosent. Datakilde: KUHR 2010-2017.



I den totale befolkningen brukte i underkant én av fem personer legevaktstjenestene i løpet av et år. Andelen gikk svakt tilbake over perioden, fra 19,1 prosent i 2010 til 17,7 prosent i 2017.

I de fleste aldersgruppene var andelen i kontakt med legevaktstjenesten i løpet av et kalenderår nokså stabil eller gikk svakt tilbake (figur 2.1.4), men blant de aller eldste gikk andelen opp fra 35,5 prosent i 2010 til 39,5 prosent i 2017. Det var altså betydelig mer vanlig i den eldste aldersgruppen å bruke legevaktstjenester enn i befolkningen for øvrig, men det er også verdt å merke seg at det også er relativt mange som bruker legevaktstjenestene i aldersgruppen 0 til 17 år.

Figur 2.1.4. Pasientrater i legevakt (antall pasienter hos legevakt per 1000 innbyggere) etter aldersgrupper. Data fra KUHR 2010-2017.



Gjennomsnittlig antall konsultasjoner på legevakt per år var gjennom hele perioden 2010-2017 høyest for aldersgruppen 90 år og eldre, etterfulgt av aldersgruppen 80 til 89 år. Mens barn og unge 0 til 17 år hadde lavest snitt for fastlegekonsultasjoner, lå de høyere enn aldersgruppene 18 til 66 år og 67 til 79 år i snitt for antall legevaktskonsultasjoner per år. I de eldste aldersgruppene ble det observert en økning i gjennomsnittlig antall legevaktskonsultasjoner per innbygger over perioden, fra 0,3 i 2010 til 0,45 i 2017.

Disse observasjonsdataene viser at endringer har funnet sted men sier lite om *hvorfor* endringene har funnet sted. Det at vi observerer at forholdsvis færre personer nå benytter legevaktstjenestene mer kan imidlertid kanskje tyde på at ikke alle får dekket behovet for legetjenester innenfor fastlegeordningen. Kortere liggetid på sykehus kan også ha ført til økt behov for legevaktstjenester for enkelte pasientgrupper.

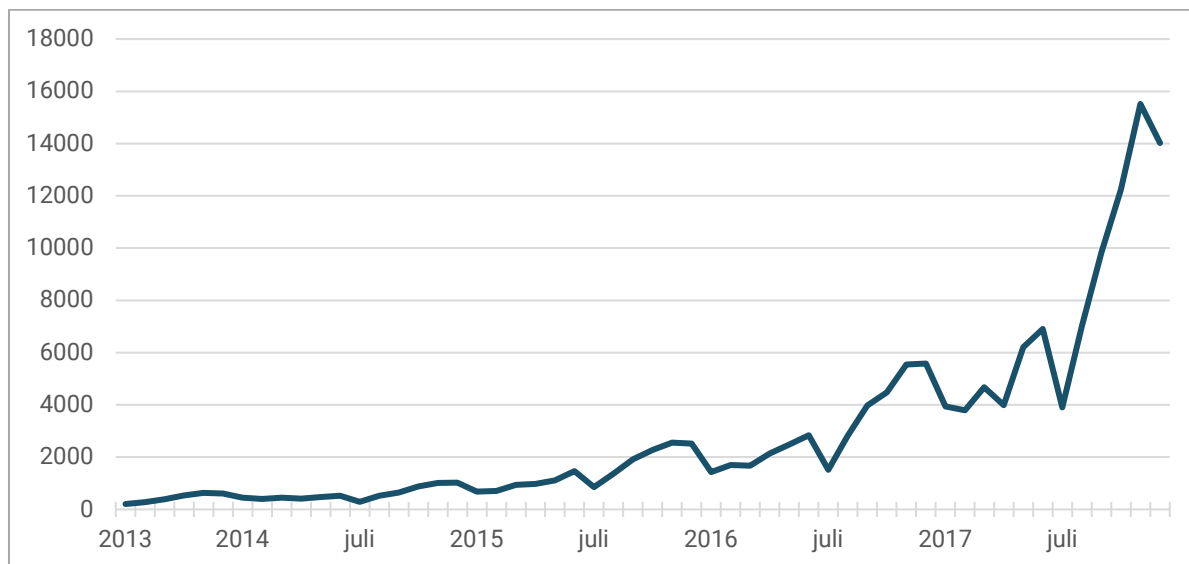
### Utvikling i e-konsultasjoner

Takst for e-konsultasjon kan benyttes når pasient og fastlege kommuniserer elektronisk. Det er krav om at pasientens sykdom/lidelse skal være kjent for fastlegen, og kontakten skal omfatte en medisinsk vurdering og være journalverdig.

Selv om det var en sterk økning i antall e-konsultasjoner i løpet av perioden 2013 til 2017 (se figuren under for månedlig utvikling), var det ikke mer enn i overkant av 90 000 slike konsultasjoner i 2017, registrert på litt over 47 000 pasienter. Antallet e-konsultasjoner er dermed under én prosent av det totale volumet av konsultasjoner i primærhelsetjenesten. Videre var den hyppigst brukte diagnosekoden ved e-konsultasjon "A97 Administrativ kontakt/undersøkelse". Denne koden ble brukt ved mer enn én av fem e-konsultasjoner men ved under én av femti vanlige konsultasjoner.

Utviklingen i bruken av e-konsultasjoner følges av Helsedirektoratet i samarbeid med eHelsedirektoratet.

Figur 2.1.5. Antall e-konsultasjoner per måned. Data fra KUHR 2013-2017.





## **2.2 Bruk av fastlege og legevakt i ulike pasientgrupper**

Omtrent tre av fire innbyggere i Norge var til fastlege i 2017. I forrige kapittel viste vi blant annet hvordan bruk av fastlegetjenestene og legevaktstjenestene varierer med alder. For planlegging og styring av helsetjenestene er det også behov for kunnskap om hvilke tilstander pasientene som oppsøker tjenestene behandles for. I dette kapitlet ser vi på bruk av tjenestene i ulike pasientgrupper, hvor gruppene er definert gjennom hvilke diagnoser pasientene er registrert med.

Data fra den norske delen av Det globale sykdomsbyrdeprosjektet viser at i tillegg til kreft er hjerte- og karsykdom, kronisk obstruktiv lungesykdom og demens de viktigste årsakene til tapte leveår i Norge<sup>10</sup>. Muskel- og skjelettsykdommer, psykiske lidelser og ruslidelser er de viktigste årsakene til ikke-dødelig helsetap.

Vi planla diagnosegruppene før rapporten fra sykdomsbyrdeprosjektet kom, så våre diagnosegrupper ble planlagt uavhengig av arbeidet i dette prosjektet. Likevel er mange av gruppene vi har inkludert her nokså like gruppene i sykdomsbyrdeprosjektet.

Av somatiske lidelser inkluderte vi muskel- og skjelettlidelser, hjertesykdom, epilepsi, kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS), astma og diabetes. Vi har ikke inkludert kreft som egen diagnosegruppe siden kreft vanligvis diagnostiseres og behandles i spesialisthelsetjenesten. Med tilgang til individbaserte data fra både primær- og spesialisthelsetjenesten vil det bli svært interessant å studere pasientforløp for kreftpasienter. Foreløpig har vi kun tilgang til statistiske data fra primærhelsetjenesten.

Av psykiske lidelser inkluderte vi demens, angst, depresjon, schizofreni, hyperkinetiske forstyrrelser ("ADHD"), psykisk utviklingshemming. Angst og depresjon angår svært mange mennesker: Folkehelseinstituttets anslag viser at om lag 15 prosent av den voksne befolkningen vil oppleve en angstlidelse i løpet av et år, mens om lag 10 prosent vil ha en depressiv lidelse.<sup>11</sup> Schizofreni er en alvorlig psykisk lidelse som forekommer sjelden, men er likevel en viktig årsak til helsetap i befolkningen på grunn av konsekvensene som ofte er store. Hyperkinetiske forstyrrelser (vi bruker heretter begrepet "ADHD") er blant de hyppigst brukte diagnosene for psykiske lidelser blant barn og unge.<sup>12</sup>

Statistikken vi har benyttet oss av her er ikke direkte tilgjengelig fra KPRs databankløsning, men er tilrettelagt av saksbehandler i KPR etter bestilling. Vi definerte pasient- og konsultasjonsgruppene ut fra diagnoser registrert på regningskortene innsendt som refusjonsgrunnlag. For pasientanalysene tok vi hensyn til alle registreringer i perioden juli 2016 –

---

<sup>10</sup> Tollånes MC et al. Sykdomsbyrden i Norge i 2016. Tidsskrift for Den norske legeforening 2018.

<sup>11</sup> <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/psykisk-helse-hos-voksne--folkehel/#forekomst-av-psykiske-lidelser-hos-voksne>

<sup>12</sup> <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/psykisk-helse-hos-barn-og-unge/#hyperkinetisk-forstyrrelse-adhd>

juni 2018 og så på hvor ofte pasienten var til lege i 2017, uavhengig av diagnose. Pasienter som var registrert som døde innen utgangen av juni 2018 ble ekskludert fra datagrunnlaget.

I tillegg har vi analysert volumet av konsultasjoner hvor de aktuelle diagnosene er oppgitt.

I alt 5 215 088 individer var registrert med kontakt med primærhelsetjenestene i perioden juli 2016 – juni 2018. Dette tallet er nesten likt med folketallet per 1. januar 2018 (SSB: 5 295 619). Pasienttallet og folketallet er ikke direkte sammenlignbare siden pasienttallet gjelder for en toårsperiode mens folketallet er på en definert dato, men likevel kan vi konkludere at nesten hele befolkningen bruker primærhelsetjenestene. Tidligere har vi beskrevet at gjennomsnittlig antall konsultasjoner alle innbyggere sett under ett var 2,7 i 2017. Med avgrensning til personer med konsultasjon hos fastlege i toårsperioden er gjennomsnittlig antall konsultasjoner i 2017 3,3 hos fastlege og 0,3 ved legevakt.

For å få et fullstendig bilde av de ulike pasientgruppenes bruk av primærhelsetjenester er det nødvendig å ha tilgang til data hvor alle hendelsene for samme pasient er knyttet sammen gjennom løpenummer. I våre data har vi anledning til å se på antallet konsultasjoner registrert i løpet av et år uavhengig av diagnose i de ulike pasientgruppene, men siden vi kun har statistiske data og ikke individdata har vi ikke hatt anledning til å studere pasientforløp,

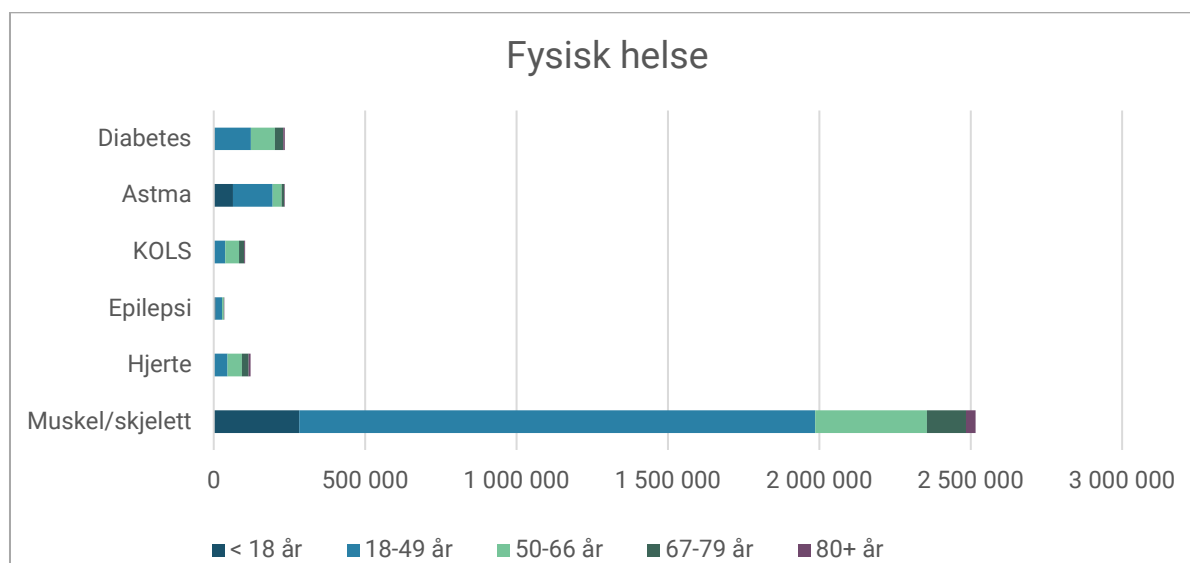
Se vedlegg 4 for detaljer om disse analysene.

### **Pasientgrupper – fysisk helse**

Figur 2.2.1 viser antall pasienter registrert innenfor hver av de utvalgte diagnosegruppene innen fysisk helse i løpet av en toårsperiode.

Over 2,5 millioner pasienter var registrert med diagnose for muskel- og skjelettlidelse i primærhelsetjenesten i løpet av toårsperioden (figur 2.2.1). Dette utgjorde nesten halvparten av alle pasienter registrert i denne perioden, alle diagnoser sett under ett. Fra 2013 til 2017 økte antallet konsultasjoner med diagnose for muskel- og skjelettsykdom svakt, og i 2017 var det registrert slik diagnose ved omtrent én av fem fastlegekonsultasjoner.

Figur 2.2.1. Antall pasienter i registrert med de aktuelle diagnosene i perioden juli 2016 – juni 2018 etter aldersgrupper. Data fra KPR.



Omfanget av pasienter og konsultasjoner innenfor gruppen muskel- og skjelettsykdommer er altså svært stort i primærhelsetjenesten. Dette stemmer godt overens med data fra sykdomsbyrdeprosjektet hvor en undergruppe av muskel- og skjelettsykdommer, korsryggs- og nakkesmerter, alene var viktigste årsak til ikke-dødelig helsetap hos både menn og kvinner.<sup>10</sup> Pasienter registrert minst én gang med diagnose for muskel- og skjelettsykdom hadde i gjennomsnitt 4,2 konsultasjoner hos fastlege og 0,3 konsultasjoner i legevakt i løpet av 2017. Dette var altså litt høyere snitt enn i totalpopulasjonen av pasienter, 3,3.

Iskemisk hjertesykdom utgjør viktigste årsak til tapte leveår.<sup>10</sup> Vi fant at i overkant av 120 000 pasienter var registrert med hjertesykdom i primærhelsetjenesten i toårsperioden juli 2016 – juni 2018. Dette var nokså likt tallet for pasienter registrert med KOLS (litt over 100 000 pasienter). Pasienter med KOLS hadde høyest gjennomsnittlig antall konsultasjoner hos fastlege av alle gruppene vi så på, med 6,1 i året. For pasienter med minst én registrering med diagnose for hjertesykdom eller KOLS var det imidlertid slik at de aller fleste konsultasjonene var registrert med andre diagnoser.

### Pasientgrupper – psykisk helse

Pasienter registrert med diagnose for depresjon utgjorde den største av pasientgruppene vi så på innen psykisk helse, med nesten 300 000 pasienter. Dette tallet stemmer godt overens med tall fra Reseptregisteret, som viste at det var 330 000 brukere av antidepressiva i 2017.<sup>13</sup>

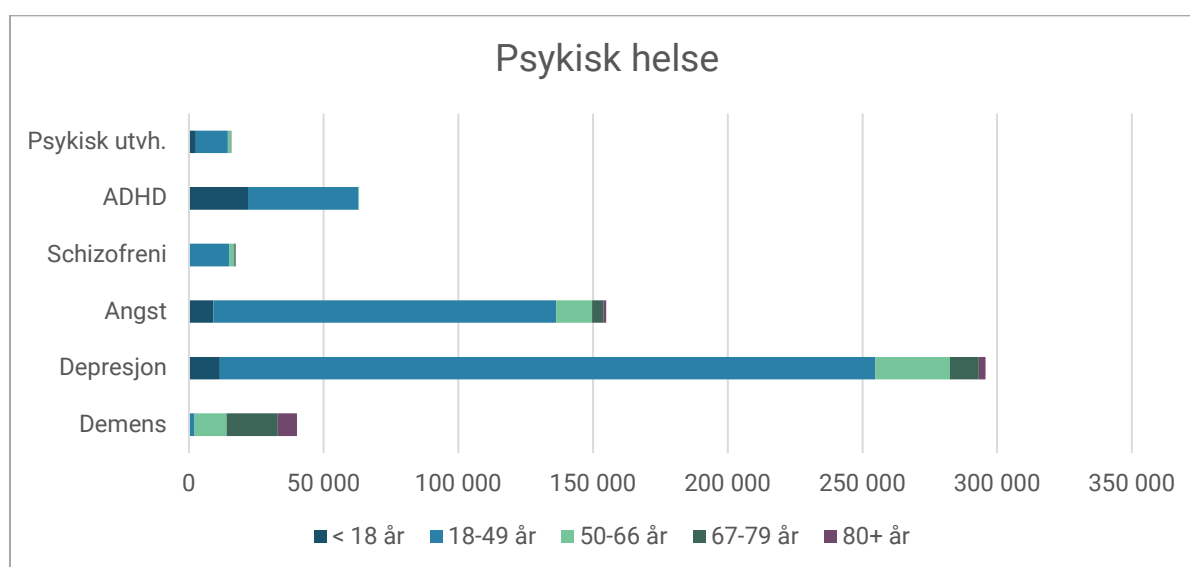
Litt over 150 000 personer var registrert med diagnose for angst hos fastlege over toårsperiode. Siden det er anslått at mer enn hver tiende person til enhver tid har en angstlidelse, kan dette

<sup>13</sup> <http://www.reseptregisteret.no/Prevalens.aspx>

tallet virke lavt.<sup>14</sup> Et norsk forskningsprosjekt med kombinasjon av diagnostiske intervju og registerdata har imidlertid vist at de aller fleste som kan diagnostiseres med angstlidelse, aldri har søkt hjelp for dette i helsetjenestene.<sup>15</sup>

I overkant av 40 000 personer hadde fått diagnosen demens i primærhelsetjenesten i løpet av toårsperioden. Dette tallet er lavt sammenliknet med Folkehelseinstituttets anslag som er at mellom 80 000 og 100 000 personer lever med demens i Norge.<sup>16</sup> Samtidig kan vi regne med at en forholdsvis stor andel av personer med demens bor på sykehjem og derfor ikke er registrert i primærhelsetjenesten. Det er også sannsynlig at mange pasienter med demens behandles for andre plager og lidelser når de er hos fastlegen, og derfor registreres med andre diagnoser.

Figur 2.2.2. Antall pasienter i registrert med de aktuelle diagnosene i perioden juli 2016 – juni 2018 etter aldersgrupper. Psykisk helse. Data fra KPR.



Pasienter registrert med depresjon hadde høyt antall fastlegekonsultasjoner i snitt (6,0). Til sammenligning var gjennomsnittet for personer med psykisk utviklingshemming nokså likt snittet for totalbefolkningen (henholdsvis 3,6 og 3,3).

Gjennomsnittet for antall legevaktkonsultasjoner i 2017 var høyest for pasienter med schizofreni (0,8). Til sammenligning var snittet for pasienter med epilepsi eller diabetes det samme som i totalbefolkningen (0,3).

Depresjon var også en stor gruppe når vi så på antall konsultasjoner i fastlegepraksis, med nesten 500 000 konsultasjoner med diagnosen i 2017 (nesten 500 000 konsultasjoner med diagnosen). Det er imidlertid verdt å merke seg at de aller fleste konsultasjoner for pasienter i

<sup>14</sup> <https://fhi.no/fp/psykiskhelse/psykiskelidelser/angstlidelser--faktaark/>

<sup>15</sup> <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/acps.12829>

<sup>16</sup> <https://fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/demens-folkehelse rapporten/>

pasientgruppe depresjon var med annen diagnose enn depresjon (litt under 300 000 pasienter og gjennomsnitt på seks konsultasjoner gir i underkant av 1,8 millioner konsultasjoner for denne pasientgruppen).

### **Oppsummering**

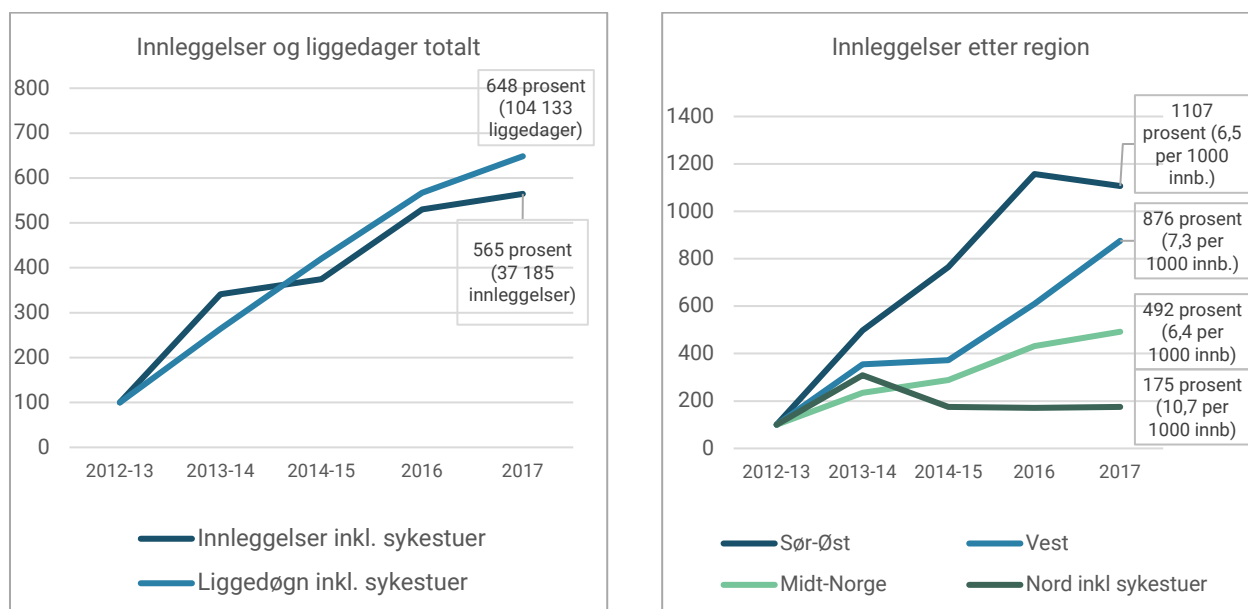
Disse analysene viser at noen pasientgrupper (for eksempel muskel- og skjelettsykdommer og depresjon) dominerer i primærhelsetjenesten, både målt ved antall pasienter og antall konsultasjoner. Analysene viser videre at bildet blir snevert om man bare ser på antall konsultasjoner med ulike diagnoser. De fleste pasienter med for eksempel depresjon behandles også hyppig for andre tilstander. For å få et bedre bilde er det derfor nødvendig å samle informasjon om hver enkelt pasient uavhengig av diagnose, men gode forløpsanalyser vil kreve kobling også til kilder som har informasjon også om for eksempel behandling i spesialisthelsetjenesten eller om innleggelse på sykehjem.

## 2.3 Kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp

I 2017 var det 485 323 medisinske øyeblikkelig hjelpsinleggelses (døgnopphold) ved somatiske sykehus. Av alle døgnopphold utgjorde dette 60 prosent. Pasienter i alderen 67 år og eldre hadde 40 prosent av alle medisinske ø-hjelpsinleggelses. Antall eldre i befolkning øker og dette vil bidra til et økt ressursbehov knyttet til pasienter som har behov for øyeblikkelig hjelp. Fra 1.1.2016 fikk kommunene plikt til å sørge for kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp (ØHD) jf. Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5. Dette tilbudet ble blant annet opprettet for å avlaste spesialisthelsetjenesten. Det er en målsetting at tilbudet skal forhindre innleggelse i sykehuset, særlig for medisinske øyeblikkelig hjelpsinleggelses, blant annet gjennom at pasientene får oppfølging tidlig i pasientforløpet. Videre har også innføringen av ØHD som hensikt å gi pasientene bedre behandling og tilby tjenester nærmere hjemmet.

Helsedirektoratet har siden 2012 samlet inn data for bruk av kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp. Siden oppstarten av tilbudet har aktiviteten gradvis økt fra år til år, og i 2017 ble det rapportert inn 34 662 opphold og 96 591 liggedager (estimert), se figur 2.3.1. Sammenlignet med antall opphold og liggedøgn for øyeblikkelig hjelp i spesialisthelsetjenesten er omfanget imidlertid svært beskjedent. I perioden 2013-17 var det en nedgang på omtrent 100 000 liggedøgn for øyeblikkelig hjelp i spesialisthelsetjenesten. Dette tilsvarer antall liggedøgn i det kommunale døgntilbudet for øyeblikkelig hjelp.

Figur 2.3.1 Prosent endring i innleggelses og estimerte liggedager i kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp fra 2012-13 til 2017.

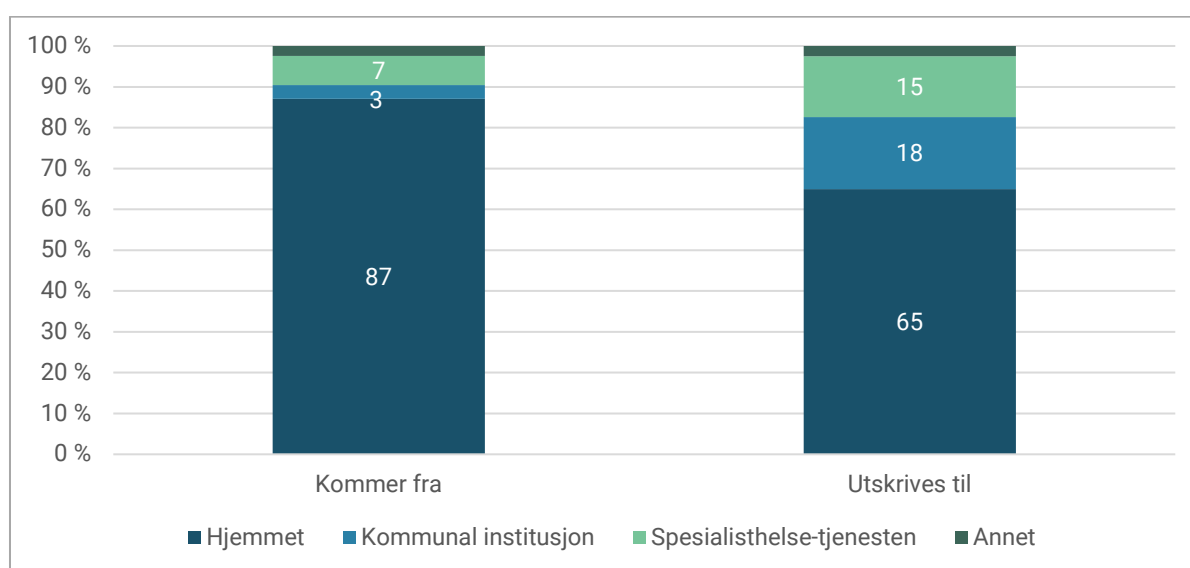


Alle pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp kan legges inn i ØHD så lenge at kommunen kan gi et tilbud som er forsvarlig og like godt som et tilbud i spesialisthelsetjenesten. Av alle pasienter som ble innlagt i ØHD var 73 prosent av pasientene over 67 år. Alderssammensetningen har vært nesten uendret siden 2013. De største diagnosegruppene er «sykdommer i muskel-

skjelettsystemet», «sykdommer i luftveiene» og «allmenn uspesifisert sykdom». Disse tre gruppene utgjorde 54 prosent av innleggelsene med registrert diagnose, og disse gruppene har vært størst siden oppstarten av tilbudet.

I 2017 kom 87 prosent av innleggelsene i ØHD fra hjemmet, 7 prosent fra spesialisthelsetjenesten og kun 15 prosent ble skrevet ut til spesialisthelsetjenesten, se figur 2.3.1 Disse andelene har holdt seg stabile siden 2012-13. At kun 15 prosent av pasientenes sendes videre til spesialisthelsetjenesten, kan bety at omfanget av innleggelser i spesialisthelsetjenesten reduseres som følge av det kommunale ØHD-tilbudet.

Figur 2.3.2: Informasjon om hvor pasientene i ØHD-tilbudet kommer fra ved innleggelse og hvor de skrives ut til. Data fra 2017.



Med tanke på å sikre god utnyttelse av tilgjengelige ressurser, er det viktig at kapasitetsutnyttelsen ved det kommunale døgntilbudet for øyeblikkelig hjelp er god nok. Tidligere analyser har vist at beleggsprosenten har vært lav ved flere ØHD-enheter, og dette har bidratt til å stille spørsmål om sykehusene kunne ha utnyttet ressursene bedre. Vår analyse fra 2017 viser at kommunene utnytter tilbudet bedre enn i tidligere år. Beleggsprosenten økte med to prosentpoeng fra 2016 til 2017.

Bruk av ØHD er fortsatt lavt, og det kan derfor ikke forventes at det vil ha en stor effekt på innleggelser i sykehus. En regresjonsanalyse utført av Helsedirektoratet i 2016 viste en liten, men signifikant effekt på innleggelser i sykehus. Resultatene viste at én innleggelse i ØHD sparte sykehusene for én innleggelse. I et samfunnsperspektiv kan ØHD-enhetene være kostnadsbesparende, da en innleggelse i spesialisthelsetjenesten trolig vil være mer kostbar enn en innleggelse i et kommunalt tilbud. Videre kan de frigjorte ressursene i spesialisthelsetjenesten brukes på andre pasienter.

I Forskningsrådets evaluering av samhandlingsreformen ble det også sett på om ØHD-tilbudet faktisk bidrar til færre innleggelser i sykehus. Hovedfunnet var at ØHD har effekt, men at

effektene varierer med hvordan tilbudet er organisert. Det var kun enheter med god legeredskap som bidro til færre øyeblikkelig hjelp-innleggelser i sykehus. Effekten var størst for pasienter over 80 år innlagt ved medisinske avdelinger (Swanson m.fl. 2016)<sup>17</sup>. En annen analyse, i den samme evalueringen, fant også en effekt på øyeblikkelig hjelp-innleggelser ved sykehus, men effekten varierte etter type diagnose. Det ble funnet effekt på innleggelser ved sykehus for diagnosene «astma», «angina» og «KOLS», men ikke for «diabetes» eller «hjertesvikt». Konklusjonen var at det kommunale tilbudet kan bidra til å redusere innleggelser i spesialisthelsetjenesten ved enkelte kroniske tilstander (Islam og Kjerstad 2016).<sup>18</sup>

En tredjedel av pasientene som legges inn i det kommunale døgntilbudet for øyeblikkelig hjelp har 0-1 liggedøgn. Vel 20 prosent av pasientene er innlagt i 5 døgn eller mer. I figur 2.3.3 viser vi hvordan kommunenes nivå av liggedøgn i det kommunale ØHD-tilbudet og liggedøgn for øyeblikkelig hjelp på sykehus henger sammen. Figurene viser liggedøgn per 1000 innbygger 80 år og eldre. Når sammenhengen går fra øvre venstre hjørne mot høyre nedre hjørne (\) betyr det at de kommunene som har et høyt nivå av ØHD-liggedager også har et lavt nivå av liggedager for øyeblikkelig hjelp på sykehus. Dette gjelder for eksempel Helse Stavanger-området, Nord-Trøndelag og Nordland-området. Når sammenhengen går motsatt vei (/) betyr det at kommuner med et høyt nivå av ØHD-liggedager også har et høyt nivå av liggedager for øyeblikkelig hjelp på sykehus. Dette gjelder for eksempel Telemark, Helse Fonna-området og St. Olavs-området.

Fra 1.1.2017 ble plikten for kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp også utvidet til å gjelde pasienter med psykisk helse- og/eller rusmiddelproblemer. SINTEF har et årlig oppdrag fra Helsedirektoratet på kartlegging av kommunalt psykisk helse og rusarbeid (IS 24/8). I undersøkelsen for 2017<sup>19</sup> oppgir 7 av 10 kommuner at de har etablert øyeblikkelig hjelp døgnoophold for pasienter med psykiske helse- og/eller rusproblemer. Av de som hadde etablert et tilbud, var det 86 prosent som hadde valgt å integrere tilbudet i det eksisterende døgntilbudet i somatikken, mens 14 prosent av kommunene hadde etablert et eget døgntilbud for denne pasient-/brukergruppen. Etableringen av tilbudet øyeblikkelig hjelp døgnoophold er i mange kommuner gjort gjennom interkommunalt samarbeid. Andre har opprettet plassene i sykehjem, bofellesskap eller i forbindelse med kommunens legevakt. Samtidig viste rapportering i 2017 at én av tre kommuner ikke hadde fått på plass et slikt tilbud.

I Helsedirektoratets datainnsamling om ØHD-tilbudet i januar 2018 (rapportering av data fra 2017) oppgir mange av ØHD-enhetene at de ikke kan skille klart mellom ØHD-pasienter innen somatikk og ØHD-pasienter med psykisk helse- og/eller rusmiddelproblemer, og har derfor kun rapportert samlet. Data som er særskilt rapportert for ØHD-tilbudet innen psykisk helse og rus viser at det var totalt 1 869 innleggelser og 3 895 estimerte liggedøgn for ØHD innen psykisk

---

<sup>17</sup> Swanson, Aleksandersen og Hagen (2016). «Førte opprettelsen av kommunale øyeblikkelig hjelp døgnenheter til færre innleggelser i sykehus for eldre ved somatiske sykehus?», i Tidsskrift for omsorgsforskning nr.2, 2016.

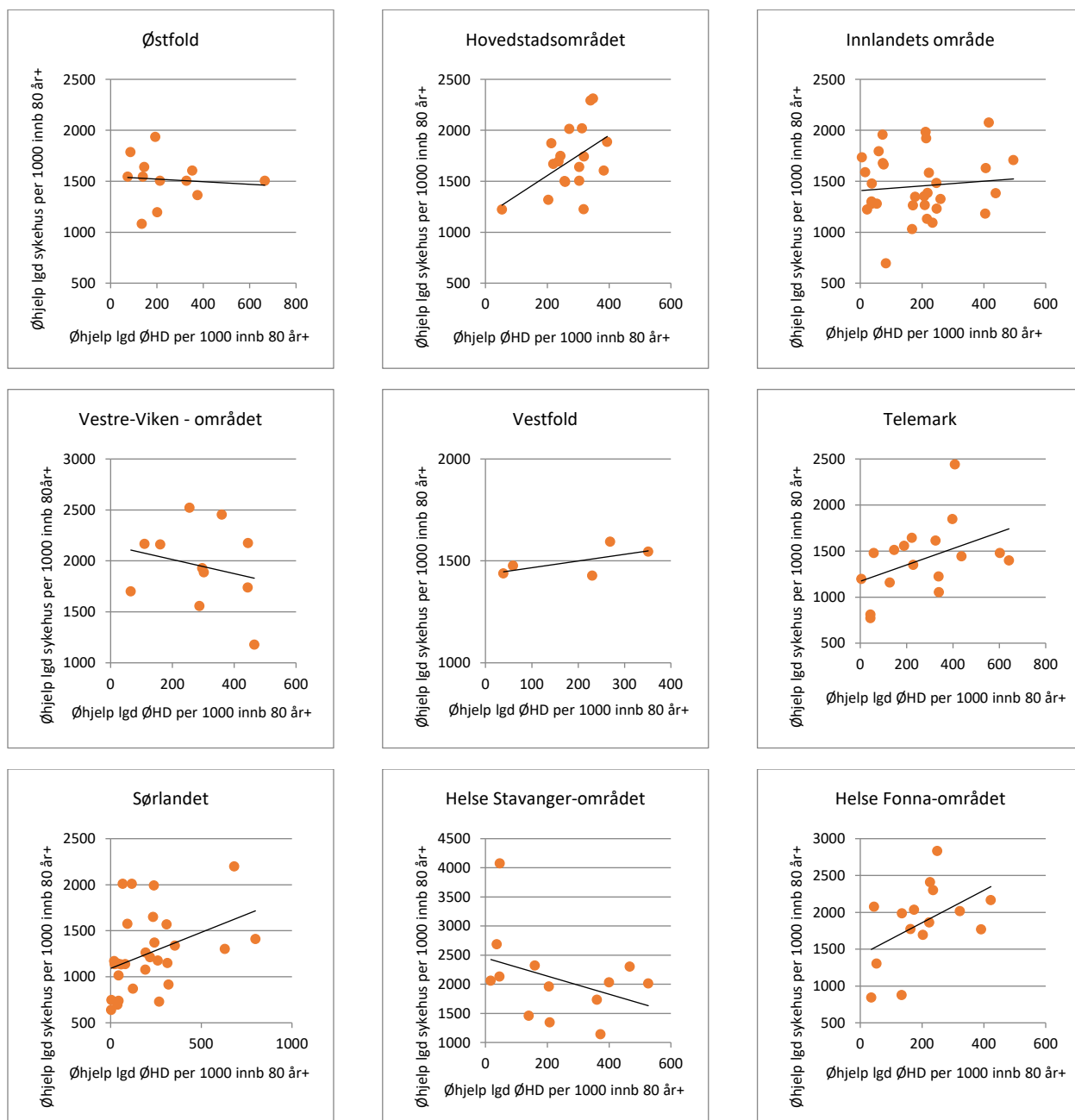
<sup>18</sup> Kamrun og Kjerstad (2016). Dose Emergency Capacity in Primary Care Affect Emergency Hospital Admissions?.

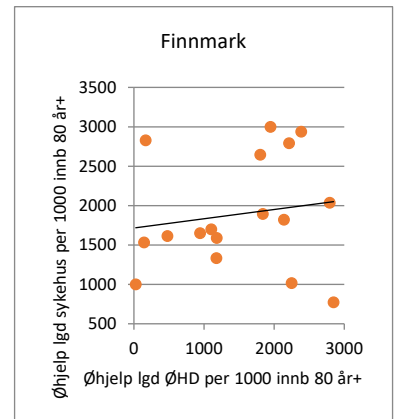
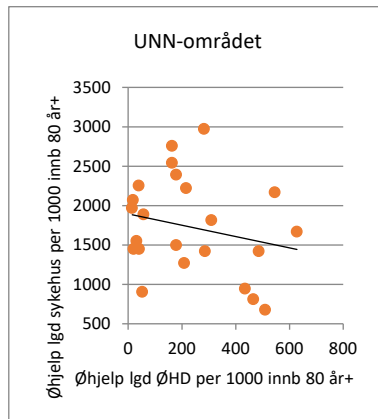
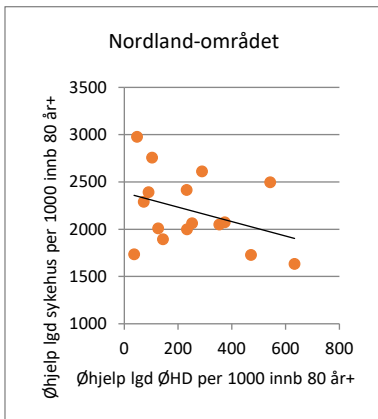
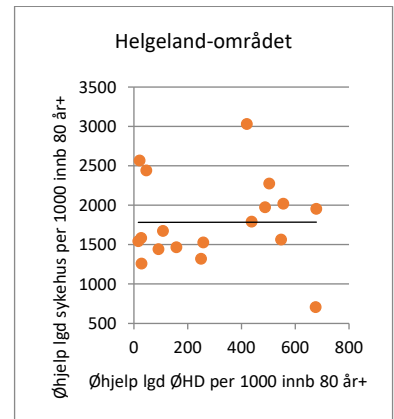
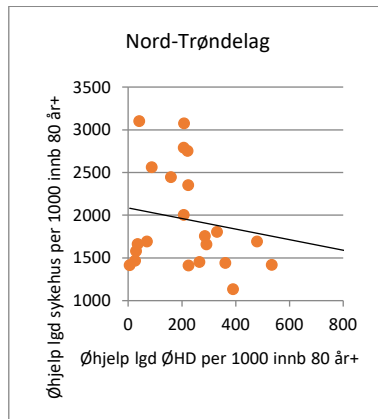
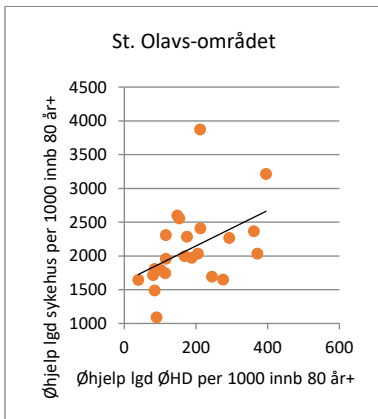
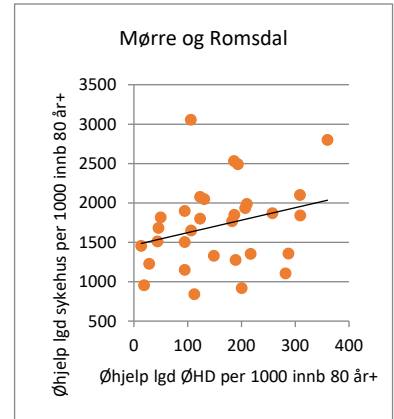
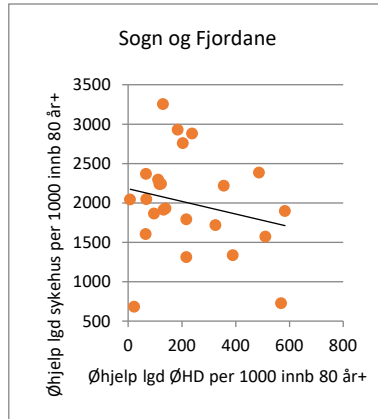
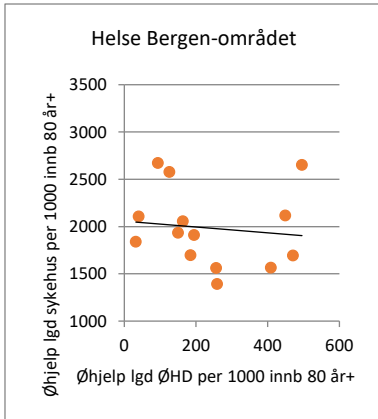
<sup>19</sup> [https://helsedirektoratet.no/Documents/Psykisk%20helse/Rapport\\_IS24\\_8\\_2017.pdf](https://helsedirektoratet.no/Documents/Psykisk%20helse/Rapport_IS24_8_2017.pdf)



helse og rus i 2017. Ettersom mange av enhetene benytter plassene fleksibelt til både somatiske pasienter og pasienter med psykisk helse- og/eller rusmiddelproblemer, har vi ikke informasjon om eksakt antall plasser som er avsatt til pasienter med psykisk helse- og/eller rusmiddelproblematikk.

Figur 2.3.3: Sammenhengen mellom nivå av ØHD-innleggelser per 1000 innbygger 80 år og over og innleggelser for øyeblikkelig hjelp på sykehus per 1000 innbygger 80 år og over. Kommunedata per helseforetaksområde





## **2.4 Utvikling i innleggelser og bruk av sykehustjenester**

Spesialisthelsetjenestens kjerneaktivitet består av utredning og behandling av pasienter. Det er to veier inn; gjennom behov for øyeblikkelig hjelp eller man henvises og settes på venteliste for planlagt utredning eller behandling. Øyeblikkelig hjelp defineres som behov for hjelp innen 24 timer. Alle andre henvisninger defineres som elektive/planlagte. Av døgnoppholdene i somatiske sykehus er over 70 prosent øyeblikkelig hjelp, mens dette utgjør ca 10 prosent av den polikliniske aktiviteten.

Antall unike pasienter i spesialisthelsetjenesten har økt mer enn antall innbyggere de siste fem årene. Det er derfor en stadig større andel av innbyggerne som mottar tjenester eller er i kontakt med en eller flere deler av spesialisthelsetjenesten. Pasientraten (antall pasienter i spesialisthelsetjenesten per 1000 innbyggere) har økt fra 467 i 2013 til 488 i 2017. Deler av denne veksten skyldes at andelen eldre innbyggere har økt. Andre forhold som sterkere ressurstilgang de siste årene og overgang fra døgn- til dag/poliklinisk behandling spiller også inn.

Vi har sett på utviklingen i bruken av sykehustjenester de siste fem år, og skilt mellom ulike typer aktivitet og sett om utviklingen er ulik for ulike aldersgrupper og diagnosegrupper. Vi har stilt spørsmål ved om i hvilken grad utviklingen speiler endringer i spesialisthelsetjenesten selv. Kan vi se indikasjoner på at bruken av spesialisthelsetjenester har blitt endret som følge av endringer i primærhelsetjenesten?

### **Mer dagbehandling og poliklinisk oppfølging**

9 av 10 kontakter i spesialisthelsetjenesten skjer i form av konsultasjoner ved en poliklinikk eller hos en privat avtalespesialist. Antall polikliniske konsultasjoner ved sykehusene økte mye fra 2013 til 2017, det gjaldt alle de store diagnosekategoriene, og overgikk i stor grad befolkningsveksten. Konsultasjonsraten økte aller mest for de eldste, med en vekst på 17 prosent.

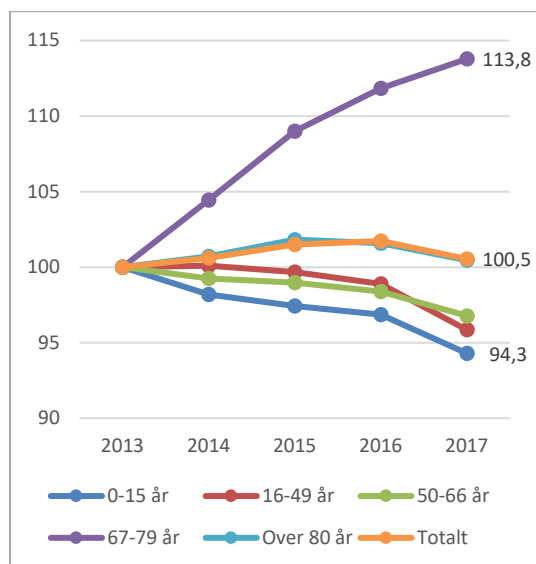
Overgangen til mer dagbehandling og poliklinisk oppfølging er en prosess som har pågått over lang tid, og spesielt har det vært satset på mer planlagt dagkirurgi. I 2017 skjedde halvparten av all kirurgisk behandling i form av dagkirurgi. Når det gjelder ø-hjelpskontakter viser analysen at fordelingen mellom omsorgsnivå har vært relativt stabil på nasjonalt nivå siste femårsperiode, samtidig som vi ser tendens til dreining mot kortere oppholdstid, flere dagopphold og mer poliklinisk kontakt også for de eldre.

### **Synkende døgnoppholdsrate i alle aldersgrupper**

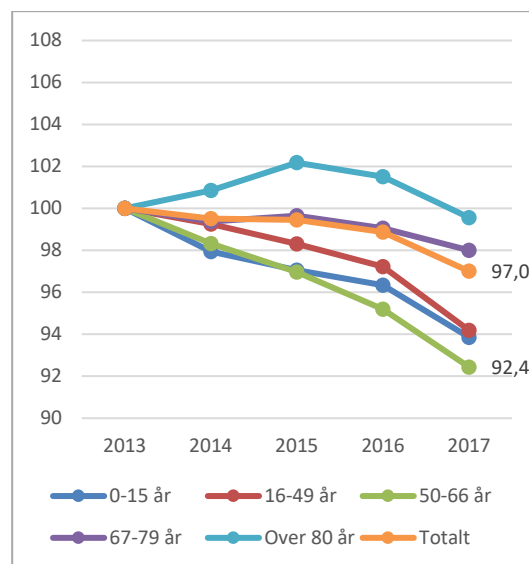
Bare 9 prosent av kontaktene med spesialisthelsetjenesten i 2017 var innleggelser med overnatting (døgnopphold). Driften av døgnaktiviteten er samtidig estimert til å kreve omtrent 70 prosent av de totale ressursene.

Målt i faktiske tall ser vi en økning i døgnoppholdene for aldersgruppen 67-79 år. Dette skyldes den sterke økningen i befolkningen for denne aldersgruppen. Korrigert for befolkningstall finner vi noe nedgang i døgnopphold totalt for alle aldersgrupper, men nedgangen var liten for de eldste (99,6 prosent av nivået i 2013). Det var i hovedsak litt reduserte eller stabile døgnoppholdsrater for de fleste store sykdomskategoriene i diagnoseklassifikasjonssystemet ICD-10.

Figur 2.4.1: Prosent endring i faktisk antall døgnopphold 2013-17 etter alder.



Figur 2.4.2: Prosent endring i døgnopphold per 1000 innbygger 2013-17 etter alder.



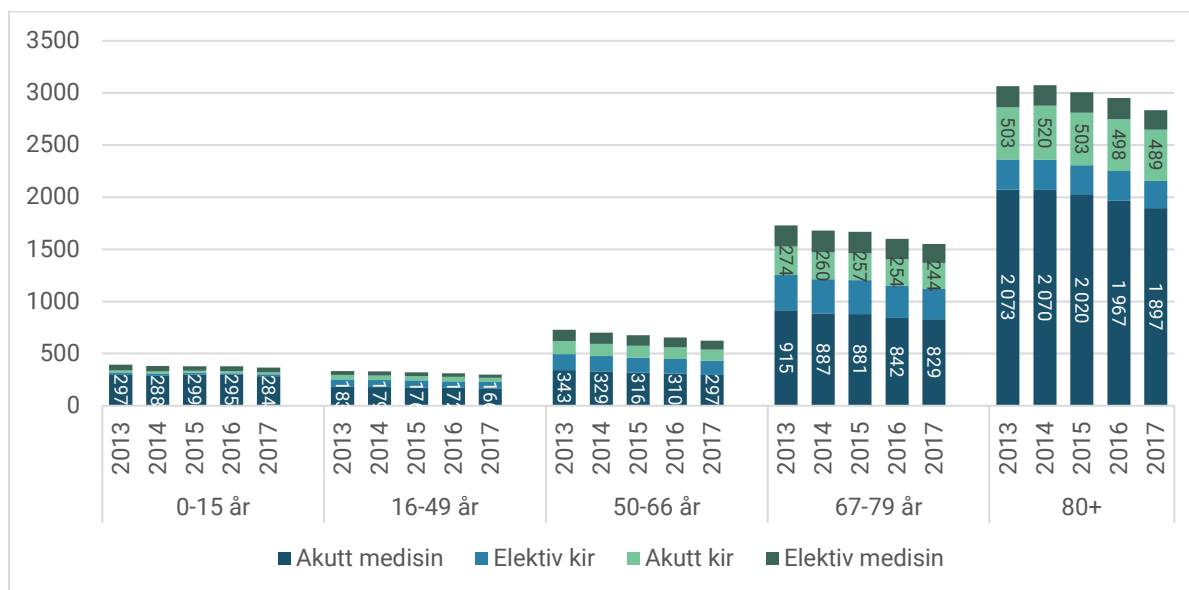
### Ø-hjelpsinnleggelser reduseres

60 prosent av døgnoppholdene i 2017 gjaldt pasienter som var innlagt som øyeblikkelig hjelp, og med tilstander som ikke krevde operasjon. Eldre over 67 år sto for nesten 5 av 10 ø-hjelpsinnleggelser. Ø-hjelpsinnleggelser stod for 45,4 prosent av de samlede ressursene (DRG-poeng) i somatisk spesialisthelsetjeneste, herav 43 prosent til døgnopphold.

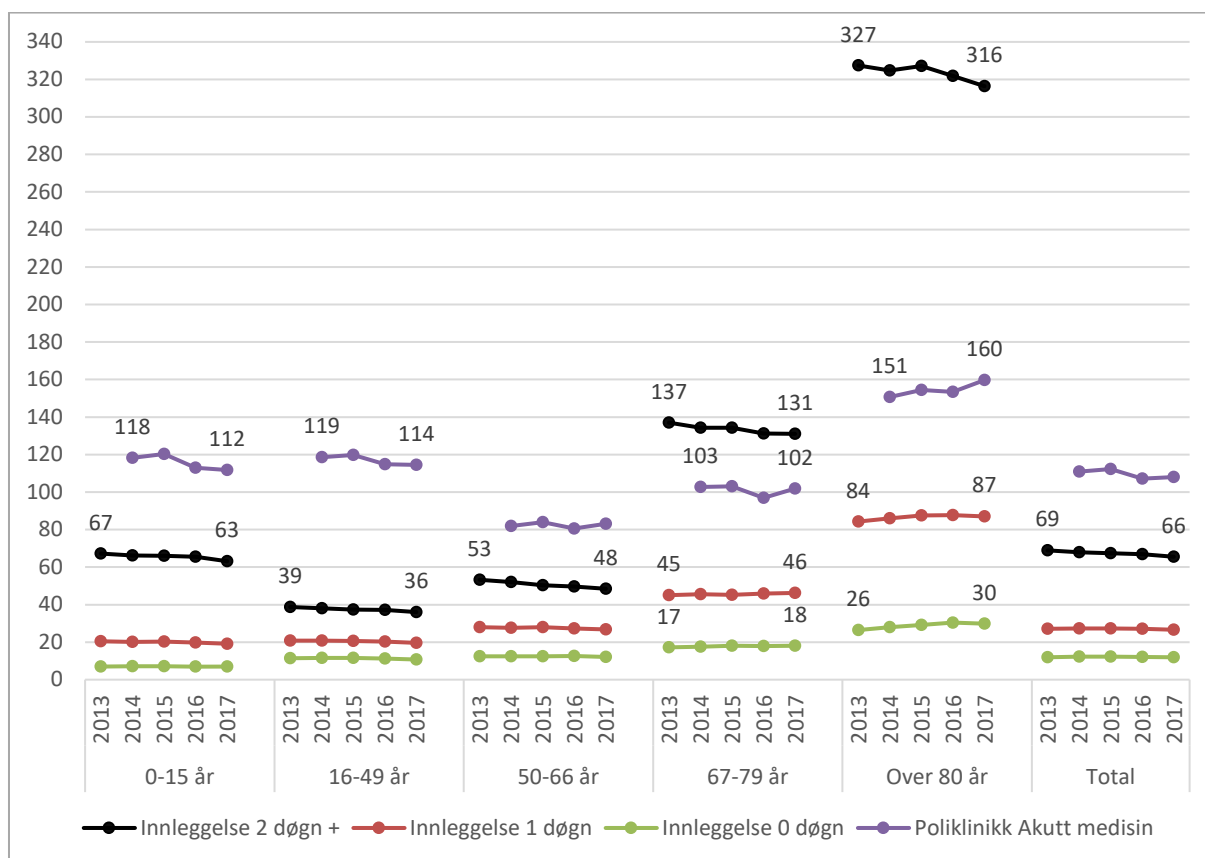
74 prosent av alle liggedager på sykehus gjelder øyeblikkelig hjelp. Dette tilsvarer 2,4 millioner liggedager. 1,9 millioner av disse liggedagene gjaldt behandlinger som ikke krevde operasjon. Dette er totalt 58 prosent av alle liggedager på sykehus.

Raten for antall medisinske ø-hjelpsinnleggelser ble redusert for alle aldersgrupper i siste femårsperiode. For befolkningen over 80 år var det 8 færre døgnopphold per 1 000 innbygger i 2017 sammenlignet med 2013. Også i faktiske tall er antallet gått noe ned til tross for befolkningsvekst. For befolkningen under 67 år er det over 14 000 færre medisinske ø-hjelpsinnleggelser i 2017 enn i 2013. På grunn av sterk vekst i befolkningen over 67 år var det nesten 1 200 flere slike innleggelser for eldre. Totalt sett ble det en reduksjon på cirka 2 300 medisinske ø-hjelpsinnleggelser. Summen av liggedager for øyeblikkelig hjelp gikk ned med omtrent 100 000 døgn.

Figur 2.4.3 Liggedøgn per 1 000 innbyggere 2013-17 etter alder og type kontakt.



Figur 2.4.4 Utvikling i ø-hjelpskontakter per 1 000 innbyggere etter alder, oppholdstid og omsorgsnivå 2013-17.



Ved akutt oppstått skade eller sykdom vil de fleste pasientene ved ankomst til akuttmottaket undersøkes av lege for vurdering av det videre forløp; innleggelse eller observasjon eller pasienten kan sendes hjem. Det har i mange år vært arbeidet for å sikre god utredning og

prioritering av pasientene i mottak. Flere sykehus har valgt å bruke mer erfarne leger i mottaket, bruke observasjonssenger og etablert tilbud om rask poliklinisk utredning istedenfor innleggelse i sengeavdeling.

Data viser at liggedøgnfordelingen for ø-hjelpsinnleggelser ikke har endret seg betydelig fra 2013 til 2017. Det er en litt større andel med svært kort liggetid, og litt nedgang i andelen med lange liggetider.

Til tross for en generell nedgang i raten for de store hoveddiagnosegruppene økte innleggelsesraten for sykdommer i åndedrettssystemet og urinveissykdommer litt for befolkningen over 80 år. Dette skyldes blant annet noe flere ø-hjelpsinnleggelser med utskrivingsdiagnose influensa og lungebetennelse (J10-18) og tubulointerstitielle nyresykdommer registrert som hoveddiagnose (N10-N16). Det var en liten nedgang i innleggelsesraten for iskemiske hjertesykdommer blant de eldste. Dette kan også reflektere en generell nedgang i sykkelighet i befolkningen.

#### **Potensielt forebyggbare innleggelser (PFI):**

For mange av tilstandene knyttet til generelt svekket allmentilstand (smerter, uspesifiserte pustevansker, dehydrering og anemi) er grenseflaten mot primærhelsetjenesten liten, og ofte vil alvorlighetsgrad avgjøre om sykehusinnleggelse er påkrevd. Mange land følger med på utviklingen i innleggelser som defineres som forebyggbare og det varierer hvilke diagnoser som inkluderes. OECD publiserer variasjoner mellom land for Astma, KOLS og hjertesvikt. Vi har også sett på innleggelser for et utvalg av diagnoser hvor egenskaper ved primærhelsetjenesten kan spille en rolle. Utvalget av diagnoser er inspirert av et system fra Australia, men tilpasset norske forhold. Gruppene som inngår i akutte og kroniske forebyggbare ø-hjelpsinnleggelser er sortert etter forekomst; influensa og lungebetennelse, atrieflimmer/flutter, brystmerter, spesifikke mage/tarm lidelser, smerter i buk/bekken, Urinveisinfeksjon, funksjonelle mage/tarm sykdommer, KOLS, hjertesvikt, cellulitt (hudinfeksjon), stensmerter/-sykdom, angina, ØNH infeksjoner, epilepsi, gastroenteritt/dehydrering, astma, kramper, akutt diabetes.

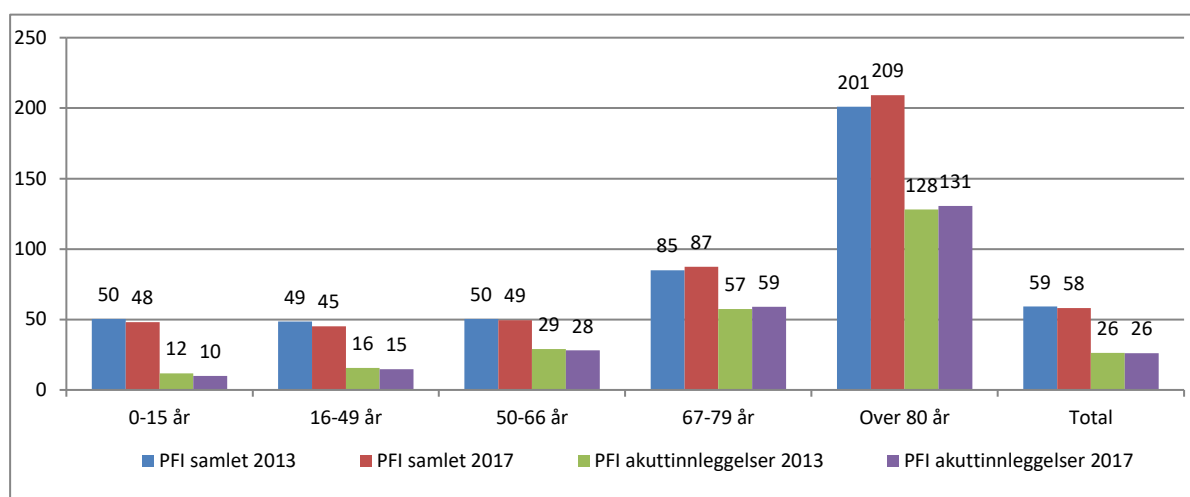
I femårsperioden fra 2013 til 2017 økte ø-hjelpsinnleggelser for akutte og kroniske tilstander (se PFI-gruppering i fig 2.4.5) med fem prosent. Innleggelsene økte mer enn befolkningsveksten for noen grupper, og mest for gruppene "influensa og lungebetennelse" og urinveisinfeksjon. Disse pasientgruppene har økt mest når vi ser på alle ø-hjelpsinnleggelser for eldre i sykehus. Blant de utvalgte diagnosegruppene var det en klar reduksjon i innleggelser registrert med hoveddiagnosene astma, gastroenteritt/dehydrering, smerter i buk/bekken, angina og brystmerter.

Målt per innbygger var det litt færre både pasienter og innleggelser med akuttinnleggelser for PFI-diagnosene blant personer i aldersgruppene 0-15 år, 16-49 år og 50-66 år i 2017 enn i 2013, men det var en svak vekst i raten for aldergruppene 67-79 år og 80 år og over (se figurene 2.4.6 og 2-4.7).

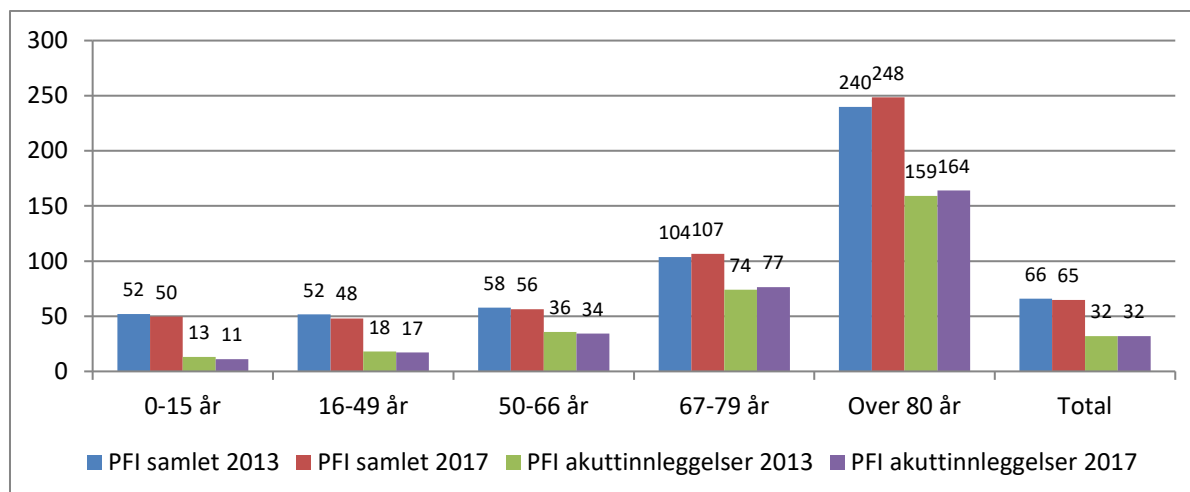
Figur 2.4.5 Definisjon av Potensielt forebyggbare innleggelses (PFI)

	<b>Innleggelses for potensielt forebyggbare tilstander</b>	<b>Potensielt forebyggbare akuttinnleggelses</b>
Vaksinefølsomme	<b>Kategori 1 Forebyggbare ved vaksinerings:</b> Influensa og lungebetennelse, Andre vaksinasjoner	
Kroniske	<b>Kategori 2 Forebyggbare kroniske tilstander:</b> Diabetes med langtidskomplikasjoner, Mangelanemier, Under-/feilernæring	<b>Kategori 4 Akuttinnleggelses kronikere:</b> Astma, KOLS, Hjertesvikt, Angina, Atrieflimmer/atrieflutter, Diabetes, Epilepsi, Funksjonelle mage-tarmlidelser
Akutte sykdommer	<b>Kategori 3 Forebyggbare andre tilstander:</b> Liggesår/trykksår, Lårbensbrudd	<b>Kategori 5 Akuttinnleggelses andre:</b> Smerter i buk/bekken, Gastroenteritt og dehydrering, Urinveisinfeksjon, Underlivsinfeksjon, Stensmerter/sykdom, Hudinfeksjoner, Influensa og lungebetennelse, ØNH-infeksjon, Brystsmerter, Krampes
Legebehandlede skader		<b>Kategori 6 Legebehandlede skader (kun poliklinikk):</b> Overfladiske skader og åpne sår, forstuvninger og forstrekninger og andre mer begrensede skader)

Figur 2.4.6 Antall pasienter per 1000 innbyggere for PFI samlet og PFI akuttinnleggelses (kat 4 og 5) etter aldersgrupper i 2013 og 2017.



Figur 2.4.7 Antall episoder per 1 000 innbyggere for PFI samlet og PFI akuttinnleggelses (kat 4 og 5) etter aldersgrupper i 2013 og 2017.



## 2.6 Utvikling i ressursutnyttelse; liggetid og dagkirurgi

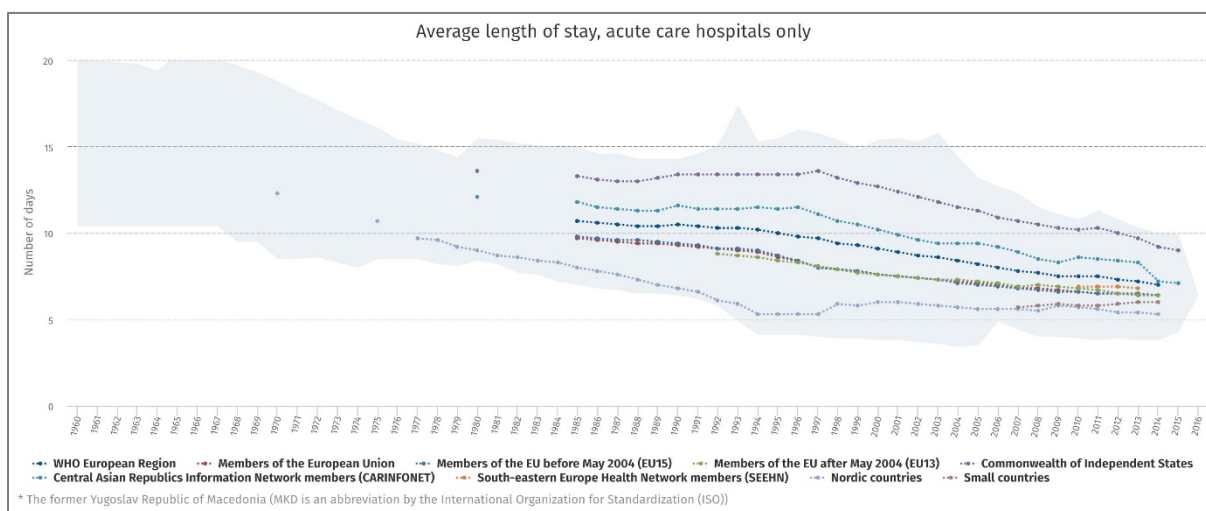
Det er døgnbehandlingen som legger beslag på det meste av ressursbruken i somatiske sykehus. Drøyt 70 prosent av kostnadene knytter seg til behandling av døgnpasienter. Ved å vri aktiviteten i retning av mindre bruk av døgnbehandling kan det derfor frigjøres/spares ressurser. Kortere liggetid og overgang til dagbehandling bidrar isolert sett begge til redusert behov for døgnkapasitet, noe som vil være viktig fremover for å unngå for sterkt press på ressursbehovet til somatiske sykehustjenester. Dette fordrer imidlertid at kapasiteten i form av personellinnsats og andre innsatsfaktorer tas ned for døgnaktivitet og eventuelt til dels overføres til dag- og poliklinisk tjenesteproduksjon.

Fra pasientenes ståsted er det grunn til å tro at kortere liggetid og dagbehandling fremfor døgnopphold er å foretrekke dersom det gir like godt eller bedre resultat. Det vil imidlertid være en balansegang mellom behandling på kortere tid og uønskede bieffekter som økt antall reinnleggelser, økt byrde på andre deler av helse- og omsorgstjenesten og liknende. Det er derfor viktig at utviklingen med kortere liggetider og økt bruk av dagbehandling skjer etter trygge medisinskfaglige vurderinger.

### Utvikling i liggetid og liggedager

Det har vært en langvarig internasjonal trend med kortere liggetid i somatiske sykehus, som vist i figur 2.6.1. Figuren viser utviklingen i liggetid for grupper av land og hvor det grå området defineres av nivået i enkelte land. Hensikten med å vise figuren er å underbygge at liggetiden i sykehus har blitt redusert over en svært lang tid og at dette er en utvikling som har skjedd i mange land. Dette er land med svært ulike helsesystemer slik at deler av årsaken til kortere liggetid skyldes den medisinske utviklingen. Det har også i Norge vært en utvikling over lang tid med gradvis kortere liggetid for døgnopphold samlet. I figur 2.6.1 viser utviklingen for de nordiske landene et relativt uendret nivå for liggetiden de siste årene.

Figur 2.6.1 Gjennomsnittlig liggetid for grupper av land. WHO.





Det er flere årsaker til denne utviklingen, blant annet bedre og mer effektive behandlingsregimer og et fokus på å få til overgang fra døgnbehandling til dag- og poliklinisk behandling. Det er likevel et spørsmål om hvor langt ned liggetiden kan gå for døgnoppholdene samlet, og om ikke det blir slik på et gitt tidspunkt at de pasientene som fortsatt har behov for døgnbehandling er såpass komplekse at man vil se en økning i gjennomsnittlig liggetid.

Liggetiden ved de somatiske sykehusene har i perioden 2011 til 2017 blitt redusert fra 4,3 dager til 4,0 dager for døgnoppholdene samlet. Det har imidlertid vært regionale forskjeller ved at utviklingen i Helse Nord og til dels i Helse Midt-Norge har flatet ut etter 2013/2014. Dette utviklingsbilde er omtrent likt for kirurgiske versus medisinske døgnopphold. Når vi ser på helseforetaksnivå varierer utviklingen i liggetid noe mer, og det er også økt liggetid ved enkelte helseforetak.

Lite vekst i innleggelser og kortere gjennomsnittlig liggetid har bidratt til en reduksjon i samlet antall liggedøgn på sykehus på fem prosent totalt sett og 8 prosent korrigert for befolkningsveksten. Det var over 170 000 færre liggedøgn på sykehus i 2017 enn i 2013. Halvparten av reduksjonen i samlet antall liggedøgn i perioden 2013 til 2017 var knyttet til medisinske ø-hjelpsinnleggelser. Reduksjonen i gjennomsnittlig liggetid gjelder på tvers av alle typer innleggelser, hoveddiagnosegrupper og aldersgrupper. Reduksjonen var størst ved døgnopphold for åndedrettssykdom (pasienter over 50 år) og for kreftpasienter (svulster).

Vi har også sett nærmere på utviklingen i liggetid for tre utvalgte pasientgrupper; hofteproteseoperasjon, hoftebrudd og tykktarmskreft.<sup>20</sup>

For pasienter med *hofteproteseoperasjoner* har det vært en utvikling med gradvis kortere liggetid i perioden, unntatt i Helse Midt-Norge hvor det er antydning til utflating i liggetid etter 2015. Helse Nord har uendret nivå siste år (2017). For denne pasientgruppen er det store forskjeller mellom helseforetak og sykehus, både når det gjelder nivå og utvikling i perioden 2011-2017. Hovedtendensen er at liggetiden har blitt redusert, til dels betydelig ved enkelte helseforetak.

Etter innføringen av betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter i 2012 har det vært tilnærmet stabilt nivå på gjennomsnittlig liggetid for *hoftebruddpasienter* i alle regioner. Unntaket er Helse Vest som i tillegg hadde en reduksjon i liggetiden fra 2015 til 2016. På helseforetaksnivå er utviklingen i all hovedsak tilsvarende stabil.

Opphold for pasienter med tykktarmskreft har på nasjonalt nivå vist et fallende nivå på gjennomsnittlig liggetid fra drøyt 9 dager i 2011 til litt over 7 dager i 2017. Utviklingen i liggetid for denne gruppen er imidlertid litt mer ulik i regionene, fra jevn nedgang i Helse Sør-Øst til de andre regionene som i perioder både har redusert og økt liggetid. På helseforetaksnivå er utviklingen for denne pasientgruppen noe ulik, hvor en del foretak har omtrent uendret nivå mens det ved andre foretak har vært en til dels sterk nedgang i liggetiden.

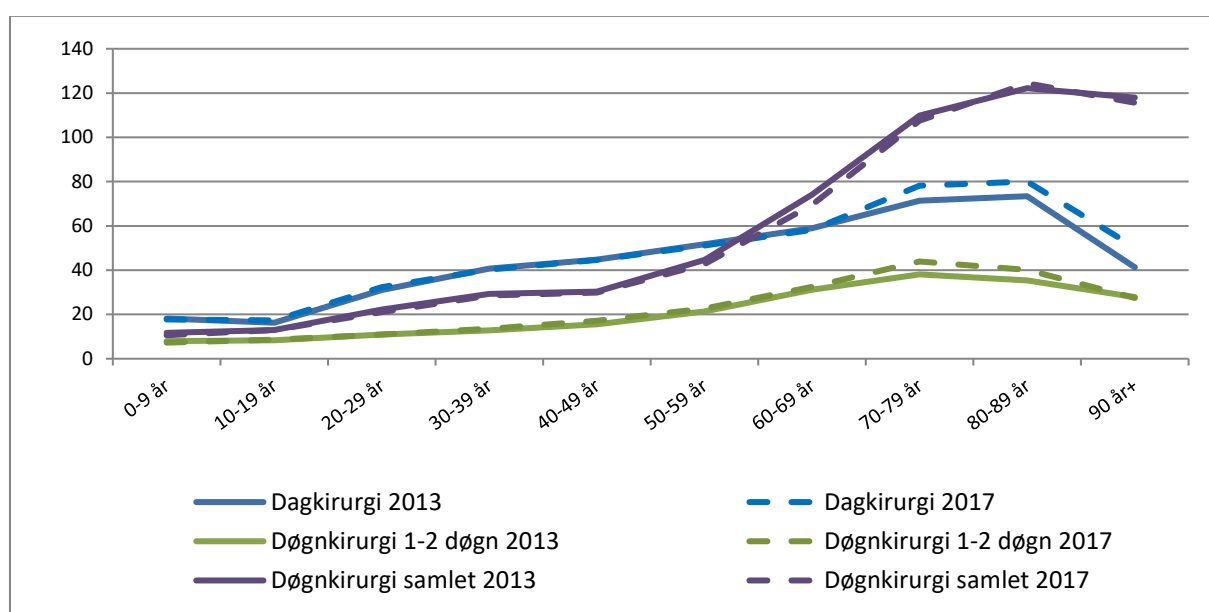
---

<sup>20</sup> Dette er pasientgrupper vi rutinemessig utarbeider liggetidsdata for.

## Utvikling i dagkirurgi

I perioden 2013 til 2017 har antall dagkirurgiske opphold økt med litt over 7 prosent til om lag 220 000 opphold. Målt i antall dagkirurgiske opphold har veksten vært særlig sterk for aldersgruppene 70-79 år og 80-89 år. Deler av veksten for gruppen 70-79 år skyldes sterk befolkningsvekst i perioden, men selv når vi korrigerer for endring i befolkning er det økt nivå på dagkirurgi for de eldste aldersgruppene (inkludert 90 år+), som vist i figur 22.6.2. Det er ikke indikasjon på at veksten i dagkirurgirate skyldes overgang fra kirurgi med få eller flere liggedøgn. For kirurgiske opphold med 1-2 liggedøgn var det også høyere nivå i 2017 for pasienter i alderen 70-89 år. Når vi ser på all døgnekirurgi samlet var nivået målt per innbygger omtrent det samme i 2013 som i 2017 for alle aldersgrupper.

Figur 22.6.2 Antall opphold per 1000 innbyggere for kirurgiske pasienter i 2013 og 2017.



Den observerte utviklingen med økt bruk av dagkirurgi for de eldste pasientene har ikke vært lik i regionene. Det er Helse Sør-Øst og til dels Helse Midt-Norge som er grunnlaget for denne veksten. I Helse Vest og Helse Nord har dagkirurgiraten vært tilnærmet uendret i perioden for alle aldersgrupper. Det er Helse Midt-Norge og Helse Vest som har høyest dagkirurgirate for de eldste pasientene begge år, men veksten i Helse Sør-Øst har medført at de ligger noe nærmere disse regionene i 2017.

For aldersgruppen 67-79 år var det i perioden 2013 til 2017 en vekst i dagkirurgi-raten for de fleste av de store hovedtilstandsgruppene som svulster, sirkulasjonssykdommer, fordøyelsessykdommer og skader. Det er imidlertid reduksjon i dagkirurgirate for pasienter med muskel/skjelett tilstander. For de eldste pasientene 80 år og eldre var det økning i dagkirurgirate for pasienter med svulster og til dels også for sirkulasjonssykdommer. For de andre store hovedtilstandsgruppene var dagkirurgirate lav og tilnærmet uendret i nevnte periode.

## **2.7 Stormottakere av somatiske spesialisthelsetjenester**

I 2017 ble om lag 63 prosent av ressursene i somatisk spesialisthelsetjeneste brukt på 10 prosent av pasientene (stormottakere). Av alle stormottakere var 50 prosent i alderen 67 år og eldre. Over 20 prosent av ressursene ble brukt på behandling av kreftdiagnoser, mens i overkant av 15 prosent gikk til behandling av sykdommer i sirkulasjonssystemet. I 2017 var stormottakere i gjennomsnitt registrert i 2,9 hovedkapittel (ICD 10) og hadde i overkant av to døgnopphold<sup>21</sup>. Videre hadde de en høyere andel kirurgiske døgnopphold enn de resterende pasientene.

Stormottakerne er alvorlige syke pasienter som bør prioriteres høyt, og det kan være vanskelig for andre deler av helsetjenesten å overta et vesentlig ansvar for disse pasientene<sup>22</sup>. Samarbeid mellom ulike deler av helsetjenesten er likevel nødvendig for å gi denne pasientgruppen et godt tilbud. En tredjedel av alle døgnoppholdene for eldre stormottakerne (67 år og eldre) var i 2017 registret som utskrivningsklart<sup>23</sup>, der spesialist- og primærhelsetjenesten inngår samarbeidsavtaler og utarbeider av retningslinjer for pasienten. Behovet for samarbeid rundt pasienter med høyt tjenestebehov mellom ulike deler av helsetjenesten påpekes også i regional utviklingsplan 2035 for Helse Sør-Øst<sup>24</sup>. Når spesialist- og primærhelsetjenesten samarbeider om brukernes behov vil dette være til det beste for brukerne, samtidig kan et bedre samarbeid potensielt redusere ressursbruk på begge nivå.

I 2017 gikk 84 prosent av ressursene til stormottakere til døgnbehandling, og 95 prosent av stormottakerne hadde ett eller flere døgnopphold. Samlet for alle stormottakere var det en *økning* i antall døgnopphold per innbygger fra 2013 til 2017. Det var i samme perioden en reduksjon i sum liggedager på over 40 000 dager, noe som skyldes at pasientene lå kortere på sykehus. I 2017 lå stormottakerne i gjennomsnitt 5,5 dager på sykehus, en halv dag kortere enn i 2013. Dag- og poliklinisk behandling økte med 8 prosent 2013 til 2017 for alle stormottakere. I 2017 ble 16 prosent brukt på dag- og poliklinisk behandling - ett prosentpoeng mer enn i 2013.

For eldre stormottakere (67 år og eldre) gikk 86 prosent av ressursene til døgnbehandling i 2017. Eldre stormottakere har i gjennomsnitt 2,3 døgnopphold per år, mens de resterende pasientene i samme alder i gjennomsnitt har 0,3 døgnopphold. Figur 2.7.1 viser andel døgnopphold etter type behandling og hastegrad for stormottakere, ikke stormottakere (resten) og totalt.

---

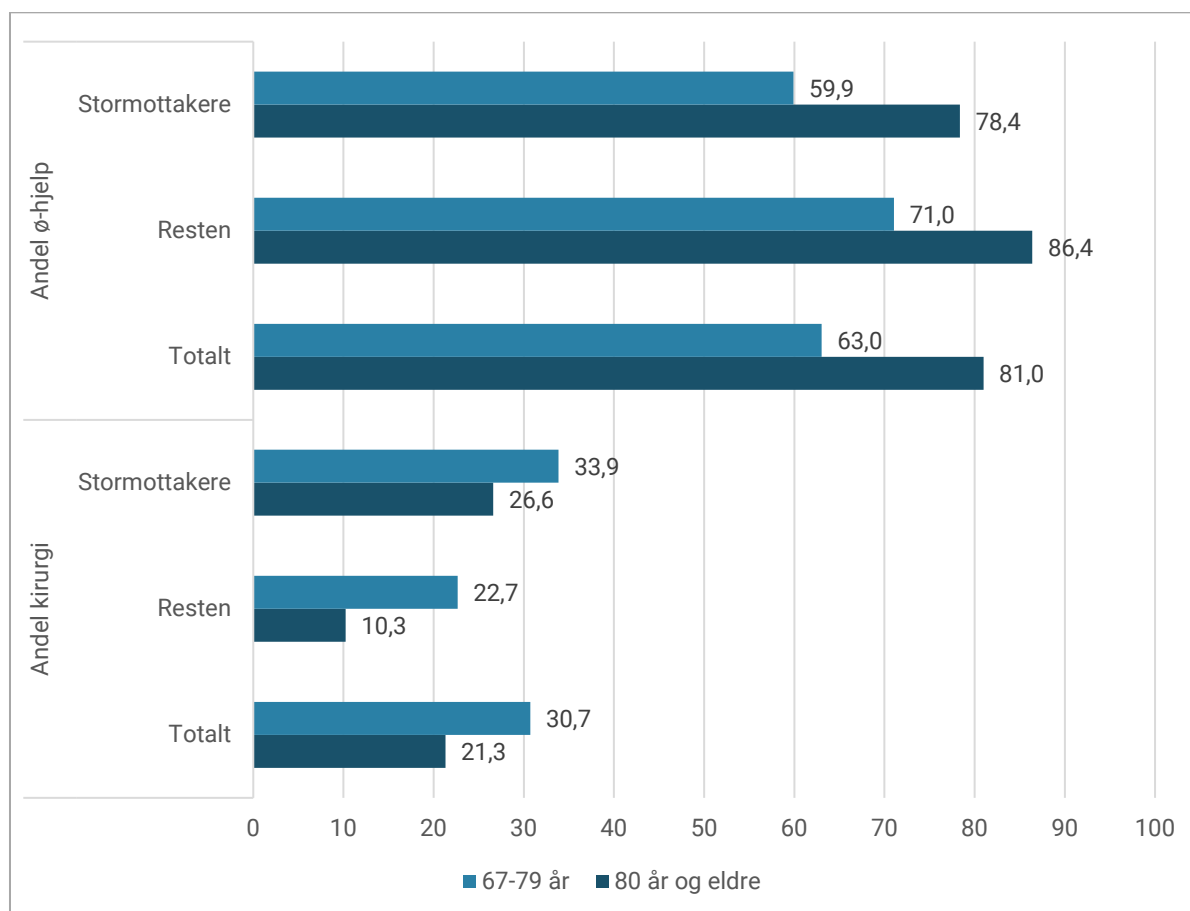
<sup>21</sup> Nevner i brøk er alle stormottakere.

<sup>22</sup> *Storforbrukere av somatisk spesialisthelsetjeneste i Helse Nord*. Analyseenheden, SKDE, Helse Nord RHF (2015).

<sup>23</sup> Utskrivningsklare pasienter er definert som pasienter som er ferdigbehandlet på sykehus, men som har behov for et kommunalt tjenestetilbud etter utskrivning.

<sup>24</sup> Regional utviklingsplan 2035 Helse Sør-Øst – høringsutkast (2018).

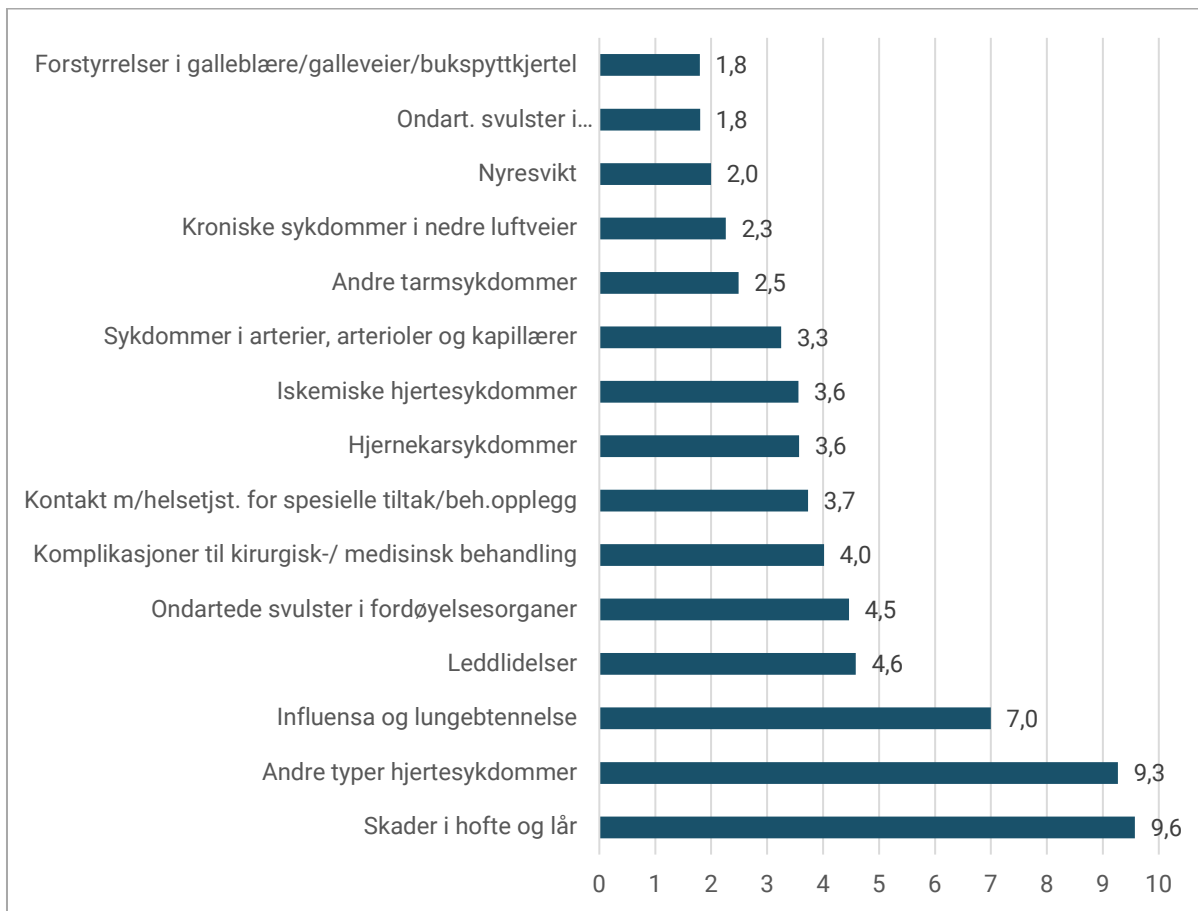
Figur 2.7.1: Andel døgnopphold etter type behandling og hastegrad for stormottakere, ikke stormottakere (resten) og totalt, aldersgrupper 67 til 79 år og 80 år og eldre, 2017



Den største andelen av ressursene til stormottakerne gikk i 2017 til tilstander i hovedkapitlene «svulster», «sykdommer i sirkulasjonssystemet», «skader, forgiftninger og konsekvens av ytre årsak», «sykdommer i muskel- skjelettsystem og bindevev», og «sykdommer i åndedrettssystemet». For alle stormottakerne gikk 64 prosent av ressursene til behandling av disse hovedkapitlene. For de eldste stormottakerne, 80 år og over, var andelen på 72 prosent. En stor andel av ressursene for stormottaker 80 år og eldre ble brukt på tilstandsgruppene «influenza og lungebetennelse» og «skader i hoft og lår». Figur 2.7.2 viser fordeling av ressurser til de 15 tilstandsgruppene (av totalt 217 grupper) som det ble brukt mest ressurser på for stormottakerne i alderen 80 år og eldre. Nesten 2/3 av ressursene til de eldste stormottakerne var knyttet til disse tilstandene.

Se for øvrig egen vedleggsrapport om Eldre stormottakere i somatisk spesialisthelsetjeneste (SAMDATA 05/2018).

Figur 2.7.2: Andel ressurser per tilstandsgruppe (ICD-10) for stormottakere 80 år og eldre 2017.



## **2.8 Utvikling i utskrivningsklare pasienter**

Utskrivningsklare pasienter er samhandlingspasienter per definisjon. Utskrivningsklare pasienter er definert som pasienter som er ferdig behandlet på sykehus, men som har behov for et kommunalt tjenestetilbud etter utskrivning. Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter trådte i kraft fra 1. januar 2012. Forskriften skal bidra til bedre arbeidsfordeling mellom tjenestenivåene i helse- og omsorgstjenesten, skape gode pasientforløp og kostnadseffektive løsninger som kan gi pasienter et like godt eller bedre tilbud i kommunens helse- og omsorgstjeneste som i spesialisthelsetjenesten. Pasientene skal oppleve et helhetlig pasientforløp på tvers av forvaltningsnivå. Dette skal blant annet oppnås gjennom at spesialist- og primærhelsetjenesten inngår forpliktende samarbeidsavtaler.

Den typiske pasienten som skrives ut til kommunehelsetjenesten har flere lidelser. Mer enn ni av ti pasienter som skrives ut med behov for kommunale tjenester har mer enn én sykdom<sup>25</sup>. I 2017 ble 3/4 av oppholdene for utskrivningsklare pasienter i spesialisthelsetjenesten kategorisert i seks hoveddiagnosegrupper. Disse gruppene var: *sykdommer i åndedrettsorganene, sykdommer i muskel-skjelettsystemet og bindevev, sykdommer i sirkulasjonsorganene, sykdommer i fordøyelsesorganene, sykdommer i nervesystemet og nyre- og urinveissykdommer.*

Gjennomsnittsalderen for utskrivningsklare pasienter som hadde én eller flere liggedager var 79 år<sup>26</sup> i 2017, og underkant av 58 prosent av pasientene var over 80 år. I 2012 var gjennomsnittsalderen 80 år, og nær 64 prosent av pasientene var 80 år eller eldre.

Fra 2011 til 2012 falt antallet liggedager for utskrivningsklare pasienter fra nesten 134 000 liggedager til knappe 57 000 dager (minus 60 prosent). I 2013 var omfanget av liggedager for utskrivningsklare pasienter uendret, men økte igjen i 2014. Nivået økte også fra 2015 til 2016, men var stabilt fra 2016 til 2017. Foreløpige tall for 2018 (1. tertial) indikerer en betydelig vekst i liggedager for utskrivningsklare pasienter i 2018 på 15-16 prosent. Dersom økningen i 1. tertial fortsetter med tilsvarende styrke som i 1. tertial, vil nivået av liggedager for utskrivningsklare pasienter i 2018 være 70 prosent av nivået i 2011, dvs. før innføringen av reformen.

Veksten i liggedager for utskrivningsklare pasienter skyldes ikke at hver pasient ligger lengre på sykehus, men skyldes at det er flere pasienter som registreres som utskrivningsklare. Dette kan på den ene siden forstås som at informasjonsutvekslingen mellom sykehus og kommuner om pasientene har økt, men kan også forstås som en innskjerping av praksis på hva kommunene skal betale for.

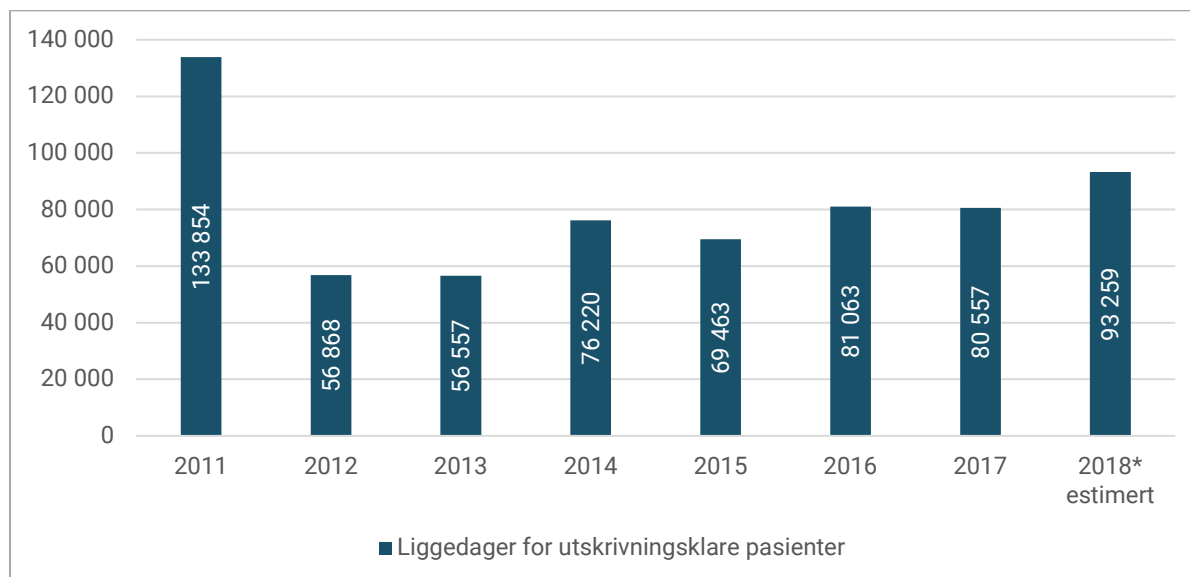
---

<sup>25</sup> Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2016. Dokument 3:2 (2017-2018).

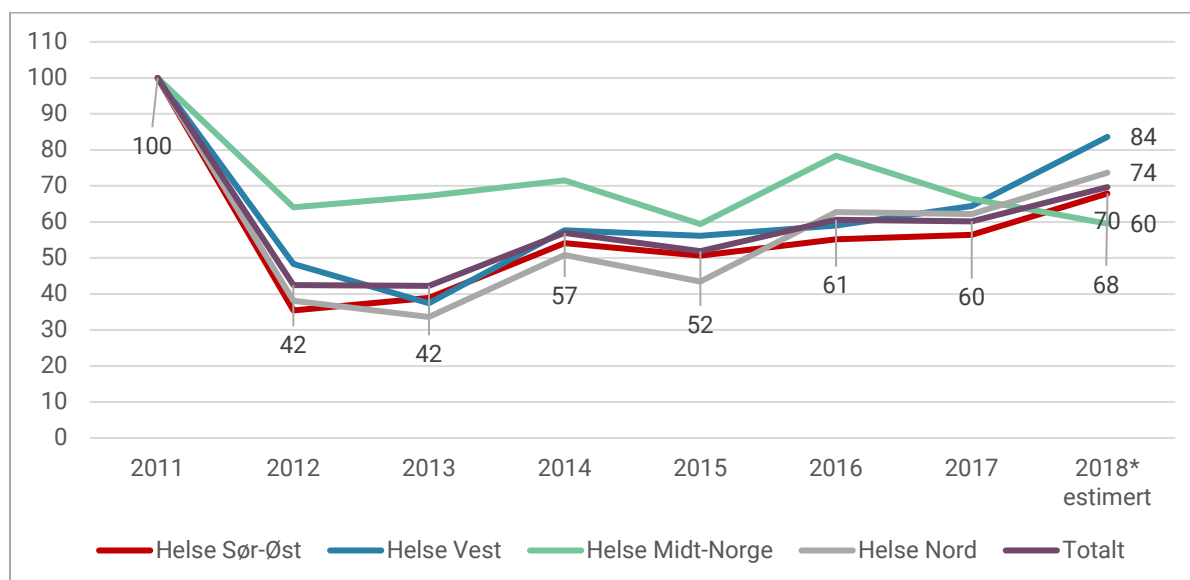
<sup>26</sup> Regnet ut i fra alle utskrivningsklare opphold. Det vil si at en pasient som har flere enn ett opphold er med i beregningen flere ganger.

Et annet tydelig mønster i denne perioden er at liggetiden på sykehus før pasientene meldes utskrivningsklar har blitt betydelig redusert. I 2012 lå utskrivningsklare pasienter i gjennomsnitt 8,8 dager på sykehus før de ble meldt utskrivningsklare, mens tilsvarende i 2017 var 7,9. I 1. tertial 2018 ser vi ytterligere nedgang til 7,4 dager. En reduksjon i liggetid på sykehus ser vi også for eldre pasienter som ikke skrives ut til et kommunalt tilbud.

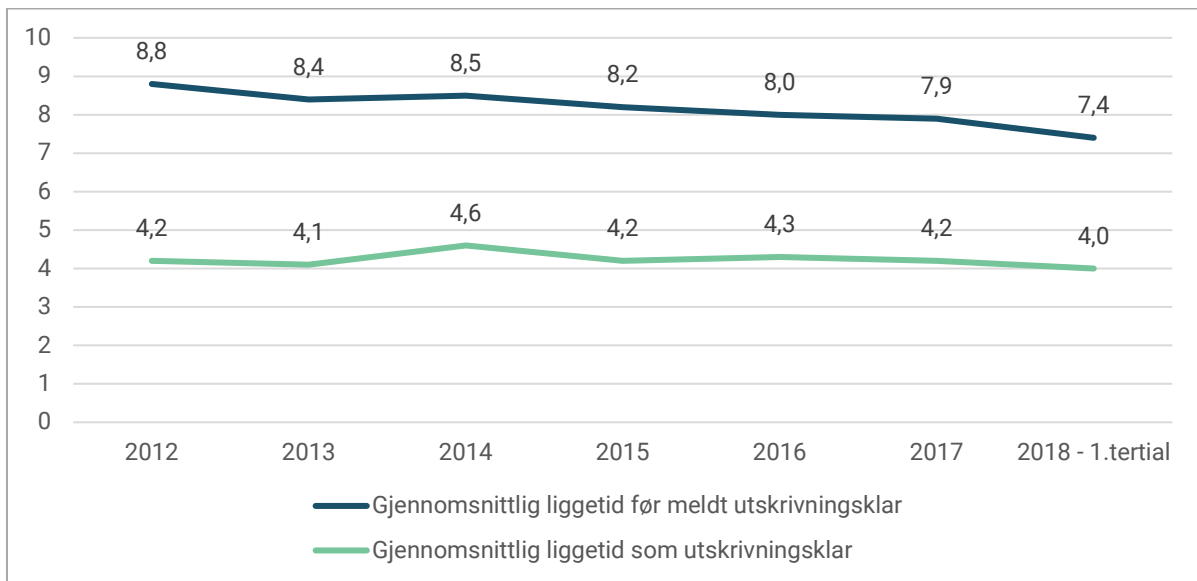
Figur 2.8.1 Sum liggedager for utskrivningsklare pasienter 2011-18\*



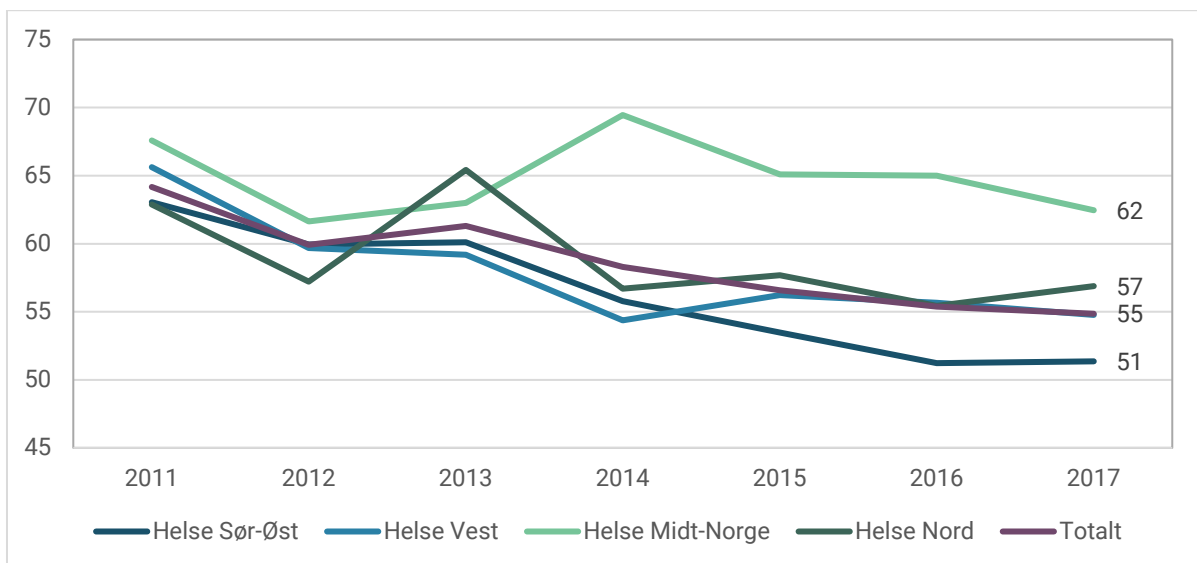
Figur 2.8.2 Prosent endring i sum liggedager for utskrivningsklare pasienter 2011-18 (2011=100).



Figur 2.8.3 Gjennomsnittlig liggetid for utskrivningsklare pasienter 2012-18



Figur 2.8.4 Andel av liggedager for utskrivningsklare pasienter knyttet til eldre 80 år og over





## 2.9 Utvikling i rehabilitering

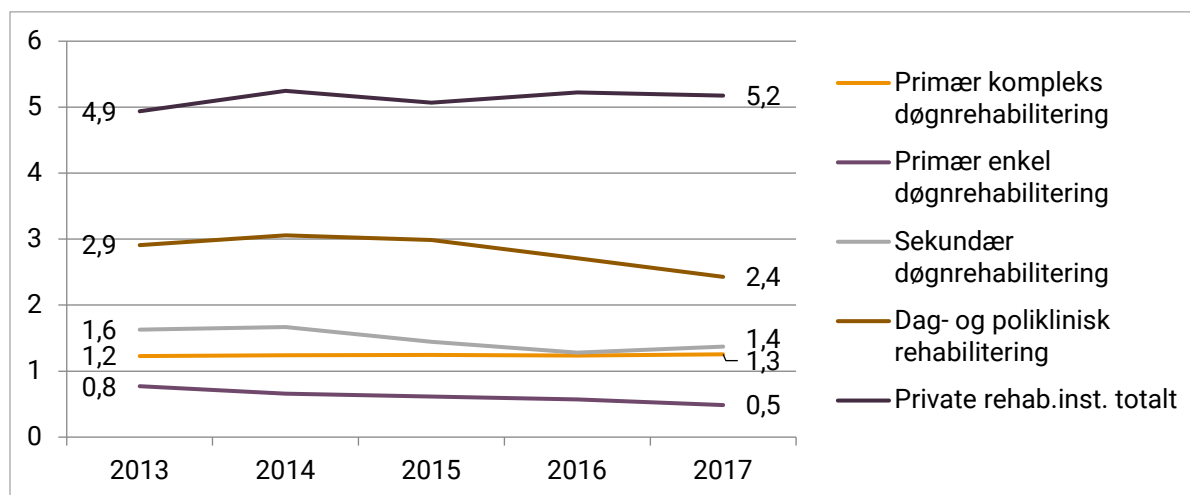
Habilitering og rehabilitering er målrettede samarbeidsprosesser mellom bruker, pårørende, tjenesteytere og på relevante arenaer. Formålet er at brukeren, som har eller står i fare for å få begrensninger i sin fysiske, psykiske, kognitive eller sosiale funksjonsevne, skal gis mulighet til å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltagelse i utdanning og arbeidsliv, sosialt og i samfunnet. Habilitering og rehabilitering er derfor viktig for pasienter med behov for helhetlige og sammenhengende tjenester

De siste årene har det vært en gradvis reduksjon i antall pasienter som har fått rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. I sykehusene har reduksjonen kommet for de enklere formene for rehabilitering, det vil si dag- og poliklinisk rehabilitering og primær enkel døgnrehabilitering. Antall pasienter som har mottatt primær kompleks døgnrehabilitering har vært stabilt, mens sekundær døgnrehabilitering har gått litt opp og ned. Antall pasienter som har mottatt rehabilitering i private rehabiliteringsinstitusjoner har økt noe.

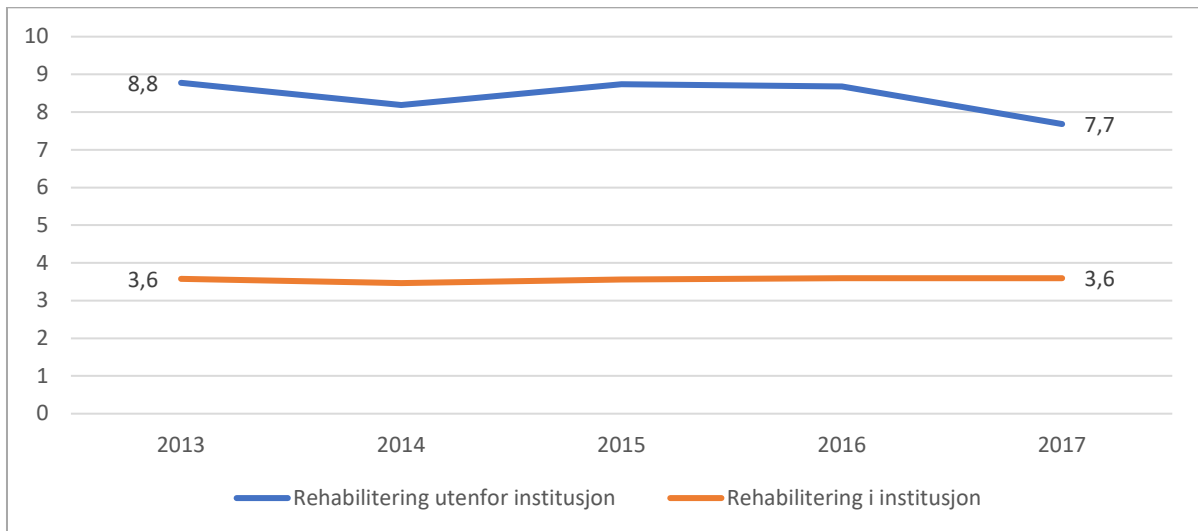
I primærhelsetjenesten har antall mottakere av rehabilitering i institusjon økt de siste fem årene, men kontrollert for befolkningsvekst og at flere kommuner rapporterer data, så har utviklingen vært stabil. Antall mottakere av rehabilitering utenfor institusjon har også økt noe i absolutte tall, men en god del av denne veksten antas å skyldes at registreringskvaliteten har blitt bedre. Når vi kontrollerer for dette, samt for befolkningsveksten, har det vært en reduksjon av mottakere av rehabilitering utenfor institusjon i perioden.

Antall mottakere av fysioterapi hos private avtalefysioterapeuter i kommunene har økt fra 2013 til 2017. Veksten i mottakere har vært større enn befolkningsveksten i samme periode. Det har vært størst vekst for den eldste delen av befolkningen. Det er viktig å gjøre oppmerksom på at disse tallene ikke inkluderer mottakere av fysioterapi hos fast ansatte fysioterapeuter i kommunene.

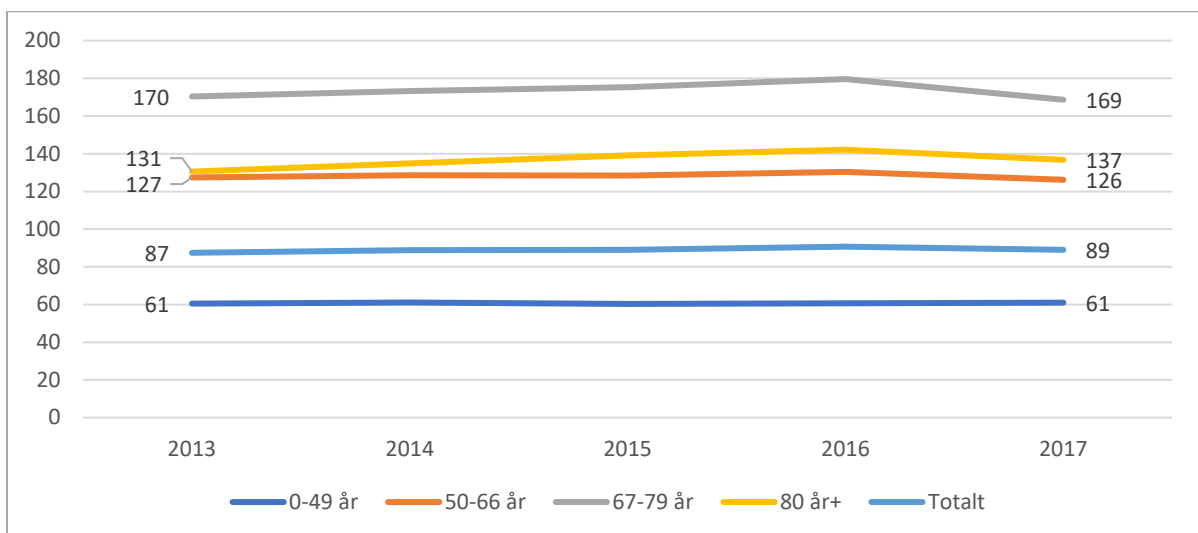
Figur 2.9.1: Antall pasienter per 1 000 innbyggere for ulike typer rehabilitering i spesialisthelsetjenesten i 2013-17.



Figur 2.9.2: Antall mottakere per 1 000 innbyggere av rehabilitering i og utenfor institusjon i primærhelsetjenesten i 2013-17.



Figur 2.9.3: Antall mottakere per 1 000 innbyggere av fysioterapi hos private avtalefysioterapeuter i kommunene i 2013-17.



## **2.10 Utvalgte kommunale helse- og omsorgstjenester**

Mål om en bærekraftig og helhetlig helsetjeneste betinger at tjenestene sees under ett, inklusive de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Samhandlingsreformen har vist at endringer i spesialisthelsetjenesten også påvirker kommunehelsetjenesten. Reformen førte med seg kortere liggetider og tidligere utskrivinger enn før og gav de hjemmebaserte helsetjenestene mer komplekse pasienter<sup>27</sup>. Reformen kan også knyttes til at flere eldre skrøpelige dør i korttidsopphold etter utskriving fra sykehus<sup>28</sup>.

Årlig mottar mer enn 360 000 personer kommunale omsorgstjenester. De kommunale omsorgstjenestene har i alt 143 000 årsverk og et utgiftsnivå på 123 mrd. kroner (2017)<sup>29</sup>. Framskrivninger antyder behov for 100 000 ekstra omsorgsårsverk fram mot 2060<sup>30</sup>, men dette er avhengig både av demografisk utvikling, teknologi, graden av frivillig innsats, samt framtidige reformer og tiltak som påvirker pasientflyten mellom spesialisthelsetjenesten og de kommunale omsorgstjenestene. Ressursutfordringene i kommunene kan føre til mer krevende prioriteringer mellom brukergrupper.

I beskrivelsen av utviklingen av omsorgstjenester de siste 5 årene har vi valgt ut tjenester som i hovedsak yter helsehjelp ved å ha formål å være forebyggende, diagnostisk eller behandlende, og som slik sett vil være en del av kommunens medisinske mottaksapparat etter en utskriving fra sykehus. De valgte områdene er helsetjenester i hjemmet, tidsbegrenset opphold i institusjon (korttidsplasser) og langtidsopphold i institusjon (sykehjemsbeboere).

### **Flere over 90 år får helsetjenester i hjemmet**

I 2017 var det 227 000 personer som hadde helsetjenester i hjemmet. Det er 24 000 flere brukere av helsetjenester i hjemmet enn det var for fem år siden. Blant de eldste aldersgruppene er veksten størst for aldersgruppen 67-79 år, men dette skyldes i hovedsak flere innbyggere i denne aldersgruppen. For de i 80-årene er veksten liten, mens blant de over 90 år får flere enn før helsetjenester i hjemmet. Se figur 2.10.1 og 2.10.2.

40 prosent av veksten i mottakere av helsetjenester i hjemmet gjelder personer under 50 år. Det har generelt vært en lang trend med vekst i yngre mottakere av omsorgstjenester. Vi vet for lite om disse yngre brukerne av omsorgstjenester, hvem de er og årsaken til behovene.

---

<sup>27</sup> Abelsen, Gaski, Nødland og Stephansen (2014): *Samhandlingsreformens konsekvenser for det kommunale pleie- og omsorgstilbudet*; Rapport IRIS 2014/382

<sup>28</sup> Bruvik mfl (2017): *Fra sykehus til sykehjem – hva samhandlingsreformen har ført til*; Sykepleien.no/ Forskning 10.4220/Sykepleienf.2017.60613

<sup>29</sup> SSB (2018): <https://www.ssb.no/pleie>

<sup>30</sup> Holmøy mfl (2016): *Behovet for arbeidskraft og omsorgsboliger i pleie- og omsorgssektoren mot 2060*; SSB Rapporter 2016/20

### **Lavere andel 70- og 80-åringer på korttidsopphold**

Nærmere 45 000 personer mottok kommunale korttidsopphold i institusjon i 2017<sup>31</sup>. Det er 3 prosent flere brukere enn for 5 år siden, og den største veksten har kommet i aldersgruppen 67-79 år. Veksten knyttes til det økte antall personer i aldersgruppen. For eldre under 90 år er andelen brukere av korttidsopphold lavere i 2017 enn den var 5 år tidligere. Se figur 2.10.1 og 2.10.2.

For de aller eldste øker bruken av korttidsopphold for utredning/behandling noe, mens opphold med uspesifiserte formål går ned.

### **Flere dør i korttidsopphold**

Norge har i alt 31 000 årlige dødsfall for personer som er 70 år og eldre. Flere enn før dør i kommunale korttidsopphold, og færre har ikke hatt kommunal tjeneste i perioden før død (figur 2.10.3). Vi har her tatt med en lengre tidsperiode enn 5 år. Andelen som dør i korttidsopphold har økt gradvis fra 15 prosent i 2009 til 19 prosent i 2017. Og andelen dødsfall hvor personen hadde kommunal tjeneste har økt fra 86 til 91 prosent<sup>32</sup>.

Over lang tid har det vært en reduksjon i antall personer som dør i sykehus. En studie av alle dødsfall i perioden 1987-2011 finner at årsaken til endringer i dødssted knyttes både til demografi og til epidemiologiske endringer<sup>33</sup>. Færre enn før dør av hjerte- og karsykdommer, mens flere dør av kreft. Samhandlingsreformen kan ha bidratt til at trenden har fortsatt. En studie ved en korttidsavdeling ved et sykehjem finner en dobling av antall pasienter som døde på sykehjem etter sykehusopphold før og etter samhandlingsreformen<sup>34</sup>.

### **Langtidsopphold i institusjon: Lavere andel i alle aldre**

I 2017 var det 47 193 personer som hadde vært på langtidsopphold i institusjon. Den største økningen de siste fem årene har kommet i aldersgruppen 67-79 år, som også er den aldersgruppen som har hatt den største demografiske endringen. I de øvrige aldersgruppene har endringen i antall beboere vært liten eller negativ. Se figur 2.10.1 og 2.10.2.

Korrigert for demografi har alle aldersgrupper en nedgang i bruken av langtidsopphold. Dette er et uttrykk for nedbyggingen av institusjonsplasser og et resultat av tankegangen om at eldre skal bo lengst mulig i eget hjem og at heldøgns tjenester også skal kunne gis i eget hjem.

### **Samhandlingspasientene i omsorgstjenestene - hvem er de?**

Årlig mottar mer enn 360 000 personer kommunale omsorgstjenester. Ikke alle er i kontakt med spesialisthelsetjenesten i løpet av et år. Og gjennom årlig statistikk er det ikke mulig å telle

---

<sup>31</sup> Rehabiliteringsopphold er holdt utenfor, se eget kapittel.

<sup>32</sup> Mørk m.fl. (2018): Kommunale helse- og omsorgstjenester 2017. Statistisk sentralbyrå, Rapporter 2018/26

<sup>33</sup> Kalseth og Theisen (2017): Trends in place of death: The role of demographic and epidemiological shifts in end-of-life care policy; Palliative Medicine, Vol 31(10) 964-974

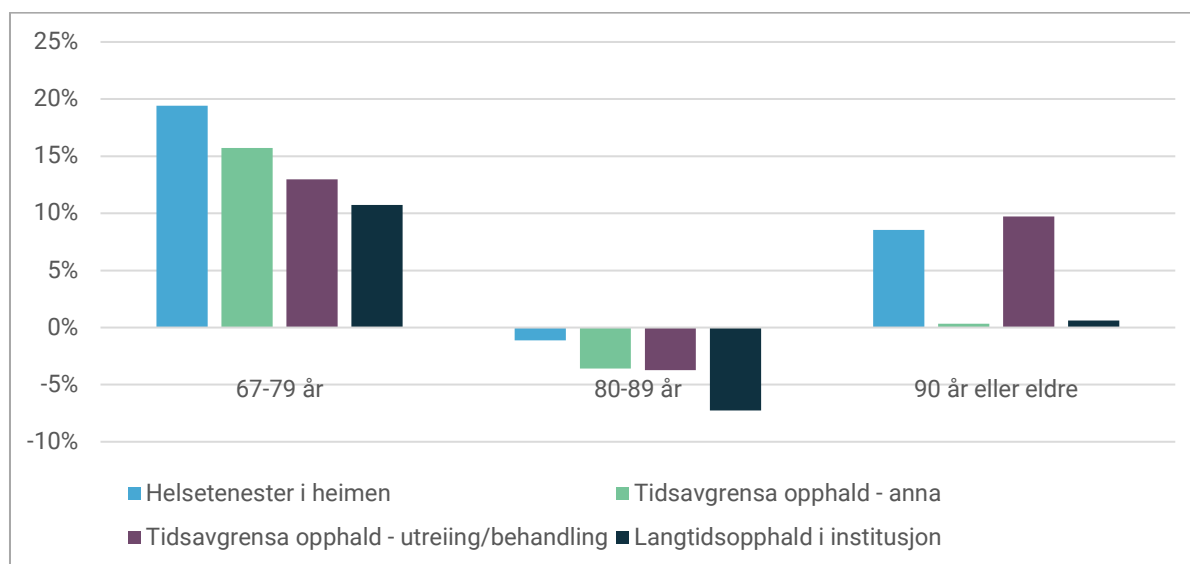
<sup>34</sup> Bruvik mfl (2017): Fra sykehus til sykehjem – hva samhandlingsreformen har ført til; Sykepleien.no/ Forskning 10.4220/Sykepleienf.2017.60613

brukere av omsorgstjenester som har hatt kontakt med sykehus. Dette gir oss et til dels uklart bilde av hvordan endringer i spesialisthelsetjenesten har påvirket den kommunale tjenesteytingen.

En ny studie fra én kommune har vist at nær halvparten av eldre med kommunal hjemmetjeneste hadde minst én sykehusinnleggelse i løpet av 12 måneder. De mest vanlige årsakene til innleggelse var behov for videre medisinsk utredning, knyttet til generelle svekket allmenntilstand ut ifra symptomer som smerter, uspesifiserte pustevansker, infeksjoner og fall. Menn over 67 år som får hjemmehjelp har høyere risiko for å bli innlagt på sykehus enn kvinner i samme alder, og legges oftere inn for infeksjon<sup>35</sup>. Forfatterne drøfter muligheten for at hjemmetjenestene kan forebygge eller utsette alvorlighetsgraden. De peker på hvordan de kommunale hjemmetjenestene oftere kan bruke velferdsteknologi generelt, og digitalt tilsyn spesielt, for å følge med på hjemmeboendes helsetilstand.

En annen analyse av overganger mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten har funnet at pasienter som skrives inn i spesialisthelsetjenesten fra hjemmetjenester eller institusjon, skrives i de fleste tilfeller ut igjen til samme tjenestenivå (figur 2.10.4)<sup>36</sup>. 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. 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.

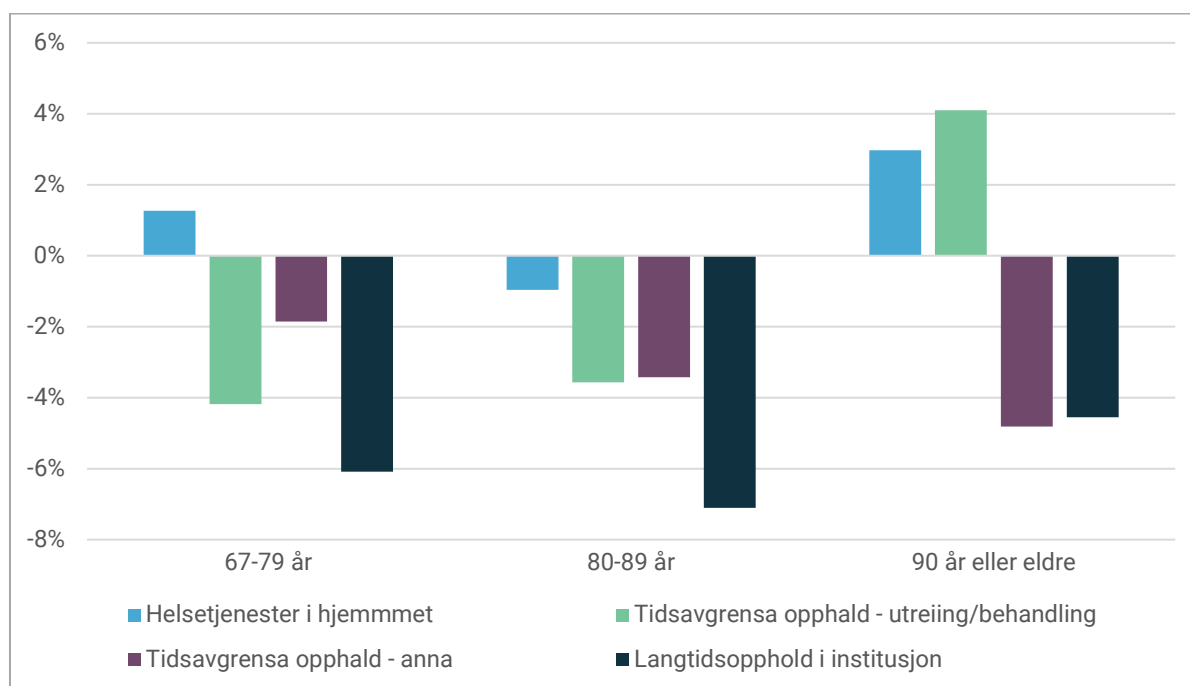
Figur 2.10.1: Endring i antall tjenestemottakere, 2013-2017. Kilde: IPLoS



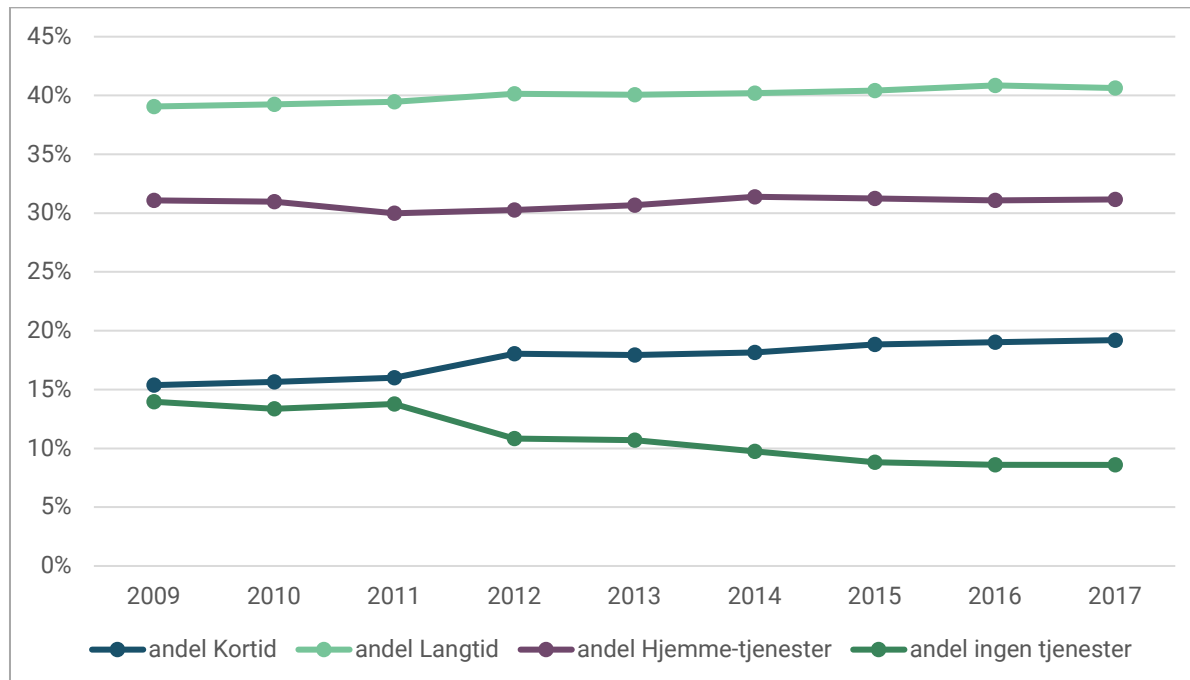
<sup>35</sup> Gjestesen, Brønnick og Testad (2018): Characteristics and predictors for hospitalizations of home-dwelling older persons receiving community care: a cohort study from Norway; BMC Geriatrics 18:203

<sup>36</sup> Sogstad, Veenstra og Venzel-Larsen, kap. 11 i Samdata kommune (2017), Helsedirektoratet IS-2575.

Figur 2.10.2: Endring i antall tjenestemottakere per 1000 innbyggere, 2013-2017. Kilde: IPLOS.

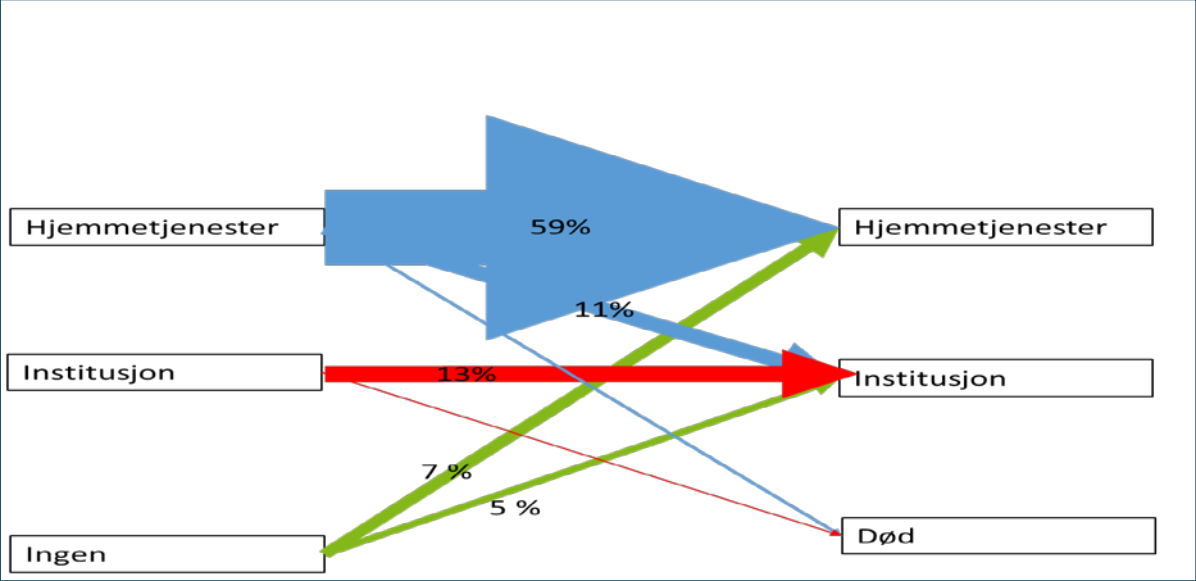


Figur 2.10.3: Mottak av tjenester ved dødsfall for personer 70 år og eldre, 2009-2017.<sup>37</sup>



<sup>37</sup> Mørk m.fl. (2018): Kommunale helse- og omsorgstjenester 2017. Statistisk sentralbyrå, Rapporter 2018/26

Figur 2.10.4: Innleggelser i somatiske sykehus hvor pasienten kommer fra, eller skrives ut til, kommunale omsorgstjenester. Kilde: Sogstad, m fl i Samdata kommune (2017)



## **2.11 Kostnader ved livets slutt**

Mindre enn 1 prosent av befolkningen dør hvert år. Utgifter i siste leveår (siste 365 dager) for de som dør utgjør mer enn 10 prosent av totale estimerte årlige helse- og omsorgsutgifter. For de aller fleste tjenester og aldersgrupper er gjennomsnittlig utgift i siste leveår betydelig høyere enn årlig gjennomsnittlig utgift for de som overlever minst 2 år etter forbruksåret.

For helsetjenester (somatikk, psykisk helsevern/TSB, primærleger og reseptbelagte legemidler) er forskjellene i kostnader mellom personer i siste leveår og "overlevende" både relativt og absolutt minst blant de eldre. For omsorgstjenester er også forskjellene relativt sett lavere blant eldre enn yngre aldersgrupper, mens den absolutte forskjellen er størst blant eldre.

For somatiske spesialisthelsetjenester, primærleger og reseptbelagte medisiner er forskjeller i kostnad per bruker av tjenestene en viktigere årsak til forskjeller i gjennomsnittlige kostnader per hhv døde og "overlevende" enn forskjeller i brukerrater. For psykisk helsevern og rusbehandling (sett under ett) og omsorgstjenester, bidrar forskjeller i brukerrater mer til forskjeller i gjennomsnittskostnader enn forskjeller i kostnader per bruker.

### **Om beregningene**

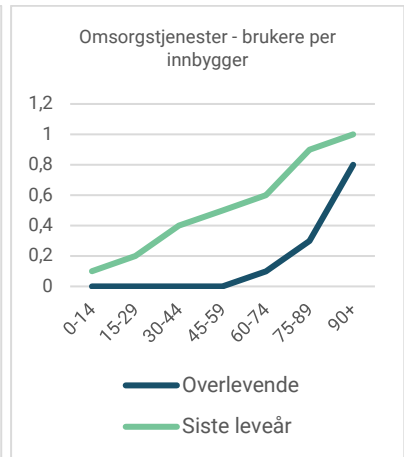
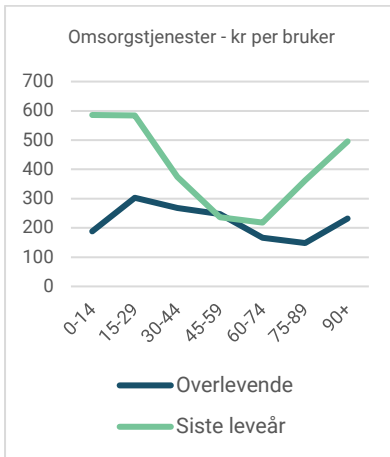
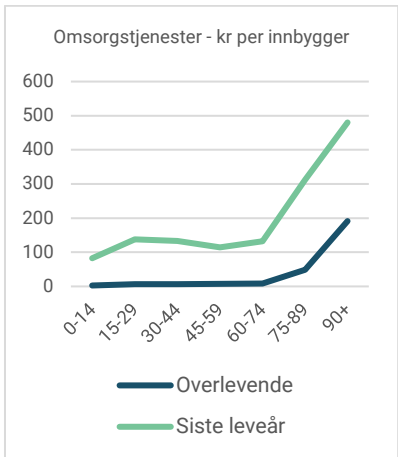
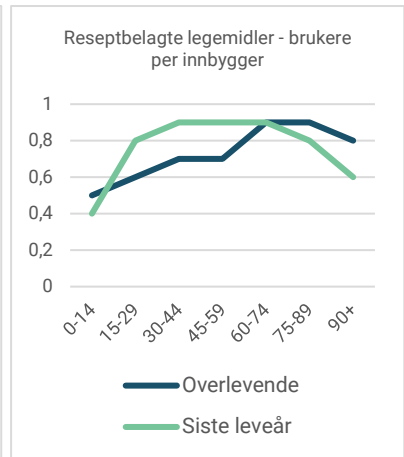
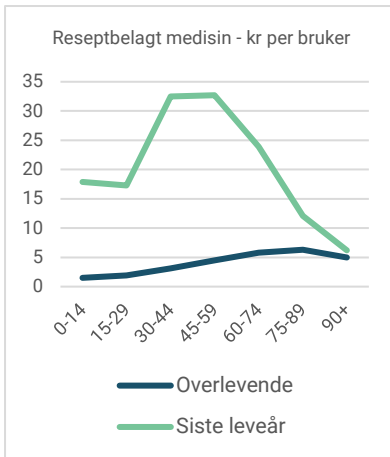
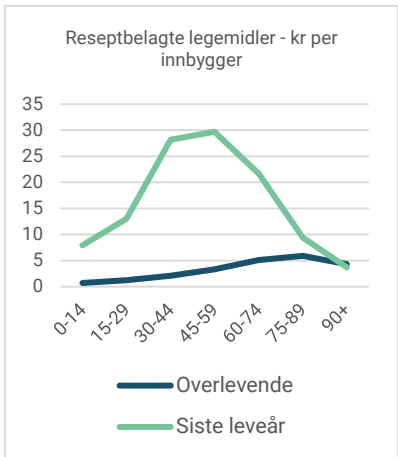
To forskjellige datasett ble laget fra hvert av de fire dataregistrene KUHR, Reseptregisteret, NPR og IPOS. Den første omfatter bruk for hele befolkningen i 2010. Dette datasettet ble brukt til å identifisere bruk og dermed kostnad for hele befolkningen og overlevende. Overlevelse ble definert som overlevelse minst to år etter observasjonsåret, og data for hele populasjonen i registrene ble koblet til opplysninger fra Dødsårsaksregisteret om hvorvidt en person døde i 2010 eller ett av de to følgende årene. Det andre datasettet omfatter tjenestebruk ett år før død (de siste 365 dagene av livet inkludert dødsdag) for alle personer som døde i 2011. Dette ble ved å koble informasjon om avdødes dødsdag fra Dødsårsaksregisteret på hvert tjenesteregister. Det vil si at tjenesteb Bruken i det siste leveår sammenlignes med ett års tjenestebruk for personer som var i live minst to år etter det valgte kalenderåret (2010). Vi kunne ikke koble data på tvers av de ulike tjenesteregistrene, bare hvert register med Dødsårsaksregisteret. Antall unike brukere (personer) er identifisert for hver tjenestekategori som studeres. I disse analysene er alle omsorgstjenester slått sammen.

Ved beregning av kostnader- og brukere per innbygger, er nevneren for overlevende basert på befolkningsdata fra SSB. Den totale befolkningen som bodde i Norge i 2010 ble beregnet som befolkning 1. januar 2010, pluss antall fødsler i 2010 pluss antall innvandrere i 2010. Antall overlevende ble beregnet som samlet befolkning minus antall dødsfall i 2010, 2011 og 2012 blant de som bodde i Norge i 2010. For antall døde i 2011 er dataene hentet fra Dødsårsaksregisteret.



Figur 2.11.1 Kostnader til helse- og omsorgstjenester per innbygger og per bruker etter alder.  
Kilde: SINTEF (Kalseth 2018).





### **3. Variasjoner i somatiske helse- og omsorgstjenester**

### **3.1 Variasjoner i bruk av fastleger og legevakt**

Fastlegeordningen ble innført i 2001 og skal sammen med de kommunale legevaktstjenestene sikre at hele befolkningen har tilgang på allmennlegetjenester. Hvor mange som bruker tjenestene, hvor ofte de benyttes og hvordan tjenestene benyttes, vil være avhengig både av innbyggernes behov og av tilgjengeligheten til tjenestene. Hensikten med dette kapittelet er å beskrive variasjon mellom kommuner i innbyggernes bruk av fastlege- og legevaktstjenester

Det er mange og store variasjoner mellom kommuner i Norge, når det gjelder forhold som innbyggertall, befolkningssammensetning og avstand til kommunesenter. Per 1. januar 2018 var det 422 kommuner i landet. Innbyggertallet i den største kommunen (Oslo) var 355 ganger så høyt som innbyggertallet i den minste kommunen (Utsira). Mer enn en fjerdedel av alle innbyggerne i landet var bosatt i de fem største kommunene (Oslo, Bergen, Trondheim, Stavanger og Bærum). I alt 12,7 prosent av innbyggerne i landet var bosatt i Oslo, mens omtrent samme andel (12,9 prosent) var bosatt i landets 250 minste kommuner sett under ett.

Slike forhold gjør det vanskelig å gjøre kommunevise sammenligner av helsetjenestebruk. De store kommunene vil nesten alltid ha tall (for eksempel for andel i befolkningen som er brukere av tjeneste) som ligger nært opp til landsgjennomsnittet, fordi landsgjennomsnittet alltid vil vektas mest av de største kommunene. I tillegg vil små utslag i pasienttall ha mye større betydning i de minste kommunene – én ekstra pasient med ekstra store behov vil gi utslag på statistikken for Utsira kommune som har 208 innbyggere, men vil være uten betydning for statistikken for Oslo som har over 670 000 innbyggere.

Her gir vi allikevel noen enkle eksempler på variasjoner mellom kommunene i andel i befolkningen som har hatt konsultasjon hos fastlege og legevakt, og i konsultasjonsratene for fastlege og legevakt. Alle tall er for 2017 og data er hentet fra Kommunalt pasient- og brukerregisters hjemmesider.<sup>38</sup>

Figuren under viser pasientrater (antall som er registrert med konsultasjon hos fastlege per 1000 innbyggere) for alle landets kommuner. Fargene i figuren angir helseregion og ratene er plottet med befolkningsstørrelse på x-aksen, slik at landets minste kommune (Utsira i Helse Vest) er lengst til venstre og landets største kommune (Oslo) er lengst til høyre.

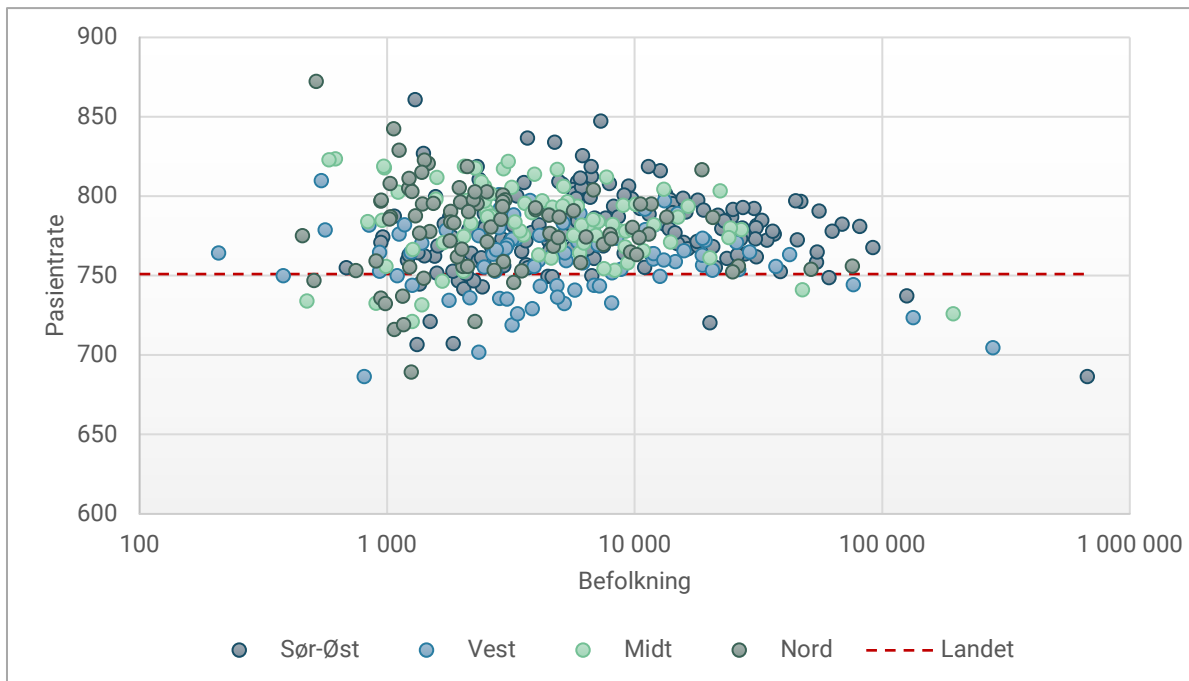
Fra figur 3.1.1 og figur 3.1.2 ser vi at det ikke er noen klar sammenheng mellom kommunestørrelse og bruk av primærhelsetjenestene, målt som henholdsvis pasientrater og konsultasjonsrater for fastlege og legevakt samlet. Figur 3.1.1 viser at Helse Sør-Øst har relativt mange kommuner med pasientrater over landsraten (stiplet linje), men det er mye overlapp og ingen klare forskjeller mellom helseregionene. Mange kommuner ligger over landsgjennomsnittet,

---

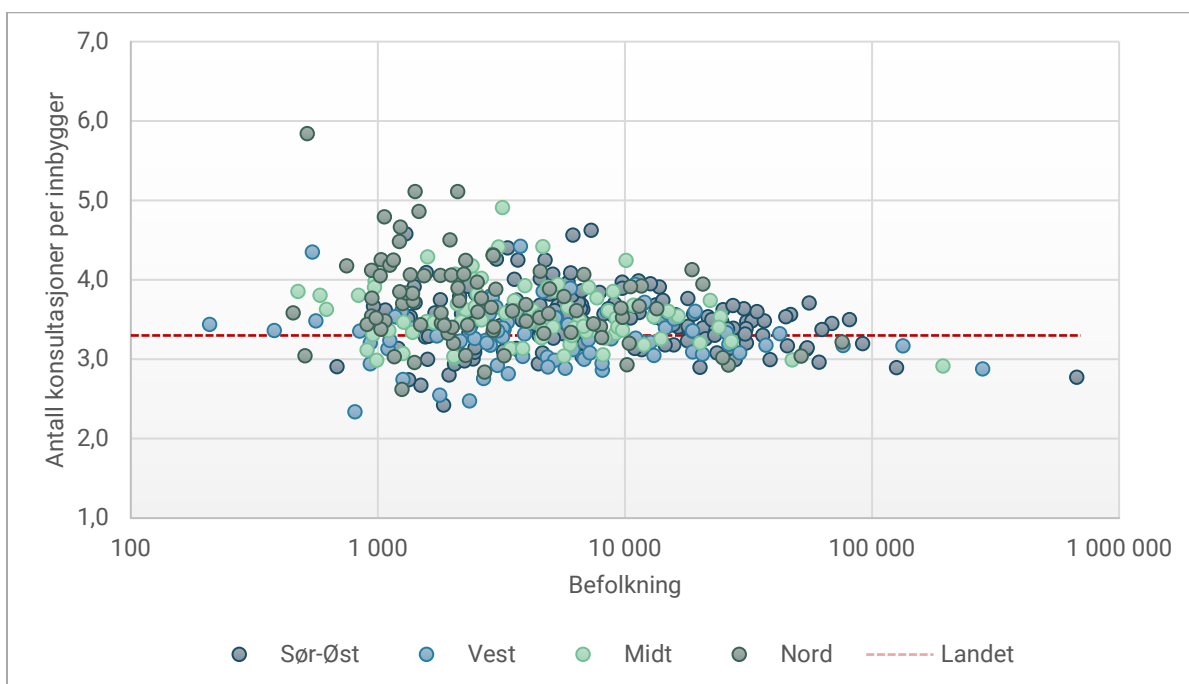
<sup>38</sup> <https://statistikk.helsedirektoratet.no/bi/Dashboard/dfd3500c-2ae4-4f8c-a618-7dd56ba88fc9?e=false&vo=viewonly>

fordi Oslo kommune har lav pasientrate og mange innbyggere og trekker tallet for landet samlet sett ned.

Figur 3.1.1 Kommunedata for antall pasienter i primærhelsetjenesten per 1000 innbyggere, plottet mot innbyggertallet i kommunene (logaritmisk skala). Stiplet linje angir tall for landet sett under ett.

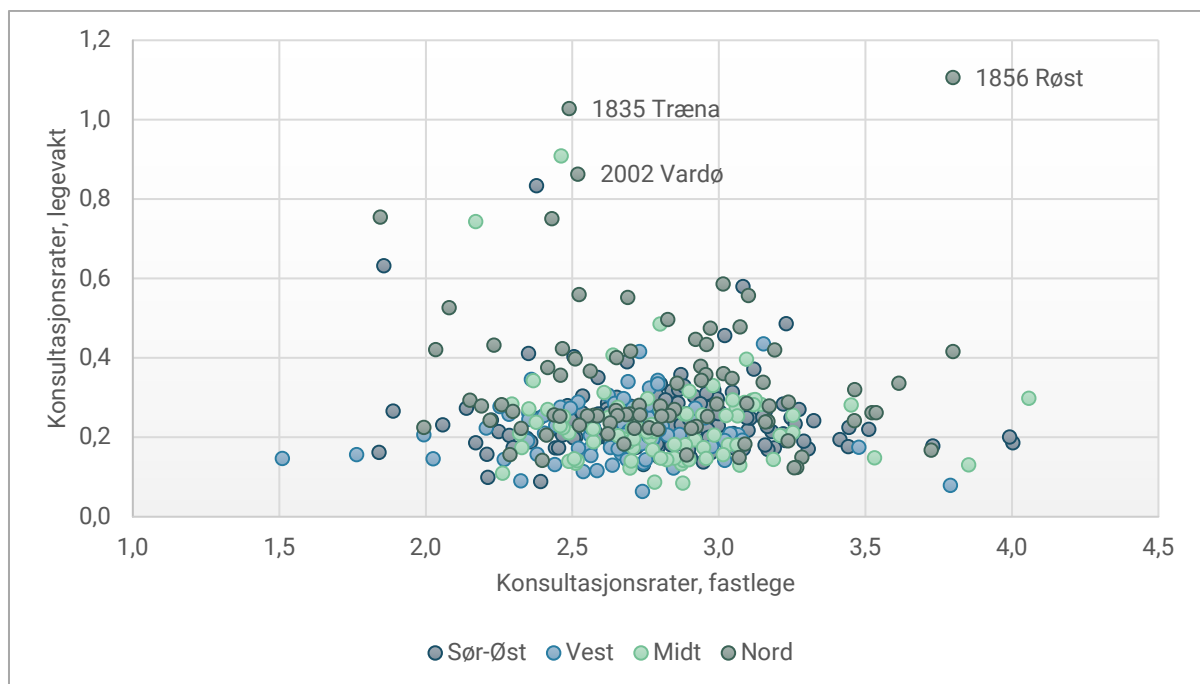


Figur 3.1.2 Kommunedata for konsultasjoner i primærhelsetjenesten per innbygger, plottet mot innbyggertallet i kommunene (logaritmisk skala). Stiplet linje angir tall for landet sett under ett.



Til slutt plottet vi konsultasjonsrater for legevakt mot konsultasjonsrater for fastlege (figur 3.1.3), for å undersøke om det var slik at høy konsultasjonsrate i legevakt kunne forklares av lite tilgang til fastlegetjenester (målt som lave konsultasjonsrater). De fleste av kommunene som hadde høyest konsultasjonsrate for legevakt hadde nokså lav konsultasjonsrate for fastlege, men dette kan bedre beskrives som ytterpunkter enn som et klart mønster. Den lille kommunen Røst pekte seg ut med høye konsultasjonsrater både for fastlege og for legevakt.

Figur 3.1.3 Kommunevise data, konsultasjoner per 1000 innbyggere i legevakt mot konsultasjonsrater hos fastlege.



### **3.2 Variasjoner i kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp**

Bruk av ØHD varierer mellom kommuner og foretaksområder. Kommuner som har tilbudet lokalisert i egen kommunen har flere innleggelser og estimerte liggedager enn kommuner som har tilbudet lokalisert i nabokommunen. Vertskommuner med få plasser har flere innleggelser enn vertskommuner med flere plasser. For samarbeidskommunene har enheter med få plasser færre innleggelser enn enheter med flere plasser. Antall plasser i tilbudet henger sammen med størrelsen på kommunene, hvor små kommuner (i innbyggertall) har flere innleggelser per innbygger enn større kommuner. Tidspunktet for når tilbudet ble etablert har også betydning for hvor mye tilbudet brukes. Tabell 3.2.1 viser at kommuner som har hatt et etablert tilbud over flere år har høyere beleggsprosent enn tilbud som nylig har kommet i gang.

Beregningene av kapasitetsutnyttelse er basert på et estimert omfang av liggedager ettersom det ikke eksisterer registerdata fra ØHD-enhetene. Beregningene tar utgangspunkt i at pasienter med mer enn 5 dager liggetid, har gjennomsnittlig liggetid på 7 dager. I forbindelse med innsamlingen av data, har vi fått tilbakemeldinger om at antall liggedager kan være noe underestimert. Noen kommuner har opplevd at pasienter har vært inneliggende i over en måned. For sykestuene var gjennomsnittlig liggetid, ved innleggelser der pasienten lå mer enn fem dager, i underkant av 12 dager. Antall faktiske liggedøgn vil derfor trolig være noe høyere enn det som er estimert her, dette innebærer at beleggsprosenten potensielt også er noe høyere.

Sykestuene har en høyere beleggsprosent enn de andre ØHD-tilbudene (over 100 prosent). Sykestuene har få plasser og få innleggelser, og tallene er derfor sensitive for hvor mange og hvilke enheter som har rapportert data. Dersom vi ser bort ifra sykestuene, var det tilbud som er lokalisert ved LMS/DMS/Helsehus o.l. som i 2017 hadde høyest beleggsprosent.

Tabell 3.2.1: Variasjon i beleggsprosent i ØHD etter oppstartsår, 2017.

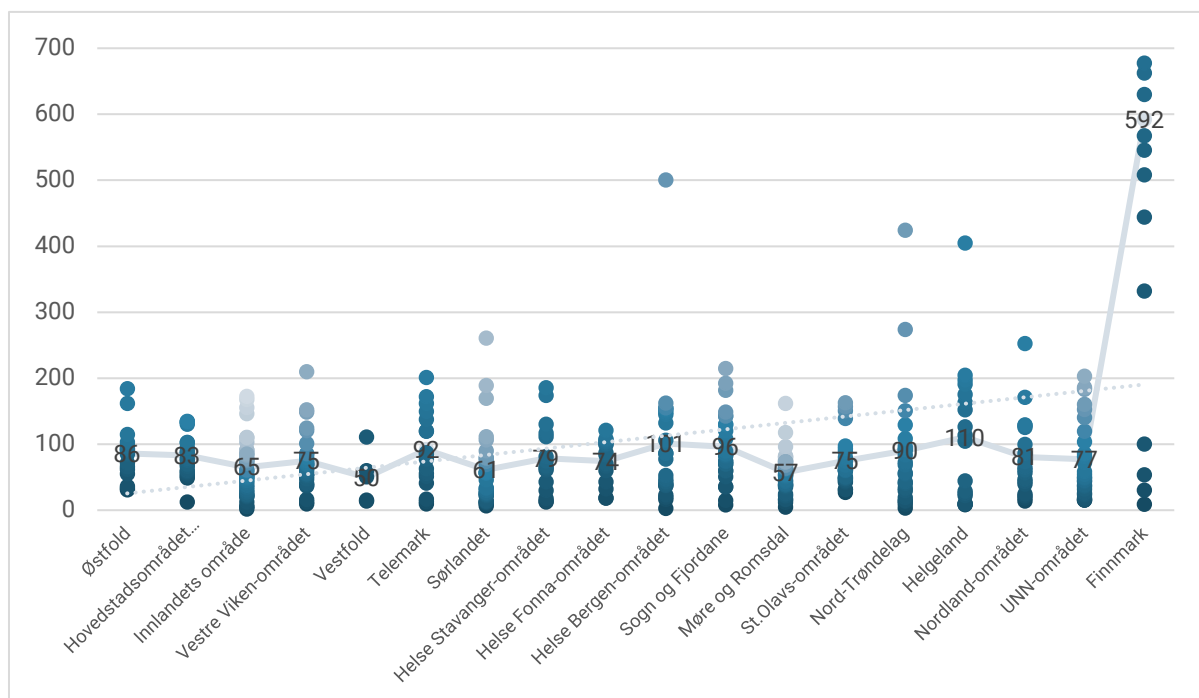
	Antall enheter 2017	Sum plasser 2017	Estimerte liggedager 2017	Beleggsprosent 2017
Sykestuer	18	17	7 542	122
2013 eller tidligere	75	363	59 150	45
2014	25	98	13 197	37
2015	34	74	9 741	36
2016	32	109	13 165	33
2017	9	21	1 338	25
Totalt	193	682	104 133	42

Figur 3.2.1 viser forskjeller i antall innleggelser per 1 000 innbyggere mellom kommunene innad i helseforetaksområdene og mellom helseforetaksområdene for aldersgruppen 80 år og eldre. Antall innleggelser per 1000 innbyggere varierer fra 50 innleggelser per 1000 innbyggere i foretaksområdet med lavest bruk, til 110 innleggelser i foretaksområdet med høyest bruk (582 per 1000 innbyggere dersom vi inkluderer Finnmark). Variasjonsbredden for innleggelser per

1000 innbyggere mellom kommunene går fra 2 innleggelser per 1000 innbyggere til 500 innleggelser per 1000 innbyggere (1301 per 1000 innbyggere inklusive Finnmark).

I delkapittel 2.3 viser vi hvordan nivået av liggedager i det kommunale døgntilbudet for øyeblikkelig hjelp blant eldre over 80 år samvarierer med liggedager for øyeblikkelig hjelp på sykehus blant eldre over 80 år. Figurene viser sammenhengen for hvert av helseforetaksområdene.

Figur 3.2.1: Variasjon i antall innleggelser i kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp per 1000 innbyggere 80 år og eldre, etter helseforetaksområde.<sup>39</sup> Data fra 2017.



<sup>39</sup> Fem kommuner i Finnmark ligger høyere enn det figuren viser.



### **3.3 Variasjon mellom helseforetaksområder i innleggelser i sykehus**

Variasjoner i bruk av spesialisthelsetjenester mellom geografiske områder og ulik medisinsk praksis mellom helseforetak har fått økt oppmerksomhet, både helsepolitisk og i fagmiljøene. Likhet i tilgang og god kvalitet på helsetjenestene som tilbys befolkningen har, gjennom mange år, vært en helsepolitisk målsetting i Norge. Tjenestene bør organiseres på en måte som gir best mulig effekt for pasienten, og gjør at ressursene i helsetjenesten brukes på en effektiv måte.

I dette delkapitlet beskriver vi forskjeller mellom helseforetaksområder i innleggelser med overnatting (døgnopphold) totalt og etter alder. Beskrivelsene inkluderer alle typer innleggelser, både planlagte, øyeblikkelig hjelp, kirurgiske og ikke kirurgiske opphold. I andre del av kapitlet har vi hovedfokus på øyeblikkelig hjelp-innleggelser. Disse utgjør en stor andel av døgnbehandlingene, og er særlig viktig i et forløpsperspektiv, fordi samordning og samarbeid med primærhelsetjenesten spiller en viktig rolle for omfang og organisering av ø-hjelp, spesielt i oppfølgingen av mennesker med kroniske sykdommer og en ustabil helsetilstand. Dette gjelder spesielt for mange i den eldste delen av befolkningen.

#### **Variasjon mellom helseforetaksområder i samlet antall døgnopphold på sykehus**

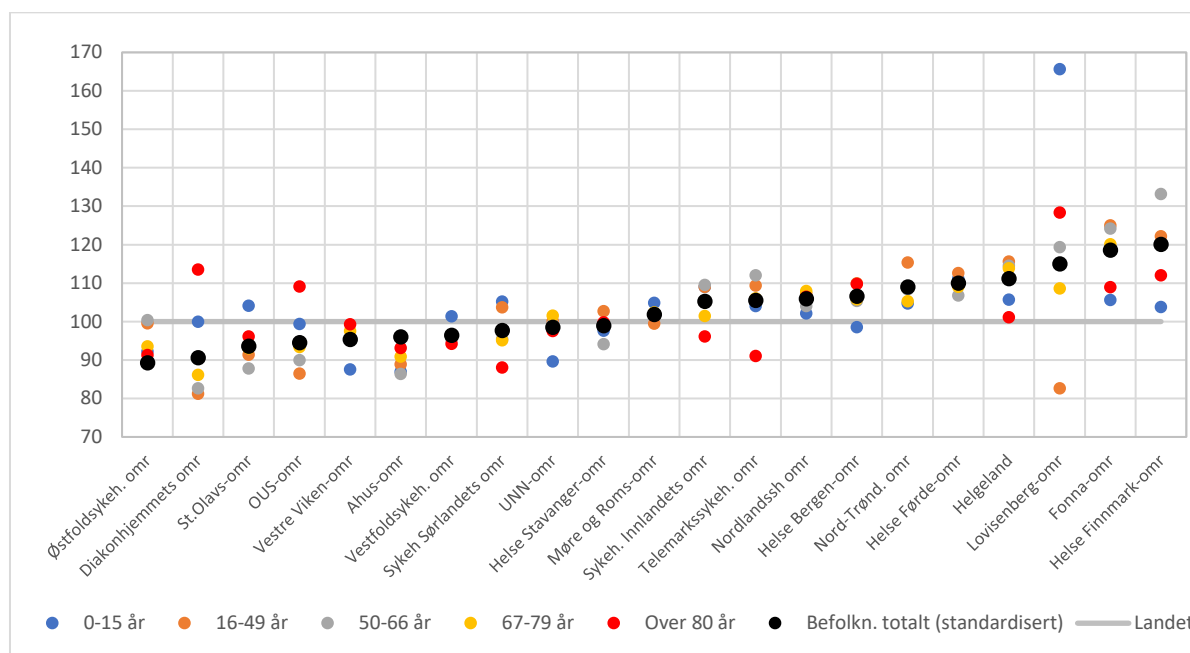
Samlet sett har den nasjonale raten<sup>40</sup> for døgnopphold i sykehus blitt noe redusert fra 2013 til 2017. Dette gjelder de fleste helseforetaksområder. Reduksjonen skyldes i hovedsak færre døgnopphold for øyeblikkelig hjelp for tilstander som ikke krever kirurgisk behandling, heretter kalt medisinske ø-hjelpsinnleggelser. Ratene for døgnopphold med kirurgi har vært relativt stabile, men utviklingen varierer litt i ulike aldersgrupper. Målt ved variasjonskoeffisienten (CV) har forskjellene mellom helseforetaksområdene i døgnoppholdsrater blitt litt redusert, fra 0,10 i 2013 til 0,9 i 2017.

I Figur 3.3.1 framstilles variasjonen mellom helseforetaksområder i oppholdsrate for døgnopphold. For hvert helseforetaksområde angis avvik i prosent fra den nasjonale raten. Fargekodene angir ulike aldersgrupper, mens de svarte punktene viser samlet avvik for hele befolkningen (standardisert rate).

---

<sup>40</sup> Med rate menes tall per 1000 innbygger.

Figur 3.3.1: Døgnopphold etter helseforetaksområde og alder, vist som prosent avvik fra landsgjennomsnittet (=100). Data fra 2017.



Den standardiserte døgnoppholdsraten varierte fra 11 prosent under landsgjennomsnittet i Østfold helseforetaksområde til 20 prosent over landsgjennomsnittet i Finnmark. Med noen unntak var ratene for de enkelte aldersgruppene på omtrent samme nivå eller noe lavere enn landsgjennomsnittet i de områdene som har færrest døgnopphold, mens områdene med flest døgnopphold per innbygger har aldersspesifikke rater over landsgjennomsnittet.

To av områdene i Oslo, bydelene som sogner til Oslo universitetssykehus HF-område (OUS) og Diakonhjemmet HF-område, hadde lave døgnrater samlet sett, men relativt høye rater for befolkningen over 80 år.

Lovisenberg helseforetaksområde i Oslo har flest døgnopphold per innbygger samlet sett, men det er svært stor spredning mellom aldersgruppene i avvikenens størrelse; barn har høyere rate enn landsgjennomsnittet, mens voksne i alderen 16-49 år har lavere nivå enn landsgjennomsnittet. Det kan antas at de interne forskjellene mellom bydelsområdene i Oslo gjenspeiler sosiale ulikheter i helse og bruk av helsetjenester, men at sammensetningen av unge voksne avviker noe i så henseende. I andre deler av landet vil det også være slike forskjeller innad i befolkningen, men de synliggjøres ikke like tydelig gjennom organiseringen av helseforetakene.

Et overordnet mønster i ratefordelingen er at områdene med de laveste ratene i hovedsak ligger i Helse Sør-Øst, med unntak av St. Olavs-området i Trøndelag som også har lavt nivå av øhjelpsinntegninger. Områdene med høyest antall døgnopphold finner vi i områdene fra Nord-Trøndelag HF-område og nordover (med unntak av UNN-området), samt Helse Fonna og Sogn og Fjordane i Helse Vest. Dette hovedmønsteret har vært relativt stabilt i mange tiår, og er dokumentert i årlige SAMDATA-rapporter.

### Variasjoner i medisinske ø-hjelpsinnleggelser

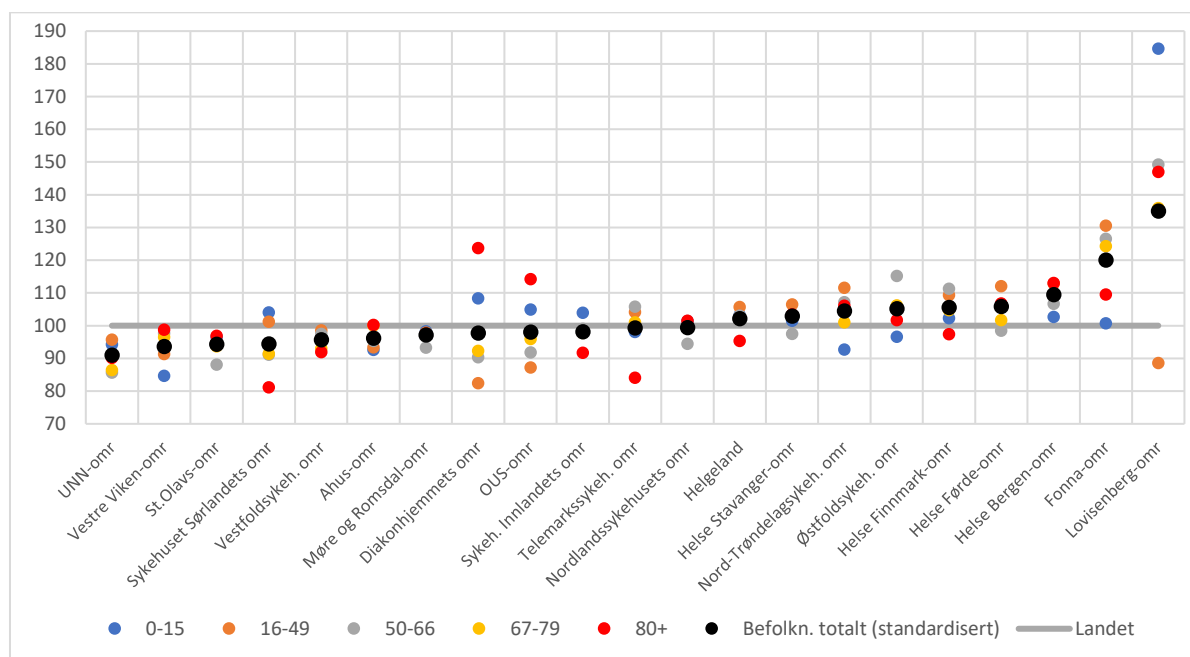
70 prosent av døgnoppholdene i sykehus er ø-hjelpsinnleggelser, og nesten 80 prosent av ø-hjelpsinnleggelsene er medisinske ø-hjelpsinnleggelser (ikke kirurgi). Flere tiltak har, gjennom mange år, vært satt i verk i sykehus og i primærhelsetjenesten for å sikre god og effektiv oppfølging av ø-hjelpspasienter. Dette inkluderer tiltak for å øke kvalitet og effektivitet på utredning i akuttmottak som bidrar til bedre vurderinger av om pasienten trenger innleggelse, kan følges opp poliklinisk, eller i primærhelsetjenesten. I primærhelsetjenesten skal de kommunale døgnplassene for øyeblikkelig hjelp bidra til at noen av pasienter med avklarte og kjente tilstander kan følges opp lokalt heller enn å legges inn i sykehus. Omfang og bruk av kommunale ø-hjelpsplasser varierer betydelig og er beskrevet i kapittel 2.3 og 4.2.

Alle helseforetaksområdene hadde en reduksjon i medisinske døgnopphold registrert som øyeblikkelig hjelp fra 2013 til 2017. Variasjonen mellom helseforetaksområdene ble samtidig noe redusert. Variasjonen, målt ved variasjonskoeffisienten (CV) falt fra 0,11 til 0,10. Nedgangen i variasjon skyldes i hovedsak at noen av områdene som hadde høyest rater i 2013 reduserte sin bruk av ø-hjelpsinnleggelser mer enn andre.

I den neste figuren presenteres prosent avvik fra landsgjennomsnittet for hvert av helseforetaksområdene i 2017. Tallene inkluderer også dagmedisinske ø-hjelpsinnleggelser (ikke bare døgnopphold). Dagmedisinske innleggelser utgjør 11 prosent av alle medisinske ø-hjelpsinnleggelser, og varierer fra 17 prosent i Østfold HF-område til 7 prosent i Helse Finnmark HF-område. Andelen øhjelp dag er generelt noe høyere i områdene i Sør-Øst og noe lavere nord i landet. Det er derfor viktig å inkludere disse innleggelsene hvis vi ønsker å se på antallet ø-hjelps-episoder samlet, og korrigere for ulikheter i praksis med hensyn til om pasientene overnatter eller ei.

Den standardiserte befolkningsraten for medisinske ø-hjelpsinnleggelser varierer fra 9 prosent under landsgjennomsnittet i opptaksområdet til Universitetssykehuset Nord-Norge i Troms til 35 prosent over landsgjennomsnittet for befolkningen tilhørende Lovisenberg HF-område i Oslo. Det er tydelig samvariasjon mellom nivået av ø-hjelpsinnleggelser og nivået av døgnopphold totalt (Figur 3.5.1). Østfold avviker mer for medisinske ø-hjelpsinnleggelser enn for døgnopphold totalt, noe som kan skyldes at de har den høyeste andel dagmedisinske ø-hjelpsinnleggelser. De tre HF-områdene i Oslo har de høyeste ratene for befolkningen over 80 år, mens Sykehuset Sørlandet og Telemark HF-områder har relativt sett lavt nivå av medisinske ø-hjelpsinnleggelser. For flere av områdene med høye nivå er avviket fra landsgjennomsnittet størst for aldersgruppene 16-49 år og 50-66 år. Oslo-områdene skiller seg ut ved å ha et lavt omfang av ø-hjelpsinnleggelser for aldersgruppen 16-49 år.

Figur 3.3.2: Medisinske ø-hjelpsinnleggelser (inkl dagopphold for ø-hjelp) etter helseforetaksområde og alder, vist som prosent avvik fra landsgjennomsnittet (=100). Data fra 2017.



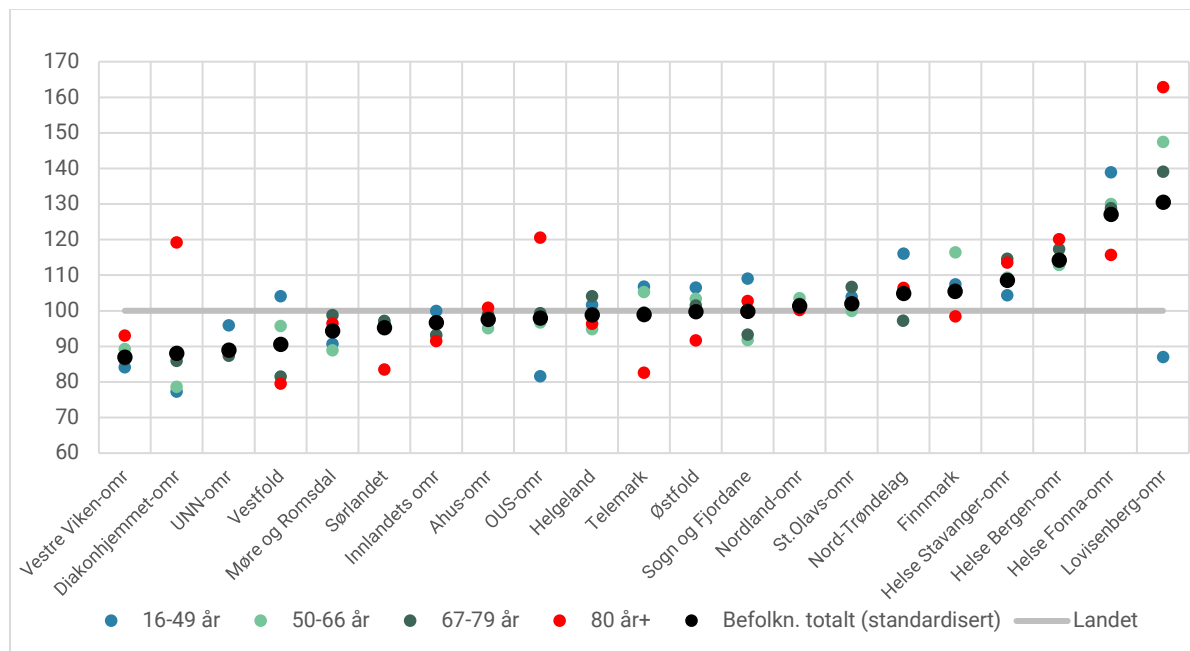
### Variasjoner i potensielt forebyggbare ø-hjelpsinnleggelser; utvalgte diagnosegrupper

I dette avsnittet beskrives variasjoner i ø-hjelpsinnleggelser for noen utvalgte diagnosegrupper hvor det antas at oppfølging og tilbud i primærhelsetjenesten kan ha en viss betydning for omfanget av innleggelser i sykehus (se også kapittel x.x). Når begrepet potensielt forebyggbare innleggelser brukes må det forstås som at det kanskje kan være et potensial for å forebygge eller ha et alternativ til innleggelse, og ikke at mesteparten av disse innleggelsene kunne vært unngått. Diagnosegruppene som inngår når vi ser på ø-hjelpsinnleggelser er influensa og lungebetennelse, atrieflimmer/flutter, brystmerter, spesifikke mage/tarm lidelser, smerter i buk/bekken, Urinveisinfeksjon, funksjonelle mage/tarm sykdommer, KOLS, hjertesvikt, cellulitt (hudinfeksjon), stensmerter/-sykdom, angina, ØNH- infeksjoner, epilepsi, gastroenteritt/dehydrering, astma, kramper, diabetes akutt og underlivsinfeksjoner. Innleggelser med disse diagnosene utgjør nesten en tredjedel av alle ø-hjelpsinnleggelser (døgn og dag). De utgjør 12 prosent for barn opptil 15 år, 21 prosent i aldersgruppen 16- 49 år, og cirka 30 prosent for aldersgruppene 50-66 år, 67-79 år og 80 år og eldre. 92 prosent av innleggelsene er ikke-kirurgiske.

Den standardiserte raten for innleggelser med de utvalgte utskrivingsdiagnosene som hoveddiagnose varierte fra 13 prosent under landsgjennomsnittet for befolkningen i Vestre Viken HF-område til 30 prosent over landsgjennomsnittet i Lovisenberg HF-område. I mange av områdene er forskjellene til landsgjennomsnittet noenlunde lik for aldersgruppene. Områdene i Oslo avviker fra dette og har de høyeste ratene for de eldste i befolkningen, slik vi også så for medisinske ø-hjelpsinnleggelser totalt. Områdene i Helse Vest har også høye rater for de eldste, men ligger i tillegg over landsgjennomsnittet i alle aldersgrupper. Den eldste delen av

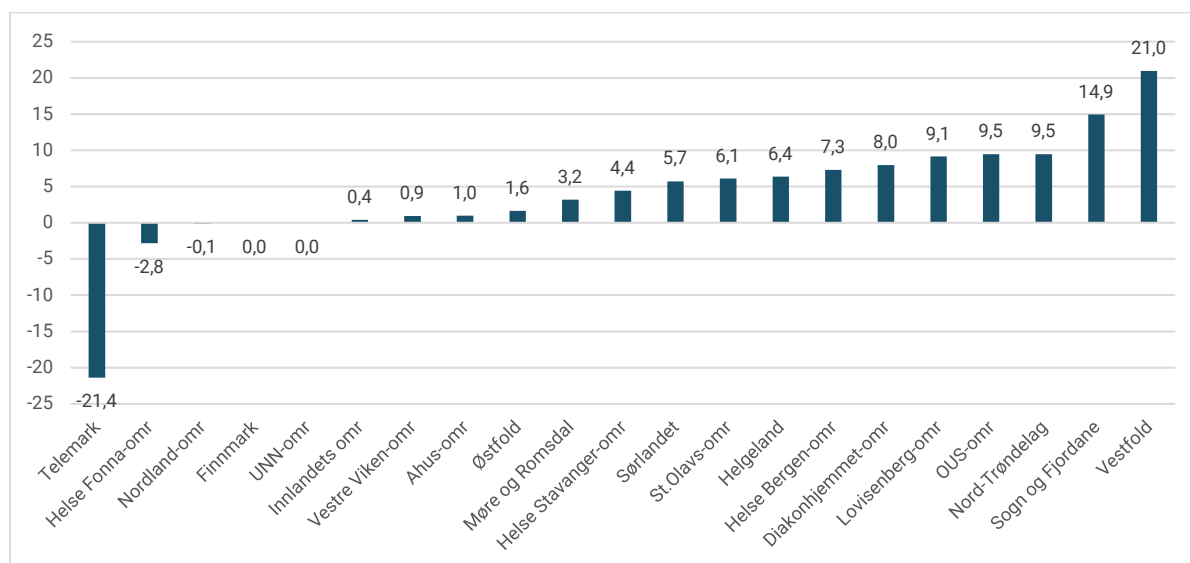
befolkningen i Vestfold, Telemark og Sørlandet HF-områder hadde i 2017 en innleggelsesrate på mellom 15 og 20 prosent under landsgjennomsnittet for de utvalgte diagnosegruppene. I

Figur 3.3.3: Ø-hjelpsinnleggelser (dag og døgn) for pasienter med utvalgte utskrivingsdiagnoser (Potensielt forebyggbare innleggelser) etter helseforetaksområde og alder, vist som prosent avvik fra landsgjennomsnittet (=100). Data fra 2017.



I kapittel 2.4 ble det vist at innleggelsesraten for potensielt forebyggbare innleggelser (PFI) endret seg lite på nasjonalt nivå fra 2013 til 2016. Bildet er mer variert når vi ser på hvert helseforetaksområde. For de "yngre" aldersgruppene var det nedgang i ratene for mange helseforetaksområder, mens ratene økte i 16 av 21 HF-områder for befolkningen over 80 år. Vestfold og Telemark skiller seg ut med større endringer enn andre områder. Vestfold hadde over 20 prosent vekst i de eldste aldersgruppene, og stor reduksjon blant noe "yngre", mens Telemark stor nedgang i ratene for nesten alle aldersgruppene.

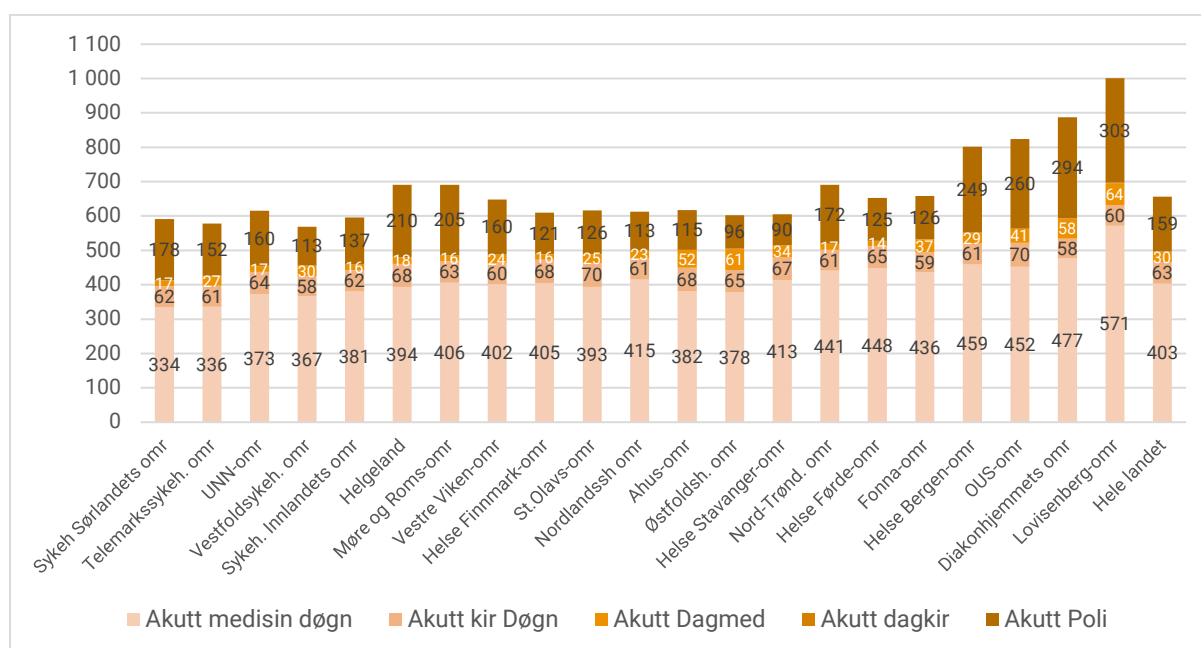
Figur 3.3.4 Prosent endring i rate for ø-hjelpsinnleggelser for befolkningen 80 år og eldre 2013-2017, utvalgte diagnosegrupper (Potensielt forebyggbare innleggelser).



### Variasjoner i ø-hjelpskontakter med sykehus inklusive polikliniske ø-hjelpskonsultasjoner

Vi har vist at variasjonen i ø-hjelpsinnleggelser i helseforetaksområdene er størst for de eldste i befolkningen. Vi avslutter analysen av øyeblikkelig hjelp med å se på totalt antall ø-hjelpskontakter i sykehus- inklusive polikliniske kontakter registrert som ø-hjelp for befolkningen over 80 år. Polikliniske ø-hjelpskontakter innrapportert til Norsk pasientregister er trolig i stor grad knyttet til skadepoliklinikker.

Figur 3.3.5: Alle ø-hjelpskontakter i spesialisthelsetjenesten per 1000 innbyggere 80 år og eldre i helseforetaksområdene etter omsorgsnivå og type kontakt 2017.



For befolkningen over 80 år var 42 prosent av kontaktene registrert med en diagnose som grupperes i hovedkategorien "Skader, forgiftninger og visse andre konsekvenser av ytre årsakskade eller forgifting".

I Figur 3.3.5 er helseforetaksområdene sortert etter raten for ø-hjelpsinnleggelser (døgn og dag), hvorpå raten med ø-hjelpskontakter på poliklinikk er lagt til. Den statistiske variasjonen (målt vha variasjonskoeffisienten CV) blitt litt lavere når akutte polikliniske kontakter legges til enn for døgnopphold alene. Det betyr at de polikliniske akuttbehandlingene bidrar noe til å utjevne forskjellene mellom helseforetaksområdene. Det finnes imidlertid noen unntak – hvor forskjellene forsterkes. Dette gjelder Helse Bergen-området og områdene i Oslo som har betydelig høyere nivå av polikliniske ø-hjelpkontakter enn andre områder. Forskjellene kan knyttes til organiseringen av ø-hjelpstjenesten i disse storbyene. Vi gjør også oppmerksom på at en del av pasientene som kommer til skadepoliklinikkene vil henvises videre til innleggelse - dette gjelder alle helseforetaksområder.

Variasjonen i ø-hjelpskontakter mellom helseforetaksområdene gjelder også for andre aldersgrupper men er ikke vist her.

### **Oppsummering og drøfting**

De fleste helseforetaksområdene ligger innenfor et spenn mellom 10 prosent over eller under landsgjennomsnittet, både når vi ser på døgnopphold, medisinske ø-hjelpsinnleggelser og ø-hjelpsinnleggelser for utvalgte diagnosegrupper (potensielt forebyggbare innleggelser). Mønsteret i innleggesrater, med generelt høyere innleggesrater i nord og vest, samt færre innleggelser i de befolkningstette områdene, spesielt i Sør-Øst er ikke nytt og er påpekt gjennom mange år.

Utviklingen med noe færre innleggelser de siste årene er felles for alle helseforetaksområdene og bidrar til å opprettholde forskjellene, selv om variasjonen er blitt litt mindre.

Det er gjennom 30 år dokumentert variasjoner mellom helseforetaksområder (og tidligere lokalsykehusområder) i innleggesrater i sykehus. Årsakene kan være mange og lokale, og dermed også variere innad i helseforetaksområdene. Viktige kilder til variasjon er ulikheter i befolkningens behov for helsetjenester, men også forskjeller i kapasitet og praksis for innleggelse i sykehusene kan variere. En tidligere analyse av perioden 2003 til 2013 viste at områder med et høyt spesialisert sykehus som sitt lokale akuttsykehus hadde lavere innleggesrater enn områder med middels spesialiserte sykehus, mens områder med lavt spesialiserte sykehus (lokalsykehus) hadde de høyeste innleggesratene (SAMDATA Spesialisthelsetjenesten 2013, IS 2194). I alle typer områder økte ratene fram mot cirka 2005-2006, for så å reduseres fram mot 2013. Helseforetaksområdene er ganske store analyseenheter hvor det kan være stor variasjon også innenfor det enkelte geografiske området, for eksempel i Innlandet.

For noen tilstander er det en bred grenseflate mot primærhelsetjenesten med hensyn til utredning, behandling og oppfølging. Da kan lokale variasjoner i tjenestetilbudet som gir

forskjeller i kapasitet og medisinsk praksis gi ulik henvisningspraksis. Mulighetene for samhandling mellom helsepersonell i primærhelsetjenesten og helseforetakene i konkrete vurderinger av pasienter, men også med hensyn til organisering av pasientforløp, er viktig for å unngå at for få eller for mange legges inn i sykehuset. I andre kapitler i denne rapporten er utvikling og variasjon i fastlegetjenester, bruk av kommunale øyeblikkelig-hjelp døgntilbud og andre kommunale tjenester analysert. Reiseavstand til sykehus vil også spille inn på ø-hjelpshenvisninger. Private tilbud og forsikringstjenester vil i liten grad være et alternativ til døgnbehandling i sykehus, men kan ha betydning for variasjoner i enklere dagkirurgi og konsultasjonsbaserte tjenester, spesielt i større byer.

I sammenligninger mellom geografiske områder korrigeres det for befolkningssammensetning, mens det er mer krevende å tallfeste presist hvordan ulikheter i sykелighet virker inn og kan korrigeres for. Som grunnlag for rammetilskuddene til de regionale helseforetakene brukes en indeks for å korrigere for ulikheter i behov for spesialisthelsetjenester. I tidligere SAMDATA-publikasjoner er det vist at en behovskorreksjon basert på behovsindeksen på regionnivå reduserer forskjellene slik at Helse Nord framstår med et klart lavere forbruksnivå enn før korreksjon, mens Helse Vest framstår med et klart høyere nivå (Se bla. Samdata spesialisthelsetjenesten 2015 (IS-2485)).

Det er ofte vanskelig å dekomponere og tallfeste hvor mye av variasjonen i innleggelser på sykehus som er uttrykk for forskjeller i behov, medisinsk praksis og kvalitet eller organisering. Men vi vet at alle disse har betydning. Om variasjonen er uttrykk for uhensiktsmessig praksis og organisering er ofte lettere å vurdere når vi ser for eksempel på konkrete behandlingsprosedyrer sammenlignet med variasjoner i samlet antall innleggelser hvor årsakene til variasjon ofte vil være sammensatte. Forskjeller i innleggesrater betyr også som regel ulik ressursbruk. Det er viktig at kvaliteten på utredning av pasienter med akutt oppståtte tilstander er god (både i primærhelsetjenesten og i sykehus), både for å sikre riktig behandling av pasientene og unngå unødvendige innleggelser i sykehuset. Det arbeides med å utvikle enda bedre prosesser på dette.



### **3.4 Variasjoner i liggetid og bruk av dagkirurgi**

Det er et grunnleggende mål for helsetjenesten i Norge at tilbudet til befolkningen skal være like godt uavhengig av bosted og kjennetegn til pasienten. Forskjeller i tilbud til tjenester mellom ulike deler av landet skal dermed ikke være så store.

Vi har tidligere omtalt at døgnbehandling står for en omfattende del av ressursbruken i somatiske sykehus. Tiltak og utviklingstrekk som bidrar til å redusere behov for og lengde på døgnbehandlingen kan gi ressursmessige besparelser og muligheter for omfordeling til økt dag- og poliklinisk kapasitet. Utviklingen de siste årene har vist en gradvis reduksjon i liggetid og økt bruk av dagbehandling. I tillegg til å se på utvikling over tid er det også nødvendig å se på forskjeller i praksis og tilbud i ulike deler av landet.

Muligheten til å kunne gjennomføre behandling med kortere liggetid eller som et dagopphold vil være forskjellig i ulike deler av landet på grunn av geografi og infrastruktur. Samtidig er en stor del av befolkningen konsentrert i byer og større tettsteder med gode kommunikasjonsmuligheter til nærmeste sykehus. Forskjeller i liggetid og bruk av dagbehandling bør derfor ikke være så veldig store, særlig ikke når det tas hensyn til befolkningsgrunnlaget i områdene. Vi bør derfor være opptatt av særlig to forhold; 1) observerer vi store forskjeller i liggetid og andel dagkirurgi mellom ulike enheter og områder og 2) viser utviklingen reduserte eller økte forskjeller mellom disse?

#### **Variasjoner i liggetid**

Utviklingen i liggetid ved somatiske sykehus har i mange år vist en reduserende trend som vist i avsnitt 2.3. Det har de siste 2-3 årene vært noe ulik utvikling i liggetid i enkelte regioner og mellom helseforetak og sykehus.<sup>41</sup> I dette avsnittet ses det både på hvilke forskjeller i liggetid mellom helseforetak og sykehus, samt hvilke endringer i disse forskjellene vi observerer de siste fem årene.

Det er rimelig å forvente at det er forskjeller mellom helseforetak og sykehus selv når vi ser på mer spesifikke pasientgrupper eller behandlinger, blant annet fordi det er forskjeller i pasientpopulasjonen (ulik alvorlighetsgrad, ulik aldersprofil o.l.). Men det er også grunn til å anta at deler av de forskjeller vi observerer skyldes forhold som sykehusene kan gjøre noe med, som f.eks. bedre logistikk og praksis i sykehus, eller i kommunene ved endringer i tilbud etter behandling for de som har behov for det. Det er ikke uten videre enkelt å dekomponere forskjeller i liggetid i ulike årsaker, men første skritt er å synliggjøre forskjellene.

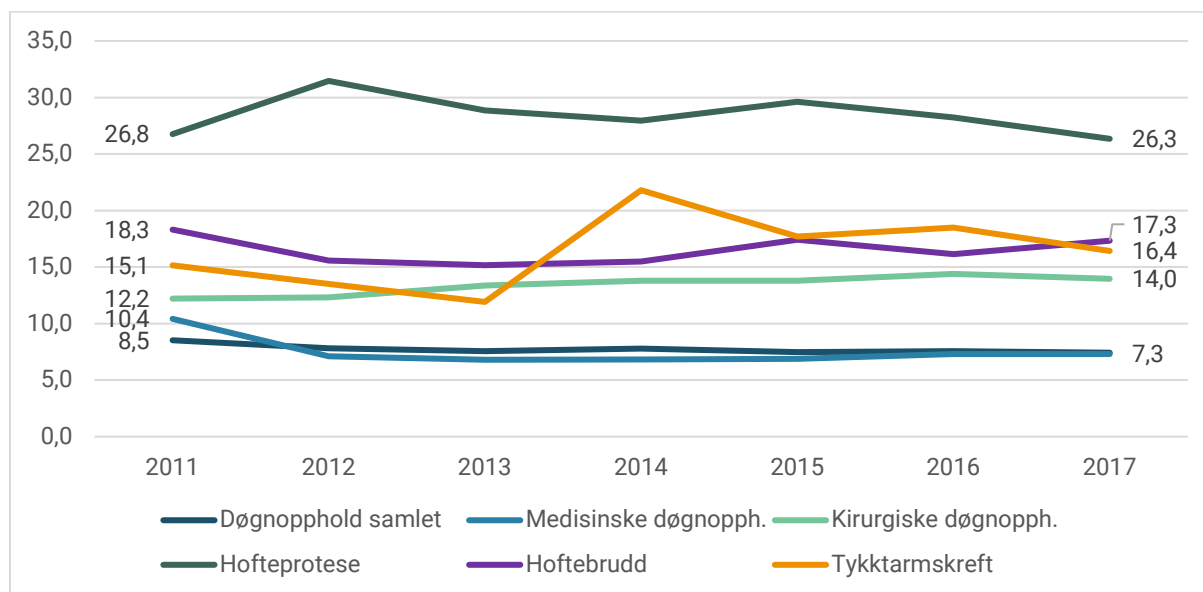
I perioden 2011 til 2017 har forskjellene i liggetid mellom helseforetak og sykehus blitt svakt redusert for alle døgnopphold samlet, som vist i Figur 3.5.1. Det er de medisinske

---

<sup>41</sup> I tillegg til helseforetakene inngår Diakonhjemmet sykehus, Lovisenberg sykehus og Haraldsplass Diakonale sykehus.

døgnoppholdene som bidrar til det, og da primært knyttet til endringen fra 2011 til 2012 (innføringen av betaling for utskrivningsklare pasienter). For kirurgiske døgnopphold har forskjellene økt noe i perioden. Forskjellene i liggetid for de tre spesifikke pasientgruppene (hofteprotese, hoftebrudd og tykktarmskreft) varierer noe mellom år, men nivået i 2011 er tilnærmet likt nivået i 2017.

Figur 3.4.1 Variasjoner i liggetid (ekskl overføringer) mellom helseforetak målt med variasjonskoeffisient. Utvikling i perioden 2011 til 2017.



Ved universitetssykehusene varierer gjennomsnittlig liggetid for døgnoppholdene samlet fra 4,0 dager ved Helse Bergen til 4,5 dager ved Oslo universitetssykehus og Universitetssykehuset i Nord-Norge. Ved de andre helseforetakene/sykehusene varierte liggetiden mellom 3,5 dager ved Sykehuset i Vestfold, Sørlandet sykehus og Diakonhjemmet sykehus til 4,1 dager ved Nordlandssykehuset og Haraldsplass Diakonale sykehus. Tilsvarende finner vi også noen forskjeller i liggetid for både kirurgiske og medisinske døgnopphold.

### Variasjoner i omfang av dagkirurgi

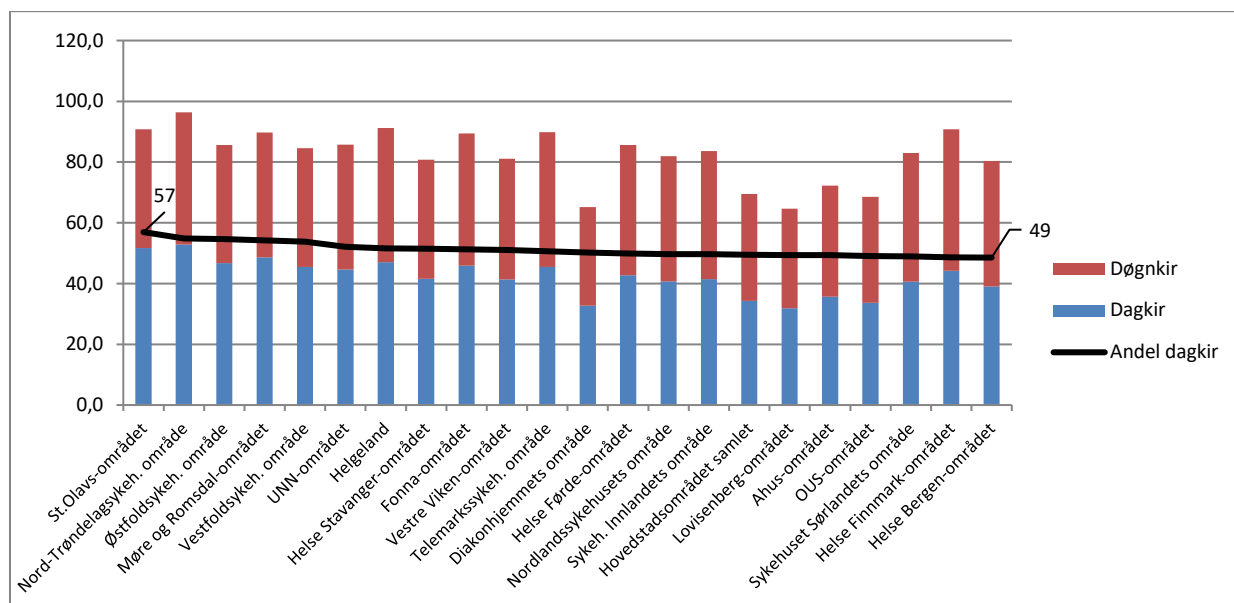
Det er tidligere påvist til dels store variasjoner i bruk av dagkirurgi generelt og for utvalgte inngrep blant annet av SKDE og i Samdata-publikasjoner.<sup>42</sup> Noe av forskjellene vi observerer vil kunne forklares med geografi og spredt bosetting, men det er grunn til å anta at forskjeller også skyldes ulik praksis ved sykehus og foretak.

Andel dagkirurgi av all kirurgi varierer en god del mellom helseforetak og sykehus delvis fordi de har ulike funksjoner på ulike fagområder. Ved å se på andel dagkirurgi utfra pasientenes bosted eliminerer vi dette forholdet. Figur 3.5.2 viser både omfang i bruk av dag- og døgnekirurgi per innbygger, samt andel dagkirurgi, per opptaksområde til foretakene. Andelen dagkirurgi varierer

<sup>42</sup> Se blant annet Dagkirurgi-sider på <https://www.helseatlas.no/>.

fra 57 prosent i området til St. Olavs Hospital til 49 prosent i Bergensområdet. Det er ikke veldig store forskjeller i andel, men det kan stilles spørsmål om ikke andelen kan økes noe i de områdene som ligger lavest i 2017. I tillegg er det ikke urimelig å forvente i årene fremover at flere kan gis dagkirurgisk behandling fremfor kirurgi med overnatting, slik at andelen kan øke noe i alle områder.

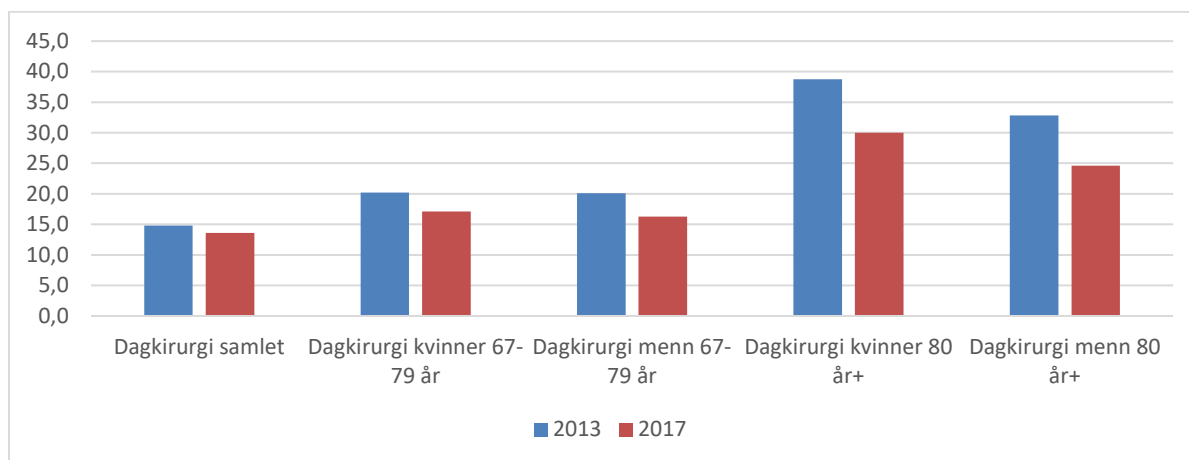
Figur 3.4.2 Bruk av dag- og døgncirurgi etter foretakenes opptaksområder, samt andel dagkirurgi, i 2017. Standardiserte rater.



I perioden 2013 til 2017 har forskjellene i bruk av dagkirurgi for foretaksområdene blitt noe redusert, målt med variasjonskoeffisient. Vi ser også det samme for døgncirurgi i denne perioden.

Vi har tidligere vist en økt bruk av dagkirurgi for de eldre pasientene, som særlig var tydelig i Helse Sør-Øst. Forskjellene i bruk av dagkirurgi mellom foretaksområdene for de eldre er vesentlig høyere enn når vi ser på dagkirurgi samlet. Dette gjelder særlig for de eldste pasientene, som vist i Figur 3.5.3. Samtidig ser vi at forskjellene er mindre i 2017 enn i 2013. Det må også påpekes at antall pasienter og opphold er mye lavere for de to eldre-gruppene enn for dagkirurgi samlet, slik at innslaget av tilfeldig variasjoner vil være større for de gruppene. Disse tallene gir likevel grunn til å stille spørsmål om overgang til bruk av dagkirurgi har kommet langt nok for alle aldersgrupper i alle områder.

Figur 3.4.3 Forskjeller i bruk av dagkirurgi mellom foretaksområder i 2013 og 2017 målt med variasjonskoeffisient.

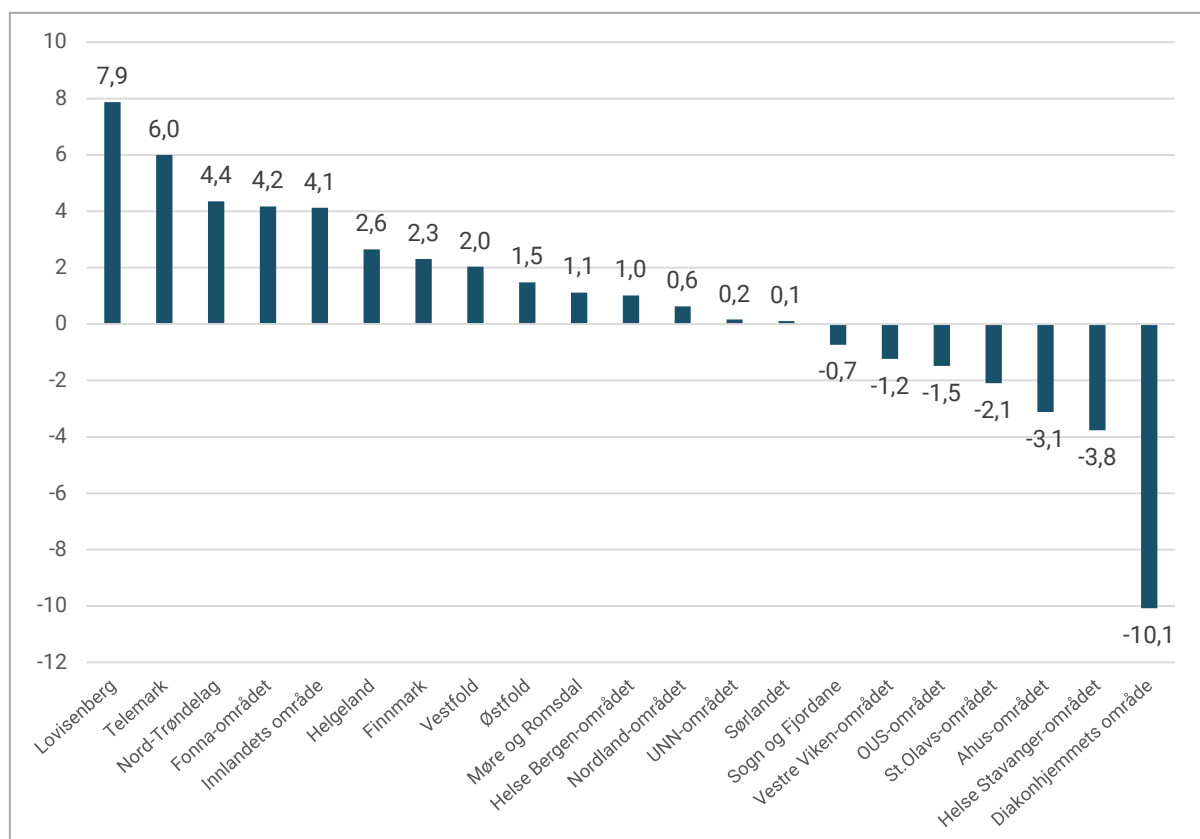


### 3.5 Forskjeller i omfanget av stormottakere

Som vist i tidligere avsnitt går en stor andel av ressursene i somatisk spesialisthelsetjenesten til få pasienter. Stormottakerne utgjorde 3,7 prosent av befolkningen i 2017. Det varierer noe mellom foretaksområdene i andelen stormottakere og hvor mye ressurser som blir brukt på denne gruppen. Variasjon mellom foretaksområdene kan skyldes ulik organiseringen av helsetjenestene med tanke på hvor mye av behandlingen som foregår i spesialisthelsetjenesten versus i primærhelsetjenesten. Samarbeid mellom helsetjenesten på ulikt nivå er nødvendig for disse pasientene, hvor et godt samarbeid kan potensielt bidra til redusert ressursbruk.

Figur 3.5.1 viser andel stormottakere i befolkningen i prosent avvik fra landsgjennomsnittet etter foretaksområde. Avviket i andel stormottakere i befolkningen varierte fra det nasjonale nivået fra 8 prosent til -10 prosent. Det er en sterk sammenheng mellom andel stormottaker i foretaksområdet og hvor mye ressurser som ble brukt på disse pasientene (korrelasjon på 0,91).

Figur 3.5.1: Andel stormottakere i befolkningen etter foretaksområde. Prosent avvik fra andel stormottakere i befolkningen nasjonalt. Tallene er kjønn- og aldersjustert, 2017



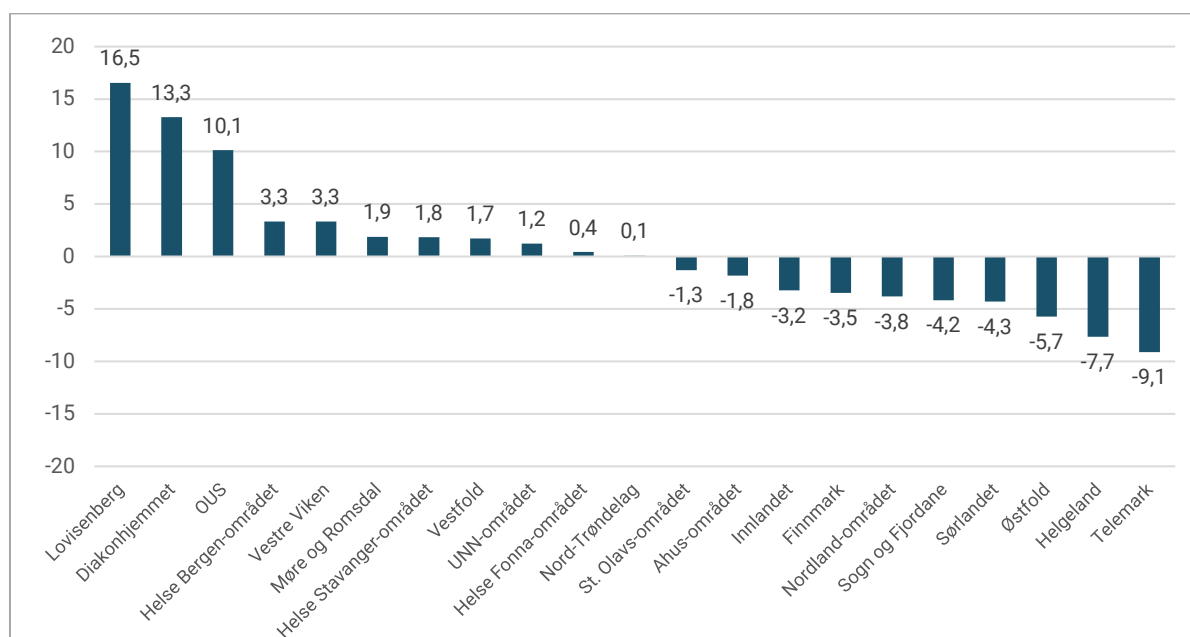
I 2017 var det 446 liggedøgn per 1 000 innbygger for stormottakerne, 24 dager mindre enn i 2013. Variasjonen i liggedøgn per innbygger mellom foretaksområdene økte noe fra 2013 til 2017. I 2017 var det 1,9 dager i forskjell i gjennomsnittlig liggetid for området med høyest og

lavest liggetid. Andel ressurser til stormottakerne som gikk til dag- og poliklinisk behandling var 16 prosent nasjonalt. Mellom foretaksområdene varierte andelen fra om lag 10 prosent til 18 prosent.

Variasjon i antall pasienter og aktivitetsnivå mellom foretaksområdene kan skyldes ulike behov i foretaksområdene. Tallene presenteres er korrigert for kjønn og alder. Andre faktorer kan bidra til forskjeller i behov kan være ulik sammensetning av sosioøkonomisk status og etnisitet i områdene. Geografi, deriblant avstand til sykehus, er en annen faktor som kan spille inn. Når vi ser på alle stormottakere synes å være et mønster i at foretaksområder i Oslo og områder med en større bykommune har lavere andel stormottakere sammenlignet med foretaksområder som består av mellomstore eller mindre kommuner. Lovisenberg er et unntak i denne betraktningen.

Figur 3.5.2 viser andel stormottakere etter foretaksområde for pasienter 80 år og over. Avviket i andel stormottakere i befolkningen fra det nasjonale nivået varierte fra 16 prosent til -9 prosent. Foretaksområder med høyere andel stormottakere for de eldste pasientene var ikke, med noen unntak, de samme som har høyere andel for alle stormottakere. Foretaksområdene i Hovedstadsområdet har, for den eldre befolkningen, høyere andel stormottakere enn andre foretaksområder.

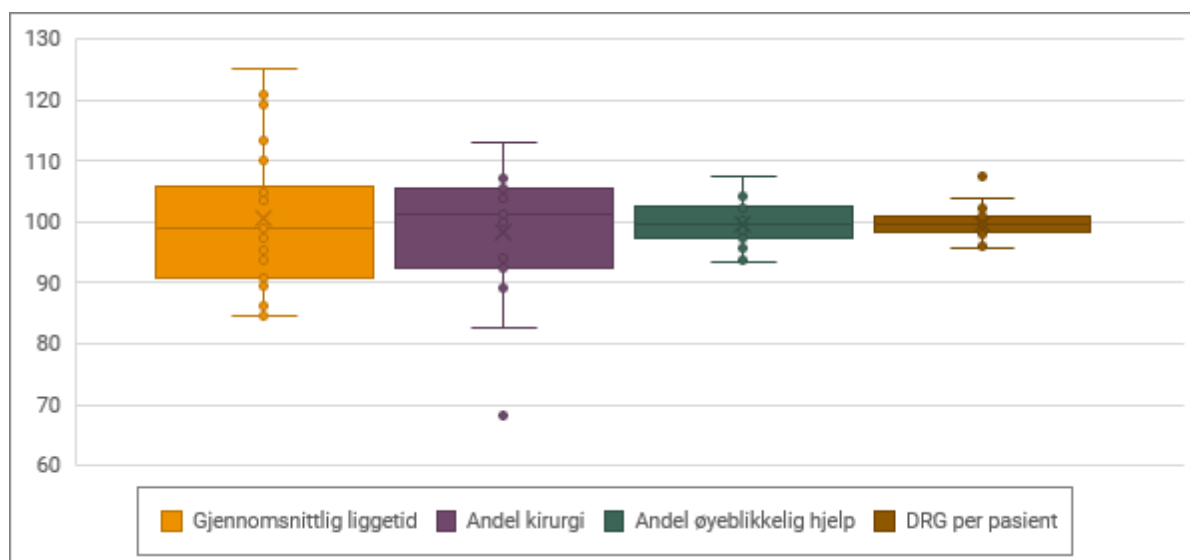
Figur 3.5.2: Andel stormottakere i befolkningen etter foretaksområde, 80 år og eldre. Prosent avvik fra andel stormottakere i befolkningen nasjonalt, 2017



Figur 3.5.3 viser variasjon mellom foretaksområdene for noen aktivitetsmål for de eldste stormottakerne. Stormottakere 80 år og eldre lå i gjennomsnitt 5,5 dager på sykehus i 2017, omtrent like lenge som for stormottakere samlet. Det var imidlertid større variasjon mellom foretaksområdene for de eldste stormottakerne enn yngre stormottakere. Det var også relativt store forskjeller i andel kirurgi for stormottakerne 80 år og eldre, med andel fra 18 prosent til 30 prosent.

For landet samlet var 78 prosent av døgnoppholdene registrert som øyeblikkelig hjelp ( for 80 år og eldre). Denne andelen varierte fra 73 prosent til 84 prosent mellom foretaksområdene. For gjennomsnittlig DRG-poeng per pasient var det mindre forskjeller. I gjennomsnitt ble det brukt 4,3 DRG-poeng per pasient for stormottakere 80 år og eldre. Det var en forskjell på 0,5 DRG-poeng per pasient mellom området med høyest og lavest nivå.

Figur 3.5.3: Variasjon i gjennomsnittlig liggetid, andel kirurgi, øyeblikkelig hjelp og DRG-poeng per pasient for foretaksområdene. Prosent avvik fra nasjonalt nivå, stormottakere 80 år og eldre, 2017

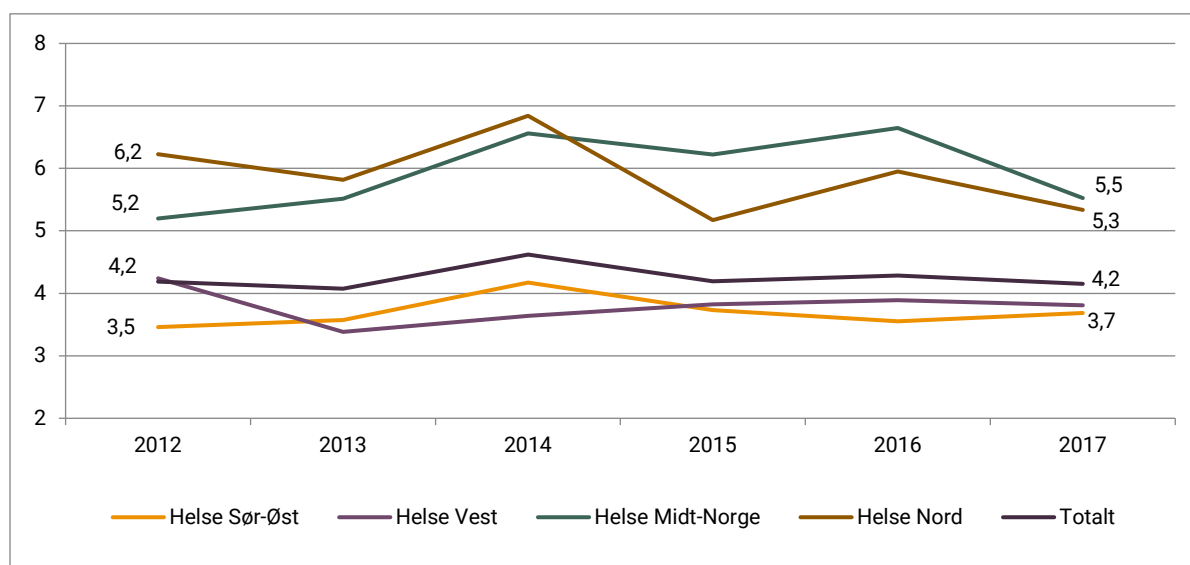


Oppsummert var det større forskjeller mellom helseforetaksområdene i gjennomsnittlig liggetid og andel kirurgi enn for andel øyeblikkelig hjelpinnleggelser og DRG-poeng per pasient. Ulik organisering og ulik oppgavefordeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale pleie- og omsorgstjenester vil kunne forklare noe av variasjonen mellom foretaksområdene for eldre stormottakere.

### 3.6 Variasjoner i liggedager for utskrivningsklare pasienter

Det er relativt store forskjeller mellom kommunene, foretaksområdene og regionene i antall utskrivningsklare opphold per innbygger og hvor lenge pasientene i gjennomsnitt ligger på sykehus. Utskrivningsklare pasienter i Helse Midt-Norge og Helse Nord ligger lengre på sykehus sammenlignet med samme pasientgruppe i Helse Sør-Øst og Helse Vest. Det er særlig liggetiden *etter meldt utskrivningsklar* som er lengre for pasienter fra Helse Midt-Norge og Helse Nord, vist i Figur 3.6.1. Liggedager etter meldt utskrivningsklar vil blant annet være avhengig av kommunenes kapasitet til å ta imot pasientene. Variasjonen mellom regionene i total gjennomsnittlig liggetid for utskrivningsklare pasienter var i 2017 på det laveste nivået for perioden 2012-2017.

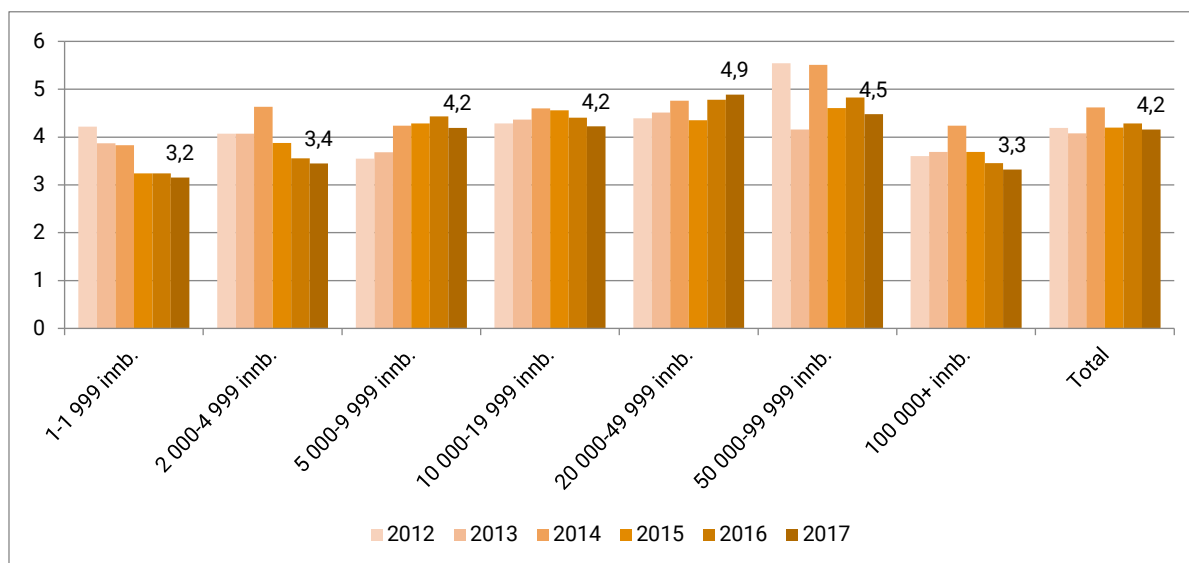
Figur 3.6.1: Gjennomsnittlig liggetid etter meldt utskrivningsklar per region 2012-2017



Kommuner med innbyggertall mellom 20 000 – 50 000 innbyggere hadde i hele perioden høyest nivå av utskrivningsklare opphold per innbygger (figur w). I 2017 hadde utskrivningsklare pasienter fra de minste kommunene (1 og 5 000 innbyggere) og de største kommunene (mer enn 100 000) kortere gjennomsnittlig liggetid etter meldt utskrivningsklar enn andre kommuner. Forskjellen mellom kommunegruppene i gjennomsnittlig liggetid etter meldt utskrivningsklar var noe større i 2017 enn tidligere i perioden 2012-2017.

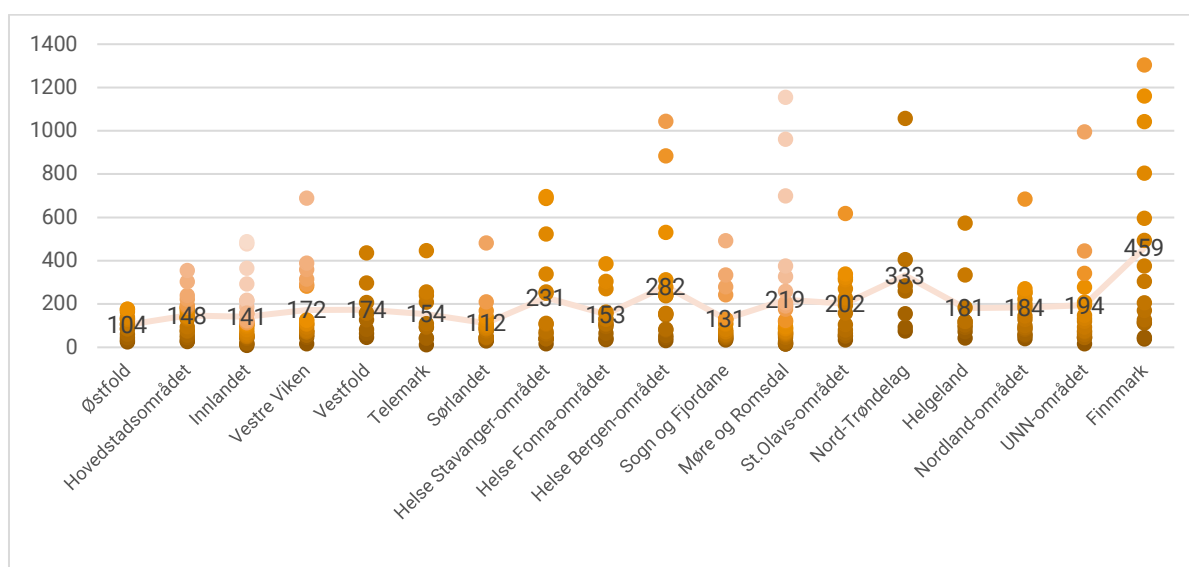


Figur 3.6.2: Gjennomsnittlig liggetid for utskrivningsklare pasienter etter kommunestørrelse 2012-2017



Figur 3.6.2 viser variasjon i antall utskrivningsklare liggedager mellom kommunene etter foretaksområdene. Variasjonskoeffisienten går fra 49 prosent til 134 prosent for foretaksområdene. I foretaksområdet med størst variasjon mellom kommunene var det en differanse på 459 dager per 1000 innbyggere mellom kommunene med minst og flest utskrivningsklare liggedager per 1 000 innbyggere for aldersgruppen 80 år og eldre. Kommunene i bostedsområdet med lavest antall liggedager hadde 104 liggedager per 1 000 innbyggere som utskrivningsklar, mens området med høyest gjennomsnitt hadde 459 dager, noe som tilsvarer en differanse på 355 dager.

Figur 3.6.3: Variasjon mellom kommuner i helseforetaksområdene i sum liggedager per 1 000 innbyggere som utskrivningsklar 80 år og eldre, 2017.



### **3.7 Variasjoner i rehabilitering**

I spesialisthelsetjenesten er det relativt store forskjeller mellom bostedsområdene i hvor mange pasienter som mottar rehabilitering. Dette gjelder både bruk av sykehusrehabilitering og rehabilitering i private institusjoner. En aktuell problemstilling er om forskjellene blir mindre når vi ser på bruk av rehabilitering i sykehus og bruk av private rehabiliteringsinstitusjoner samlet. Figur 3.8.1 viser at det fortsatt er store forskjeller mellom bostedsområdene når vi ser på rehabilitering samlet, men forskjellene blir noe mindre (variasjonskoeffisienten går ned fra 58,9 for sykehusrehabilitering alene til 27,6 for rehabilitering samlet). For eksempel ser vi at Vestfold, som har en veldig høy bruk av sykehusrehabilitering, ligger blant de laveste i bruk av private institusjoner. Finnmark har en lav bruk av rehabilitering i sykehus, men ligger til gjengjeld høyest i bruk av private rehabiliteringsinstitusjoner. Denne sammenhengen gjenfinnes ikke hos alle bostedsområdene; noen områder har høy eller lav bruk av begge typer rehabilitering, men det ser altså likevel ut til at bruk av private er med på å jevne ut forskjellene noe.

I spesialisthelsetjenesten er variasjonen mellom bostedsområdene størst for dag- og poliklinisk rehabilitering og sekundær rehabilitering i sykehus, samt døgnrehabilitering i private institusjoner. Når det gjelder døgnrehabilitering hos private, er det bostedsområdene i Helse Nord som har høy bruk, mens Helse Vest ligger lavere. For sekundær døgnrehabilitering i sykehus har forskjellen mellom bostedsområdene med høyeste og laveste pasientrate blitt større i femårsperioden 2013 til 2017 og det er særlig bostedsområdet Helgeland som skiller seg ut med høy bruk.

Rehabiliteringsfeltet i primærhelsetjenesten er preget i svært store forskjeller mellom kommunene. Det gjelder både rehabilitering i institusjon og rehabilitering utenfor institusjon. På grunn av at datakvaliteten for rehabiliteringstjenestene i kommunene er lav, er det vanskelig å si hva som er reelle forskjeller i tilbudet og hva som skyldes manglende registrering.

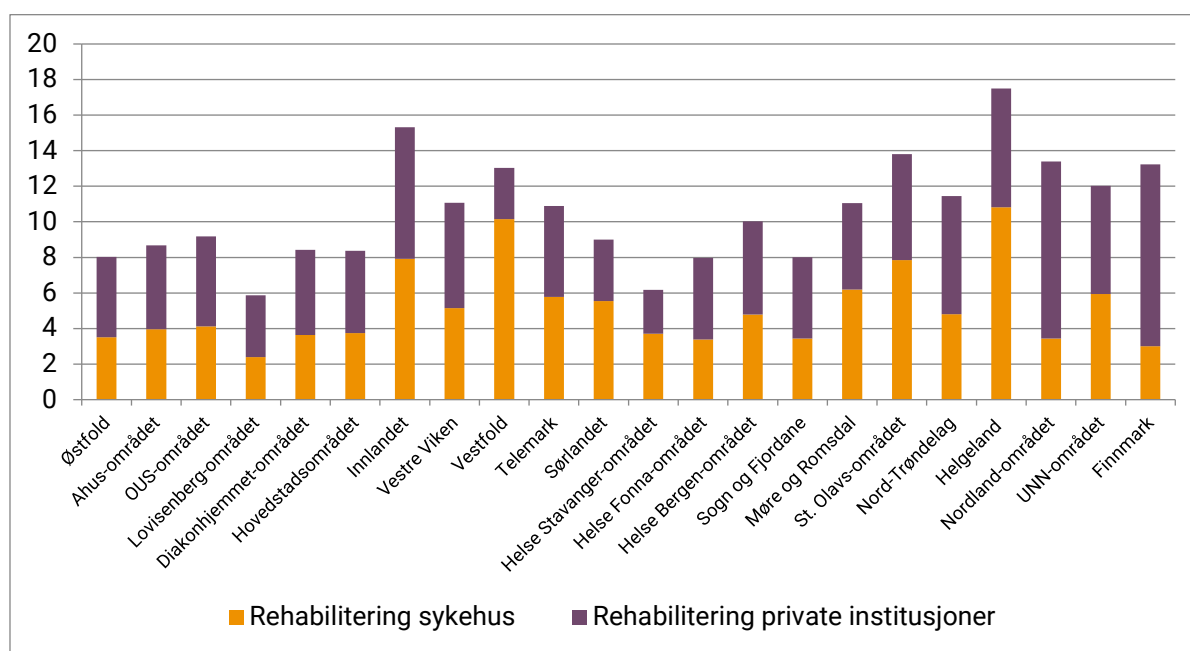
For rehabilitering i institusjon varierer antall mottakere per 1 000 innbyggere fra 0 til 48,6. Det er kommunene i Innlandets område som i gjennomsnitt ligger høyest, men det er også svært store forskjeller innad i denne regionen. Også i Vestre Viken-området er det store forskjeller mellom kommunene. For rehabilitering i institusjon kan det være en problemstilling at noen mottakere heller blir registrert som mottakere av vanlig korttidsopphold. Dette kan særlig være aktuelt i kommuner hvor plasser for vanlig korttidsopphold og korttidsopphold for rehabilitering er samlokalisert. Om og i hvor stor grad dette er en problemstilling som påvirker tallene, er vanskelig å si. Variasjon i bruk av vanlige korttidsopphold blir omtalt i neste delkapittel.

For rehabilitering utenfor institusjon er forskjellene mellom kommunene enda større. Her varierer antall mottakere per 1 000 innbyggere fra 0 til 110,8. Også her ser vi at kommunene i Innlandets område spriker mye i antall mottakere. Andre bostedsområder, som Østfold, Vestfold, Stavanger- og Bergen-området, har mindre variasjon, men har også et lavere nivå i antall mottakere.

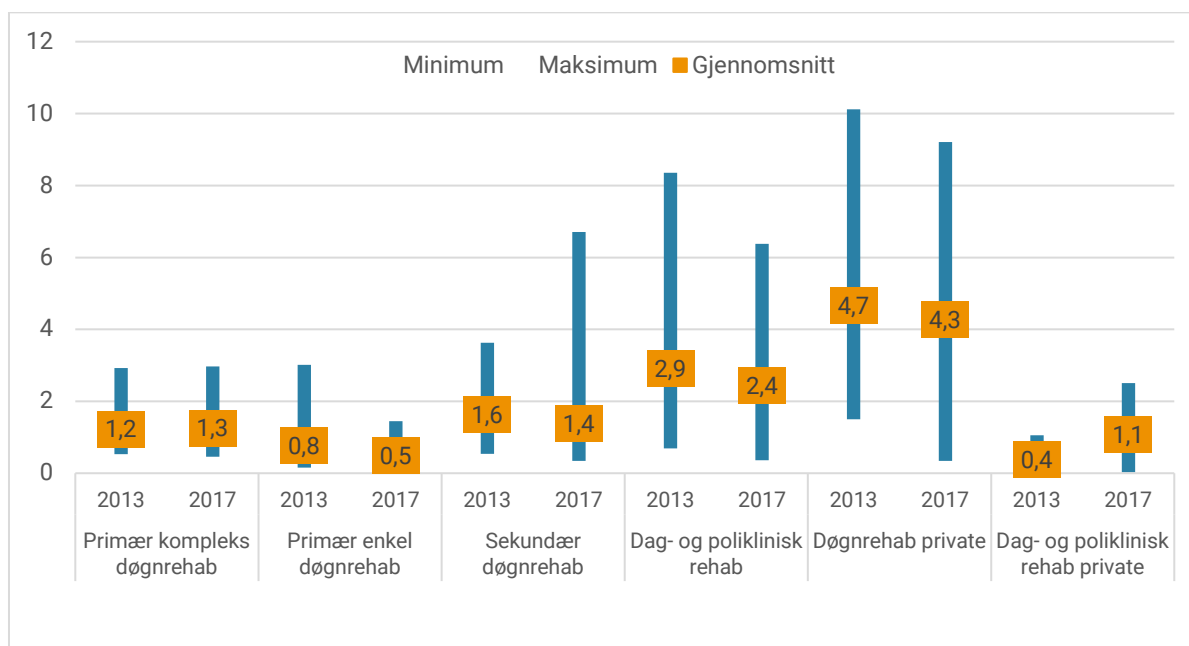
Når det gjelder mottakere av fysioterapi, inneholder tallene kun mottakere av fysioterapi hos private avtalefysioterapeuter. Det vil si at mottakere av fysioterapi hos kommunale fast ansatte fysioterapeuter ikke er inkludert. Hvis kommunene har ulike praksiser med å ansette fysioterapeuter selv eller inngå avtale med private, vil dette gi utslag når man ser på variasjoner.

I 2017 varierte antall mottakere av fysioterapi hos de private avtalefysioterapeutene fra 7 til 281 mottakere per 1 000 innbyggere. Helgeland er bostedsområdet med flest mottakere, men det er relativt store forskjeller innad i regionen. Variasjonen mellom kommunene i Østfold og Vestfold er mindre.

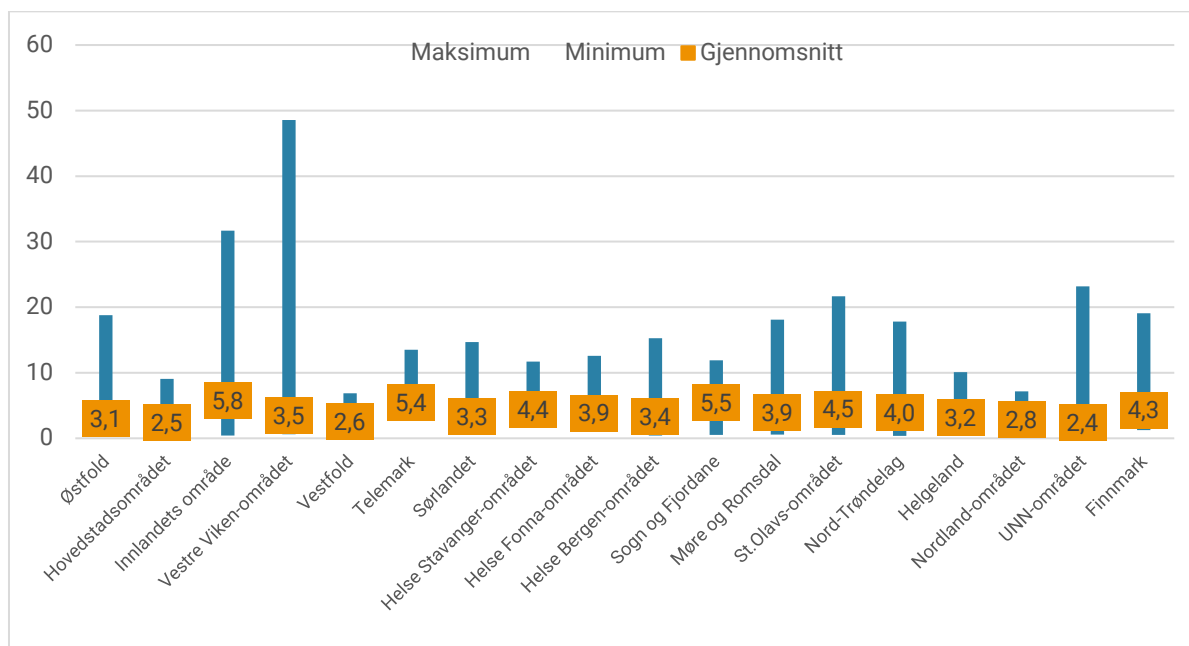
Figur 3.7.1: Antall rehabiliteringspasienter per 1 000 innbyggere i spesialisthelsetjenesten etter bostedsområde i 2017.



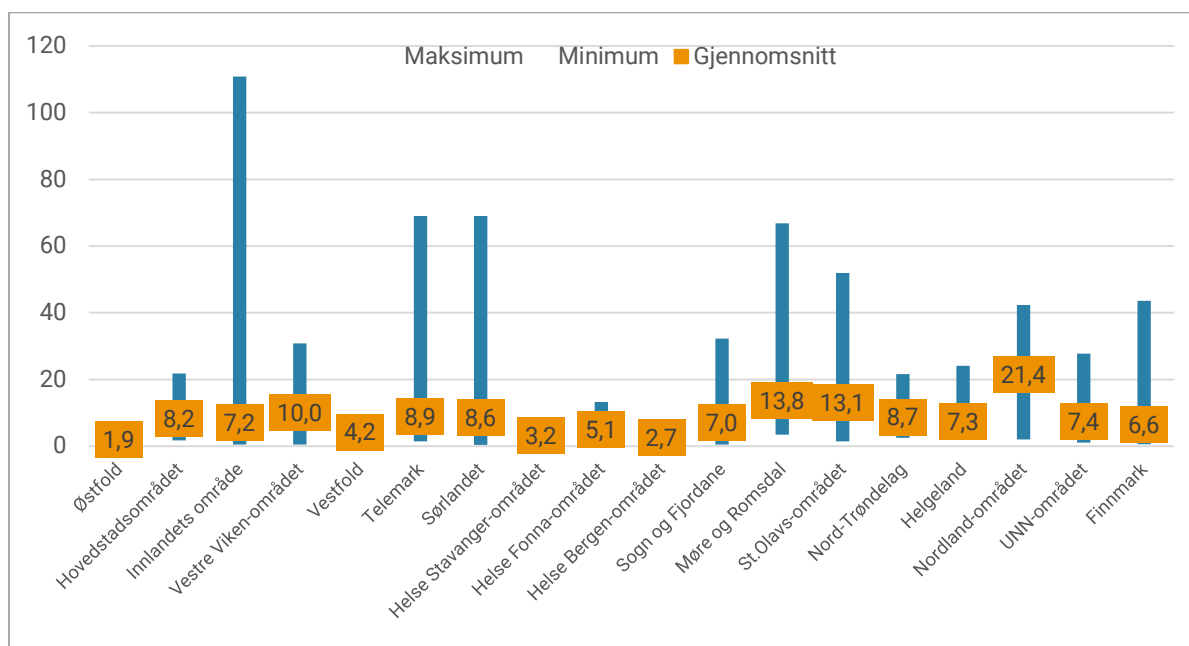
Figur 3.7.2: Variasjon mellom bostedsområder i antall pasienter per 1 000 innbyggere for ulike typer rehabilitering i spesialisthelsetjenesten i 2013 og 2017.



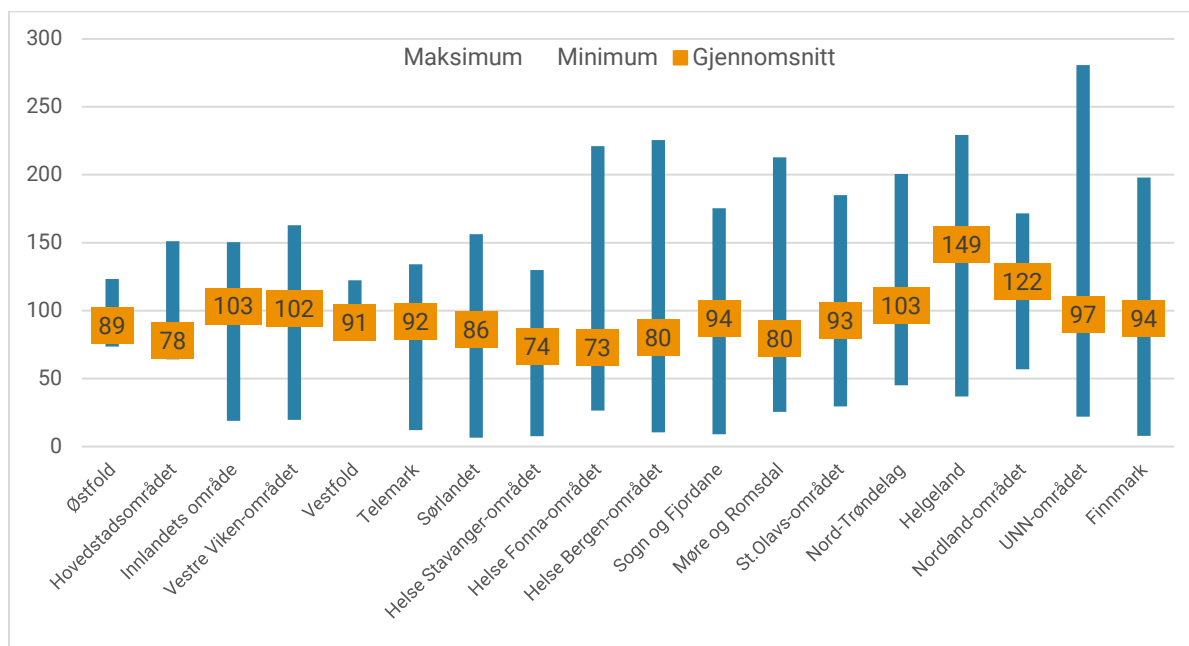
Figur 3.7.3: Variasjon mellom kommuner i antall mottakere av rehabilitering i institusjon per 1 000 innbyggere i primærhelsetjenesten i 2017.



Figur 3.7.4: Variasjon mellom kommuner i antall mottakere av rehabilitering utenfor institusjon per 1 000 innbyggere i primærhelsetjenesten i 2017.



Figur 3.7.5: Variasjon mellom kommuner i antall mottakere av fysioterapi hos private avtalefysioterapeuter per 1 000 innbyggere i primærhelsetjenesten i 2017.



## **4. Utvikling i psykisk helsevern og TSB**

## 4.1 Utvikling i psykisk helsevern for voksne

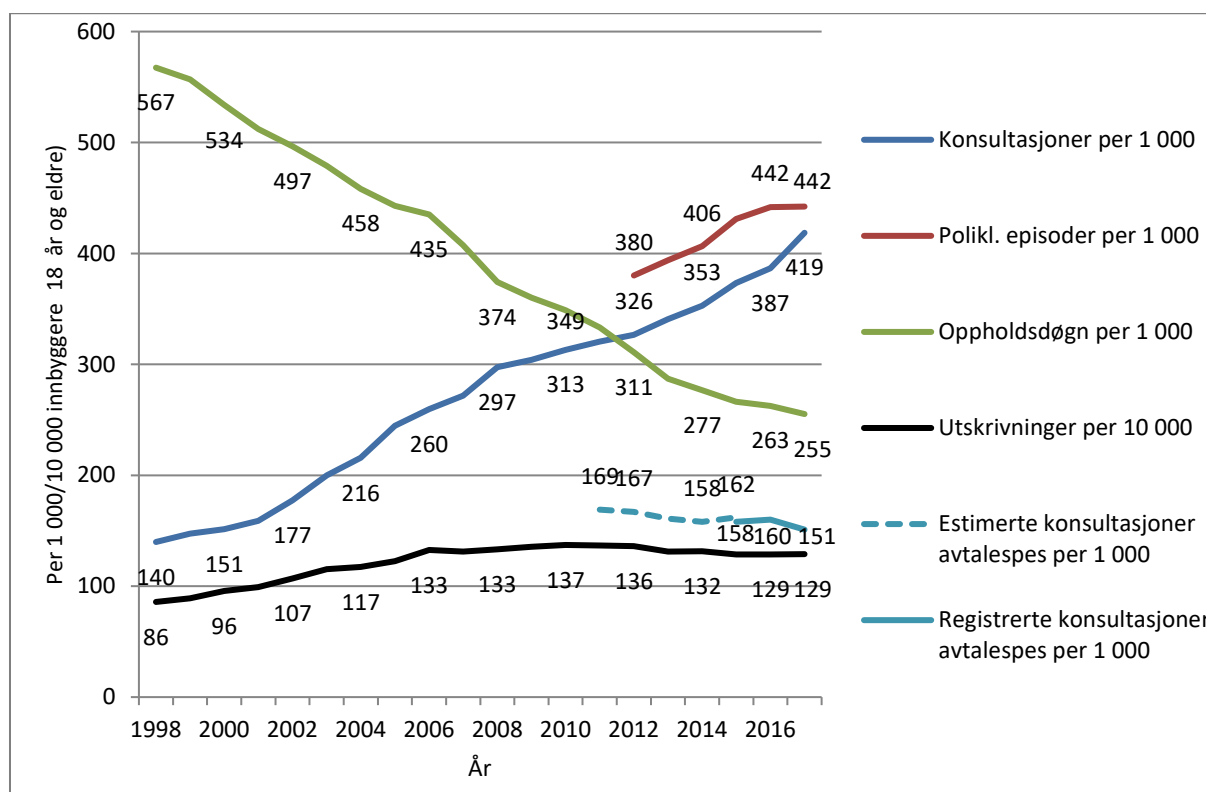
### Innledning

Det har gjennom mange år vært en målsetting å forskyve ressursinnsatsen i det psykiske helsevernet for voksne fra døgnavdelinger til poliklinisk og ambulant behandling. Samtidig har det vært en målsetting å bygge ut tjenestene i kommunene, slik at pasientene i størst mulig grad skal kunne motta nødvendige tjenester i sitt eget nærmiljø. Mange pasienter vil ha behov for tjenester både fra spesialisthelsetjenesten og fra kommunene. Utviklingen stiller derfor økte krav til koordinering og samhandling, internt i spesialisthelsetjenesten, og mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale tjenester. Vi vil i dette avsnittet se nærmere på utviklingen i behandlingsaktiviteten og pasientsammensetning i spesialisthelsetjenesten de siste 20 årene, med hovedvekt på utviklingen de siste 5 årene. En mer utfyllende beskrivelse finnes i Samdata Analysenotat 06/18.

### Utvikling i behandlingsaktiviteten

Figur 4.1.1 viser utviklingen i behandlingsaktiviteten i det psykiske helsevernet for voksne fra 1998 til 2017. Indikatorene er målt som rater i forhold til innbyggertall 18 år og eldre. Tallene for avtalespesialistene omfatter bare pasienter 18 år og eldre.

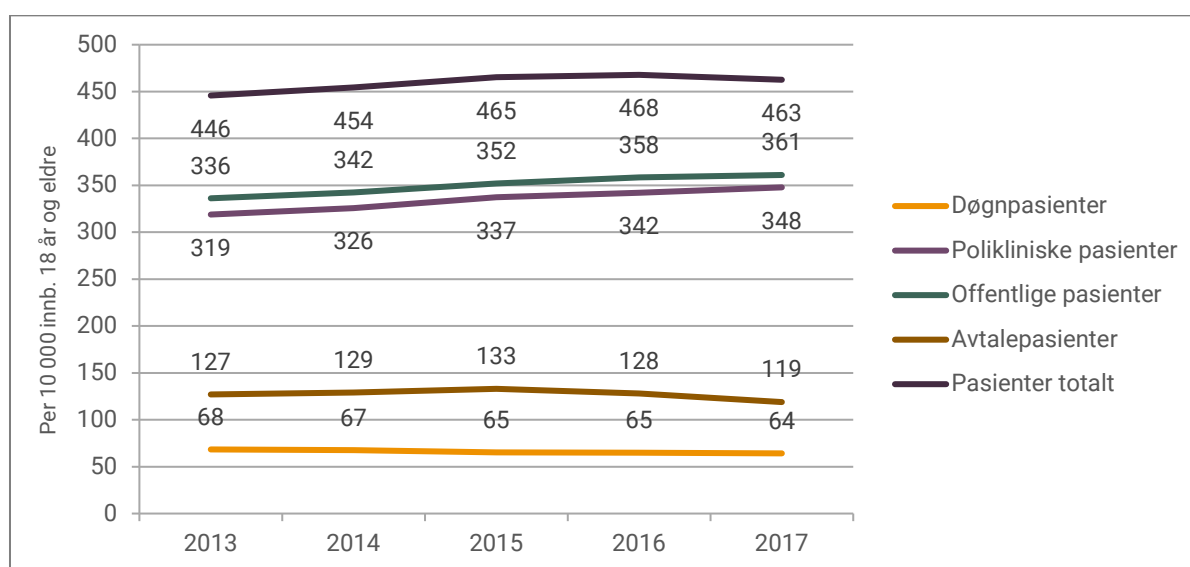
Figur 4.1.1 Oppholdsdøgn, utskrivninger, refusjonsberettigede konsultasjoner ved poliklinikkene samt konsultasjoner hos avtalespesialistene 1998-2017.



Siden 1998 har raten for oppholdsdøgn blitt redusert med 54 prosent, men utskrivningsraten økte likevel fram til 2011. Siden 2011 har utskrivningsraten blitt svakt redusert. Utskrivningsraten var i 2017 likevel 50 prosent høyere enn i 1998. Gjennomsnittlig varighet av et institusjonsopphold har blitt redusert betydelig, fra 66 døgn i 1998 til 20 døgn i 2017. Konsultasjonsraten ved poliklinikkene ble nær tre-doblet. Konsultasjonsraten hos avtalespesialistene har gått svakt ned i den perioden vi har data for dette, dvs. 2011-2017.

Figur 4.1.2 viser utviklingen i pasientratene for ulike tjenester (per 10 000 innbygger 18 år og eldre) over perioden 2013 til 2017. For perioden 2013 til 2015 benyttes estimerte tall for avtalepasienter og pasienter totalt.

Figur 4.1.2 Pasienter i det psykiske helsevernet for voksne etter tjenestetype. Rater per 10 000 innbyggere 18 år og eldre.



I 2017 var 193 000 pasienter i kontakt med det psykiske helsevernet for voksne. Dette tilsvarer 4,6 prosent av befolkningen 18 år og eldre. Siden 2013 har det totale pasienttallet økt med om lag 9 prosent. Korrigert for befolkningsveksten var økningen 5 prosent.

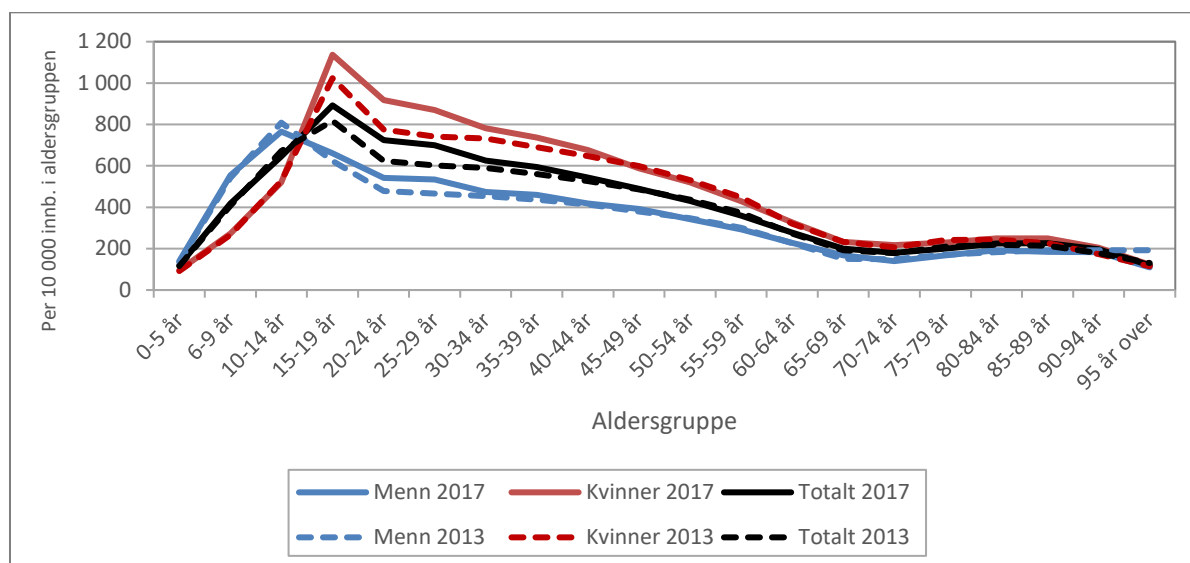
Det er særlig tallene for polikliniske pasienter som har økt. I 2017 ble 145 000 pasienter behandlet ved poliklinikkene. Dette gir en økning i pasientraten på 9 prosent siden 2013. Raten for døgnpasienter (om lag 27 000 pasienter) og raten for avtalespesialistene (om lag 50 000 pasienter) har i samme periode begge blitt redusert med 6 prosent.

60 prosent av pasientene er kvinner. De er i flertall for alle tjenestetyper. Høyest kvinneandel finner vi hos avtalepsykologene (68 prosent), og lavest blant døgnpasientene (54 prosent). Fordelingen har holdt seg stabil de siste årene.

Figur 4.1.3 viser pasientrater etter kjønn og alder i 2013 og i 2017. Figuren omfatter både pasienter i psykisk helsevern for barn og unge og for voksne.



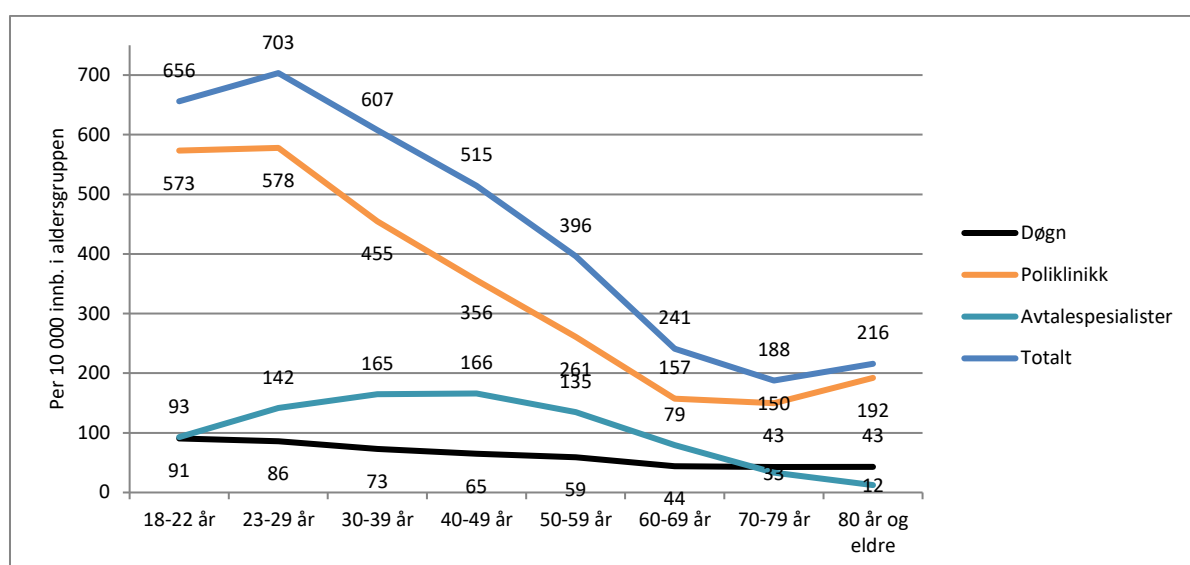
Figur 4.1.3 Pasienter i det psykiske helsevernet etter kjønn og alder i 2013 og i 2017. Rater per 10 000 innbyggere i gruppen.



For begge år finner vi gjennomgående det samme mønsteret: Pasientraten øker fram til aldersgruppen 10-14 år for guttene, der nær 8 prosent er i kontakt med tjenestene, og fram til aldersgruppen 15-19 år for kvinnene, der drøyt 11 prosent er i kontakt med tjenestene i løpet av et år. Veksten i pasientratene fra 2013 til 2017 har i all hovedsak kommet for kvinner i alder 15 til 29 år, samt for menn 20 til 29 år. For øvrige aldersgrupper er ratene tilnærmet de samme begge år.

Figur 4.1.4 viser rater for pasienter etter alder for de viktigste behandlingstilbudene i det psykiske helsevernet for voksne i 2017. Den relative fordelingen har holdt seg stabil de senere årene.

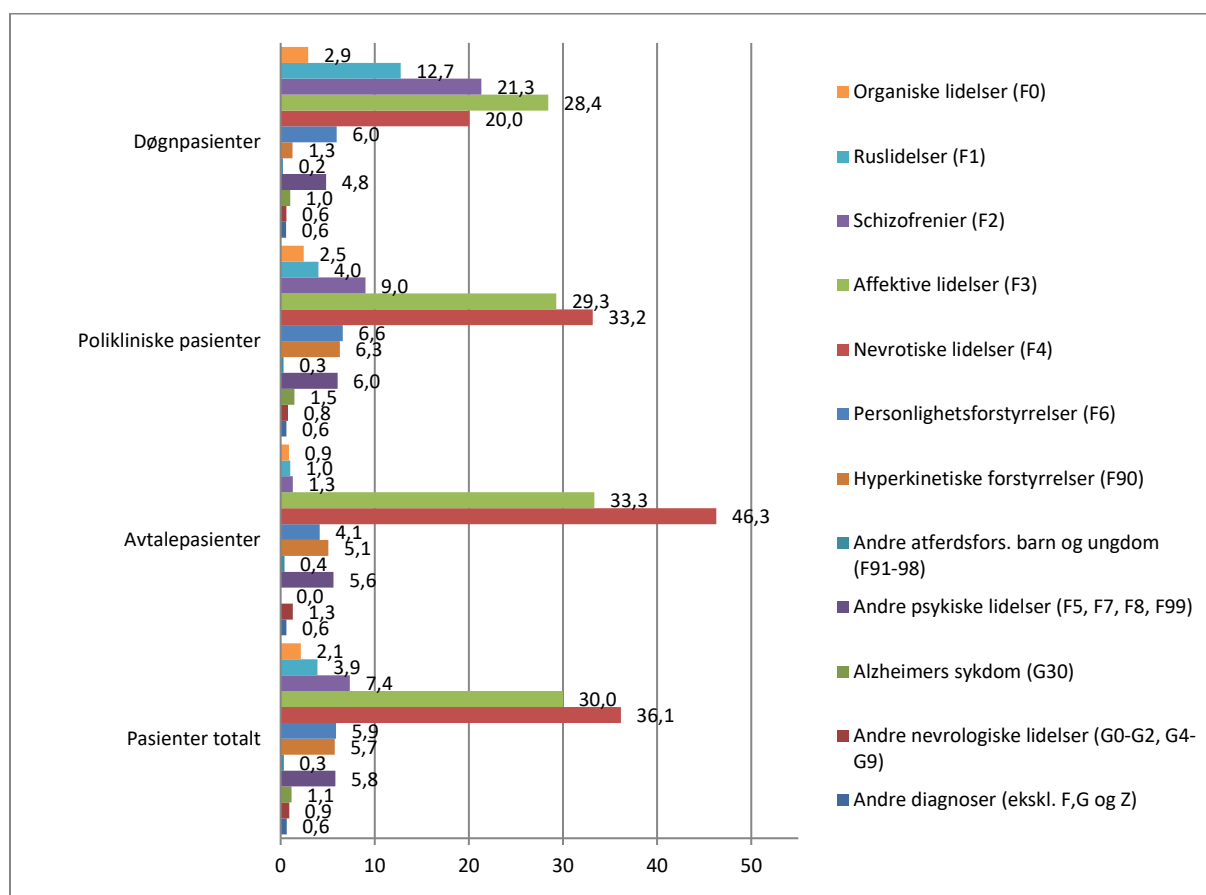
Figur 4.1.4 Pasienter etter alder i de viktigste behandlingstilbudene i det psykiske helsevernet for voksne i 2017. Rater per 10 000 innbyggere i aldersgruppen.



I psykisk helsevern for voksne samlet synker ratene med økende alder. Samme mønster finner vi for døgnavdelingene og poliklinikkene. For pasienter hos avtalespesialistene finner vi et avvikende mønster, med hovedtyngden av pasientene i aldersgruppen 30 til 49 år.

Figur 4.1.5 viser den prosentvise fordeling av pasienter etter pasientens hoveddiagnose og behandlingstilbud i 2017. Fordelingen har holdt seg relativt stabil de senere årene.

Figur 4.1.5 Pasienter i det psykiske helsevernet for voksne i 2017 etter behandlingstilbud og diagnose. Prosent.



Flertallet av pasientene hadde enten en affektiv eller nevrotisk lidelse. Dette var spesielt uttalt hos avtalespesialistene. I de offentlige tjenestene var det et større innslag også av pasienter diagnostisert med schizofreni eller ruslidelse som hoveddiagnose. Spesielt gjelder dette døgnpasientene. Disse pasientgruppene behandles i liten grad hos avtalespesialistene.

På grunn av større behov for tjenester står pasienter med en schizofreni-diagnose for en større andel av oppholdsdøgnene (37 prosent) enn av døgnpasientene (21 prosent). Tilsvarende står de for 17 prosent av de polikliniske konsultasjonene, mot 9 prosent av de polikliniske pasientene.

### Utvikling i døgnbehandling 2013-2017

Ved de offentlige institusjonene går om lag 70 prosent av driftsutgiftene til døgnavdelingene.

Siden fra 2013 til 2017 har den samlede pasientraten ved døgnavdelingene blitt redusert med 6 prosent. Nedgangen gjelder for begge kjønn og da særlig for pasienter i alderen 40 til 60 år. Som eneste gruppe finner vi en økning for kvinner i alderen 18 til 22 år.

Raten for oppholdsdøgn har i samme periode blitt redusert med 11 prosent. Nedgangen har vært gjennomgående for alle aldersgrupper og begge kjønn. Utskrivningsraten har i samme periode blitt redusert med 2 prosent. Dette gir en nedgang i gjennomsnittlig varighet av oppholdene fra 21,8 til 19,8 døgn.

Med færre og kortere opphold kan det oppstå et press i retning flere øyeblikkelig-hjelp innleggelse. Vi finner imidlertid bare en marginal økning i andel øyeblikkelig hjelp-innleggelse, fra 65 til 66 prosent av innleggelsene på landsbasis.

Det vil også kunne oppstå et press i retning flere re-innleggelse (øyeblikkelig hjelp-innleggelse innen 30 dager. Helsedirektoratet har tidligere analysert dette i et eget notat (Samdata analysenotat 03-2018), der en sammenlignet tall for 2012-2013 med 2015-2016.

Samlet sett var det liten endring i omfanget av re-innleggelse (fra 16 til 17 prosent). Varigheten av døgnbehandlingen i psykisk helsevern for voksne ble redusert fra 2012-13 til 2015-16. Median varighet av den sammenhengende døgnbehandlingen på tvers av institusjonene gikk ned fra 8 til 7 dager. I tillegg hadde andel lange døgnbehandlinger gått ned siden 2012-13. Reduksjonen av varigheten av døgnbehandlingen gjaldt spesielt pasienter som ble skrevet ut etter behandlingstjenester rettet mot rusmiddelbruk eller personlighetsforstyrrelser.

Pasienter i behandling for schizofreni eller personlighetsforstyrrelse hadde det høyeste omfanget av reinnleggelse som var på hhv 21 og 35 prosent av utskrivningene i 2015-16. For pasienter i behandling for personlighetsforstyrrelse økte andelen med 4 prosentpoeng fra 2012-13.

Rapporten analyserte også omfanget av polikliniske kontakter etter utskrivning. Andel døgnpasienter som var i kontakt med poliklinikk i psykisk helsevern eller TSB innen 30 dager etter utskrivning økte fra 55 til 60 prosent. Det var pasienter med schizofrenidiagnose eller personlighetsforstyrrelse som i størst grad hadde poliklinisk kontakt etter utskrivning.

En vesentlig del av personellkapasiteten i psykisk helsearbeid og kommunalt rusarbeid er knyttet til boligtilbud med fast personell (66 prosent) samt ambulante tjenester for hjemmeboende pasienter (21 prosent), se avsnitt 5.4. Blant voksne brukere av det kommunale tilbudet er over 60 prosent klassifisert som pasienter med alvorlige langvarige problemer/lidelser.

### **Distriktpsikiatriske tjenester**

Etablering av distriktpsikiatriske sentre var et hovedgrep i opptrappingsplanen for psykisk helse som ble lansert i 1999. Distriktpsikiatriske sentre (DPS) utgjør den desentraliserte spesialisthelsetjenesten som skal dekke alle vanlige behov på spesialistnivå. Det omfatter tilbud til mennesker med angst, depresjon, tvangslidelser, psykoser, spiseforstyrrelser, personlighetsforstyrrelser, ADHD, traumer, rusavhengighet, alderspsykiatri med mer. Sykehus

skal ivareta sjeldne eller særlig kompliserte tilstander. Eksempler er sikkerhetspsykiatri, lukkede akuttavdelinger, særlig alvorlige spiseforstyrrelser, alvorlig alderspsykiatri og alvorlige personlighetsforstyrrelser.

Poliklinisk og ambulant virksomhet er nå i hovedsak lokalisert til DPS-ene. I de senere årene har imidlertid overføring av døgnbehandling fra sykehus til DPS stoppet opp. Dette kan være et uttrykk for den arbeidsdelingen som er skissert ovenfor. Som vi skal komme tilbake til i kapittel 5 er det imidlertid store forskjeller mellom foretakene i omfang og andel døgnbehandling som er lagt til DPS-ene. Dette kan indikere at det fortsatt er et potensial for ytterligere desentralisering av døgn tjenestene.

### **Utvikling i poliklinisk behandling 2013-2017**

Finansieringen av poliklinisk virksomhet ble lagt om fra 2017 ved at slik virksomhet ble inkludert i innsatsstyrt finansiering. I denne omleggingen ble registrering av blant annet gruppebehandling endret, ved at takstkoder for gruppebehandling skulle registreres på alle pasienter i gruppen, ikke bare en pasient. Dette medførte blant annet en økning i omfanget av konsultasjoner med registrert takstkode for gruppebehandling.

Siden 2013 har raten for konsultasjoner med registrert takstkode økt med 23 prosent. Fra 2016 til 2017 var økningen 8 prosent. Økningen skyldes imidlertid i stor grad endringer i regler ved omlegging av finansieringssystemet. Hvis vi i stedet ser på polikliniske kontakter totalt (med og uten refusjon) var økningen 12 prosent fra 2013 til 2017, mens det var ingen økning fra 2016 til 2017. Det kan derfor se ut til at økningen i den polikliniske aktiviteten har stoppet opp det siste året.

Fra 2013 til 2017 økte pasientraten ved poliklinikkene med 9 prosent. Veksten siste år var 2 prosent. Det har altså vært en noe sterkere økning i antall kontakter enn i antall pasienter, fra 12,3 kontakter i snitt til 12,7 kontakter per år.

### **Behandlingsaktivitet hos avtalespesialistene 2015-2017**

Fra 2015 til 2017 var det en nedgang i konsultasjonsraten hos avtalespesialistene på 4 prosent. Nedgangen kom fra 2016 til 2017 (minus 6 prosent). Pasientraten ble redusert med 6 prosent fra 2015 til 2017. Også her kom nedgangen det siste året (minus 7 prosent). Fra 2015 til 2017 økte antall konsultasjoner per år per pasient fra 12,4 til 12,7.

Vi har ovenfor sett at avtalespesialistene har en annen alders- og diagnoseprofil enn døgnavdelinger og poliklinikker. Dette kan være et uttrykk for en arbeidsdeling. Det kan imidlertid også være et uttrykk for dårlig koordinering og ulik prioritering. Det bør derfor utredes hvordan en kan få til en bedre samordning mellom tjenestene.

## **4.2 Utvikling i psykisk helsevern for barn og unge 2013-2017**

### **Innledning**

Etter at Opptappingsplanen for psykisk helse ble iverksatt for 20 år siden, har det vært en vekst i antall barn og unge som mottar tjenester knyttet til psykisk helse. I spesialisthelsetjenesten økte pasienttallet kraftig i løpet av planperioden, mens veksten har vært svakere i årene etterpå. I kommunal sektor ser man at barn og unge som har vært i kontakt med fastlege for psykiske vansker eller symptomer har økt betydelig de siste årene (SAMDATA Kommune), og i selvrapporteringer om helse og levekår (Ungdata), øker omfanget av psykiske helseplager blant ungdom på ungdomstrinnet og i videregående skole.

Dette betyr at et økende antall barn og unge er i kontakt med flere instanser på ett eller flere forvaltningsnivå. For at hjelpen skal oppleves som virksom og at ressursene utnyttes best mulig, er det viktig med samordnede og kontinuerlige tjenester for denne gruppen. I Regjeringens strategi for god psykisk helse (Mestre hele livet, avsnitt 7.5) presiseres det at tverrsektorielt samarbeid mellom ulike kommunale tjenester og mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten, er avgjørende for å sikre god kvalitet og sammenheng i tjenestene til barn og unge med sammensatte vansker og lidelser. Videre pekes det på at samhandling mellom kommunale tjenester og det psykiske helsevernet er en nøkkelutfordring, og at viktige spørsmål knytter seg til prioriteringsutfordringer og oppgavefordeling mellom det psykiske helsevernet og kommunene.

Formålet med denne delen av rapporten er å beskrive utviklingen i det psykiske helsevernet for barn og unge siste fem år, for hvilke grupper av pasienter det har vært vekst, og for hvilke grupper bruken av tjenester har avtatt.

### **Utvikling i pasienter og behandlingsaktivitet**

Det var en svak vekst i behandlede pasienter i det psykiske helsevernet for barn og unge fra 2013 til 2017. Siste år ser man imidlertid en noe sterkere vekst enn tidligere år. I 2017 var 59 085 pasienter i kontakt med tjenesten. Dette omfattet både pasienter behandlet i offentlige tjenester (PHV-BU) og hos avtalespesialister. Aktiviteten i tjenesten økte mer i perioden enn antall pasienter, både målt i antall konsultasjoner, oppholdsdøgn og utskrivninger. Pasienter behandlet hos avtalespesialister, som utgjør en liten andel i tjenestene til barn og unge, avtok i femårsperioden.

Tabell 4.2.1 viser den nasjonale utviklingen i aktivitet og antall pasienter som mottok behandling i det psykiske helsevernet i perioden 2013 til 2017.

Tabell 4.2.1 Pasienter og aktivitet i det psykiske helsevernet for barn og unge 2013-2017.

	2013	2014	2015	2016	2017	Prosent endring 2016-17	Prosent endring 2013-17
Konsultasjoner med refusjon i PHV-BU	761 435	783 015	817 529	821 669	840 569	2,3	10,4
Konsultasjoner hos avtalespesialister	29 392	29 096	28 441	28 616	26 658	-6,8	-9,3
Oppholdsdøgn PHV-BU	78 469	80 570	82 018	83 780	88 387	5,5	12,6
Utskrivninger PHV-BU	2 792	2 82 8	2 97 8	2 96 6	3 16 8	6,8	13,5
Pasienter PHV-BU	55 304	55 263	56 162	55 527	57 252	3,1	3,5
Pasienter hos avtalespesialister <sup>1</sup>	2 942	2 878	2 865	2 691	2 563	-4,8	-12,9
Pasienter totalt i PHV-BU og hos avtalespesialister <sup>1</sup>	57 380	57 355	58 234	57 507	59 085	2,7	3,0
Pasienter totalt per 10 000 innb. 0-17 år	509	508	516	508	523	2,9	2,8
Befolkning	1 125 161	1 125 604	1 127 402	1 131 052	1 129 007	-,02	0,3

<sup>1</sup> Data fra avtalespesialistene har ikke vært komplette og antallet pasienter og konsultasjoner ble estimert for 2015 og tidligere år.

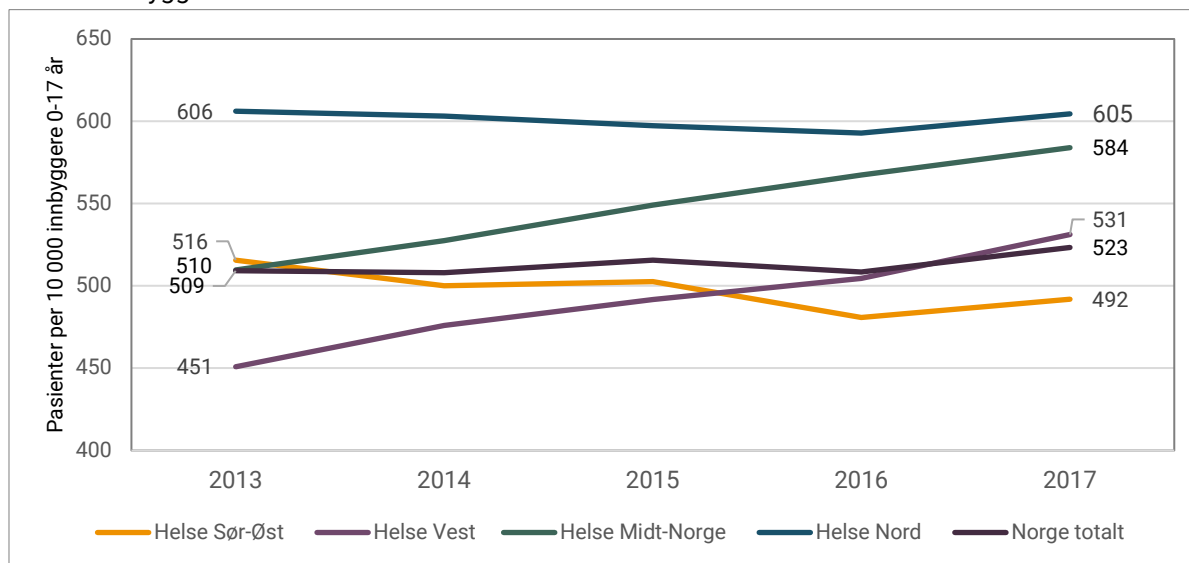
Her beskrives videre utviklingen for pasienter fordelt på region, kjønn og alder. For beskrivelse av utviklingen for konsultasjoner, oppholdsdøgn og utskrivninger i perioden, se Analysenotat 09/2018 Bruk av tjenester i psykisk helsevern for barn og unge - utvikling og variasjon 2013-2017.

#### Utvikling for pasienter - nasjonalt og regionalt nivå

Figur 4.2.1 presenterer utviklingen i pasienter i det psykiske helsevernet på nasjonalt nivå og for de ulike regionene. Omfanget av pasienter er målt som rater i forhold til innbyggertallet 0-17 år.

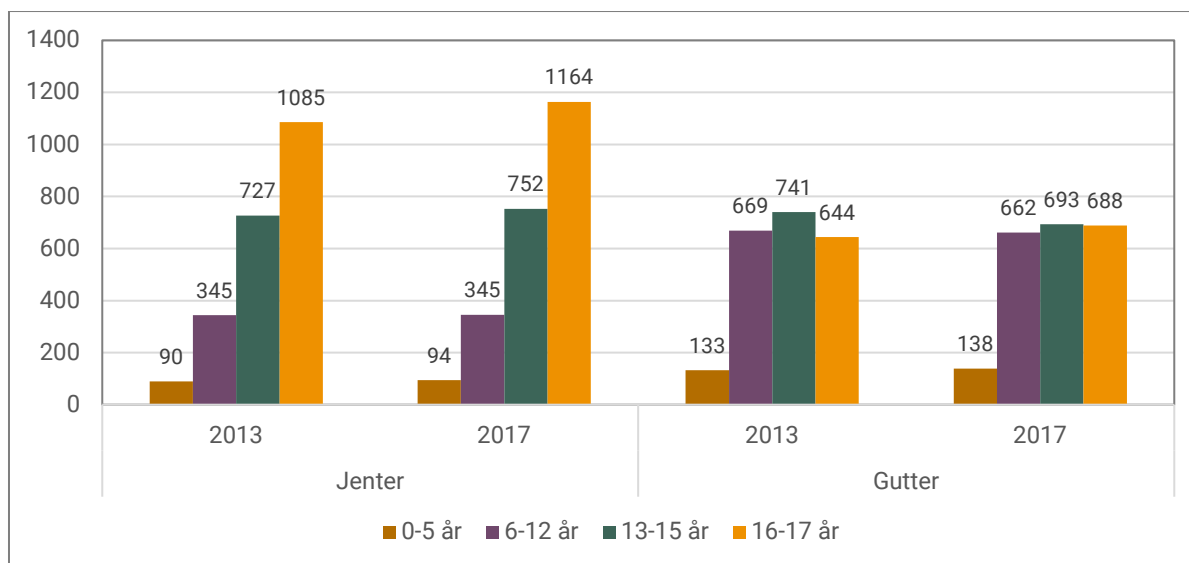
I perioden 2013 til 2017 var det et tilnærmet stabilt omfang av barn og unge som var i behandling i det psykiske helsevernet på nasjonalt nivå, med noe vekst siste år. I Helse Nord var det i hele perioden høyere bruk av tjenester enn i de øvrige regionene. I løpet av perioden har forskjellen mellom regionene blitt noe mindre. Dette skyldes først og fremst økningen i bruken av tjenester i Helse Vest (opp 17,8 prosent). Det var også vekst i Helse Midt-Norge (opp 14,6 prosent), mens behandlede pasienter var avtagende i Helse Sør-Øst (ned 4,6 prosent). Fra 2016 til 2017 var det vekst i alle regioner.

Figur 4.2.1 Pasienter i PHV-BU og hos avtalespesialister etter bostedsregion 2013-2017. Rater per 10 000 innbyggere 0-17 år.



### Utvikling for pasienter nasjonalt nivå – kjønn og alder

Figur 4.2.2 Pasienter i PHV-BU og hos avtalespesialister etter kjønn og alder for årene 2013 og 2017. Rater per 10 000 innbyggere 0-17 år.



Figur 4.2.2 belyser utviklingen i bruk av tjenester i det psykiske helsevernet fordelt på kjønn og alder, målt i behandlede pasienter. Figuren viser at gutter i førskole- og barneskolealder hadde høyere bruk av tjenester i det psykiske helsevernet enn jenter. Blant ungdom i alderen 16-17 år var det derimot betydelig flere jenter enn gutter som var i behandling. Det var mindre kjønnsforskjell i pasientratene for aldersgruppen 13 til 15 år. Denne tendensen gjaldt både i 2013 og 2017.

Fra 2013 til 2017 var det sterkere vekst i behandlede pasienter blant 16-17 åringene enn i de øvrige aldersgruppene. Dette var tilfelle både for jenter og gutter. Andre analyser viser også økt bruk av tjenester blant tenåringsjenter<sup>43</sup>.

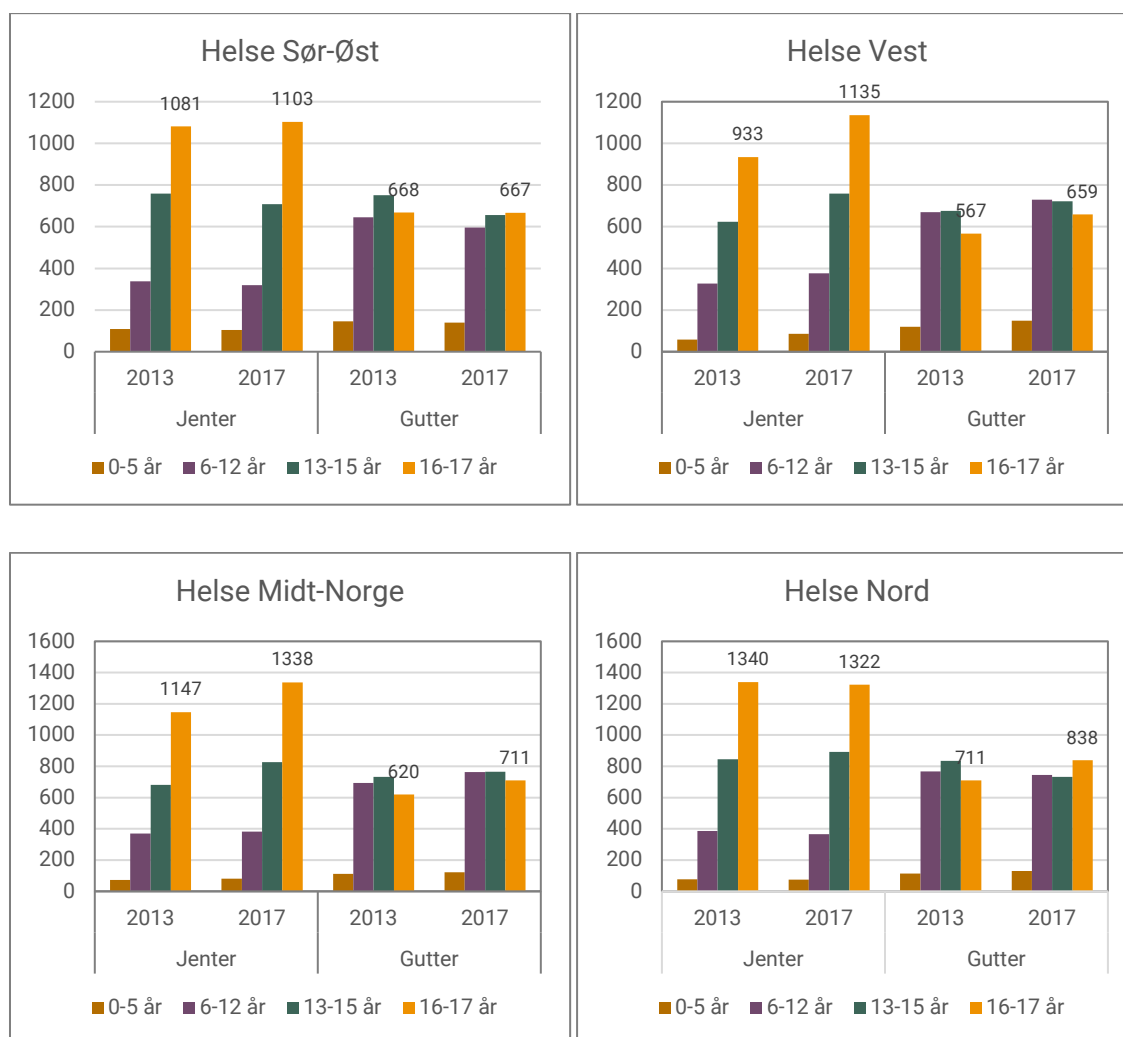
Tabell 4.2.2 Prosent endring i pasientrate (per 10 000 innbyggere 0-17 år) i PHV-BU og hos avtalespesialister 2013-2017.

Prosent endring 2013-2017	0-5 år	6-12 år	13-15 år	16-17 år
Gutter	4,0	-1,1	-6,4	6,9
Jenter	4,9	0,1	3,5	7,2

### Utvikling for pasienter regionalt nivå – kjønn og alder

Figur 4.2.3 illustrerer utviklingen i bruken av tjenester i det psykiske helsevernet for jenter og gutter i ulike aldersgrupper i regionene.

Figur 4.2.3 Pasienter i PHV-BU og hos avtalespesialister etter kjønn og alder for årene 2013 og 2017, regioner. Rater per 10 000 innbyggere 0-17 år.



<sup>43</sup> <https://fhi.no/nyheter/2018/stadig-flere-tenaringsjenter-far-hjelp-for-psykiske-lidelser/>



I samtlige regioner var det samme mønster i bruken av tjenester som på nasjonalt nivå. Høyere pasientrater blant gutter enn jenter i de to yngste aldersgruppene, og betydelig høyere bruk av tjenester blant jenter i 16-17 årsalderen enn blant gutter. Nivå og utvikling i perioden 2013 til 2017 varierte noe mellom regionene.

I 2017 hadde Helse Midt-Norge og Helse Nord høyeste bruk av tjenester blant jenter i skolealder, mens gutter i Helse Nord hadde de høyeste ratene blant 16-17 åringer.

I perioden 2013 til 2017 var det vekst i raten for begge kjønn og samtlige aldersgrupper i Helse Vest og Helse Midt-Norge, mens raten avtok for alle grupper med unntak for jenter i alderen 16-17 i Helse Sør-Øst. I Helse Nord var det størst vekst blant gutter i alderen 16-17 år.

Tabell 4.2.3 Prosent endring i pasientrate (per 10 000 innbyggere 0-17 år) i PHV-BU og hos avtalespesialister 2013-2017.

Prosent endring 2013-2017	0-5 år	6-12 år	13-15 år	16-17 år
Helse Sør-Øst:				
Gutter	-4,4	-7,5	-12,6	-0,1
Jenter	-4,6	-5,4	-6,7	2,0
Helse Vest:				
Gutter	23,7	9,0	6,7	16,1
Jenter	47,6	15,1	21,7	21,6
Helse Midt-Norge				
Gutter	8,0	9,8	4,5	14,6
Jenter	12,7	3,3	21,3	16,6
Helse Nord				
Gutter	13,9	-3,0	-12,3	18,0
Jenter	-3,0	-5,3	5,4	-1,3

### Diagnosefordeling/pasientsammensetning i psykisk helsevern for barn og unge

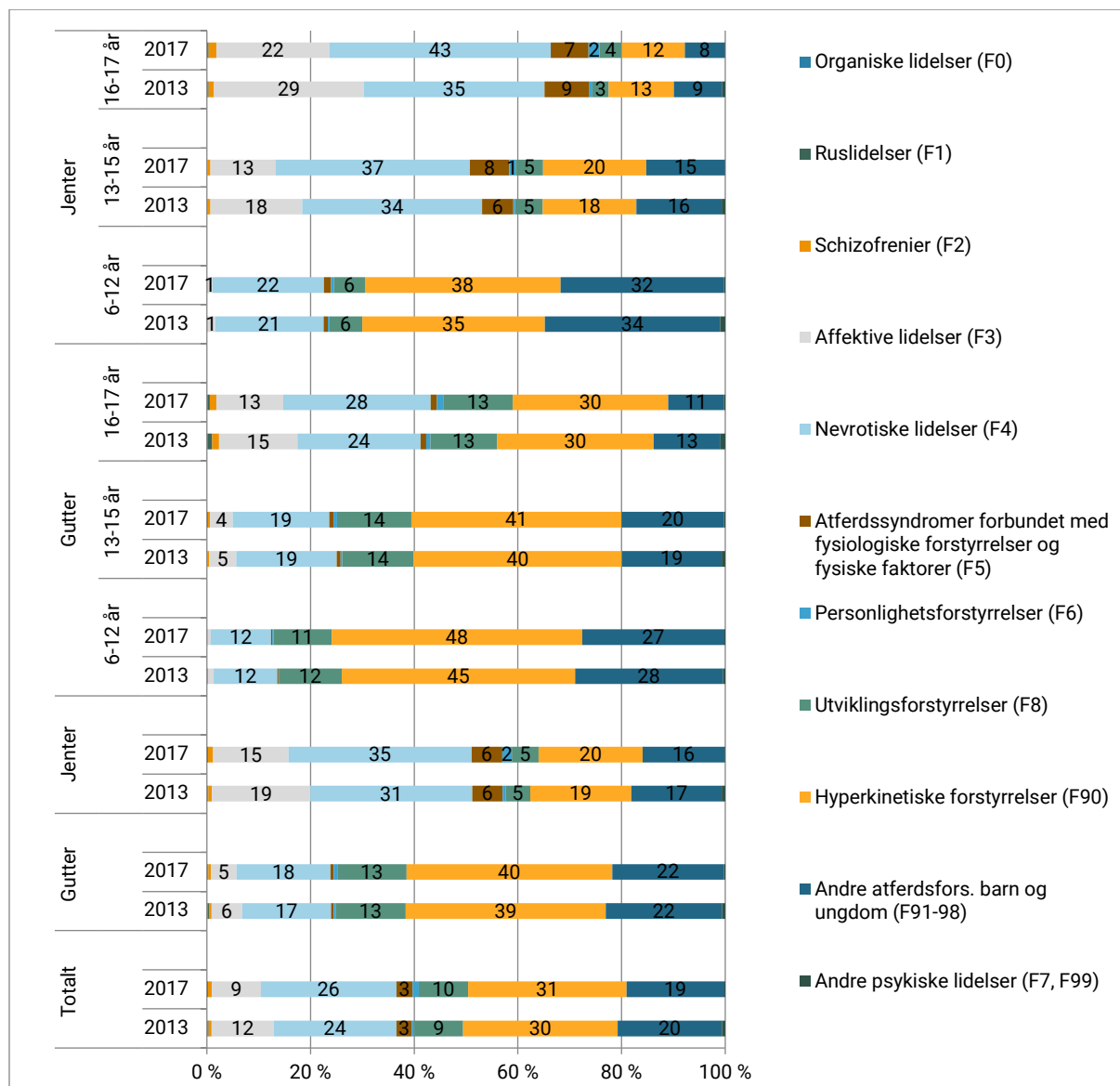
Figur 4.2.4 viser diagnosefordelingen for pasienter i det psykiske helsevernet i 2013 og 2017 fordelt etter pasientenes kjønn og alder. Aldersgruppen 0-5 år er utelatt i figurene på grunn av få pasienter i denne aldersgruppen.

Hyperkinetiske forstyrrelser (ADHD) utgjorde den største diagnosekategorien blant gutter i alle aldersgrupper både i 2013 og 2017. Andelen avtok imidlertid med økende alder. Samme tendens gjaldt for atferdsforstyrrelser. Blant gutter i alderen 16-17 år utgjorde også nevrotiske lidelser en stor og økende andel i perioden (fra 24 til 28 prosent). I døgntilrettelagt behandling var schizofreni den største diagnosekategorien blant gutter 16-17 år i 2017, og andelen økte fra 17 til 21 prosent i perioden.

Nevrotiske lidelser utgjorde den største diagnosekategorien blant jenter i ungdomsalder (13-17 år). Fra 2013 til 2017 var det en klar økning både blant jenter i alderen 13-15 år (fra 34 til 37 prosent) og 16-17 år (fra 35 til 43 prosent) med denne diagnosen. Andelen jenter med affektive

lidelser avtok i samme periode for jenter 16-17 år (fra 29 til 22 prosent). I døgnbehandling var det en økende andel døgn knyttet til spiseforstyrrelser blant jenter i perioden (fra 15 til 28 prosent), og i 2017 utgjorde dette den største diagnosekategorien i døgnbehandling for jenter.

Figur 4.2.4 Pasienter i det psykiske helsevernet for barn og unge etter hoveddiagnose fordelt på kjønn og alder i 2013 og 2017, prosent.



### **4.3 Utvikling i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)**

Sektoren tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) ble opprettet som følge av rusreformen i 2004. Behandlingstilbudet i sektoren var i oppstarten i stor grad basert på døgnbehandling, men hadde en betydelig vekst som i stor grad var knyttet til de polikliniske behandlingstjenestene. I tillegg til de polikliniske behandlingstjenestene i TSB er det fremdeles poliklinisk tilbud som er organisert innen psykisk helsevern. Rus - og avhengighetsmedisin ble opprettet som en egen medisinsk spesialitet i 2012 og den medisinskfaglige kompetansen har vært betydningsfull spesielt for utviklingen av øyeblikkelig hjelp-tilbudet i sektoren. Omfanget av akutt-innleggelser i TSB har økt i løpet av de siste årene og en vekst i dette tilbudet vil kunne avlaste somatiske akuttavdelinger som tidligere har hatt betydelig omfang av rusrelaterte innleggelser. Det polikliniske tilbudet innen rusbehandling har en sentral rolle i forbindelse med oppfølging av pasientene og samarbeid med kommunene. Det er viktig å sikre at veksten i det polikliniske tilbudet omfatter disse tjenestene slik at man sikrer et mer helhetlig tilbud og sammenhengende behandlingstjenesten for pasientene.

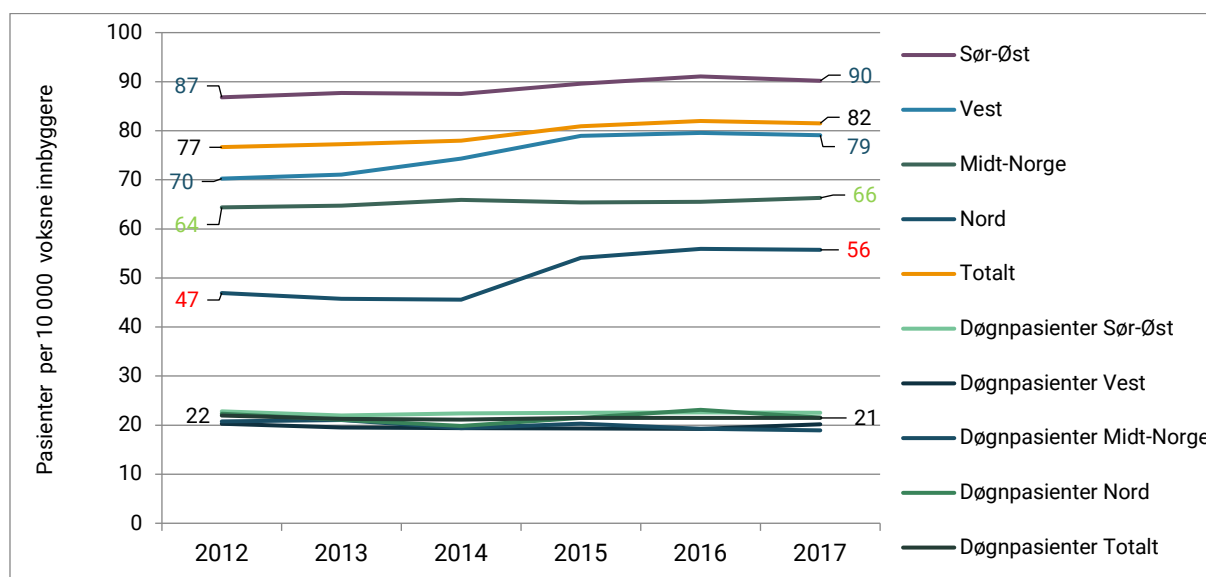
#### **Utviklingen i pasientrater innen rusbehandling**

Når utviklingen innen rusbehandling presenteres, inngår både virksomheten innen sektoren TSB og bidraget fra psykisk helsevern for voksne. Tilbudet innen rusbehandling har blitt mer omfattende i form av at behandlingstjenestene når ut til en større andel av befolkningen.<sup>44</sup> I Figur 4.3.1 er tilbudet presentert ved pasientrater; antall pasienter per innbyggere som er 18 år og eldre i regionene i perioden 2012-2017.

---

<sup>44</sup> Samdata spesialisthelsetjenesten analysenotat 04/18: Befolkningens bruk av tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Figur 4.3.1 Antall pasienter i rusbehandling per voksne innbyggere i regionene.



Figuren synliggjør at pasientraten økte i perioden 2012 til 2017. I Helse Nord som i utgangspunktet lå lavt, økte pasientraten fra 47 til 56 pasienter per voksne innbyggere fra 2012 frem til 2017, men regionen hadde fremdeles den laveste pasientraten sammenlignet med de andre regionene. I Helse Vest økte pasientraten til like under landsgjennomsnittet i løpet av 2012-2017. Figuren synliggjør i tillegg at det var små forskjeller i regionale pasientrater for døgnbehandlingen i TSB. Utviklingen for de ulike geografiske områdene finnes på Helsedirektoratets nettsider.<sup>45</sup>

Veksten i polikliniske konsultasjoner fra 2013 til 2017 var på 35 prosent.<sup>46</sup> Veksten har hatt betydning for spesialisthelsetjenestens deltagelse i møter med førstelinjetjenesten, bruk av telefonkonsultasjoner og ambulant virksomhet. I tabell 4.3.1 er pasientrater for disse tre kontakttypene presentert for 2013 og 2017. Pasientratene gir et inntrykk av hvor mange pasienter disse polikliniske tjenestene berører.

Tabell 4.3.1 Andel av befolkningen som omfattes av utvalgte polikliniske behandlingstjenester i poliklinisk rusbehandling. Antall pasienter per 10 000 voksne innbyggere.

Bostedsregion	Konsultasjoner totalt		Kontaktmøte med 1.linjetjenesten (P13/P23)		Telefonkonsultasjon (P14/P24)		Ambulant kontakt	
	2017	2013	2017	2013	2017	2013	2017	2013
Sør-Øst	87	83	26	23	57	51	27	19
Vest	78	69	26	24	55	48	31	17
Midt-Norge	64	61	17	17	46	44	22	20
Nord	48	37	10	9	34	29	14	13
Total	78	73	23	21	53	48	26	18

<sup>45</sup> <https://helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/samdata>

<sup>46</sup> Samdata spesialisthelsetjenesten analysenotat 07/18: Poliklinisk rusbehandling 2013-2017.

Tabellen viser at pasientratene økte fra 2013 til 2017 både for kontaktmøter med førstelinjetjenesten, telefonkontakter og ambulante kontakter. Vi har her sett på behandlingstjenestene hver for seg og har ikke gått inn på i hvilket omfang de samme pasientene mottar flere av tjenestene.

Veksten i de polikliniske behandlingstjenestene har gitt seg utslag i at kontaktmøter med kommunale tjenester; fastlege, sosialtjenesten og NAV etc, avtales og gjennomføres for flere pasienter i 2017 sammenlignet med 2013. Telefonkonsultasjoner, som kan være oppfølgingssamtaler med kommunale tjenester eller samtaler med pasientene direkte, har også hatt en betydelig vekst og ble benyttet for flere pasienter i 2017 sammenlignet med fire år tidligere. Veksten i ambulant virksomhet omfatter kontakter som finner sted hjemme hos pasienten eller ved andre møtesteder utenfor behandlingssenhetens lokaler. Veksten i ambulante kontakter fremviser en økt fleksibilitet i behandlingstjenestene fra spesialisthelsetjenestens side. Dette tilbudet kommer i tillegg flere pasienter til gode i 2017 sammenlignet med 2013.

Veksten har også gitt seg utslag i at flere pasienter har kontakt med spesialisthelsetjenesten i løpet av den første tiden etter utskrivning fra døgntilrettelagt behandling.<sup>47</sup> I 2012-13 hadde 54 prosent av pasientene som ble utskrevet fra døgntilrettelagt behandling kontakt med spesialisthelsetjenesten i løpet av den første måneden. I 2015-16 hadde 61 prosent en slik poliklinisk kontakt etter utskrivning.

Denne veksten er et uttrykk for at spesialisthelsetjenesten øker innsatsen i samarbeidet med kommunene og arbeidet med kontinuitet i oppfølgingen av denne pasientgruppen.

---

<sup>47</sup>Samdata spesialisthelsetjenesten analysenotat 02/18: Forløp etter utskrivning fra tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

## **5. Variasjoner i psykisk helsevern og TSB**

## 5.1 Psykisk helsevern for voksne

Et likeverdig tjenestetilbud til befolkningen uavhengig av bosted er en sentral målsetting for norsk helsetjeneste. Vi vil i dette avsnittet se på forskjeller i behandlingstilbud mellom foretaksområdene, og på hvordan disse forskjellene har utviklet seg fra 2013 til 2017. Tallene er fordelt etter pasientenes bosted.

Slike forskjeller kan gjenspeile ulikt bosettingsmønster og forskjeller i behov. Forskjellene kan imidlertid også være uttrykk for ulik organisering og ulik prioritering av ulike tjenester. Ulik arbeidsdeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene vil også kunne spille inn. Vi mangler data om geografiske forskjeller i behov på feltet. Vi vil derfor avgrense oss til å se på faktiske forskjeller i bruken av ulike tjenester.

### Forskjeller i tjenestetilbud i psykisk helsevern for voksne

Tabell 5.1.1 Forskjeller i bruk av tjenester i det psykiske helsevernet for voksne. Maksimumsrate og minimumsrate per 10 000 innb. 18 år og eldre, variasjonskoeffisient 2013 og 2017, samt korrelasjonskoeffisient mellom 2013 og 2017. Foretaksområder.

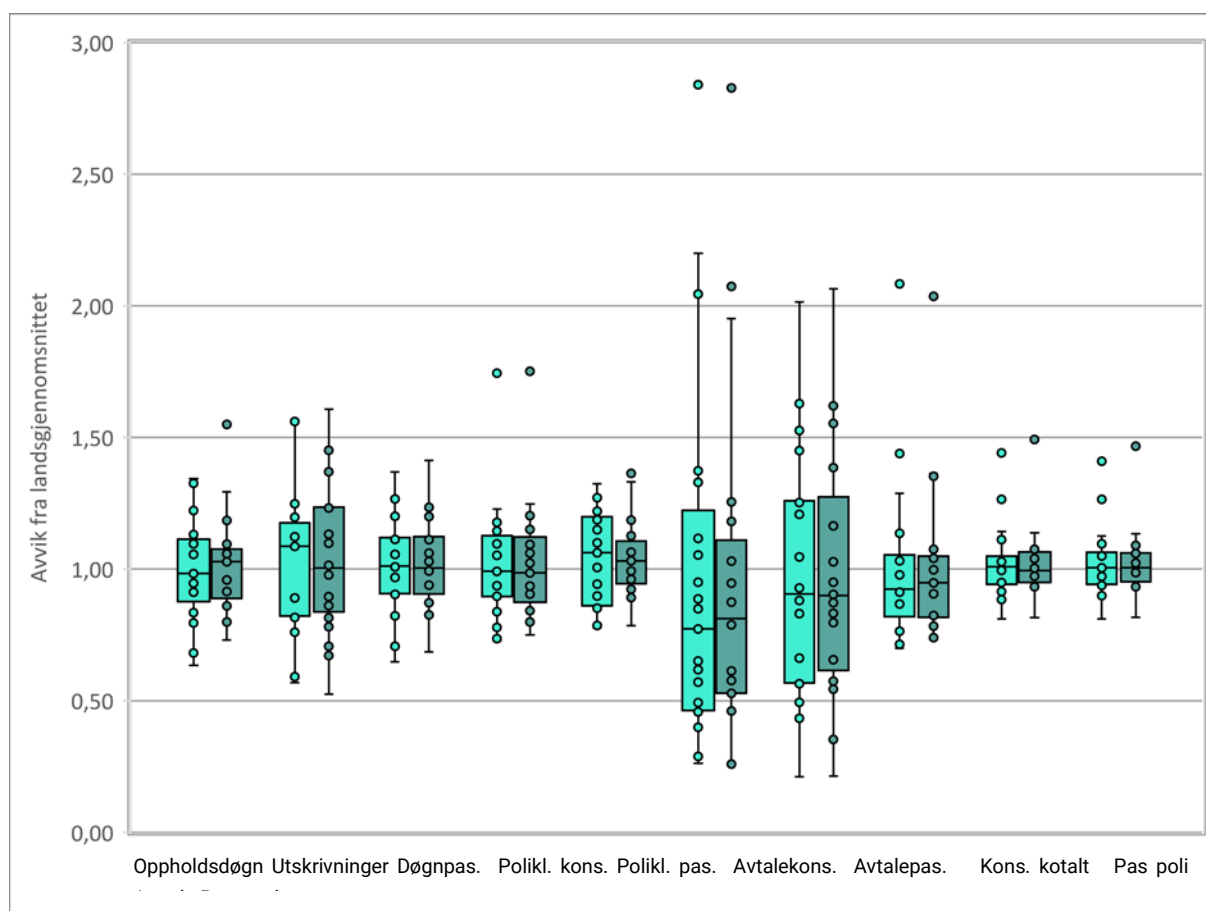
	År	Minimum	Maksimum	Maks/min	Variasjonskoeffisient	Korrelasjon 2013-17
Døgn	2013	1 823	3 854	2,11	0,19	0,84
	2017	1 858	3 942	2,12	0,18	
Utskrivninger	2013	75	205	2,75	0,27	0,94
	2017	68	206	3,06	0,27	
Døgnpasienter	2013	44	94	2,11	0,18	0,95
	2017	44	91	2,06	0,17	
Polikliniske konsultasjoner	2013	2 475	5 941	2,40	0,22	0,94
	2017	3 137	7 328	2,34	0,22	
Polikliniske pasienter	2013	248	422	1,70	0,18	0,88
	2017	273	474	1,73	0,14	
Avtalekonsultasjoner	2013	402	4 357	10,82	0,68	0,99
	2017	384	4 258	11,10	0,64	
Avtale-pasienter	2013	26	244	9,54	0,45	0,97
	2017	25	245	9,67	0,45	
Konsultasjoner totalt	2013	3 456	10 298	2,98	0,31	0,98
	2017	4 170	11 587	2,78	0,29	
Avtale- og poliklinikk-pasienter samlet	2013	344	612	1,78	0,14	0,90
	2017	367	672	1,83	0,13	
Pasienter totalt	2013	358	621	1,74	0,13	0,89
	2017	378	678	1,80	0,12	

Tabell 5.1.1 viser forskjeller i ratene for ulike tjenester mellom foretaksområdene i 2013 og i 2017. Forskjellene er målt ved variasjonskoeffisienten ( $CV = \text{standardavvik} / \text{gjennomsnitt}$ ). Vi

har også tatt inn tall for variasjonsbredde (minimum og maksimum, samt forholdstallet mellom ytterpunktene). I tillegg viser vi tall for korrelasjonskoeffisienten mellom årene<sup>48</sup>.

I figur 5.1.1 er forskjellene illustrert ved boks-diagram. Boksene representerer de midterste 50 prosent av foretaksområdene. Tallene er her justert i forhold til landsgjennomsnittet hvert av årene. De lyse boksene gjelder 2013, de mørkere boksene 2017. De tynne linjene representerer siste observasjon som befinner seg mindre enn 1,5 ganger over eller under boksen.

Figur 5.1.1 Forskjeller i bruk av tjenester i det psykiske helsevernet for voksne. Foretaksområder 2013 og 2017.



Det er gjennomgående høy korrelasjon mellom indikatorene for 2013 og 2017. Forskjellene vi finner skyldes derfor neppe tilfeldige variasjoner mellom år.

### Døgnbehandling

Det er begrensede forskjeller i ratene for oppholdsøgn og døgnpasienter totalt. Forskjellene er likevel større enn forskjellene ved somatiske sykehus. Forskjellene har blitt svakt redusert

<sup>48</sup> Variasjonskoeffisienten (CV) er definert som standardavviket for fordelingen dividert med landsgjennomsnittet. Korrelasjonskoeffisienten måler grad av samsvar mellom to fordelinger, og varierer fra -1 (høy verdi på den ene fordelingen går sammen med lav verdi på den andre), via 0 (ingen sammenheng) til 1 (perfekt sammenheng mellom verdiene på begge fordelinger).



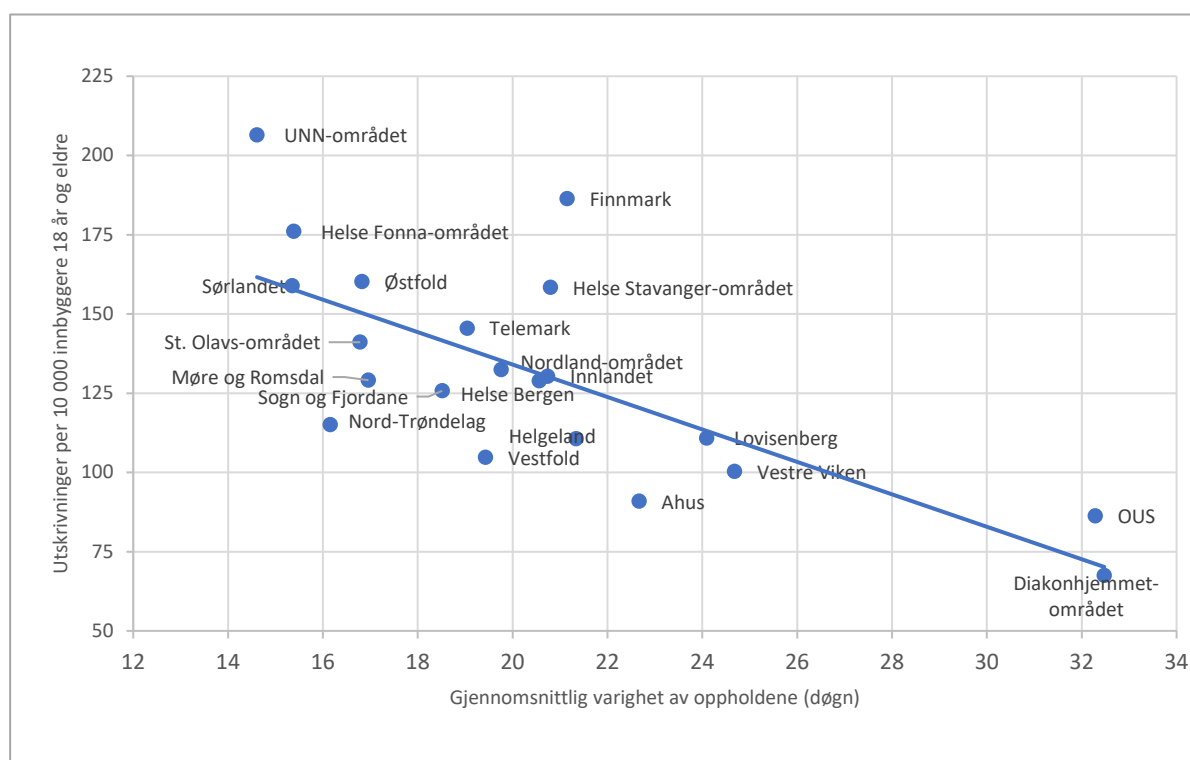
(4-5 prosent) fra 2013 til 2017. Det er likevel forskjeller mellom foretaksområder mellom høyest og lavest verdi i størrelsesorden 1:2.

Forskjellene er større i raten for utskrivninger og holder seg stabile. Forskjellene er også vesentlig større enn raten for utskrivninger ved somatiske sykehus i 2017. Forholdstallet mellom minimum og maksimum er 1:2,76 i 2013 og 1:3 i 2017.

Det er ingen sammenheng mellom kapasitet målt ved døgnrate og gjennomsnittlig varigheten av oppholdene. Det er derimot en klar negativ sammenheng mellom varigheten av oppholdene og utskrivningsraten, og en klar positiv sammenheng mellom døgnrate og utskrivningsrate. Foretakene bruker med andre ord døgnkapasiteten ulikt, noen har flere og kortere opphold, mens andre har færre og lengre opphold.

Figur 5.1.2 illustrerer sammenhengen mellom varighet av oppholdene og utskrivningsraten. Vi har også tegnet inn regresjonslinjen. Foretak over linjen vil ha døgnrater over landsgjennomsnittet og omvendt.

Figur 5.1.2 Sammenhengen mellom varighet av opphold og utskrivningsrate. Helseforetak 2017.



### Distriktpsikiatriske tjenester

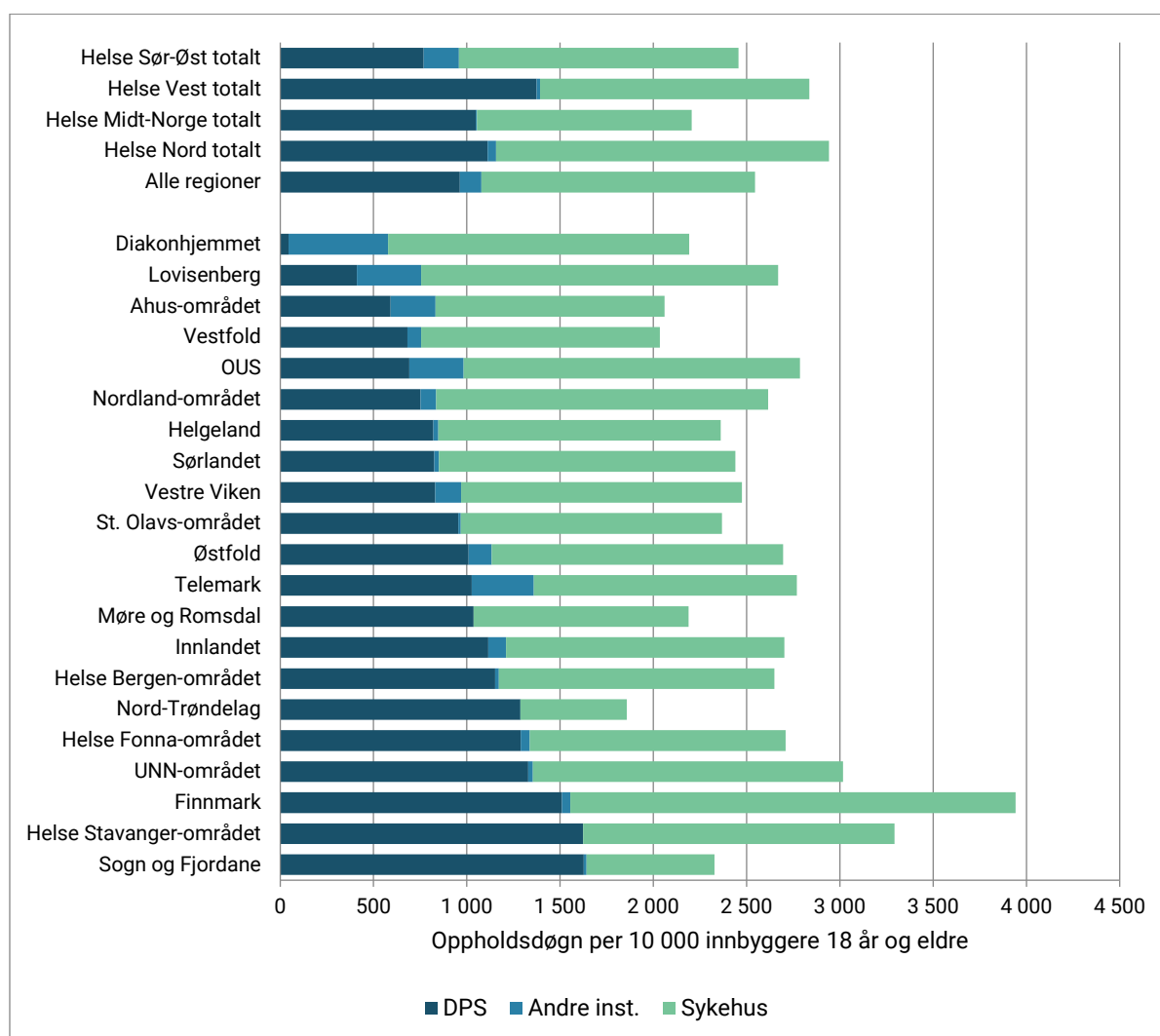
Etablering av distriktpsikiatriske sentre var et hovedgrep i opptrappingsplanen for psykisk helse som ble lansert i 1999. Distriktpsikiatriske sentre (DPS) utgjør den desentraliserte spesialisthelsetjenesten som skal dekke alle vanlige behov på spesialistnivå. Det omfatter tilbud til mennesker med angst, depresjon, tvangslidelser, psykoser, spiseforstyrrelser, personlighetsforstyrrelser, ADHD, traumer, rusavhengighet, alderspsykiatri med mer. Sykehus

skal ivareta sjeldne eller særlig kompliserte tilstander. Eksempler er sikkerhetspsykiatri, lukkede akuttavdelinger, særlig alvorlige spiseforstyrrelser, alvorlig alderspsykiatri og alvorlige personlighetsforstyrrelser.

Poliklinisk og ambulant virksomhet er nå i hovedsak lokalisert til DPS-ene. I de senere årene har imidlertid overføring av døgnbehandling fra sykehus til DPS stoppet opp.

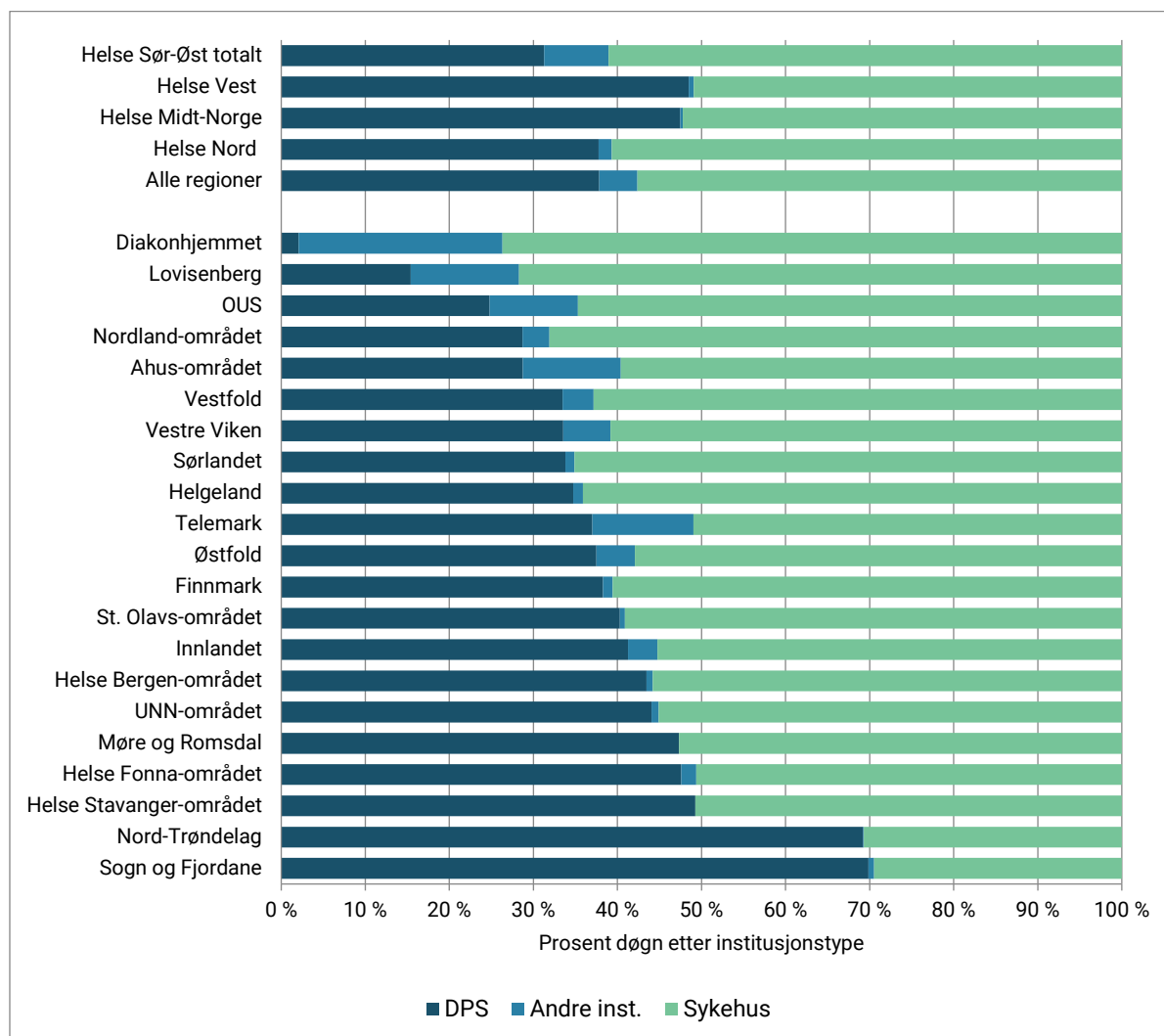
Figur 5.1.3 som viser rater for oppholdsdøgn etter institusjonstype i 2017. Figur 5.1.4 viser den prosentvise fordelingen. Døgnene er fordelt etter pasientenes bosted.

Figur 5.1.3 Oppholdsdøgn per 10 000 innbyggere 18 år og eldre etter institusjonstype. Helseforetaksområder 2017.



At desentralisering av døgnbehandlingen har stoppet opp kan være et uttrykk for den arbeidsdelingen som er skissert ovenfor. Det er imidlertid store forskjeller mellom foretakene i omfang og andel døgnbehandling som er lagt til DPS-ene. Dette kan indikere at det fortsatt er et potensial for ytterligere desentralisering av døgn tjenestene.

Figur 5.1.4 Prosentvis fordeling av oppholdsdøgn etter institusjonstype. Helseforetaksområder 2017.

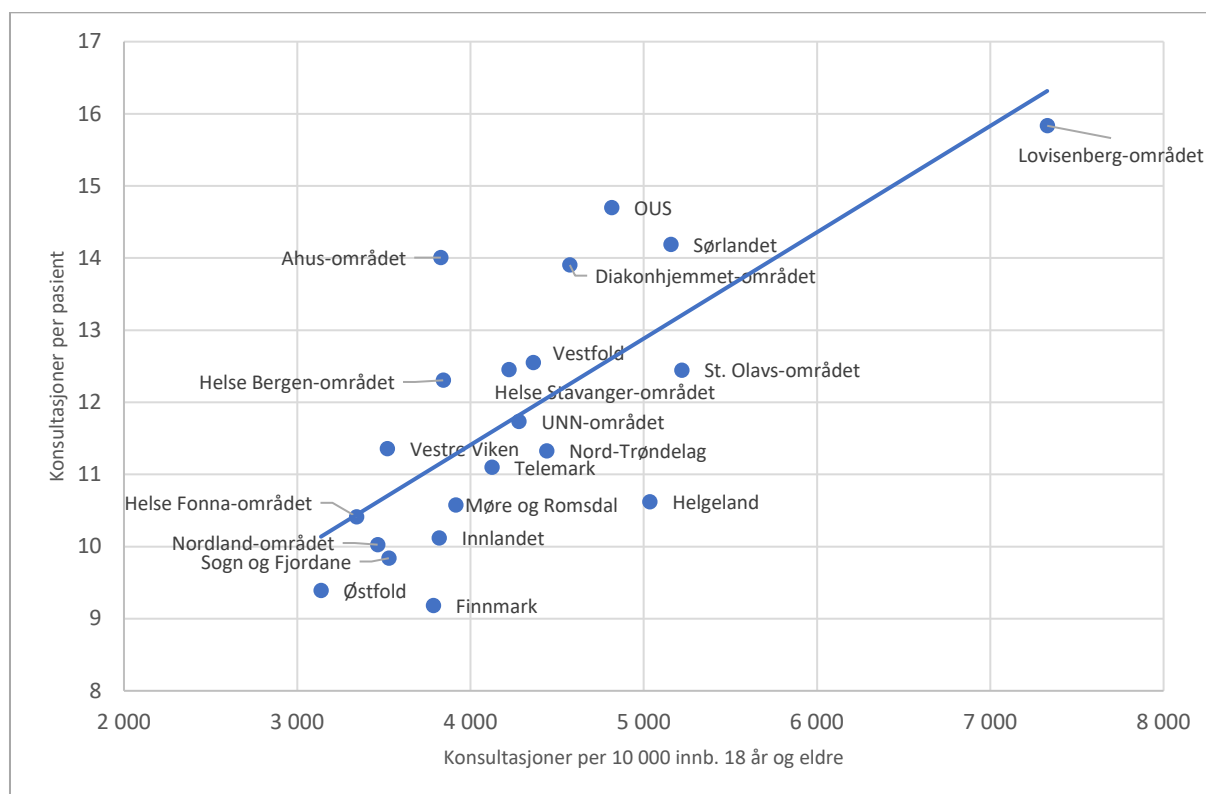


### Poliklinisk behandling

De er også forskjeller i behandlingstilbudet ved poliklinikkene målt ved konsultasjonsraten, med variasjonskoeffisient på 0,22 begge år. Forholdstallet mellom minimum og maksimum var 2,4 og 2,3 i hhv 2013 og 2017. Til sammenligning var variasjonskoeffisienten ved de somatiske sykehusene 0,096 i 2017. Forskjellene i pasientrate var mindre, og har gått ned fra 0,18 i 2013 til 0,14 i 2017. Forholdstallet mellom minimum og maksimum holdt seg her stabilt rundt 1,7.

Det kan se ut til at høyt nivå på konsultasjoner resulterer i flere konsultasjoner per pasient og omvendt (korrelasjonskoeffisient=0,72). Dette er illustrert i figur 5.1.5.

Figur 5.1.5 Sammenhengen mellom konsultasjonsrate og konsultasjoner per pasient. Helseforetak 2017.



### Avtalespesialistene

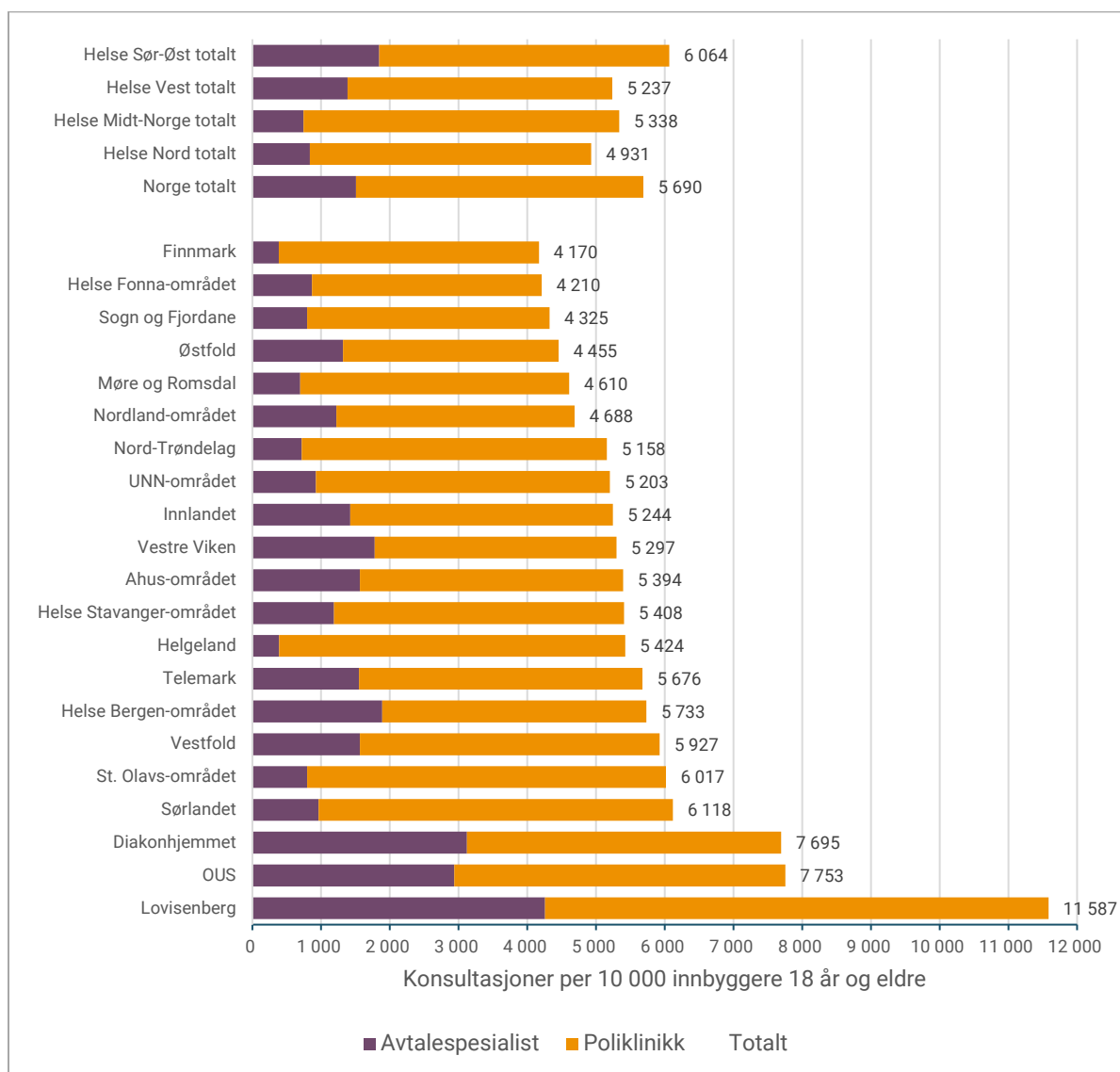
Det er fortsatt store forskjeller i ratene for avtalespesialistene, selv om den ble redusert med 6 prosent fra 2013 til 2017. Forskjeller mellom minimum og maksimum er i størrelsesorden 1:11 begge år. Forskjellene i pasientraten er lavere, men også betydelig. Forskjellene er med andre ord stabile. Forholdstallet mellom minimum og maksimum er nær 1:10 begge år. Større kapasitet (målt ved konsultasjoner) i noen områder ser ut til å medføre flere konsultasjoner per pasient, og ikke nødvendigvis til flere pasienter.

### Poliklinisk behandling og behandling hos avtalespesialistene samlet

Om vi ser på konsultasjonene samlet for poliklinikker og avtalespesialister, finner vi fortsatt betydelige forskjeller i konsultasjonsraten. Variasjonskoeffisienten ble imidlertid redusert med 6 prosent fra 2013 til 2017. Forholdstallet mellom minimum og maksimum ble redusert fra 3,0 til 2,8. Forskjellene i samlet pasientrate for poliklinikker og avtalespesialister er imidlertid. Forklaringen er sannsynligvis at høye konsultasjonsrater fører til flere konsultasjoner per pasient.

Figur 5.1.6 viser samlet konsultasjonsrate, fordelt på poliklinikker og avtalespesialister. Foretakene er sortert etter stigende konsultasjonsrate totalt.

Figur 5.1.6 Konsultasjoner ved poliklinikker, hos avtalespesialister og totalt. Rater per 10 000 innb. 18 år og eldre. Foretaksområder 2017.

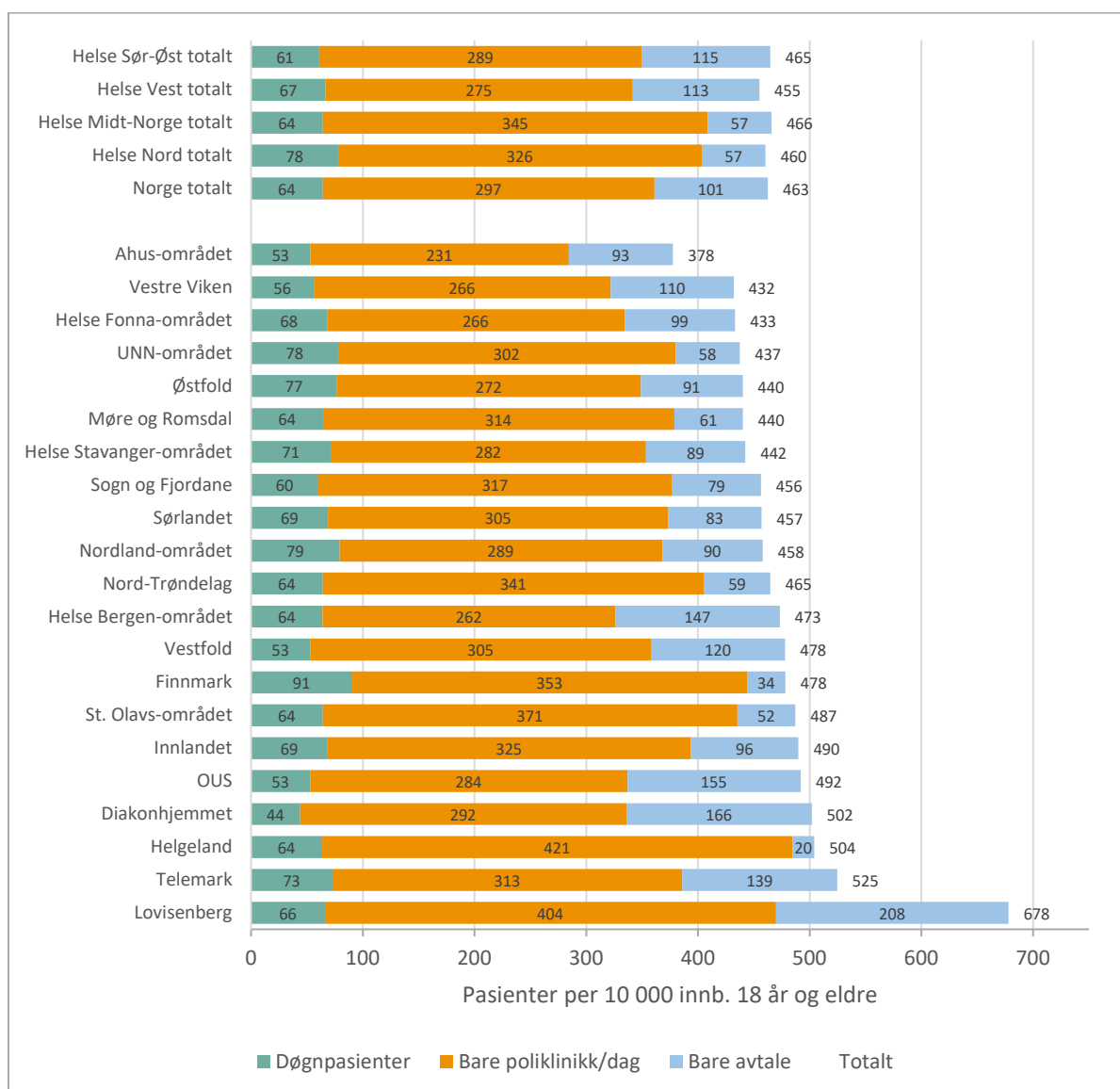


### Pasienter totalt

Når behandlingstilbudet sees under ett, finner vi også små forskjeller i samlet pasientrate (CV=0,13 og 0,12), og forskjellene reduseres med 4 prosent fra 2013 til 2017.

Figur 5.1.7 illustrerer rater for pasienter som har mottatt tjenester i det psykiske helsevernet for voksne i 2017. Foretaksområdene er sortert etter stigende pasientrate totalt.

Figur 5.1.7 Pasienter etter behandlingsform i det psykiske helsevernet for voksne i 2017.



## **5.2 Tjenester i det psykiske helsevernet for barn og unge**

Likeverdige tjenester til befolkningen er en viktig grunnverdi i det norske helsevesenet. I dette avsnittet viser vi at det er store forskjeller i bruk av tjenester innenfor det psykiske helsevernet for barn og unge både med hensyn til kjønn, alder og bosted. Vi kjenner også til at det er forskjeller i bruk av fastlege knyttet til psykiske vansker, både med hensyn til bosted og kommunestørrelse (SAMDATA Kommune). Omfanget av kommunale årsverk rettet mot barn og unge innen psykisk helse og rus varierer også, dette er belyst i avsnitt 5.4.

De geografiske forskjellene kan blant annet gjenspeile ulikheter med hensyn til kapasitet, organisering av tjenestene, arbeidsdeling mellom kommune og spesialisthelsetjeneste og ulike profiler i tjenestetilbudene. I hvilken grad variasjoner i bruk av tjenester knyttet til kjønn og alder kan være relatert til ulike behov, vet vi imidlertid ikke med sikkerhet.

### **Variasjon i bruk av tjenester**

For å belyse variasjon i bruk av tjenester presenteres tall for pasientenes bostedsområde<sup>49</sup>. Her beskrives variasjon i rater for pasienter samlet i PHV-BU og hos avtalespesialister, og for pasienter 16-17 år fordelt på kjønn og foretaksområde. For ytterligere beskrivelse av variasjon når det gjelder konsultasjoner, oppholdsdøgn og utskrivninger for denne tjenesten, se Analysenotat 09/2018 Bruk av tjenester i psykisk helsevern for barn og unge - utvikling og variasjon 2013-2017.

Tabell 5.2.1 viser forskjeller i ratene for ulike indikatorer for bruk av tjenester mellom foretaksområdene i 2013 og i 2017. Forskjellene er målt ved variasjonskoeffisienten ( $CV = \text{standardavvik} / \text{gjennomsnitt}$ ). Det er også tatt med tall for variasjonsbredde (minimum og maksimum samt forholdstallet mellom ytterpunktene). Det er også beregnet korrelasjoner mellom årene.

---

<sup>49</sup> Pasientenes bostedsområde er foretakenes opptaksområder. Dette benevnes i fortsettelsen som foretaksområde.

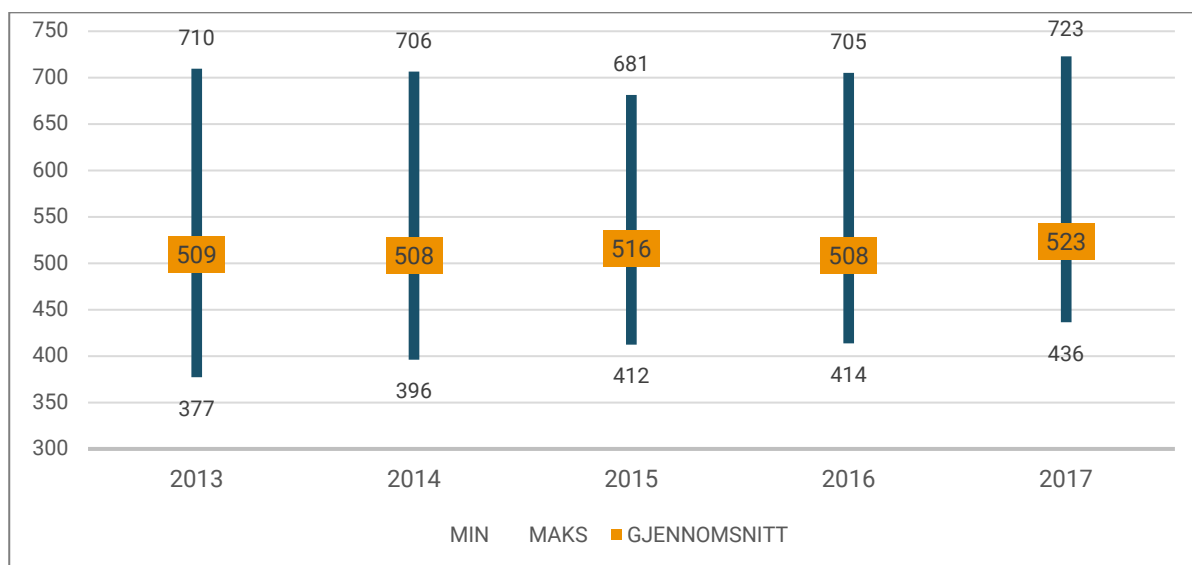
Tabell 5.2.1 Forskjeller i bruk av tjenester i det psykiske helsevernet for barn og unge. Variasjons-koeffisient 2013 og 2017, samt korrelasjonskoeffisient mellom 2013 og 2017, helseforetaksområder.

	År	Minimum	Maksimum	Maks/min	Variasjonskoeffisient (CV)	Korrelasjonskoeffisient 2013/2017
Pasienter totalt	2013	377	710	1,8	0,18	0,78
	2017	436	723	1,6	0,17	
Jenter 0-17 år	2013	297	567	1,9	0,19	0,75
	2017	351	635	1,8	0,17	
Gutter 0-17 år	2013	353	698	2,0	0,16	0,73
	2017	415	714	1,7	0,15	
Jenter 16-17 år	2013	837	1586	1,9	0,19	0,60
	2017	946	1789	1,9	0,16	
Gutter 16-17 år	2013	514	779	1,5	0,13	0,51
	2017	528	964	1,8	0,15	
Oppholdsdøgn jenter	2013	266	2244	8,4	0,58	0,78
	2017	386	1 864	4,8	0,45	
Oppholdsdøgn gutter	2013	103	1 183	11,5	0,57	0,70
	2017	41	1 657	40,4	1,03	
Konsultasjoner jenter	2013	4 315	9 374	2,2	0,20	0,65
	2017	5 643	11 152	2,0	0,19	
Konsultasjoner gutter	2013	4 309	9 535	2,2	0,20	0,44
	2017	6 195	10 441	1,7	0,18	

### Pasienter etter foretaksområde 2013 og 2017

Figur 5.2.1 gir et samlet bilde på utviklingen i variasjon i pasientrater mellom foretaksområder i PHV-BU og hos avtalespesialister fra 2013 til 2017. Det var noe mindre forskjeller mellom foretaksområdet med høyeste og laveste pasientrate i 2017 enn i 2013. Den nasjonale pasientraten vises i de gule boksene. Variasjonskoeffisienten, som er et uttrykk for forskjeller mellom foretaksområdene, har gått svakt ned i perioden, fra 0,18 til 0,17.

Figur 5.2.1: Variasjon i pasientrater mellom foretaksområder i PHV-BU og hos avtalespesialister 2013 til 2017. Rater per 10 000 innbyggere 0-17 år.





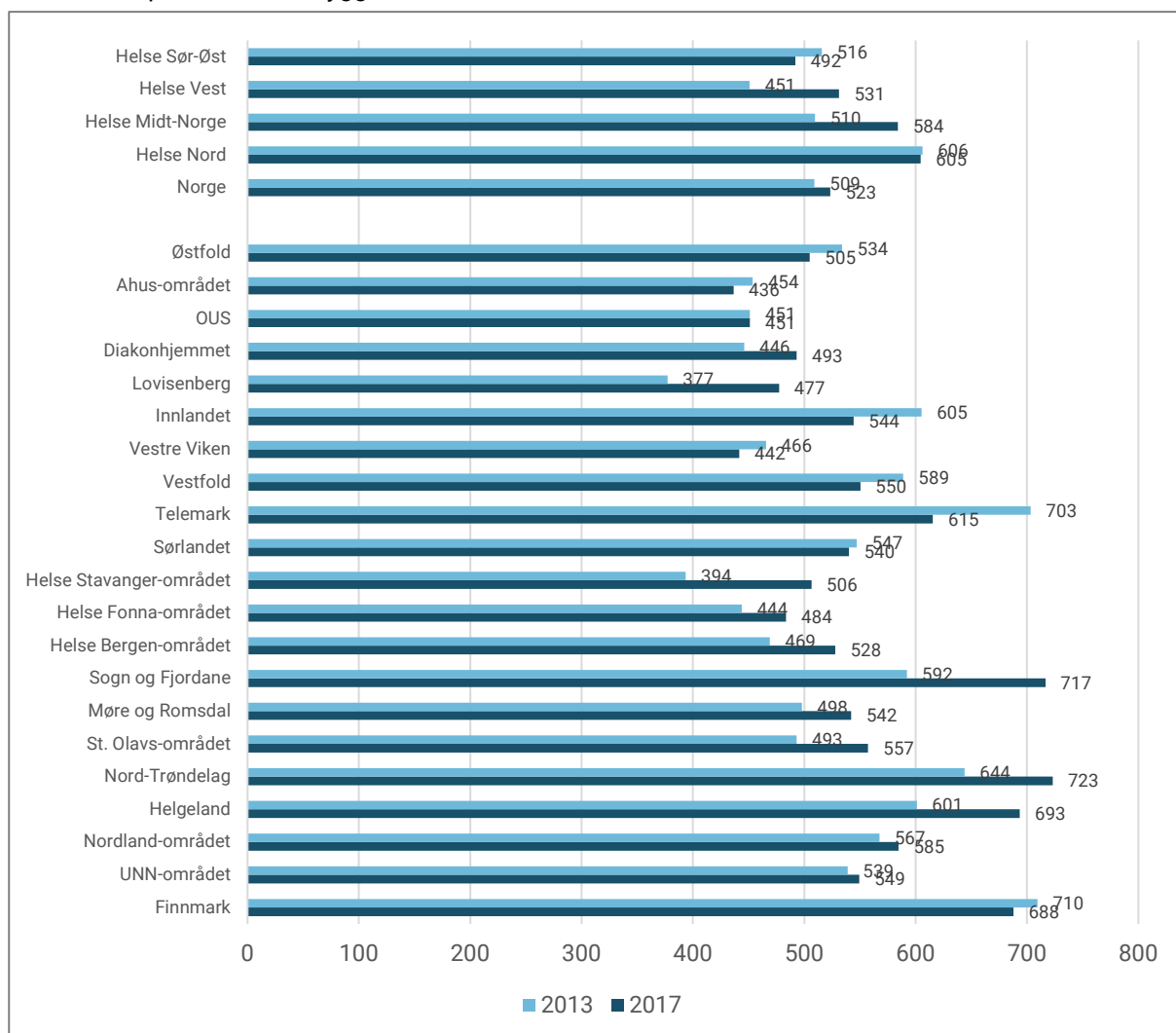
Figur 5.2.2 viser pasienter behandlet i offentlige institusjoner og hos avtalespesialister fordelt på region og foretaksområde for 2013 og 2017. Omfanget av pasienter er målt som rater i forhold til innbyggertallet.

Figuren viser at det var relativt store variasjoner mellom foretaksområdene i antall behandlede pasienter i det psykiske helsevernet for barn og unge både i 2013 og 2017. Forskjellene har blitt noe redusert i perioden, men likevel varierer områdenes høyeste og laveste verdi mellom 436 (Ahus-området) og 723 (Nord-Trøndelag) i 2017.

Pasienter med bosted i region Nord hadde samlet sett de høyeste pasientratene både i 2013 og 2017, spesielt lå Finnmark og Helgeland høyt i forhold til befolkningsstørrelsen. Veksten har imidlertid vært sterkest i Helse Vest (opp 17,8 prosent) og i Midt-Norge (opp 14,6 prosent), samtlige områder i disse regionene har hatt vekst i pasientraten i perioden.

Vekst i foretaksområdene i Helse Vest har bidratt til mer utjevning mellom foretaksområdene i perioden 2013 til 2017.

Figur 5.2.2: Pasienter i PHV-BU og hos avtalespesialister fordelt etter foretaksområde 2013 og 2017. Rater per 10 000 innbyggere 0-17 år.

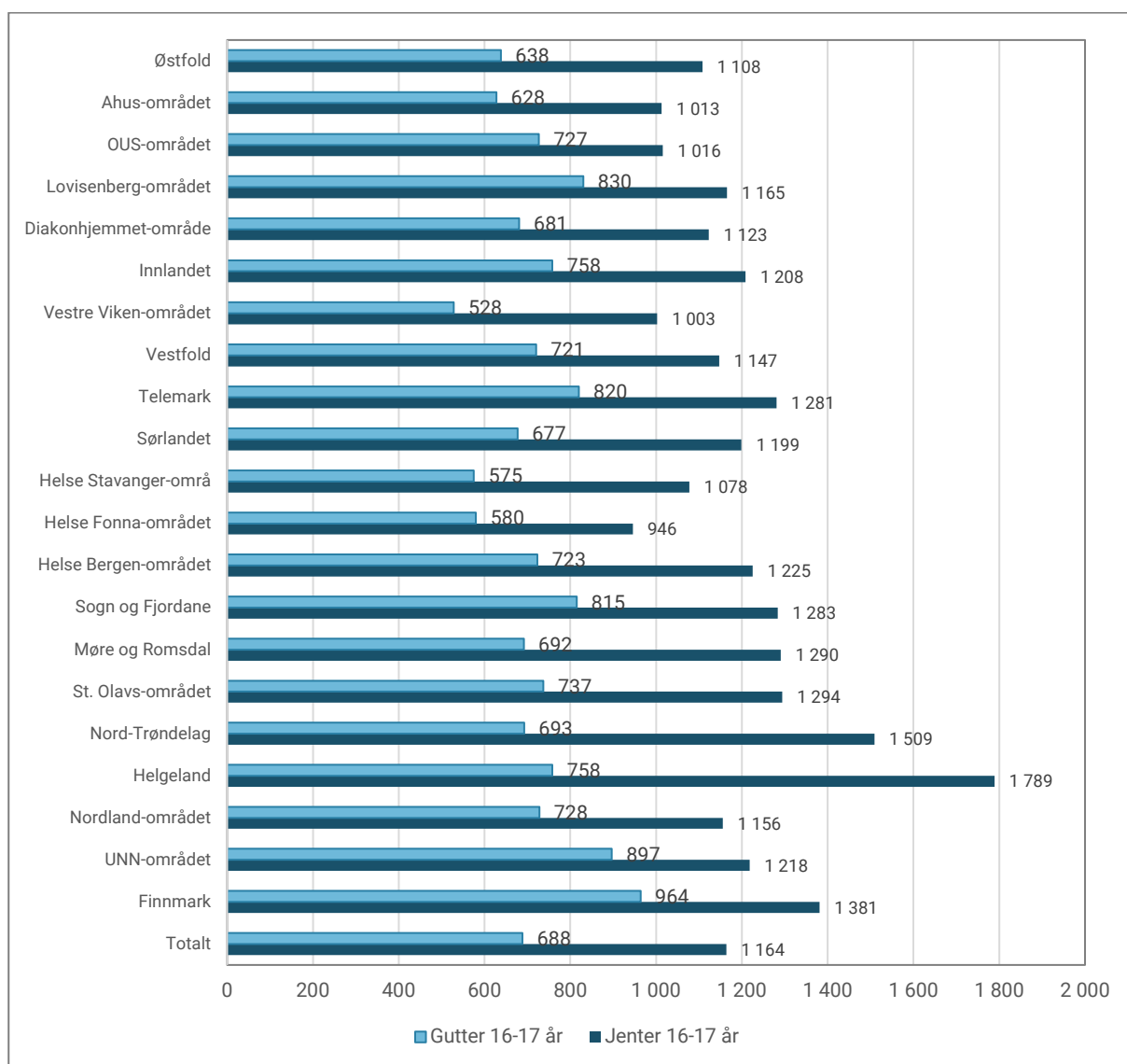


Det var som nevnt noe mindre forskjeller mellom foretaksområdet med høyeste og laveste pasientrate i 2017 sammenlignet med 2013 (ned fra 0,18 til 0,17).

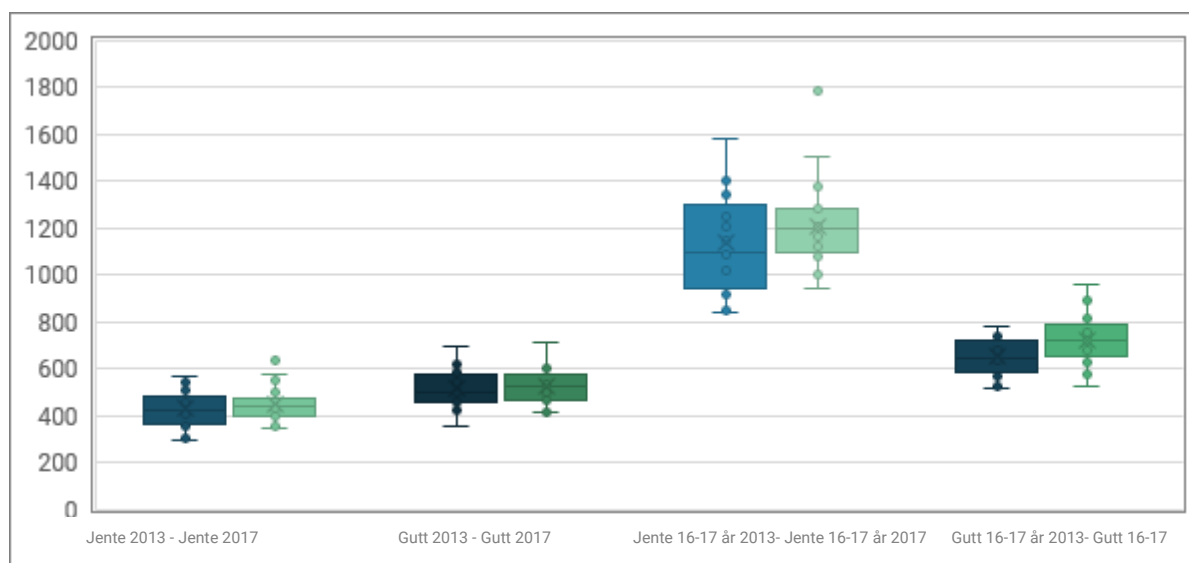
### Pasienter 16-17 år etter kjønn og foretaksområde 2017

Figur 5.2.3 viser pasientrater for jenter og gutter i alderen 16-17 år etter foretaksområde. Figuren viser at det var betydelig høyere pasientrater for jenter i det psykiske helsevernet enn gutter for aldersgruppen 16-17 år. Dette gjaldt samtlige foretaksområder i 2017. Jenter bosatt i Helgeland og Nord-Trøndelag hadde de høyeste ratene, mens Helse Fonna- og Vestre Viken-området hadde blant de laveste ratene for begge kjønn. Det var noe større variasjon mellom foretaksområdene for jenter (variasjonskoeffisient lik 0,16) enn gutter (variasjonskoeffisient lik 0,15) i 2017.

Figur 5.2.4 Pasienter 16-17 år i PHV-BU og hos avtalespesialister i 2017 fordelt etter foretaksområde og kjønn. Rater per 10 000 innbyggere 0-17 år.



Figur 5.2.5 Variasjon i pasienter 0-17 år og 16-17-åringene mellom foretaksområder i 2013 og 2017 fordelt på kjønn. Rater per 10 000 innbyggere 0-17 år.



Figur 5.2.4 illustrerer variasjonene mellom foretaksområdene for utvalgte mål på bruk av tjenester i 2013 og 2017. Boksene som viser samlede pasientrater for jenter og gutter (de fire boksene til venstre), illustrerer hvordan gutter hadde høyere samlet pasientrater enn jenter begge år og at variasjonene mellom foretaksområdene har gått litt ned for begge kjønn (variasjonskoeffisient gikk ned fra 0,19 til 0,17 for jenter og 0,16 til 0,15 for gutter).

For pasienter 16-17 år (de fire boksene til høyre), synliggjør figuren jenters betydelig høyere pasientrater enn gutter begge år. For jenter i denne aldersgruppen har variasjonen mellom foretaksområdene gått noe ned fra 2013 til 2017 (variasjonskoeffisient ned fra 0,19 til 0,16), mens den har økt for gutter i samme periode (variasjonskoeffisient opp fra 0,13 til 0,15).

### **5.3 Variasjon i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)**

Tilbudet om rusbehandling når ut til en større andel av befolkningen i 2017 sammenlignet med situasjonen for fire år siden, men det er fremdeles store geografiske forskjeller mellom områdene. Det er i det polikliniske tilbudet vi ser forskjellene og det er dette tilbudet som sikrer kontinuitet og helhet i pasientforløpene. Disse forskjellene tyder på at tilbudet ikke er i tråd med intensjonene om en rettferdig fordeling av behandlingstjenestene uavhengig av bosted.

Utviklingen i løpet av de siste årene viser at flere mottar en poliklinisk kontakt etter utskrivning og i 2015-16 mottar over 60 prosent en slik oppfølging fra spesialisthelsetjenesten<sup>50</sup>. Det er flere som omfattes av samhandlingsmøter i 2017 sammenlignet med 2013<sup>51</sup>. Veksten i polikliniske konsultasjoner er imidlertid særlig knyttet til telefonkonsultasjoner og ambulante kontakter. Telefonkonsultasjoner er enkle og effektive konsultasjoner som i mange tilfeller er sentrale for å sikre kontinuitet i kontakten med samarbeidsparter og pasientene. Ambulante kontakter kan være ressurskrevende og det er en positiv utvikling at en større andel tilbys slike behandlingstjenester. De geografiske forskjellene mellom regionene gjenfinnes imidlertid for både kontaktmøter med førstelinjetjenesten, telefonkonsultasjoner og ambulante kontakter og avdekker gjennomgående forskjeller i tilbudet mellom regionene.

#### **Geografiske forskjeller og variasjon**

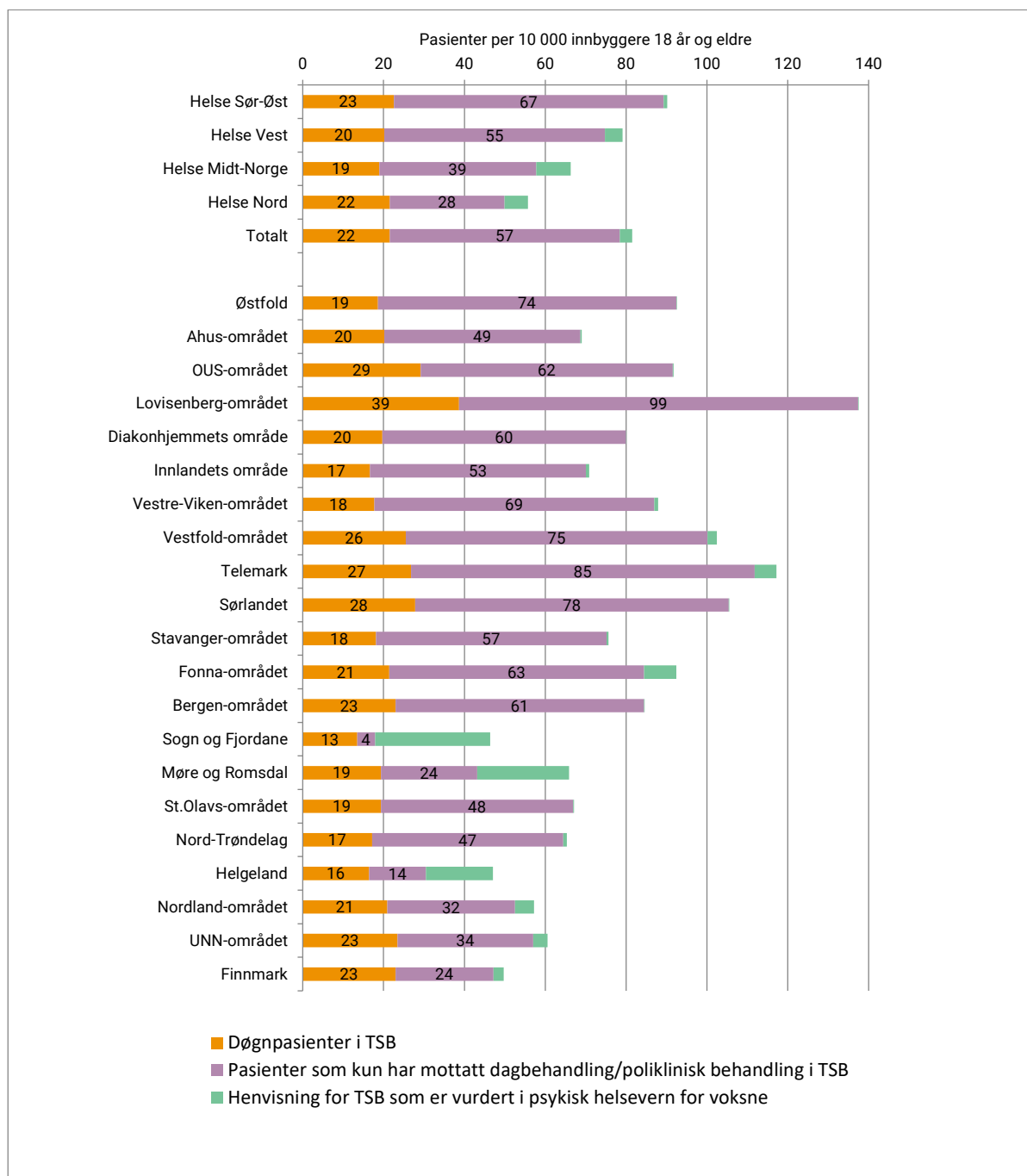
Omfanget av pasienter i rusbehandling er ulikt i områdene. Forskjellene er vist i figur 5.3.1 i form av pasientrater (pasienter per voksne innbyggere) i bostedsområdene i 2017.

---

<sup>50</sup> Samdata spesialisthelsetjenesten analysenotat 02/18: Forløp etter utskrivning fra tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

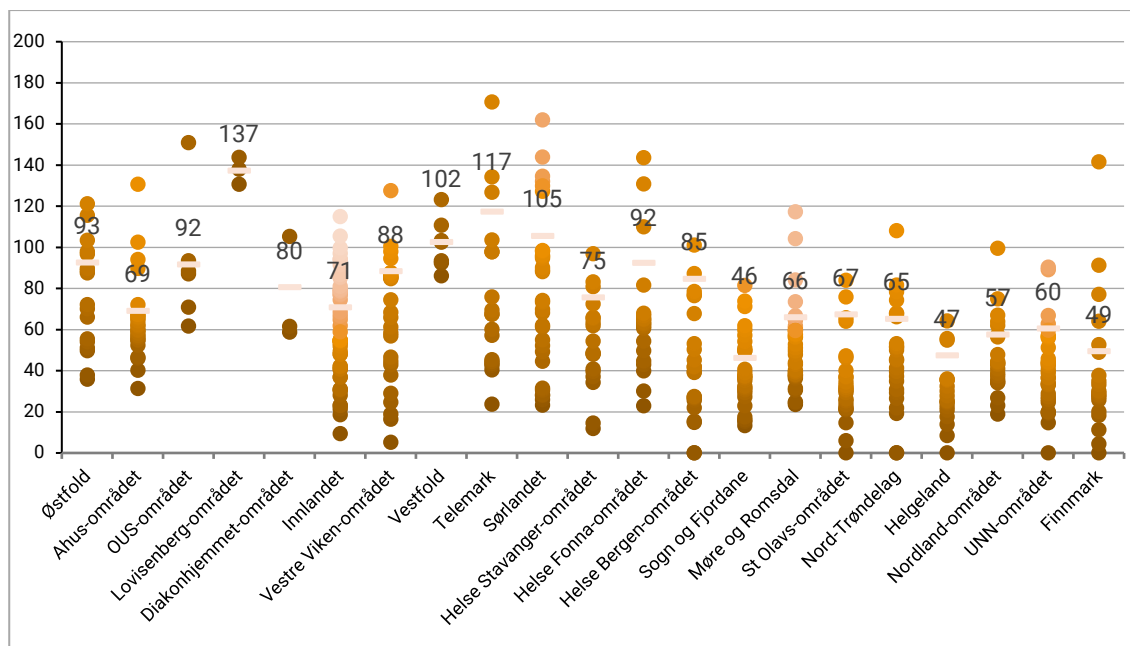
<sup>51</sup> Samdata spesialisthelsetjenesten analysenotat 07/18: Poliklinisk rusbehandling 2013-2017

Figur 5.3.1 Pasienter i rusbehandling i 2017.



Forskjellene var knyttet til ulikt poliklinisk tilbud i områdene. Forskjellene i pasientrater mellom kommunene innad i de ulike områdene er presentert i figur 5.3.2. Det samlede ratenivået for området er markert og tallfestet i figuren.

Figur 5.3.2 Pasienter i rusbehandling innad i områdene i 2017. Antall pasienter per 10 000 voksne innbyggere per kommune.



Figur 5.3.2 viser at det var forskjeller i pasientrater mellom kommunene innad i områdene i 2017. Mange kommuner hadde lave ratenivå. I områdene som samlet sett hadde lave ratenivå manglet kommuner med særlig høye ratenivå samtidig som mange av kommunene hadde svært lave ratenivå.

I tabell 5.3.1 er forskjellene mellom områdene i 2013 til 2017 presentert ved variasjonskoeffisienten og forholdet mellom den høyeste og den laveste pasientraten.

Tabell 5.3.1 Variasjonen i pasienter i rusbehandling per voksne innbyggere i helseforetakenes opptaksområder.

År	Variasjonskoeffisienten (standardavvik/gjennomsnitt)		Forholdstallet: (maksimum)/(minimum)	
	Pasienter i rusbehandling	Kun poliklinisk behandling	Pasienter i rusbehandling	Kun poliklinisk behandling
2013	36	44	4	8
2014	36	41	4	6
2015	31	36	3	3
2016	30	35	3	3
2017	29	30	3	3

Forskjellene ble mindre i løpet av perioden 2013-2017, men de geografiske forskjellene fra 2013 ble gjenfunnet i 2017. Fra Figur 4.3.1 så vi at den totale pasientraten hadde en vekst i løpet av perioden. Veksten var knyttet til pasienter i poliklinisk behandling. Døgnpasienter per voksne innbyggere hadde liten vekst i perioden, mens pasienter som kun var i poliklinisk behandling hadde økt. Fra tabell 5.3.1 ser vi at variasjonen avtok fra 2013 til 2017 og det var særlig for pasienter som kun var i poliklinisk behandling variasjonen ble

reduisert. Forskjellen mellom høyeste pasientrate og laveste pasientrate ble redusert fra 8 til 3 i løpet av disse fire årene. Dette var et resultat av økt poliklinisk virksomhet rettet mot pasienter i rusbehandling. Det er imidlertid fremdeles betydelige geografiske forskjeller i behandlingstjenester innen rusbehandling i spesialisthelsetjenesten i 2017 som betyr at det er store forskjeller i tilbudet av behandlingstjenester til befolkningen, avhengig av bosted.

## **5.4 Variasjon i kommunalt tilbud innen psykisk helse og rus**

Årsverkene i psykisk helsearbeid og rusarbeid i kommunene utgjør kapasiteten i tjenesten som er rettet mot brukere med psykiske lidelser og/eller rusproblemer. I tillegg til å tilby aktiviteter, bolig, behandling og forebygging, er tjenesten en samarbeidspart i samhandlingen om pasienter i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Med opptrappingsplanen for psykisk helse (1998-2008) ble årsverksressursen innen psykisk helsearbeid styrket. Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016-2010) medfører en pågående satsning rettet mot brukere med rusproblemer i kommunene og brukerplan er kartleggingsverktøyet som bidra til å belyse denne satsningen <sup>52</sup>. Årsverkene for helsearbeid og rusarbeid er samlet i rapporteringen på skjema IS-24/8 som er en komplett rapportering fra alle kommunene i 2017<sup>53</sup>. I tillegg til årsverk, rapporterer kommunene aggregert informasjon om brukerne av det kommunale tilbudet. Dette foreligger i form av omfang av brukere innen tre behandlingsforløp<sup>54</sup>:

- Hovedforløp 1: Milde og kortvarige problemer
- Hovedforløp 2: Kortvarige alvorlige problemer/lidelser og langvarige mildere problemer/lidelser
- Hovedforløp 3: Alvorlige langvarige problemer/lidelser.

Inndelingen gir en indikasjon på hvor hovedtyngden av brukergruppen i kommunene er. Pasienter i hovedforløp 3 vil ha behov for spesialisthelsetjenester og er en pasientgruppe som er sentral med hensyn til samhandling og blant voksne utgjør denne gruppen en betydelig andel av de som mottar hjelp fra kommunene. Tilbudet i kommunene der brukerne bor er en sentral støtte i overgangen fra spesialisthelsetjenesten. Et godt tilbud i kommunene vil sikre utbyttet av den investerte ressursbruken i spesialisthelsetjenesten og kunne redusere omfanget av fremtidig ressursbruk i spesialisthelsetjenesten. Innsatsen rettet mot barn og unge omfatter i mindre grad brukere som også er i behandling i spesialisthelsetjenesten.

Ressursbruken i kommunene er knyttet til skolehelsetjeneste, forebygging, behandling og oppfølgingsarbeid. I lys av at flere unge jenter oppsøker spesialisthelsetjenesten for behandling for psykiske problemer, er betydningen av det kommunale bidraget ytterligere aktualisert. Når det gjelder forskjellene i det kommunale ressursbruken er det antall kommuner med lav kapasitet som er bekymringsfullt. Prioritering av dette arbeidet vil ikke

---

<sup>52</sup> <https://helse-stavanger.no/seksjon/KORFOR/Documents/Brukerplan/BrukerPlanÅrsrapport2017%20Digital.pdf>

<sup>53</sup> Ose, SO og Kaspersen, SL (2018). Kommunalt psykisk helse og rusarbeid 2017: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene.

<sup>54</sup> Helsedirektoratet (2014) «Sammen om mestring» Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. IS-2076.



nødvendigvis gi tydelige kortsiktige effekter, men gi gevinster på lang sikt i form av en befolkning som klarer å fungere i samfunnet og ha et greit liv på tross av periodiske eller kroniske psykisk helse problemer og/eller rusmiddelbruk.

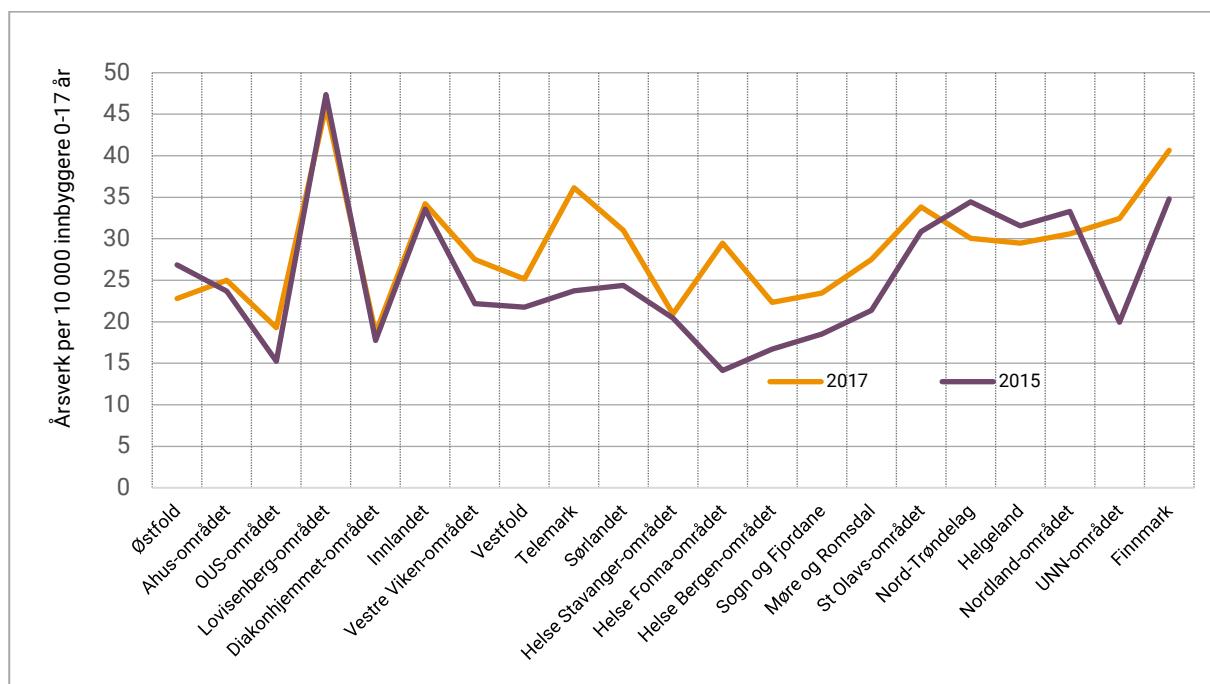
### Kommunale årsverk rettet mot barn og unge innen psykisk helse og rus

Personellkapasiteten rettet mot barn og unge i kommunene var primært knyttet til helsestasjon og skolehelsetjeneste (43 prosent) og til behandling, oppfølging, rehabilitering og miljøarbeid (49 prosent).

Årsverkene rettet mot barn og unge er fordelt på brukere innen hvert av de tre hovedforløpene. Blant brukere av det kommunale tilbudet var nesten halvparten av barn og unge antatt å ha mildere og kortvarige problemer (48 prosent) mens 38 og 18 prosent ble klassifisert i hhv hovedforløp 2 og 3. I 2017 oppga 19 prosent av kommunene at tilbudet til barn og unge med alvorlige lidelser var for dårlig, mens det var få kommuner som vurderte tilbudet til barn og unge i hovedforløp 1 og 2 som dårlig.

Årsverkskapasiteten i kommunenes tilbud til barn og unge i helseforetakenes opptaksområder i 2015 og 2017 er presentert i figur 5.4.1.

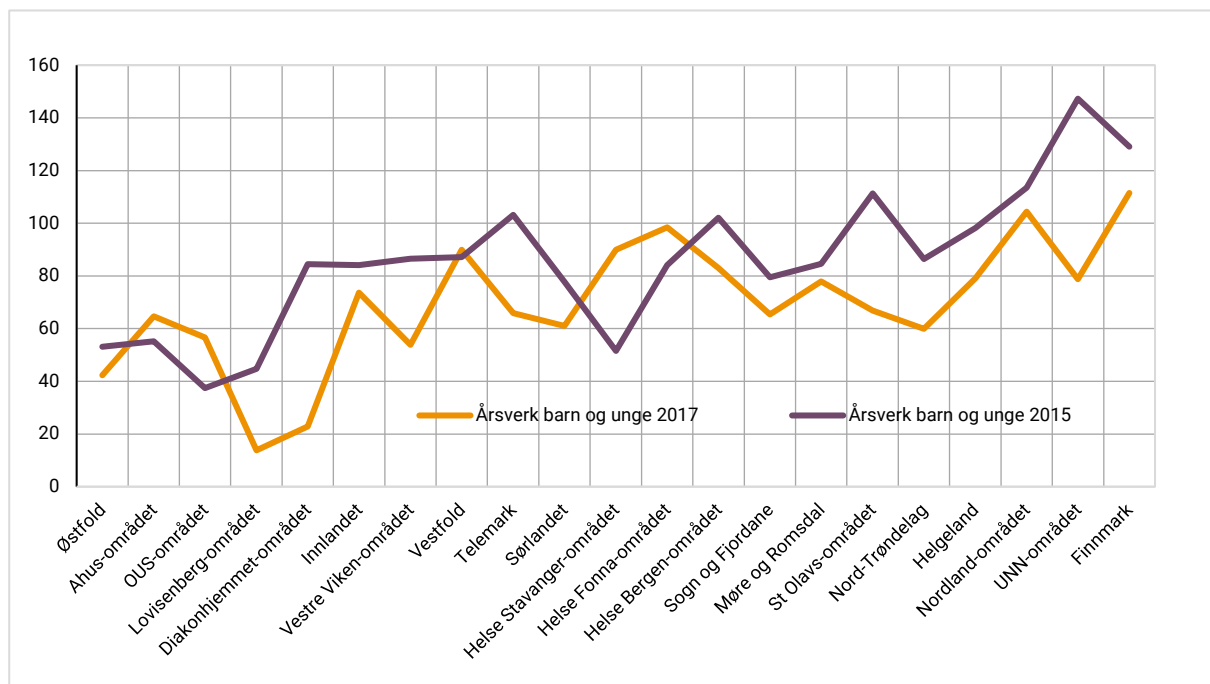
Figur 5.4.1 Årsverk i psykisk helsearbeid og kommunalt rusarbeid for barn og unge i 2015 og 2017.



Årsverk per innbygger rettet mot barn og unge i 2017 og 2015 er beregnet for hvert av de geografiske områdene i figuren over. For de fleste områdene ble årsverkskapasiteten styrket fra 2015 til 2017. For noen områder ble kapasiteten redusert og dette gjelder Østfold, Nord-Trøndelag, Helgeland og Nordland-området.

Variasjonen i kommunenes kapasitet er presentert ved variasjonskoeffisientene for områdene i 2015 og 2017 i figur 5.4.2.

Figur 5.4.2: Variasjonskoeffisienten (CV) for årsverk i psykisk helsearbeid og kommunalt rusarbeid. Årsverk per 10 000 innbyggere 0-17 år.



Variasjonen er størst i UNN-området og i Finnmark i 2015, men i 2017 er det Finnmark og Nordland-området som har den høyeste variasjonskoeffisienten. Variasjonen blir gjennomgående mindre i de fleste områdene, med unntak av Ahus-området, OUS-området, Helse Stavanger og Helse Fonna.

### Kommunale årsverk rettet mot voksne brukere innen psykisk helse og rus

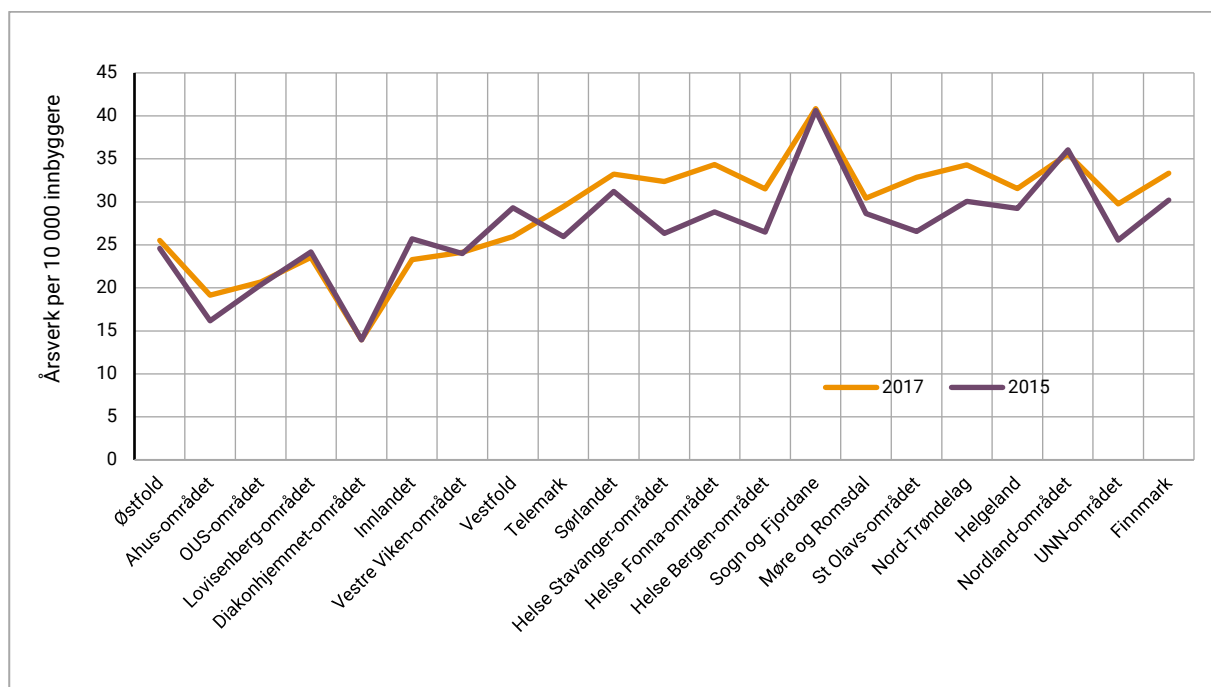
Personellkapasiteten i psykisk helsearbeid og kommunalt rusarbeid var knyttet til boligtilbud med fast personell (66 prosent), behandling, koordinering, oppfølging og faglig ledelse (25 prosent) og hjemmetjenester, ambulante tjenester for hjemmeboende pasienter (21 prosent). Blant voksne brukere av det kommunale tilbudet er over 60 prosent klassifisert innen hovedforløp 3 Alvorlige langvarige problemer/lidelser. Om lag hver fjerde eller femte kommune mente at ansvarsfordelingen om pasienter med alvorlige lidelser i liten grad er tydelig. Det var 7 prosent av kommunene som svarte at tilbudet til denne gruppen var dårlig og det var særlig de minste kommunene som ikke var fornøyd med tilbudet som ble gitt.

De store kommunene var relativt godt fornøyd med tilbudet som ble gitt innen alle tre hovedforløpene. Brukerplan er et verktøy for kartlegging av rusmiddelsituasjonen. I alt 72 prosent av kommunene svarte i 2017 at de har tatt i bruk dette verktøyet og bruken økte med kommunestørrelse. Brukerne av kommunalt rusarbeid hadde i betydelig grad kontakt med spesialisthelsetjenesten. Halvparten av brukerne med rusproblemer som ble kartlagt med brukerplan hadde hatt kontakt med TSB og en 16 prosent hadde hatt en innleggelse,

mens 8 prosent hadde en akuttbehandling. I alt 8 prosent hadde en innleggelse i psykisk helsevern.

Opptappingsplanene for rusfeltet (2016-2020)<sup>55</sup> har medført mer penger til kommunene. I alt 40 prosent av kommunene oppga at dette hadde medført flere årsverk. Årsverkskapasiteten i kommunenes tilbud til voksne i helseforetakenes opptaksområder i 2015 og 2017 er presentert i figur 5.4.3.

Figur 5.4.3 Årsverk i psykisk helsearbeid og kommunalt rusarbeid for voksne i 2015 og 2017.

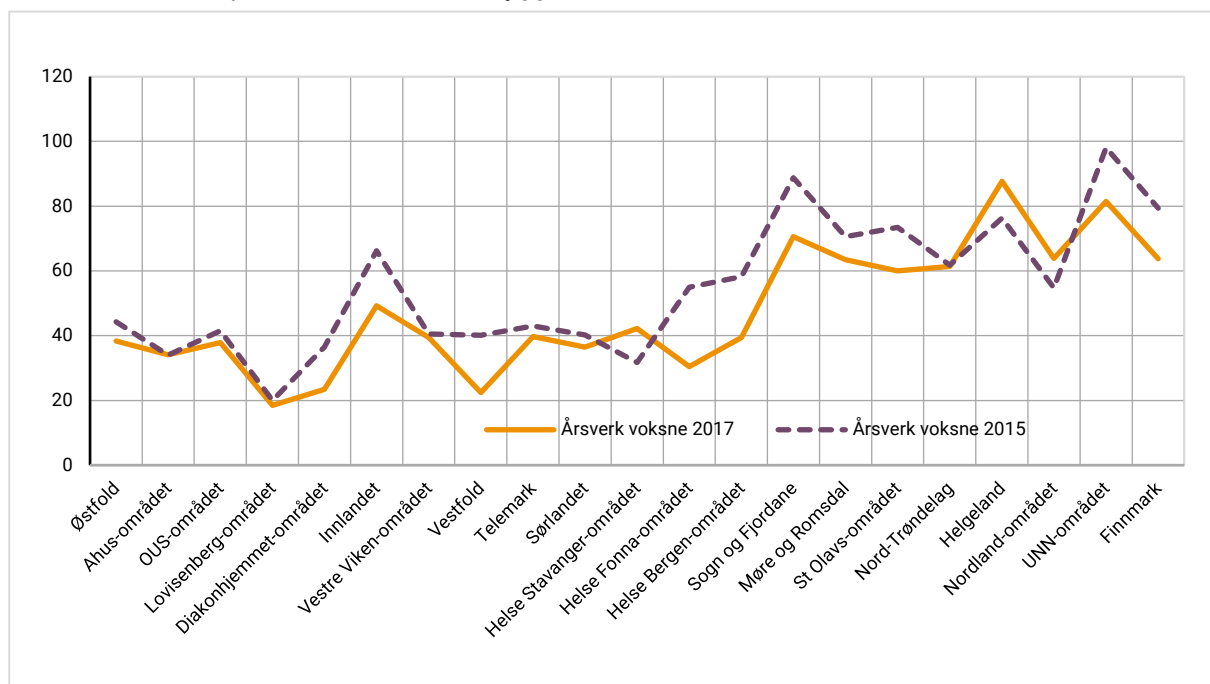


Figur 5.4.3 viser at for de fleste områdene ble kapasiteten innen det kommunale tilbudet styrket fra 2015 til 2017. Ved noen områder ble kapasiteten redusert og det gjaldt strengt tatt kun Innlandet og Vestfold.

Variasjonen i kommunenes kapasitet overfor voksne er presentert ved variasjonskoeffisientene for områdene i 2015 og 2017 i figur 5.4.4.

<sup>55</sup><https://www.regjeringen.no/contentassets/1ab211f350b34eac926861b68b6498a1/no/pdfs/prp201520160015000dddpdfs.pdf>

Figur 5.4.4: Variasjonskoeffisienten (CV) for årsverk i psykisk helsearbeid og kommunalt rusarbeid. Årsverk per 10 000 voksne innbyggere.



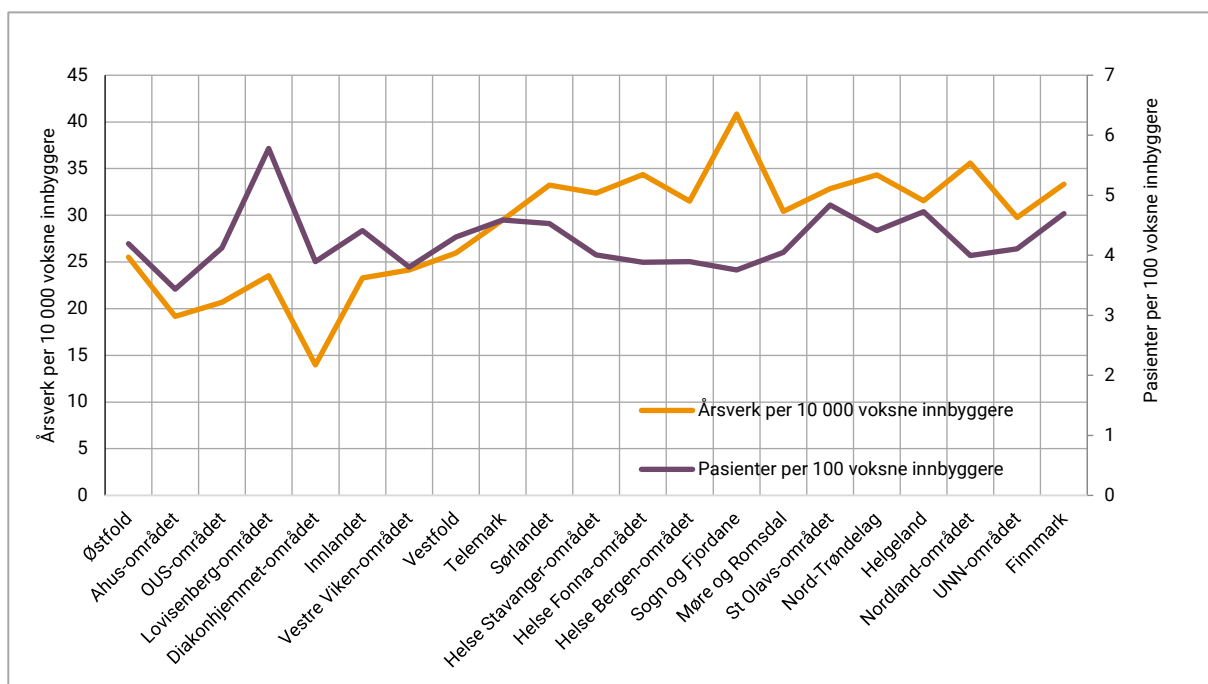
Variasjonen med hensyn til årsverkskapasiteten rettet mot voksne var størst i Sogn og Fjordane, i Helse Midt-Norge og i Helse Nord. I disse områdene ble variasjonen redusert fra 2015 til 2017, unntatt i Helgeland og Nordland-området.

### Kapasiteten i de kommunale tjenestene og spesialisthelsetjenesten rettet mot voksne

I og med at en betydelig andel av brukerne har alvorlige langvarige problemer/lidelser og mange mottar tjenester fra spesialisthelsetjenesten, er samarbeidet mellom tjenestenivåene viktig for denne brukergruppen. Pasienter i spesialisthelsetjenesten omfatter psykisk helsevern og TSB. De privatpraktiserende avtalespesialistene er ikke inkludert.

Årsverkskapasiteten i kommunene er sammenstilt med andel pasienter i helseforetakenes opptaksområder i 2017 i figur 5.4.5.

Figur 5.4.5: Årsverk i psykisk helsearbeid og kommunalt rusarbeid og pasienter i psykisk



helsevern og TSB. 2017.

Figuren viser andel pasienter i behandling i spesialisthelsetjenestens behandlingstjenester innen psykisk helsevern og TSB. Andel pasienter var høyest i Lovisenberg-området og her var andel pasienter 5,8 prosent av befolkningen. Andel pasienter i befolkningen var lavest i Ahus-området og utgjorde 3,5 prosent av befolkningen. Andel pasienter lå imidlertid på om lag 4 prosent av befolkningen i flere av områdene; Diakonhjemmet, Vestre Viken, Helse Stavanger, Helse Fonna, Sogn-og Fjordane og Møre- og Romsdal og Nordland. Årsverk i psykisk helsearbeid og kommunalt rusarbeid per voksne innbyggere er vist i samme figur. I mangel av datagrunnlag som synliggjør omfanget av antall brukere som mottar de kommunale tjenestene, er kapasiteten i form av årsverk det beste anslag vi har på omfanget av behandlingstilbud i kommunene. Når det er sagt er det viktig å fremheve at personellressursen i kommunene arbeider med brukergrupper som ikke er pasienter i spesialisthelsetjenesten og en stor andel av pasientene i spesialisthelsetjenesten har ingen kontakt med psykisk helsearbeid og kommunalt rusarbeid.

## Helhet og sammenheng

### Utgitt

[Dato]

### Bestillingsnummer

[BESTILLINGSNR]

### Utgitt av

Helsedirektoratet

### Postadresse

Pb. 220 Skøyen

0213 Oslo

### Besøksadresse

Universitetsgata 2, Oslo

**Telefon** 810 20 050

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

### Forsidefoto

Krediteres

### Design

Itera as

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