

Utskrivningsklare pasienter – utvikling og variasjon i spesialisthelsetjenesten og forløp etter utskrivning

Først publisert: 01. mars 2024

Siste faglige endring: 01. mars 2024

Innhold

1. Sammendrag	3
2. Innledning	5
3. Beskrivelse av utskrivningsklare pasienter	7
4. Utvikling og variasjon for alle utskrivningsklare pasienter	9
5. Utvikling og variasjon for utskrivningsklare pasienter med overliggerdøgn	11
6. Reinnleggelser	13
7. Andel epikrisetid innen én dag og innen én uke for utskrivningsklare pasienter	15
8. Kommunale forskjeller i antall overliggerdøgn	17
9. Tjenester i kommunene for utskrivningsklare pasienter	20
10. Bruk av fastlege og legevakt for utskrivningsklare pasienter	22
11. Utskrivningsklare pasienter som ikke hadde registrerte tjenester i kommunene før døgnopphold i sykehus	25
12. Datagrunnlag og definisjoner	29
13. Vedlegg 1	33
14. PDF av rapporten	49

Sammendrag

Utskrivningsklare pasienter er pasienter som har behov for oppfølging i kommunen etter innleggelse i sykehus. Noen pasienter blir værende i sykehus i påvente av kommunale omsorgstjenester etter at de er vurdert som ferdigbehandlet i sykehus. Disse døgnene, omtalt som overliggerdøgn, legger beslag på kapasiteten i sykehusene, og pasientenes oppholdskommune må betale døgnpris for hvert overliggerdøgn.

I 2022 var det totalt om lag 94 000 utskrivningsklare pasienter i somatiske sykehus. Det er det høyeste antallet i perioden 2018 til 2022, og en økning på 14 prosent fra 2021. Korrigert for befolkningsendringer var antall pasienter stabilt i perioden 2018 til 2021.

Det var 13,1 overliggerdøgn per 1 000 innbyggere i 2022. Det er høyere enn de fire foregående årene. Befolkningen i Midt-Norge og Nord hadde flere overliggerdøgn per innbyggere enn befolkningen i Vest og Sør-Øst. Nord hadde omtrent tre ganger flere overliggerdøgn per innbygger i 2022 enn Sør-Øst og Vest. Antall overliggerdøgn per innbygger varierer betydelig mellom kommunene, fra ingen døgn til 111 døgn per 1 000 innbyggere i 2022. Analysen viser at det er flest overliggerdøgn per innbygger både i de kommunene som er mest sentrale og i kommuner med et høyere innbyggertall.

Uendret andel reinnleggelser, men variasjoner mellom bostedsområder

For alle utskrivningsklare pasienter var andel reinnleggelser for øyeblikkelig hjelp mellom 1 til 30 dager etter forrige utskrivelse 21,7 prosent i 2022. Andelen reinnleggelser etter opphold med overliggerdøgn var 19,1 prosent i 2022. Analysen viser at for utskrivningsklare pasienter var kort gjennomsnittlig oppholdstid i sykehus assosiert med høy andel reinnleggelser. Utskrivningsklare pasienter i Midt-Norge og Nord lå i gjennomsnitt lengre på sykehus enn pasienter i de to andre regionene, og hadde samtidig lavere andel reinnleggelser. Vi kan likevel ikke konkludere med at det er en direkte sammenheng.

Ikke alle epikriser sendes innen én uke

Epikrisen er sykehuset oppsummering av en innleggelse. For pasienter som skal ha videre oppfølging i kommunene er det viktig at kommunene får god informasjon om pasientens helsetilstand og en vurdering av oppfølgingsbehov, samt at denne informasjonen kommer i tide. For utskrivningsklare pasienter var andelen epikriser sendt innen én dag og innen én uke, på henholdsvis 81 og 96 prosent i 2022. For utskrivningsklare pasienter med overliggerdøgn var andelen sendt innen én dag litt høyere enn for alle utskrivningsklare pasienter, mens andelen sendt innen én uke var omtrent lik. For landet samlet og for de fleste bostedsområdene var andelen epikrise sendt innen én dag og én uke høyere i 2022 sammenlignet med i 2018.

Tre av fire pasienter med overliggerdøgn ble skrevet ut til tidsbegrenset institusjonsopphold

De fleste som hadde utskrivningsklare opphold i sykehus i 2022 var registrert med omsorgstjeneste(r) i KPR helse og omsorg samme år. Omtrent fire av fem hadde helsetjenester i hjemmet, mens tilnærmet halvparten hadde tidsbegrenset institusjonsopphold i løpet av året.

Omtrent tre av fire pasienter med overliggerdøgn, ble skrevet ut til et tidsbegrenset institusjonsopphold i kommunen etter døgnoppholdet i sykehus. For utskrivningsklare pasienter uten overliggerdøgn, gjaldt dette i underkant av én av tre. Det var store variasjoner mellom bostedsområdene i hvor stor andel som ble skrevet ut til tidsbegrenset institusjonsopphold.

Nær halvparten hadde legekontakt innen én uke etter utskrivelse

De fleste utskrivningsklare pasienter var i kontakt med fastlege i løpet av året, og nesten halvparten var registrert med kontakt med lege innen én uke etter utskrivelse. Andelen som hadde konsultasjon med fastlege i etterkant av døgnopphold, var noe lavere i region Nord og Midt-Norge enn i Vest og Sør-Øst. Det var motsatt for konsultasjon med legevakt, hvor andelen var høyest i Nord og Midt-Norge.

I 2022 var det om lag 21 000 «nye» utskrivningsklare pasienter

Av alle utskrivningsklare pasienter i 2022, hadde omtrent 21 prosent, tilnærmet 21 000 pasienter, ingen registrerte kommunale tjenester i forkant av døgnopphold i sykehus, men mottok kommunale tjeneste(r) senere i 2022. Disse pasientene var i gjennomsnitt yngre og i mindre grad registrert med redusert funksjonsnivå enn øvrige utskrivningsklare pasienter. Det var noe variasjon mellom bostedsområdene både i hvor stor andel som ble skrevet ut til tjeneste(r), og hvilken tjeneste(r) de ble skrevet ut til.

Innledning

I denne rapporten beskriver vi bruk av døgnbehandling i sykehus og bruk av kommunale tjenester for utskrivningsklare pasienter. Utskrivningsklare pasienter er pasienter som trenger oppfølging i kommunehelsetjenesten etter behandling i spesialisthelsetjenesten. Betegnelsen utskrivningsklar innebærer at sykehuset ikke kan skrive ut pasienten før kommunen kan gi pasienten de nødvendige tjenestene det er behov for. Det er en målsetting å ha færrest mulig oppholdsdøgn på sykehus etter at pasientene er meldt utskrivningsklare til kommunene, såkalte overliggerdøgn. Bakgrunnen for det er, blant annet, at helsetjenesten vil oppleves som mer sømløs og kontinuerlig for pasienten. Det er heller ikke effektiv ressursbruk at ferdigbehandlede pasienter er innlagte i sykehus. Oppholdsdøgn etter at pasienten er meldt utskrivningsklar utløser betalingsplikt for pasientens oppholdskommune.

En av de prioriterte pasientgruppene i Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023[1] (NHSP) er skrøpelige eldre. Definisjonen av skrøpelighet i NHSP er redusert muskelstyrke, utilsiktet vekttap og redusert motstandskraft mot sykdom. I NHSP står det at disse pasientene som regel har et tilbud i kommunale helse- og omsorgstjenester og legges hyppig inn på sykehus. Det er ikke slik at alle utskrivningsklare pasienter lever med skrøpelighet[2], men det er et stort sammenfall, og det er en pasientgruppe hvor samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale helse- og omsorgstjenester er viktig. Godt samarbeid mellom tjenestene om forebygging av sykdomsforverring og tidlig innsats, samt en bedre utskrivningsprosess vil bidra til bedre pasientforløp, færre uønskede reinnleggelser og riktigere ressursbruk (NHSP).

I denne rapporten beskriver vi:

1. kjennetegn ved utskrivningsklare pasienter, som kjønn, alder, diagnosegrupper og grad av skrøpelighet
2. utvikling og variasjon i antall pasienter per innbyggere, antall opphold innbyggere, samt oppholdstid for alle utskrivningsklare pasienter og for utskrivningsklare pasienter med overliggerdøgn
3. utvikling og variasjon i andelen reinnleggelser og andelen epikriser sendt innen én dag og innen én uke for alle utskrivningsklare pasienter og utskrivningsklare pasienter med overliggerdøgn
4. kommunevariasjon i antall overliggerdøgn, der vi ser på betydning av kommunens innbyggertall og sentralitet
5. hvilke kommunale tjenester pasientene mottok i løpet av året og hvor stor andel som skrives ut til et tidsbegrenset institusjonsopphold etter utskrivning fra døgnopphold i sykehus
6. bruk av legetjenester i 2022, både hos fastlege og legevakt, der vi ser på andel som bruker disse tjenestene i løpet av året og andel som mottar denne typen tjenester innen én uke eller én måned etter utskrivning fra døgnopphold
7. pasientene som ikke hadde tjeneste(r) før innleggelse i sykehus i 2022, men som fikk kommunal(e) tjeneste(r) i løpet av året

I denne rapporten omtaler vi døgnopphold der pasienter ble meldt utskrivningsklare og ikke hadde overliggerdøgn, som utskrivningsklare opphold uten overliggerdøgn. På samme måte omtaler vi opphold der pasienten ble meldt utskrivningsklar og hadde overliggerdøgn, som utskrivningsklare opphold med overliggerdøgn. Og på et mer overordnet nivå omtaler vi alle opphold der pasientene ble meldt utskrivningsklare, som utskrivningsklare opphold.

Ved helseforetakene i Midt-Norge er det underrapportering av utskrivningsklare pasienter uten overliggerdøgn. Øvrige bostedsområdene var om lag 90 prosent av de utskrivningsklare pasientene pasienter uten overliggerdøgn. For områdene i Midt-Norge var det under halvparten. Dette innebærer at bostedsområdene Nord-Trøndelag, Møre og Romsdal og St. Olavs-området ikke kan sammenlignes med de andre bostedsområdene for totalt antall utskrivningsklare pasienter/opphold og antall pasienter/opphold uten

overliggerdøgn. Etter innføringen av Helseplattformen ved St. Olavs hospital i slutten av året 2022, økte registreringene av utskrivningsklare pasienter uten overliggerdøgn. Dette betyr at noe av veksten for region Midt-Norge i 2022, skyldes bedring i registreringen og ikke en faktisk vekst.

Som følge av ulik registreringspraksis, er det ikke hensiktsmessig å sammenligne antall opphold, andel reinnleggelser og tjenester i kommunen når vi ser på alle utskrivningsklare pasienter. Vi ser derfor nærmere på geografiske variasjoner når vi presenterer tall for utskrivningsklare pasienter med overliggerdøgn. For å gi en overordnet oversikt over pasientpopulasjonen og utviklingen i antall utskrivningsklare pasienter, har vi allikevel valgt å vise figurer med totalt antall utskrivningsklare pasienter/opphold og antall utskrivningsklare pasienter uten overliggerdøgn. I disse figurene er det viktig å være oppmerksom på at særlig bostedsområdene St. Olavs-området, Nord-Trøndelag og Møre og Romsdal ikke er sammenlignbare med de andre bostedsområdene.

[1] <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-helse--og-sykehusplan-2020-2023/id2679013/>

[2] Styringsinformasjon til helsefelleskapene. Del 1: Skrøpelige eldre og personer med flere kroniske sykdommer. Rapport IS-2997. Helsedirektoratet, mai 2021. Beate M. Huseby.

Beskrivelse av utskrivningsklare pasienter

I dette kapitlet beskriver sammensetningen av kjønn og alder, årsak til innleggelse, grad av skrøpeligheit og andel øyeblikkelig hjelp-innleggelser for utskrivningsklare pasienter, både nasjonalt og i de ulike bostedsområdene. Vi vet at det er forskjeller i antall overliggerdøgn mellom ulike geografiske områder, og har som hensikt å undersøke om ulik pasientsammensetning kan være med å forklare noe av disse forskjellene.

Figur 1 viser kjønn og alder fordelt etter om pasientene hadde opphold med eller uten overliggerdøgn. Gjennomsnittsalderen for utskrivningsklare pasienter var 77 år i 2022. I 2022 var nesten 50 prosent av de utskrivningsklare pasientene 80 år eller eldre. Det var høyere andel pasienter i denne aldersgruppen blant pasienter med overliggerdøgn enn for pasienter uten overliggerdøgn. Videre var det høyere andel kvinner enn menn i aldersgruppen 80 og eldre, både blant de med og uten overliggerdøgn.

Figur 2 viser alderssammensetning for alle utskrivningsklare pasienter fordelt på bostedsområdet i 2022. Med unntak av Lovisenberg, som hadde høyere andel yngre utskrivningsklare pasienter enn de andre bostedsområdene, var det ingen store forskjeller i alderssammensetningen. Bostedsområdene i Midt-Norge hadde høyest andel utskrivningsklare pasienter i aldersgruppen 80 år og eldre. Dette henger sammen med at utskrivningsklare pasienter uten overliggerdøgn i liten grad er registrert i dataene for de tre bostedsområdene i Midt-Norge, og medfører at opplysningene fra Midt-Norge ikke er direkte sammenlignbare med resten av landet.

Utskrivningsklare pasienter er en sårbar pasientgruppe som ofte har et sammensatt sykdomsbilde, og av alle utskrivningsklare pasienter i 2022, døde omtrent én av fem innen utgangen av samme år. Figur 3 og Figur 4 viser fordelingen av de åtte største diagnosegruppene for henholdsvis opphold uten og med overliggerdøgn, mens Figur 5 og Figur 6 viser hvor stor andel av de utskrivningsklare pasientene som lever med noe redusert, redusert, dårlig eller svært dårlig funksjonsnivå.

I Norge brukes ICD-10 som klassifikasjon for diagnoser i spesialisthelsetjenesten. ICD-10[3] er delt inn i 21 hovedkapitler og i 217 kategoriblokker/tilstandsgrupper. I denne analysen bruker vi hoveddiagnosekode i første avdelingsopphold for opphold dersom pasienten var flyttet mellom to eller flere avdelinger.

Figur 3 viser at både *sykdommer i åndedrettssystemet* og *skader og forgiftninger* utgjorde 15 prosent av alle opphold uten overliggerdøgn i 2022. For Østfold, Ahus-området, Helse Førde-området, Møre og Romsdal, Helgeland og Nordland-området, var *skader og forgiftninger* den største årsaken til innleggelser, mens for St. Olavs-området, Nord-Trøndelag og Vestre Viken var *sykdommer i sirkulasjonssystemet* størst. For de andre områdene var *sykdommer i åndedrettssystemet* den største gruppen. Med unntak av Nord-Trøndelag, hadde Finnmark og UNN-området lavest andel opphold knyttet til *skader og forgiftning* med 11 prosent.

Figur 4 viser at for opphold med overliggerdøgn var innleggelser innenfor hovedkapitlet *skader og forgiftninger* den største gruppen, med 22 prosent samlet for alle bostedsområdene. Det er nesten åtte prosentpoeng høyere enn for opphold uten overliggerdøgn. Det var lavere andel pasienter som var registrert med *svulster*, *sykdommer i fordøyelsessystemet*, *sykdommer i muskel- og skjelettsystemet* ved opphold med overliggerdøgn sammenlignet med opphold uten overliggerdøgn.

Finnmark, som var blant de områdene med lavest andel knyttet til *skader og forgiftninger* for opphold uten overliggerdøgn, var et av områdene med høyest andel knyttet til dette hovedkapitlet for opphold med overliggerdøgn. Også Helse Førde-området hadde relativt høy andel innleggelser knyttet til *skader og forgiftninger*, men i dette området var det få opphold med overliggerdøgn med bare litt over 100 opphold i 2022.

Figur 5 viser hvor stor andel av de utskrivningsklare pasientene uten overliggerdøgn som levde med skrøpeligheit.[4] Av disse pasientene hadde 44 prosent noe redusert eller redusert funksjonsnivå. Videre hadde

30 prosent dårlig eller svært dårlig funksjonsnivå. For bostedsområdene varierte andelen med noe redusert eller redusert funksjonsnivå fra 33 prosent til om lag 50 prosent. Med unntak av områdene i Midt-Norge, varierte andelen med dårlig eller svært dårlig funksjonsnivå fra 23 prosent til 37 prosent.

Figur 6 viser at av utskrivningsklare pasienter med overliggerdøgn, hadde 39 prosent noe redusert eller redusert funksjonsnivå. Videre hadde 47 prosent dårlig eller svært dårlig funksjonsnivå. Det var altså høyere andel med dårlig eller svært dårlig funksjonsnivå for utskrivningsklare pasienter med overliggerdøgn enn for pasienter uten overliggerdøgn. For utskrivningsklare pasienter med overliggerdøgn, varierte andelen med noe redusert eller redusert funksjonsnivå fra 27 prosent til 47 prosent. Andelen med dårlig eller svært dårlig funksjonsnivå varierte fra 37 prosent til 62 prosent.

En høy andel av utskrivningsklare opphold er ø-hjelpsinnleggelser, se Figur 7 og Figur 8 for henholdsvis opphold uten overliggerdøgn og opphold med overliggerdøgn. Figur 7 viser at 88 prosent av oppholdene uten overliggerdøgn var ø-hjelpsinnleggelser, hvorav 73 prosent var ikke-kirurgisk opphold. Til sammenligning var 76 prosent av alle døgnopphold i 2022 innleggelser for øyeblikkelig hjelp. Finnmark og UNN-området hadde lavere andel ø-hjelpsinnleggelser uten kirurgi enn de øvrige foretaksområdene og høyere andel planlagte opphold uten kirurgi.

Andelen ø-hjelpsinnleggelser for opphold med overliggerdøgn var 93 prosent, hvorav 74 prosent var ikke-kirurgi, se Figur 8. Andelen ø-hjelpsinnleggelser med kirurgi var 19 prosent, det er 7 prosentpoeng høyere enn ved opphold uten overliggerdøgn. For opphold med overliggerdøgn hadde Helse Førde-området, Finnmark og UNN-området noe høyere andel ø-hjelpsinnleggelser med kirurgi enn de andre områdene.

[3] [ICD-10 – e-helse](#)

[4] For klassifisering av skrøpelighet, se avsnittet "Klassifisering av skrøpelighet" under [Datagrunnlag og definisjoner](#). Tallene viser andelen som er registrert med grad av skrøpelighet i 2022, og er ikke knyttet til opphold i sykehus.

Utvikling og variasjon for alle utskrivningsklare pasienter

Pasienter og opphold

I 2022 var det i overkant av 94 000 pasienter som ble meldt utskrivningsklare. Pasienttallet holdt seg stabilt i perioden 2018 til 2020, mens det var en tydelig vekst fra 2020. Fra 2021 til 2022 økte antall utskrivningsklare pasienter med 14,3 prosent. Figur 9 viser at det var store variasjoner mellom regionene i hvor stor veksten var. For befolkningen i Nord økte antall utskrivningsklare pasienter med 83 prosent fra 2018 til 2022. Vekst i Nord skyldes i hovedsak flere utskrivningsklare pasienter uten overliggerdøgn. I 2022 var det nesten 4 800 flere utskrivningsklare pasienter uten overliggerdøgn enn i 2018 i Nord. Antall pasienter med overliggerdøgn økte med om lag 600 i samme periode. Hvorvidt økningen i Nord skyldes en faktisk vekst eller en bedring/ending i registrering vet vi ikke.

Figur 10 viser utviklingen i antall utskrivningsklare pasienter per 1 000 innbyggere (rate) per år for perioden 2018 til 2022. Totalt var pasientraten stabil i perioden 2018 til 2021. Siste år, 2021 til 2022, var det vekst på omtrent to utskrivningsklare pasienter per 1 000 innbyggere sammenlignet med 2018 og 2021. Det var flere utskrivningsklare pasienter i alle regionene i 2022 enn de fire foregående årene.

Det var totalt i overkant av 154 000 utskrivningsklare opphold i 2022. I perioden 2018 til 2020 var det liten endring i antall opphold der pasientene ble meldt utskrivningsklare. Fra og med 2021 var det vekst i alle de fire regionene. Igjen skiller region Nord seg ut med særlig stor vekst, med over en dobling i antall opphold fra 2018 til 2022. Antall opphold uten overliggerdøgn økte fra om lag 7 400 opphold i 2018 til i overkant av 17 300 i 2022 i Nord. Tilsvarende økte antall opphold med overliggerdøgn fra 2 300 til 3 100.

Figur 12 viser utvikling i totalt antall utskrivningsklare opphold per 1 000 innbyggere for de ulike regionene. I 2022 var det i alt 28,1 utskrivningsklare opphold per 1 000 innbyggere, det er flere enn de fire foregående årene. I likhet med for utskrivningsklare pasienter, var økningen per innbygger størst i Nord. Men også Vest hadde markant vekst. Veksten i Vest skyldes hovedsakelig flere utskrivningsklare opphold uten overliggerdøgn.

Utskrivningsklare opphold uten overliggerdøgn utgjør den største andelen av opphold der pasienter ble meldt utskrivningsklare. I 2022 var andelen opphold uten overliggerdøgn 86 prosent for landet samlet, se Figur 13. Region Midt-Norge skiller seg ut med lav andel utskrivningsklare pasienter uten overliggerdøgn, som skyldes underrapportering. Selv om det i Nord var en betydelig økning i antall utskrivningsklare opphold uten overliggerdøgn de siste årene, var andelen opphold uten overliggerdøgn fortsatt lavere enn i Sør-Øst og Vest.

Oppholdsdøgn og oppholdstid for alle utskrivningsklare opphold

Utskrivningsklare pasienter hadde til sammen om lag 1 060 000 oppholdsdøgn i sykehus 2022, det utgjorde 35 prosent av alle oppholdsdøgn i somatisk spesialisthelsetjeneste. Antall oppholdsdøgn for utskrivningsklare pasienter økte med 20 prosent fra 2018 til 2022. Av de 1 060 000 oppholdsdøgnene i 2022, var 71 800 døgn overliggerdøgn.[5]

Figur 14 viser totalt antall oppholdsdøgn per 1 000 innbyggere for utskrivningsklare pasienter. I 2022 var det 193 oppholdsdøgn per 1 000 innbyggere, det er en vekst fra 175 og 170 døgn per 1 000 innbyggere i 2018 og 2021. Fra 2021 til 2022 markerte særlig Nordland-området og UNN-området seg med vekst i antall

oppholdsdøgn per innbyggere, men også Helse Bergen-området og Helse Førde-området hadde relativt høy vekst. Med unntak av for bostedsområdene i Midt-Norge[6], varierte antall oppholdsdøgn per 1 000 innbyggere fra 158 døgn ved Innlandet til 311 ved UNN-området i 2022.

Figur 15 viser utvikling i gjennomsnittlig oppholdstid for alle opphold der pasienter ble meldt utskrivningsklare. Total gjennomsnittlig oppholdstid[7] var 6,9 døgn i 2022, det er 0,5 døgn kortere enn i 2018 og likt som i 2021. Det innebærer at veksten i antall oppholdsdøgn per 1 000 innbyggere, ikke skyldes at pasientene i gjennomsnitt lå lengre, men at det var flere utskrivningsklare opphold.

Det som ikke fremgår av figuren under er at det er forskjeller i gjennomsnittlig oppholdstid for utskrivningsklare pasienter med og uten overliggerdøgn. I og med at pasienter med overliggerdøgn har ekstra døgn på sykehuset, er det ikke unaturlig at den totale oppholdstiden for disse pasientene er høyere enn for utskrivningsklare pasienter uten overliggerdøgn. Men dersom vi kun ser på antall ordinære døgn[8], var det ved utskrivningsklare opphold med overliggerdøgn i gjennomsnitt åtte døgn i 2022. Tilsvarende ved opphold uten overliggerdøgn var seks døgn.

[5] For nærmere beskrivelse av utvikling og variasjon mellom bostedsområdene i antall overliggerdøgn, se avsnittet "Oppholdstid og oppholdsdøgn for utskrivningsklare opphold med overliggerdøgn" under [Utvikling og variasjon for utskrivningsklare pasienter med overliggerdøgn](#).

[6] Ved helseforetakene i Midt-Norge er utskrivningsklare pasienter med opphold uten overliggerdøgn i liten grad registrert som utskrivningsklare pasienter. For Møre og Romsdal, Nord-Trøndelag og St. Olavs-området viser figuren hovedsakelig antall oppholdsdøgn for utskrivningsklare pasienter med overliggerdøgn, og disse tre områdene er derfor ikke sammenlignbare med de øvrige bostedsområdene.

[7] Inklusive overliggerdøgn.

[8] Døgn før pasientene ble meldt utskrivningsklare, altså eksklusive overliggerdøgn.

Utvikling og variasjon for utskrivningsklare pasienter med overliggerdøgn

Pasienter og opphold

I 2022 var det om lag 18 800 pasienter som hadde overliggerdøgn i sykehus. Fra 2021 til 2022 økte antall pasienter med 17,9 prosent totalt, og det var vekst i antall pasienter i alle regionene. Sør-Øst og Vest hadde størst økning både i prosent og antall utskrivningsklare pasienter med overliggerdøgn fra 2021 til 2022. For femårsperioden var veksten i prosent størst i Midt-Norge og Nord. Begge regionene hadde økning på omtrent 30 prosent. Veksten var svakest i Vest med 4,1 prosent.

For landet samlet var det 3,4 pasienter per 1 000 innbyggere som hadde opphold i sykehus med overliggerdøgn i 2022, se Figur 17. Dette er det høyeste nivået i perioden 2018-2022. I Vest var antall pasienter per innbygger svakt lavere i 2022 enn i 2018. I Sør-Øst var antall pasienter svakt høyere i 2022 sammenlignet med 2018. I Midt-Norge og i Nord økte pasientraten med omtrent 20 prosent i femårsperioden. Foretaksområdet med flest pasienter med overliggerdøgn hadde omtrent åtte ganger flere pasienter enn området med færrest pasienter.

I 2022 var det totalt i underkant av 21 400 opphold med overliggerdøgn, det er en økning på 18,6 prosent fra 2021. Alle regionene hadde en vekst i antall opphold siste år, med sterkest prosentvis vekst i Vest og svakest i Nord. Dersom vi ser på perioden fra 2018 til 2022 var det en vekst på over 30 prosent både i Nord og i Midt-Norge, tilsvarende i Vest var 3 prosent.

I 2022 var det totalt 3,9 opphold med overliggerdøgn per 1 000 innbyggere, se Figur 19. Det er det høyeste antallet i perioden. Det var omtrent lik vekst for alle regionene siste år. Fra 2018 til 2022 var det reduksjon i antall opphold per innbygger i Vest. Regionene Nord og Midt-Norge hadde tydelig vekst i antall opphold med overliggerdøgn per innbyggere. Regionen Sør-Øst hadde også en vekst fra 2018 til 2022, men denne var svakere enn for Nord og Midt-Norge.

Oppholdstid og oppholdsdøgn for utskrivningsklare opphold med overliggerdøgn

Totalt var det i overkant av 170 000 ordinære oppholdsdøgn for pasienter med overliggerdøgn i 2022. Dette er høyere enn de andre årene i perioden. Korrigert for endring i befolkning var antall ordinære oppholdsdøgn i 2022 omtrent på samme nivå som i 2018 og 2019 og høyere enn i 2020 og i 2021. Oppholdsdøgn etter at pasientene er meldt utskrivningsklare utløser betalingsplikt for pasientens oppholdskommune. Disse oppholdsdøgnene legger beslag på kapasitet i sykehusene, og kan være til hinder for å ta imot nye pasienter.

I 2022 ble 71 800 døgn rapportert som overliggerdøgn. Det er høyere enn foregående år både i faktisk antall og korrigert for endring i befolkning. Det var 13,1 overliggerdøgn per 1 000 innbyggere for landet samlet. Sør-Øst og Vest hadde sterkest vekst siste år, med en økning på 1,5 døgn per 1 000 innbyggere. Det var også en vekst i Nord, mens Midt-Norge hadde en liten reduksjon. Ved Sør-Øst og Midt-Norge var antall overliggerdøgn i 2022 omtrent på samme nivå som i 2018.

Det var store forskjeller mellom bostedsområdene i antall overliggerdøgn per innbygger i hele perioden, men variasjonen var større de siste årene jamfør 2018 og 2019, se Figur 21. UNN-området, som hadde høyest rate i 2022 med 48,5 døgn per 1 000 innbyggere, hadde 30 ganger så høy rate som Helse Førde-området.

UNN-området hadde i perioden 2018 til 2020 en rate på mellom 28 og 31 døgn, men hadde betydelig økning de to siste årene. Finnmark var området med størst økning i antall overliggerdøgn per innbygger siste år. Helgeland og Nord-Trøndelag hadde i samme periode mest nedgang i raten for overliggerdøgn.

Gjennomsnittlig oppholdstid på sykehus for pasienter med overliggerdøgn var 11,3 døgn i 2022. Det er kortere enn tidligere år. Det var færre ordinære døgn og færre overliggerdøgn i gjennomsnitt i 2022 sammenlignet med 2018 og 2021. Siste år var reduksjonen i antall døgn sterkest i Nord, mens i femårsperioden hadde Vest mest nedgang.

Gjennomsnittlig antall ordinære oppholdsdøgn var åtte døgn i 2022, se Figur 22. Det er 0,2 døgn kortere enn i 2021 og 0,9 døgn kortere enn i 2018. Ved alle regionene var gjennomsnittlig antall ordinære oppholdsdøgn kortere i 2022 enn i perioden 2018-2019. Med unntak av Midt-Norge var det også reduksjon fra 2020 til 2022. Nord hadde sterkest nedgang i antall ordinære oppholdsdøgn både siste år og i femårsperioden.

For landet samlet var gjennomsnittlig oppholdstid som utskrivningsklar (gjennomsnittlig antall overliggerdøgn) på 3,4 døgn. For regionene Sør-Øst og Vest var oppholdstiden uendret siste år, mens Midt-Norge og Nord hadde kortere gjennomsnittlig oppholdstid som utskrivningsklar.

Figur 23 viser andel utskrivningsklare opphold med overliggerdøgn delt etter antall overliggerdøgn i perioden 2018 til 2022. Figuren viser at det til dels var store forskjeller mellom bostedsområdene. For landet samlet hadde 59 prosent av oppholdene ett eller to overliggerdøgn. For bostedsområdene varierte denne andelen fra 37 prosent ved UNN-området til 83 prosent ved Østfold. Med unntak av Telemark og Ahus-området, hadde alle bostedsområdene i Sør-Øst høyere andel opphold med ett til to overliggerdøgn enn landsgjennomsnittet. Det samme gjelder for områdene i regionen Vest, med unntak av området Helse Fonna. Alle tre bostedsområdene i regionen Midt-Norge hadde lavere andel enn landsgjennomsnittet. For regionen Nord hadde Helgeland og Nordland-området andel litt over landsgjennomsnittet, mens UNN-området og Finnmark hadde lavere andel. Andel opphold med tre til fem overliggerdøgn varierte fra 15 prosent i Østfold til 31 prosent ved St. Olavs-området og Lovisenberg. Andel opphold med seks eller flere døgn var 15 prosent for landet samlet. Denne andelen varierte fra 1 prosent i Østfold til 42 prosent ved UNN-området. Det var særlig bostedsområdene i Midt-Norge og Nord som hadde relativt høye andeler, men også Telemark i Sør-Øst og Helse Fonna i Vest hadde andeler over landsgjennomsnittet.

Reinnleggelser

Andel reinnleggelser kan si noe om i kvaliteten på behandling og oppfølging i sykehus eller kommune, og/eller variasjoner i kvaliteten på samhandlingen mellom disse. Noen reinnleggelser er helt nødvendige, men høy andel reinnleggelser er generelt lite ønskelig både for pasientene og for sykehusene. Over tid har arbeidsfordelingen mellom sykehus og kommuner endret seg. Kommunene har fått ansvar for større deler av oppfølgingen etter sykehusbehandling, spesielt ved at oppholdstiden for innlagte pasienter gradvis har blitt redusert.

Utvikling og variasjon i andel reinnleggelse for alle utskrivningsklare pasienter

For alle utskrivningsklare pasienter var andelen reinnleggelser for øyeblikkelig hjelp mellom 1 til 30 dager etter forrige utskrivning 21,7 prosent for landet samlet i 2022, se Figur 24. Det er omtrent likt som i 2021, og svakt høyere enn i 2018. Alle regionene med unntak av Midt-Norge, hadde en liten økning i andel reinnleggelser fra 2018 til 2022. Sammenlignet med 2021 var det i 2022 reduksjon i Vest og Midt-Norge, mens Sør-Øst og Nord hadde høyere andeler. Vest var regionen med høyest andel reinnleggelse i hele perioden, mens Midt-Norge hadde lavest. Andelen reinnleggelser var høyere etter utskrivningsklare opphold uten overliggerdøgn enn utskrivningsklare opphold med overliggerdøgn.

Grunnet ulik praksis mellom helseforetak i rapportering av utskrivningsklare uten overliggerdøgn, er det mindre hensiktsmessig å sammenligne mellom bostedsområdene når vi ser på alle utskrivningsklare pasienter.

Utvikling og variasjon i andel reinnleggelse for utskrivningsklare pasienter med overliggerdøgn

I 2022 var andelen reinnleggelser etter opphold med overliggerdøgn 19,1 prosent for landet samlet, det er tilnærmet likt som i 2021 og i 2018. Andelen reinnleggelser var i hele perioden høyere i Vest og Sør-Øst enn i Midt-Norge og i Nord.

Figur 26 viser andelen reinnleggelser etter opphold med overliggerdøgn for bostedsområde for årene 2018, 2021 og 2022. Variasjonen^[9] mellom områdene var høyest i 2019 og 2020, og omtrent lik i 2022 som i 2018. Andelen reinnleggelse varierte i 2022 fra 15,7 prosent i Nord-Trøndelag til 24,6 prosent ved Lovisenberg.

Det er et sammenfall^[10] mellom gjennomsnittlig oppholdstid i sykehus for utskrivningsklare pasienter og andel reinnleggelser. Utskrivningsklare pasienter i Midt-Norge og Nord lå i gjennomsnitt lenger på sykehus enn i de to andre regionene, og hadde samtidig lavere andel reinnleggelser. Tilsvarende ser vi et sammenfall for bostedsområdene. Flere bostedsområder med relativt lav andel reinnleggelser, har samtidig lengre gjennomsnittlig oppholdstid enn områder med høy andel reinnleggelser. Vi kan likevel ikke konkludere med at det er en direkte sammenheng.

[9] Variasjonskoeffisient=standardavvik/gjennomsnitt*100.

[10] Målt med korrelasjon.

Andel epikrisetid innen én dag og innen én uke for utskrivningsklare pasienter

Epikrisen er sykehusets oppsummering av en innleggelse, og inneholder blant annet informasjonen om hva som forårsaket innleggelsen, diagnose og behandling, samt en vurdering av behovet for oppfølging i etterkant. Spesielt for pasienter som skal følges opp i kommunen i etterkant av innleggelsen er det viktig med god informasjon om pasientens helsetilstand og en vurdering av oppfølgingsbehov.[11] Det er samtidig viktig at denne informasjonen til kommunen kommer tidsnok. Andelen epikriser sendt innen én dag etter utskrivning fra somatisk helsetjeneste, skal være på minst 70 prosent.[12] For alle pasienter i den somatiske spesialisthelsetjenesten var andelen epikrise sendt innen én dag 66 prosent, og andelen sendt innen én uke på 87 prosent i 2022.[13]

I dette avsnittet viser vi andel epikrise innen én dag og innen én uke for alle utskrivningsklare pasienter samlet, og for utskrivningsklare som hadde overliggerdøgn. Andelen epikrise er beregnet for de som hadde en gyldig epikrisedato, dette gjaldt for 99,2 prosent av døgnoppholdene der pasienter ble meldt utskrivningsklare. Andelen som ikke hadde en gyldig epikrisedato var noe høyere for pasienter tilhørende Østfold og St. Olavs-området, sammenlignet med de andre bostedsområdene. Tallene viser epikrisetid etter pasientenes bosted.

Figur 27 og Figur 28 viser andel epikriser sendt innen én dag og innen én uke etter døgnopphold i sykehus for alle utskrivningsklare pasienter. For landet samlet var andelen epikriser sendt innen én dag på 81 prosent i 2022, 10 prosentpoeng høyere enn i 2018. Med unntak av Helgeland og UNN-området var andelen epikrise sendt innen én dag høyere i 2022 enn i 2018 for alle bostedsområdene. Diakonhjemmet hadde relativt lav andel i 2018, men hadde høyere andel enn landet samlet i 2022 etter en økning på 22 prosentpoeng. Vestfold hadde høyest andel i 2022, med en andel på 93 prosent. Det er 24 prosentpoeng høyere enn for Innlandet, hvor andelen epikriser sendt innen én dag var på 69 prosent.

Andelen epikriser sendt innen én uke etter døgnopphold for alle utskrivningsklare pasienter økte fra 93 prosent i 2018 til 96 prosent i 2022. For pasienter tilhørende Vestfold, Vestre Viken og Sørlandet var andelen på 98 prosent, 6 prosentpoeng høyere enn for pasienter tilhørende Helgeland. Andelen epikriser som ble sendt innen én uke var høyere i 2022 sammenlignet med 2018 for 17 av 21 bostedsområder.

Figur 29 og Figur 30 viser andelen epikrise mottatt innen én dag og innen én uke etter opphold hvor pasienten hadde utskrivningsklare oppholdsdøgn (opphold med overliggerdøgn).[4] For landet samlet var andelen epikriser sendt innen én dag på 85 prosent i 2022, 9 prosentpoeng høyere enn i 2018.

Det var relativt store forskjeller mellom bostedsområder i andel epikrise innen én dag. Andelen var 97 prosent ved Vestfold, det er omtrent 27 prosentpoeng høyere enn for Helse Stavanger-området. Med unntak av fire områder, var andelen epikriser mottatt innen én dag høyere i 2022 enn i 2018. Sterkest vekst var det for Åhus-området med en økning på 20 prosentpoeng i femårsperioden.

Andelen epikriser sendt innen én uke, var 96 prosent for landet samlet i 2022. Tilsvarende andel i 2018 var 94 prosent. Høyest andel for epikriser sendt innen én uke, var for pasienter tilhørende Vestfold og Sørlandet, med 99 prosent. Andelen var lavest ved UNN-området, Helse Stavanger-området og Helgeland. Med unntak av fire områder, var andelen epikrise sendt innen én uke høyere i 2022 sammenlignet med 2018 for bostedsområdene.

[11] [Lov om helsepersonell m.v. \(helsepersonelloven\)](#) - Lovdata, §45a.

[12] [Oppdragsdokument - regjeringen.no](#)

[13] [Sykehusopphold - epikrisetid - Helsedirektoratet](#)

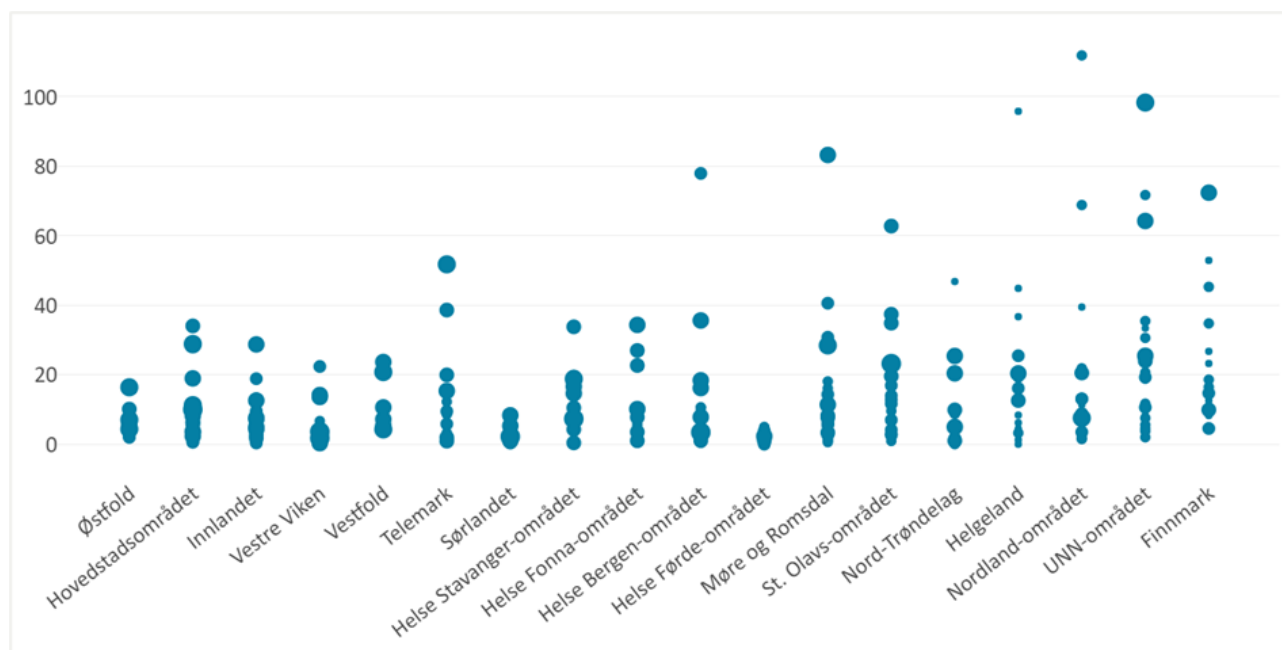
[14] Andelen er beregnet fra dato pasienten er skrevet ut fra sykehus (ikke utskrivningsklardato).

Kommunale forskjeller i antall overliggerdøgn

Antall overliggerdøgn per innbygger varierer betydelig mellom kommunene, og kan blant annet skyldes ulik organisering og mangel på kapasitet i det kommunale tilbudet. I dette kapittelet vil vi se på om kommunenes befolkningsstørrelse, samt grad av sentralitet kan ha betydning for variasjonen i antall overliggerdøgn per innbygger.

Figur 31 viser rater for antall overliggerdøgn per kommune i de ulike bostedsområdene i 2022. Størrelsen på punktene viser om det er en stor eller liten kommune målt i befolkning. Det var store forskjeller mellom kommunene i antall overliggerdøgn per innbygger, fra ingen overliggerdøgn til 111 overliggerdøgn per 1 000 innbyggere. Det var også forskjeller mellom bostedsområdene i hvor stor spredningen mellom kommunene var. Minst forskjell[15] mellom kommunene var det i Helse Førde-området og Sørlandet. Det var størst spredning mellom kommunene i Nordland-området, UNN-området og Helgeland. Generelt var det større spredning for kommunene i områdene i Midt-Norge og i Nord enn for kommunene i Sør-Øst og Vest. Videre kan vi se av Figur 31 at både store og små kommuner, i befolkningsstørrelse, hadde relativt høye verdier for antall overliggerdøgn per 1 000 innbyggere. Blant kommunene med flest overliggerdøgn per innbygger var Skien i Telemark, Osterøy i Helse Bergen-området, Kristiansund i Møre og Romsdal, Melhus i St. Olavs-området, Hattfjelldal i Helgeland, Andøy og Hamarøy i Nordland-området, Tromsø, Nordreisa og Harstad i UNN-området og Alta i Finnmark.

Figur 31: Antall overliggerdøgn per 1 000 innbyggere per kommune, bostedsområder, 2022.

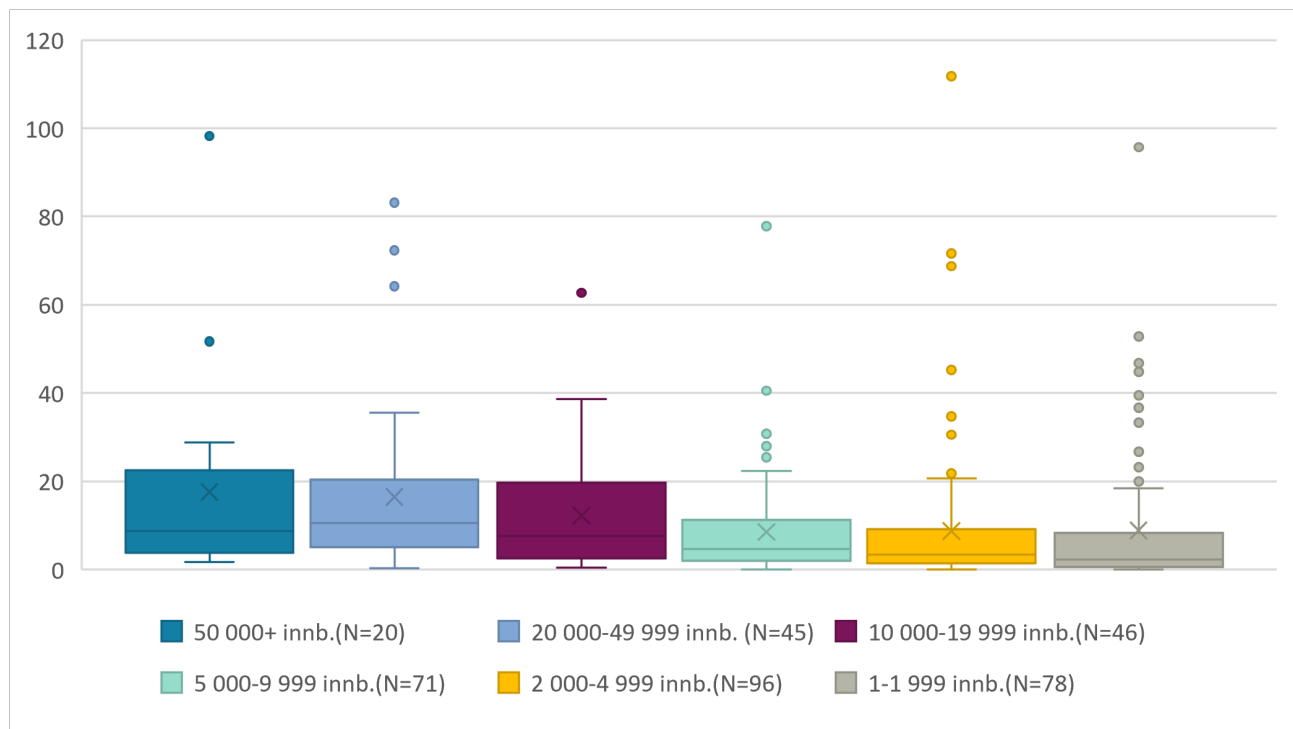


Figur 32 viser spredning, i form av boksdiagram, i antall overliggerdøgn per 1 000 innbyggere per kommune inndelt etter befolkningsstørrelse i 2022. Boksdiagram viser fordelingen av data i kvartiler. Boksen viser interkvartilbredden: øver og nedre kvartil. Den horisontale linjen som deler boksen i to, er medianverdien (halvparten av utvalget har en rate over/under denne verdien) for kommunene i utvalget, mens krysset i boksen er gjennomsnittsverdien. Linjene som strekker seg vertikalt angir variasjonen utenfor øvre og nedre kvartil, og ethvert punkt utenfor disse linjene betraktes som utliggere[16].

For alle de seks gruppene, er avstanden mellom median og høyeste verdi større enn avstanden mellom laveste verdi og medianen. Det betyr at det var størst spredning for de høyeste verdiene. Medianverdien var høyest for kommuner med størst innbyggertall, med en verdi på 8,7 overliggerdøgn per 1 000 innbyggere for kommuner med en befolkning på 50 000 eller flere innbyggere, og 10,6 for kommuner med mellom 20 000 til 49 000

innbyggere. Boksene er størst for de tre gruppene med de største kommunene, det betyr større spredning for de midterste verdiene for kommunene i disse tre. Dersom vi kun ser på differansen mellom høyeste og laveste verdi, var spredningen størst for kommuner med mellom 2 000 til 4 999 innbyggere, og minst spredning for kommuner med 10 000 til 19 999 innbyggere. Dersom vi ser bort fra utliggerne og ser på størrelsen på boksene og avstanden mellom ytterpunktene på de vertikale strekene, er det minst variasjon for de to kommunegruppene med færrest innbyggere.

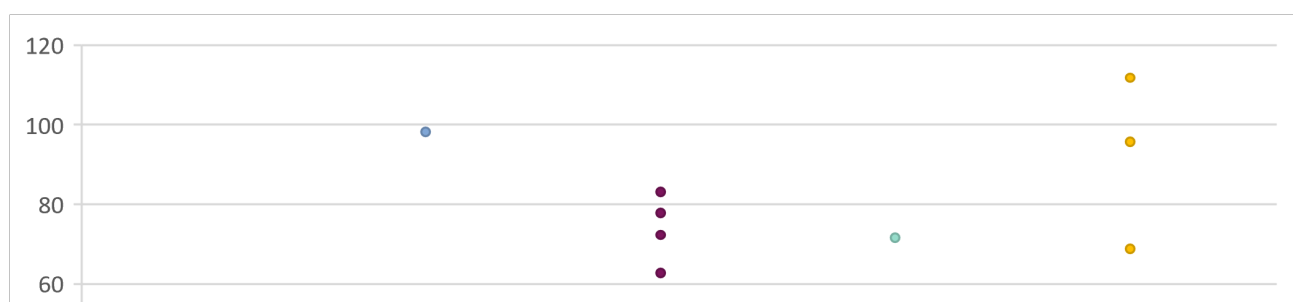
Figur 32: Antall overliggerdøgn per 1 000 innbyggere, per kommune inndelt etter befolkningsstørrelse, 2022.

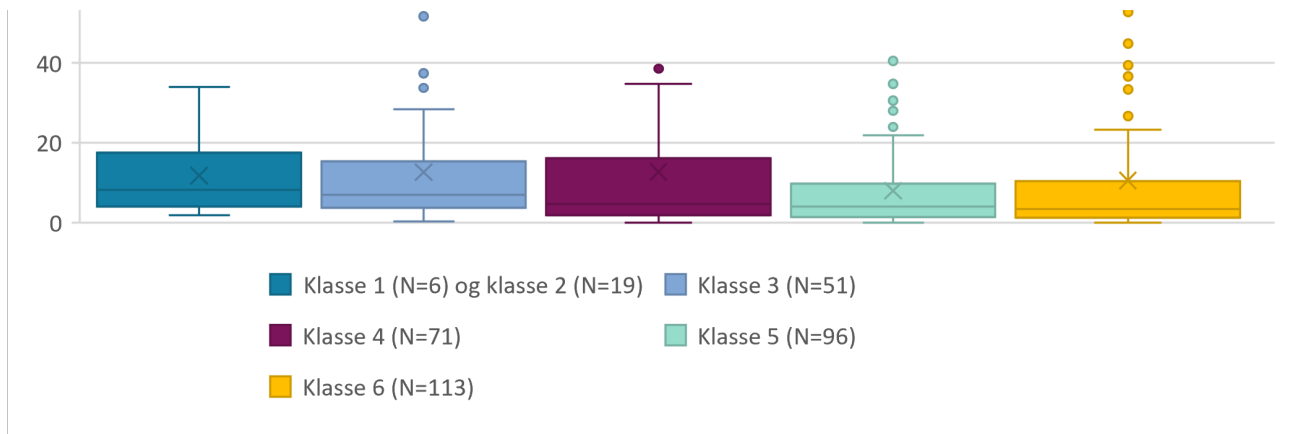


Figur 33 viser antall overliggerdøgn per 1 000 innbygger fordelt på SSB sin sentralitetsindeks. Beregningen av indeksen er basert på reisetid til arbeidsplasser og servicefunksjoner fra alle bebodde grunnkretser.[17] I klasse 1 inngår de mest sentrale kommunene, f.eks. Oslo, og i klasse 6 er de minst sentrale kommunene, f.eks. Kautokeino. På grunn av få kommuner i klasse 1, har vi i figuren valgt å slå sammen klasse 1 og klasse 2.

Kommuner som er gruppert i klasse 6, hadde lavest medianverdi for antall overliggerdøgn per kommune med 3,4. Høyest median var det for de mest sentrale kommunene med 8,7. Boksen er størst for klasse 4 og klasse 1, det betyr at de midterste verdiene er mer spredt for kommunene i disse klassene enn de øvrige. Kommunene som er kategorisert som minst sentrale hadde omtrent samme nivå som de mest sentrale kommunene. Mens det var lavest nivå i de kommunene som er kategorisert som nest minst sentrale. Dersom vi ser bort fra utliggerne[18], var det minst spredning for de kommunene som er minst sentrale, mens klasse 4 har størst spredning.

Figur 33: Antall overliggerdøgn per 1 000 innbyggere, per kommune inndelt etter sentralitet, 2022.





[15] Differansen mellom største og laveste verdi.

[16] Verdier som ligger utenfor $1,5 \cdot$ interkvartilbredden.

[17] [Sentralitetsindeksen. Oppdatering med 2020-kommuner \(ssb.no\)](https://ssb.no/sentralitetsindeksen)

[18] [2] Verdier som ligger utenfor $1,5 \cdot$ interkvartilbredden.

Tjenester i kommunene for utskrivningsklare pasienter

I dette kapittelet gir vi en beskrivelse over hvilke tjenester pasienter som ble meldt utskrivningsklare i sykehus i 2022, mottok i kommunen samme år, da både helse- og omsorgstjenester og legetjenester.

I utgangspunktet skal alle pasienter som er meldt utskrivningsklare ha omsorgstjeneste i kommunen etter utskrivning. Det var imidlertid i overkant av 4 000 pasienter som ble meldt utskrivningsklare i 2022, som vi ikke kan gjenfinne i KPR-helse og omsorg, dette tilsvarer 4,4 prosent av utvalget. Det kan være flere grunner til at ikke alle som er meldt utskrivningsklare i sykehus har en registrert tjeneste i kommunen. Det kan skyldes manglende rapportering til KPR helse og omsorg. Videre kan pasienter bli skrevet ut til en tjeneste som ikke blir registrert i KPR helse og omsorg, for eksempel sykestuer. En annen mulig forklaring kan være feilregistrering av utskrivningsklar pasient i sykehus. Det kan også tenkes at pasienter som blir liggende på sykehus en periode etter meldt utskrivningsklar, ikke lenger har behov for tjenester etter utskrivning.

Bruk av kommunale helse- og omsorgstjenester

Figur 34 viser hvor stor andel av alle utskrivningsklare som var registrert med omsorgstjenester fordelt på type tjenester. Personer som hadde flere tjenester i løpet av året, inngår i hver av de tjenestene de var registrert med. I overkant av én av fire var registrert innen én tjenestetype i løpet av 2022, mens to av fem var registrert med to eller tre tjenestetyper. Videre var 16 prosent registrert med fire tjenestetyper, og i underkant av én av fem var registrert med fem eller flere tjenestetyper i løpet av 2022.

En høy andel, 82 prosent, mottok helsetjenester i hjemmet, og i underkant av halvparten hadde tidsbegrenset institusjonsopphold i løpet av året. Tilnærmet halvparten var også registrert med minst en type velferdsteknologi samme år. Videre var 35 prosent registrert med praktisk bistand, og 13 prosent hadde langtidsplass på institusjon i hele eller deler av året.

Figur 35 viser andel utskrivningsklare pasienter uten overliggerdøgn som var registrert med omsorgstjenester etter type tjenester og etter region. Det var noen regionale forskjeller i andelen som mottok ulike typer omsorgstjenester, dette gjaldt særlig for tidsbegrensede institusjonsopphold. Andelen som hadde tidsbegrenset opphold i institusjon var særlig lav i region Nord med 26 prosent. I de andre regionene var denne andelen på mellom 41 prosent og 49 prosent. Andelen som var registrert med helsetjenester i hjemmet varierte fra 76 prosent i Nord til 83 prosent i Sør-Øst. Også for velferdsteknologi var det færre som var registrert med denne typen tjenester i Nord sammenlignet med de andre regionene. Av alle utskrivningsklare pasienter i 2022, var 12 prosent registrert med langtidsplass på institusjon for landet samlet, med høyest andel i region Vest.

Figur 36 viser andel utskrivningsklare pasienter med overliggerdøgn som var registrert med omsorgstjenester etter type tjenester og etter region. Det var flere som mottok to eller flere tjenestetyper for utskrivningsklare pasienter med overliggerdøgn enn for pasienter uten overliggerdøgn. Blant utskrivningsklare pasienter med overliggerdøgn var det relativt sett langt flere som mottok tidsbegrensede institusjonsopphold sammenlignet med pasienter uten overliggerdøgn.

Andelen som mottok helsetjenester i hjemmet var mellom 84 og 86 prosent. Nord peker seg ut med lavere andel som mottok tidsbegrenset institusjonsopphold, med 69 prosent, mot 82 og 83 prosent i de andre regionene. Andelen som var registrert med minst én tjeneste som faller inn under velferdsteknologi varierte fra 55 prosent i Nord til 71 prosent i Midt-Norge. For praktisk bistand var det relativt sett flere mottakere i

Midt-Norge sammenlignet med de andre regionene. Andelen som hadde langtidsopphold i institusjon i løpet av 2022, varierte fra 14 prosent i Vest til 18 prosent i Midt-Norge.

Andel som skrives ut til tidsbegrenset institusjonsopphold

For både utskrivningsklare pasienter uten overliggerdøgn og utskrivningsklare pasienter med overliggerdøgn, var helsetjenester i hjemmet den tjenesten flest var registrert med i KPR helse og omsorg. Men det var også mange som var registrert med tidsbegrenset institusjonsopphold i løpet av året. Andelen som mottok tidsbegrenset institusjonsopphold, var klart høyest for pasientene med overliggerdøgn.

Figur 37 viser andelen utskrivningsklare pasienter som etter døgnopphold i sykehus skrives ut til tidsbegrenset institusjonsopphold. I beregningen for tidsbegrenset institusjonsopphold inngår alle vedtak om øyeblikkelig hjelp døgntilbud, tidsbegrenset opphold – utredning/behandling, tidsbegrenset opphold – habilitering/rehabilitering og tidsbegrenset opphold – annet. Videre har vi inkludert alle vedtak om tidsbegrenset opphold som startet i perioden tre dager før til tre dager etter avsluttet sykehusopphold, samt de med sammenhengende vedtak om tidsbegrenset opphold før, under og etter sykehusoppholdet. Pasienter som døde under sykehusoppholdet, er ekskludert. Den mørkeblå stolpen viser andelen for opphold uten overliggerdøgn, mens de lyseblå stolpene er for opphold med overliggerdøgn.

Figuren viser at andelen som ble skrevet ut til tidsbegrenset institusjonsopphold var langt høyere etter opphold med overliggerdøgn enn opphold uten overliggerdøgn. Dette kan indikere at pasienter som blir værende på sykehus etter at de ble meldt utskrivningsklare venter på plass på institusjon.

Etter opphold uten overliggerdøgn, varierte andelen som ble skrevet ut til tidsbegrenset institusjonsopphold fra 12 prosent ved UNN-området til 57 prosent i Nord-Trøndelag[19]. I tillegg til forskjeller mellom regionene, var det også tydelige forskjeller mellom områdene innad i regionene. I Sør-Øst varierte andelen fra 19 prosent for pasientene tilhørende Lovisenberg til 40 prosent for pasientene tilhørende Østfold. For områdene i Nord var andelen som ble skrevet ut til tidsbegrenset institusjonsopphold generelt lav sammenlignet med bostedsområdene i de andre regionene.

Også etter opphold med overliggerdøgn var andelen som ble skrevet ut til tidsbegrenset institusjonsopphold lavest ved områdene i Nord. Området Finnmark hadde lavest andel som ble skrevet ut til denne type tjeneste med 48 prosent. For de andre områdene i Nord var andelen mellom 60 prosent og 65 prosent. For bostedsområdene i de andre regionene varierte andelen fra 68 prosent ved St. Olavs-området til 83 prosent ved Vestre Viken.

[19] Få registreringer av utskrivningsklare pasienter uten overliggerdøgn.

Bruk av fastlege og legevakt for utskrivningsklare pasienter

En god utskrivningsprosess kjennetegnes ved at pasient og pårørende opplever et sammenhengende, koordinert og helhetlig pasientforløp fra før pasienten kommer inn på sykehus til etter at pasienten er utskrevet. I helsetjenesten vil mange ulike helsepersonellgrupper bidra inn i arbeidet, og fastlegen vil ha en helt sentral rolle i koordinering, samhandling og involvering av pasient og pårørende.[20]

Under beskriver vi først hvor stor andel av alle utskrivningsklare pasientene i 2022 som hadde kontakt med fastlege og/eller legevakt samme år. Videre viser vi tall på hvor stor andel som hadde konsultasjon eller sykebesøk av fastlege og/eller legevakt innen én uke og innen én måned etter utskrivelse fra sykehus.[21] Tall for bruk av legetjenester vises for alle utskrivningsklare pasienter samlet, og er ikke delt etter hvorvidt pasientene er registrert med overliggerdøgn eller ikke. Det må tas forbehold om sammenlignbarhet mellom områdene i Midt-Norge[22] mot områdene i de andre regionene.

Bruk av legetjenester for utskrivningsklare pasienter i 2022

For landet samlet hadde 96 prosent av alle utskrivningsklare pasienter i 2022 kontakt med fastlegen i løpet av samme år, se Figur 38. Videre var 71 prosent i kontakt med legevakt. Det var store forskjeller mellom bostedsområdene for kontakt med legevakt, hvor 58 prosent av pasientene tilhørende Diakonhjemmet hadde kontakt i løpet av året, mens tilsvarende for pasientene tilhørende Finnmark var på 85 prosent.

Figur 39 og Figur 40 viser fordeling av type kontakt for henholdsvis fastlege og legevakt. For kontakter hos fastlege var omtrent en tredjedel registrert som enkle samarbeid, og 30 prosent registrert som enkle kontakter. Det var i underkant av 590 000 konsultasjoner for utskrivningsklare pasienter for landet samlet i 2022, som utgjorde 28 prosent av alle kontaktene for pasientgruppen registrert hos fastlege. Andelen av alle kontaktene som var registrert som konsultasjon, varierte fra 23 prosent for området Finnmark til 35 prosent ved Diakonhjemmet. Det var registrert i underkant av 34 000 sykebesøk med fastlege for landet samlet samme år, dette utgjorde 1,6 prosent av alle kontaktene.

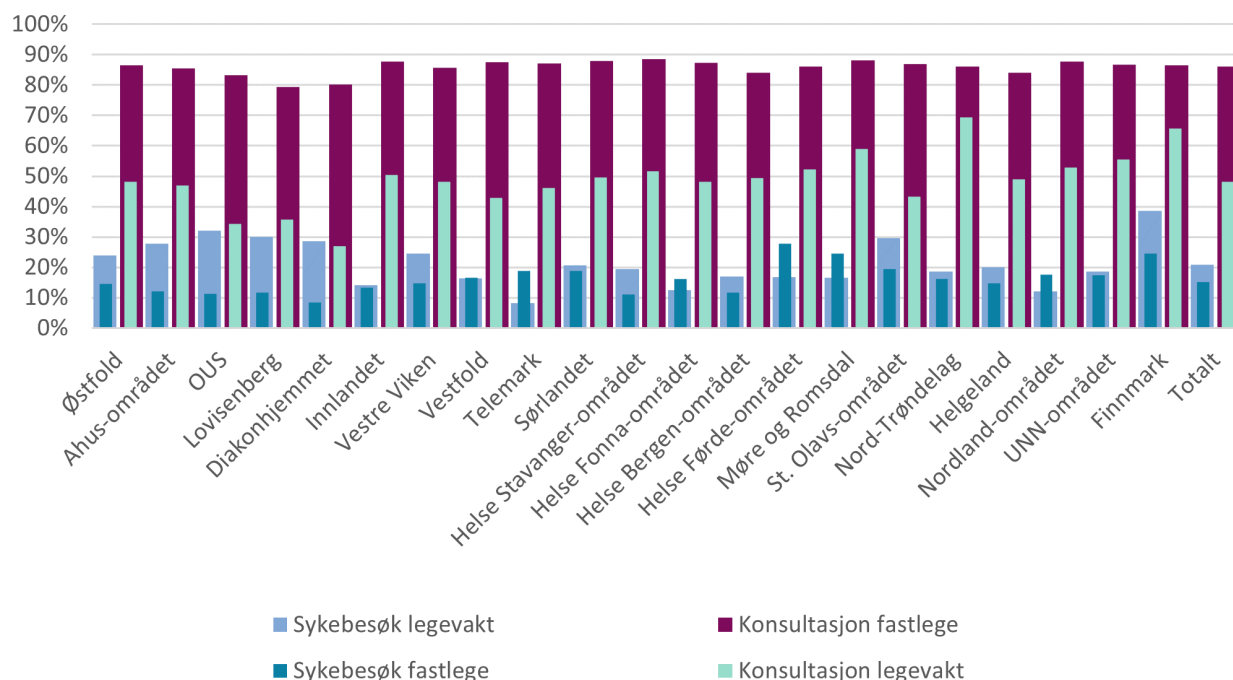
Samlet for landet hadde utskrivningsklare pasienter i underkant av 90 000 konsultasjoner hos legevakt i 2022. Det tilsvarer 38 prosent av alle kontakter, se Figur 40. Det var i overkant av 32 000 sykebesøk av legevakt, som tilsvarer 14 prosent av alle kontaktene hos legevakt for disse pasientene. Videre var 14 prosent av kontaktene hos legevakt enkle samarbeid og 31 prosent var enkle kontakter.

Det var store variasjoner mellom bostedsområdene i fordelingen av type kontakter hos legevakt. Andelen sykebesøk var høyest i områdene OUS og Diakonhjemmet med 25 prosent, og lavest ved Telemark hvor kun fire prosent var sykebesøk. I Helse Bergen-området og Helse Fonna-området, var omtrent halvparten av kontaktene hos legevakt registrert som konsultasjoner, tilsvarende ved Diakonhjemmet var 21 prosent.

Figur 41 viser hvor stor andel av alle utskrivningsklare pasienter som hadde sykebesøk med fastlege, sykebesøk med legevakt, konsultasjon med fastlege og/eller konsultasjon med legevakt i 2022. I overkant av 81 000 av pasientene hadde konsultasjon med fastlege i løpet av 2022, det utgjør 86 prosent av alle utskrivningsklare pasienter. Mellom bostedsområdene varierte andelen fra 79 prosent i området Lovisenberg til 89 prosent i Helse Stavanger-området. Nærmere halvparten av de utskrivningsklare pasientene hadde

konsultasjon med legevakt i løpet av året. Det var store variasjoner mellom bostedsområdene. Ved Diakonhjemmet hadde 27 prosent av de utskrivningsklare pasientene konsultasjon med legevakt i løpet av 2022. Tilsvarende ved områdene Finnmark og Nord-Trøndelag var henholdsvis 66 prosent og 69 prosent.

Figur 41: Andel med sykebesøk og/eller konsultasjon hos fastlege for alle utskrivningsklare, bostedsområdene og totalt, 2022.



I overkant av 14 000 utskrivningsklare pasienter hadde sykebesøk av fastlege i 2022. Andelen var lavest ved området til Diakonhjemmet med 8 prosent, og høyest ved Helse Førde-området med 28 prosent. I underkant av 20 000 utskrivningsklare pasienter hadde sykebesøk av legevakt. Mellom bostedsområdene varierte denne andelen fra 8 prosent ved området Telemark til 39 prosent i Finnmark.

Legetjenester innen én uke og én måned etter utskrivning fra døgnopphold

I denne delen viser vi andeler for utskrivningsklare pasienter som var i kontakt med fastlege eller legevakt innen én uke eller én måned etter at de ble skrevet ut fra døgnopphold i sykehus.[23] Nesten halvparten var registrert med kontakt med fastlege og/eller legevakt innen én uke etter utskrivelse, mens 80 prosent hadde innen én måned. En stor del av kontaktene var registrert som enkle kontakter eller enkle samarbeid, særlig hos fastlegene.

Andelen legekontakter innen én uke og én måned var lavest i region Vest og høyest i region Nord. Mellom bostedsområdene varierte andelen som hadde kontakt innen én uke fra 40 prosent for området Diakonhjemmet til 57 prosent ved Finnmark. Andelen med kontakt innen én måned var også lavest ved området til Diakonhjemmet. Andel som hadde legekontakt innen én måned var høyest ved Sørlandet med 86 prosent.

Figur 43 viser andelen av utskrivningsklare pasienter som hadde konsultasjon hos fastlege innen én uke og innen én måned etter utskrivning fra døgnopphold i sykehus. For landet samlet hadde 15 prosent konsultasjon hos fastlege innen én uke, og 41 prosent hadde konsultasjon innen én måned. Andelen som hadde

konsultasjon innen én uke varierte fra 9 prosent ved Nord-Trøndelag til 16 prosent ved Ahus-området, Sørlandet, Helse Stavanger-området og Helse Fonna-området. Andelen som hadde konsultasjon innen én måned var også høyest ved Helse Stavanger-området, og lavest ved området Nord-Trøndelag.

Figur 44 viser andelen av utskrivningsklare pasienter som hadde konsultasjon hos legevakt innen én uke og én måned etter at de ble skrevet ut fra døgnopphold i sykehus.

Totalt hadde 3,6 prosent av de utskrivningsklare pasientene konsultasjon hos legevakt innen én uke etter de ble utskrevet fra sykehus. Videre hadde 9,6 prosent konsultasjon hos legevakt innen én måned. Det var store variasjoner mellom bostedsområdene i andelen som hadde konsultasjon hos legevakt innen én uke og én måned. Andelen med konsultasjon innen én uke og én måned, var lavest ved området til Diakonhjemmet med henholdsvis 1,4 og 4,4 prosent. Andelen kontakter innen én uke og én måned var omtrent fire ganger høyere ved Finnmarksområdet enn ved Diakonhjemmet, med 5,9 prosent som hadde konsultasjon med legevakt innen én uke og 16,1 prosent innen én måned.

Figur 45 viser andelen av utskrivningsklare pasienter som hadde sykebesøk av fastlege innen én uke og én måned etter utskrivelse fra sykehus. Totalt hadde 1,3 prosent sykebesøk innen én uke etter utskrivelse fra døgnopphold i sykehus, og 3,8 prosent hadde sykebesøk innen én måned.

Utskrivningsklare pasienter bosatt i hovedstadsområdene Lovisenberg, Diakonhjemmet og OUS hadde lavere andel sykebesøk av fastlege, både innen én uke og én måned, sammenlignet med de andre bostedsområdene. Også for områdene Helgeland og Helse Bergen-området var det relativt lave andeler. Helse Førde-området hadde høyest andel utskrivningsklare pasienter med sykebesøk av fastlege innen én uke og én måned, med henholdsvis 3,1 prosent og 8,5 prosent. Andelen som hadde sykebesøk innen én måned etter utskrivning fra døgnopphold i sykehus var også høy ved områdene Finnmark og Møre og Romsdal.

Figur 46 viser andelen som hadde sykebesøk av legevakt innen én uke eller én måned etter utskrivning fra døgnopphold i sykehus. Totalt var andelen som hadde sykebesøk av legevakt etter utskrivning noe høyere enn andel med sykebesøk av fastlege, med 1,9 prosent innen én uke og 4,7 prosent innen én måned.

Ved områdene i region Vest var det færre som mottok sykebesøk av legevakt etter utskrivning fra sykehus sammenlignet med mange av områdene i de andre regionene. Samlet for region Vest var andelen som mottok denne type tjeneste innen én måned etter utskrivning fra døgnopphold på 2,9 prosent, tilsvarende ved de andre regionene var omkring fem prosent. Telemark, Helse Fonna-området og Bergens-området var områdene med lavest andel sykebesøk av legevakt både innen én uke og innen én måned. Ved hovedstadsområdene, hvor en lavere andel hadde sykebesøk av fastlege etter døgnopphold i sykehus, var andelen som mottok sykebesøk av legevakt innen én måned relativt høy. Området Finnmark peker seg ut med særlig høye andeler, med 4,6 prosent som hadde sykebesøk med legevakt innen én uke og 9,5 prosent innen én måned.

[20] [Utredning av ønsket innretning av utskrivningsprosessen.pdf \(helsedirektoratet.no\)](#)

[21] Etter pasientenes første døgnopphold i perioden f.o.m. januar t.o.m. november i 2022 for de pasientene som ble meldt utskrivningsklar i løpet av året. Etter døgnopphold i perioden f.o.m. januar t.o.m. november 2022.

[22] Underrapportering av utskrivningsklare pasienter uten overliggerdøgn.

[23] Etter pasientenes første døgnopphold i perioden f.o.m. januar t.o.m. november i 2022 for de pasientene som ble meldt utskrivningsklar i løpet av året. Etter døgnopphold i perioden f.o.m. januar t.o.m. november 2022.

Utskrivningsklare pasienter som ikke hadde registrerte tjenester i kommunene før døgnoophold i sykehus

I 2022 var i overkant av 94 000 pasienter registrert som utskrivningsklare i somatiske sykehus. Tilnærmet tre av fire utskrivningsklare pasienter hadde kommunale tjenester registrert i KPR helse og omsorg i forkant av innleggelsen i sykehus. I overkant av fire prosent hadde ingen registrerte tjenester, hverken før eller etter sykehusoppholdet. Tilnærmet 21 000 pasienter (22 prosent), hadde ingen tjenester i forkant av døgnoophold i sykehus, men fikk tjeneste(r) i løpet av 2022, etter døgnoophold i sykehus. Pasientene kan ha mottatt tjenester i kommunen som ikke er registrert, for eksempel tjenester som ikke er vedtakspliktige.

I dette avsnittet beskriver vi pasienter som ikke hadde tjeneste før innleggelse i sykehus, men som fikk kommunal(e) tjeneste(r) i løpet av 2022. Disse pasientene blir videre omtalt som «nye» utskrivningsklare pasienter. I beskrivelsen inngår kjønn- og aldersfordeling, diagnose ved innleggelse, grad av skrøpeligheit, samt hvilke tjenester de mottok i kommunen.

Figur 47 viser andel nye utskrivningsklare pasienter fordelt på bostedsområdene. Denne andelen var høyest ved Østfold med 28 prosent, og lavest ved Nord-Trøndelag. Dersom vi ser bort i fra områdene i Midt-Norge, var andelen lavest ved Helse-Førde området med 17 prosent.

Pasientsammensetning

Av de nye utskrivningsklare pasientene, var omtrent én av tre (33 prosent) i alderen 80 år eller eldre. Tilsvarende andel for alle utskrivningsklare pasienter var 50 prosent. Størst andel av pasientene, 45 prosent, var i aldersgruppen 67 og 79 år, mens 22 prosent var under 67 år. For alle utskrivningsklare pasienter totalt, var andelen kvinner høyere. For nye utskrivningsklare pasienter var andelen menn svakt høyere, med omtrent 52 prosent. Det kommer frem av Figur 48 at det var flere i alderen 80 år og eldre blant utskrivningsklare pasienter med overliggerdøgn sammenlignet med pasienter uten overliggerdøgn.

Figur 49 viser fordeling av alder fordelt på bostedsområdene for alle nye utskrivningsklare pasienter. Andelen nye utskrivningsklare pasienter under 67 år, var høyest ved Lovisenberg, med 31 prosent. Foruten områdene i region Midt-Norge, var andelen lavest ved Helse Førde-området, Diakonhjemmet og Helgeland. Andelen nye utskrivningsklare pasienter i alderen 80 år eller eldre var, med unntak av Møre og Romsdal, høyest ved Diakonhjemmet og Helse Førde-området.

Figur 50 viser fordeling av hovedkapittel[24] for alle nye utskrivningsklare pasienter inndelt etter bostedsområdene i 2022. I 2022 ble flest opphold registrert under hovedkapittel skader, forgiftning og visse andre konsekvenser av ytre årsak, svulster og sykdommer i sirkulasjonssystem. Andelen registrert innen skader, forgiftning og visse andre konsekvenser av *ytre årsak*, var høyere for de nye utskrivningsklare pasientene (22 prosent) sammenlignet med alle utskrivningsklare pasienter. Blant nye utskrivningsklare pasienter, var 18 prosent registrert under hovedkapittelet *svulster*, dette var også høyere sammenlignet med alle utskrivningsklare pasienter. Det var også relativt høy andel, 16 prosent, av de nye utskrivningsklare pasientene som var registrert under hovedkapittelet *sykdommer i sirkulasjonsorganer*.

Mellom bostedsområdene varierte andelen som var registrert under hovedkapittel *skader, forgiftning og visse andre konsekvenser av ytre årsak* fra 17 prosent ved Helse Fonna-området til 30 prosent ved området Møre og

Romsdal. Andelen som var registrert under hovedkapittelet *svulster*, varierte fra 10 prosent ved St. Olavs-området til 24 prosent ved UNN-området. Med unntak av områdene i region Midt-Norge, var andelen som var registrert under hovedkapittelet *svulster* lavest ved Lovisenberg og Østfold, med 15 prosent.

Figur 51 viser fordeling av hovedkapittel[25] i henhold til ICD-10 for de nye utskrivningsklare pasientene med overliggenderdøgn. For noen av områdene var antallet pasienter lavt, og resultatene må tolkes deretter. Totalt ble 30 prosent av oppholdene med overliggenderdøgn registrert under hovedkapittelet *skader, forgiftning og visse andre konsekvenser av ytre årsak*, mens 17 prosent var registrert under hovedkapittelet *sykdommer i sirkulasjonssystemet*. Videre var det for landet samlet registrert 11 prosent under både hovedkapittelet *svulster* og hovedkapittelet *sykdommer i åndedrettssystemet*.

Ved Finnmark var over halvparten av oppholdene for nye utskrivningsklare pasienter knyttet til hovedkapittelet *skader, forgiftning og visse andre konsekvenser av ytre årsak*, tilsvarende ved Helse Fonna-området var 14 prosent. Andelen som var registrert med *sykdommer i sirkulasjonssystemet*, varierte fra 7 prosent ved området Finnmark til 22 prosent ved Nordland-området og Nord-Trøndelag.

Figur 52 viser andel av nye utskrivningsklare pasienter som ble vurdert til ulik grad av skrøpeligheit i løpet av 2022. For landet samlet ble 44 prosent enten ikke funksjonsmålt eller funksjonsmålt og ikke vurdert til å ha redusert funksjonsnivå. Det var 27 prosent som var vurdert til å ha noe redusert funksjonsnivå. Videre var 15 prosent vurdert til redusert funksjonsnivå, og 13 prosent var vurdert med dårlig eller svært dårlig funksjonsnivå.

Andelen som ikke var funksjonsmålt eller som ikke hadde redusert funksjonsnivå, varierte fra 29 prosent ved St. Olavs-området til 62 prosent ved området Lovisenberg. Andelen som var vurdert til dårlig eller svært dårlig funksjonsnivå, varierte fra 10 prosent ved områdene Finnmark og Nordland til 24 prosent ved St. Olavs-området. Dersom vi ser bort i fra områdene i region Midt-Norge, var lavest andel vurdert til ingen skrøpeligheit eller ikke funksjonsmålt ved Helse Stavanger-området og Vestfold, mens området Innlandet hadde høyest andelen som var vurdert til å ha dårlig eller svært dårlig funksjonsnivå.

Figur 53 viser andel av nye utskrivningsklare pasienter med overliggenderdøgn som ble vurdert til ulik grad av skrøpeligheit i løpet av 2022. For landet samlet var 33 prosent vurdert med ingen skrøpeligheit/ikke funksjonsmålt. Det var 23 prosent som i løpet av året ble vurderte til noe redusert funksjonsnivå, og 22 prosent til redusert funksjonsnivå. Videre var 16 prosent vurdert til å ha dårlig funksjonsnivå, og seks prosent til å ha svært dårlig funksjonsnivå.

Andelen som ikke var vurdert som skrøpelig varierte fra 22 prosent, ved Innlandet og Telemark, til 49 prosent ved Diakonhjemmet. Andelen av nye utskrivningsklare pasienter med overliggenderdøgn som var vurdert til dårlig eller svært dårlig funksjonsnivå i løpet av 2022 varierte fra 13 prosent ved området Finnmark til 32 prosent ved Møre og Romsdal.

Figur 54 viser hvordan oppholdene for alle nye utskrivningsklare pasienter, fordelte seg etter hastegrad og type behandling (medisin og kirurgi) i 2022. Over 80 prosent av oppholdene var registrert som øyeblikkelig hjelp. Andelen opphold med kirurgiske prosedyrer var 40 prosent, hvorav 14 prosent var planlagt kirurgi og 26 prosent var registrert som øyeblikkelig hjelp. Sammenlignet med alle utskrivningsklare pasienter var andelen opphold med kirurgi høy.

Andelen av oppholdene som var registrert som øyeblikkelig hjelp varierte fra 72 prosent ved UNN-området til 88 prosent ved Nord-Trøndelag. Andelen opphold registrert med kirurgisk inngrep varierte fra 36 prosent ved Helse Fonna-området og Helse Bergen-området, til 49 prosent ved Møre og Romsdal.

Figur 55 viser hvordan oppholdene var fordelt etter hastegrad og type behandling (medisin og kirurgi) for nye utskrivningsklare pasienter med overliggenderdøgn i 2022, for landet samlet og for bostedsområdene. Andelen opphold som var registrert som øyeblikkelig hjelp var 90 prosent for landet samlet, og varierte fra 87 prosent

ved OUS til 95 prosent ved Helse Førde-området. Samlet for landet var i overkant av fire av ti opphold registrert med kirurgi.

Tjenester i kommunene for nye utskrivningsklare pasienter

Figur 56 viser hvor stor andel av alle nye utskrivningsklare pasienter som mottok tjeneste(r) kort tid etter opphold i sykehuset[26] og type tjeneste. For nye utskrivningsklare pasienter som ikke hadde tjeneste i kommunen før sykehusopphold, både de uten og med overliggerdøgn, hadde 90 prosent tjeneste(r) innen tre døgn etter utskrivning fra døgnopphold, og blir videre omtalt som tjeneste som pasientene ble skrevet ut til. Denne andelen varierte mellom regionene, og det framgår av Figur 56 at det var høyere andel ved områdene i region Nord som ikke ble skrevet ut til en tjeneste i kommunen etter sykehusopphold, sammenlignet med områdene i de andre regionene. Andelen var høyest ved Finnmark og Helgeland, med henholdsvis 23 prosent og 21 prosent. Foruten områdene i Nord var andelen som ikke ble skrevet ut til en tjeneste høyest ved Helse Førde-området og Ahus-området. Det er mulig at utskrivningsklare pasienter i Nord, særlig pasienter ved området Finnmark, skrives ut til tjenester som ikke er registret i KPR helse og omsorg, som for eksempel opphold ved sykestuer.

For landet samlet ble i overkant av 50 prosent av de nye utskrivningsklare pasientene skrevet ut til tjeneste(r) i hjemmet.[27] Andelen var høyest ved områdene OUS og Lovisenberg, på henholdsvis 73 prosent og 68 prosent. Med unntak av områdene i Midt-Norge, var andelen lavest ved området Helgeland med 44 prosent og området Østfold med 45 prosent.

For landet samlet ble 37 prosent skrevet ut til et tidsbegrenset institusjonsopphold. Dersom vi ser bort fra Midt-Norge, var denne andelen høyest ved områdene Vestfold og Østfold, med henholdsvis 49 prosent og 47 prosent. Andelen som ble skrevet ut til tidsbegrenset institusjonsopphold var lavest ved området OUS med 21 prosent og UNN-området med 22 prosent.

Figur 57 viser andel av nye utskrivningsklare pasienter med overliggerdøgn som mottok tjeneste(r) etter opphold i sykehuset[28] og hvilken type tjeneste de mottok. Totalt ble 95 prosent skrevet ut til tjeneste(r). Andelen som ikke ble skrevet ut til tjeneste var klart høyest ved området Finnmark, med 17 prosent. Også ved St. Olavs-området og Helse Førde-området var andelen som ikke ble skrevet ut til tjeneste relativt høy (ti prosent). For pasientene tilhørende området OUS, ble tilnærmet alle skrevet ut til tjeneste.

Andelen som ble skrevet ut til tjeneste(r) i hjemmet var 20 prosent. Denne andelen varierte fra 10 prosent ved Helse Førde-området til 38 prosent ved Helse Fonna-området. For landet samlet ble 74 prosent av de nye utskrivningsklare pasientene med overliggerdøgn skrevet ut til et tidsbegrenset institusjonsopphold. Variasjonen mellom bostedsområdene var fra 53 prosent ved Finnmark til 85 prosent i Vestfold. Andelen som ble skrevet ut til tidsbegrenset institusjonsopphold var også lav ved Helse Fonna-området.

[24] Ved første opphold dersom flere avdelingsopphold.

[25] Ved første opphold dersom pasientoppholdet har flere avdelingsopphold.

[26] Vi omtaler vi de som hadde oppstart av en kommunal omsorgstjeneste innen tre døgn etter utskrevet fra sykehuset som tjeneste kort tid etter opphold i sykehus. Pasienter som dør under oppholdet er ekskludert.

[27] Helsetjenester i hjemmet og praktisk bistand (høy andel tjenester i hjemmet)

[28] Vi omtaler de som hadde oppstart av en kommunal omsorgstjeneste innen tre døgn etter utskrevet fra sykehuset, som tjenester kort tid etter opphold i sykehus.

Datagrunnlag og definisjoner

Datagrunnlag

Data er fra Norsk pasientregister (NPR) og Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR). I datagrunnlaget inngår alle pasienter som er registrert som utskrivningsklar i perioden 2018 til 2022 i NPR. Videre er denne pasientpopulasjonen koblet til KPR for informasjon om hvilke helse- og omsorgstjenester de mottok i kommunene samt bruk av fastlege/legevakt.

Registreringene av tjenester i KPR Helse og omsorg er i noen tilfeller beheftet med feilkilder. For å redusere risikoen for inkludering av feilregistreringer, er følgende krav benyttet for å regne registreringene som gyldige:

- Fra-dato for oppstart av tjenesten må være før eller lik til-datoen.
- Fra-datoen må være i perioden fra og med 1980 til og med 31.12. i registreringsåret.
- Til-datoen må være i perioden fra og med 01.01. i registreringsåret og frem i tid.
- Krav om gyldig tjenestekode. I tilfeller der det har vært kjente endringer i bruk av tjenestekoder vil gamle tjenestekoder bli omkodet til korrekt ny verdi.[29]
- Et fåtall testbrukere kan inngå i datagrunnlaget og det er ikke kontrollert for dette.
- Registreringer av tjenester til personer som døde før registreringsåret er fjernet fra datagrunnlaget.

Definisjon av bostedsområdene rateberegning

Bostedsområdene er sammenfallende med helseforetakenes «sørge for ansvar». Det er tatt utgangspunkt i pasientens bosted, og er uavhengig av hvor pasienten ble behandlet. Dersom samme pasient er registrert med flere kommuner samme år, vil pasienten få det siste gyldige registrerte kommunenummer på alle opphold. Pasienter som ikke har gyldig kommunenummer eller mangler kommunenummer, er ekskludert.

Rateberegning (per 1 000 innbyggere)

Rate er antall pasienter/opphold/oppholdsdøgn dividert med antall innbyggere i det området pasientene kommer fra (bostedsregion eller bostedsområde).

Rater for alle aldersgrupper samlet er kjønn- og aldersstandardisert og standardisert etter siste års befolkning. En slik standardisering blir her foretatt ved en femdeling av aldersgruppene for begge kjønn. Vi beregnet først rater for hver kjønn- og aldersgruppe i hvert område for hvert år. Denne raten ble deretter multiplisert med totalt antall personer i befolkningen for denne aldersgruppen siste år. Til slutt summeres alle produktene for kjønn- og aldersgruppene og divideres med hele befolkningen siste år.

Befolkningstall brukt i beregning av rater er hentet fra SSB.[30]

Definisjon av utskrivningsklare pasienter og opphold

Utskrivningsklare pasienter er unike pasienter som hadde døgnopphold hvor pasienten ble meldt utskrivningsklar i det aktuelle året.

Utskrivningsklare opphold defineres som avsluttede sykehusopphold (utskrivninger) hvor pasienten ble meldt utskrivningsklar, og oppholdt seg på sykehuset over døgnskillet. Dersom en pasient har flere opphold på samme dag, f.eks. ved overføring fra et helseforetak til et annet, er oppholdene slått sammen (aggregert) til ett opphold.

Definisjon av ordinære døgn, overliggerdøgn og gjennomsnittlig oppholdstid

Ordinære døgn er døgn før pasienten ble meldt utskrivningsklar. Dersom en pasient ble avmeldt som utskrivningsklar, vil døgn fram til en ev. ny dato for utskrivningsklar bli regnet som ordinære døgn.

Overliggerdøgn er døgn pasienter har vært på sykehus etter at han/hun ble vurdert som klar for utskrivning av sykehuset.

Total oppholdstid beregnes som utskrivningsdato minus innleggelsesdato for oppholdet. For opphold uten overliggerdøgn, er antall ordinære døgn og totalt antall oppholdsdøgn det samme.

Gjennomsnittlig oppholdstid er antall oppholdsdøgn for utskrivningsklare opphold dividert på antall utskrivningsklare opphold

Gjennomsnittlig oppholdstid som utskrivningsklar er antall overliggerdøgn dividert på antall opphold med overliggerdøgn.

Klassifisering av skrøpelighet

I KPR helse og omsorg brukes internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse (ICF)[31] som klassifikasjon i funksjonsvurderingen. I KPR HOM inngår 20 ulike indikatorer for funksjonsnivå. Hver av disse har fem verdier, fra «Utgjør ingen problem/utfordring» til «Fullt bistands-/assistansebehov/helsehjelp».

I denne rapporten brukes de ti følgende indikatorene for å avgjøre om en person har nedsatt funksjonsnivå eller ikke:

- Spise
- På- og avkledning
- Personlig hygiene
- Toalett
- Bevege seg innendørs
- Bevege seg utendørs
- Skaffe seg varer og tjenester
- Ivareta egen helse
- Hukommelse
- Styre atferd

Disse ti indikatorene er valgt ut både fra en teoretisk vurdering av sammenhengen mellom indikatorene og deres relevans i bred geriatrisk vurdering, samt en vurdering av empirisk sammenheng.[32] Basert på disse ti indikatorene er det laget en indeks for grad av skrøpelighet, som går fra verdien 1 til 40, som igjen er delt inn i fire grupper: 1) personer med noe redusert funksjonsnivå, 2) personer med redusert funksjonsnivå, 3) personer med dårlig funksjonsnivå og 4) personer med svært dårlig funksjonsnivå.

Definisjon av reinnleggelser

En reinnleggelse er definert som en innleggelse for øyeblikkelig hjelp mellom 1 til 30 dager etter forrige utskrivning (primæropphold). Det er beregnet andel reinnleggelser for avsluttede opphold (utskrivninger) der pasienten har vært innlagt i sykehus over døgnskillet.

Det er primæroppholdet som er avgjørende for om oppholdet grupperes som utskrivningsklart uten overliggerdøgn eller utskrivningsklart med overliggerdøgn. Det er korrigert for død ved at døgnopphold der pasienten døde under oppholdet ikke er med i nevneren.

Definisjon av epikrise

Epikrise er en oppdatert informasjon om sykehusoppholdet. Den skal sendes til fastlege eller annet helsepersonell som trenger opplysningene, for å kunne gi pasienten nødvendig og forsvarlig oppfølging. Epikrisetid er tid (i dager) som går med fra pasienten skrives ut fra behandlingsstedet (utskrivningsdato) til epikrisen er sendt ut elektronisk eller pr post til primærhelsetjenesten/fastlege eller ev. andre mottakere. Andelen epikrise er beregnet for de som hadde en gyldig epikrisedato, dette gjaldt for 99,2 prosent av døgnoppholdene når pasienten var meldt utskrivningsklar. Andelen som ikke hadde en gyldig epikrisedato var noe høyere for pasienter tilhørende Østfold og St. Olavs-området, sammenlignet med de andre bostedsområdene. Opphold der pasienten ikke har samtykket til utsendelse av epikrise er ekskludert fra beregningen.

Definisjon av type kontakt hos fastlege og legevakt

I rapporten undersøker vi bruken av fastlege og legevakt. Til dette benyttes KUHR-data fra KPR, som inneholder data om helserefusjonskrav sendt til Helfo. Ulik oppfølging kodes med forskjellige takstkoder:

Sykebesøk: 11ad, 11ak, 086a, 086b

Konsultasjon: 2ak, 2fk, 2ad, 2ed, 2af, 2ae, 2aek, 2afd, 2afdd, 074a, 074ae, 074b, 074be, 074d

Enkle kontakter: 1ad, 1ad2, 1ak, 1bd, 1be, 1bk, 1e, 1g, 1h, 1i, 070, 070a, 071a, 072

Dialogmøte NAV: L35, L36, L35d, L36d

Tverrfaglig samarbeid: 14

Enkelt samarbeid: 1f, 1j

Administrativt arbeid: 5, 7, 8, H1, L1, L4, L8, 2kd, 2ld, L25, L40

[29] Dette gjelder kategori 12 og 13 for henholdsvis omsorgsbolig og annen boligjeneste som fra 2019 ble erstattet med kategori «Bolig som kommunen disponerer for helse- og omsorgsformål».

[30] [Befolkning – SSB](#)

[31] [International Classification of Functioning, Disability and Health \(ICF\) \(who.int\)](#)

[32] Rapporten [Styringsinformasjon til helsefelleskapene Del 1. Skrøpelige eldre og personer med flere kroniske sykdommer](#) viser at alle de ti indikatorene som inngår i indeksen for funksjonsnivå har en sterk empirisk sammenheng.

Vedlegg 1

Inndeling i bostedsregion, bostedsområde, sentralitet og befolkningsstørrelse samt antall overliggerdøgn og antall overliggerdøgn per 1 000 innbyggere per kommune, 2022

Kommunennummer	Kommunenavn	Bostedsregion	Bostedsområde	Innbyggerstørrelse
301	Oslo	Helse Sør-Øst	Hovedstadsområdet	100 000+ innb.
1101	Eigersund	Helse Vest	Helse Stavanger-området	10 000-19 999 innb.
1103	Stavanger	Helse Vest	Helse Stavanger-området	100 000+ innb.
1106	Haugesund	Helse Vest	Helse Fonna-området	20 000-49 999 innb.
1108	Sandnes	Helse Vest	Helse Stavanger-området	50 000-99 999 innb.
1111	Sokndal	Helse Vest	Helse Stavanger-området	2 000-4 999 innb.
1112	Lund	Helse Vest	Helse Stavanger-området	2 000-4 999 innb.
1114	Bjerkreim	Helse Vest	Helse Stavanger-området	2 000-4 999 innb.
1119	Hå	Helse Vest	Helse Stavanger-området	10 000-19 999 innb.
1120	Klepp	Helse Vest	Helse Stavanger-området	20 000-49 999 innb.
1121	Time	Helse Vest	Helse Stavanger-området	10 000-19 999 innb.
1122	Gjesdal	Helse Vest	Helse Stavanger-området	10 000-19 999 innb.
1124	Sola	Helse Vest	Helse Stavanger-området	20 000-49 999 innb.
1127	Randaberg	Helse Vest	Helse Stavanger-området	10 000-19 999 innb.
1130	Strand	Helse Vest	Helse Stavanger-området	10 000-19 999 innb.
1133	Hjelmeland	Helse Vest	Helse Stavanger-området	2 000-4 999 innb.
1134	Suldal	Helse Vest	Helse Fonna-området	2 000-4 999 innb.
1135	Sauda	Helse Vest	Helse Fonna-området	2 000-4 999 innb.

1144	Kvitsøy	Helse Vest	Helse Stavanger-området	1-1 999 innb.
1145	Bokn	Helse Vest	Helse Fonna-området	1-1 999 innb.
1146	Tysvær	Helse Vest	Helse Fonna-området	10 000-19 999 innb.
1149	Karmøy	Helse Vest	Helse Fonna-området	20 000-49 999 innb.
1151	Utsira	Helse Vest	Helse Fonna-området	1-1 999 innb.
1160	Vindafjord	Helse Vest	Helse Fonna-området	5 000-9 999 innb.
1505	Kristiansund	Helse Midt-Norge	Møre og Romsdal	20 000-49 999 innb.
1506	Molde	Helse Midt-Norge	Møre og Romsdal	20 000-49 999 innb.
1507	Ålesund	Helse Midt-Norge	Møre og Romsdal	50 000-99 999 innb.
1511	Vanylven	Helse Midt-Norge	Møre og Romsdal	2 000-4 999 innb.
1514	Sande	Helse Midt-Norge	Møre og Romsdal	2 000-4 999 innb.
1515	Herøy (M. og R.)	Helse Midt-Norge	Møre og Romsdal	5 000-9 999 innb.
1516	Ulstein	Helse Midt-Norge	Møre og Romsdal	5 000-9 999 innb.
1517	Hareid	Helse Midt-Norge	Møre og Romsdal	5 000-9 999 innb.
1520	Ørsta	Helse Midt-Norge	Møre og Romsdal	10 000-19 999 innb.
1525	Stranda	Helse Midt-Norge	Møre og Romsdal	2 000-4 999 innb.
1528	Sykkylven	Helse Midt-Norge	Møre og Romsdal	5 000-9 999 innb.
1531	Sula	Helse Midt-Norge	Møre og Romsdal	5 000-9 999 innb.
1532	Giske	Helse Midt-Norge	Møre og Romsdal	5 000-9 999 innb.
1535	Vestnes	Helse Midt-Norge	Møre og Romsdal	5 000-9 999 innb.
1539	Rauma	Helse Midt-Norge	Møre og Romsdal	5 000-9 999 innb.
1547	Aukra	Helse Midt-Norge	Møre og Romsdal	2 000-4 999 innb.

1554	Averøy	Helse Midt-Norge	Møre og Romsdal	5 000-9 999 ir
1557	Gjemnes	Helse Midt-Norge	Møre og Romsdal	2 000-4 999 ir
1560	Tingvoll	Helse Midt-Norge	Møre og Romsdal	2 000-4 999 ir
1563	Sunndal	Helse Midt-Norge	Møre og Romsdal	5 000-9 999 ir
1566	Surnadal	Helse Midt-Norge	Møre og Romsdal	5 000-9 999 ir
1573	Smøla	Helse Midt-Norge	Møre og Romsdal	2 000-4 999 ir
1576	Aure	Helse Midt-Norge	Møre og Romsdal	2 000-4 999 ir
1577	Volda	Helse Midt-Norge	Møre og Romsdal	10 000-19 999 innb.
1578	Fjord	Helse Midt-Norge	Møre og Romsdal	2 000-4 999 ir
1579	Hustadvika	Helse Midt-Norge	Møre og Romsdal	10 000-19 999 innb.
1804	Bodø	Helse Nord	Nordland-området	50 000-99 999 innb.
1806	Narvik	Helse Nord	UNN-området	20 000-49 999 innb.
1811	Bindal	Helse Nord	Helgeland	1-1 999 innb.
1812	Sømna	Helse Nord	Helgeland	1-1 999 innb.
1813	Brønnøy	Helse Nord	Helgeland	5 000-9 999 ir
1815	Vega	Helse Nord	Helgeland	1-1 999 innb.
1816	Vevelstad	Helse Nord	Helgeland	1-1 999 innb.
1818	Herøy (Nordl.)	Helse Nord	Helgeland	1-1 999 innb.
1820	Alstahaug	Helse Nord	Helgeland	5 000-9 999 ir
1822	Leirfjord	Helse Nord	Helgeland	2 000-4 999 ir
1824	Vefsn	Helse Nord	Helgeland	10 000-19 999 innb.
1825	Grane	Helse Nord	Helgeland	1-1 999 innb.
1826	Hattfjelldal	Helse Nord	Helgeland	1-1 999 innb.
1827	Dønna	Helse Nord	Helgeland	1-1 999 innb.
1828	Nesna	Helse Nord	Helgeland	1-1 999 innb.
1832	Hemnes	Helse Nord	Helgeland	2 000-4 999 ir
1833	Rana	Helse Nord	Helgeland	20 000-49 999 innb.
1834	Lurøy	Helse Nord	Helgeland	1-1 999 innb.

1835	Træna	Helse Nord	Helgeland	1-1 999 innb.
1836	Rødøy	Helse Nord	Helgeland	1-1 999 innb.
1837	Meløy	Helse Nord	Nordland-området	5 000-9 999 ir
1838	Gildeskål	Helse Nord	Nordland-området	1-1 999 innb.
1839	Beiarn	Helse Nord	Nordland-området	1-1 999 innb.
1840	Saltdal	Helse Nord	Nordland-området	2 000-4 999 ir
1841	Fauske-Fuossko	Helse Nord	Nordland-området	5 000-9 999 ir
1845	Sørfold	Helse Nord	Nordland-området	1-1 999 innb.
1848	Steigen	Helse Nord	Nordland-området	2 000-4 999 ir
1851	Lødingen	Helse Nord	UNN-området	1-1 999 innb.
1853	Evenes	Helse Nord	UNN-området	1-1 999 innb.
1856	Røst	Helse Nord	Nordland-området	1-1 999 innb.
1857	Værøy	Helse Nord	Nordland-området	1-1 999 innb.
1859	Flakstad	Helse Nord	Nordland-området	1-1 999 innb.
1860	Vestvågøy	Helse Nord	Nordland-området	10 000-19 999 innb.
1865	Vågan	Helse Nord	Nordland-området	5 000-9 999 ir
1866	Hadsel	Helse Nord	Nordland-området	5 000-9 999 ir
1867	Bø	Helse Nord	Nordland-området	2 000-4 999 ir
1868	Øksnes	Helse Nord	Nordland-området	2 000-4 999 ir
1870	Sortland	Helse Nord	Nordland-området	10 000-19 999 innb.
1871	Andøy	Helse Nord	Nordland-området	2 000-4 999 ir
1874	Moskenes	Helse Nord	Nordland-området	1-1 999 innb.
1875	Hamarøy - Hábmer	Helse Nord	Nordland-området	2 000-4 999 ir
3001	Halden	Helse Sør-Øst	Østfold	20 000-49 999 innb.
3002	Moss	Helse Sør-Øst	Østfold	50 000-99 999 innb.
3003	Sarpsborg	Helse Sør-Øst	Østfold	50 000-99 999 innb.
3004	Fredrikstad	Helse Sør-Øst	Østfold	50 000-99 999 innb.
3005	Drammen	Helse Sør-Øst	Vestre Viken	100 000+ innt
3006	Kongsberg	Helse Sør-Øst	Vestre Viken	20 000-49 999 innb.
3007	Ringerike	Helse Sør-Øst	Vestre Viken	20 000-49 999 innb.
3011	Hvaler	Helse Sør-Øst	Østfold	2 000-4 999 ir

3012	Aremark	Helse Sør-Øst	Østfold	1-1 999 innb.
3013	Marker	Helse Sør-Øst	Østfold	2 000-4 999 ir
3014	Indre Østfold	Helse Sør-Øst	Østfold	20 000-49 999 innb.
3015	Skiptvet	Helse Sør-Øst	Østfold	2 000-4 999 ir
3016	Rakkestad	Helse Sør-Øst	Østfold	5 000-9 999 ir
3017	Råde	Helse Sør-Øst	Østfold	5 000-9 999 ir
3018	Våler (Viken)	Helse Sør-Øst	Østfold	5 000-9 999 ir
3019	Vestby	Helse Sør-Øst	Østfold	10 000-19 999 innb.
3020	Nordre Follo	Helse Sør-Øst	Hovedstadsområdet	50 000-99 999 innb.
3021	Ås	Helse Sør-Øst	Hovedstadsområdet	20 000-49 999 innb.
3022	Frogn	Helse Sør-Øst	Hovedstadsområdet	10 000-19 999 innb.
3023	Nesodden	Helse Sør-Øst	Hovedstadsområdet	20 000-49 999 innb.
3024	Bærum	Helse Sør-Øst	Vestre Viken	100 000+ innb.
3025	Asker	Helse Sør-Øst	Vestre Viken	50 000-99 999 innb.
3026	Aurskog-Høland	Helse Sør-Øst	Hovedstadsområdet	10 000-19 999 innb.
3027	Rælingen	Helse Sør-Øst	Hovedstadsområdet	10 000-19 999 innb.
3028	Enebakk	Helse Sør-Øst	Hovedstadsområdet	10 000-19 999 innb.
3029	Lørenskog	Helse Sør-Øst	Hovedstadsområdet	20 000-49 999 innb.
3030	Lillestrøm	Helse Sør-Øst	Hovedstadsområdet	50 000-99 999 innb.
3031	Nittedal	Helse Sør-Øst	Hovedstadsområdet	20 000-49 999 innb.
3032	Gjerdrum	Helse Sør-Øst	Hovedstadsområdet	5 000-9 999 ir
3033	Ullensaker	Helse Sør-Øst	Hovedstadsområdet	20 000-49 999 innb.

3034	Nes	Helse Sør-Øst	Hovedstadsområdet	20 000-49 999 innb.
3035	Eidsvoll	Helse Sør-Øst	Hovedstadsområdet	20 000-49 999 innb.
3036	Nannestad	Helse Sør-Øst	Hovedstadsområdet	10 000-19 999 innb.
3037	Hurdal	Helse Sør-Øst	Hovedstadsområdet	2 000-4 999 ir
3038	Hole	Helse Sør-Øst	Vestre Viken	5 000-9 999 ir
3039	Flå	Helse Sør-Øst	Vestre Viken	1-1 999 innb.
3040	Nesbyen	Helse Sør-Øst	Vestre Viken	2 000-4 999 ir
3041	Gol	Helse Sør-Øst	Vestre Viken	2 000-4 999 ir
3042	Hemsedal	Helse Sør-Øst	Vestre Viken	2 000-4 999 ir
3043	Ål	Helse Sør-Øst	Vestre Viken	2 000-4 999 ir
3044	Hol	Helse Sør-Øst	Vestre Viken	2 000-4 999 ir
3045	Sigdal	Helse Sør-Øst	Vestre Viken	2 000-4 999 ir
3046	Krødsherad	Helse Sør-Øst	Vestre Viken	2 000-4 999 ir
3047	Modum	Helse Sør-Øst	Vestre Viken	10 000-19 999 innb.
3048	Øvre Eiker	Helse Sør-Øst	Vestre Viken	20 000-49 999 innb.
3049	Lier	Helse Sør-Øst	Vestre Viken	20 000-49 999 innb.
3050	Flesberg	Helse Sør-Øst	Vestre Viken	2 000-4 999 ir
3051	Rollag	Helse Sør-Øst	Vestre Viken	1-1 999 innb.
3052	Nore og Uvdal	Helse Sør-Øst	Vestre Viken	2 000-4 999 ir
3053	Jevnaker	Helse Sør-Øst	Vestre Viken	5 000-9 999 ir
3054	Lunner	Helse Sør-Øst	Innlandet	5 000-9 999 ir
3401	Kongsvinger	Helse Sør-Øst	Hovedstadsområdet	10 000-19 999 innb.

3403	Hamar	Helse Sør-Øst	Innlandet	20 000-49 999 innb.
3405	Lillehammer	Helse Sør-Øst	Innlandet	20 000-49 999 innb.
3407	Gjøvik	Helse Sør-Øst	Innlandet	20 000-49 999 innb.
3411	Ringsaker	Helse Sør-Øst	Innlandet	20 000-49 999 innb.
3412	Løten	Helse Sør-Øst	Innlandet	5 000-9 999 ir
3413	Stange	Helse Sør-Øst	Innlandet	20 000-49 999 innb.
3414	Nord-Odal	Helse Sør-Øst	Hovedstadsområdet	5 000-9 999 ir
3415	Sør-Odal	Helse Sør-Øst	Hovedstadsområdet	5 000-9 999 ir
3416	Eidskog	Helse Sør-Øst	Hovedstadsområdet	5 000-9 999 ir
3417	Grue	Helse Sør-Øst	Hovedstadsområdet	2 000-4 999 ir
3418	Åsnes	Helse Sør-Øst	Innlandet	5 000-9 999 ir
3419	Våler (Innlandet)	Helse Sør-Øst	Innlandet	2 000-4 999 ir
3420	Elverum	Helse Sør-Øst	Innlandet	20 000-49 999 innb.
3421	Trysil	Helse Sør-Øst	Innlandet	5 000-9 999 ir
3422	Åmot	Helse Sør-Øst	Innlandet	2 000-4 999 ir
3423	Stor-Elvdal	Helse Sør-Øst	Innlandet	2 000-4 999 ir
3424	Rendalen	Helse Sør-Øst	Innlandet	1-1 999 innb.
3425	Engerdal	Helse Sør-Øst	Innlandet	1-1 999 innb.
3426	Tolga	Helse Sør-Øst	Innlandet	1-1 999 innb.
3427	Tynset	Helse Sør-Øst	Innlandet	5 000-9 999 ir
3428	Alvdal	Helse Sør-Øst	Innlandet	2 000-4 999 ir
3429	Folldal	Helse Sør-Øst	Innlandet	1-1 999 innb.

3430	Os	Helse Sør-Øst	Innlandet	1-1 999 innb.
3431	Dovre	Helse Sør-Øst	Innlandet	2 000-4 999 ir
3432	Lesja	Helse Sør-Øst	Innlandet	1-1 999 innb.
3433	Skjåk	Helse Sør-Øst	Innlandet	2 000-4 999 ir
3434	Lom	Helse Sør-Øst	Innlandet	2 000-4 999 ir
3435	Vågå	Helse Sør-Øst	Innlandet	2 000-4 999 ir
3436	Nord-Fron	Helse Sør-Øst	Innlandet	5 000-9 999 ir
3437	Sel	Helse Sør-Øst	Innlandet	5 000-9 999 ir
3438	Sør-Fron	Helse Sør-Øst	Innlandet	2 000-4 999 ir
3439	Ringebu	Helse Sør-Øst	Innlandet	2 000-4 999 ir
3440	Øyer	Helse Sør-Øst	Innlandet	5 000-9 999 ir
3441	Gausdal	Helse Sør-Øst	Innlandet	5 000-9 999 ir
3442	Østre Toten	Helse Sør-Øst	Innlandet	10 000-19 999 innb.
3443	Vestre Toten	Helse Sør-Øst	Innlandet	10 000-19 999 innb.
3446	Gran	Helse Sør-Øst	Innlandet	10 000-19 999 innb.
3447	Søndre Land	Helse Sør-Øst	Innlandet	5 000-9 999 ir
3448	Nordre Land	Helse Sør-Øst	Innlandet	5 000-9 999 ir
3449	Sør-Aurdal	Helse Sør-Øst	Innlandet	2 000-4 999 ir
3450	Etnedal	Helse Sør-Øst	Innlandet	1-1 999 innb.
3451	Nord-Aurdal	Helse Sør-Øst	Innlandet	5 000-9 999 ir
3452	Vestre Slidre	Helse Sør-Øst	Innlandet	2 000-4 999 ir
3453	Øystre Slidre	Helse Sør-Øst	Innlandet	2 000-4 999 ir

3454	Vang	Helse Sør-Øst	Innlandet	1-1 999 innb.
3801	Horten	Helse Sør-Øst	Vestfold	20 000-49 999 innb.
3802	Holmestrand	Helse Sør-Øst	Vestfold	20 000-49 999 innb.
3803	Tønsberg	Helse Sør-Øst	Vestfold	50 000-99 999 innb.
3804	Sandefjord	Helse Sør-Øst	Vestfold	50 000-99 999 innb.
3805	Larvik	Helse Sør-Øst	Vestfold	20 000-49 999 innb.
3806	Porsgrunn	Helse Sør-Øst	Telemark	20 000-49 999 innb.
3807	Skien	Helse Sør-Øst	Telemark	50 000-99 999 innb.
3808	Notodden	Helse Sør-Øst	Telemark	10 000-19 999 innb.
3811	Færder	Helse Sør-Øst	Vestfold	20 000-49 999 innb.
3812	Siljan	Helse Sør-Øst	Telemark	2 000-4 999 ir
3813	Bamble	Helse Sør-Øst	Telemark	10 000-19 999 innb.
3814	Kragerø	Helse Sør-Øst	Telemark	10 000-19 999 innb.
3815	Drangedal	Helse Sør-Øst	Telemark	2 000-4 999 ir
3816	Nome	Helse Sør-Øst	Telemark	5 000-9 999 ir
3817	Midt-Telemark	Helse Sør-Øst	Telemark	10 000-19 999 innb.
3818	Tinn	Helse Sør-Øst	Telemark	5 000-9 999 ir
3819	Hjartdal	Helse Sør-Øst	Telemark	1-1 999 innb.
3820	Seljord	Helse Sør-Øst	Telemark	2 000-4 999 ir
3821	Kviteseid	Helse Sør-Øst	Telemark	2 000-4 999 ir
3822	Nissedal	Helse Sør-Øst	Telemark	1-1 999 innb.
3823	Fyresdal	Helse Sør-Øst	Telemark	1-1 999 innb.

3824	Tokke	Helse Sør-Øst	Telemark	2 000-4 999 ir
3825	Vinje	Helse Sør-Øst	Telemark	2 000-4 999 ir
4201	Risør	Helse Sør-Øst	Sørlandet	5 000-9 999 ir
4202	Grimstad	Helse Sør-Øst	Sørlandet	20 000-49 999 innb.
4203	Arendal	Helse Sør-Øst	Sørlandet	20 000-49 999 innb.
4204	Kristiansand	Helse Sør-Øst	Sørlandet	100 000+ innb.
4205	Lindesnes	Helse Sør-Øst	Sørlandet	20 000-49 999 innb.
4206	Farsund	Helse Sør-Øst	Sørlandet	5 000-9 999 ir
4207	Flekkefjord	Helse Sør-Øst	Sørlandet	5 000-9 999 ir
4211	Gjerstad	Helse Sør-Øst	Sørlandet	2 000-4 999 ir
4212	Vegårshei	Helse Sør-Øst	Sørlandet	2 000-4 999 ir
4213	Tvedestrand	Helse Sør-Øst	Sørlandet	5 000-9 999 ir
4214	Froland	Helse Sør-Øst	Sørlandet	5 000-9 999 ir
4215	Lillesand	Helse Sør-Øst	Sørlandet	10 000-19 999 innb.
4216	Birkenes	Helse Sør-Øst	Sørlandet	5 000-9 999 ir
4217	Åmli	Helse Sør-Øst	Sørlandet	1-1 999 innb.
4218	Iveland	Helse Sør-Øst	Sørlandet	1-1 999 innb.
4219	Evje og Hornnes	Helse Sør-Øst	Sørlandet	2 000-4 999 ir
4220	Bygland	Helse Sør-Øst	Sørlandet	1-1 999 innb.
4221	Valle	Helse Sør-Øst	Sørlandet	1-1 999 innb.
4222	Bykle	Helse Sør-Øst	Sørlandet	1-1 999 innb.
4223	Vennesla	Helse Sør-Øst	Sørlandet	10 000-19 999 innb.

4224	Åseral	Helse Sør-Øst	Sørlandet	1-1 999 innb.
4225	Lyngdal	Helse Sør-Øst	Sørlandet	10 000-19 999 innb.
4226	Hægebostad	Helse Sør-Øst	Sørlandet	1-1 999 innb.
4227	Kvinesdal	Helse Sør-Øst	Sørlandet	5 000-9 999 innb.
4228	Sirdal	Helse Sør-Øst	Sørlandet	1-1 999 innb.
4601	Bergen	Helse Vest	Helse Bergen-området	100 000+ innb.
4602	Kinn	Helse Vest	Helse Førde-området	10 000-19 999 innb.
4611	Etne	Helse Vest	Helse Fonna-området	2 000-4 999 innb.
4612	Sveio	Helse Vest	Helse Fonna-området	5 000-9 999 innb.
4613	Bømlo	Helse Vest	Helse Fonna-området	10 000-19 999 innb.
4614	Stord	Helse Vest	Helse Fonna-området	10 000-19 999 innb.
4615	Fitjar	Helse Vest	Helse Fonna-området	2 000-4 999 innb.
4616	Tysnes	Helse Vest	Helse Fonna-området	2 000-4 999 innb.
4617	Kvinnherad	Helse Vest	Helse Fonna-området	10 000-19 999 innb.
4618	Ullensvang	Helse Vest	Helse Fonna-området	10 000-19 999 innb.
4619	Eidfjord	Helse Vest	Helse Bergen-området	1-1 999 innb.
4620	Ulvik	Helse Vest	Helse Bergen-området	1-1 999 innb.
4621	Voss	Helse Vest	Helse Bergen-området	10 000-19 999 innb.
4622	Kvam	Helse Vest	Helse Bergen-området	5 000-9 999 innb.
4623	Samnanger	Helse Vest	Helse Bergen-området	2 000-4 999 innb.
4624	Bjørnafjorden	Helse Vest	Helse Bergen-området	20 000-49 999 innb.
4625	Austevoll	Helse Vest	Helse Bergen-området	5 000-9 999 innb.

4626	Øygarden	Helse Vest	Helse Bergen-området	20 000-49 999 innb.
4627	Askøy	Helse Vest	Helse Bergen-området	20 000-49 999 innb.
4628	Vaksdal	Helse Vest	Helse Bergen-området	2 000-4 999 ir
4629	Modalen	Helse Vest	Helse Bergen-området	1-1 999 innb.
4630	Osterøy	Helse Vest	Helse Bergen-området	5 000-9 999 ir
4631	Alver	Helse Vest	Helse Bergen-området	20 000-49 999 innb.
4632	Austrheim	Helse Vest	Helse Bergen-området	2 000-4 999 ir
4633	Fedje	Helse Vest	Helse Bergen-området	1-1 999 innb.
4634	Masfjorden	Helse Vest	Helse Bergen-området	1-1 999 innb.
4635	Gulen	Helse Vest	Helse Bergen-området	2 000-4 999 ir
4636	Solund	Helse Vest	Helse Førde-området	1-1 999 innb.
4637	Hyllestad	Helse Vest	Helse Førde-området	1-1 999 innb.
4638	Høyanger	Helse Vest	Helse Førde-området	2 000-4 999 ir
4639	Vik	Helse Vest	Helse Førde-området	2 000-4 999 ir
4640	Sogndal	Helse Vest	Helse Førde-området	10 000-19 999 innb.
4641	Aurland	Helse Vest	Helse Førde-området	1-1 999 innb.
4642	Lærdal	Helse Vest	Helse Førde-området	2 000-4 999 ir
4643	Årdal	Helse Vest	Helse Førde-området	5 000-9 999 ir
4644	Luster	Helse Vest	Helse Førde-området	5 000-9 999 ir
4645	Askvoll	Helse Vest	Helse Førde-området	2 000-4 999 ir
4646	Fjaler	Helse Vest	Helse Førde-området	2 000-4 999 ir
4647	Sunnfjord	Helse Vest	Helse Førde-området	20 000-49 999 innb.

4648	Bremanger	Helse Vest	Helse Førde-området	2 000-4 999 ir
4649	Stad	Helse Vest	Helse Førde-området	5 000-9 999 ir
4650	Gloppen	Helse Vest	Helse Førde-området	5 000-9 999 ir
4651	Stryn	Helse Vest	Helse Førde-området	5 000-9 999 ir
5001	Trondheim	Helse Midt-Norge	St. Olavs-området	100 000+ innt
5006	Steinkjer	Helse Midt-Norge	Nord-Trøndelag	20 000-49 999 innb.
5007	Namsos	Helse Midt-Norge	Nord-Trøndelag	10 000-19 999 innb.
5014	Frøya	Helse Midt-Norge	St. Olavs-området	5 000-9 999 ir
5020	Osen	Helse Midt-Norge	Nord-Trøndelag	1-1 999 innb.
5021	Oppdal	Helse Midt-Norge	St. Olavs-området	5 000-9 999 ir
5022	Rennebu	Helse Midt-Norge	St. Olavs-området	2 000-4 999 ir
5025	Rørros	Helse Midt-Norge	St. Olavs-området	5 000-9 999 ir
5026	Holtålen	Helse Midt-Norge	St. Olavs-området	1-1 999 innb.
5027	Midtre Gauldal	Helse Midt-Norge	St. Olavs-området	5 000-9 999 ir
5028	Melhus	Helse Midt-Norge	St. Olavs-området	10 000-19 999 innb.
5029	Skaun	Helse Midt-Norge	St. Olavs-området	5 000-9 999 ir
5031	Malvik	Helse Midt-Norge	St. Olavs-området	10 000-19 999 innb.
5032	Selbu	Helse Midt-Norge	St. Olavs-området	2 000-4 999 ir
5033	Tydal	Helse Midt-Norge	St. Olavs-området	1-1 999 innb.
5034	Meråker	Helse Midt-Norge	Nord-Trøndelag	2 000-4 999 ir
5035	Stjørdal	Helse Midt-Norge	Nord-Trøndelag	20 000-49 999 innb.
5036	Frosta	Helse Midt-Norge	Nord-Trøndelag	2 000-4 999 ir

5037	Levanger	Helse Midt-Norge	Nord-Trøndelag	20 000-49 999 innb.
5038	Verdal	Helse Midt-Norge	Nord-Trøndelag	10 000-19 999 innb.
5041	Snåase-Snåsa	Helse Midt-Norge	Nord-Trøndelag	2 000-4 999 ir
5042	Lierne	Helse Midt-Norge	Nord-Trøndelag	1-1 999 innb.
5043	Raarvihke - Røyrvik	Helse Midt-Norge	Nord-Trøndelag	1-1 999 innb.
5044	Namsskogan	Helse Midt-Norge	Nord-Trøndelag	1-1 999 innb.
5045	Grong	Helse Midt-Norge	Nord-Trøndelag	2 000-4 999 ir
5046	Høylandet	Helse Midt-Norge	Nord-Trøndelag	1-1 999 innb.
5047	Overhalla	Helse Midt-Norge	Nord-Trøndelag	2 000-4 999 ir
5049	Flatanger	Helse Midt-Norge	Nord-Trøndelag	1-1 999 innb.
5052	Leka	Helse Midt-Norge	Nord-Trøndelag	1-1 999 innb.
5053	Inderøy	Helse Midt-Norge	Nord-Trøndelag	5 000-9 999 ir
5054	Indre Fosen	Helse Midt-Norge	St. Olavs-området	5 000-9 999 ir
5055	Heim	Helse Midt-Norge	St. Olavs-området	5 000-9 999 ir
5056	Hitra	Helse Midt-Norge	St. Olavs-området	5 000-9 999 ir
5057	Ørland	Helse Midt-Norge	St. Olavs-området	10 000-19 999 innb.
5058	Åfjord	Helse Midt-Norge	St. Olavs-området	2 000-4 999 ir
5059	Orkland	Helse Midt-Norge	St. Olavs-området	10 000-19 999 innb.
5060	Nærøysund	Helse Midt-Norge	Nord-Trøndelag	5 000-9 999 ir
5061	Rindal	Helse Midt-Norge	St. Olavs-området	1-1 999 innb.
5401	Tromsø	Helse Nord	UNN-området	50 000-99 999 innb.
5402	Harstad - Hársttåk	Helse Nord	UNN-området	20 000-49 999 innb.

5403	Alta	Helse Nord	Finnmark	20 000-49 999 innb.
5404	Vardø	Helse Nord	Finnmark	1-1 999 innb.
5405	Vadsø	Helse Nord	Finnmark	5 000-9 999 ir
5406	Hammerfest	Helse Nord	Finnmark	10 000-19 999 innb.
5411	Kvæfjord	Helse Nord	UNN-området	2 000-4 999 ir
5412	Tjeldsund	Helse Nord	UNN-området	2 000-4 999 ir
5413	Ibestad	Helse Nord	UNN-området	1-1 999 innb.
5414	Gratangen	Helse Nord	UNN-området	1-1 999 innb.
5415	Loabák - Lavangen	Helse Nord	UNN-området	1-1 999 innb.
5416	Bardu	Helse Nord	UNN-området	2 000-4 999 ir
5417	Salangen	Helse Nord	UNN-området	2 000-4 999 ir
5418	Målselv	Helse Nord	UNN-området	5 000-9 999 ir
5419	Sørreisa	Helse Nord	UNN-området	2 000-4 999 ir
5420	Dyrøy	Helse Nord	UNN-området	1-1 999 innb.
5421	Senja	Helse Nord	UNN-området	10 000-19 999 innb.
5422	Balsfjord	Helse Nord	UNN-området	5 000-9 999 ir
5423	Karlsøy	Helse Nord	UNN-området	2 000-4 999 ir
5424	Lyngen	Helse Nord	UNN-området	2 000-4 999 ir
5425	Storfjord-Omasvuotna-Omasvuono	Helse Nord	UNN-området	1-1 999 innb.
5426	Gáivuotna-Kåfjord-Kaivuono	Helse Nord	UNN-området	2 000-4 999 ir
5427	Skjervøy	Helse Nord	UNN-området	2 000-4 999 ir
5428	Nordreisa	Helse Nord	UNN-området	2 000-4 999 ir
5429	Kvænangen	Helse Nord	UNN-området	1-1 999 innb.
5430	Guovdageaidnu-Kautokeino	Helse Nord	Finnmark	2 000-4 999 ir
5432	Loppa	Helse Nord	Finnmark	1-1 999 innb.
5433	Hasvik	Helse Nord	Finnmark	1-1 999 innb.
5434	Måsøy	Helse Nord	Finnmark	1-1 999 innb.
5435	Nordkapp	Helse Nord	Finnmark	2 000-4 999 ir
5436	Porsanger-Porságu-Porsanki	Helse Nord	Finnmark	2 000-4 999 ir
5437	Kárášjohka-Karasjok	Helse Nord	Finnmark	2 000-4 999 ir
5438	Lebesby	Helse Nord	Finnmark	1-1 999 innb.
5439	Gamvik	Helse Nord	Finnmark	1-1 999 innb.
5440	Berlevåg	Helse Nord	Finnmark	1-1 999 innb.
5441	Deatnu-Tana	Helse Nord	Finnmark	2 000-4 999 ir
5442	Unjárga-Nesseby	Helse Nord	Finnmark	1-1 999 innb.
5443	Båtsfjord	Helse Nord	Finnmark	2 000-4 999 ir

5444	Sør-Varanger	Helse Nord	Finnmark	5 000-9 999 ir
------	--------------	------------	----------	----------------

PDF av rapporten

[Last ned rapporten som PDF](#)

