

Bruk av tjenester i spesialisthelsetjenesten og i kommunene blant barn og unge med habiliteringsbehov

Først publisert: 18. januar 2024

Siste faglige endring: 18. januar 2024

Innhold

1. Hovedfunn	3
2. Innledning	7
3. Metode, databehandling og begreper	10
4. Beskrivelse av utvalget	16
5. Tjenester i spesialisthelsetjenesten	19
6. Kommunale helse- og omsorgstjenester	26
7. Helsetjenester ved utviklingshemming	37
8. Helsetjenester ved autismespekterforstyrrelse ...	51
9. Helsetjenester ved cerebral parese	65
10. Vedlegg	77

Hovedfunn

Bruk av tjenester blant habiliteringspasientene totalt

Målgruppen for habilitering er personer som har, eller står i fare for å få, begrensninger i sin fysiske, psykiske, kognitive eller sosiale funksjonsevne. Pasienter og brukere med behov for habilitering har funksjonsnedsettelser som skyldes medfødte eller tidlig ervervede tilstander.[1] Denne rapporten viser bruk av tjenester, både i spesialisthelsetjenesten og i kommunene, blant barn og unge i alderen 0–17 år som mottok habilitering[2] i spesialisthelsetjenesten i perioden 2018–2022, heretter omtalt som habiliteringspasienter. Dette uttrekket av habiliteringspasienter fra spesialisthelsetjenesten er ikke nødvendigvis representativt for alle barn med habiliteringsbehov, noe som må tas i betraktning ved tolkningen av resultatene. Totalt mottok 31 746 barn i alderen 0–17 år habilitering i spesialisthelsetjenesten i løpet av femårsperioden. Dette tilsvarer omtrent 3 prosent av befolkningen under 18 år, og andelen var høyere blant guttene enn jentene.

I Norge totalt mottok 19 600 barn i alderen 0–17 år én eller flere kommunale helse- og omsorgstjenester[3] i 2022. Av disse var nesten 6 av 10 habiliteringspasienter. Hvor stor andel habiliteringspasientene utgjorde av totalt antall mottakere varierte mellom tjenestene. Blant alle barn og unge som mottok brukerstyrt personlig assistanse (BPA) i 2022, hadde 9 av 10 mottatt habilitering i spesialisthelsetjenesten i femårsperioden. For tjenestene avlastning, omsorgsstønad og praktisk bistand (ekskl. BPA) gjaldt dette i overkant av 7 av 10, og litt over 6 av 10 mottakere av støttekontakt. En stor del av tjenestemottakerne som var registrert med koordinator og individuell plan i kommunen i 2022, hadde mottatt habilitering i spesialisthelsetjenesten i femårsperioden.

Av barn og unge som fikk habilitering i spesialisthelsetjenesten i perioden fra 2018 til 2022, hadde omtrent en tredjedel én eller flere kommunale helse- og omsorgstjenester i 2022. De vanligste tjenestene var avlastning (20 prosent), støttekontakt (14 prosent) og omsorgsstønad (11 prosent). Videre hadde 11 prosent en individuell plan og 18 prosent hadde en koordinator. Det var store variasjoner i mottak av tjenester etter bistandsbehov.

Tjenester i kommunen som omfatter fastlege, legevakt, logoped og fysioterapi[4] er også viktige for habiliteringspasientene. Til sammen var omtrent 3 av 4 på én eller flere konsultasjoner hos fastlegen i 2022 og 1 av 4 hadde vært på legevakten. I særlig de yngste aldersgruppene var disse andelenene høyere enn i befolkningen generelt. Fysioterapi, logoped og ridefysioterapi ble i betydelig større grad benyttet av habiliteringspasientene sammenlignet med befolkningen. Konsultasjoner hos fysioterapeut i denne rapporten omfatter kun fysioterapeuter som mottar refusjon fra Helfo.

Mange barn og unge som mottar habilitering i spesialisthelsetjenesten, vil også få annen oppfølging og behandling som ikke er habilitering. I 2022 hadde halvparten én eller flere dag- eller polikliniske kontakter i somatisk sektor som ikke var kategorisert som habilitering. Til sammen ble 16 prosent utskrevet fra døgnopphold i spesialisthelsetjenesten i 2022. De fleste døgnpasientene var i somatisk sektor, men gjennomsnittlig oppholdsdøgn per pasient var høyere hos pasientene som hadde vært innlagt i psykisk helsevern.

Rapporten viser også en analyse av habiliteringspasienter som var henholdsvis 5 år eller 17 år i 2018. For disse pasientene ble det blant annet sett på endringer i bruk av tjenester i kommunen i femårsperioden fram til og med 2022. For pasientene som var 5 år i 2018 viser resultatene en gradvis økning i andelen som mottok kommunale helse- og omsorgstjenester, fra 23 prosent i 2018 til 43 prosent i 2022. De vanligste tjenestene for 5-åringene var avlastning og/eller omsorgsstønad, og andelen som mottok disse tjenestene økte fram mot 9-årsalderen. Det var få som hadde en støttekontakt da de var 5 år, mens 12 prosent mottok denne tjenesten ved 9-årsalderen. For habiliteringspasientene som var 17 år i 2018 var andelen som mottok minst én tjeneste

relativt stabil gjennom perioden. Det var imidlertid en endring i hvilke typer tjenester de mottok. Det var en økning etter alder i antall mottakere av helsetjenester i hjemmet, praktisk bistand (ekskl. BPA), dagtilbud og langtidsplass/omsorgsbolig, mens færre mottok tjenestene støttekontakt, avlastning og omsorgsstønad etter hvert som de ble eldre.

Bruk av tjenester blant habiliteringspasientene med utviklingshemming

I underkant av 6 100 barn og unge hadde i perioden 2018–2022 minst én kontakt i spesialisthelsetjenesten registrert med diagnose for utviklingshemming. Dette tilsvarer 0,6 prosent av befolkningen i alderen 0–17 år, og andelen var høyere blant guttene enn jentene.

Blant barn og unge med utviklingshemming mottok totalt 7 av 10 én eller flere kommunale helse- og omsorgstjenester i 2022. I de ulike helsefellesskapene varierte andelen fra litt over 6 av 10 i Nordre Trøndelag og Helse Fonna, til 8 av 10 i Sør-Rogaland. Avlastning var den vanligste tjenesten blant pasientene med utviklingshemming, og totalt mottok rundt halvparten dette. Videre hadde nesten en tredjedel støttekontakt, mens en fjerdedel mottok omsorgsstønad. Det var mer utbredt å motta kommunale helse- og omsorgstjenester blant pasientene med utviklingshemming sammenlignet med habiliteringspasientene totalt. Andelen med individuell plan og koordinator var også høyere blant pasientene med utviklingshemming.

Grad av utviklingshemming hadde betydning for mottak av kommunale helse- og omsorgstjenester. Nesten alle i alderen 13–17 år med moderat eller alvorlig/dyp utviklingshemming fikk kommunale helse- og omsorgstjenester. Blant barn med lettere utviklingshemming i samme aldersgruppe var omtrent 7 av 10 tjenestemottakere.

Blant barn og unge med utviklingshemming var mer enn 3 av 4 på konsultasjon hos fastlegen i 2022, mens 1 av 4 var på konsultasjon på legevakten. Det var også en del som hadde tilbud hos fysioterapeut, ridefysioterapeut og logoped. Andelen med konsultasjon hos logoped var omtrent tre ganger så høy blant pasientene med utviklingshemming sammenlignet med habiliteringspasientene totalt.

Barn og unge med utviklingshemming benyttet i stor grad spesialisthelsetjenester. Nesten 9 av 10 hadde én eller flere dag- eller polikliniske kontakter i 2022. De fleste mottok habilitering eller annen oppfølging i somatisk sektor. Det var færre som var i kontakt med psykisk helsevern. En høyere andel av barn med lettere grad av utviklingshemming enn alvorlig/dyp grad av utviklingshemming var i kontakt med psykisk helsevern. Psykiske vansker kan være utfordrende å fange opp hos pasienter med utviklingshemming, og særlig var få diagnostisert med en stemningslidelse.

Bruk av tjenester blant habiliteringspasientene med autismespekterforstyrrelse

I underkant av 12 200 barn og unge hadde i perioden 2018–2022 minst én kontakt med spesialisthelsetjenesten registrert med en diagnose for autismespekterforstyrrelse. Dette tilsvarer 1,1 prosent av befolkningen under 18 år, og andelen var nesten tre ganger så høy blant guttene som blant jentene. Det var relativt store variasjoner mellom helsefellesskapene. Det var mer enn dobbelt så mange pasienter med diagnose for autismespekterforstyrrelse (per innbygger) i Møre og Romsdal sammenlignet med Agder. Variasjonen mellom helsefellesskap gjaldt i størst grad pasienter diagnostisert med Aspergers syndrom eller uspesifisert gjennomgripende utviklingsforstyrrelse.

Totalt mottok 42 prosent av barn og unge med autismespekterforstyrrelse én eller flere kommunale helse- og omsorgstjenester i 2022. Avlastning var tjenesten som flest fikk (25 prosent). Det var også en del som mottok tjenestene støttekontakt og omsorgsstønnd. 11 prosent var registrert med en individuell plan, mens 20 prosent var registrert med en koordinator. Det var relativt store forskjeller etter diagnose. Habiliteringspasientene med barneautisme eller atypisk autisme mottok i større grad helse- og omsorgstjenester, sammenlignet med pasientene med Aspergers syndrom eller uspesifisert autismediagnose.

Halvparten av barn og unge med barneautisme hadde minst én kommunal helse- og omsorgstjeneste i 2022. Det var størst andel tjenestemottakere i helsefellesskapene Agder (66 prosent) og Møre og Romsdal (62 prosent). Dette var rundt 20 prosentpoeng mer enn i helsefellesskapene med lavest andel. Helsefellesskapet med høyest andel tjenestemottakere blant barna med barneautisme, var også helsefellesskapet der høyest andel var diagnostisert med utviklingshemming.

De fleste barn og unge med autismespekterforstyrrelse, til sammen 75 prosent, var på minst én konsultasjon hos fastlegen i 2022. Videre hadde 20 prosent vært på legevakten. Det var litt mindre utbredt å ha vært på konsultasjon hos fysioterapeut eller logoped blant barna med autismespekterforstyrrelse, sammenlignet med habiliteringspasientene totalt.

Barn og unge med autismespekterforstyrrelse som mottok tjenester i spesialisthelsetjenesten hadde i større grad enn øvrige habiliteringspasienter tilbudet sitt i avdelinger under psykisk helsevern og i spesialiserte autismeteam. Omtrent 2 av 3 dag- eller polikliniske kontakter med barneautisme som hoveddiagnose var for eksempel i psykisk helsevern, og dette gjaldt nesten alle kontaktene der Aspergers syndrom var hoveddiagnose. Angstlidelser og andre psykiske lidelser var mer utbredt blant pasientene med autismespekterforstyrrelse enn blant habiliteringspasientene generelt.

Bruk av tjenester blant habiliteringspasientene med cerebral parese

I underkant av 2 300 barn og unge hadde i perioden 2018–2022 minst én kontakt i spesialisthelsetjenesten registrert med diagnosen cerebral parese. Dette utgjør 0,2 prosent av befolkningen under 18 år, og andelen var noe høyere blant guttene enn jentene.

Nesten halvparten av barn og unge med cerebral parese mottok én eller flere kommunale helse- og omsorgstjenester i 2022. De vanligste tjenestene var avlastning, omsorgsstønnd og støttekontakt. CP-pasientene mottok oftere helsetjenester i hjemmet og brukerstyrt personlig assistanse, sammenlignet med habiliteringspasientene totalt. Videre hadde 2 av 10 en individuell plan, mens 3 av 10 hadde en koordinator. Individuell plan og koordinator var ikke like utbredt som blant pasientene med utviklingshemming, selv om andelene var høyere enn for habiliteringspasientene samlet. Det var generelt store forskjeller i mottak av kommunale helse- og omsorgstjenester mellom ulike diagnosegrupper innen cerebral parese.

Nesten 3 av 4 barn og unge med cerebral parese var på én eller flere konsultasjoner hos fastlegen i 2022, og 1 av 4 hadde vært på legevakten. Det var også en fjerdedel som hadde vært på konsultasjon hos fysioterapeut, noe som var en høyere andel enn blant habiliteringspasientene generelt. Det var også mer utbredt med ridedfysioterapi blant pasientene med cerebral parese, og 7 prosent hadde benyttet dette.

De aller fleste, mer enn 9 av 10, hadde én eller flere dag- eller polikliniske kontakter i spesialisthelsetjenesten i 2022. Hovedvekten mottok habilitering, mens 6 av 10 hadde også annen oppfølging i somatisk sektor (dag- eller poliklinikk). Det var mindre omfang av dag- eller polikliniske kontakter innen psykisk helsevern. Sammenlignet med habiliteringspasientene totalt hadde en høyere andel av pasientene med cerebral parese døgnopphold i spesialisthelsetjenesten. Omtrent en tredjedel ble utskrevet fra døgnopphold i 2022.

[1] Nasjonal veileder: [Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator](#).

[2] Aktiviteten regnes som habilitering dersom minst ett av de tre følgende kriteriene er oppfylt:

1. Variabelen episodefag i NPR har kode 233 («Habilitering barn og unge») eller 234 («Habilitering voksne»).
2. Er organisert under en avdeling, seksjon eller enhet for pasienter med habiliteringsbehov, inkludert spesialiserte autismeteam
3. Er kodet med hoved- eller bidiagnose for utviklingshemming, cerebral parese eller autismespekterforstyrrelse.

En person i alderen 0–17 år vil inngå i utvalget av habiliteringspasienter, dersom han eller hun har mottatt spesialisthelsetjenester i løpet av 2018–2022, hvor oppfølgingen møtte et av kriteriene ovenfor.

[3] Dette omfatter tjenester som er registrert i KPR helse og omsorg

[4] Dette omfatter tjenester som er registrert i KPR-KUHR

Innledning

Formålet med habilitering er at den enkelte pasient og bruker, som har eller står i fare for å få begrensninger i sin fysiske, psykiske, kognitive eller sosiale funksjonsevne, skal gis mulighet til å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltagelse i utdanning og arbeidsliv, sosialt og i samfunnet.[8] Barn og unge som mottar habilitering i spesialisthelsetjenesten vil ofte ha behov for omfattende tjenester både i spesialisthelsetjenesten og i kommunene. I tillegg vil mange ha behov for tjenester over lengre tid, og ofte i et livsløpsperspektiv. I Nasjonal helse- og sykehusplan fremheves disse pasientene som en prioritert gruppe med særlig behov for samhandling.[9]

De regionale helseforetakene skal sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted i helseregionen tilbys og gis nødvendig habilitering i spesialisthelsetjenesten både i og utenfor institusjon. God samhandling er viktig både innad i spesialisthelsetjenesten og mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. Dersom barn og unge med behov for habilitering også har behov for tjenester fra andre somatiske avdelinger eller avdelinger innen psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten, skal de ivaretas i avdelingene som har kompetanse på den aktuelle grunnlidelsen, mens habiliteringstjenestene skal bistå ved behov. Videre er det et mål at hovedtyngden av habiliteringen skal skje i kommunen hvor brukeren bor. Ambulante tjenester, som innebærer at spesialisthelsetjenesten reiser til pasientens hjemmemiljø, muliggjør samhandling som kan bidra til bedre oppfølging av pasientene.

Riksrevisjonen har vist at habiliteringstilbudet til barn og unge kan avhenge av hvor i landet man bor, og trekker fram at det er behov for bedre kunnskap om geografiske forskjellene i habiliteringstilbudet.[10] I denne rapporten beskriver vi bruk av tjenester i kommunene og i spesialisthelsetjenesten blant barn og unge i alderen 0–17 år som har fått habilitering[11] i spesialisthelsetjenesten i perioden fra 2018 til og med 2022.[12]

I rapporten beskrives følgende[13]:

- Diagnosesammensetning blant habiliteringspasientene
- Mottak av tjenester i spesialisthelsetjenesten, herunder dag- eller polikliniske kontakter, døgnpasienter og oppholdsdøgn
- Mottak av kommunale helse- og omsorgstjenester, som blant annet avlastning og støttekontakt
- Konsultasjoner hos fastlege, legevakt, fysioterapeut og logoped
- Variasjoner etter kjønn, alder, bistandsbehov og undergrupper av diagnoser
- Variasjoner etter bostedsområde (helsefelleskap) i mottak av kommunale helse- og omsorgstjenester og andel med registrerte diagnoser for utviklingshemming, autismspekterforstyrrelser og cerebral parese

Rapporten viser samlede resultater for alle habiliteringspasientene, samt for pasienter som er diagnostisert med utviklingshemming, autismspekterforstyrrelse og/eller cerebral parese. Disse diagnosene er valgt på grunn av at dette er prioriterte tilstander for henvisning til habiliteringstjenesten[14], og pasientene utgjør store undergrupper av habiliteringsmottakerne.

Opptrappingsplanen[15] for habilitering og rehabilitering viser at habilitering er et prioritert satsingsområde for regjeringen. I evaluering av opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering (2017-2019)[16] pekes det imidlertid på at det er lite som tyder på at feltet er styrket. Evalueringen anbefaler blant annet styrking av registerdata og forskning. En mer enhetlig registrering, som bidrar til bedre datakvalitet og analyser, er en viktig forutsetning for å oppnå god kunnskap om tjenestenes innhold, kvalitet og eventuelt uønsket variasjon i tjenestetilbud.

I 2021 publiserte Riksrevisjonen en undersøkelse av helse- og omsorgstjenester til barn med funksjonsnedsettelse.[17] Rapporten konkluderte med at det «er store forskjeller og utilstrekkelig kapasitet i

helseforetakenes habiliteringstilbud til barn». Det ble vurdert som alvorlig at tjenestene til familier med barn som har funksjonsnedsettelse, avhenger av hvor de bor. Blant anbefalingene i rapporten var at Helse- og omsorgsdepartementet skulle sørge for bedre kunnskap om de geografiske forskjellene i habiliteringstilbudet.

Som en oppfølging av evaluering av opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering, og Riksrevisjonen sin rapport i 2021, publiserte Helsedirektoratet i januar 2023 en rapport som viste habiliteringsaktiviteten i spesialisthelsetjenesten i perioden 2017–2021 for pasienter under 18 år og for voksne.[18] Rapporten viste en vekst i antallet pasienter ved habiliteringsenheter i spesialisthelsetjenesten i femårsperioden, og størst økning for barn og unge.

Helsedirektoratets rapport fra januar 2023 kartla pasienter og aktivitet i habiliteringsenheter i spesialisthelsetjenesten[19] og inkluderte all aktivitet ved disse. I tillegg ble aktivitet registrert med habilitering som fagområde inkludert. Dette resulterte i flere pasienter og mindre geografiske forskjeller enn i Riksrevisjonens rapport[20]. På grunn av regionale forskjeller i organisering var det imidlertid krevende å definere grenseoppgangen for hvilke enheter som ble inkludert. I arbeidet med denne rapporten, samt et parallelt arbeid med å utvikle [statistikkvisninger i dashboard](#), er det gjort ytterligere grep for å gjøre resultater mer sammenlignbare på tvers av bostedsområder. Dette er gjort ved å inkludere all aktivitet i spesialisthelsetjenesten som er kodet med særlig relevante tilstander som hoved- eller bidiagnose, som utviklingshemming, cerebral parese eller autismspekterforstyrrelse.[21] Valg som er tatt i tilknytning til uttrekket av habiliteringspasienter gjør at resultatene i denne rapporten ikke kan sammenlignes direkte med resultater som er presentert i Riksrevisjonens rapport fra 2021, eller Helsedirektoratets rapport fra januar 2023.

For å sikre pasientene gode og likeverdige tjenester i kommunene og spesialisthelsetjenesten, vil det i fortsettelsen være behov for flere analyser og mer forskning. Det er blant annet behov for mer innsikt i hvor lenge barn og unge må vente på tjenester. Videre er ønskelig med mer kunnskap om innhold i tilbudet i kommunene og spesialisthelsetjenesten, og bedre mål på samhandling mellom tjenestenivåene.

[8] [Forskrift om habilitering, rehabilitering og koordinator](#). Forskriften skiller ikke mellom habilitering og rehabilitering i definisjon og beskrivelsen av formålet.

[9] Se [melding til Stortinget](#).

[10] Dokument 3:15 (2020–2021) [Riksrevisjonens undersøkelse av helse- og omsorgstjenester til barn med funksjonsnedsettelser](#)

[11] Se kapittel 2 "Om utvalget" for nærmere definisjon av habiliteringspasienter i denne rapporten.

[12] I [dashboard](#) som er utarbeidet parallelt med rapporten, vises aktivitet i spesialisthelsetjenesten både for voksne og barn.

[13] For barn og unge i alderen 0–17 år som har fått habilitering i spesialisthelsetjenesten i løpet av 2018–2022.

[14] Prioriteringsveileder: [Habilitering av barn og unge i spesialisthelsetjenesten](#)

[15] [Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering 2017-2019](#)

[16] [Evaluering av opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering \(2017-2019\)](#)

[17] Dokument 3:15 (2020–2021) [Riksrevisjonens undersøkelse av helse- og omsorgstjenester til barn med funksjonsnedsettelser](#)

[18] [Habilitering i spesialisthelsetjenesten 2017–2021](#)

[19] Oversikten over habiliteringsenheter i spesialisthelsetjenesten for årene 2017–2021 ble utarbeidet i samarbeid mellom de regionale helseforetakene, helseforetakene og fagavdelingen i Helsedirektoratet.

[20] Riksrevisjonen inkluderte kun aktivitet kodet med fagområde habilitering (episodefag 233/234). Dette vil for eksempel slå veldig ulikt ut på tvers av bostedsområder er for eksempel autismebehandling, som i forskjellig grad skjer i habiliteringsenhetene. Aktiviteten i de spesialiserte autismeenhetene, som Glenne regionale senter for autisme, har eksempelvis psykisk helsevern som episodefag.

[21] Se kapittel 2 " Om utvalget" for nærmere beskrivelse av uttrekket for rapporten.

Metode, databehandling og begreper

Datakilde

Data som omhandler tjenester i spesialisthelsetjenesten er fra Norsk pasientregister (NPR). Offentlig finansierte opphold og konsultasjoner ved private sykehus, avtalespesialister og rehabiliteringsinstitusjoner inngår i NPR, mens privatfinansiert aktivitet er ekskludert. Data som omhandler mottatte kommunale tjenester er hentet fra Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR- helse og omsorg og KPR-KUHR).

I analysen viser vi dag- eller polikliniske kontakter, samt døgnopphold, i spesialisthelsetjenesten innen psykisk helsevern og somatikk. Dette skillet er basert på organisering (hvor aktiviteten finner sted), og i somatisk sektor inkluderes også aktivitet i rehabiliteringsinstitusjoner. Habilitering vil kunne foregå innen både psykisk helsevern og somatisk sektor, og kriteriene for hva som regnes som habilitering i denne rapporten er definert nedenfor.

Om utvalget

Målgruppen for habilitering er personer som har, eller står i fare for å få, begrensninger i sin fysiske, psykiske, kognitive eller sosiale funksjonsevne. Habiliteringsbehovet har sin bakgrunn i funksjonsnedsettelse som skyldes medfødte eller tidlige ervervede tilstander.[22]

Aktiviteten regnes som habilitering dersom minst ett av de tre følgende kriteriene er oppfylt:

1. Variabelen episodefag i NPR har kode 233 («Habilitering barn og unge») eller 234 («Habilitering voksne»).
2. Er organisert under en avdeling, seksjon eller enhet for pasienter med habiliteringsbehov, inkludert spesialiserte autismeteam (se vedlegg 5).
3. Er kodet med hoved- eller bidiagnose for utviklingshemming, cerebral parese eller autismespekterforstyrrelse.

En person i alderen 0–17 år vil inngå i utvalget av habiliteringspasienter, dersom han eller hun har mottatt spesialisthelsetjenester i løpet av 2018–2022, hvor oppfølgingen møtte et av kriteriene ovenfor. Definisjonen inkluderer for eksempel også pasienter med Aspergers syndrom, som utelukkende hadde sin oppfølging i psykisk helsevern for barn og unge. Personer som døde før 2022 er ikke med i utvalget.

Bakgrunnen for det tredje inklusjonskriteriet, er at ulik organisering og koding ellers vanskeliggjør geografisk sammenligning. Et godt eksempel er barneautisme. Totalt var 34 prosent av kontakter med barneautisme som hovedtilstand, kodet med habilitering som episodefag. Det varierte imidlertid mye mellom helseforetakene. Ved tre helseforetak var andelen over 90 prosent, mens den var under 10 prosent ved syv helseforetak.

[22] Nasjonal veileder: [Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator](#)

Regioner og bosted

Et hovedgrep i Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023[24] var å opprette 19 helsefellesskap bestående av helseforetak og kommuner. Helsefellesskapene samsvarer med foretaksområdene, som er området helseforetakene har «sørge for-ansvar» for. Unntaket er Oslo, som er samlet i helsefellesskapsinndelingen, men er fordelt på bydeler for foretaksområdene. Vedlegg 6 gir oversikt over hvilke kommuner som inngår i de ulike helsefellesskapene.

Inndelingen i regioner og helsefellesskap er basert på registrert bostedskommune. Dersom en person er registrert med flere bostedskommuner samme år, blir det siste gyldige registrerte kommunenummer gjeldende. Rapporten viser samlede resultater for kommunene som inngår i ulike regioner og helsefellesskap.

[24] [Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023](#)

Om utviklingshemming, autismespekterforstyrrelse og cerebral parese

I tillegg til å se på mottak av tjenester for habiliteringspasienter samlet, har rapporten også egne resultatkapitler for tre diagnosegrupper: utviklingshemming, autismespekterforstyrrelse og cerebral parese. Dette er prioriterte tilstander for henvisning til habiliteringstjenesten[23], som hver kan belyse ulike utfordringsbilder, for store undergrupper av habiliteringspasienter. Diagnoseinformasjon er hentet fra spesialisthelsetjenesten de siste fem årene. Nedenfor beskrives hvilke ICD-10-koder som inngår i hver diagnosegruppe, og hvordan disse er delt inn i undergrupper. Kriteriet for å plasseres i en av diagnosegruppene er at de må ha mottatt spesialisthelsetjenester i perioden 2018–2022, der de aktuelle diagnosene var registrert som hoved- eller bidiagnose. Samme person vil altså kunne inngå i flere diagnosegrupper.

Psykisk utviklingshemming angis i ICD-10 med kodene F70–F79. Selv om man er kjent med at et barn har utviklingshemming, kan det imidlertid ta lang tid før det endelig får en diagnose som indikerer grad av utviklingshemming (F70–F73) eller en uspesifisert grad (F79). I kapittelet om utviklingshemming, inkluderes derfor også pasienter med en tilstand som medfører utviklingshemming, hvorav den største gruppen er pasienter med Downs syndrom (Q90). Tre andre diagnosegrupper som også ble inkludert var pasienter med Angelmans syndrom (Q93.5), Retts syndrom (F84.2) og «Cri-du-chat»-syndrom (Q93.4). Ved klassifikasjon av grad med utviklingshemming, har vi lagt til grunn den siste registreringen hvor graden var spesifisert.

Kapittelet om autismespekterforstyrrelse, omhandler pasienter som mottok en spesialisthelsetjeneste med ICD-kode F84 (unntatt F84.2, Retts syndrom). Disse utviklingsforstyrrelsene omtales som «gjennomgripende» i ICD-10, men vi benytter i denne rapporten begrepet «autismespekterforstyrrelse» – som er fellesbetegnelsen for disse diagnosegruppene i ICD-11. Ved klassifisering av pasientene i undergrupper ble den siste ASF-diagnosen benyttet. Unntaket var «uspesifisert gjennomgripende utviklingsforstyrrelse», som kun ble tildelt de uten en annen ASF-diagnose.

Cerebral parese har ICD-10-kode G80. Det er tre hovedgrupper av cerebral parese: spastisk (G80.0–G80.2), dyskinetisk (G80.3) og ataktisk (G80.5). Pasientene ble klassifisert med den typen CP som de sist var registrert med. Pasienter ble kun klassifisert med uspesifisert cerebral parese når eneste registrerte CP-kode var G80.9.

[23] Prioriteringsveileder: [Habilitering av barn og unge i spesialisthelsetjenesten](#)

Dag- eller polikliniske kontakter

Som dag- eller polikliniske kontakter regnes all aktivitet som er registrert med omsorgsnivå 2 (dagbehandling) eller 3 (poliklinisk konsultasjon/kontakt). Eksempler på slik aktivitet er oppfølging som utføres ambulant, behandling, utredning, opplæring, video- og telefonkonsultasjoner, indirekte pasientkontakt, osv. I tillegg inkluderes aktivitet med omsorgsnivå 1 (døgnopphold) som har 0 oppholdsdøgn. Alle kontakter både for somatikk og psykisk helsevern telles som unike kontakter, uavhengig om de er på samme dag og/eller innenfor samme hoveddiagnosegruppe (HDG).[26] I rapporten vil denne aktiviteten i spesialisthelsetjenesten omtales som dag- eller polikliniske kontakter, eller dag- eller poliklinisk oppfølging.

[26] I data for somatikk blir kontakter for samme pasient samme dag aggregert til én kontakt dersom de er registrert med hovedtilstand i samme hoveddiagnosegruppe (HDG). I data for psykisk helsevern telles alle kontakter uaggregert. På grunn av denne forskjellen har vi valgt å ta ut data også for somatikk der alle kontakter telles uaggregert, slik at dette blir telt likt for kontakter innen somatikk og psykisk helsevern

Døgnpasienter og oppholdsdøgn

Som døgnopphold regnes opphold i spesialisthelsetjenesten med varighet over døgnskillet. Oppholdsdøgn beregnes fra opphold som avsluttes i hvert registreringsår i data for både somatikk og psykisk helsevern. Opphold med 0 oppholdsdøgn telles ikke som døgnopphold, men er flyttet til dag- eller poliklinisk aktivitet. Gjennomsnittlig oppholdstid per pasient[27] er summen av antall oppholdsdøgn dividert på antall pasienter med døgnopphold. I figurer hvor døgnaktivitet sammenlignes på tvers av aldersgrupper, er opphold hos friske nyfødte (DRG 390) ekskludert.

Barn med behov for habiliteringstjenester har sjelden behov for døgnbaserte tjenester for sin habilitering alene. Mange vil kunne ha tilleggsplager som vil kreve døgnopphold, som følge av relativt vanlige tilleggsvansker. Det kan skyldes forhold knyttet til epilepsi, ortopediske inngrep, øre-nese-hals-behandlinger, dype lungeinfeksjoner eller tarmplager. De vil da kunne ha f.eks. diagnosen utviklingshemming eller cerebral parese som bidiagnose ved døgnoppholdet.

[27] Fordi det tas utgangspunkt i år for utskrivning, vil man for eksempel ikke bli inkludert som en døgnpasient i 2022 dersom man ble innlagt i 2022, men utskrevet i 2023. Gjennomsnittlig oppholdstid hos en døgnpasient i 2022 vil være totalt antall oppholdsdøgn med utskrivningsdato i 2022. Hos en pasient med flere innleggelser i 2022 vil antall døgn være summert sammen, og om en pasient eksempelvis ble innlagt i 2021 og skrevet ut i 2022, medregnes også 2021-døgnene.

Kommunale helse- og omsorgstjenester (KPR helse og omsorg)

KPR helse og omsorg er data om helse- og omsorgstjenestene i kommunene som rapporteres til Kommunalt pasient- og brukerregister. Kommunene rapporterer informasjon om brukere og tjenestene de har mottatt. Kommunene kan yte tjenester gjennom hele livsløpet til personer i dette utvalget. Eksempler på slike tjenester er støttekontakt, praktisk bistand, helsetjenester, samt omsorgslønn og avlastning som støtte til pårørende. Disse tjenestene rapporteres til KPR.

Registreringene av mottatte tjenester i KPR helse og omsorg er i noen tilfeller beheftet med feilkilder. For å minske risikoen for å inkludere feilregistreringer er følgende krav benyttet for å regne registreringene innenfor et registreringsår som gyldige: Fra-dato for oppstart av tjenesten må være før eller lik til-datoen. Videre må fra-datoen være i perioden fra og med året pasienten ble født til og med 31.12. i registreringsåret. Til-datoen må være i perioden fra og med 01.01. i registreringsåret og frem i tid.

I rapporten fokuserer vi på bruk av følgende tjenester for habiliteringspasientene:

- Avlastning, hvor avlastning i og utenfor institusjon ses samlet.
- Omsorgsstønad
- Brukerstyrt personlig assistanse (BPA)
- Praktisk bistand (ekskl. BPA), som omfatter «Praktisk bistand - daglige gjøremål» og «Praktisk bistand - opplæring - daglige gjøremål», men ikke «Praktisk bistand - brukerstyrt personlig assistanse». Med andre ord er dette praktisk bistand ikke organisert som BPA.
- Støttekontakt
- Helsetjenester i hjemmet, som er alle former for planlagte kommunale helsetjenester som ytes hjemme hos pasienten eller med utgangspunkt i pasientens hjem. Eksempler på helsetjenester som kan ytes i hjemmet er hjemmesykepleie, ergoterapi og fysioterapi.

I tillegg viser vi andelen tjenestemottakere totalt. I denne beregningen inkluderes samtlige tjenester registrert i KPR helse og omsorg, også tjenester som ikke inngår i listen ovenfor.

Det er viktig å være oppmerksom på at resultater som viser konsultasjoner hos fysioterapeut i rapporten kun omfatter fysioterapeuter som mottar refusjon fra Helfo, og er med i datagrunnlag for KPR-KUHR. Tjenester fra fysioterapeuter som kommunen betaler for skal rapporteres til KPR helse og omsorg, men da innunder kategorien helsetjenester i hjemmet. Dette kan derfor ikke skilles ut som egen tjeneste. I tillegg vil organisering i kommunen påvirke om kommunalt finansiert fysioterapi blir rapportert til KPR helse og omsorg. Dersom dette er organisert under helsestasjon vil tjenesten sannsynligvis ikke bli rapportert til KPR helse og omsorg.

Rapporten viser også andelen som er registrert med individuell plan og som har oppnevnt en koordinator. [28] Individuell plan er en rettighet tjenestemottakere med behov for langvarige og koordinerte tjenester har, for å sikre et koordinert tjenestetilbud. For pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester, skal kommunene tilby koordinator. Koordinatoren skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient eller bruker, samt sikre samordning av tjenestetilbudet og fremdrift i arbeidet med individuell plan.[29]

Bistandsbehov

KPR inneholder opplysninger om 20 funksjonsvariabler, som er basert på internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse (ICF). Hver funksjonsvariabel skåres fra 1 til 5, etter følgende skala:

- 1: Utgjør ingen problem/utfordring
- 2: Ikke behov for bistand/assistanse/helsehjelp
- 3: Middels behov for bistand/assistanse/helsehjelp
- 4: Store behov for bistand/assistanse/helsehjelp
- 5: Fullt behov for bistand/assistanse/helsehjelp
- 9: Ikke relevant

En skår på 1 indikerer ingen utfordring. Ved en skår på 2 foreligger det utfordringer, men ikke behov for personbistand, mens 3–5 indikerer fra middels (3) til fullt (5) behov for bistand/assistanse/helsehjelp. Hos barn gjøres vurderingen ved sammenligning mot forventet aldersadekvat utvikling. Når et barns funksjon er

som forventet for alderen, gis det en skår på 1. En funksjonsvariabel kan også skåres som ikke relevant (9).

I 2010 ble det utarbeidet et samlemål som kategoriserer bistandsbehov i tre grupper basert på femten av disse: noe/avgrenset behov for bistand, middels til stort behov for bistand og omfattende behov for bistand. Samlemålet[30] er et uveid gjennomsnitt av fem delmål: sosial fungering, kognitiv svikt, ivareta egen helse, husholdsfunksjoner og egenomsorg. Hvert delmål er et gjennomsnitt av de funksjonsvariablene som inngår. Når samlemålet har en beregnet verdi mindre eller lik 2, defineres bistandsbehovet som lite/avgrenset. Verdier større enn 2 og mindre eller lik 3 tilsvarer et middels/stort bistandsbehov. Verdier høyere enn 3 kategoriseres som omfattende bistandsbehov.

Ved klassifisering av en pasients bistandsbehov i rapporten, er det gjort ut fra siste funksjonsvurdering per 31.12.22. Der hvor det ikke foreligger en registrert funksjonsvurdering i KPR, omtaler vi bistandsbehovet som «uspesifisert». For å sikre høy kvalitet på vurderingen av bistandsbehov, har vi kun inkludert funksjonsvurderinger hvor et flertall av funksjonsvariablene var tildelt en skår fra 1 til 5.

Beregning av antall tjenestetimer per uke

Beregning av timebruk for ulike kommunale helse- og omsorgstjenester er gjort med utgangspunkt i gjeldende vedtak per 31.12 i det aktuelle året. Vedtak som var ført med 0 timer per uke ble ekskludert. I tilfeller hvor personen var registrert med flere vedtak for en gitt tjeneste, var beregningen avhengig av tjenestetype. Ved omsorgsstønning og støttekontakt ble høyeste verdi benyttet. For avlastning[31] og brukerstyrt personlig assistanse, ble høyeste verdi for ulike tjenesteutførende enheter summert opp. Ved helsetjenester i hjemmet og praktisk bistand ble det totale timeantallet for alle vedtakene benyttet. Når antall timer per uke for en tjeneste ble beregnet som høyere enn 168, ble de aktuelle vedtakene ekskludert.

[28] Informasjon om hvorvidt pasientene har individuell plan og koordinator, hentes i rapporten fra KPR-variablene «poIndPlan» og «poHarKoordinator». Man er telt som mottaker av individuell plan i et gitt år dersom «poIndPlan» har verdi 1 eller 101, og for å ha koordinator dersom «poHarKoordinator» har verdi 1 eller 11. To verdier for hver av variablene er godtatt, ettersom det for begge er rapportert verdier etter to ulike kodeverk.

[29] Nasjonal veileder: [Registrering av helse- og omsorgsdata i kommunen](#)

[30] Se [detaljer i nasjonal veileder for registrering av helse- og omsorgsdata i kommunen](#).

[31] Antall timer ble først beregnet for de to tjenestetypene avlastning i og utenfor institusjon hver for seg, og deretter summert.

KPR-KUHR

Kontroll og utbetaling av helserefusjoner, KUHR, er et system som håndterer refusjonskrav fra behandlere og helseinstitusjoner til staten (HELFO). Med behandlere menes fastleger, legevakt, fysioterapi med mer. KUHR inneholder informasjon om blant annet behandler, pasient, takster og egenandeler.

Konsultasjon hos fastlege, legevakt, fysioterapeut og logoped

I rapporten undersøker vi bruken av fastlege, legevakt, fysioterapeut (privat og kommunal), logoped og ridefysioterapi. Til dette benyttes KUHR-data fra KPR, som inneholder data om helserefusjonskrav sendt til

Helfo. Ulik oppfølging kodes med forskjellige takstkoder. Som konsultasjon hos fastlege/legevakt regnes fysiske konsultasjoner, e-konsultasjoner, samtaleterapi og sykebesøk. Konsultasjon hos fysioterapeut/logoped omfatter krav kodet som undersøkelse, behandling individuelt eller i gruppe og videokonsultasjoner.

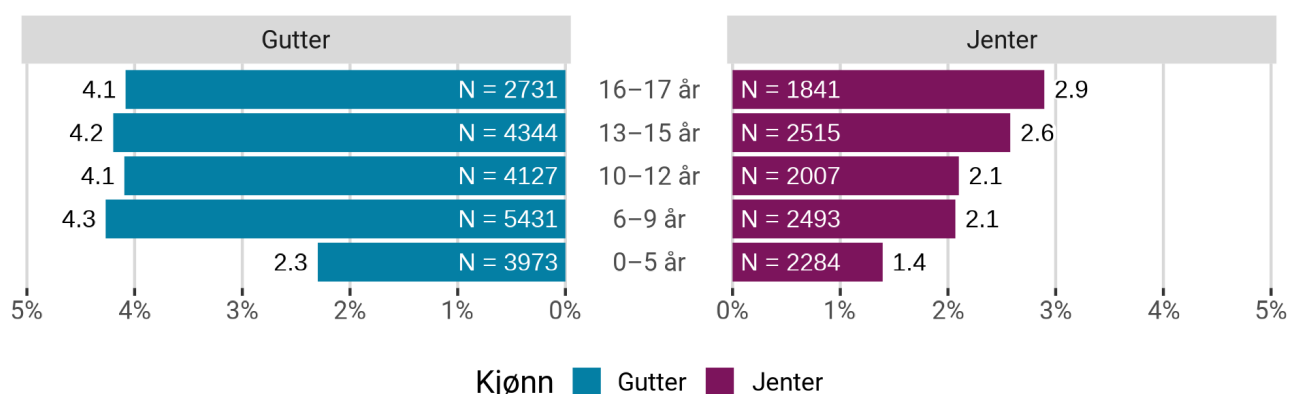
Tabell 2.1: Definisjon av konsultasjon etter tjenestetype.

Tjeneste	Regning med minst én av de følgende takster:
Fastlege og legevakt	2ad, 2ed, 2ak, 2fk, 615, 2ae, 2aek, 2af, 11ad, 11ak
Fysioterapi	A1a, A1d, A3a, A8a, A9a, B0a, B0d, B1a, B2b, B3a, C33a, C34a
Ridefysioterapi	T99
Logoped	A1a, A2a, A3a, A4a, A7a

Beskrivelse av utvalget

Totalt 31 746 barn i alderen 0–17 år fikk habilitering i spesialisthelsetjenesten slik det er definert i denne rapporten[32] i løpet av 2018–2022. Dette tilsvarer 2,9 prosent av barna i denne aldersgruppen i befolkningen. Figur 3.1 viser andelen av befolkningen fordelt på kjønn og alder. I alle aldersgruppene var det en høyere andel av guttene enn jentene som hadde fått habilitering i spesialisthelsetjenesten. Blant guttene varierte andelen mellom 4,1 og 4,3 prosent i aldersgruppene over fem år. Dette gjaldt mellom 2,1 og 2,9 prosent av jentene innenfor samme aldersgrupper. Blant jentene økte andelen etter alderen, og var høyest blant 16- og 17-åringene. Det var ikke tilsvarende mønster for guttene.

Andelen habiliteringspasienter av befolkningen blant både guttene og jentene var lavest i aldersgruppen 0–5 år. Dette kan ses i sammenheng med at mange av de yngste barna ikke har vært i live hele femårsperioden, og dermed har hatt et kortere tidsrom å kunne motta habilitering i.



Figur 3.1: Andel habiliteringspasienter av befolkningen, skilt på kjønn og alder. Prosent.

Tabell 3.1 viser andelen av habiliteringspasientene som har mottatt spesialisthelsetjenester med ulike diagnoser som hoved- eller bidiagnose løpet av femårsperioden. De vanligste diagnosene var autismespekterforstyrrelse, utviklingshemming og ADHD. Av psykiske lidelser var angstlidelser, samt atferdsforstyrrelser og emosjonelle lidelser, mest utbredt.

Tabell 3.1: Andel av habiliteringspasientene som har mottatt spesialisthelsetjenester med ulike diagnoser som hoved- eller bidiagnose i løpet av femårsperioden.

Diagnosegruppe	ICD-10	0–5 år	6–9 år	10–12 år	13–15 år	16–17 år
Utviklingshemming	F70–F79, F84.2, Q90, Q93.4, Q93.5	12,6	17,5	21,7	22,5	22,7
Lett	F70	0,3	4,8	8,8	10,5	10,4
Moderat	F71	0,4	2,8	4,7	4,5	5,4
Alvorlig/dyp	F72–F73	0,3	2,3	3,2	3,5	3,6
Annen/uspesifisert		11,5	7,6	5,0	4,0	3,3
Autismespekterforstyrrelse	F84 (ekskl. F84.2)	29,6	36,2	37,6	44,1	46,2
Barneautisme	F84.0	23,7	24,3	14,5	11,3	9,7
Atypisk autisme	F84.1	1,2	3,4	3,0	4,0	4,1
Aspergers syndrom	F84.5	0,2	4,1	13,4	21,5	24,9

Uspesifisert gjennomgripende utviklingsforstyrrelse	F84.9	4,1	4,2	6,0	6,8	7,0
Cerebral parese	G80	6,0	6,5	7,4	7,7	8,5
Spastisk kvadriplegisk	G80.0	0,4	0,7	1,0	0,9	1,4
Spastisk diplegisk	G80.1	1,2	2,0	2,6	2,3	3,0
Spastisk hemiplegisk	G80.2	2,9	2,7	2,7	3,3	2,9
Dyskinetisk	G80.3	0,6	0,5	0,3	0,5	0,8
Ataktisk	G80.4	0,2	0,2	0,4	0,4	0,3
Medfødte misdannelser i nervesystemet	Q00-Q07	4,6	2,7	2,9	2,9	2,3
Downs syndrom	Q90	7,3	4,1	4,1	3,7	3,4
Angelmans syndrom	Q90.5	2,0	1,6	1,3	1,3	0,9
Epilepsi	G40	8,8	9,8	12,2	11,2	11,2
Søvnforstyrrelse	G47	9,0	7,3	5,0	4,0	3,7
Spesifikk utviklingsforstyrrelse av tale og språk	F80	5,1	10,4	5,4	3,5	2,5
Spesifikk utviklingsforstyrrelse av skoleferdigheter	F81	0,1	2,3	5,8	6,4	5,8
Spesifikk utviklingsforstyrrelse av motoriske ferdigheter	F82	1,5	1,3	2,2	1,6	1,1
Blandet utviklingsforstyrrelse i spesifikke ferdigheter	F83	1,6	5,3	7,3	5,6	5,0
Hyperkinetiske forstyrrelser (ADHD)	F90	0,9	11,5	24,1	27,4	25,4
Psykiske lidelser:						
Psykoselidelser	F20–F29	0,0	0,1	0,0	0,6	1,4
Stemningslidelser	F30–F39	0,0	0,0	0,5	3,2	7,6
Angstlidelser	F40–F48	0,9	3,3	7,1	13,2	19,2
Atferdsforstyrrelser og emosjonelle lidelser	F91–F98	4,2	11,6	18,7	20,5	17,3
Pasienter totalt (N)		6257	7924	6134	6859	4572

Det var relativt store forskjeller etter alder, men autismespekterforstyrrelse var den vanligste diagnosen i alle aldersgruppene. Blant barna i alderen 0–5 år hadde om lag 3 av 10 mottatt spesialisthelsetjenester der autismespekterforstyrrelse var diagnose, og dette gjaldt nesten halvparten av barna i eldste aldersgruppe (16–17 år). Det var en nedgang etter alder i andelen med barneautisme som diagnose, mens andelen med Aspergers syndrom økte etter alderen.

Rundt 22 prosent av barna i alderen 10 år eller eldre hadde hatt kontakt med spesialisthelsetjenesten der utviklingshemming var registrert som hoved- eller bidiagnose. Dette gjaldt 13 prosent av barna i alderen 0–5 år, noe som kan ses i sammenheng med at det er sjeldent barn under 5 år blir diagnostisert med psykisk utviklingshemming.

Andelen med cerebral parese varierte fra 6 prosent blant barna i alderen 0–5 år til 8,5 prosent blant 16- og 17-åringene. Om lag 10 prosent av barna i de ulike aldersgruppene fikk epilepsi registrert som hoved- eller

bidiagnose ved kontakt med spesialisthelsetjenesten i løpet av femårsperioden. Blant de yngste var det også 9 prosent som var registrert med diagnosen søvnforstyrrelser, mens dette i mindre grad gjaldt for barna i eldre aldersgrupper.

ADHD var registrert som diagnose for totalt 26 prosent av barna i alderen 10–17 år, men var lite utbredt blant de yngste. Andelen med registrert diagnose for angstlidelser eller atferdsforstyrrelser og emosjonelle lidelser økte også etter alderen. Blant 16- og 17-åringene gjaldt dette henholdsvis 19 og 17 prosent.

Kapittel 5 ser nærmere på sammenhengen mellom hvilke kommunale helse- og omsorgstjenester pasientene mottar, og hvilket bistandsbehov de er registrert med i kommunen. Tabell 3.2 viser fordeling av bistandsbehov etter aldersgruppe. I alderen 0–5 år var bistandsbehovet kun klassifisert hos 13,6 prosent. Denne andelen økte gradvis med alderen, og var 44 prosent i aldersgruppen 16–17 år. Nær halvparten av pasientene under 10 år med et klassifisert bistandsbehov hadde et omfattende behov for bistand. Hos pasientene mellom 10–17 år, hvor flere var funksjonsvurdert, var det vanligst å ha middels/stort behov for bistand ved klassifisering.

Tabell 3.2: Fordeling av siste registrerte bistandsbehov hos habiliteringspasientene etter aldersgruppe.

Bistandsbehov	0–5 år	6–9 år	10–12 år	13–15 år	16–17 år
Uspesifisert	86,4	73,6	64,8	60,1	56,0
Lite/avgrenset	3,7	5,9	8,1	9,7	11,8
Middels/stort	3,4	8,6	13,7	17,0	18,8
Omfattende	6,4	12,0	13,5	13,1	13,5
Pasienter totalt (N)	6257	7924	6134	6859	4572

[32] Se kapittel 2 "Om utvalget" for nærmere beskrivelse av utvalget av habiliteringspasienter og hva som inngår.

Tjenester i spesialisthelsetjenesten

Dette kapittelet viser bruk av spesialisthelsetjenester blant barn og unge som mottok habilitering[33] i spesialisthelsetjenesten i perioden fra 2018 til 2022. Analysen har to hoveddeler: den første ser nærmere på dag- eller polikliniske kontakter, mens den siste omhandler døgnpasienter og antall oppholdsdøgn blant disse pasientene. Hensikten har vært å undersøke og få fram helheten i mottatte tjenester blant disse pasientene, både habilitering og annen helseoppfølging som ikke er habilitering. Dag- eller polikliniske kontakter og døgnopphold i somatisk sektor eller psykisk helsevern som ikke er klassifisert som habilitering, omtales som "ekskl. habilitering" i teksten.

Resultatene må tolkes med bakgrunn i at alle i dette utvalget av habiliteringspasienter hadde minst én kontakt i spesialisthelsetjenesten klassifisert som habilitering i perioden 2018–2022. Deres bruk av spesialisthelsetjenester i 2022 vil dermed ikke være representativ for alle barn og unge med habiliteringsbehov, men være høyere – særlig når det gjelder habilitering.

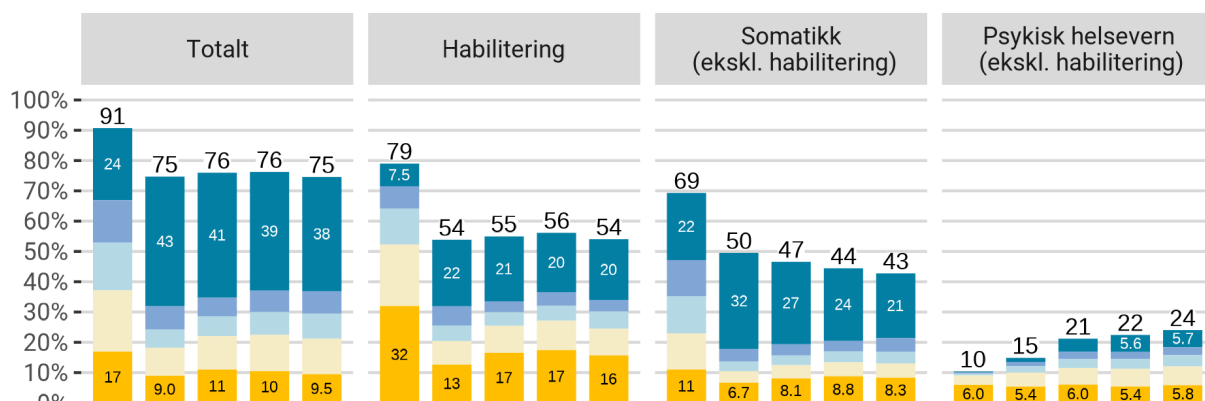
[33] Aktiviteten regnes som habilitering dersom minst ett av de tre følgende kriteriene er oppfylt:

1. Variabelen episodefag i NPR har kode 233 («Habilitering barn og unge») eller 234 («Habilitering voksne»).
2. Er organisert under en avdeling, seksjon eller enhet for pasienter med habiliteringsbehov, inkludert spesialiserte autistmeteam
3. Er kodet med hoved- eller bidiagnose for utviklingshemming, cerebral parese eller autismespekterforstyrrelse.

En person i alderen 0–17 år vil inngå i utvalget av habiliteringspasienter, dersom han eller hun har mottatt spesialisthelsetjenester i løpet av 2018–2022, hvor oppfølgingen møtte et av kriteriene ovenfor.

Dag- eller poliklinisk kontakt

Totalt hadde rundt 24 900 av habiliteringspasientene én eller flere dag- eller polikliniske kontakter i spesialisthelsetjenesten i 2022, noe som tilsvarer 78 prosent. Blant barna mellom 6 og 17 år var andelen litt lavere (75 prosent), mens den var vesentlig høyere for aldersgruppen 0-5 år (91 prosent). Det har sammenheng med hvordan utvalget er trukket. For eksempel vil en pasient som ble født i 2022 og kom med i utvalget, nødvendigvis ha hatt minst én habiliteringskontakt i 2022. Figur 4.1 sier også noe om graden av kontinuitet i tilbudet, og rundt 4 av 10 av barna som var 6 år eller eldre hadde én eller flere dag- eller polikliniske kontakter alle årene i femårsperioden.





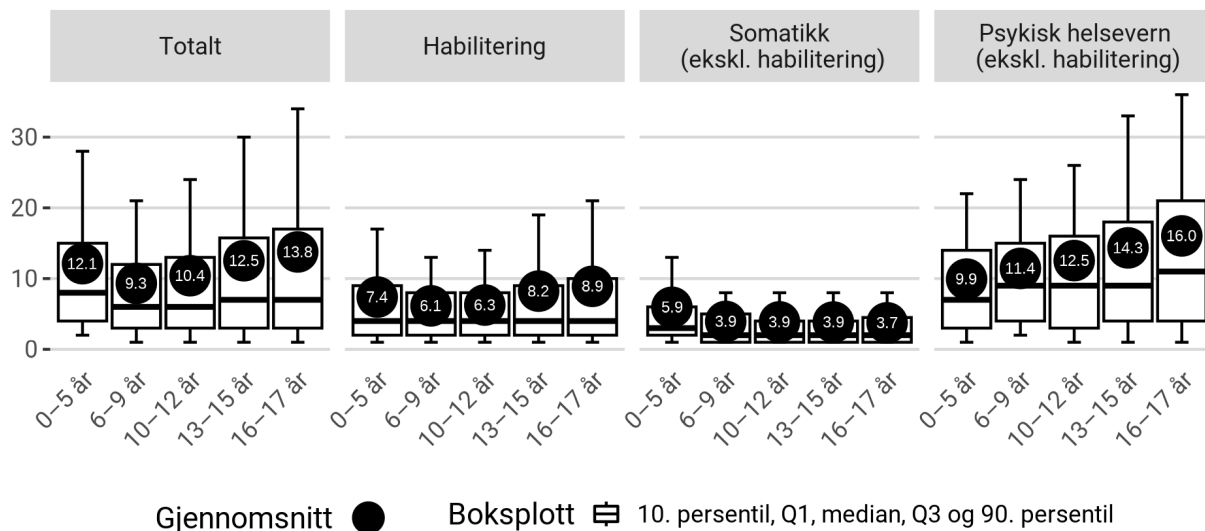
Figur 4.1: Andel med én eller flere dag- eller polikliniske kontakter i spesialisthelsetjenesten i 2022 (totaltall for søylene), samt andel med én eller flere dag- eller polikliniske kontakter alle årene i hele perioden eller fra oppgitt år og til og med 2022.

Til sammen fikk 60 prosent dag- eller poliklinisk habilitering i spesialisthelsetjenesten i 2022. Denne andelen var 79 prosent blant de i alderen 0–5 år og rundt 55 prosent i øvrige aldersgrupper. Om lag 20 prosent av barna i alderen 6 år og eldre hadde mottatt dag- eller poliklinisk habilitering alle årene i perioden.

Dag- eller poliklinisk oppfølging i somatisk sektor, ikke kategorisert som habilitering, ble i 2022 gitt til totalt 51 prosent av barna. I yngste aldersgruppe hadde 69 prosent mottatt dette. I øvrige aldersgrupper varierte andelen mellom 43 og 50 prosent, og var lavest blant de eldste. Blant 6–9-åringene finner vi den høyeste andelen som hadde én eller flere dag- eller polikliniske kontakter i somatisk sektor (ekskl. habilitering) alle årene i perioden (32 prosent).

Totalt 18 prosent mottok dag- eller poliklinisk oppfølging i psykisk helsevern, ikke kategorisert som habilitering, i 2022. Denne andelen økte etter alder. Blant 16- og 17-åringene hadde 24 prosent én eller flere dag- eller polikliniske kontakter i psykisk helsevern (ekskl. habilitering) i 2022, og 6 prosent hadde dette alle årene i femårsperioden.

Figur 4.2 viser fordelingen av antall dag- eller polikliniske kontakter i spesialisthelsetjenesten per dag- eller polikliniske pasient. Primært vil vi omtale gjennomsnittlig antall kontakter per pasient (sort sirkel og hvit tekst), men mer detaljer ved fordelingen er illustrert i boksplott[34].



Figur 4.2: Antall dag- eller polikliniske kontakter i 2022 per dag- eller polikliniske pasient.

Det var barna i alderen 16–17 år som totalt hadde høyest antall kontakter per pasient (13,8), mens tilsvarende tall for øvrige aldersgrupper varierte mellom 9,3 og 12,5. Det var også eldste aldersgruppe som hadde høyest antall kontakter per pasient når det gjaldt habilitering (8,9). Lavest antall var blant barna i alderen 6–12 år (6,1). Antall kontakter per pasient i somatisk sektor (ekskl. habilitering) var synkende etter

alder, fra 5,9 blant 0–5 åringene til 3,7 blant 16- og 17- åringene. Innen psykisk helsevern (ekskl. habilitering) var antall kontakter per pasient høyest blant de eldste barna (16,0). Tilsvarende tall for barna i yngste aldersgruppe var 9,9.

Tabell 4.1 viser andel av kontaktene i spesialisthelsetjenesten i 2022 etter ICD-10-kapittel for hoveddiagnose fordelt på somatisk sektor og psykisk helsevern. Aktiviteten i habiliteringsavdelinger og -seksjoner vil oftest være organisert innunder somatisk sektor.

Tabell 4.1: Andel av dag- eller polikliniske kontakter etter hoveddiagnose som var i somatisk sektor eller psykisk helsevern i 2022

ICD-10-kapittel/diagnosegruppe	ICD-koder	Andel somatisk sektor (%)	Andel psykisk helsevern (%)	Kontakter (N)
Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser	F00–F99	20	80	142022
Psykisk utviklingshemming	F70–F79	87	13	9478
Spesifikke utviklingsforstyrrelser av tale og språk	F80	99	1	748
Spesifikke utviklingsforstyrrelser av skoleferdigheter, lærevansker	F81	94	6	791
Spesifikke utviklingsforstyrrelse i motoriske ferdigheter	F82	92	8	157
Blandet utviklingsforstyrrelse i spesifikke ferdigheter	F83	97	3	1201
Gjennomgripende utviklingsforstyrrelser	F84	20	80	73193
Barneautisme	F84.0	35	65	29271
Atypisk autisme	F84.1	22	78	4639
Aspergers syndrom	F84.5	5	95	29531
Uspesifisert gjennomgripende utviklingsforstyrrelse	F84.9	15	85	9090
Hyperkinetiske forstyrrelser (ADHD)	F90	6	94	21718
Symptomer, tegn, unormale kliniske funn og laboratoriefunn, ikke klassifisert annet sted	R00–R99	37	63	67831
Forsinket oppnåelse av utviklingsmilepæl	R62.0	100	0	6202
Sykdommer i nervesystemet	G00–G99	100	0	26857
Epilepsi	G40	100	0	6883
Cerebral parese	G80	99	1	11515
Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten	Z00–Z99	86	14	19401
Medfødte misdannelser, deformiteter og kromosomavvik	Q00–Q99	99	1	17619
Medfødte misdannelser i nervesystemet	Q00–Q07	100	0	1954
Downs syndrom	Q90	97	3	3039
Angelmans syndrom	Q93.5	96	4	615
Endokrine sykdommer, ernæringssykdommer og metabolske forstyrrelser	E00–E90	100	0	7303

Sykdommer i øyet og øyets omgivelser	H00–H59	100	0	6356
Svulster	C00–D48	100	0	4680
Sykdommer i øre og ørebensknute (processus mastoideus)	H60–H95	100	0	4472
Skader, forgiftninger og visse andre	S00–T98	100	0	4328
Sykdommer i fordøyelsessystemet	K00–K93	100	0	4132
Sykdommer i åndedrettssystemet	J00–J99	100	0	3514
Sykdommer i muskel-skjelettsystemet og bindevev	M00–M99	100	0	3368
Andre eller ingen utskrivningsdiagnose		76	24	9680
Totalt		50	50	321563

Hoveddiagnoser innenfor kapittel F – psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser – var mest utbredt (44 prosent). Et flertall av disse kontaktene var knyttet til ulike nevroutviklingsforstyrrelser, med en gjennomgripende utviklingsforstyrrelse (ASF) som vanligste hoveddiagnose (23 prosent av alle kontakter), deretter ADHD (7 prosent) og psykisk utviklingshemming (3 prosent).

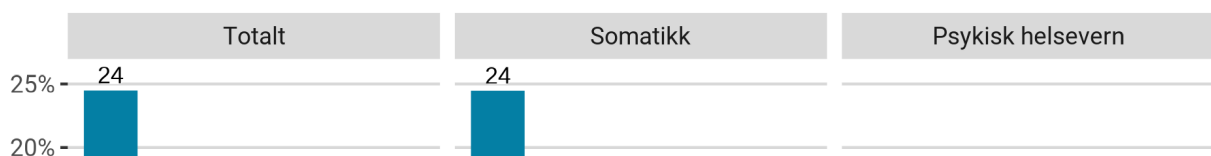
Symptomdiagnoser fra R-kapittelet – som gjerne benyttes under utredning – var også utbredt, og var hoveddiagnose ved 21 prosent av kontaktene. Kontakter relatert til sykdommer i nervesystemet var tredje vanligst, og utgjorde 8 prosent. Kapittelet dekker blant annet cerebral parese (4 prosent) og epilepsi (2 prosent). 6 prosent av kontaktene hadde en kontaktårsakskode (Z-kode) som hoveddiagnose. Medfødte misdannelser, deformiteter og kromosomavvik (kapittel Q) var hoveddiagnose ved 5 prosent av kontaktene totalt.

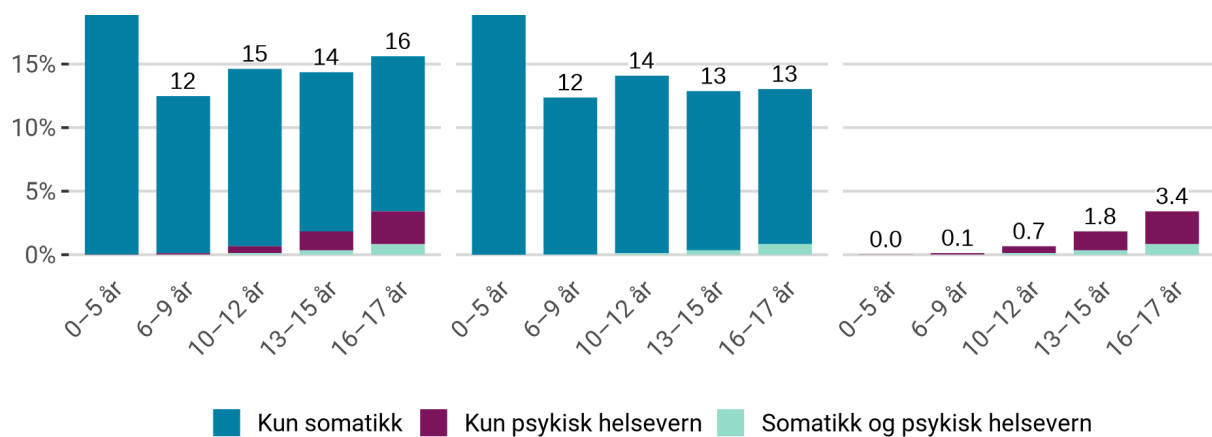
Totalt var halvparten av kontaktene i spesialisthelsetjenesten innen somatisk sektor og halvparten innen psykisk helsevern. Dette varierte naturlig nok mellom diagnosegruppene. Omtrent alle kontakter med cerebral parese som hoveddiagnose var innen somatikk. Innenfor diagnosegruppen psykisk utviklingshemming var 87 prosent av kontaktene i somatisk sektor. Ved autismspekterforstyrrelser ble derimot flertallet av kontaktene gjennomført i psykisk helsevern. Innslaget av kontakter i somatisk sektor var imidlertid høyere ved barneautisme (35 prosent) og atypisk autisme (22 prosent) enn Aspergers syndrom (5 prosent).

[34] «Boksen» tegnes med utgangspunkt i den 25. (nedre kvartil) og 75. persentilen (øvre kvartil), og den tykke linjen som deler den i to er medianen. Den 25. persentilen er den verdien 25 prosent av observasjonene er mindre eller lik. Endepunktene går fra den 10. til 90. persentilen. Differansen mellom den 25. og den 75. persentilen omtales om interkvartilbredden, og dekker halvparten (eller litt flere) av observasjonene.

Døgnpasienter og oppholdsøgn

Figur 4.3 viser andelen som ble utskrevet fra døgnopphold i somatisk sektor, døgnopphold innen psykisk helsevern eller begge deler i spesialisthelsetjenesten i 2022. Totalt ble 16 prosent av habiliteringspasientene utskrevet fra døgnopphold i spesialisthelsetjenesten i 2022.

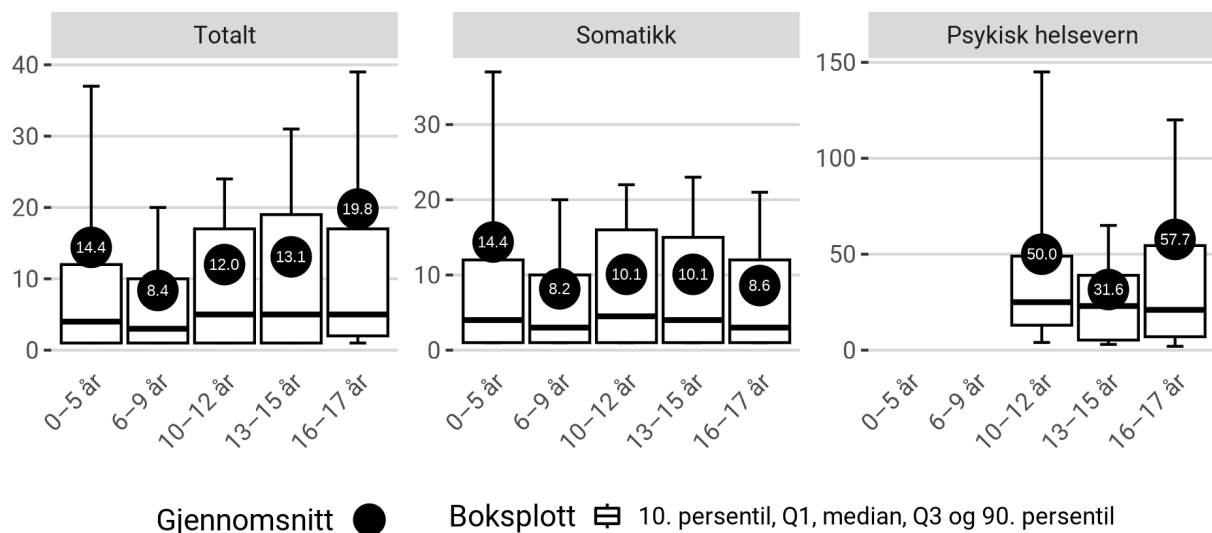




Figur 4.3: Andel av habiliteringspasientene som ble utskrevet fra døgnoophold innen somatisk sektor, psykisk helsevern eller begge deler i 2022.

Blant barna i alderen 0–5 år ble 24 prosent utskrevet fra døgnoophold i somatisk sektor. I øvrige aldersgrupper gjaldt dette mellom 12 og 14 prosent. Omtrent ingen av barna under 10 år ble utskrevet fra døgnoophold innen psykisk helsevern i 2022, men andelen økte etter alder. Blant 16- og 17-åringene hadde totalt 3,4 prosent døgnoophold innen psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten i 2022.

Figur 4.4 viser gjennomsnittlig antall oppholdsdøgn per døgnpasient som ble utskrevet i 2022. Antall oppholdsdøgn per pasient var høyest blant de eldste (19,8 døgn). Dette skyldes mange oppholdsdøgn blant pasientene hadde hatt døgnoophold innen psykisk helsevern (57,7 døgn). Barna i alderen 6–9 år hadde i gjennomsnitt færrest oppholdsdøgn per pasient. For døgnoophold i somatisk sektor var det 0–5-åringene som hadde flest oppholdsdøgn i gjennomsnitt (14,4), mens dette varierte mellom 8 og 10 døgn blant øvrige.



Figur 4.4: Antall oppholdsdøgn i spesialisthelsetjenesten i 2022 per pasient som ble utskrevet fra døgnoophold, etter aldersgruppe

Tabell 4.2: Andel av oppholdsdøgn etter hoveddiagnose som var i somatisk sektor eller psykisk helsevern i 2022.

Hovedkapittel i ICD-10/diagnosegruppe	ICD-10-koder	Andel somatisk sektor (%)	Andel psykisk helsevern (%)	Døgn (N)
Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser	F00–F99	13	87	23370

Psykisk utviklingshemming	F70–F79	64	36	1743
Gjennomgripende utviklingsforstyrrelser	F84	9	91	8566
Barneautisme	F84.0	21	79	1794
Atypisk autisme	F84.1	41	59	313
Aspergers syndrom	F84.5	4	96	4616
Uspesifisert gjennomgripende utviklingsforstyrrelse	F84.9	4	96	1791
Hyperkinetiske forstyrrelser (ADHD)	F90	15	85	1477
Sykdommer i nervesystemet	G00–G99	100	0	13459
Epilepsi	G40	100	0	5456
Cerebral parese	G80	100	0	3385
Medfødte misdannelser, deformiteter og kromosomavvik	Q00–Q99	96	4	9006
Medfødte misdannelser i nervesystemet	Q00–Q07	100	0	831
Downs syndrom	Q90	100	0	1816
Angelmans syndrom	Q93.5	100	0	127
Visse tilstander som oppstår i perinatalperioden	P00–P96	100	0	6090
Sykdommer i åndedrettssystemet	J00–J99	100	0	5166
Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten	Z00–Z99	98	2	4230
Svulster	C00–D48	100	0	3444
Symptomer, tegn, unormale kliniske funn og laboratoriefunn, ikke klassifisert annet sted	R00–R99	89	11	2601
Forsinket oppnåelse av utviklingsmilepæl	R62.0	100	0	215
Skader, forgiftninger og visse andre	S00–T98	100	0	2326
Endokrine sykdommer, ernæringssykdommer og metabolske forstyrrelser	E00–E90	100	0	2286
Sykdommer i muskel-skjelettsystemet og bindevev	M00–M99	100	0	1908
Sykdommer i fordøyelsessystemet	K00–K93	100	0	1863
Sykdommer i sirkulasjonssystemet	I00–I99	100	0	1210
Sykdommer i urin- og kjønnsorganer	N00–N99	100	0	1071
Visse infeksjonssykdommer og parasittsykdommer	A00–B99	100	0	979
Andre eller ingen utskrivningsdiagnose		63	37	2820
Totalt		73	27	81829

Oppholdsdøgn der hoveddiagnose var innenfor hovedkapittel F – psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser – utgjorde 29 prosent av totalt antall oppholdsdøgn. Videre var 16 prosent av oppholdsdøgnene registrert med en sykdom i nervesystemet som hoveddiagnose, og 11 prosent innenfor hovedkapittel Q – medfødte misdannelser, deformiteter og kromosomavvik.

Av tilstander som ofte gir habiliteringsbehov, var hoveddiagnose for flest oppholdsdøgn: gjennomgripende utviklingsforstyrrelser (10 prosent), cerebral parese (4 prosent), Downs syndrom (2 prosent) og psykisk utviklingshemming (2 prosent). Gjennomgripende utviklingsforstyrrelser og psykisk utviklingshemming var sjeldnere kodet som hoveddiagnose enn ved dag- og polikliniske kontakter, cerebral parese omtrent like ofte, mens Downs syndrom i større grad ble det. Epilepsi er en vanlig komorbid tilstand hos habiliteringsmålgruppen, og var hoveddiagnose ved 8 prosent av oppholdsdøgnene.

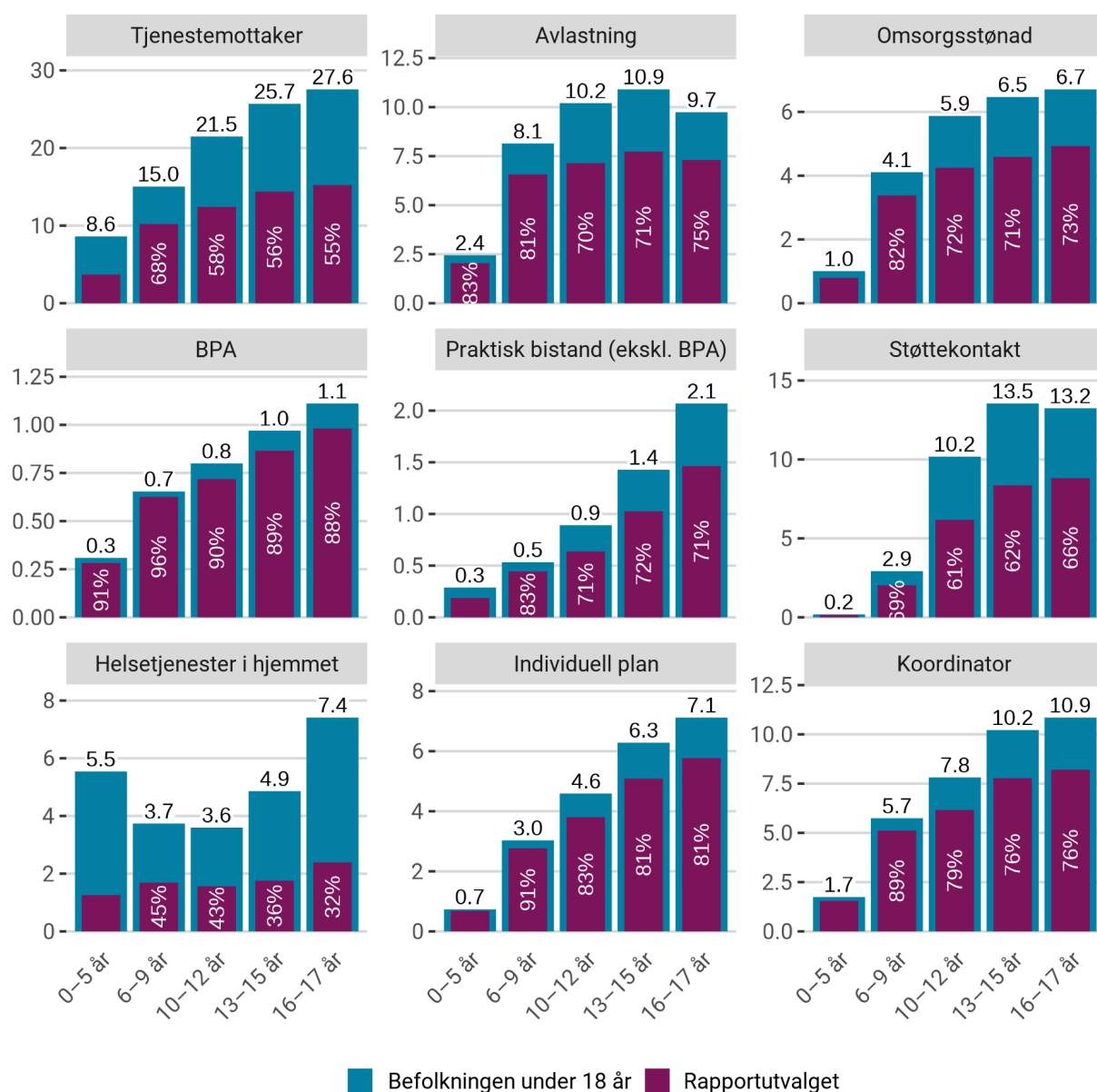
Til sammen var 73 prosent av oppholdsdøgnene innen somatisk sektor, mens 27 prosent var i psykisk helsevern. Dette varierte naturlig nok etter hoveddiagnosen for døgnoppholdet. Totalt var 91 prosent av oppholdsdøgnene med en gjennomgripende utviklingsforstyrrelse som hoveddiagnose innen psykisk helsevern. I overkant en tredjedel av oppholdsdøgnene med psykisk utviklingshemming som hoveddiagnose var også i psykisk helsevern, mens døgnbehandling ved cerebral parese, epilepsi, Downs syndrom, osv. foregikk i somatisk sektor.

Kommunale helse- og omsorgstjenester

Kommunale helse- og omsorgstjenester blant barn 0–17 år

Dette kapittelet viser mottak av kommunale helse- og omsorgstjenester blant befolkningen under 18 år, og viser i tillegg på hvor stor andel av tjenestemottakerne som er habiliteringspasienter.

Figur 5.1 viser antall mottakere av kommunale helse- og omsorgstjenester per 1 000 innbyggere i 2022 blant alle i alderen 0–17 år, og prosentandelen av disse som er habiliteringspasienter i vårt utvalg.[35]



Figur 5.1: Antall mottakere under 18 år per 1 000 innbyggere totalt som mottok ulike kommunale tjenester, og hvor stor andel utvalget med habiliteringspasienter utgjør av totalantallet.

Det var 19 600 personer under 18 år som mottok én eller flere kommunale helse- og omsorgstjenester i 2022. Av dette var 11 085 habiliteringspasienter etter definisjonen i denne rapporten, noe som utgjør 57 prosent av tjenestemottakerne totalt. Tjenestene med flest mottakere totalt var avlastning (8 308) og støttekontakt (7 235). Henholdsvis 75 prosent og 63 prosent av disse mottakerne var habiliteringspasienter.

Antall mottakere av kommunale tjenester per innbygger økte etter alder. Totalt mottok 8,6 per 1 000 innbyggere i alderen 0–5 år kommunale tjenester, sammenlignet med 27,6 per 1 000 innbyggere blant barna i alderen 16–17 år. Blant barna i 6–9-årsalderen var 68 prosent av tjenestemottakerne habiliteringspasienter. I eldre aldersgrupper varierte denne andelen mellom 55 og 58 prosent. Andelen var litt lavere blant de yngste (0–5 år). Dette skyldes at habiliteringspasientene utgjorde en mindre andel av mottakerne av helsetjenester i hjemmet for denne aldersgruppen.

Blant barn og unge i alderen 6–17 år var det totalt flest mottakere per innbygger av tjenestene støttekontakt og avlastning[36], etterfulgt av omsorgsstønad og helsetjenester i hjemmet. Blant barna i yngste aldersgruppe (0–5 år) var helsetjenester i hjemmet den vanligste tjenestetypen. Hvor stor andel habiliteringspasientene utgjorde av tjenestemottakerne varierte etter tjenestetype. Rundt 9 av 10 av mottakerne av brukerstyrt personlig assistanse (BPA) var habiliteringspasienter, mens det var lavest andel habiliteringspasienter blant mottakerne av helsetjenester i hjemmet. [37]

Antall per innbygger med individuell plan økte etter alder. Totalt hadde 7,1 per 1 000 innbyggere i alderen 16–17 år en individuell plan i 2022. 81 prosent av mottakerne av individuell plan i alderen 13–17 år var habiliteringspasienter, og andelen var enda høyere av mottakerne i yngre aldersgrupper. Antall per innbygger med oppnevnt koordinator var litt høyere enn antallet med individuell plan. Denne raten økte etter alderen til 10,9 per 1 000 innbyggere blant 16- og 17-åringene. Habiliteringspasientene omfattet en høy andel av barn og unge med oppnevnt koordinator, fra nesten alle i yngste aldersgruppe til om lag 3 av 4 av mottakerne som var 13 år eller eldre.

Tabell 5.1 viser antall mottakere i alderen 0–17 år som mottok helse- og omsorgstjenester totalt og utvalgte enkelttjenester i 2018 og 2022. Dette omfatter alle mottakere under 18 år, både de som inngår i vårt utvalg med habiliteringspasienter og øvrige mottakere. Totalt økte antall tjenestemottakere per 1 000 innbyggere fra 15,2 i 2018 til 17,6 i 2022. Dette skyldes blant annet en sterk økning i antall mottakere av helsetjenester i hjemmet (fra 2 til 4,9 per 1 000 innbyggere). Økningen i denne raten var 145 prosent fra 2018 til 2022, men var konsentrert i et fåtall kommuner.[38] Dette henger sammen med at flere kommuner har blitt bedre på rapportering av helsetjenester som omhandler fysioterapi, ergoterapi, samt psykisk helse og rus. For øvrige tjenester var det også en økning i raten fra 2018 til 2022 for samtlige, bortsett fra dagaktivitetstilbud og bolig som kommunen disponerer for helse- og omsorgsformål.

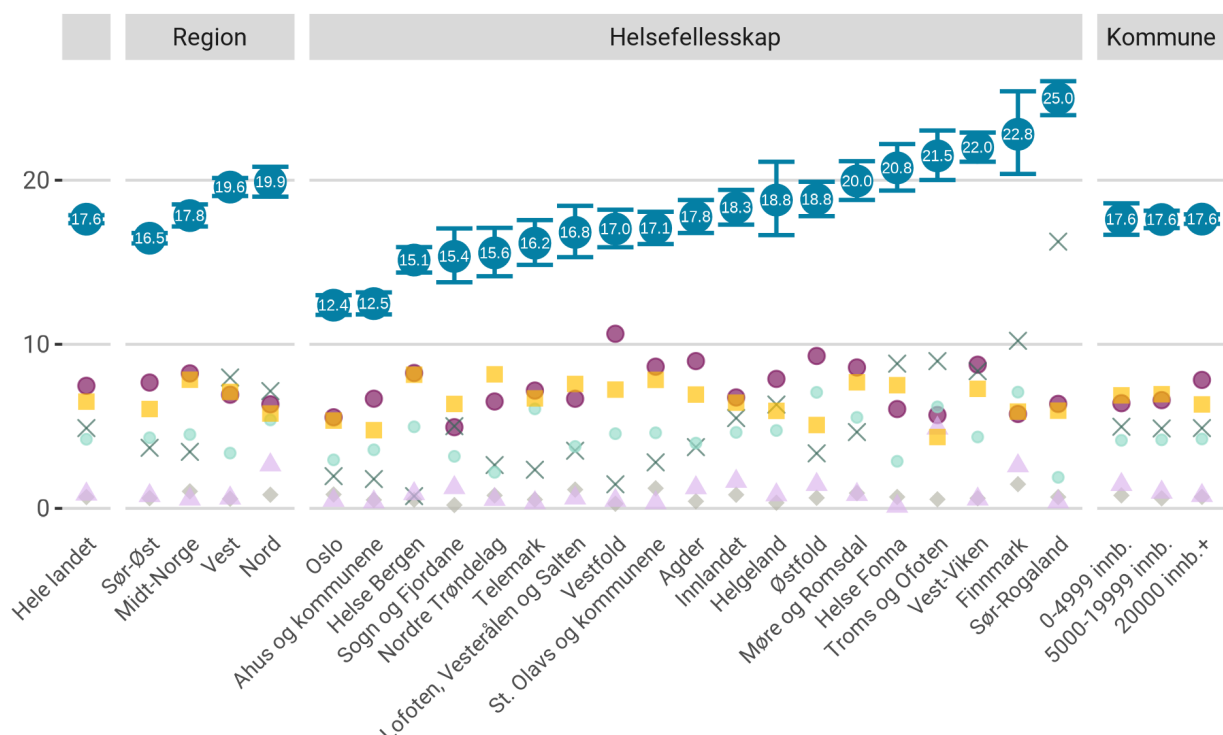
Tabell 5.1: Antall mottakere av helse- og omsorgstjenester totalt og utvalgte enkelttjenester i 2018 og 2022 blant innbyggere under 18 år.

Tjenester	Antall		Antall per 1 000 innbyggere		Konfidensintervall	
	2018	2022	2018	2022	2018	2022
Totalt	17031	19600	15,2	17,6	14.9–15.4	17.3–17.8
Støttekontakt	6873	7235	6,1	6,5	5.9–6.2	6.3–6.6
Avlastning utenfor institusjon	6330	6759	5,6	6,1	5.5–5.7	5.9–6.2
Omsorgsstønad	4520	4685	4,0	4,2	3.9–4.1	4.0–4.3
Helsetjenester i hjemmet	2240	5442	2,0	4,9	1.9–2.0	4.7–5.0
Avlastning i institusjon	1943	2329	1,7	2,1	1.6–1.8	2.0–2.1

Praktisk bistand - opplæring - daglige gjøremål	607	711	0,54	0,64	0.50–0.59	0.59–0.69
Brukerstyrt personlig assistanse	487	763	0,43	0,69	0.40–0.47	0.64–0.74
Praktisk bistand - daglige gjøremål	257	272	0,23	0,24	0.20–0.26	0.22–0.28
Langtidsopphold i institusjon	128	148	0,11	0,13	0.10–0.14	0.11–0.16
Dagaktivitetstilbud	101	91	0,09	0,08	0.07–0.11	0.07–0.10
Bruk av tvang psykisk utviklingshemming - nødssituasjoner	85	90	0,08	0,08	0.06–0.09	0.07–0.10
Helsehjelp med tvang	23	77	0,02	0,07	0.01–0.03	0.05–0.09
Bolig som kommunen disponerer for helse- og omsorgsformål	48	40	0,04	0,04	0.03–0.06	0.03–0.05
Bruk av tvang psykisk utviklingshemming - planlagte tiltak	21	54	0,02	0,05	0.01–0.03	0.04–0.06
Dagopphold i institusjon	34	36	0,03	0,03	0.02–0.04	0.02–0.04

I 2018 ble re-/habilitering utenfor institusjon rapportert som en mottatt tjeneste, uten omfang. Omfang skulle rapporteres på tjenestene som inngikk i re-/habiliteringsprosessen som for eksempel helsetjeneste i hjemmet og/eller praktisk bistand. Fra 2019 skulle re-/habilitering utenfor institusjon ikke lenger rapporteres som en egen tjeneste, og er derfor ikke inkludert i tabell 5.1, men inngår i totalen i tilfeller der dette likevel er rapportert som tjeneste. I stedet skulle man fra 2019 rapportere hvilke tjenester som inngår i rehabilitering- og habiliteringsprosessen, mens opplysningen om personen mottok re-/habilitering utenfor institusjon registreres under personopplysninger og ikke som en tjeneste. Dette kan påvirke rapporteringen av mottatte tjenester, noe som er viktig å ta i betraktning når man ser på utvikling i tjenestebruk over tid. Det jobbes med en bedre rapportering av rehabilitering og habilitering i KPR helse og omsorg.

Figur 5.2 viser antall mottakere i alderen 0–17 år per 1 000 innbyggere av helse- og omsorgstjenester i kommunene totalt, og av ulike enkelttjenester i 2022. Dette omfatter alle mottakere under 18 år, både de som inngår i vårt utvalg med habiliteringspasienter og øvrige mottakere. Det vises samlede resultater for kommunene som inngår i ulike regioner og helsefelleskap.



Kommunal helse- og omsorgstjeneste (95 % konfidensintervall) ● Minst én tjeneste

● Avlastning ■ Støttekontakt ▲ Praktisk bistand (ekskl. BPA)
 ● Omsorgstønad ◆ Brukerstyrt personlig assistanse ✕ Helsetjenester i hjemmet

Figur 5.2: Antall mottakere under 18 år per 1 000 innbyggere av kommunale helse- og omsorgstjenester totalt, og utvalgte enkelttjenester, etter region, helsefelleskap og kommunestørrelse.

Blant regionene var det totalt sett Helse Nord og Helse Vest som hadde høyest antall mottakere av kommunale helse- og omsorgstjenester per 1 000 innbyggere, henholdsvis 19,9 og 19,6, mens raten var lavest i Helse Sør-Øst (16,5). I de ulike helsefelleskapene var antall tjenestemottakere per 1 000 innbyggere høyest i Sør-Rogaland (25,0), etterfulgt av Finnmark (22,8) og Vest-Viken (22,0). Dette var nesten dobbelt så mange som i Oslo og Ahus og kommunene, som var områdene med lavest antall.

For mange av enkelttjenestene var det store forskjeller mellom de ulike helsefelleskapene. Antall mottakere av helsetjenester i hjemmet per 1 000 innbyggere varierte fra 0,7 i Helse Bergen til 16,3 i Sør-Rogaland og 10,2 i Finnmark. Praktisk bistand (ekskl. BPA) ble mottatt av veldig få i Helse Fonna (0,1 per 1 000 innbyggere), sammenlignet med 4,9 i Troms og Ofoten. Brukerstyrt personlig assistanse (BPA) per innbygger var mest utbredt i Finnmark og minst utbredt i Sogn og Fjordane. Finnmark hadde også flest mottakere av omsorgstønad (7,1 per 1 000 innbyggere). Dette var mer enn 3 ganger så mange som i Sør-Rogaland der raten var lavest. For tjenesten støttekontakt var det 8,2 mottakere per 1 000 innbyggere i Nordre Trøndelag, noe som var nesten dobbelt så mange som i området med færrest (Troms og Ofoten). Tjenesten avlastning ble mottatt av 10,6 per 1 000 innbyggere i Vestfold, også dette rundt dobbelt så mange som i området med lavest rate (Sogn og Fjordane).

Det var ingen forskjeller etter kommunestørrelse i antall mottakere per innbygger av tjenester totalt. Det var også små forskjeller i mottakere av enkelttjenester, men avlastning var noe mer utbredt i de største kommunene.

Vedlegg 4 ser nærmere på graden av ulikhet mellom kommuner når det gjelder mottakere av kommunale helse- og omsorgstjenester. Det var minst kommunale forskjeller i mottak av avlastning, BPA og støttekontakt. For omsorgstønad var det noe mer ulikhet, men det var størst kommunale forskjeller i registrerte mottakere av praktisk bistand (ekskl. BPA) og helsetjenester i hjemmet.

[35] Utvalget er 31 746 barn som mottok habilitering i spesialisthelsetjenesten i perioden 2018-2022. Se kapittel 2 for nærmere beskrivelse av hvordan utvalget er trukket.

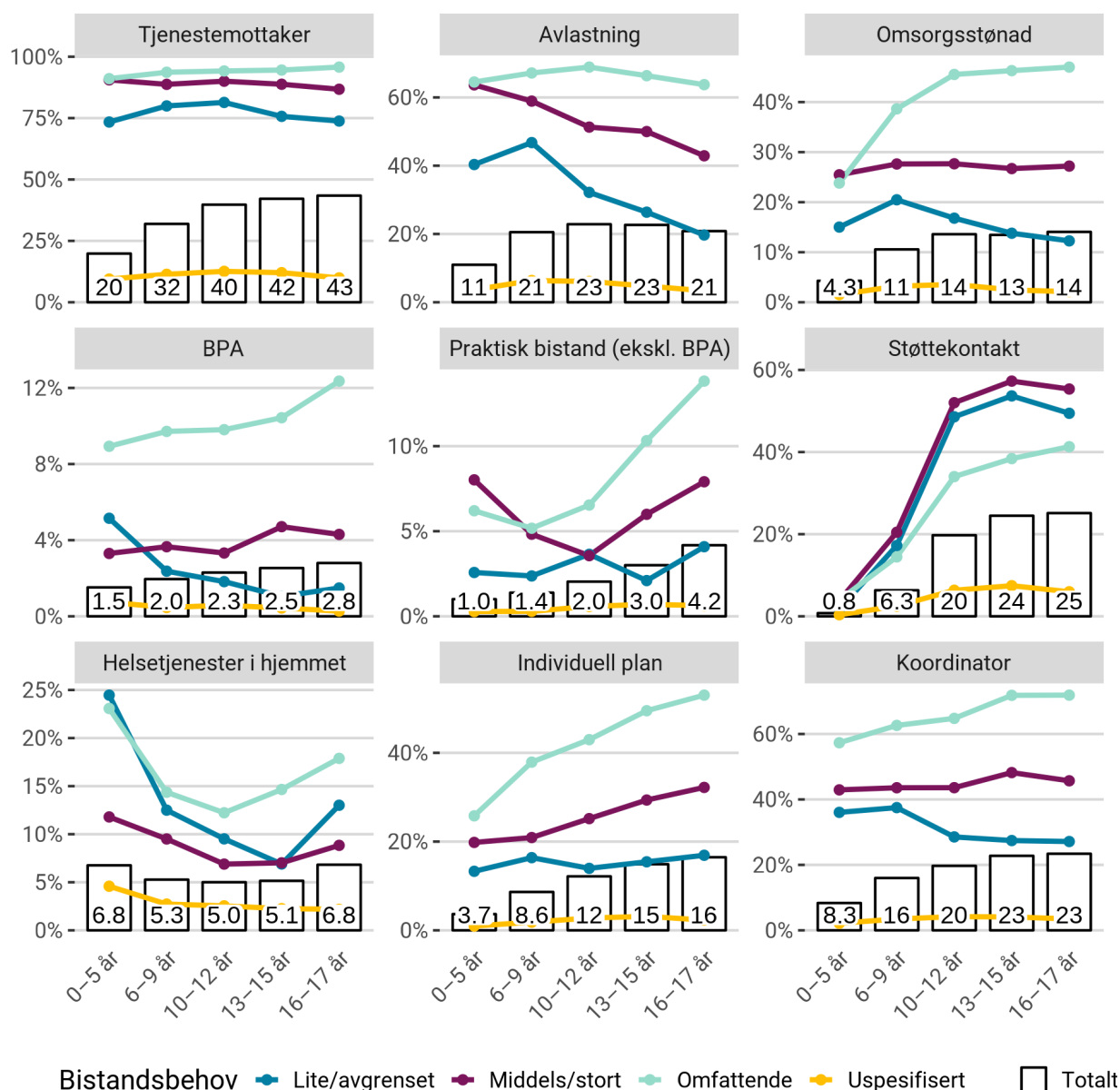
[36] Her inngår både avlastning i og utenfor institusjon.

[37] Nasjonal veileder om [registrering av helse- og omsorgsdata i kommunen](#) forklarer at helsetjenester i hjemmet «er alle former for planlagte kommunale helsetjenester som ytes hjemme hos pasienten eller med utgangspunkt i pasientens hjem. Eksempler på helsetjenester som kan ytes i hjemmet er hjemmesykepleie, ergoterapi og fysioterapi.»

[38] De tre kommunene med størst økning i antall registrerte mottakere av helsetjenester i hjemmet mellom 2018 og 2022 var Stavanger (fra 13 til 1028), Bærum (fra 14 til 771) og Karmøy (fra 7 til 293). For Stavanger var det særlig økning mellom 2020 og 2021, for Bærum fra 2019 til 2020 og hos Karmøy fra 2018 til 2019.

Bruk av kommunale helse- og omsorgstjenester blant habiliteringspasientene

Dette kapittelet ser på bruk av tjenester i utvalget vårt av habiliteringspasienter i alderen 0–17 år.[39] Figur 5.3 viser andelen som har mottatt kommunale helse- og omsorgstjenester i 2022 etter bistandsbehov og aldersgruppe.



Figur 5.3: Andel av habiliteringspasientene som mottok ulike helse- og omsorgstjenester i 2022 etter aldersgrupper og bistandsbehov.

Bistandsbehov registreres blant de som har mottatt tjenester i KPR helse og omsorg i perioden 2018–2022, og det er siste registrerte bistandsbehov som er gjeldende. Det vises også resultater for barna med ikke registrert og dermed «uspesifisert» bistandsbehov. Når bistandsbehovet ikke er registrert, er det vanligvis fordi man ikke har søkt om eller mottatt en kommunal helse- og omsorgstjeneste.

Av de 31 746 barna i utvalget vårt med habiliteringspasienter mottok 11 085 én eller flere kommunale helse- og omsorgstjenester i 2022, noe som tilsvarer 35 prosent. De tre mest vanlige tjenestene å motta var avlastning (20 prosent), støttekontakt (14 prosent) og omsorgsstønad (11 prosent). Videre hadde 11 prosent en individuell plan og 18 prosent en koordinator.

Det var en økning etter alder i andelen som fikk kommunale helse- og omsorgstjenester. Totalt mottok 43 prosent av barna i alderen 16–17 år kommunale helse- og omsorgstjenester, sammenlignet med 20 prosent av barna i alderen 0–5 år.

Andelen tjenestemottakere var gjennomgående høyere blant barna med omfattende bistandsbehov, særlig i de eldste aldersgruppene. Dette gjaldt for alle tjenestene bortsett fra støttekontakt. Tjenesten støttekontakt var lite utbredt blant barna under 10 år, men en fjerdedel av barna i alderen 13 år og eldre hadde støttekontakt i 2022. Høyest andel mottakere av støttekontakt var det blant barna med middels/stort bistandsbehov som var 13–15 år (57 prosent).

Tjenesten avlastning ble gitt for rundt 2 av 10 av barna som var 6 år eller eldre og 1 av 10 av barna i alderen 0–5 år. I gruppen med omfattende bistandsbehov ble avlastning gitt til mellom 60 og 70 prosent av barna i de ulike aldersgruppene.

Omsorgsstønad ble gitt for 14 prosent av barna i alderen 16–17 år, sammenlignet med kun 4,3 prosent av barna under 6 år. I øvrige aldersgrupper varierte andelen mellom 11 og 14 prosent. Dersom vi ser på gruppen med omfattende bistandsbehov, var andelen med omsorgsstønad 24 prosent blant barna i yngste aldersgruppe (0–5 år), sammenlignet med litt under halvparten av barna som var 10 år eller eldre.

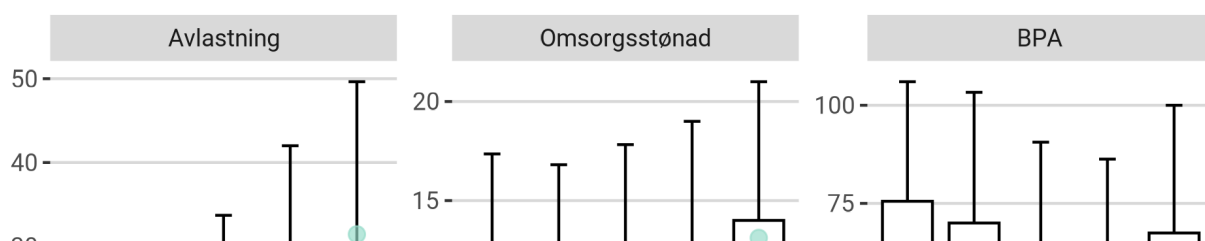
Totalt sett var det relativt få som mottok BPA og praktisk bistand i hjemmet (ekskl. BPA). Andelen var høyest blant 16- og 17-åringene med omfattende bistandsbehov, hvorav 12 prosent hadde BPA og 14 prosent fikk annen praktisk bistand.

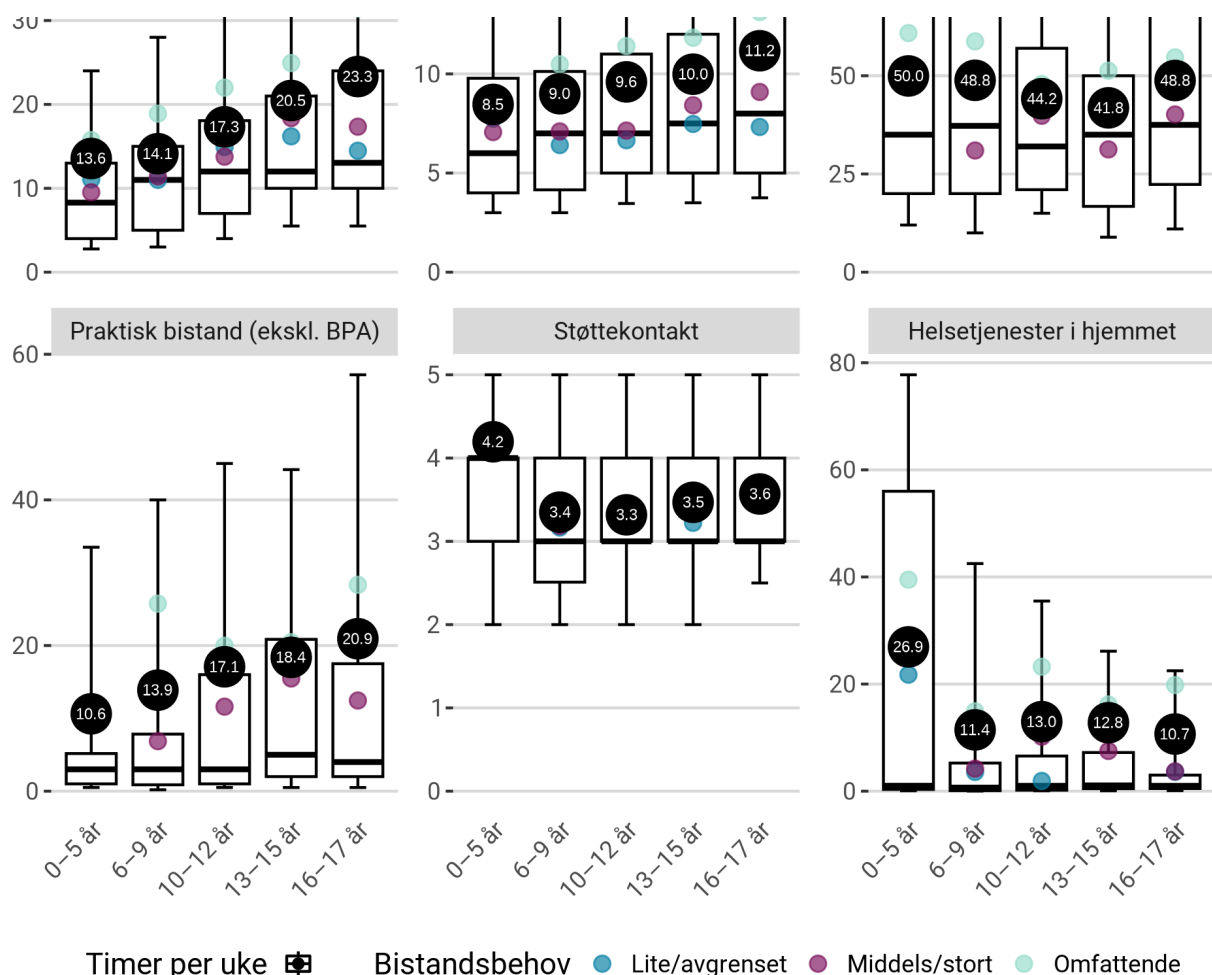
Helsetjenester i hjemmet ble gitt til rundt 7 prosent av barna i yngste (0–5 år) og eldste (16–17 år) aldersgruppe. I øvrige aldersgrupper var andelen ca. 5 prosent. Bortsett fra blant de yngste var det høyest andel mottakere av helsetjenester i hjemmet blant barna med omfattende bistandsbehov.

I 2022 hadde 16 prosent av barna i alderen 16–17 år individuell plan. Til sammenligning hadde 4 prosent av de yngste (0–5 år), og 9 prosent av de i alderen 6–9 år, individuell plan i 2022. Andelen var høyest blant barna med omfattende bistandsbehov, og 53 prosent av 16- og 17-åringene i denne gruppen hadde en individuell plan. Det var flere som hadde koordinator enn individuell plan. Andelen med koordinator varierte fra 8 prosent av barna i yngste aldersgruppe til 23 prosent av barna som var 13 år eller eldre. Koordinator var mest utbredt blant barna med omfattende bistandsbehov, og om lag 7 av 10 av disse barna i alderen 13 år og eldre hadde en koordinator.

Antall timer i uka etter bistandsbehov

Figur 5.4 viser timer per uke for ulike tjenester blant barna som mottok tjenestene per 31.12.2022. Figuren viser gjennomsnittlig timeantall per tjeneste og aldersgruppe (svart sirkel), timefordelingen i boksplott, samt gjennomsnittlig vedtatte timer etter bistandsbehov (fargede sirkler).





Figur 5.4: Antall timer per uke innvilget for ulike helse- og omsorgstjenester blant habiliteringspasientene som mottok tjenestene per 31.12.2022, etter bistandsbehov og aldersgrupper.

Etter lov om pasient- og brukerrettigheter, § 2-1 d, har man rett til å få kommunale helse- og omsorgstjenester organisert som brukerstyrt personlig assistanse om man har behov for bistand i mer enn 2 år og 32 timer per uke. Dette er reflektert i tallene ved at brukerstyrt personlig assistanse var tjenesten med flest gjennomsnittlig timer i uka. Mottakerne av BPA som var yngre enn 10 år fikk rundt 50 timer i uka med BPA i snitt, noe som var litt høyere enn barna i eldre aldersgrupper.

Gjennomsnittlig antall timer med avlastning i uka økte fra 13,6 blant barna i aldersgruppen 0–5 år til 23,3 blant 16- og 17-åringene. Gjennomsnittlig antall timer med praktisk bistand (ekskl. BPA) økte også med alder. Mottakerne mellom 16–17 år fikk flest timer i snitt med dette (20,9), sammenlignet med rundt 10,6 timer per uke blant barna under 6 år. Når det gjaldt helsetjenester i hjemmet var det mottakerne mellom 0–5 år som fikk flest timer per uke i snitt (26,9), mens det blant øvrige aldersgrupper varierte mellom 10 og 13 timer. Timer per uke med omsorgsstønning var høyest for 16- og 17-åringene (11,1) og varierte fra rundt 8–10 timer i yngre aldersgrupper. Det var liten forskjell mellom aldersgruppene i antall timer med støttekontakt, og i snitt hadde barna 3,4 timer i uka med støttekontakt.

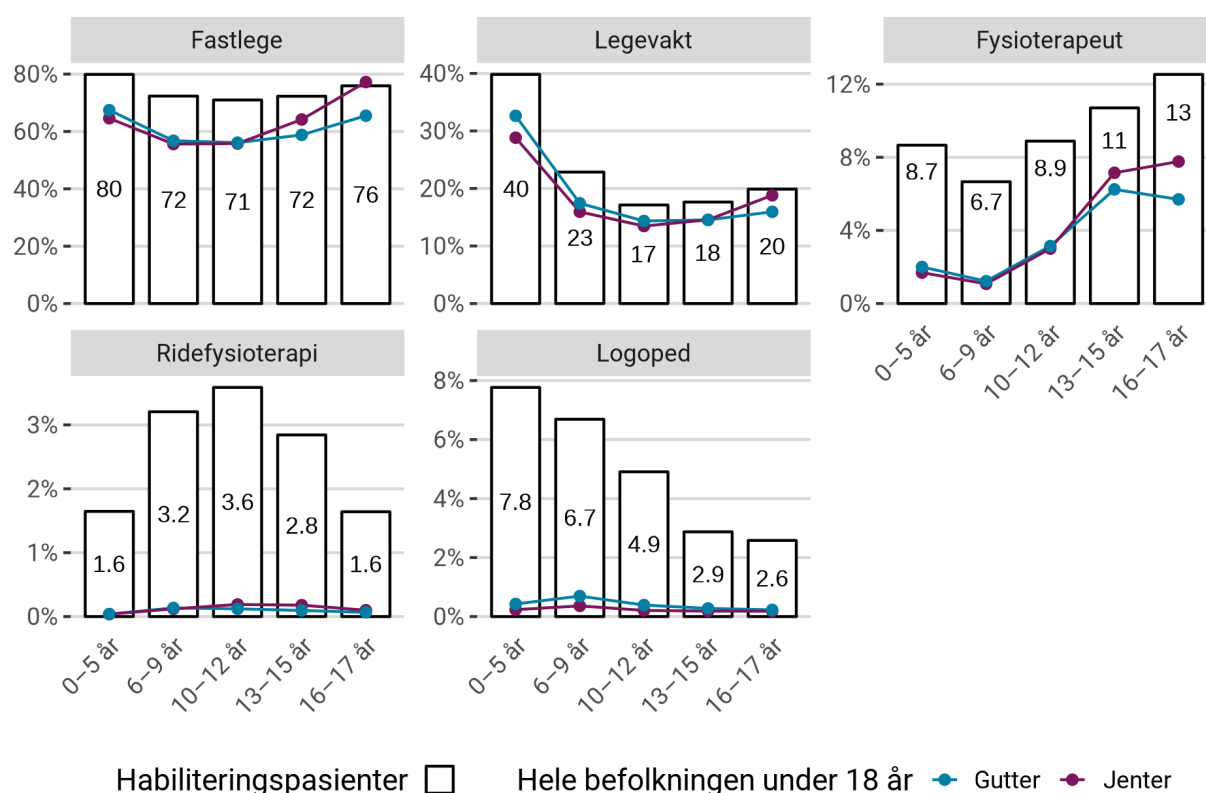
I gjennomsnitt mottok pasienter med omfattende bistandsbehov flere tjenestetimer. Ved praktisk bistand og helsetjenester i hjemmet, hadde gruppen med omfattende bistandsbehov nær dobbelt så mange timer i gjennomsnitt sammenlignet med andre. Ved avlastning, brukerstyrt personlig assistanse og omsorgsstønning hadde de henholdsvis 52 prosent, 46 prosent og 37 prosent flere timer. For støttekontakt var det nesten ingen forskjeller.

Ved noen tjenester var det mer variasjon i antall tjenestetimer per mottaker enn andre. Det var størst relativ forskjell i timebruk ved helsetjenester i hjemmet, hvor medianen var 1 time, men en av fire hadde omkring 8 timer eller mer. Også ved praktisk bistand var det store forskjeller, med et nedre kvartil på 1 time og øvre kvartil på 16 timer per uke. For avlastning og brukerstyrt personlig assistanse var de relative forskjellene mer moderate, men likevel var øvre kvartil for tjenestetimer cirka tre ganger høyere enn nedre kvartil – med en interkvartilbredde på henholdsvis 12,5 timer og 42 timer. Ved omsorgsstønning var interkvartilbredden 6,5 timer, mens den kun var 1 time per uke for støttekontakt.

[39] Se kapittel 2 "Om utvalget" for nærmere beskrivelse av hvordan utvalget er trukket.

Bruk av lege, fysioterapi og logoped

Figur 5.5 viser andel av habiliteringspasientene[40] som har hatt konsultasjon hos fastlege, legevakt, fysioterapeut, logoped eller ved ridefysioterapi i 2022. I tillegg viser figuren tilsvarende andel i befolkningen totalt i de ulike aldersgruppene fordelt på kjønn. Opplysningene er basert på KPR-KUHR, som inneholder data om helserefusjonskrav sendt til Helfo.



Figur 5.5: Andel av habiliteringspasientene som har hatt konsultasjoner i 2022 etter alder (hvit søyle). I tillegg vises andel i hele befolkningen, fordelt på kjønn og alder, som har hatt konsultasjoner i 2022.

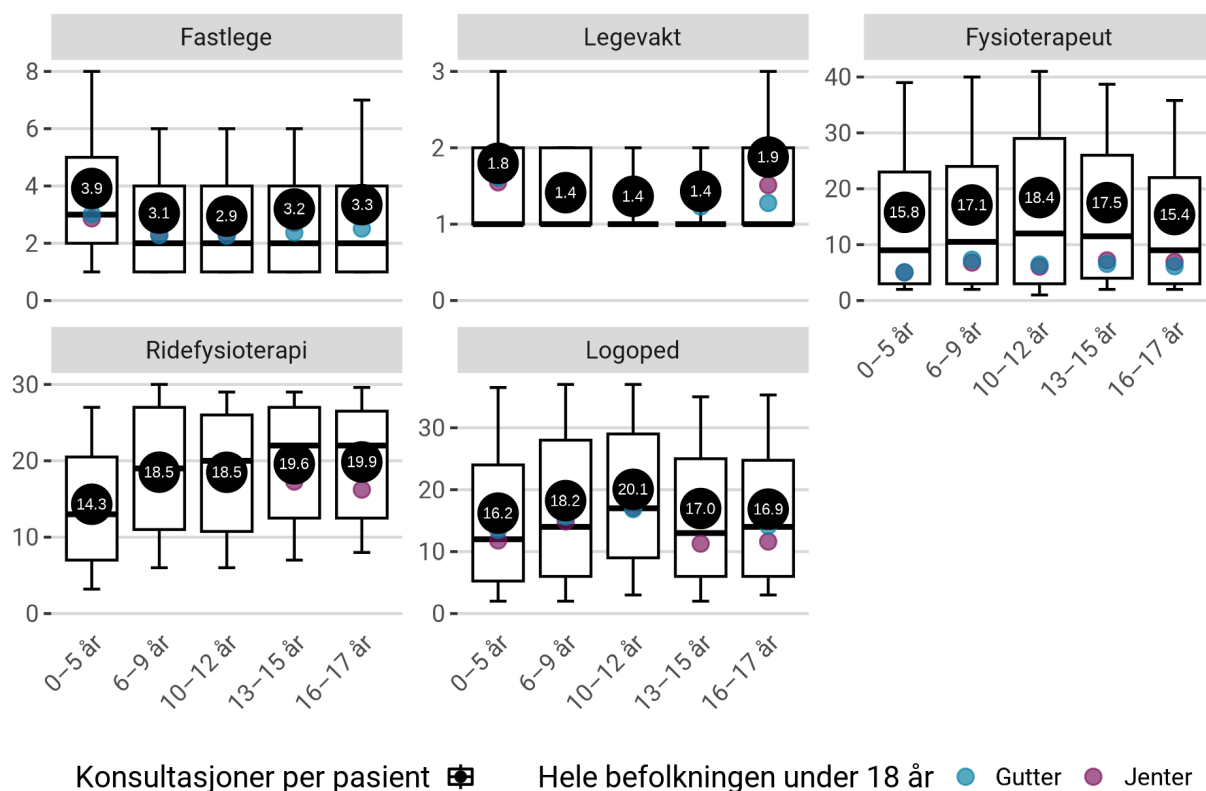
Til sammen var 74 prosent av barna i vårt utvalg med habiliteringspasienter på én eller flere konsultasjoner hos sin fastlege i løpet av 2022. Andelen var høyest blant barna i alderen 0–5 år (80 prosent) og lavest blant barna i alderen 10–12 år (71 prosent). Sammenlignet med befolkningen totalt i de ulike aldersgruppene var en høyere andel av habiliteringspasientene på konsultasjon hos fastlegen. Unntaket var jentene i befolkningen i eldste aldersgruppe (16–17 år), der konsultasjon hos fastlegen var omtrent like utbredt som blant habiliteringspasientene.

Totalt 24 prosent av habiliteringspasientene var på konsultasjon hos legevakten i løpet av 2022. De yngste barna (0–5 år) var i større grad enn barna i eldre aldersgrupper på legevakten. Dette gjaldt både blant habiliteringspasientene og i befolkningen totalt. I vårt utvalg var 40 prosent av barna i alderen 0–5 år på konsultasjon hos legevakten i løpet av 2022. I øvrige aldersgrupper varierte andelen mellom 17 og 23 prosent. Sammenlignet med befolkningen hadde en høyere andel av de yngste habiliteringspasientene vært på konsultasjon på legevakten, mens det var mindre forskjeller mellom andelen i befolkningen og habiliteringspasientene i de eldre aldersgruppene.

Til sammen 9 prosent av habiliteringspasientene var på minst én konsultasjon hos fysioterapeut[41] i 2022, noe som var en høyere andel sammenlignet med befolkningen. Blant habiliteringspasientene i alderen 16–17 år var 13 prosent på konsultasjon hos fysioterapeut i 2022. Denne andelen var lavest blant barna i alderen 6–9 år (6,7 prosent). Ridefysioterapi var et tilbud som kun ble benyttet av 0,1 prosent av befolkningen under 18 år, men 2,7 prosent av habiliteringspasientene – oftest i alderen 6–15 år.

0,4 prosent av barn under 10 år hadde minst én konsultasjon hos logoped i 2022. Blant habiliteringspasientene var denne andelen 7,2 prosent. Bruken ble gradvis mindre hos eldre barn – både blant habiliteringspasientene og i den generelle befolkningen.

Blant habiliteringspasientene varierte gjennomsnittlig antall konsultasjoner hos fastlegen per pasient fra 2,9 blant barna i alderen 10–12 år til 3,9 blant barna i alderen 0–5 år. Konsultasjoner per pasient hos legevakten var i snitt mellom 1,4 og 1,9 i de ulike aldersgruppene. Antall konsultasjoner per pasient var betydelig høyere hos logoped, fysioterapeut og ved ridefysioterapi. Ved fysioterapi var gjennomsnittlig antall konsultasjoner per pasient 16,9 – betraktelig flere enn i befolkningen under 18 år totalt (6,4). Antall konsultasjoner per pasient som hadde benyttet ridefysioterapi varierte fra 14,3 blant barna i alderen 0–5 år til 19,9 blant barna i alderen 16–17 år. Hos logoped var gjennomsnittlig antall konsultasjoner per pasient i underkant av 18.



Figur 5.6: Antall konsultasjoner per tjenestemottaker i 2022.

[40] Se kapittel 2 "Om utvalget" for nærmere beskrivelse av hvordan utvalget er trukket.

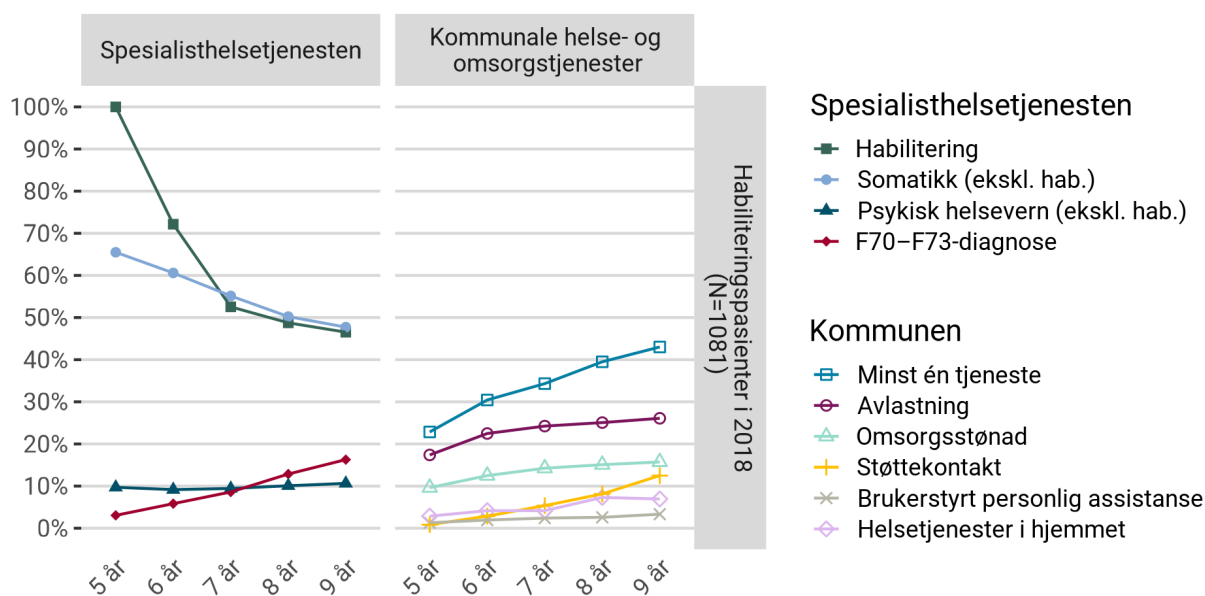
[41] Konsultasjoner hos fysioterapeut i denne rapporten omfatter kun fysioterapeuter som mottar refusjon fra Helfo.

Bruk av utvalgte tjenester i forløp

Figur 5.7 viser andelen mottakere av ulike tjenester i perioden 2018–2022, blant pasienter som mottok habilitering i spesialisthelsetjenesten da de var 5 år i 2018. 72 prosent mottok også habilitering i spesialisthelsetjenesten da de var 6 år i 2019, mens året de var 8 eller 9 år mottok litt under halvparten habilitering. I tillegg viser figuren også den kumulative andelen med registrert grad av psykisk utviklingshemming (ICD-10: F70–F73)[42], som økte fra 3 prosent ved 5-årsalderen til 16 prosent ved 9-årsalderen.

Ved 5 års alder fikk 65 prosent spesialisthelsetjenester i somatisk sektor som ikke var klassifisert som habilitering, en andel som ble redusert med barnas alder. Senere i forløpet, ved 8 og 9 års alder, gjaldt dette ca. halvparten. Rundt 1 av 10 fikk spesialisthelsetjenester innen psykisk helsevern som ikke var klassifisert som habilitering hvert år i perioden fra de var 5 til 9 år.

Andelen med én eller flere kommunale tjenester økte fra 23 prosent da de var 5 år til 43 prosent da de var 9 år. Det var også en økning etter alder i andelen som mottok avlastning, omsorgsstønad, støttekontakt, BPA og helsetjenester i hjemmet. For tjenesten støttekontakt var det nesten ingen mottakere ved 5 års alder, sammenlignet med 12 prosent ved 9 års alder.



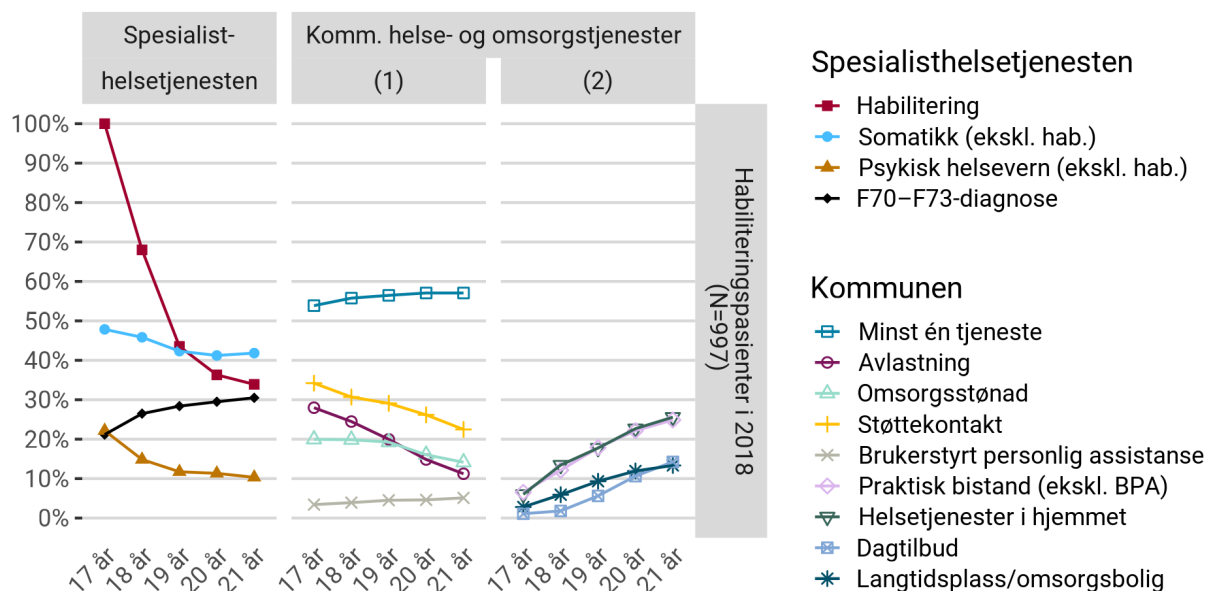
Figur 5.7: Helsetjenester i spesialisthelsetjenesten og kommunen blant habiliteringspasientene som var 5 år i 2018, fram til 2022.

Figur 5.8 viser andelen mottakere av ulike tjenester, samt andel med registrert grad av psykisk utviklingshemming (ICD-10: F70–F73), blant pasienter som mottok habilitering i spesialisthelsetjenesten da de var 17 år i 2018. I det påfølgende året, hvor de fylte 18 år, hadde 68 prosent fortsatt habilitering i spesialisthelsetjenesten. I 2022 som 21-åring, var andelen 34 prosent. Sammenlignet med 5-åringene som ble fulgt gjennom femårsperioden, var det større nedgang i mottak av habiliteringstjenester i spesialisthelsetjenesten hos 17-åringene.

Mellom 2018 og 2022 ble 30 prosent registrert med en diagnose i spesialisthelsetjenesten som indikerte grad av psykisk utviklingshemming. I 2018 alene var andelen 21 prosent. Gjennom forløpet varierte andelen som mottok spesialisthelsetjenester i somatisk sektor som ikke var klassifisert som habilitering

mellom 41 og 48 prosent. Når det gjaldt spesialisthelsetjenester innen psykisk helsevern (ekskl. habilitering) mottok ca. 2 av 10 dette da de var 17 år, sammenlignet med 1 av 10 da de var 21 år.

Andelen mottakere av kommunale tjenester totalt varierte mellom 54 og 57 prosent gjennom forløpet. Det var en nedgang etter alder i andelen som mottok støttekontakt, avlastning og omsorgsstønad, samtidig som andelen mottakere av dagtilbud, langtidsplass/omsorgsbolig, helsetjenester i hjemmet og praktisk bistand (ekskl. BPA) økte. Ved 21 års alder var praktisk bistand og helsetjenester i hjemmet de to vanligste kommunale helse- og omsorgstjenestene å motta, med mottakerandeler omkring 25 prosent.



Figur 5.8: Helsetjenester i spesialisthelsetjenesten og kommunen blant habiliteringspasientene som var 17 år i 2018, fram til 2022.

[42] F70: Lettere psykisk utviklingshemming, F71: Moderat psykisk utviklingshemming, F72: Alvorlig psykisk utviklingshemming, F73: Dyp psykisk utviklingshemming.

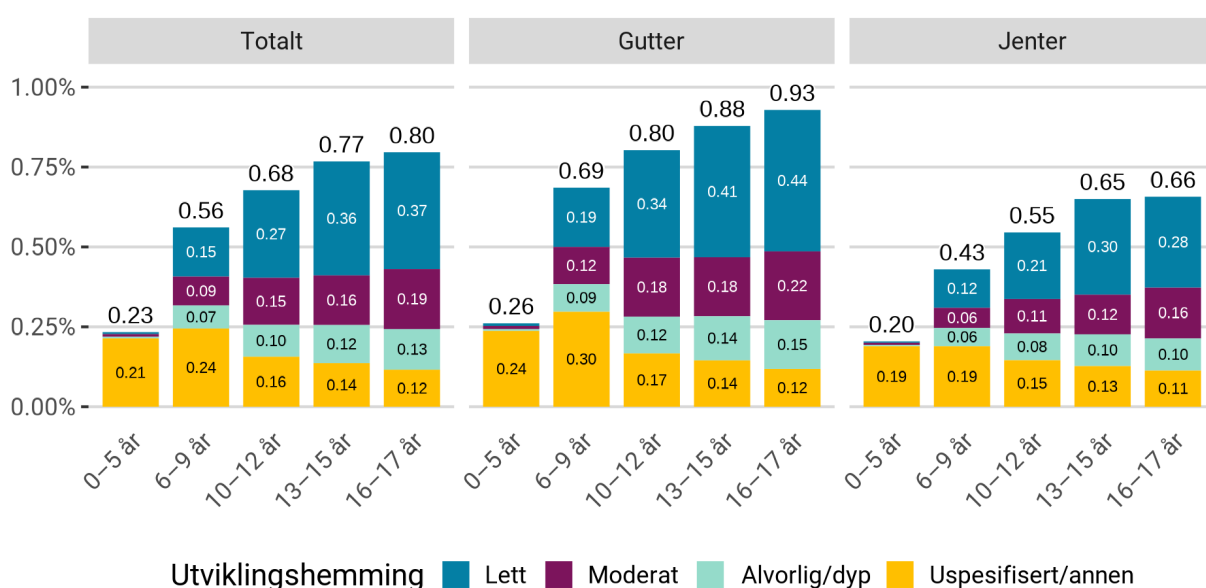
Helsetjenester ved utviklingshemming

Utviklingshemming eller psykisk utviklingshemming er en samlebetegnelse for en rekke ulike medfødte eller tidlig ervervede tilstander som medfører en intellektuell funksjonsnedsettelse med tilhørende utfordringer i dagliglivet. Begrepet utviklingshemming beskriver en stor og variert gruppe mennesker med svært ulike behov. Vanskene skal ha oppstått som barn, før fylte 18 år. Årsakene til utviklingshemming er mange og ikke sjelden er det kroppslige eller atferdsmessige tilleggsfaktorer som gir økt behov for helsetjenester. De fleste årsaker er medfødte. Barn og unge uten verbalt språk, som ledd i sin utviklingshemming, har særlig behov for bistand for å avdekke eventuelle smertegivende tilstander (f.eks. i ører, tarm, tenner).

Utviklingshemming er en diagnose som stilles etter tverrfaglig utredning i spesialisthelsetjenesten og graderes fra lett, til moderat, alvorlig og dyp. Psykisk utviklingshemming angis i ICD-10 med kodene F70–F79. Det er vanlig å vente med å stille diagnosen utviklingshemming til etter 5 års alder. I denne gruppen er det derfor også inkludert pasienter med en tilstand som medfører utviklingshemming, hvorav de to største gruppene er pasienter med Downs syndrom (Q90) eller Angelmans syndrom (Q93.5). Enkelte vil i tidlige leveår få en uspesifisert psykisk utviklingshemming som tilleggsdiagnose til en syndromdiagnose, f.eks. ved Angelmans syndrom. Dersom et barn under 5 år har fått diagnosen psykisk utviklingshemming vil sannsynligheten være stor for at graden av utviklingshemming er mer betydelig enn lett psykisk utviklingshemming.

Om habiliteringspasientene med utviklingshemming

Figur 6.1 viser hvor stor prosentandel habiliteringspasientene med utviklingshemming utgjør av befolkningen, etter grad av utviklingshemming, kjønn og aldersgrupper. Det var til sammen 6 088 barn diagnostisert med utviklingshemming i spesialisthelsetjenesten blant habiliteringspasientene, noe som tilsvarer 0,55 prosent av befolkningen under 18 år.



Figur 6.1: Prosentandel med diagnosen utviklingshemming av befolkningen, etter grad av utviklingshemming, kjønn og alder.

Diagnosegruppe	ICD-10	0–5 år	6–9 år	10–12 år	13–15 år	16–17 år
Autismespekterforstyrrelse	F84 (ekskl. F84.2)	13,2	32,4	23,8	21,5	22,8
Cerebral parese	G80	2,5	7,1	9,1	10,4	10,2
Medfødte misdannelser i nervesystemet	Q00–Q07	3,7	4,0	4,1	4,3	3,8
Downs syndrom	Q90	57,9	23,5	19,0	16,7	15,1
Angelmans syndrom	Q90.5	16,3	8,9	5,9	5,8	4,0
Epilepsi	G40	14,2	20,6	24,1	23,7	23,4
Søvnforstyrrelse	G47	19,0	17,8	11,9	9,1	8,1
Hyperkinetiske forstyrrelser (ADHD)	F90	0,8	10,6	17,0	20,3	20,6
Psykiske lidelser:						
Psykoselidelser	F20–F29	0,0	0,1	0,0	0,7	1,0
Stemningslidelser	F30–F39	0,0	0,0	0,2	0,5	0,7
Angstlidelser	F40–F48	0,1	1,9	2,4	4,9	6,9
Atferdsforstyrrelser og emosjonelle lidelser	F91–F98	2,2	6,3	9,8	10,6	10,1
Pasienter totalt (N)		786	1390	1330	1543	1039

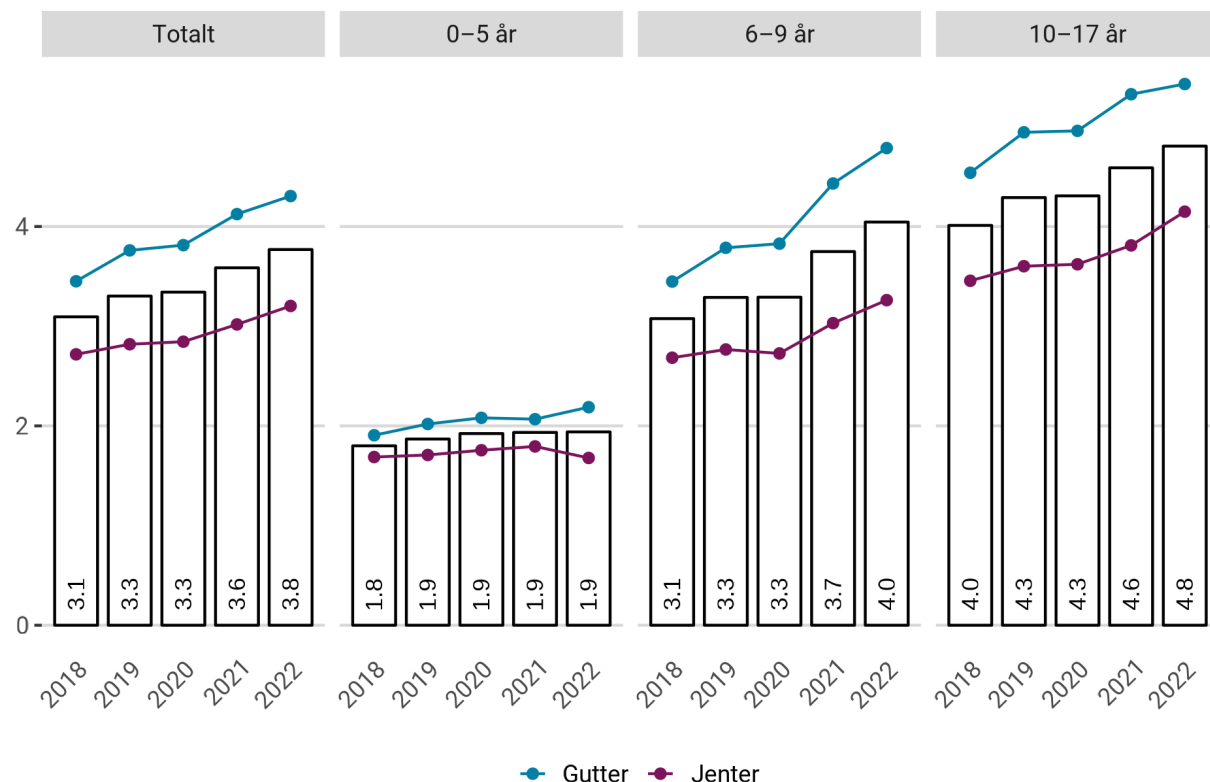
Av barna i alderen 0–5 år hadde 57,9 prosent vært i kontakt med spesialisthelsetjenesten der Downs syndrom var registrert som diagnose. Denne andelen sank med alderen, og var 15,1 prosent blant 16- og 17-åringene, etter hvert som flere andre fikk en utviklingshemmingsdiagnose. Bortsett fra Downs syndrom var søvnforstyrrelse (19 prosent), Angelmans syndrom (16,3 prosent), epilepsi (14,2 prosent) og autismespekterforstyrrelse (13,2 prosent) de mest utbredte diagnosene blant barna i yngste aldersgruppe.

Andelen som hadde vært i kontakt med spesialisthelsetjenestene der autismespekterforstyrrelse var diagnose var 32,4 prosent blant 6–9-åringene, og høyest i denne aldersgruppen. Om lag en fjerdedel av barna i alderen 10 år og eldre hadde mottatt spesialisthelsetjenester der epilepsi var diagnose. Videre var ADHD registrert som diagnose for om lag 20 prosent av barna i alderen 13 år og eldre, men var mindre utbredt i de yngre aldersgruppene. Andelen registrert med diagnose for søvnforstyrrelser var omtrent dobbelt så høy blant de yngste barna som blant barna som var 13 år eller eldre.

Få var diagnostisert med psykiske lidelser, men andelen økte etter alder. Blant 16- og 17-åringene hadde 10 prosent mottatt spesialisthelsetjenester der adferdsforstyrrelser og emosjonelle lidelser var diagnose, mens 6,9 prosent var registrert med angstdiagnose. Kun 0,7 prosent var registrert med en stemningslidelse.

Bruk av tjenester i spesialisthelsetjenesten

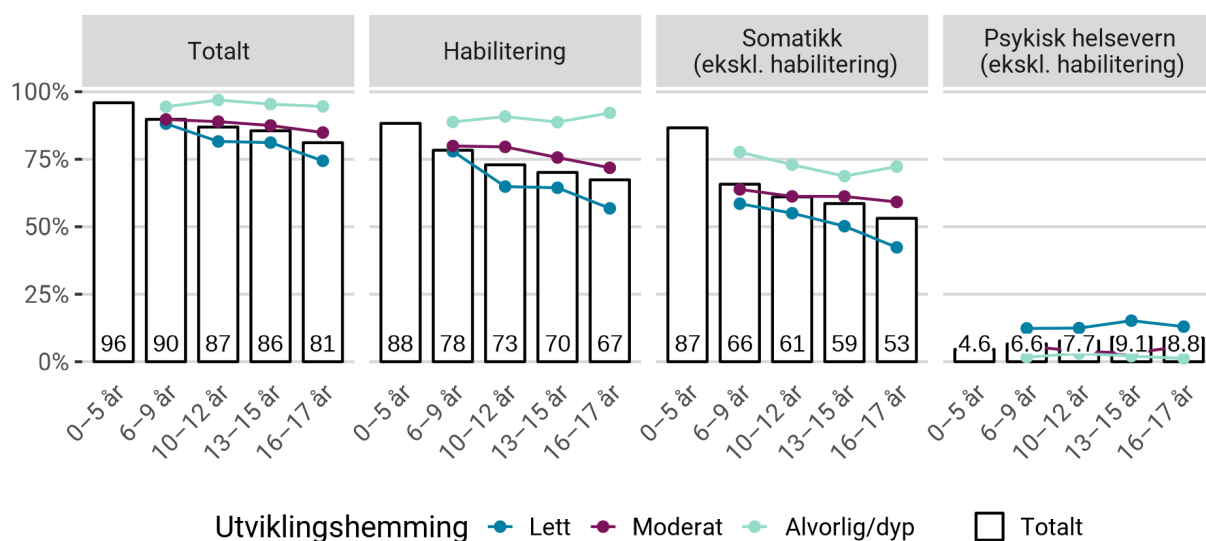
Figur 6.3 viser antall som mottok spesialisthelsetjenester med utviklingshemming som hoved- eller bidiagnose per 1 000 innbyggere. Totalt økte raten fra 3,1 til 3,8 pasienter per 1 000 innbyggere i perioden fra 2018 til 2022. Antall pasienter per innbygger økte etter alder, og var gjennomgående høyere blant guttene enn jentene. Blant 10–17-åringene var det i 2022 4,8 pasienter med utviklingshemming per 1 000 innbyggere som mottok spesialisthelsetjenester. Blant guttene i denne aldersgruppen var raten 5,4, sammenlignet med 4,1 blant jentene. I alle aldersgruppene var raten høyere i 2022 enn 2018.



Figur 6.3: Antall som mottok spesialisthelsetjenester med utviklingshemming som hoved- eller bidiagnose per 1 000 innbyggere.

Dag- eller poliklinisk kontakt

Figur 6.4 viser andelen av habiliteringspasientene med utviklingshemming som hadde én eller flere dag- eller polikliniske kontakter i spesialisthelsetjenesten i 2022, etter alder og grad av utviklingshemming. Totaltall inkluderer også barna som ikke har en registrert grad av utviklingshemming. Det er ikke skilt på grad av utviklingshemming blant barna i yngste aldersgruppe på grunn av lavt antall.



Figur 6.4: Andel av habiliteringspasientene med utviklingshemming som hadde én eller flere dag- eller polikliniske kontakter i spesialisthelsetjenesten i 2022.

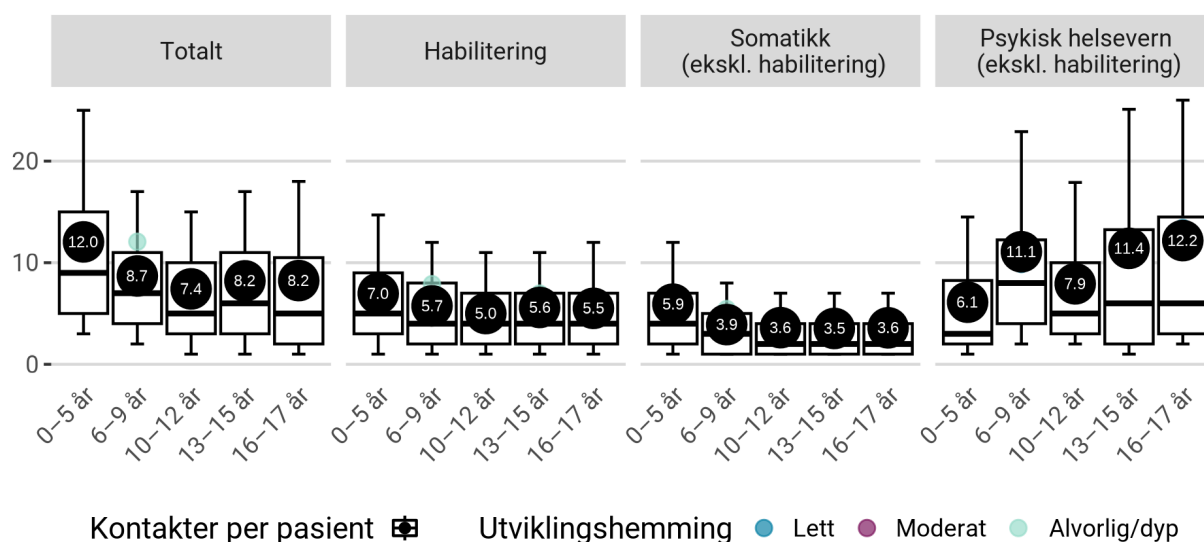
Til sammen mottok 87 prosent av barna med utviklingshemming dag- eller poliklinisk oppfølging i spesialisthelsetjenesten i 2022, og andelen var høyest blant barna i aldergruppen 0–5 år (96 prosent). Andelen synker etter alder og var 81 prosent blant 16- og 17-åringene. Det var brattest nedgang etter alder i gruppen med lettere utviklingshemming.

Dag- eller poliklinisk habilitering[44] ble gitt til 88 prosent av barna med utviklingshemming i alderen 0–5 år. Deretter sank andelen etter alder og var 67 prosent blant 16- og 17-åringene. Nedgangen gjaldt først og fremst for barna med lett eller moderat utviklingshemming, mens det var mindre forskjell mellom aldersgruppene blant de med alvorlig/dyp utviklingshemming. I sistnevnte gruppe mottok mellom 89 og 94 prosent av barna i de ulike aldersgruppene dag- eller poliklinisk habilitering i spesialisthelsetjenesten i 2022.

Dag- eller poliklinisk oppfølging i somatisk sektor (ekskl. habilitering) ble i 2022 gitt til 87 prosent av barna i alderen 0–5 år, sammenlignet med 53 prosent av 16- og 17-åringene. Blant de eldste barna med alvorlig/dyp utviklingshemming var andelen 72 prosent.

Totalt mottok 9 prosent av barna som var 13 år eller eldre dag- eller poliklinisk oppfølging innen psykisk helseverk (ekskl. habilitering). I alle aldersgruppene var andelen høyest blant de med lettere utviklingshemming, og lavest blant de med alvorlig/dyp utviklingshemming.

Figur 6.5 viser antall dag- eller polikliniske kontakter i spesialisthelsetjenesten per pasient med utviklingshemming som hadde mottatt dag- eller poliklinisk oppfølging i 2022.



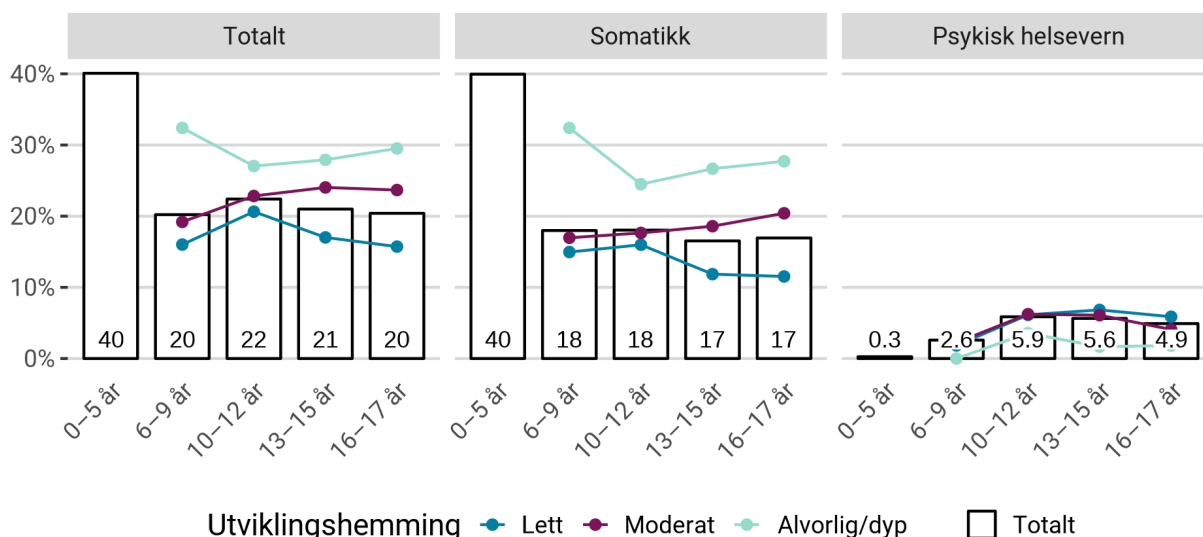
Figur 6.5: Antall dag- eller polikliniske kontakter i 2022 per dag- eller polikliniske pasient, blant habiliteringspasientene med utviklingshemming.

Totalt var det 8,7 kontakter per pasient blant barna med utviklingshemming. Det var flest kontakter per pasient blant barna i alderen 0–5 år (12) og lavest antall blant 10–12-åringene (7,4). Etter fylte 13 år var antall kontakter per pasient rundt 8.

Både når det gjaldt habilitering og oppfølging i somatisk sektor (ekskl. habilitering) var gjennomsnittlig antall kontakter per pasient høyest blant de yngste. Ved oppfølging i psykisk helsevern (ekskl. habilitering) var det flest kontakter per pasient blant de eldste (12,2), et antall som var omtrent dobbelt så høyt som blant barna i yngste aldersgruppe. Det var betydelig større variasjon i antall kontakter per pasient innen psykisk helsevern (ekskl. habilitering) sammenlignet med habilitering eller oppfølging i somatisk sektor som ikke var klassifisert som habilitering.

Døgnpasienter og oppholdsøgn

Figur 6.6 viser andelen av habiliteringspasientene med utviklingshemming som ble utskrevet fra døgnopphold i spesialisthelsetjenesten i 2022, etter alder og grad av utviklingshemming. Totaltall inkluderer også barna som ikke har en registrert grad av utviklingshemming. Det er ikke skilt på grad av utviklingshemming blant barna i yngste aldersgruppe på grunn av lavt antall.

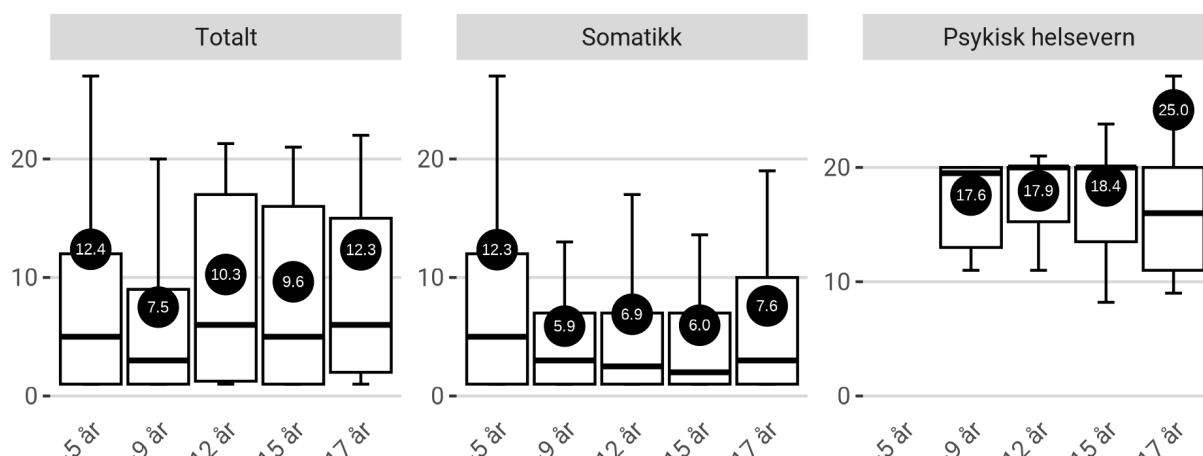


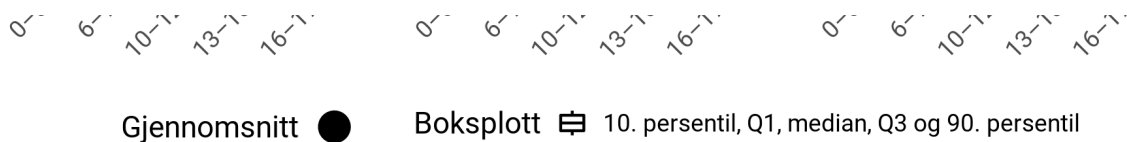
Figur 6.6: Andel av habiliteringspasientene med utviklingshemming som ble utskrevet fra døgnopphold i spesialisthelsetjenesten i 2022.

Totalt 23 prosent av barna hadde vært på døgnopphold i spesialisthelsetjenesten i 2022. Denne andelen varierte fra 40 prosent blant barna i alderen 0-5 år til rundt 20 prosent i øvrige aldersgrupper. Gruppen med alvorlig/dyp utviklingshemming hadde totalt sett høyest andel med døgnopphold. Blant disse barna var om lag en tredjedel av 6-9-åringene på døgnopphold i 2022, mens andelen var litt lavere blant de eldre barna.

Døgnopphold blant pasientene med utviklingshemming var hovedsakelig i somatisk sektor. I den yngste aldersgruppen var totalt 40 prosent på døgnopphold der, sammenlignet med 17-18 prosent i øvrige aldersgrupper. Andelen var rundt dobbelt så høy blant barna med alvorlig/dyp utviklingshemming som blant barna med lettere utviklingshemming. Innleggelser i psykisk helsevern var mer utbredt hos de eldre barna, og blant de med lett eller moderat psykisk utviklingshemming. Totalt ble 5,5 prosent av barna mellom 10 og 17 år utskrevet fra døgnopphold i psykisk helsevern i 2022.

Figur 6.7 viser antall oppholdsøgn per døgnpasient blant pasientene med utviklingshemming.





Figur 6.7: Antall oppholdsdøgn i spesialisthelsetjenesten i 2022 per pasient med utviklingshemming som ble utskrevet fra døgnoophold, etter aldersgruppe.

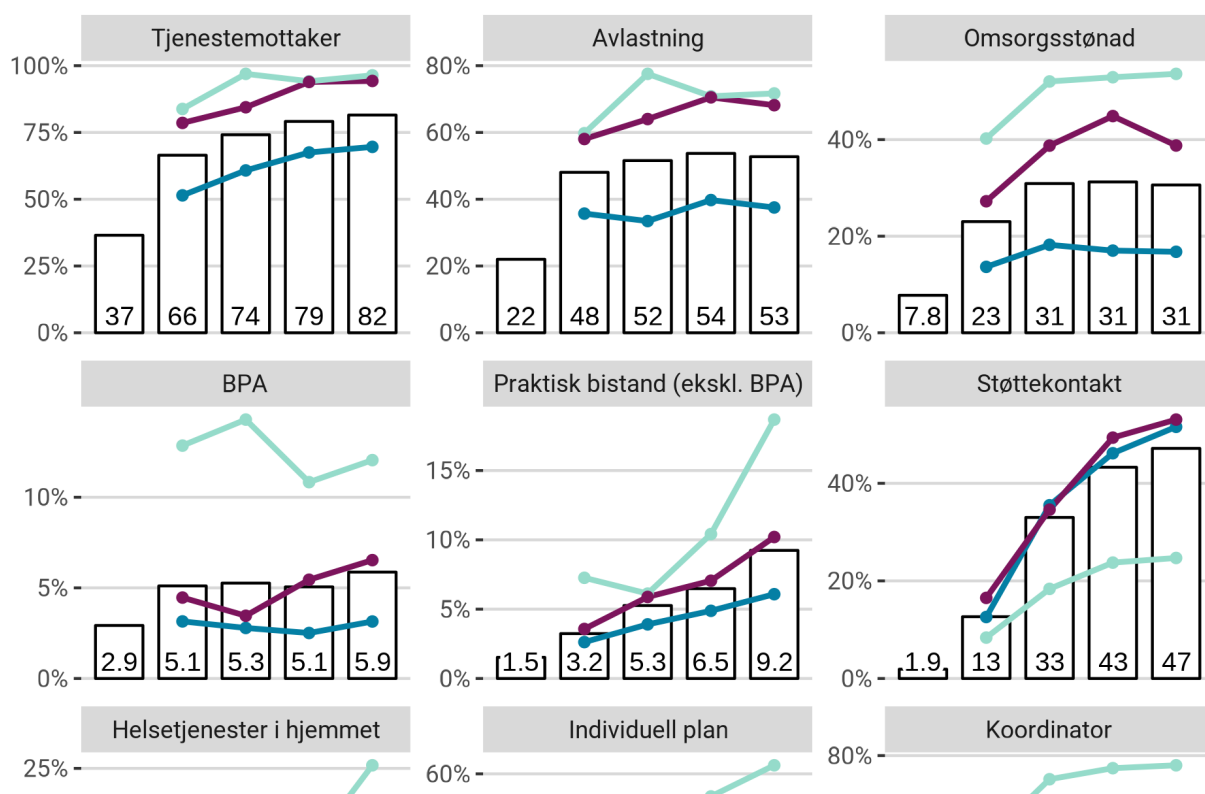
Totalt var det flest oppholdsdøgn i snitt per pasient blant barna i yngste og eldste aldersgruppe (litt over 12 døgn). Det laveste antallet, 7,5 døgn, var blant barna i 6–9-årsalderen. Gjennomsnittlig oppholdsdøgn per utskrevet pasient var 8,0 i somatisk sektor og 19,4 i psykisk helsevern. I somatisk sektor var døgnene mer skjevt fordelt, og medianen var kun 3 oppholdsdøgn, sammenlignet med 20 i psykisk helsevern.

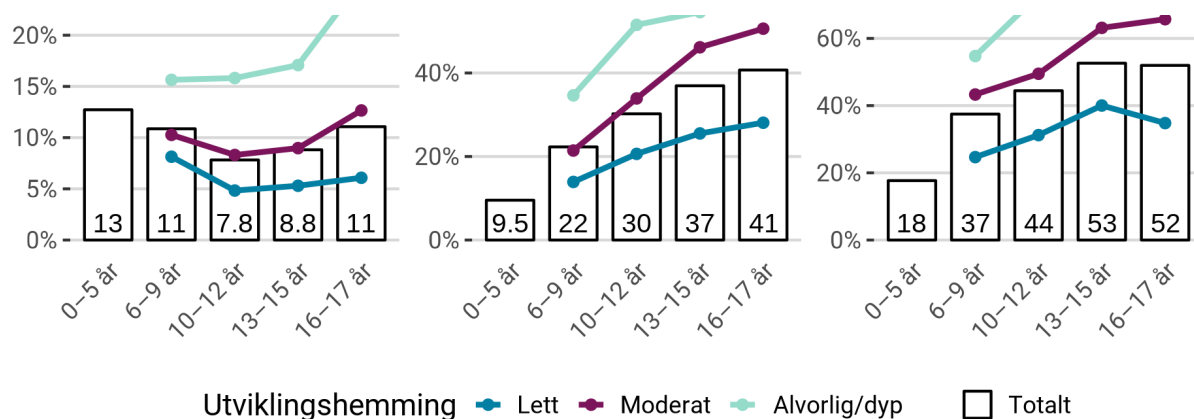
[44] En dag- eller poliklinisk kontakt regnes som habilitering dersom minst ett av følgende kriterier er oppfylt:

- Den har episodefag-kode 233 («Habilitering barn og unge») eller 234 («Habilitering voksne»).
- Aktiviteten er organisert under en avdeling, seksjon eller enhet for pasienter med habiliteringsbehov, inkludert spesialiserte autismeteam
- Episoden er kodet med hoved- eller bidiagnose for utviklingshemming, cerebral parese eller autismespekterforstyrrelse.

Bruk av kommunale helse- og omsorgstjenester

Figur 6.8 viser andelen av habiliteringspasientene med utviklingshemming som har mottatt ulike typer kommunale helse- og omsorgstjenester i 2022, etter aldersgrupper og grad av utviklingshemming. Totaltall inkluderer også barna som ikke har en registrert grad av utviklingshemming. Det er ikke skilt på grad av utviklingshemming blant barna i yngste aldersgruppe på grunn av lavt antall.





Figur 6.8: Andel av habiliteringspasientene med utviklingshemming som har mottatt ulike kommunale helse- og omsorgstjenester i 2022, etter alder og grad av utviklingshemming.

Av de totalt 6 088 pasientene med utviklingshemming mottok 4 265 én eller flere kommunale tjenester i 2022, noe som tilsvarer 70 prosent. Andelen økte etter alder fra 37 prosent blant barna i alderen 0–5 år til 82 prosent blant 16- og 17-åringene. Det var forskjeller etter grad av utviklingshemming. Nesten alle barna i alderen 13–17 år med moderat eller alvorlig/dyp utviklingshemming mottok kommunale tjenester, sammenlignet med rundt 70 prosent av de med lettere utviklingshemming.

Avlastning var den vanligste tjenesten for barna med utviklingshemming, og ble totalt mottatt av omkring halvparten. 22 prosent av barna i alderen 0–5 år fikk avlastning, 48 prosent av barna i alderen 6–9 år, og litt over halvparten av barna som var 10 år eller eldre. Grad av utviklingshemming hadde sammenheng med mottak av avlastning, som oftere ble gitt for barn med moderat, alvorlig eller dyp utviklingshemming.

Støttekontakt var en tjeneste som i størst grad ble gitt etter fylte 10 år. 33 prosent av barna i alderen 10–12 år hadde støttekontakt, og andelen var høyest blant 16- og 17-åringene (47 prosent). Tjenesten ble i større grad gitt til barna med moderat eller lett utviklingshemming enn de som hadde alvorlig/dyp utviklingshemming. Blant sistnevnte gruppe i alderen 16–17 år mottok 25 prosent støttekontakt, sammenlignet med litt over halvparten av barna i samme alder med lett eller moderat utviklingshemming.

Tjenesten omsorgsstønning ble gitt for rundt 3 av 10 av barna i alderen 10 år eller eldre. Andelen med omsorgsstønning var lavere blant de yngre barna og varierte betydelig etter grad av utviklingshemming. Omsorgsstønning ble gitt for litt over halvparten av barna med alvorlig/dyp utviklingshemming som var 10 år eller eldre, sammenlignet med under 2 av 10 av barna med lettere utviklingshemming i samme aldersgruppe.

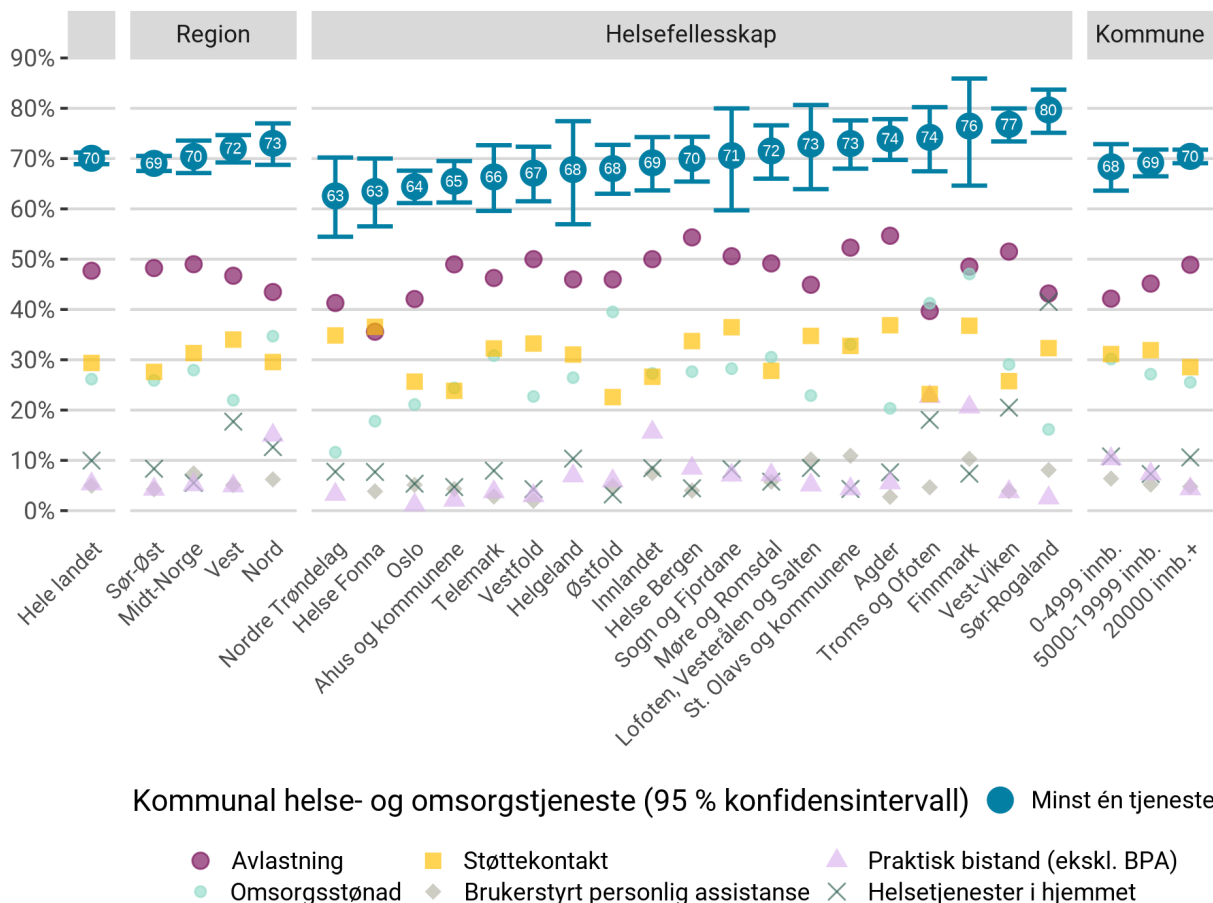
Helsetjenester i hjemmet var totalt sett mest utbredt blant de yngste og eldste barna, hvorav henholdsvis 13 og 11 prosent mottok dette. Andelen var høyest blant barna med alvorlig/dyp utviklingshemming i alderen 16–17 år (25 prosent).

BPA ble i størst grad mottatt av barna med alvorlig/dyp utviklingshemming, der mellom 11 og 14 prosent av barna i ulike aldersgrupper fikk denne tjenesten. Praktisk bistand ikke organisert som BPA, ble mottatt av 19 prosent av barna med alvorlig/dyp utviklingshemming i alderen 16–17 år, og var mindre utbredt i øvrige grupper.

Totalt 29 prosent hadde en individuell plan og 43 prosent hadde en koordinator. Andelen med individuell plan økte etter alder, fra 9,5 prosent av barna i alderen 0–5 år til 41 prosent av 16- og 17-åringene. Andelen var også høyest blant barna med alvorlig/dyp utviklingshemming. Blant denne gruppen hadde 62 prosent av barna i alderen 16–17 år individuell plan, mot 26 prosent av de med lettere utviklingshemming.

Det var mer utbredt å ha koordinatør enn individuell plan. Blant barna som var 13 år eller eldre hadde litt over halvparten en koordinatør i 2022. Dersom vi ser på barna med alvorlig/dyp utviklingshemming i denne aldersgruppen gjaldt det nesten 80 prosent.

Figur 6.9 viser andelen med utviklingshemming som mottok tjenester totalt i kommunen, og andelen som mottok utvalgte enkelttjenester, etter helseregion, helsefelleskap og kommune.



Figur 6.9: Andel av habiliteringspasientene med utviklingshemming som mottok helse- og omsorgstjenester i kommunen i 2022 (gitt fem eller flere mottakere), etter kommune, region og helsefelleskap.

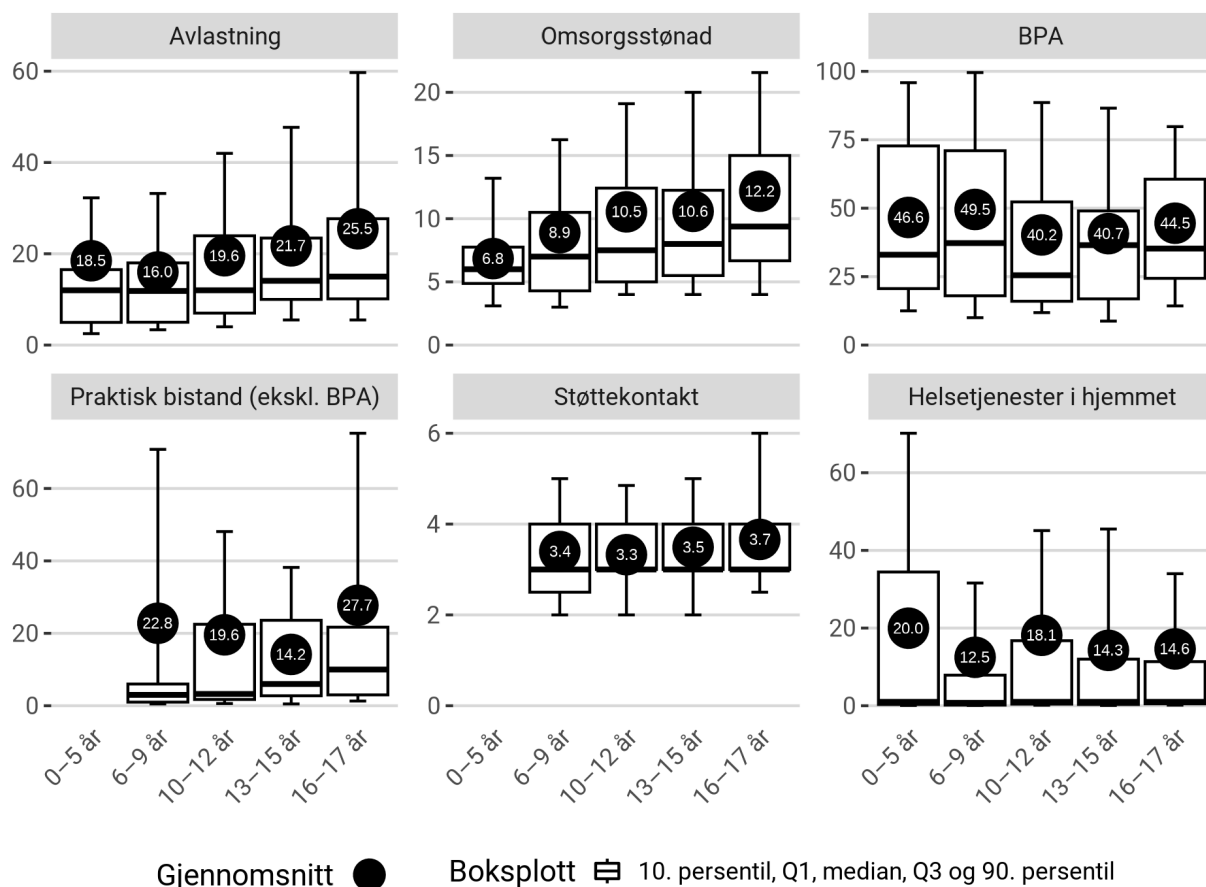
Til sammen mottok 70 prosent av barna med utviklingshemming en kommunal tjeneste i 2022, og andelen var høyest i Helse Nord (73 prosent) og lavest i Helse Sør-Øst (69 prosent). Det var få signifikante forskjeller mellom helsefelleskapene, selv om figuren viser en del variasjon. Sør-Rogaland hadde den høyeste andelen tjenestemottakere (80 prosent), mens den laveste andelen på 63 prosent var blant barna bosatt i Nordre Trøndelag og Helse Fonna.

For tjenesten avlastning varierte andel mottakere fra 36 prosent av barna i Helse Fonna til 55 prosent i Agder. I Finnmark ble det mottatt omsorgsstønad for 47 prosent av barna. Denne andelen var omtrent 4 ganger så høy som i Nordre Trøndelag, som var området med lavest andel mottakere av omsorgsstønad. Det var 23 prosent som hadde støttekontakt i Østfold, samt Troms og Ofoten, sammenlignet med 37 prosent i Helse Fonna, Agder og Finnmark. Helsefelleskapene Troms og Ofoten, samt Finnmark, skilte seg ut når det gjaldt praktisk bistand med høyest andel mottakere. Litt mer enn en femtedel i disse helsefelleskapene fikk praktisk bistand (ekskl. BPA) i 2022. Til sammenligning gjaldt dette kun 1 prosent av barna i Oslo. Sør-Rogaland skilte seg ut med den høyeste andelen mottakere av helsetjenester i hjemmet (42 prosent), som var over dobbelt så høy som i Vest-Viken der andelen var nest høyest. Til sammenligning mottok 5 prosent eller mindre helsetjenester i hjemmet i Åhus og kommunene, Helse Bergen, Oslo, Østfold, St. Olavs og kommunene, samt Vestfold. Totalt hadde 5 prosent brukerstyrt

personlig assistanse (BPA), og St. Olavs og kommunene hadde høyest andel mottakere av dette (11 prosent).

Resultatene viser noe variasjon i bruk av tjenestene etter kommunestørrelse. Det var en økning i andelen mottakere av avlastning etter kommunestørrelse. Mønsteret var stort sett motsatt for øvrige tjenester, med lavest andel i de største kommunene. Unntaket var helsetjenester i hjemmet, der andelen var omtrent like høy i de største som i de minste kommunene.

Figur 6.10 viser timer per uke for ulike tjenester blant barna med utviklingshemming som mottok tjenestene per 31.12.2022.



Figur 6.10: Antall timer per uke innvilget for ulike helse- og omsorgstjenester blant barna med utviklingshemming som mottok tjenestene per 31.12.2022.

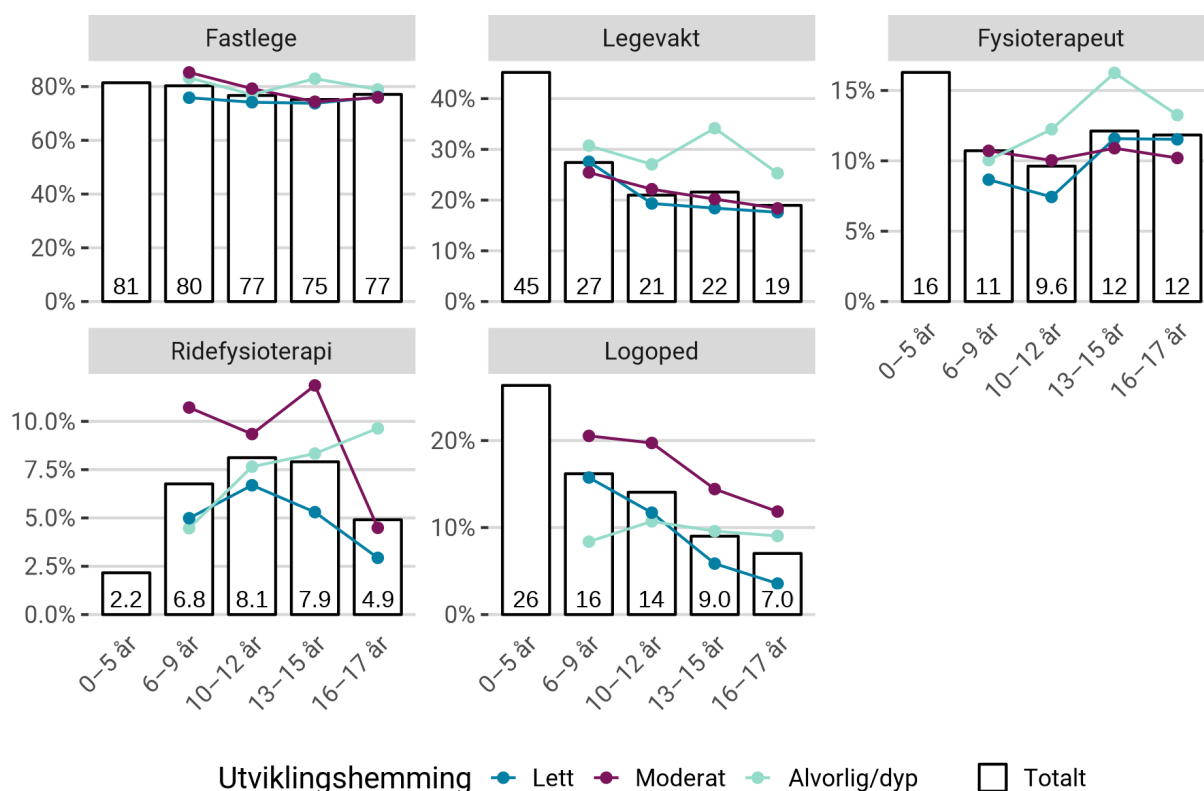
Gjennomsnittlig timer per uke var høyest for tjenesten BPA. Flest timer i snitt med BPA hadde barna i alderen 6-9 år (49,5 timer), etterfulgt av barna mellom 0-5 år (46,6 timer). Barna med BPA i eldre aldersgrupper mottok i snitt mellom 40 og 45 timer per uke med dette. Mottakerne av praktisk bistand (ekskl. BPA) i alderen 16-17 år fikk i snitt 27,7 timer per uke med dette. Timeantallet i øvrige aldersgrupper var noe lavere.

Det var en økning etter alderen i antall timer man fikk omsorgsstønad for, fra 6,8 timer i snitt for barna i alderen 0-5 år til 12,2 timer for barna i alderen 16-17 år. Gjennomsnittlig antall timer per uke med avlastning varierte fra 16 timer for barna i alderen 6-9 år til 25,5 timer for barna i alderen 16-17 år. Det var ganske små variasjoner i gjennomsnittlig antall timer med støttekontakt per uke mellom aldersgruppene (mellom 3,3 og 3,7 timer).

Gjennomsnittlig timer per uke med helsetjenester i hjemmet var høyest blant de yngste (20 timer), men medianverdien var lav og omkring 1 time på tvers av aldersgruppene.

Bruk av lege, fysioterapi og logoped

Figur 6.11 viser andel av pasientene med utviklingshemming som har hatt konsultasjon hos fastlege, legevakt, fysioterapeut, ridefysioterapeut og logoped i 2022. Mange av barna, 78 prosent, var på en eller flere konsultasjoner hos fastlegen i 2022. Videre var 25 prosent på legevakten. Fysioterapi ble benyttet av totalt 12 prosent, mens 6 prosent hadde vært på ridefysioterapi. Til sammen 14 prosent hadde hatt konsultasjon hos logoped.



Figur 6.11: Andel av habiliteringspasientene med utviklingshemming som har hatt konsultasjoner i 2022, etter alder og grad av utviklingshemming.

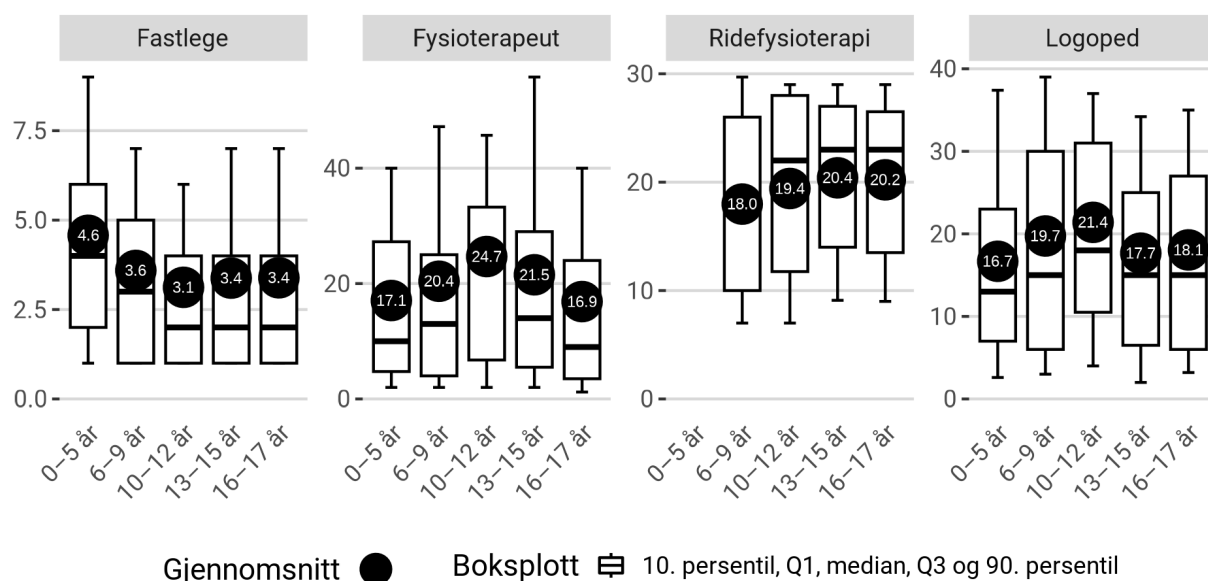
Av barna under 10 år hadde ca. 80 prosent minst én konsultasjon hos fastlege i 2022. Denne andelen var litt lavere blant barna i eldre aldersgrupper (mellom 75 og 77 prosent). Det var relativt små forskjeller etter grad av utviklingshemming.

De yngste barna hadde i størst grad vært i kontakt med legevakt (45 prosent), mens dette gjaldt mellom 19 og 27 prosent av barna i eldre aldersgrupper. Fra 10-årsalderen var andelen høyest blant barna med alvorlig eller dyp utviklingshemming.

Videre var 16 prosent av barna i alderen 0–5 år på minst én konsultasjon hos fysioterapeut i 2022. I eldre aldersgrupper gjaldt dette mellom 9 og 12 prosent. Fra 10-årsalderen var andelen som hadde hatt konsultasjon hos fysioterapeut høyest blant barna med alvorlig/dyp utviklingshemming. Ridefysioterapi var mest utbredt blant barna mellom 10 og 15 år, hvorav rundt 8 prosent hadde fått dette, og andelen var høyst blant barna med moderat psykisk utviklingshemming.

Logoped ble i 2022 benyttet av 26 prosent i alderen 0–5 år. Det var mindre utbredt hos eldre barn, og blant 16- og 17-åringene hadde 7 prosent vært på konsultasjon hos logoped. I alle aldersgrupper var andelen som hadde vært til logoped høyest blant barna med moderat utviklingshemming.

Figur 6.12 viser gjennomsnittlig antall konsultasjoner per pasient med utviklingshemming som har vært hos fastlege, legevakt, fysioterapeut, ridefysioterapeut og logoped i 2022.



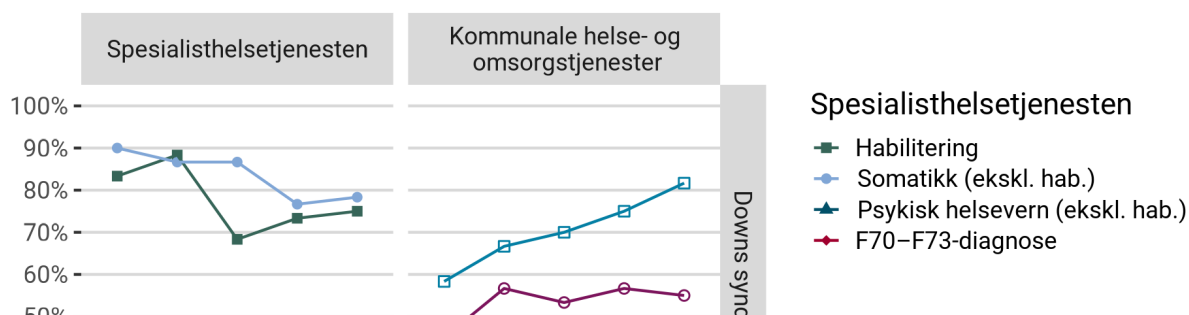
Figur 6.12: Antall konsultasjoner per tjenestemottaker i 2022 blant barna med utviklingshemming. Antall konsultasjoner per pasient som hadde vært til fastlegen var høyest blant barna i alderen 0–5 år (4,6). I øvrige aldersgrupper varierte tallet mellom 3,1 og 3,6. Fordelingen av konsultasjoner hos legevakt ble ikke inkludert i figuren her, eller i kapitlene for autismespekterforstyrrelse og cerebral parese, ettersom den i liten grad varierte mellom pasientgrupper.

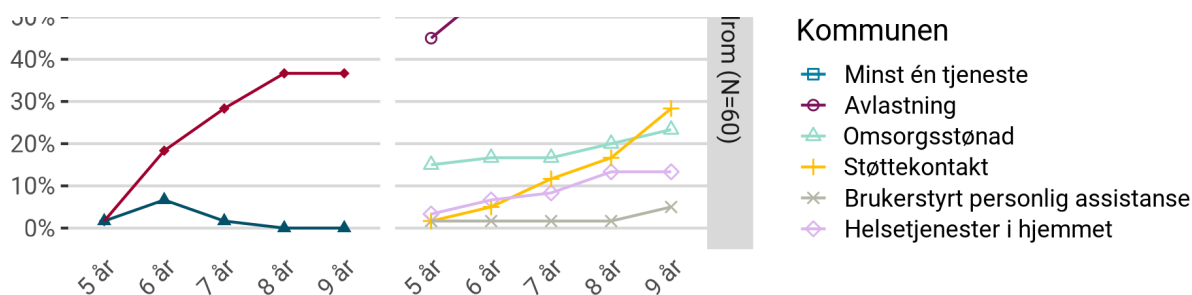
Fysioterapi var området med flest konsultasjoner per pasient. Antallet var høyest blant barna i alderen 10–12 år, som hadde 24,7 konsultasjoner per pasient. For ridefysioterapi var det flest konsultasjoner per pasient blant barna i alderen 13–17 år (overkant av 20).

For barna som hadde vært til logoped varierte antall konsultasjoner per pasient fra 16,7 blant de i 0–5-årsalderen, til 21,4 blant 10–12 åringerne.

Bruk av utvalgte tjenester i forløp

Figur 6.13 viser andelen mottakere av ulike tjenester blant barna med Downs syndrom som var fem år i 2018, samt andel med registrert grad av psykisk utviklingshemming (ICD-10: F70–F73). Dette var 5-åringer i 2018 som mottok spesialisthelsetjenester med Downs syndrom som hoved- eller bidiagnose i løpet av perioden 2018–2022. Dersom vi ser på hvor mange som var registrert med grad av psykisk utviklingshemming gjaldt dette nesten ingen i 2018, sammenlignet med nesten 4 av 10 i 2022 når barna var ni år.



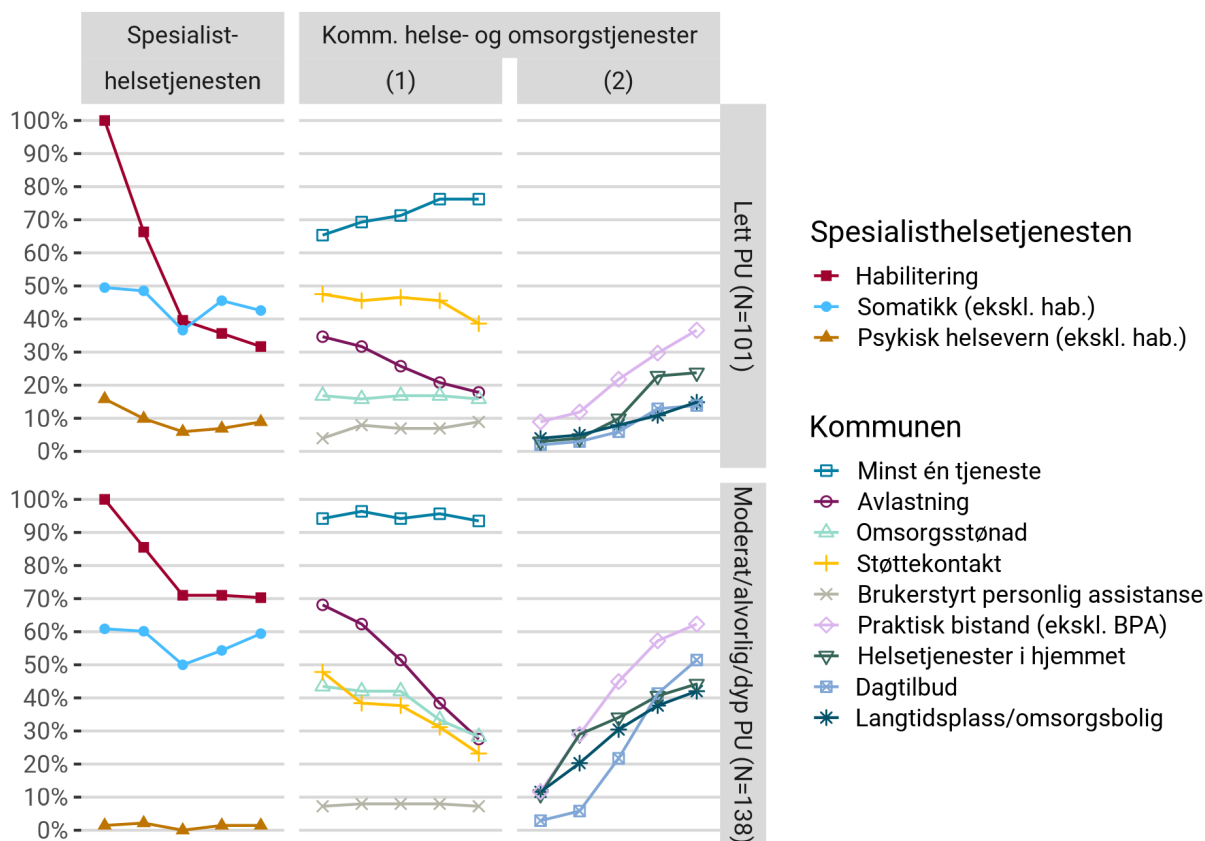


Figur 6.13: Helsetjenester i spesialisthelsetjenesten og kommunen hos habiliteringspasienter med Downs syndrom, som var 5 år i 2018, fram til 2022.

Andelen som fikk habilitering[45] i spesialisthelsetjenesten var høyest ved 6 års alder (88 prosent) og lavest ved 7 års alder (68 prosent). Videre mottok 90 prosent av barna spesialisthelsetjenester i somatisk sektor som ikke var klassifisert som habilitering ved 5 års alder. Denne andelen sank med alderen og året de var 8 eller 9 fikk i underkant 80 prosent dette. Det var lite utbredt med oppfølging innen psykisk helsevern (ekskl. habilitering).

6 av 10 av barna med Downs syndrom mottok én eller flere kommunale tjenester i 2018 da de var 5 år. Denne andelen økte med alderen, og ved 9 års alder fikk om lag 8 av 10 en kommunal tjeneste. Avlastning var den vanligste tjenesten for barna med Downs syndrom gjennom hele forløpet. Ved 5 års alderen ble det gitt avlastning for 45 prosent av barna, mens dette gjaldt mellom 53 og 57 prosent av barna senere i forløpet. Omsorgsstønad ble gitt for 15 prosent av barna ved 5 års alder, og økte deretter til 23 prosent ved 9 års alder. Tjenesten støttekontakt ble mer utbredt desto eldre barna var, og ved 9 års alder hadde nesten 3 av 10 en støttekontakt. Andelen som fikk helsetjenester i hjemmet økte også, og var 13 prosent som 9-åringer. Det var få som hadde brukerstyrt personlig assistanse (BPA).

Figur 6.14 viser andelen mottakere av ulike tjenester blant barn med utviklingshemming som mottok habilitering i spesialisthelsetjenesten som 17-åringer i 2018, skilt på grad av utviklingshemming. Figuren viser hvordan andelen utvikler seg blant disse barna hvert år i femårsperioden.



17 år 18 år 19 år 20 år 21 år 17 år 18 år 19 år 20 år 21 år 17 år 18 år 19 år 20 år 21 år

Figur 6.14: Helsetjenester i spesialisthelsetjenesten og kommunen hos habiliteringspasienter med utviklingshemming som var 17 år i 2018, fram til 2022.

Alle barna hadde altså habilitering i spesialisthelsetjenesten da de var 17 år, og denne andelen gikk betydelig ned de påfølgende årene. Blant barna med lett utviklingshemming fikk rundt 3 av 10 habilitering i 2022, året de ble 21. Dette gjaldt flere av barna med moderat eller alvorlig/dyp utviklingshemming, der rundt 7 av 10 mottok habilitering i hvert av årene fra de var 19 til 21.

Andelen mottakere av spesialisthelsetjenester som ikke var habilitering i somatisk sektor i 2018 var 50 prosent blant barna med lett utviklingshemming og 61 prosent blant barna med moderat eller alvorlig/dyp utviklingshemming. Etter hvert som barna ble eldre, gikk andelen noe ned og var lavest ved 19 års alder. Året de fylte 21 mottok 43 prosent av barna med lett utviklingshemming, og 59 prosent av barna med moderat eller alvorlig/dyp utviklingshemming, oppfølging i somatisk sektor (ekskl. habilitering).

Det var først og fremst barna med lett utviklingshemming som hadde mottatt oppfølging innen psykisk helsevern (ekskl. habilitering). I 2018, da vi var 17 år, gjaldt det 16 prosent av barna, før andelen ble redusert til i underkant av 10 prosent i de påfølgende årene.

De aller fleste (mellom 93 og 96 prosent) av barna med moderat eller alvorlig/dyp utviklingshemming mottok én eller flere kommunale tjenester hvert år i forløpet. Blant barna med lettere utviklingshemming mottok 65 prosent kommunale tjenester ved 17 års alder, mens det gjaldt 76 prosent når barna ble 20–21 år. For begge gruppene økte andelen med praktisk bistand (ekskl. BPA), helsetjenester i hjemmet, dagtilbud og langtidsplass/omsorgsbolig gjennom forløpet, samtidig som andelen med tjenestene avlastning og støttekontakt ble redusert. Det var størst endring i bruk av disse tjenestene hos gruppen med moderat eller alvorlig/dyp utviklingshemming, og blant dem var det også en nedgang over tid i andelen med omsorgsstønad.

Ved 21 års alder hadde 39 prosent av de med lettere utviklingshemming støttekontakt, sammenlignet med 23 prosent av de med moderat eller alvorlig/dyp utviklingshemming. Praktisk bistand (ekskl. BPA), omsorgsstønad, dagtilbud og langtidsplass/omsorgsbolig var betraktelig mer utbredt blant sistnevnte gruppe enn de med lettere utviklingshemming.

[45] Se kapittel 2 "Om utvalget" for nærmere definisjon av habilitering i denne rapporten.

Helsetjenester ved autismespekterforstyrrelse

Autismespekterforstyrrelse innebærer en sosial funksjonsnedsettelse, og er kjennetegnet av vedvarende vansker med å starte eller opprettholde gjensidig sosialt samspill og kommunikasjon, kombinert med begrensede interesseområder og ofte repeterende og uflexible atferdsmønstre.[46] I ICD-11 skal diagnosen også spesifiseres med hvorvidt det foreligger utviklingshemming og/eller svekket funksjonelt språk, som er evnen til å bruke språk til instrumentelle formål.[47]

Diagnosegruppen omtales i ICD-10 som «gjennomgripende utviklingsforstyrrelser», og har diagnosekoden F84, som består av åtte under typer. Av disse har vi definert alle innenfor vårt autisme-utvalg, med unntak av Retts syndrom (ICD-10-kode F84.2), ettersom diagnosen er utenfor autismespekteret i ICD-11. Flest pasienter diagnostiseres med enten barneautisme eller Aspergers syndrom. Felles for de to diagnosene er kvalitativt svikt i sosialt samspill og repetitiv, begrenset, ensformig atferd.[48] Ved barneautisme er det i tillegg avvikende språklig fungering, og det er et kriterium at symptomene skal ha vært tydelige før treårsalderen. Omtrent tre av fire med barneautisme har også psykisk utviklingshemming.[49] Ved Aspergers syndrom er det derimot ikke en klinisk signifikant generell forsinkelse i språk eller kognitiv utvikling, og tilstanden blir i noen sammenhenger omtalt som «høytfungerende autisme».

Vi vil også vise mer detaljerte tall for to andre diagnoser: atypisk autisme og uspesifisert gjennomgripende utviklingsforstyrrelse – som heretter omtales som uspesifisert ASF. Atypisk autisme skiller seg fra barneautisme enten ved senere debutalder eller ved at kun to av tre barneautisme-kriterier er oppfylt. Funksjonsnivået er typisk lavere enn ved Aspergers syndrom. Ved uspesifisert ASF passer symptombildet med en gjennomgripende utviklingsforstyrrelse, men motstridende funn eller mangel på informasjon gjør at en annen F84-diagnose ikke kan settes.

[46] Se [Store norske leksikon](#).

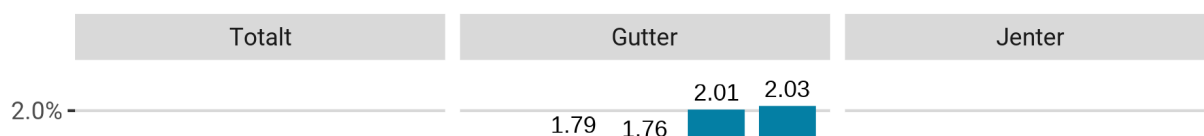
[47] Se [ICD-11-beskrivelsen av autismespekterforstyrrelse](#).

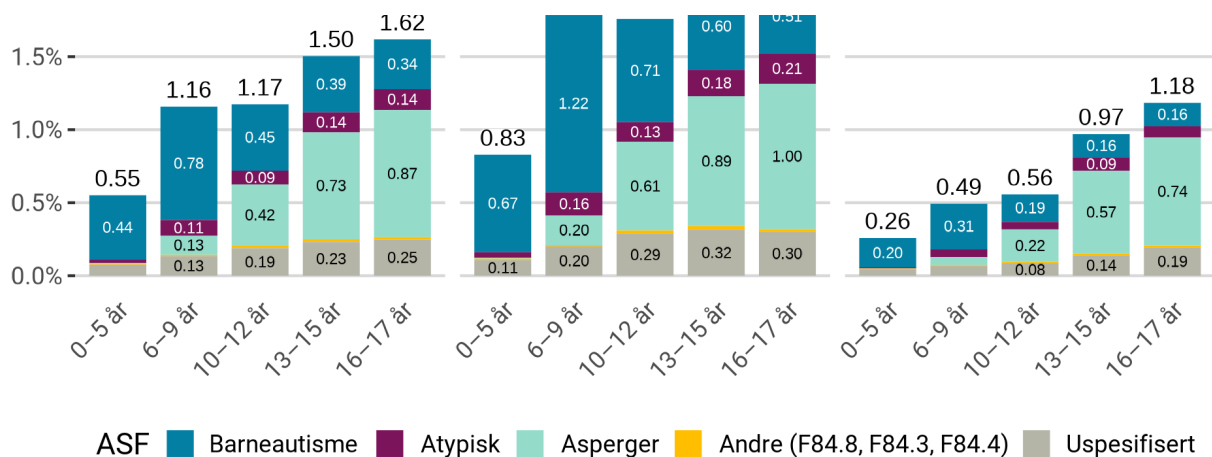
[48] Omtalen av diagnostiske retningslinjer for barneautisme, Aspergers syndrom, atypisk autisme og uspesifisert gjennomgripende utviklingsforstyrrelse bygger på beskrivelsen i [Blåboka](#).

[49] Se for eksempel [NAKU sin artikkel om psykisk helse hos personer med autisme og utviklingshemming](#) eller [Fombonne \(2005\)](#).

Om habiliteringspasientene med autismespekterforstyrrelse

Figur 7.1 viser hvor stor prosentandel habiliteringspasientene med autismespekterforstyrrelse utgjør av befolkningen, etter undergrupper, kjønn og alder. Totalt var det 12 162 barn med en diagnose som indikerte autismespekterforstyrrelse av habiliteringspasientene – noe som tilsvarer 1,09 prosent av befolkningen under 18 år.





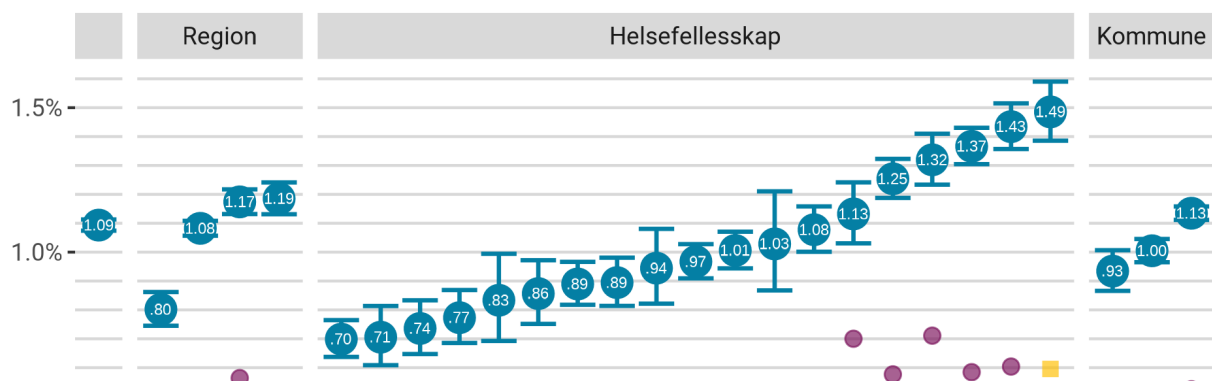
Figur 7.1: Prosentandel med diagnosen autismspekterforstyrrelse av befolkningen, etter undergrupper, kjønn og alder.

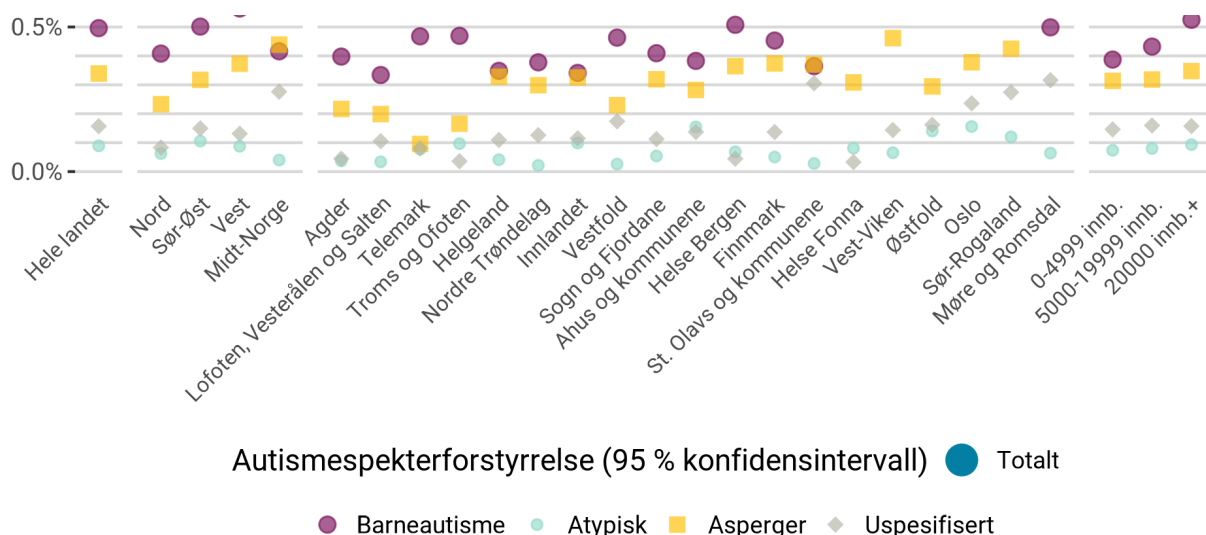
Habiliteringspasientene med autismspekterforstyrrelse omfattet 0,55 prosent av barna i alderen 0–5 år og 1,62 prosent av barna i eldste aldersgruppe (16–17 år). Blant pasientene under 10 år hadde i overkant 7 av 10 barneautisme. Ved 10–12 års alder var det cirka like mange pasienter med barneautisme og Aspergers syndrom, og i alderen 13–17 år hadde om lag halvparten av ASF-pasientene Aspergers syndrom.

Prosentandelen registrert med diagnosen barneautisme (2018–2022) var mer enn dobbelt så høy i aldersgruppen 6–9 år som 16–17 år. Det har sammenheng med at i aldersgruppen 6–9 år, men ikke hos 16- og 17-åringene, vil diagnosen ofte bli registrert i forbindelse med utredning og tidlig oppfølging. En annen forklaringsfaktor kan være at økt bevissthet og kjennskap til autisme, gjør at flere barn nå identifiseres tidlig og får en barneautisme-diagnose.

Forholdet mellom gutter og jenter med diagnostisert autismediagnose i Norge ved åtte års alder er tidligere rapportert å være 4,4 til 1.[50] Ratioen var også 4 til 1 i en internasjonal metastudie, men ved screening var det 3 til 1.[51] I alderen 0–12 år identifiserte vi 3,5 ganger flere gutter i vårt utvalg enn jenter. Ved 13–17 års alder var imidlertid forholdet kun 2 til 1, som delvis vil skyldes at gutter utredes tidligere. 1,18 prosent av jentene i alderen 16–17 år var registrert med en autisme-diagnose i spesialisthelsetjenesten de siste fem årene, hvorav 8 av 10 var diagnostisert med Aspergers syndrom eller uspesifisert gjennomgripende utviklingsforstyrrelse.

Figur 7.2 viser andelen av befolkningen under 18 år som mottok spesialisthelsetjenester med autismspekterforstyrrelse som hoved- eller bidiagnose – nasjonalt, regionalt og etter bostedsområde. I tillegg inkluderer den tilsvarende tall for hver undertype av autisme. Betydelig færre pasienter med autisme ble identifisert i Helse Nord (0,80 prosent) enn nasjonalt (1,09 prosent). Det relative nivået i Helse Nord var nivået nærmest landsgjennomsnittet for barneautisme (-18 prosent) og lavest for uspesifisert ASF (-47 prosent).





Figur 7.2: Prosentandel med autismespekterforstyrrelse av befolkningen totalt, samt etter kommunestørrelse, region og helsefellesskap.

Mellom helsefellesskapene varierte andelen av befolkningen under 18 år identifisert med autismespekterforstyrrelse fra 0,70 prosent (Agder) til 1,48 prosent (Møre og Romsdal). [52] Konfidensintervallene indikerer at de observerte forskjellene mellom helsefellesskapene i hovedsak ikke skyldes tilfeldig variasjon. Ulik forekomst var særlig synlig ved Aspergers syndrom og uspesifisert gjennomgripende utviklingsforstyrrelse. For Aspergers syndrom varierte identifiserte pasienter fra 0,10 prosent i Telemark til 0,60 prosent av befolkningen under 18 år i Møre og Romsdal. Størst andel av befolkningen under 18 år var diagnostisert med uspesifisert gjennomgripende utviklingsforstyrrelse i Helse Midt-Norge (0,28 prosent), mens andelen var under 0,05 prosent i helsefellesskapene Helse Fonna, Troms og Ofoten, Agder og Helse Bergen.

Tabell 7.1 viser andre registrerte diagnoser blant habiliteringspasientene med autismespekterforstyrrelse i løpet av femårsperioden. Blant barna i yngste aldersgruppe var det lite utbredt med øvrige diagnoser. Den mest utbredte diagnosen var søvnforstyrrelse (8,0 prosent), og noen var registrert med utviklingshemming (5,6 prosent), epilepsi (3,8 prosent) eller en atferdsforstyrrelse/emosjonell lidelse (4,7 prosent).

Tabell 7.1: Andel av habiliteringspasientene med autismespekterforstyrrelse som har mottatt spesialisthelsetjenester med ulike diagnoser som hoved- eller bidiagnose i løpet av femårsperioden, etter aldersgrupper.

Diagnosegruppe	ICD-10	0–5 år	6–9 år	10–12 år	13–15 år	16–17 år
Utviklingshemming	F70–F79, F84.2, Q90, Q93.4, Q93.5	5,6	15,7	13,7	11,0	11,2
Lett	F70	0,2	3,2	3,7	3,9	3,8
Moderat	F71	0,4	3,8	4,1	2,8	3,1
Alvorlig/dyp	F72–F73	0,4	2,7	3,3	2,8	2,8
Annen/uspesifisert		4,7	6,0	2,6	1,4	1,5
Cerebral parese	G80	0,8	0,6	0,9	1,0	1,0
Epilepsi	G40	3,8	5,2	7,1	5,8	5,4
Søvnforstyrrelse	G47	8,0	6,5	3,6	2,4	2,0
Hyperkinetiske forstyrrelser (ADHD)	F90	1,3	14,0	32,9	37,3	34,2
Psykiske lidelser:						

Psykoselidelser	F20–F29	0,0	0,1	0,0	0,9	2,4
Stemningslidelser	F30–F39	0,0	0,0	0,8	4,9	11,6
Angstlidelser	F40–F48	0,8	2,4	7,2	15,9	23,7
Atferdsforstyrrelser og emosjonelle lidelser	F91–F98	4,7	12,1	21,9	25,6	21,9
Pasienter totalt (N)		1855	2868	2304	3023	2112

Hos eldre barn ble gradvis flere og flere andre diagnoser registrert. Blant barna i alderen 10–17 år hadde mer enn en tredjedel ADHD, som var den mest utbredte bidiagnosen. Atferdsforstyrrelser og emosjonelle lidelser (som vanligvis oppstår i barne- og ungdomsalder) var også utbredt, og diagnostisert hos 23 prosent av barna mellom 10 og 17 år. Andelen med en diagnose som indikerte utviklingshemming var mer enn dobbelt så høy blant barna i eldre aldersgrupper sammenlignet med yngste aldersgruppe (0–5 år). Angst- og stemningslidelser ble registrert hos flere og flere med alderen, med en tendens til tidligere debut for angstlidelser. Blant 16- og 17-åringene var 23,7 prosent diagnostisert med en angstlidelse og 11,6 prosent med en stemningslidelse. Forekomsten av psykiske lidelser var høyere hos autismepasienter enn for habiliteringspasientene som helhet og pasientene med utviklingshemming og/eller cerebral parese.

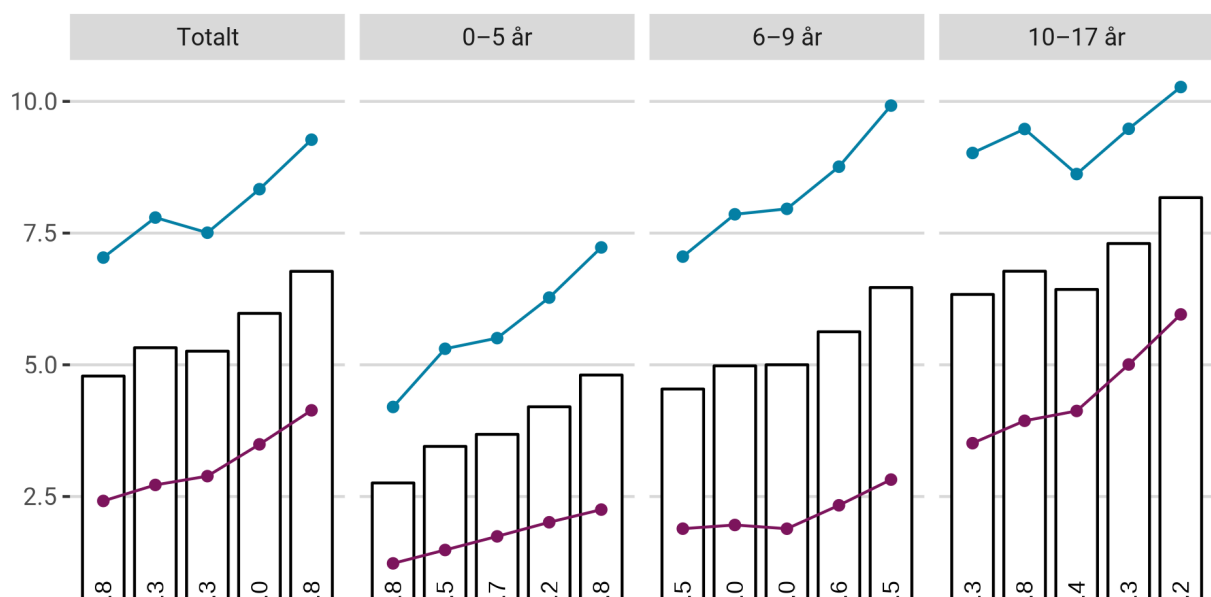
[50] Artikkel: [Diagnostisering av autismespekterforstyrrelser hos barn i Norge](#)

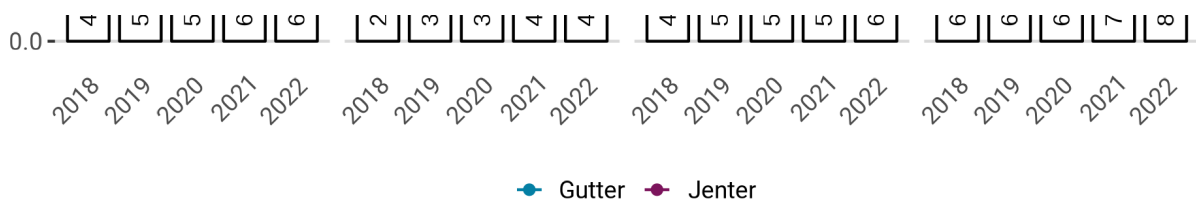
[51] Artikkel: [What Is the Male-to-Female Ratio in Autism Spectrum Disorder? A Systematic Review and Meta-Analysis](#)

[52] Det var sterkt samsvar med [NOU 2020: 1](#) i hvilke områder som hadde høye og lave nivåer.

Bruk av tjenester i spesialisthelsetjenesten

Figur 7.3 viser utviklingen i antall pasienter per 1000 innbyggere som mottok spesialisthelsetjenester med autismespekterforstyrrelse som hoved- eller bidiagnose, etter kjønn og alder mellom 2018 og 2022. Totalt økte raten fra 4,8 til 6,8 i løpet av femårsperioden. Økningen skjedde i alle aldersgruppene. Det var en økning i raten både blant gutter og jenter, men sterkest for gutter under 10 år. Over tid er likevel kjønnsforskjellene redusert. I 2018 mottok 2,9 gutter per jente oppfølging for autismespekterforstyrrelse i spesialisthelsetjenesten, mens forholdet i 2022 var 2,2 til 1.

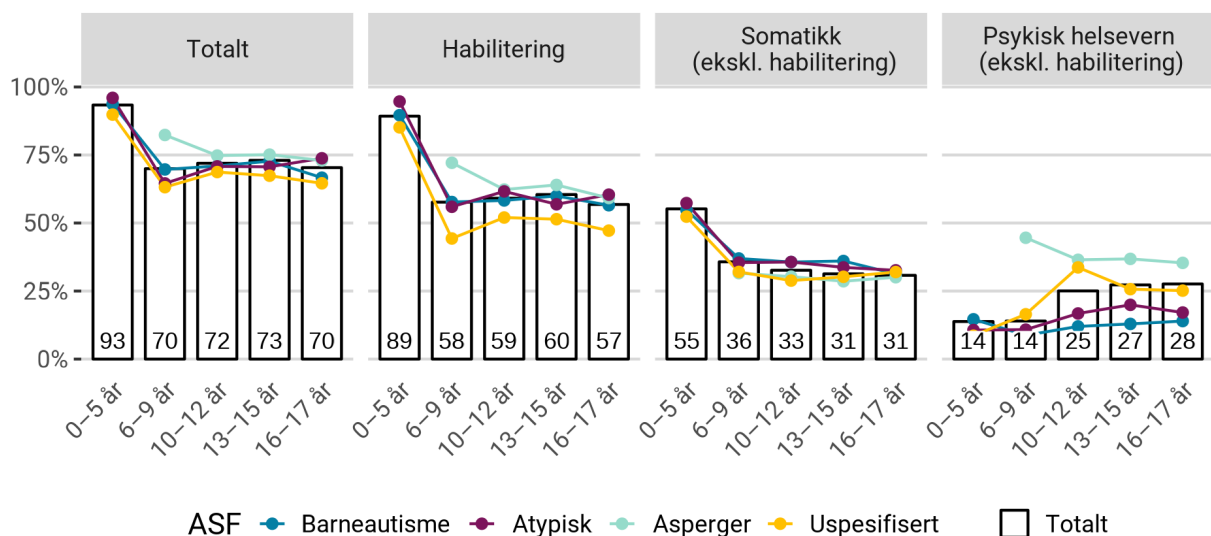




Figur 7.3: Antall som mottok spesialisthelsetjenester med autismespekterforstyrrelse som hoved- eller bidiagnose per 1 000 innbyggere.

Dag- eller poliklinisk kontakt

Figur 7.4 viser andelen av habiliteringspasientene med autismespekterforstyrrelse som hadde én eller flere dag- eller polikliniske kontakter i spesialisthelsetjenesten i 2022, etter alder og autismediagnose.



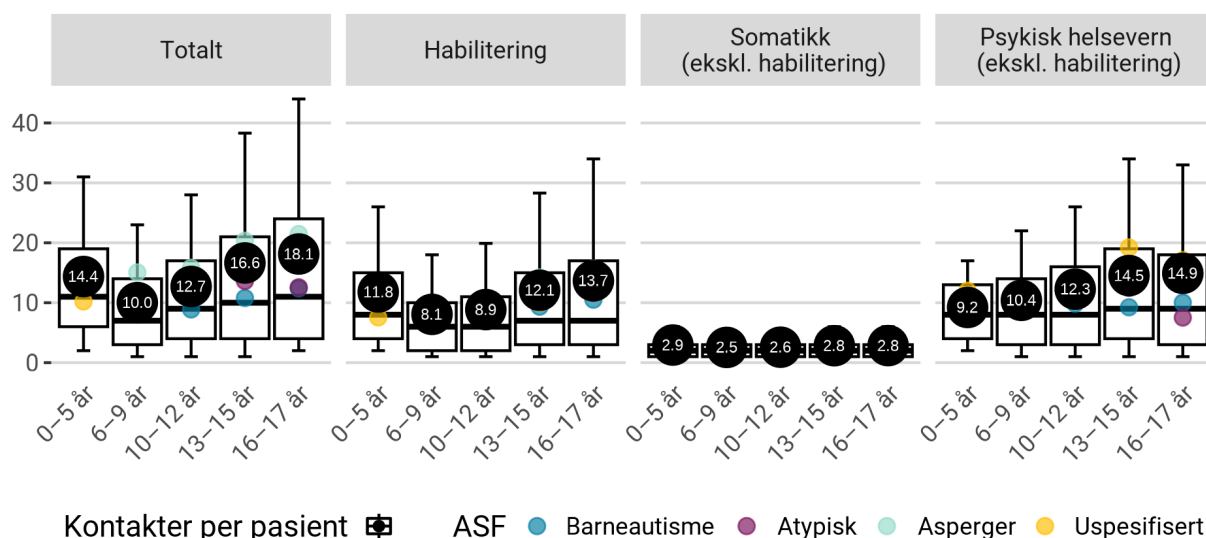
Figur 7.4: Andel av habiliteringspasientene med autismespekterforstyrrelse som hadde én eller flere dag- eller polikliniske kontakter i spesialisthelsetjenesten i 2022.

Totalt 75 prosent mottok dag- eller poliklinisk oppfølging i spesialisthelsetjenesten i 2022. For barna i alderen 0-5 år gjaldt dette 93 prosent. I øvrige aldersgrupper varierte andelen mellom 70 og 73 prosent. Dag- eller poliklinisk habilitering[53] var mest utbredt blant de yngste (0-5 år) og 89 prosent hadde mottatt dette i 2022. I de andre aldersgruppene hadde om lag 60 prosent fått dag- og poliklinisk habilitering. Dag- eller poliklinisk oppfølging i somatisk sektor (ekskl. habilitering) var også mest utbredt blant de yngste (55 prosent), mens mellom 31 og 36 prosent i øvrige aldersgrupper hadde mottatt dette. Dag- eller polikliniske kontakter i psykisk helsevern (ekskl. habilitering), var imidlertid mer vanlig blant de eldre enn yngre barna. Blant 16-17-åringene hadde 28 prosent hatt én eller flere dag- eller polikliniske kontakter i psykisk helsevern (ekskl. habilitering), en andel som var dobbelt så høy som blant barna under 10 år.

Det var størst forskjell mellom diagnosegruppene når det gjaldt dag- eller poliklinisk oppfølging i psykisk helsevern (ekskl. habilitering), der dette var betydelig mer utbredt blant barna med Aspergers syndrom sammenlignet med øvrige. Delvis vil dette reflektere at pasienter med Aspergers syndrom vanligvis følges opp i psykisk helsevern, mens oppfølging av pasienter med barneautisme, oftere gjøres i habiliteringsavdelinger organisert under somatisk sektor.

Figur 7.5 viser antall dag- eller polikliniske kontakter i spesialisthelsetjenesten per pasient med autismespekterforstyrrelse. Totalt hadde pasientene i gjennomsnitt 14,3 kontakter, med flest kontakter i alderen 16-17 år og færrest i alderen 6-9 år. En mer alvorlig autismediagnose var ikke nødvendigvis

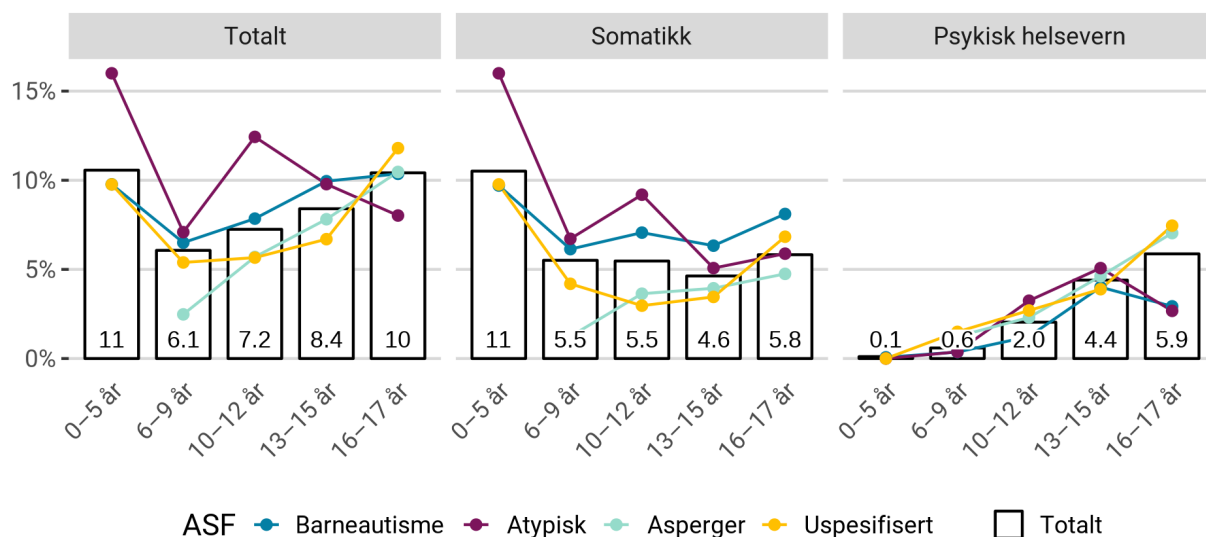
assosiert med flere kontakter. Pasientene med barneautisme hadde i gjennomsnitt 11,4 kontakter, sammenlignet med 19,2 kontakter per pasient med Aspergers syndrom.



Figur 7.5: Antall dag- eller polikliniske kontakter i 2022 per dag- eller polikliniske pasient, blant habiliteringspasientene med autismespekterforstyrrelse.

Døgnpasienter og oppholdsøgn

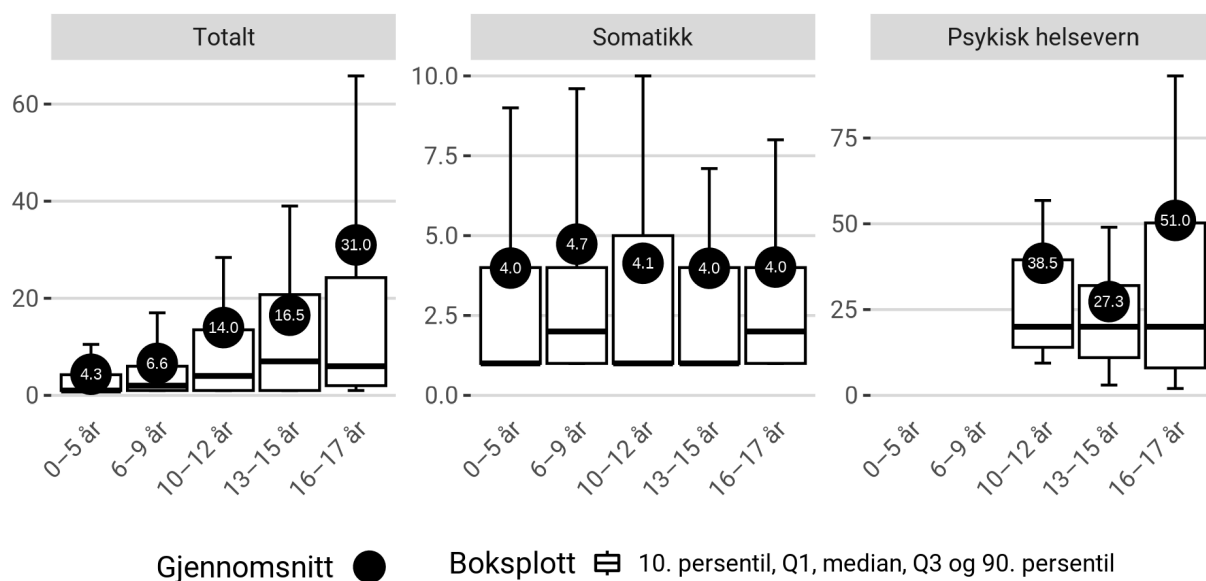
Figur 7.6 viser andelen av habiliteringspasientene med autismespekterforstyrrelse som ble utskrevet fra døgnopphold i spesialisthelsetjenesten i 2022, etter alder og autismediagnose. Til sammen hadde 8 prosent ett eller flere døgnopphold i spesialisthelsetjenesten i 2022, og andelen var høyest blant de yngste (0-5 år) og eldste barna (16-17 år). Døgnopphold i somatisk sektor var omtrent like vanlig som døgnopphold i psykisk helsevern blant barna i alderen 13-17 år. Blant barna i yngre aldersgrupper var det mest utbredt med døgnopphold i somatisk sektor.



Figur 7.6: Andel av habiliteringspasientene med autismespekterforstyrrelse som ble utskrevet fra døgnopphold i spesialisthelsetjenesten i 2022.

Figur 7.7 viser fordelingen av antall oppholdsøgn per døgnpasient med autismespekterforstyrrelse. Det var en økning etter alder i gjennomsnittlig oppholdstid. Barna som var 16-17 år lå i snitt 31 døgn,

sammenlignet med 4,3 døgn blant barna i alderen 0-5 år. Flere oppholdsdøgn blant eldre barn, skyldtes at gradvis flere hadde innleggelser i psykisk helsevern, hvor gjennomsnittlig antall oppholdsdøgn per pasient var vesentlig høyere enn i somatisk sektor.



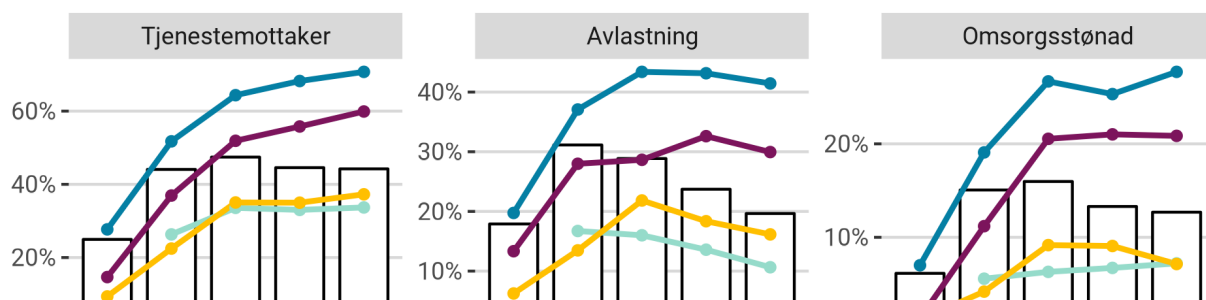
Figur 7.7: Antall oppholdsdøgn i spesialisthelsetjenesten i 2022 per pasient med autismespekterforstyrrelse som ble utskrevet fra døgnopphold, etter aldersgruppe.

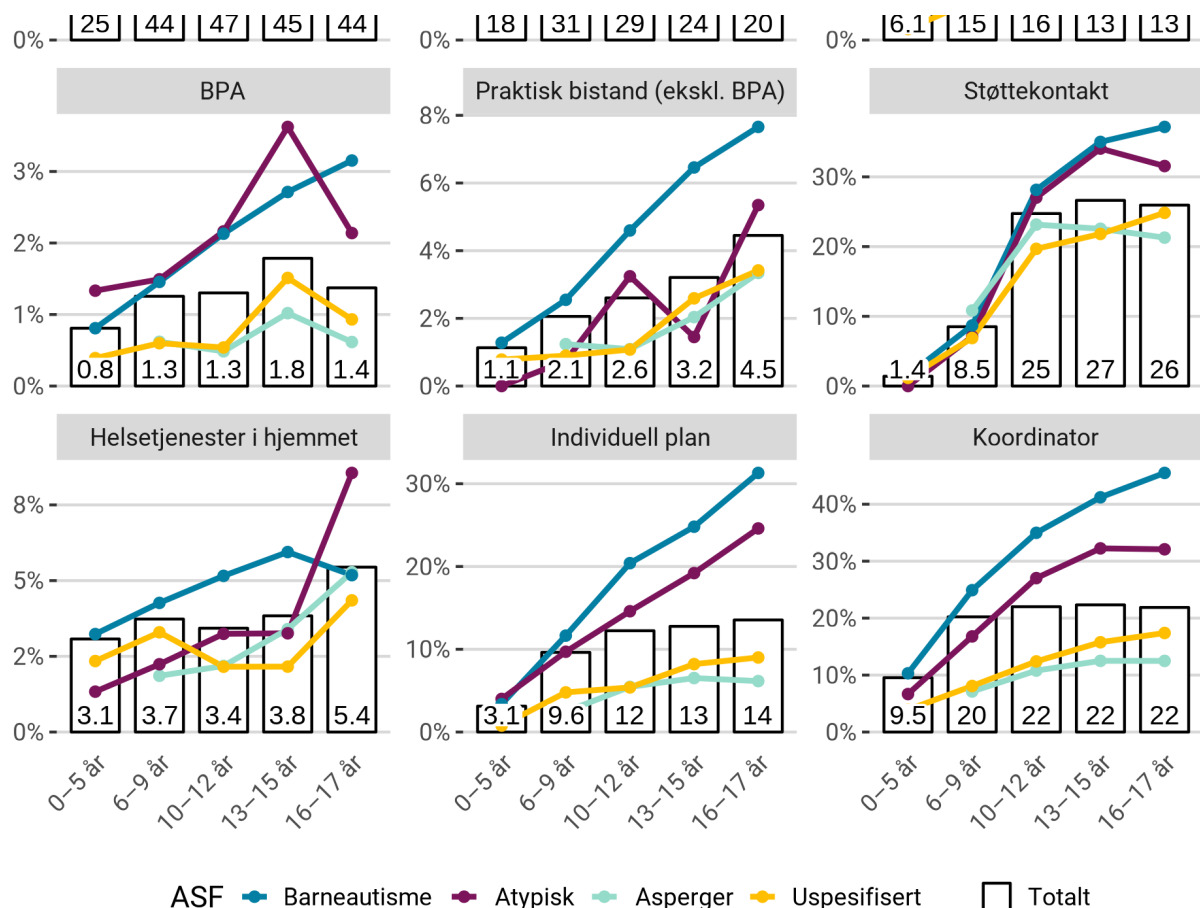
[53] En dag- eller poliklinisk kontakt regnes som habilitering dersom minst ett av følgende kriterier er oppfylt:

- Den har episodefag-kode 233 («Habilitering barn og unge») eller 234 («Habilitering voksne»).
- Aktiviteten er organisert under en avdeling, seksjon eller enhet for pasienter med habiliteringsbehov, inkludert spesialiserte autismeteam
- Episoden er kodet med hoved- eller bidiagnose for utviklingshemming, cerebral parese eller autismspekterforstyrrelse.

Bruk av kommunale helse- og omsorgstjenester

Figur 7.8 viser andelen av pasientene med autismspekterforstyrrelse som har mottatt ulike typer kommunale helse- og omsorgstjenester i 2022, etter aldersgrupper og diagnose. Av de 12 162 habiliteringspasientene med autismspekterforstyrrelse mottok 5 101 én eller flere kommunale tjenester i 2022, noe som tilsvarer 41,9 prosent. Det var flest mottakere av tjenesten avlastning (25 prosent), etterfulgt av støttekontakt (18 prosent) og omsorgsstønad (13 prosent). Til sammen hadde 11 prosent en individuell plan, mens nesten dobbelt så mange hadde en koordinator.





Figur 7.8: Andel av habiliteringspasientene med autismespekterforstyrrelse som har mottatt ulike kommunale helse- og omsorgstjenester i 2022, etter alder og autismediagnose.

Blant barna i alderen 0–5 år var 25 prosent mottakere av kommunale helse- og omsorgstjenester i 2022. Denne andelen var mellom 44 og 47 prosent blant barna som var eldre. Det var relativt store forskjeller etter diagnosegruppe. Andelen mottakere i gruppene med Aspergers syndrom og uspesifisert gjennomgripende utviklingsforstyrrelse var noenlunde lik, og blant disse barna i alderen 10–17 år fikk 34 prosent kommunale helse- og omsorgstjenester. Dette gjaldt 67 prosent av barn med barneautisme i alderen 10–17 år, mens nivået ved atypisk autisme var 56 prosent.

Avlastning var tjenesten som totalt sett var mest utbredt. 40 prosent av pasientene med barneautisme i alderen 6–17 år mottok tjenesten, sammenlignet med 15 prosent av barna med Aspergers syndrom eller uspesifisert gjennomgripende utviklingsforstyrrelse. At andelen som mottok avlastning totalt var høyest i aldersgruppen 6–9 år, må ses i sammenheng med at det var flere pasienter med Aspergers syndrom og med mindre bistandsbehov i de eldre aldersgruppene.

Støttekontakt ble i størst grad benyttet av barna i alderen 10 og eldre, der ca. en fjerdedel hadde mottatt dette. Andelen var høyere blant barna med atypisk autisme og barneautisme enn Aspergers syndrom. Blant 16- og -17-åringene med barneautisme hadde nesten 4 av 10 en støttekontakt i 2022.

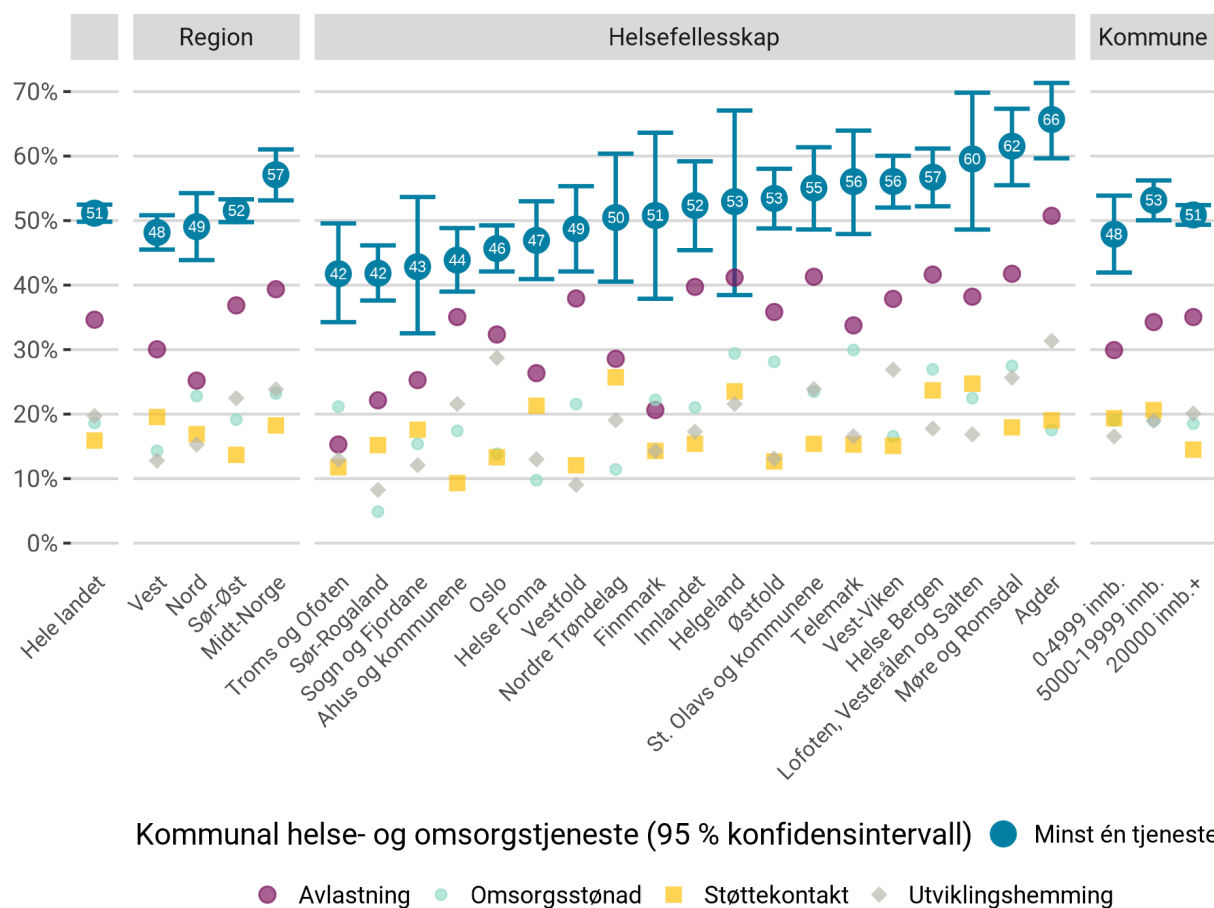
Også omsorgsstønad ble i størst grad mottatt av barn med barneautisme eller atypisk autisme. Andelen blant disse pasientene økte gradvis fra 7 prosent i den yngste aldersgruppen til 25 prosent blant barna i alderen 10–17 år. Ved Aspergers syndrom og uspesifisert ASF ble tjenesten mottatt av under 10 prosent av barna i alle aldersgruppene.

Praktisk bistand (ekskl. BPA) ble mottatt av relativt få, men andelen var høyest blant de eldste barna med barneautisme. I aldersgruppen 0–5 år mottok 1,3 prosent med barneautisme tjenesten, mens prosentandelen var 7,7 blant barna i alderen 16–17 år. Totalt 3,4 prosent av barna i eldste aldersgruppe

med Aspergers syndrom eller uspesifisert ASF mottok praktisk bistand (ekskl. BPA). Brukerstyrt personlig assistanse (BPA) var mindre vanlig, og ble mottatt av 2,9 prosent av barna med barneautisme eller atypisk autisme i alderen 13–17 år. For helsetjenester i hjemmet var andelen mottakere høyest blant barna i alderen 16–17 år (5,4 prosent).

En sterk sammenheng med alder ble observert for andelen barn med individuell plan eller koordinator innenfor samme diagnose. Kun 4 prosent av de yngste barna med barneautisme hadde en individuell plan, sammenlignet med 31 prosent blant de eldste barna. Flere hadde en koordinator, og ved barneautisme økte mottakerandelen fra 10 prosent hos de yngste til 45 prosent hos de eldste. Pasientene med barneautisme var omkring 3 til 4 ganger mer sannsynlig å ha en individuell plan eller koordinator enn barn med Aspergers syndrom eller uspesifisert ASF innenfor samme aldersgruppe.

Figur 7.9 viser andelen med barneautisme som mottok minst én kommunal helse og omsorgstjeneste, samt avlastning, omsorgsstønning og støttekontakt. Vi viser resultater for gruppen med barneautisme fordi denne gruppen er mest sammenlignbar på tvers av helsefelleskap med hensyn til diagnosepraksis. Det er også gruppen med høyest andel tjenestemottakere og størst antatt bistandsbehov.



Figur 7.9: Andelen av habiliteringspasientene med barneautisme som mottok helse- og omsorgstjenester i kommunen i 2022 (gitt fem eller flere mottakere), etter kommunestørrelse, region og helsefelleskap.

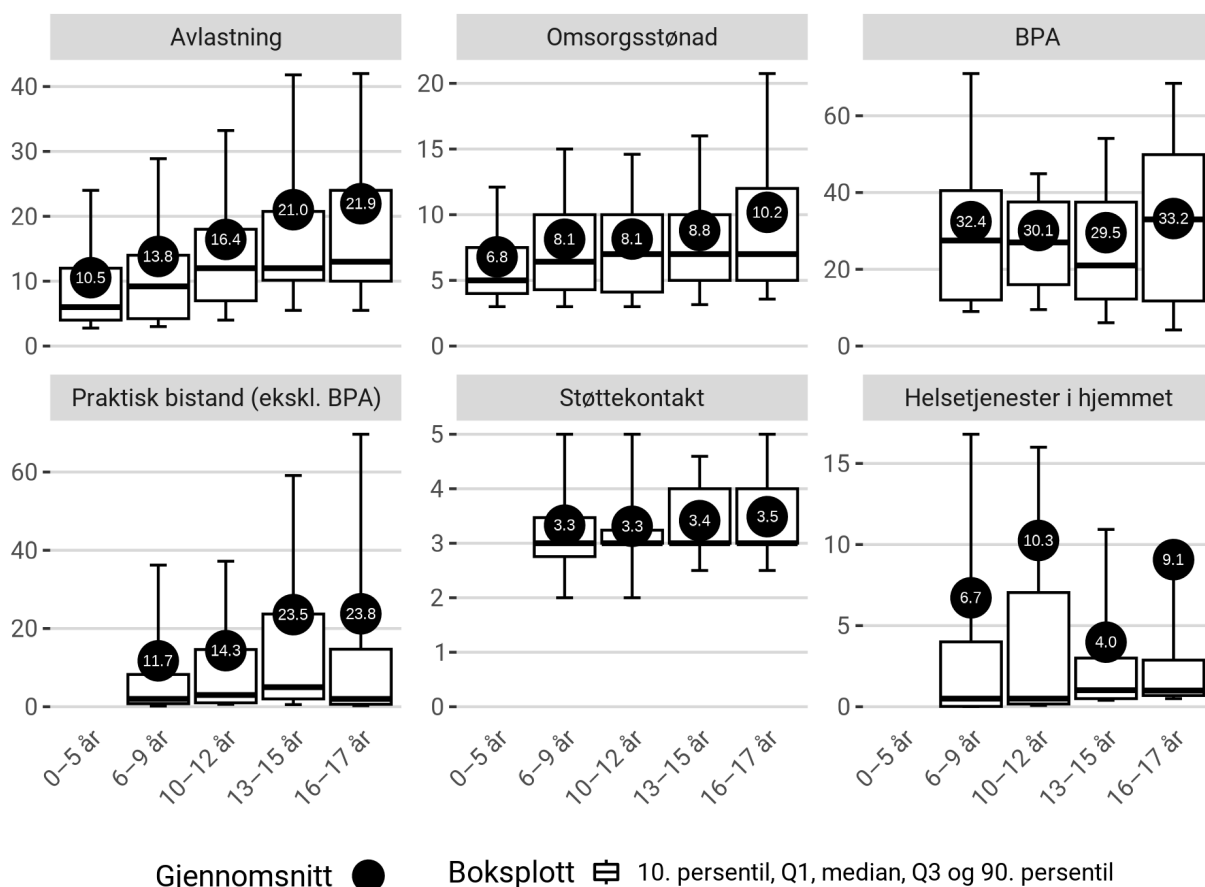
I tillegg til mottak av tjenester viser figur 7.9 også andelen registrert med en diagnose som indikerer utviklingshemming. Til sammen var 20 prosent diagnostisert med utviklingshemming. I Helse Midt-Norge og Helse Sør-Øst var andelen henholdsvis 24 og 22 prosent, mens andelen var 13 prosent i Helse Vest. Agder (31 prosent), Oslo (29 prosent) og Vest-Viken (27 prosent) var de tre helsefelleskapene hvor flest var registrert med utviklingshemming, mens Sør-Rogaland (8 prosent) og Vestfold (9 prosent) hadde lavest nivå. Resultatene tyder på at det er betydelig praksisvariasjon mellom regioner og helsefelleskap om utviklingshemming registreres ved barneautisme. Helsefelleskap hvor en høyere andel av

barneautisme-pasientene var diagnostisert med psykisk utviklingshemming, hadde typisk en høyere andel som mottok kommunale helse- og omsorgstjenester totalt (korrelasjon =0,56) og avlastning (korrelasjon =0,62).

Til sammen mottok 51 prosent av barna med barneautisme en kommunal helse- og omsorgstjeneste i 2022. Andelen var høyest i Helse Midt-Norge med 57 prosent, mens nivået i de andre regionene varierte mellom 48 og 52 prosent. Forskjellene var større for tjenesten avlastning. Både Helse Nord og Helse Vest hadde en lavere mottakerandel enn landet for øvrig, og var som nevnt også regionene med hvor andelen med diagnostisert utviklingshemming var lavest. Sammenlignet med de andre regionene hadde Helse Vest også færre mottakere av omsorgsstønad, men det høyeste nivået for støttekontakt.

I de ulike helsefelleskapene var det høyest andel tjenestemottakere blant barna med barneautisme i Agder (66 prosent). Det var også Agder som hadde høyest andel mottakere av avlastning (51 prosent), samt den høyeste andelen diagnostisert med utviklingshemming. Ut over Agder, var Møre og Romsdal det eneste helsefelleskapet med statistisk signifikant ($p < 0,01$) høyere mottakerandel enn landet for øvrig. Helsefelleskapene med en signifikant lavere mottakerandel ($p < 0,01$) enn resten av landet var Sør-Rogaland, Oslo, samt Ahus og kommunene.

Figur 7.10 viser timer per uke for ulike tjenester blant barn med autismspekterforstyrrelse som mottok tjenestene per 31.12.2022.



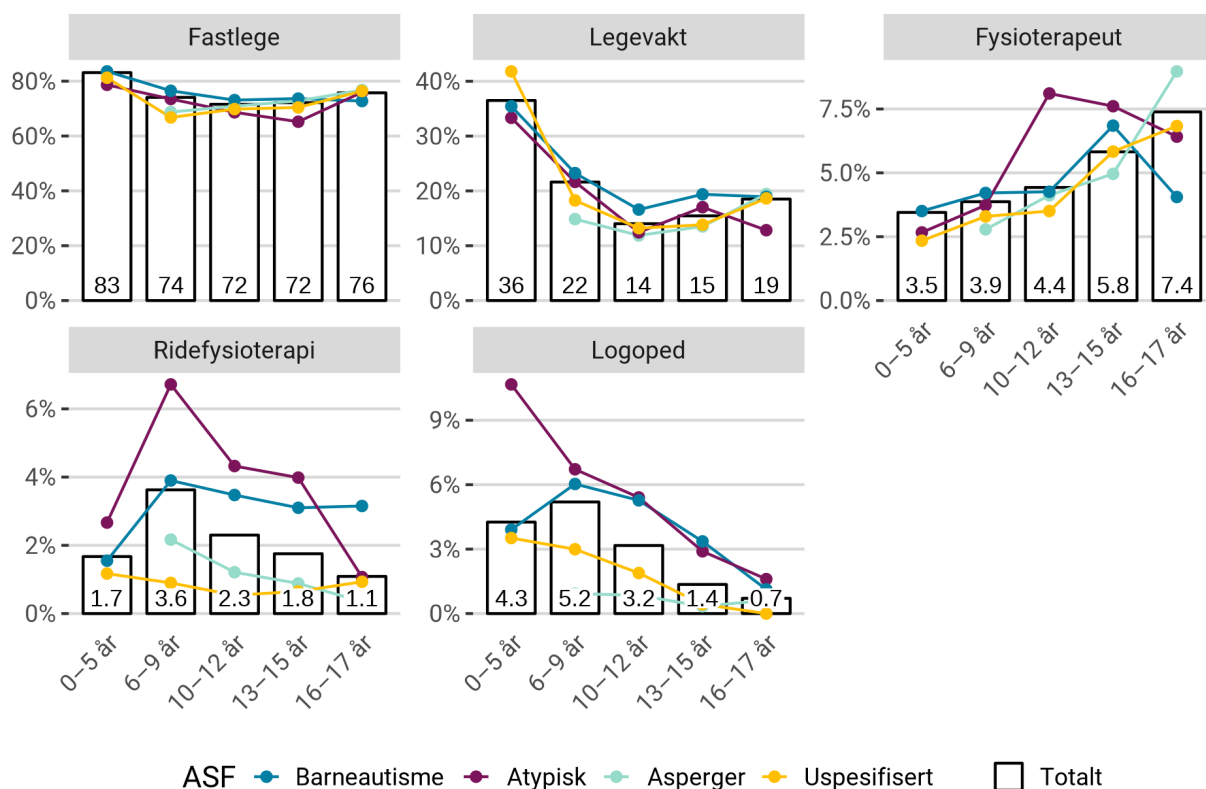
Figur 7.10: Antall timer per uke innvilget for ulike helse- og omsorgstjenester blant barna med autismspekterforstyrrelse som mottok tjenestene per 31.12.2022.

Antall mottatte timer med avlastning økte etter barnas alder, fra 10,5 timer i snitt for barna i alderen 0–5 år til 21,9 timer i snitt for 16- og -17-åringene. Det var også flest timer med omsorgsstønad for 16- og -17-åringene (10,2), mens snittet for yngste aldersgruppe var 6,8 timer. Median antall timer med støttekontakt var 3 på tvers av alder, og omfanget varierte lite mellom mottakerne.

Mottakere av brukerstyrt personlig assistanse (BPA) hadde i gjennomsnitt omkring 30 timer per uke. Mottakere av praktisk bistand i alderen 13–17 år hadde i gjennomsnitt ca. 24 timer, men variasjonen var sterk, og mer enn halvparten hadde færre enn fem timer. Aller størst variasjon var det i antall vedtatte timer med helsetjenester i hjemmet. I gjennomsnitt hadde mottakere i underkant av 8 timer, men flertallet var registrert med mindre enn én.

Bruk av lege, fysioterapi og logoped

Figur 7.11 viser andel av pasientene med autismespekterforstyrrelse som har hatt konsultasjon hos fastlege, legevakt, fysioterapeut, logoped eller med ridefysioterapi i 2022.

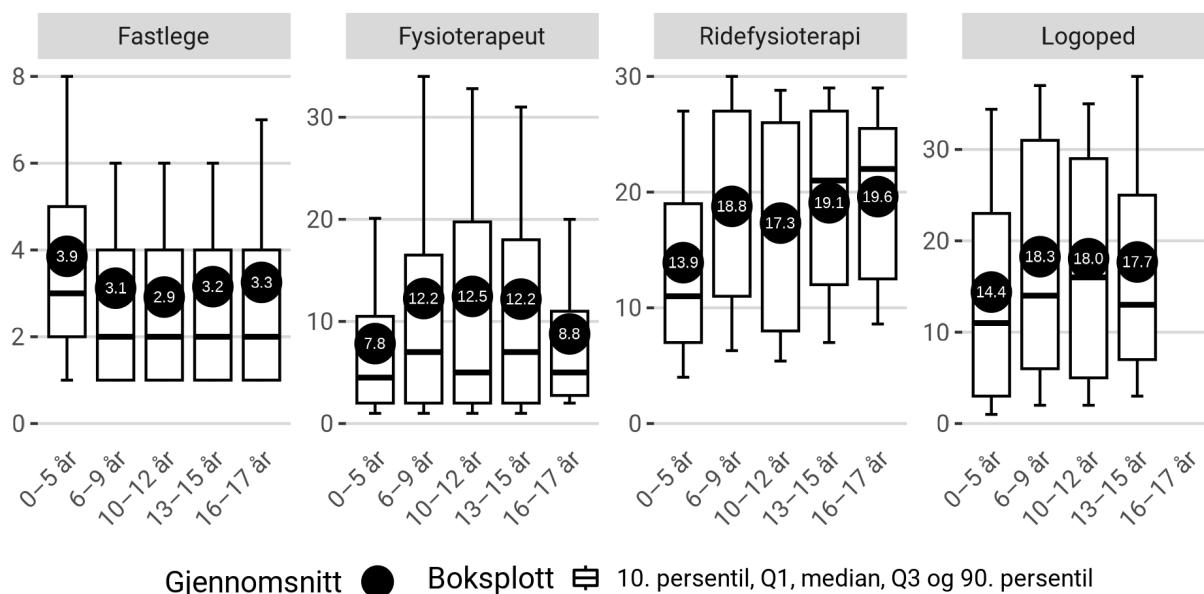


Figur 7.11: Andel av habiliteringspasientene med autismespekterforstyrrelse som har hatt konsultasjoner i 2022, etter alder og diagnose.

Til sammen hadde 75 prosent minst én konsultasjon hos fastlegen i løpet av 2022, og andelen var litt høyere blant barna i alderen 0–5 år (83 prosent) sammenlignet med øvrige aldersgrupper. Barna i yngste aldersgruppe hadde også i størst grad vært på legevakten (36 prosent), mens dette gjaldt mellom 14 og 22 prosent av de eldre barna.

Bruk av fysioterapeut var mest utbredt blant de eldste barna. Totalt 7,4 prosent av 16- og -17-åringene hadde vært hos fysioterapeut i 2022, en andel som var ca. dobbelt så høy som blant barna i yngste aldersgruppe. Totalt sett var det flest av 6–9-åringene som hadde mottatt ridefysioterapi (3,6 prosent). Andelen som hadde mottatt ridefysioterapi var høyere blant barna med barneautisme eller atypisk autisme. Logoped ble totalt benyttet av 4,8 prosent av barna under 10 år. Hos eldre barn var det mindre vanlig å gå til logoped, og bruken var 1,1 prosent hos pasientene mellom 13 og 17 år. Å motta logopedtjenester var mer enn fem ganger så vanlig hos pasienter med barneautisme eller atypisk autisme, sammenlignet med pasientene med Aspergers syndrom.

Antall konsultasjoner per pasient hos fastlege var 3,9 blant barna i alderen 0–5 år, og litt lavere (mellom 2,9 og 3,3) blant de eldre barna. For mottakerne av fysioterapi var det flest konsultasjoner per pasient, i overkant av 12, blant barna i alderen 6–15 år. Antallet var lavest blant barna i yngste aldersgruppe (7,8). Nivået var under gjennomsnittet i habiliteringsutvalget, men over befolkningen som helhet under 18 år. Ved ridefysioterapi var gjennomsnittet 18 konsultasjoner per pasient, og hos logoped hadde mottakerne i gjennomsnitt 17 konsultasjoner.

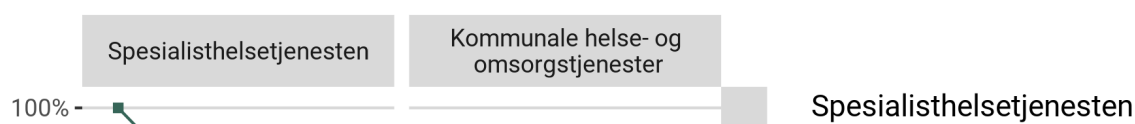


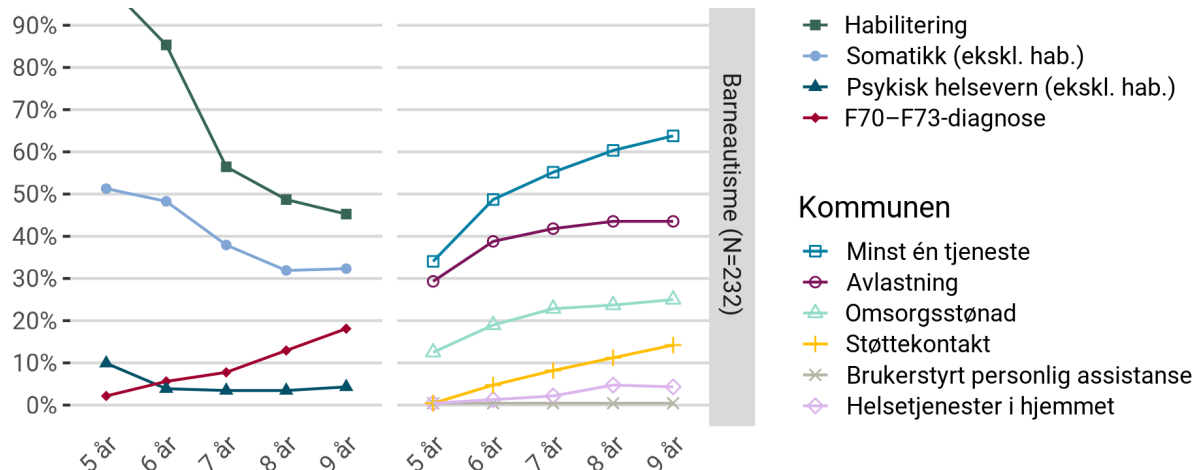
Figur 7.12: Antall konsultasjoner per tjenestemottaker i 2022 blant barna med autismespekterforstyrrelse.

Bruk av utvalgte tjenester i forløp

I dette kapittelet undersøker vi hvilke tjenester pasientene mottok i spesialisthelsetjenesten og i kommunen, blant barna som mottok spesialisthelsetjenester med autismespekterforstyrrelse som hoved- eller bidiagnose i 2018. Vi følger to alderstrinn gjennom femårsperioden – pasienter som var fem år i 2018, samt pasienter som var 17 år i 2018. Blant de som var fem år, følger vi kun pasientene med en barneautisme-diagnose. For 17-åringene sammenligner vi pasienter med barneautisme mot pasienter diagnostisert med Aspergers syndrom.

Figur 7.13 viser utviklingen i tjenestebruk hos 232 pasienter som mottok oppfølging i spesialisthelsetjenesten som femåringer med barneautisme som hoved- eller bidiagnose. All oppfølging i spesialisthelsetjenesten kodet med autismespekterforstyrrelse som hoved- eller bidiagnose er definert som habilitering i rapporten. Gitt denne definisjonen mottok alle de 232 pasientene habilitering i spesialisthelsetjenesten da de var 5 år. Sjansen for å motta annen oppfølging i somatisk sektor eller psykisk helsevern var også størst da pasientene var 5 år – altså sammenfalt habiliteringstjenester med annen oppfølging i spesialisthelsetjenesten. Da pasientene var 9 år i 2022, mottok i underkant av halvparten habilitering i spesialisthelsetjenesten. Mottakerandelen falt mest mellom 6 og 7 års alder, og kun svakt fra 8 til 9 år. I sitt femte leveår ble 2 prosent av pasientgruppen registrert med en diagnose som indikerte grad av psykisk utviklingshemming. Fra de var 5 til 9 år, ble totalt 18 prosent registrert med grad av psykisk utviklingshemming.



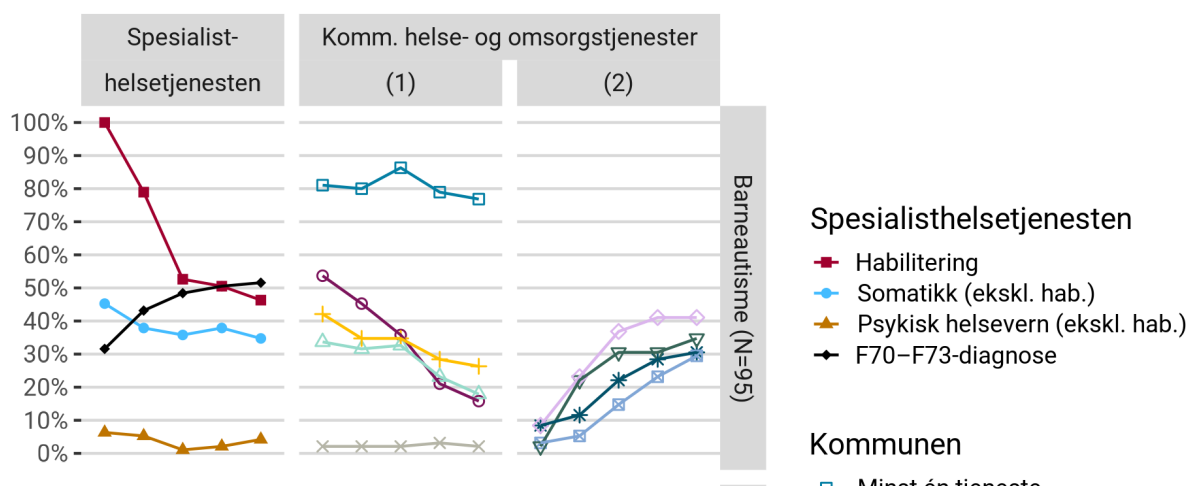


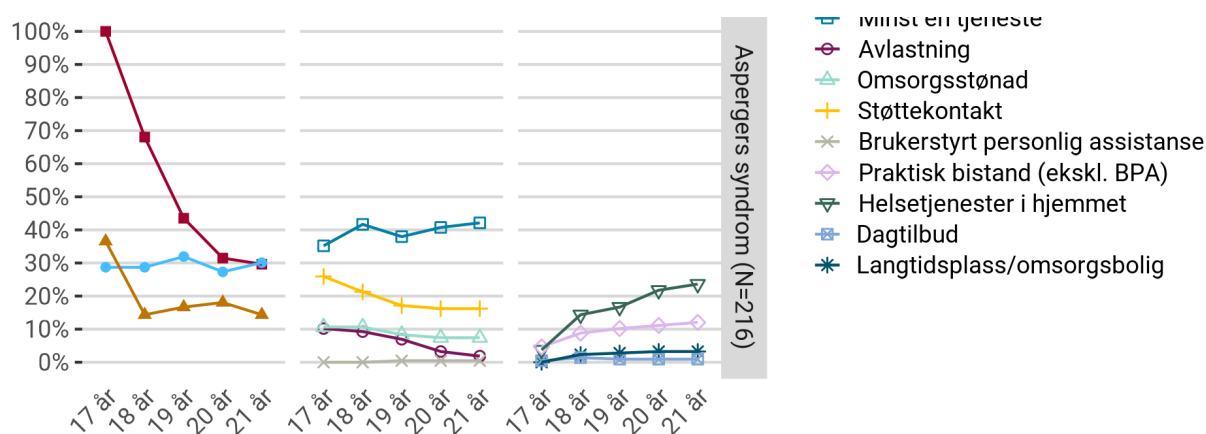
Figur 7.13: Helsetjenester i spesialisthelsetjenesten og kommunen hos pasienter med barneautisme som var 5 år i 2018, fram til 2022.

Antall mottakere av kommunale tjenester økte etter alderen. 34 prosent mottok én eller flere kommunale tjenester ved 5-årsalderen, sammenlignet med 64 prosent ved 9-årsalderen. Økningen etter alder gjaldt både tjenestene avlastning, omsorgsstønad, støttekontakt og helsetjenester i hjemmet. Ved 9 års alder ble det gitt avlastning for 44 prosent av barna, og omsorgsstønad for 25 prosent. Videre hadde 14 prosent støttekontakt ved 9 års alder, og 4 prosent helsetjenester i hjemmet. Mindre enn 1 prosent hadde brukerstyrt personlig assistanse (BPA).

Figur 7.14 følger utviklingen i tjenestebruk hos pasienter som mottok spesialisthelsetjenester med autismespekterforstyrrelse som hoved- eller bidiagnose da de var 17 år i 2018, og viser i tillegg til tjenestene i figuren over, også bruk av praktisk bistand (ekskl. BPA), dagtilbud omsorgsbolig/langtidsplass. Dette gjøres for to diagnosegrupper: barneautisme og Aspergers syndrom. Andelen med registrert grad av psykisk utviklingshemming er ikke vist hos pasientene med Aspergers syndrom, ettersom diagnosen forutsetter ingen generell forsinkelse i kognitiv utvikling. I overkant halvparten av barneautisme-pasientene ble registrert med en grad av psykisk utviklingshemming i spesialisthelsetjenesten fra de var 17 til 21 år.

Alle pasientene mottok som nevnt spesialisthelsetjenester med autismespekterforstyrrelse som hoved- eller bidiagnose, og dermed habilitering, da de var 17 år i 2018. Året de fylte 21 år mottok 46 prosent av barneautismepasientene habilitering i spesialisthelsetjenesten, og 30 prosent av pasientene med Aspergers syndrom. Årlig hadde en noe høyere andel av pasientene med barneautisme oppfølging i somatisk sektor ikke klassifisert som habilitering, sammenlignet med Aspergers syndrom-pasientene. Hos pasientene med barneautisme var det sjeldent at man mottok tjenester i psykisk helsevern som ikke falt innunder vår habiliteringsdefinisjon. Ved Aspergers syndrom var det vanligere, og 14 prosent fikk spesialisthelsetjenester i psykisk helsevern ikke klassifisert som habilitering da de var 21 år.





Figur 7.14: Helsetjenester i spesialisthelsetjenesten og kommunen hos pasienter med barneautisme eller Aspergers syndrom som var 17 år i 2018, fram til 2022.

Andelen som mottok én eller flere kommunale tjenester var rundt 80 prosent blant barna med barneautisme gjennom forløpet fra 17 til 21 år. Dette gjaldt betraktelig færre av barna med Aspergers syndrom, der tilsvarende andel lå omkring 40 prosent gjennom perioden. Nivået på mottakere av kommunale helse- og omsorgstjenester var altså stabilt, men hvilke typer tjenester man mottok endret seg.

Antall mottakere av praktisk bistand (ekskl. BPA) og helsetjenester i hjemmet økte gjennom perioden for begge gruppene. Ved 21 års alder mottok 41 prosent av de med barneautisme praktisk bistand (ekskl. BPA), mot 12 prosent av de med Aspergers syndrom. For helsetjenester i hjemmet, var andelene henholdsvis 31 prosent og 24 prosent. Blant gruppen med barneautisme var det også en økning i antall mottakere av dagtilbud og langtidsplass/omsorgsbolig etter alderen. Ved 21 års alder fikk 29 prosent et dagtilbud og 30 prosent var på langtidsplass eller i omsorgsbolig, mens tjenestene nokså sjeldent ble gitt pasientene med Aspergers syndrom.

Andelene med avlastning, omsorgsstønad og støttekontakt ble redusert etter hvert som alderen økte, både blant gruppen med barneautisme og Aspergers syndrom. Selv med en nedgang over tid var imidlertid støttekontakt den nest vanligste kommunale tjenesten å motta blant de med Aspergers syndrom som 21 år (16 prosent). Blant pasientene med barneautisme ble andelen med støttekontakt redusert fra 42 til 26 prosent fra 17 til 21 år. Avlastning ble nesten ikke gitt for barna med Aspergers syndrom etter fylte 20 år, mens 16 prosent av barna med barneautisme hadde denne tjenesten året de fylte 21. Omsorgsstønad ble ved 21 års alder gitt for 18 prosent av barna med barneautisme og 7 prosent av barna med Aspergers syndrom.

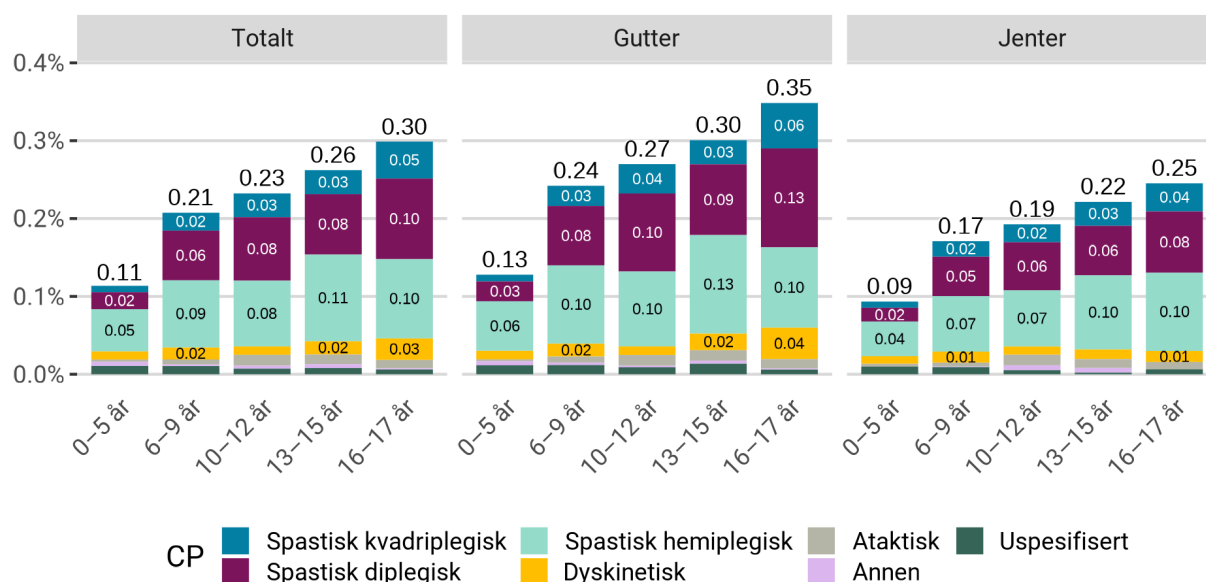
Helsetjenester ved cerebral parese

Cerebral parese (CP) skyldes en skade i den umodne hjerne og rammer først og fremst motorikk. CP er den hyppigste årsaken til varige motoriske funksjonsvansker hos barn, samtidig som mange også opplever utfordringer knyttet til bl.a. syn, hørsel, kognisjon, kommunikasjon og epilepsi. Selve hjerneskaden kan ikke kureres og personer med CP vil ha varierende grad av utfordringer gjennom hele livet. Oppfølging av personer med CP går ut på å kartlegge styrker og svakheter for å tilrettelegge for optimal funksjon med mål om selvstendighet, deltagelse og best mulig livskvalitet i et livsløpsperspektiv. Forekomsten av CP i Norge er ca. 2 per 1000 levendefødte.

CP inndeles først og fremst etter undertype (spastisitet, dyskinesi eller ataksi) og grovmotorisk funksjonsnivå (I-V), der grad V har størst hjelpebehov. Omkring 4 av 5 har spastisitet som sitt dominerende symptom. I kapittelet ser vi nærmere på hvordan tjenester hos denne undertypen varierer, avhengig av om de spastiske lammelsene er ensidige (hemiplegi), primært rammer beina (diplegi) eller armene minst like mye (kvadriplegi).

Om habiliteringspasientene med cerebral parese

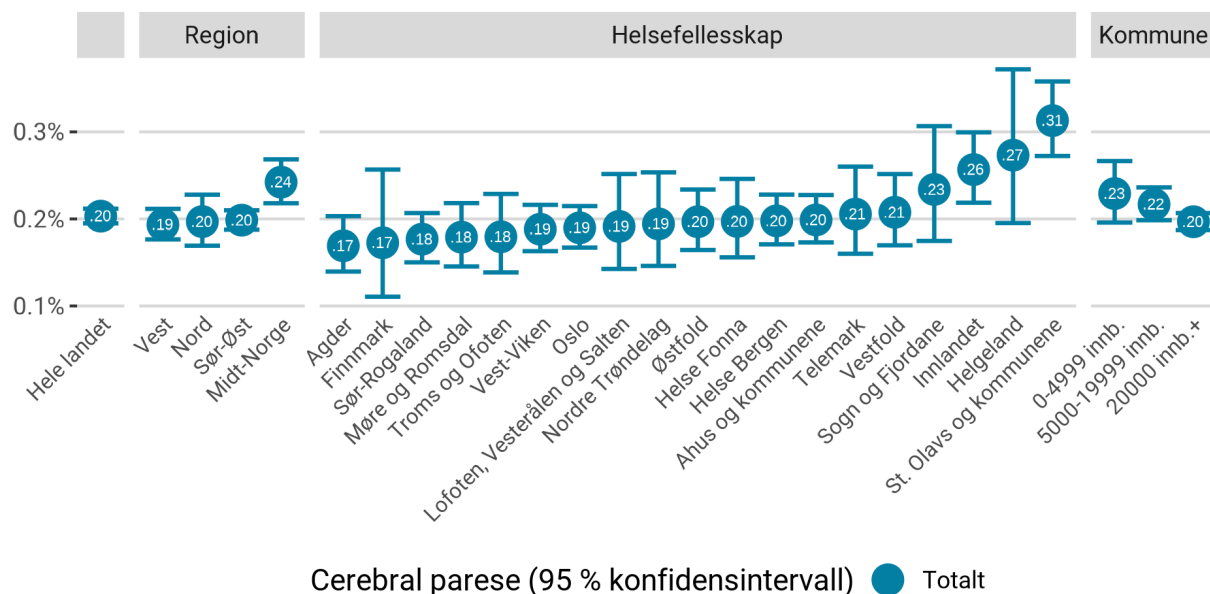
Figur 8.1 viser hvor stor prosentandel habiliteringspasientene med cerebral parese utgjør av befolkningen, etter undergrupper, kjønn og alder. Totalt var det 2 260 barn med cerebral parese blant habiliteringspasientene, noe som tilsvarer 0,2 prosent av befolkningen under 18 år.



Figur 8.1: Prosentandel med diagnosen cerebral parese av befolkningen, etter undergrupper, kjønn og alder.

Barna fra 0–5 år med cerebral parese utgjorde 0,11 prosent av befolkningen i denne aldersgruppen. Andelen økte etter alder, og var 0,30 prosent blant barna i alderen 16–17 år. Økningen gjaldt innenfor alle undergruppene av cerebral parese. Videre var andelen høyere blant guttene enn jentene i alle aldersgruppene. Guttene med cerebral parese i alderen 16–17 år utgjorde 0,35 prosent av befolkningen, sammenlignet med 0,25 prosent blant jentene i samme aldersgruppe.

Figur 8.2 viser hvor stor andel barna med CP blant habiliteringspasientene utgjør av befolkningen i ulike regioner, helsefelleskap og etter kommunestørrelse. St. Olavs og kommunene skilte seg ut med noe høyere andel barn med CP-diagnose (0,3 prosent) sammenlignet med øvrige helsefelleskap.



Figur 8.2: Prosentandel med cerebral parese av befolkningen totalt, samt etter kommunestørrelse, region og helsefelleskap.

Tabell 8.1 viser andelen av habiliteringspasientene med cerebral parese som har mottatt spesialisthelsetjenester med andre diagnoser som hoved- eller bidiagnose i løpet av femårsperioden. Det var relativt utbredt å ha fått oppfølging der epilepsi var hoved- eller bidiagnose. Mellom 29 og 32 prosent av barna i de ulike aldersgruppene hadde mottatt dette. Det var også høye andeler som hadde mottatt spesialisthelsetjenester der utviklingshemming var registrert som diagnose, om vi ser på barna eldre enn 5 år. Blant de som var 6–9 år gjaldt det 19 prosent, og for de som var 10–17 år var andelen 28 prosent.

Blant de yngste (0–5 år) hadde 7,5 prosent mottatt oppfølging der medfødte misdannelser i nervesystemet var registrert som diagnose, mens dette gjaldt 4,4 prosent av de eldste (16–17 år). Andelen med spesialisthelsetjenester der ADHD var registrert som diagnose var totalt 11 prosent blant barna som var 10 år og eldre. Blant 13–15-åringene finner vi den høyeste andelen registrert med diagnose for autismespekterforstyrrelse (5,7 prosent).

Av psykiske lidelser var det mest utbredt med angstlidelser eller atferdsforstyrrelser og emosjonelle lidelser. Den høyeste andelen som hadde mottatt spesialisthelsetjenester registrert med angstlidelse som diagnose var blant 16- og 17-åringene (8,5 prosent). For atferdsforstyrrelser og emosjonelle lidelser var det høyest andel blant 10–12-åringene (8,6 prosent).

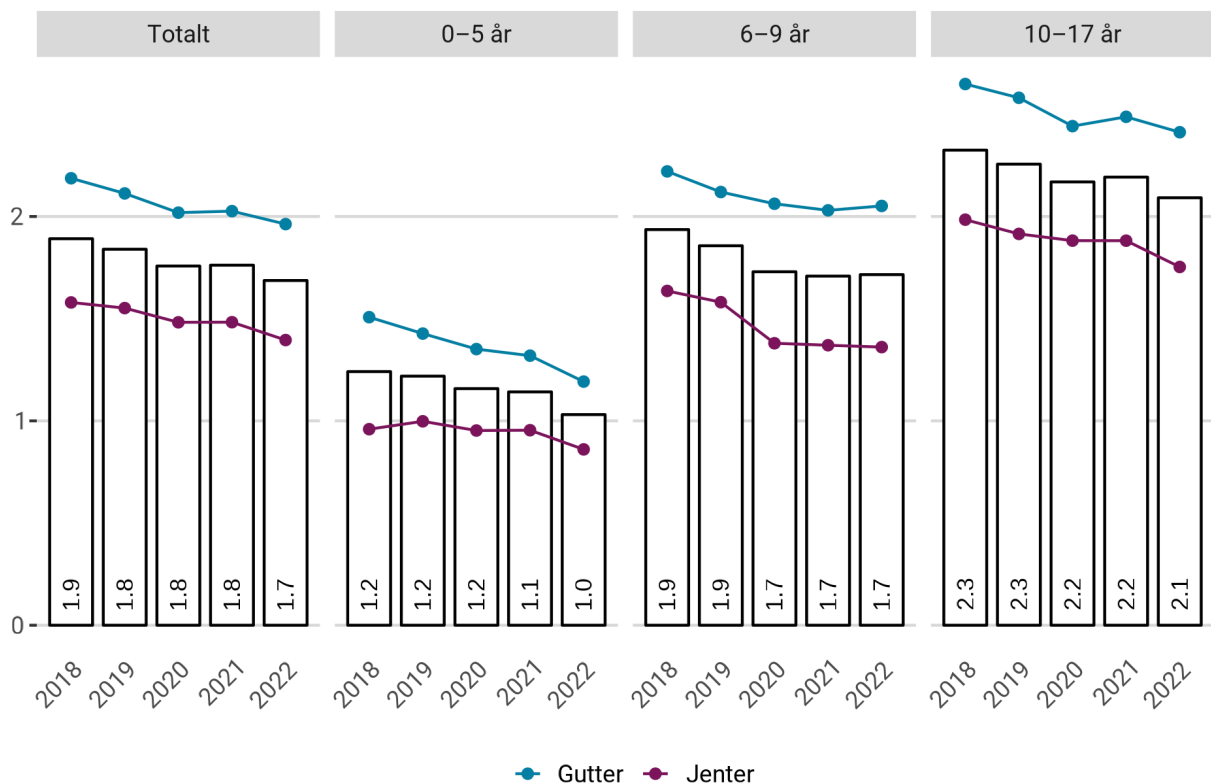
Tabell 8.1: Andel av habiliteringspasientene med cerebral parese som har mottatt spesialisthelsetjenester med ulike diagnoser som hoved- eller bidiagnose i løpet av femårsperioden, etter aldersgrupper.

Diagnosegruppe	ICD-10	0–5 år	6–9 år	10–12 år	13–15 år	16–17 år
Utviklingshemming	F70–F79, F84.2, Q90, Q93.4, Q93.5	5,3	19,1	26,5	30,4	27,2
Lett	F70	0,8	4,3	8,3	10,8	9,8
Moderat	F71	0,0	1,6	3,5	6,3	5,9

Alvorlig/dyp	F72–F73	0,8	5,1	7,9	8,2	9,5
Annen/uspesifisert		3,7	8,2	6,8	5,1	2,1
Autismespekterforstyrrelse	F84 (ekskl. F84.2)	3,7	3,5	4,4	5,7	5,4
Medfødte misdannelser i nervesystemet	Q00–Q07	7,5	5,6	6,8	6,6	4,4
Epilepsi	G40	30,2	30,4	31,6	29,2	32,4
Søvnforstyrrelse	G47	11,0	9,7	8,1	6,3	9,5
Hyperkinetiske forstyrrelser (ADHD)	F90	0,3	5,1	12,1	9,5	11,1
Psykiske lidelser:						
Psykoselidelser	F20–F29	0,0	0,0	0,0	0,6	0,0
Stemmingslidelser	F30–F39	0,0	0,0	0,0	2,5	4,1
Angstlidelser	F40–F48	0,0	1,8	5,0	5,1	8,5
Atferdsforstyrrelser og emosjonelle lidelser	F91–F98	2,4	5,6	8,6	5,1	6,9
Pasienter totalt (N)		374	514	456	527	389

Bruk av tjenester i spesialisthelsetjenesten

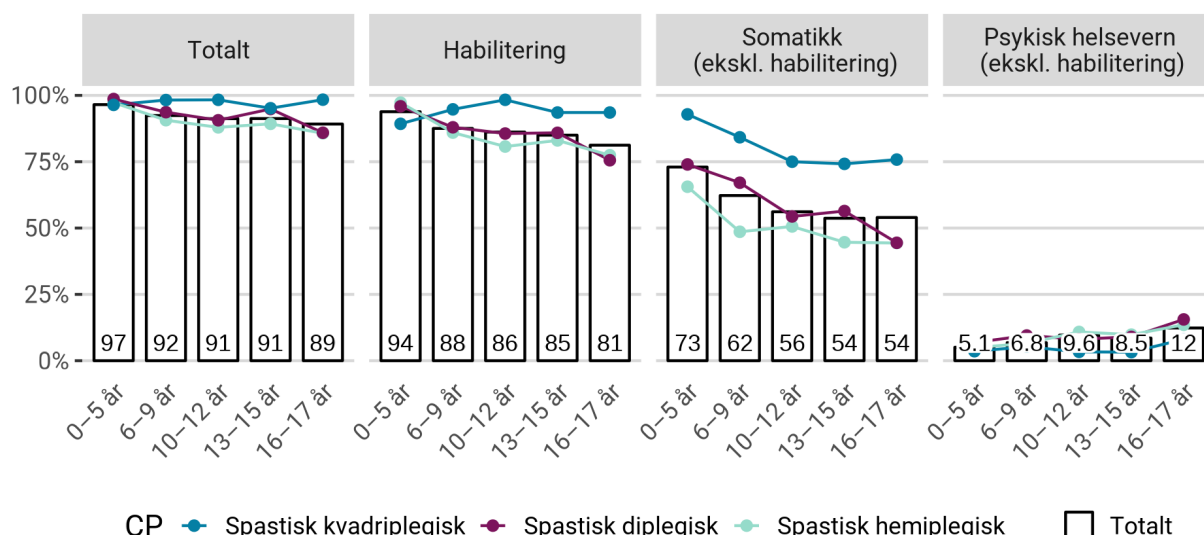
Figur 8.3 viser antall som mottok spesialisthelsetjenester med cerebral parese som hoved- eller bidiagnose per 1 000 innbyggere. Totalt var raten 1,7 i 2022, og figuren viser en litt høyere rate i perioden 2018–2021 enn det siste året. Det var en nedgang i løpet av femårsperioden i alle aldersgruppene. Antall per innbygger med cerebral parese registrert som diagnose var alle årene høyere blant guttene enn jentene. I 2022 var raten blant guttene 2,0 og 1,4 blant jentene.



Figur 8.3: Antall som mottok spesialisthelsetjenester med cerebral parese som hoved- eller bidiagnose per 1 000 innbyggere.

Dag- eller poliklinisk kontakt

Figur 8.4 viser andelen av habiliteringspasientene med cerebral parese som hadde én eller flere dag- eller polikliniske kontakter i spesialisthelsetjenesten i 2022, etter alder og diagnosegruppe. Til sammen fikk mer enn 9 av 10 dag- eller poliklinisk oppfølging i løpet av 2022.



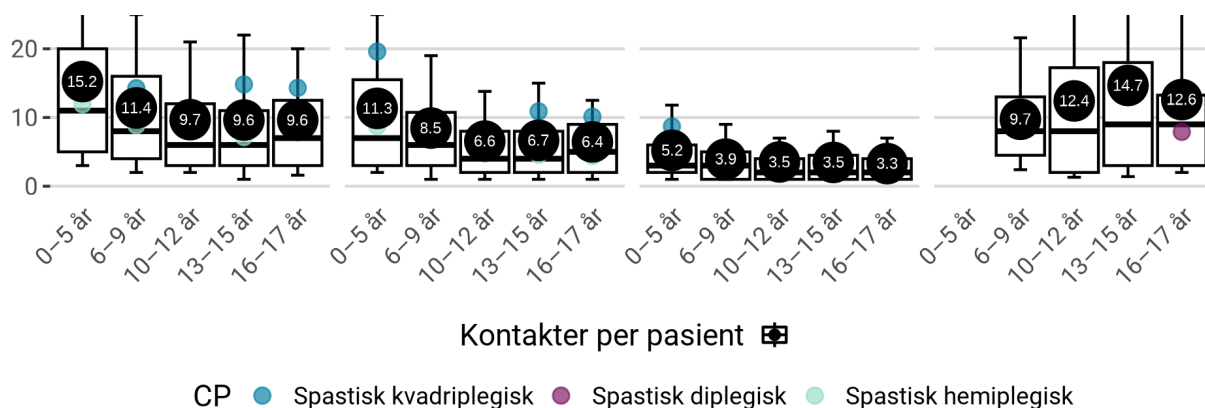
Figur 8.4: Andel av habiliteringspasientene med cerebral som hadde én eller flere dag- eller polikliniske kontakter i spesialisthelsetjenesten i 2022.

For habilitering[54] og dag- eller poliklinisk oppfølging i somatisk sektor som ikke var klassifisert som habilitering, var andelen mottakere høyest blant de yngste og lavest blant de eldste. 94 prosent av barna i alderen 0–5 år hadde fått habilitering, sammenlignet med 81 prosent av barna i alderen 16–17 år. Dag- eller poliklinisk oppfølging i somatisk sektor (ekskl. habilitering) ble i 2022 mottatt av 73 prosent av barna i alderen 0–5 år, sammenlignet med 54 prosent av barna som var eldre enn 13 år. Det var barna i de eldste aldersgruppene som i størst grad hadde fått dag- eller poliklinisk oppfølging innen psykisk helsevern (ekskl. habilitering). Til sammen hadde rundt 10 prosent av barn som var 10 år eller eldre mottatt dette.

Jevnt over hadde en høyere andel av barna med spastisk kvadriplegisk CP enn øvrige fått dag- eller poliklinisk habilitering, eller annen dag- eller poliklinisk oppfølging i somatisk sektor (ekskl. habilitering). Når det gjaldt psykisk helsevern (ekskl. habilitering) var mønsteret motsatt, der en lavere andel med denne CP-diagnosen hadde mottatt dag- eller poliklinisk oppfølging.

Figur 8.5 viser antall dag- eller polikliniske kontakter per pasient blant barna med cerebral parese. Totalt hadde barna i yngste aldersgruppe høyest antall kontakter per pasient (15,2) i snitt, mens antallet var lavest blant barna i alderen 13 år eller eldre (9,6). Gjennomsnittlig antall kontakter per pasient var høyest blant de yngste både når det gjaldt habilitering og oppfølging i somatisk sektor som ikke var klassifisert som habilitering. Pasientene som var i kontakt med psykisk helsevern (ekskl. habilitering) hadde gjennomgående høyest antall kontakter per pasient.

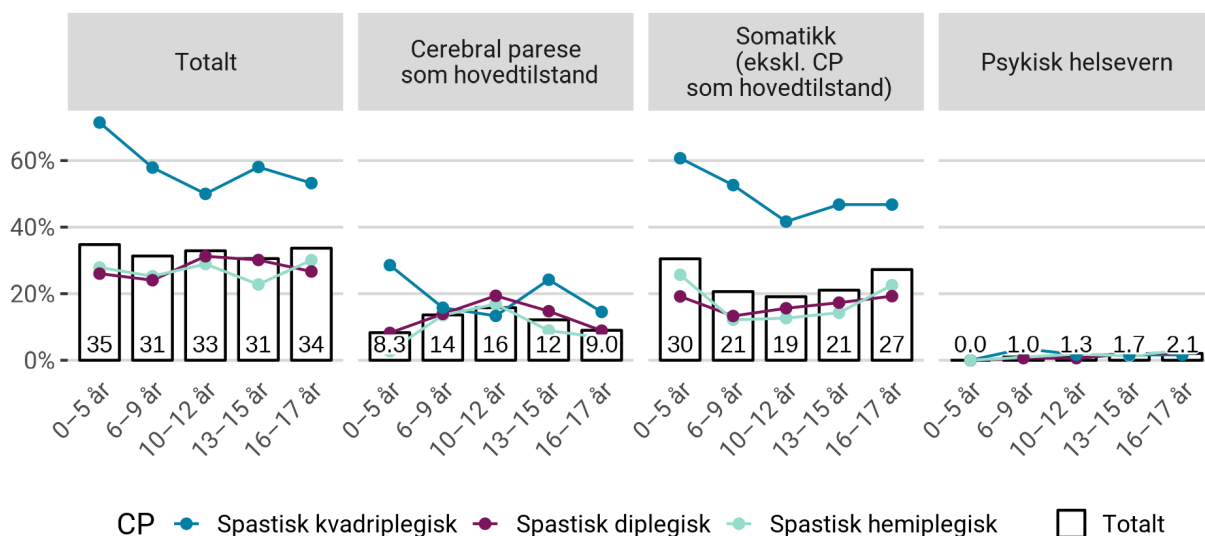




Figur 8.5: Antall dag- eller polikliniske kontakter i 2022 per dag- eller polikliniske pasient, blant habiliteringspasientene med cerebral parese.

Døgnpasienter og oppholdsdøgn

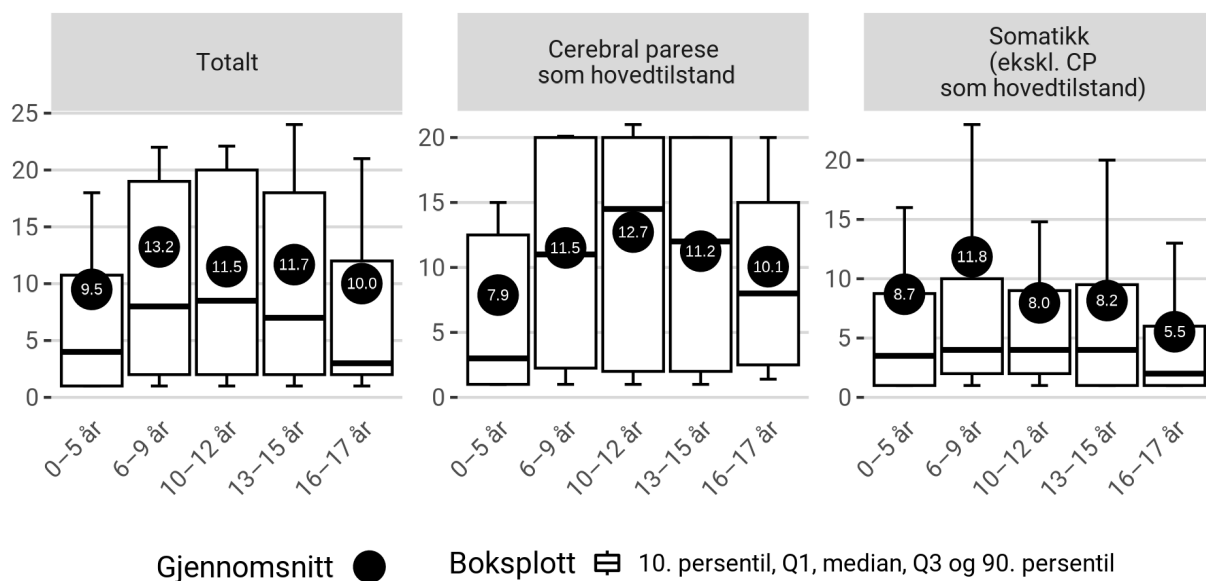
Figur 8.6 viser andelen av habiliteringspasientene med cerebral parese som ble utskrevet fra døgnopphold i spesialisthelsetjenesten i 2022. Til sammen hadde om lag en tredjedel av barna hatt døgnopphold i spesialisthelsetjenesten, og andelen var høyest blant barna med spastisk kvadriplegisk CP. Blant barna med denne diagnosen hadde mellom 53 og 71 prosent i ulike aldersgrupper hatt døgnopphold i 2022. Sammenlignet med habiliteringspasientene som helhet, var det mer utbredt med døgnopphold hos barna med cerebral parese.



Figur 8.6: Andel av habiliteringspasientene med diagnosen cerebral parese som ble utskrevet fra døgnopphold i spesialisthelsetjenesten i 2022.

Døgnoppholdene var i all hovedsak innenfor somatisk sektor. Denne aktiviteten er i figur 8.6 delt i to, etter hvorvidt CP var hovedtilstand ved innleggelsen. Totalt ble 12 prosent i 2022 utskrevet fra døgnopphold i somatisk sektor med CP som hoveddiagnose, mens 23 prosent ble utskrevet med en annen hoveddiagnose. Andelen var høyest blant barna med spastisk kvadriplegisk CP i begge kategoriene, men særlig når CP ikke var hoveddiagnose (48 prosent).

Figur 8.7 viser gjennomsnittlig antall oppholdsdøgn per døgnpasient med cerebral parese. Totalt var det barna i alderen 6-9 år som hadde flest oppholdsdøgn i snitt (13,2 døgn). Blant barna i øvrige aldersgrupper varierte dette mellom 9 og 12 døgn. Det var gjennomgående flere oppholdsdøgn per pasient med CP som hovedtilstand, sammenlignet med opphold der CP ikke var hovedtilstand.



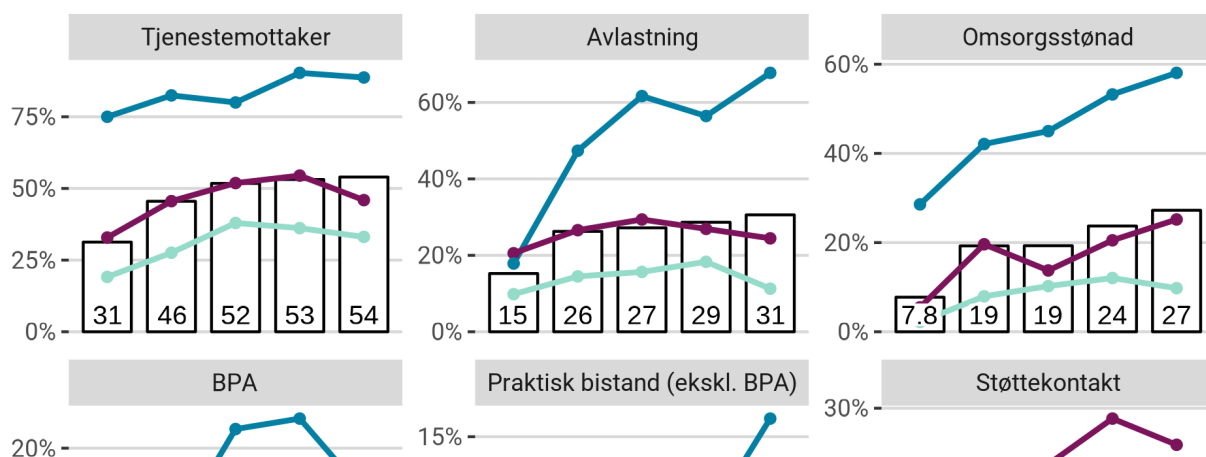
Figur 8.7: Antall oppholdsdøgn i spesialisthelsetjenesten i 2022 per pasient med cerebral parese som ble utskrevet fra døgnopphold, etter aldersgruppe.

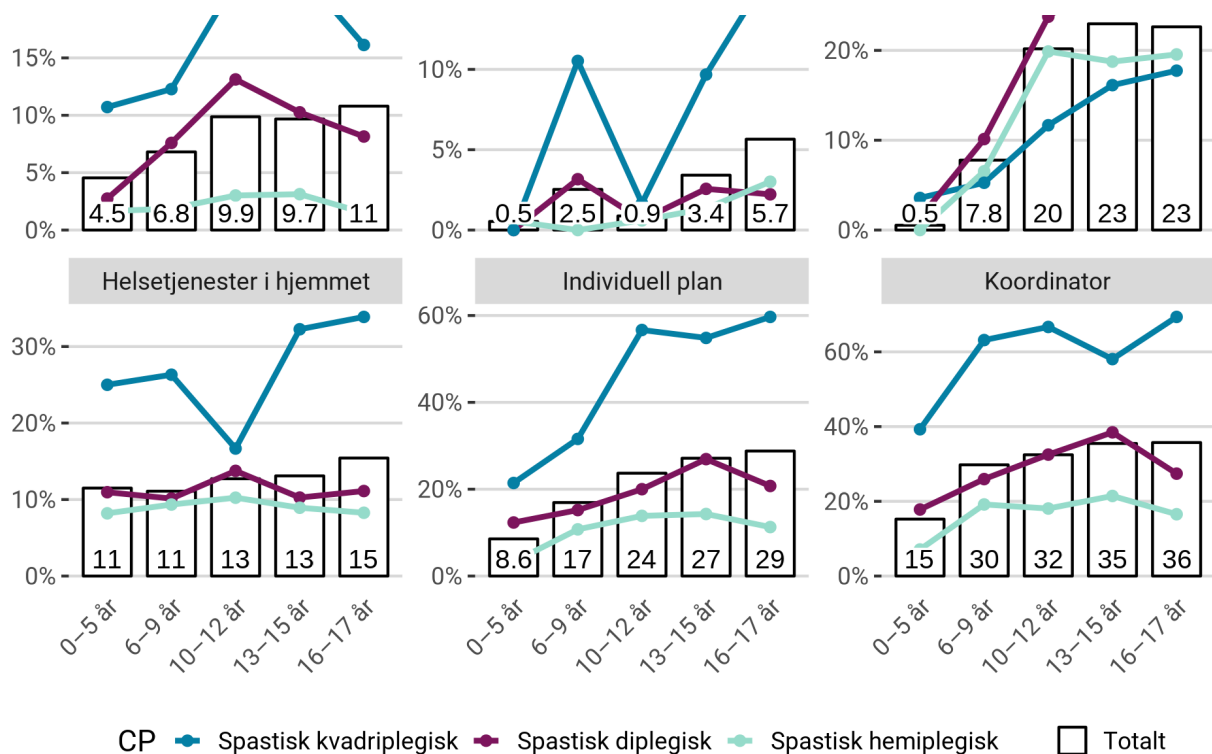
[54] En dag- eller poliklinisk kontakt regnes som habilitering dersom minst ett av følgende kriterier er oppfylt:

- Den har episodefag-kode 233 («Habilitering barn og unge») eller 234 («Habilitering voksne»).
- Aktiviteten er organisert under en avdeling, seksjon eller enhet for pasienter med habiliteringsbehov, inkludert spesialiserte autismeteam
- Episoden er kodet med hoved- eller bidiagnose for utviklingshemming, cerebral parese eller autismespekterforstyrrelse.

Bruk av kommunale helse- og omsorgstjenester

Figur 8.8 viser andelen av habiliteringspasientene med cerebral parese som mottok ulike typer kommunale helse- og omsorgstjenester i 2022, etter aldersgrupper og diagnose. Av de totalt 2 260 habiliteringspasientene med cerebral parese mottok 1 077 kommunale tjenester i 2022, noe som tilsvarer 48 prosent. Totalt sett var det høyest andel mottakere av tjenestene avlastning (26 prosent), omsorgsstønad (20 prosent) og støttekontakt (15 prosent).





Figur 8.8: Andel av habiliteringspasientene med cerebral parese som har mottatt ulike kommunale helse- og omsorgstjenester i 2022, etter alder og diagnose.

Blant barna i alderen 0–5 år var 31 prosent tjenestemottakere, mens andelen var høyest blant 16- og 17-åringene (54 prosent). Andelen med kommunale helse- og omsorgstjenester var betydelig høyere blant barna med spastisk kvadriplegisk CP sammenlignet med barna med spastisk diplegisk eller spastisk hemiplegisk CP. I førstnevnte gruppe var om lag 9 av 10 av barna i alderen 13 år og eldre tjenestemottakere.

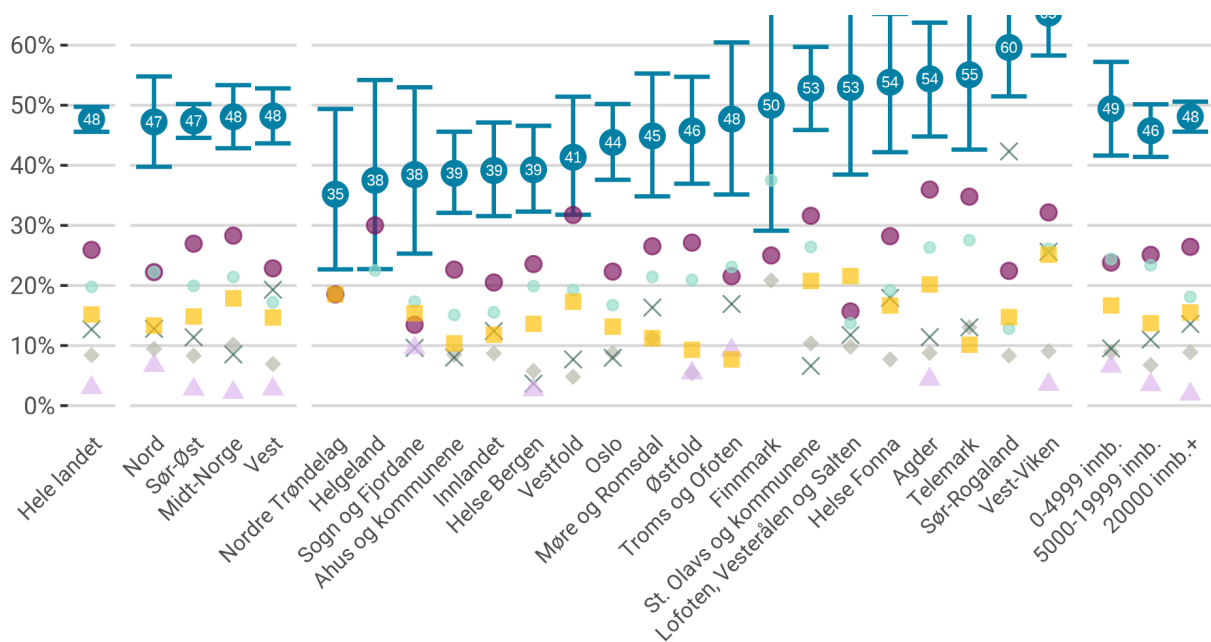
Avlastning og omsorgsstønning var mest utbredt av tjenestene, og andelen mottakere var totalt sett høyest blant 16- og 17-åringene (henholdsvis 31 prosent og 27 prosent). Brukerstyrt personlig assistanse (BPA) ble benyttet av rundt 10 prosent av barna i alderen 10–17 år. Det var store forskjeller etter diagnosegruppe. Til sammen fikk om lag 7 av 10 av barna i alderen 16–17 år med spastisk kvadriplegisk tjenesten avlastning, og omtrent 6 av 10 mottok tjenesten omsorgsstønning.

Andelen som mottok helsetjenester i hjemmet var høyest blant 16- og 17-åringene (15 prosent), og varierte ellers mellom 11 og 13 prosent blant barna i øvrige aldersgrupper. Andelen var høyest blant barna med spastisk kvadriplegisk CP, og av 13–17 åringene i denne gruppen mottok om lag en tredjedel helsetjenester i hjemmet. Det var noe mindre vanlig å motta praktisk bistand (eks BPA). Den høyeste andelen som mottok dette var blant barna i alderen 16–17 år med spastisk kvadriplegisk CP (16 prosent).

Til sammen hadde 21 prosent en individuell plan, mens 30 prosent hadde en koordinator. Andelen med individuell plan varierte fra 9 prosent blant barna i alderen 0–5 år til 29 prosent blant 16- og 17-åringene. Det var litt mer utbredt å ha koordinator enn individuell plan. Blant barna i alderen 16–17 år med spastisk kvadriplegisk CP hadde om lag 6 av 10 en individuell plan, og om lag 7 av 10 hadde en koordinator.

Figur 8.9 viser andelen med cerebral parese som mottok tjenester totalt i kommunen, og andelen som mottok utvalgte enkelttjenester, etter helseregion, helsefelleskap og kommunestørrelse.





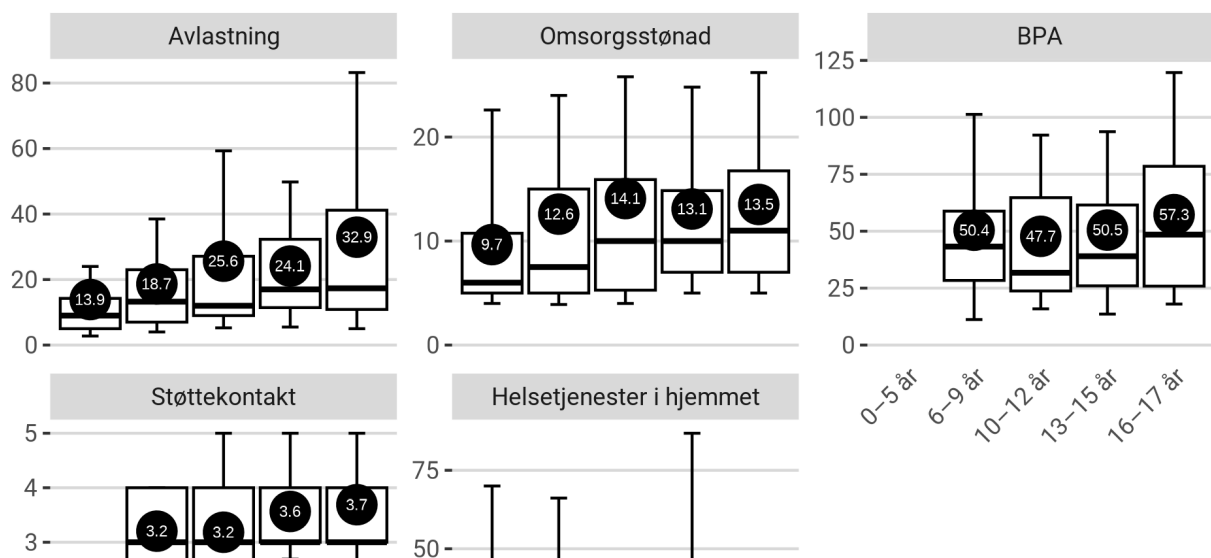
Kommunal helse- og omsorgstjeneste (95 % konfidensintervall) ● Minst én tjeneste

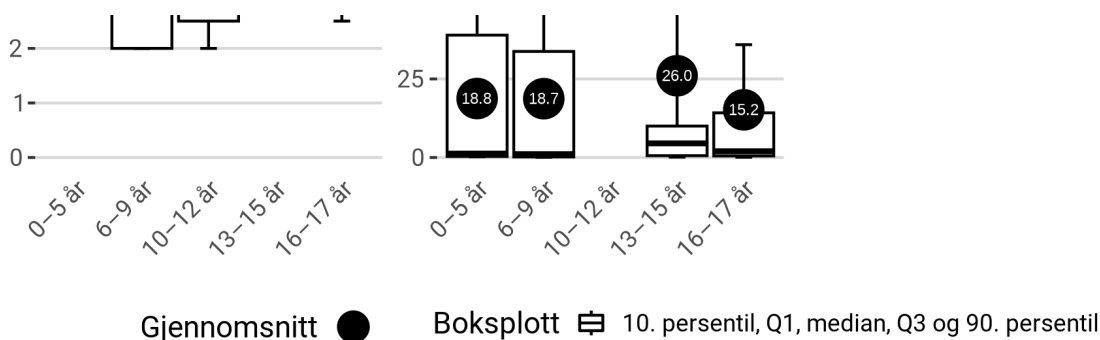
● Avlastning ■ Støttekontakt ▲ Praktisk bistand (ekskl. BPA)
 ● Omsorgsstønad ◆ Brukerstyrt personlig assistanse ✕ Helsetjenester i hjemmet

Figur 8.9: Andel av habiliteringspasientene med cerebral parese som mottok helse- og omsorgstjenester i kommunen i 2022 (gitt fem eller flere mottakere), etter kommunestørrelse, region og helsefelleskap.

Til sammen fikk nesten halvparten av barna med cerebral parese én eller flere kommunale tjenester i 2022, og det var små variasjoner mellom regionene når det gjaldt omfanget av tjenestemottakere totalt. Høyest andel tjenestemottakere av barna med cerebral parese finner vi i Vest-Viken (65 prosent) og Sør-Rogaland (60 prosent). Til sammenligning mottok 35 prosent av barna bosatt i Nordre Trøndelag kommunale tjenester. Det var større variasjoner mellom helsefelleskapene enn regionene, men få signifikante forskjeller. Dette kan ses i sammenheng med lavt antall med cerebral parese i flere områder, som skaper større usikkerhet for resultatene (se konfidensintervall). Det medfører også at forskjeller i mottak av enkelttjenester må tolkes med varsomhet.

Figur 8.10 viser timer per uke for ulike tjenester blant habiliteringspasientene med cerebral parese som mottok tjenestene per 31.12.2022.





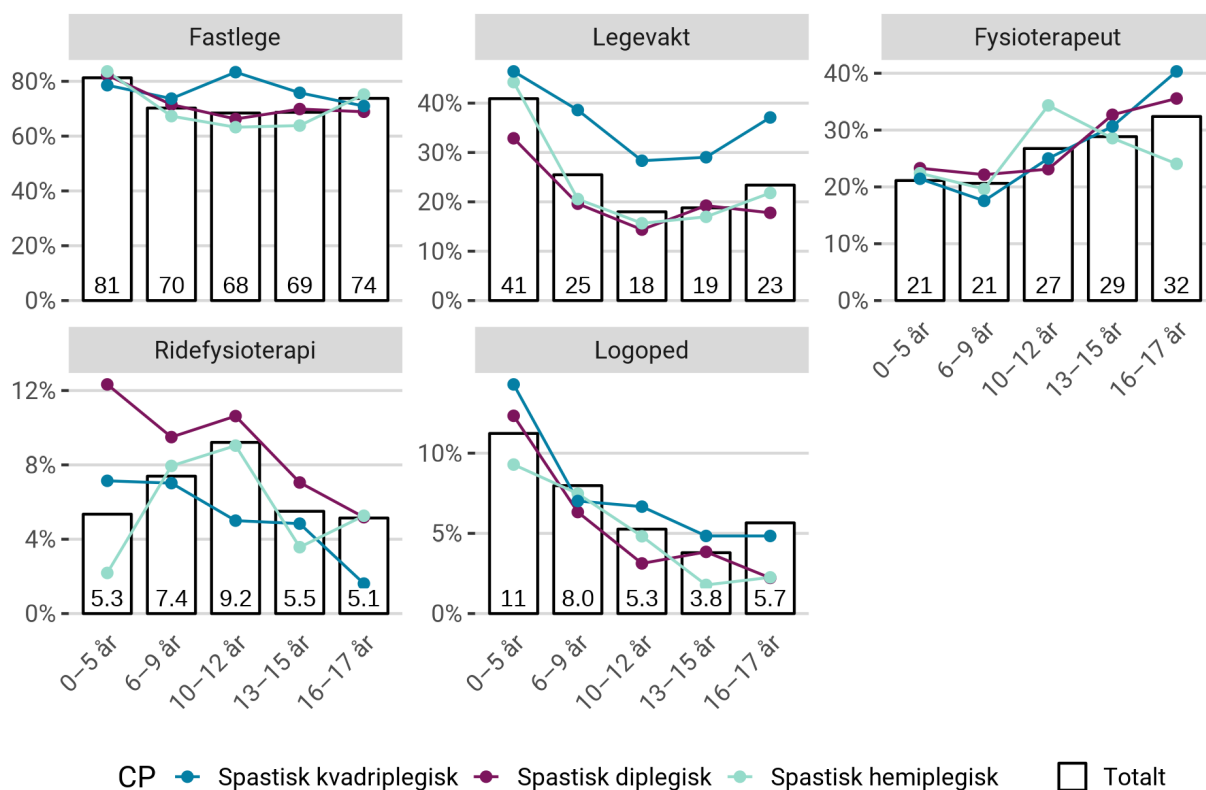
Figur 8.10: Antall timer per uke innvilget for ulike helse- og omsorgstjenester blant barna med cerebral parese som mottok tjenestene per 31.12.2022.

Antall timer per uke med avlastning økte etter alderen fra 13,9 timer for barna i alderen 0–5 år til 32,9 timer for barna i alderen 16–17 år. Variasjonen i timebruk økte også etter alderen. Når det gjaldt omsorgsstønning var gjennomsnittet 13,1 timer per uke, men timeantallet var lavere hos barn under 6 år.

Mottatte timer per uke med brukerstyrt personlig assistanse (BPA) var i gjennomsnittet 50 timer, og medianverdien var på 37,5 timer. Timeantallet var i gjennomsnitt 19 timer per uke ved helsetjenester i hjemmet, men det var stor variasjon mellom mottakerne, og medianen var kun 1,3 timer. Mottakere med støttekontakt fikk i snitt 3,4 timer med dette per uke.

Bruk av lege, fysioterapi og logoped

Figur 8.11 viser andel av pasientene med cerebral parese som har hatt konsultasjon hos fastlege, legevakt, fysioterapeut, ridefysioterapeut og logoped i 2022.



Figur 8.11: Andel av habiliteringspasientene med cerebral parese som har hatt konsultasjoner i 2022, etter alder og diagnose

Til sammen var 72 prosent av barna på én eller flere konsultasjoner hos fastlegen i 2022, og 25 prosent hadde vært på legevakten. Videre hadde 26 prosent vært på én eller flere konsultasjoner hos fysioterapeut, og 7 prosent hadde benyttet ridefysioterapi. Det var også 7 prosent som hadde vært hos logoped.

Blant barna i yngste aldersgruppe (0–5 år) var 81 prosent på én eller flere konsultasjoner hos fastlegen. I øvrige aldersgrupper gjaldt dette om lag 70 prosent. Legevakt ble benyttet av 41 prosent av barna i yngste aldersgruppe (0–5 år), men var mindre utbredt blant barna i eldre aldersgrupper. Der varierte andelen mellom 18 og 25 prosent. I alle aldersgruppene, bortsett fra yngste, var andelen høyest blant barna med spastisk kvadriplegisk CP.

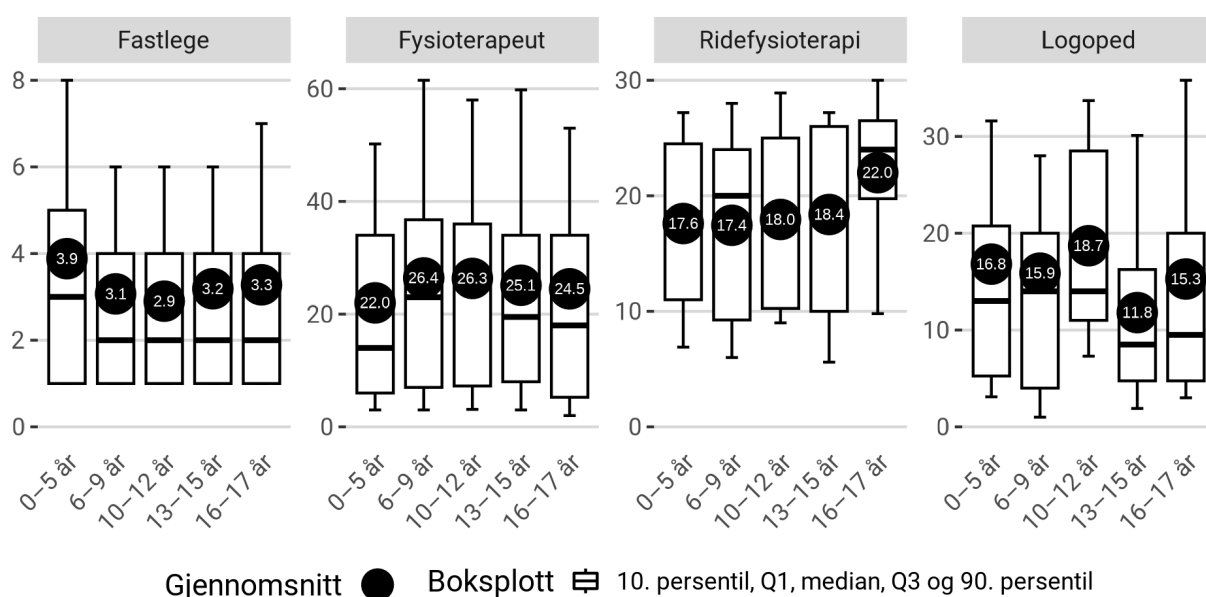
Fysioterapeut ble i størst grad benyttet av barna i eldste aldersgruppe. Totalt 32 prosent av 16- og 17-åringene var på konsultasjon hos fysioterapeut i 2022, og andelen var høyest blant barna med spastisk kvadriplegisk CP (40 prosent). Barna under 10 år var i minst grad på konsultasjon hos fysioterapeut (21 prosent).

Ridefysioterapi var totalt sett mest utbredt blant barna i 10–12 årsalderen der 9,2 prosent mottok dette. Bortsett fra i eldste aldersgruppe var andelen gjennomgående høyest blant barna med spastisk diplegisk CP.

Om lag 1 av 10 av barna i alderen 0–5 år var på en eller flere konsultasjoner hos logoped i 2022. Denne andelen var omtrent dobbelt så høy som blant barna som var 10 år eller eldre. Konsultasjon hos logoped var gjennomgående litt mer utbredt blant barna med spastisk kvadriplegisk CP sammenlignet med øvrige.

Figur 8.12 viser gjennomsnittlig antall konsultasjoner per pasient med cerebral parese som har vært hos fastlege, fysioterapeut og logoped i 2022. Barna i yngste aldersgruppe hadde 3,9 konsultasjoner per pasient hos fastlege, noe som var litt høyere enn de eldre barna (mellom 2,9 og 3,3).

Det var flest konsultasjoner per pasient for fysioterapi. Barna som mottok dette hadde i gjennomsnitt 25,1 konsultasjoner per pasient, men det var stor variasjon mellom mottakerne. Det var også relativt mange konsultasjoner per pasient som hadde mottatt ridefysioterapi, og gjennomsnittet var 18,4 per pasient. Hos logoped var antall konsultasjoner per pasient 16,0.



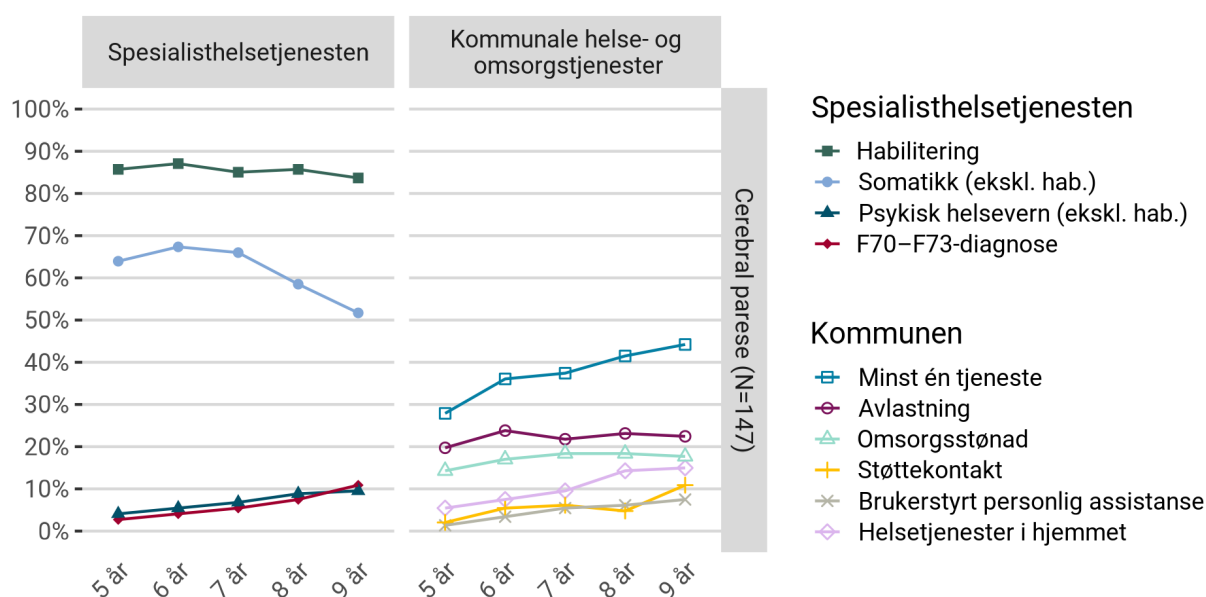
Figur 8.12: Antall konsultasjoner per tjenestemottaker i 2022 blant barna med cerebral parese.

Bruk av utvalgte tjenester i forløp

Figur 8.13 viser andelen mottakere av ulike tjenester blant barna med cerebral parese som var 5 år i 2018, og hvert år fremover i femårsperioden. Dette var 5-åringer i 2018 som mottok spesialisthelsetjenester med cerebral parese som hoved- eller bidiagnose i løpet av perioden 2018–2022. Inkludert i figuren er også den kumulative andelen av pasientene registrert med grad av psykisk utviklingshemming (ICD-10: F70–F73) [55]. 11 prosent fikk totalt en slik diagnose i spesialisthelsetjenesten i alderen 5–9 år.

Mellom 84 og 87 prosent av barna mottok habilitering[56] i spesialisthelsetjenesten gjennom perioden, med den høyeste andelen ved 6 års alder. Fra barna var 6 til 9 år sank andelen som hadde mottatt tjenester i somatisk sektor som ikke var klassifisert som habilitering, fra 67 prosent til 52 prosent. Det var en økning i antallet som fikk spesialisthelsetjenester innen psykisk helsevern (ekskl. habilitering) gjennom perioden, og året de fylte 9 gjaldt dette 10 prosent.

Antall mottakere av kommunale tjenester økte med alderen. Ved 5 års alder mottok 28 prosent én eller flere kommunale tjenester, mens dette gjaldt 44 prosent da barna var 9 år. Avlastning ble gitt for rett over 20 prosent av barna gjennom perioden, mens omsorgsstønad ble gitt for litt under 20 prosent. Disse andelenene varierte relativt lite gjennom perioden. Andelen som mottok helsetjenester i hjemmet og/eller støttekontakt økte etter alderen, og var henholdsvis 15 og 11 prosent da barna var 9 år. Det ble også noen flere mottakere av brukerstyrt personlig assistanse (BPA) gjennom perioden, og 7 prosent hadde tjenesten som 9-åringer.



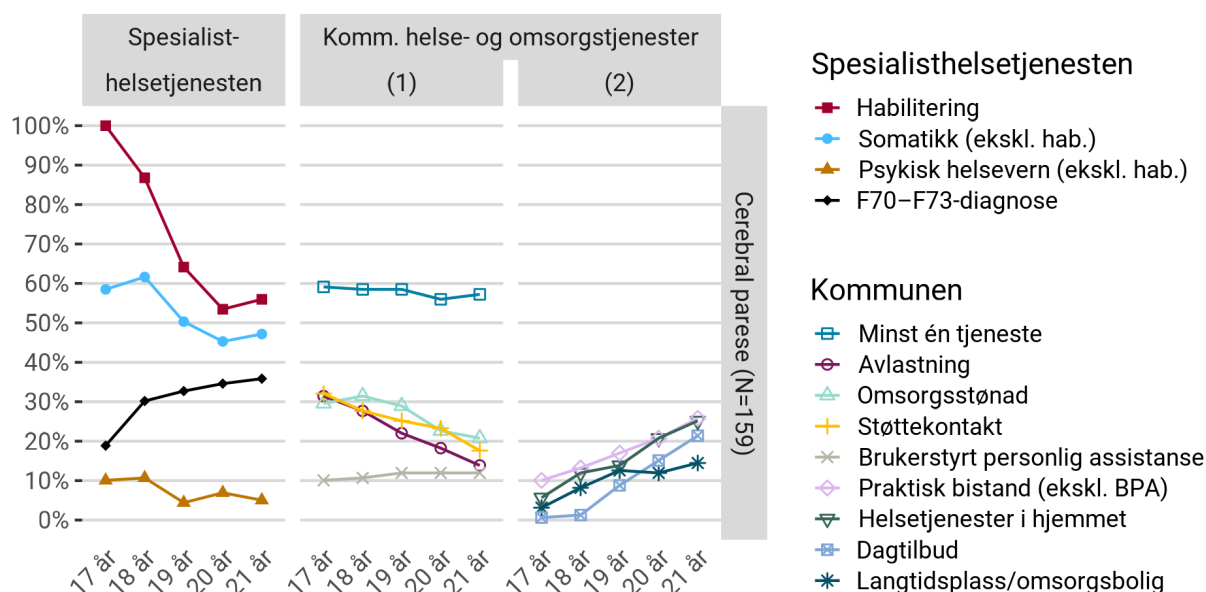
Figur 8.13: Helsetjenester i spesialisthelsetjenesten og kommunen hos pasienter med cerebral parese som var 5 år i 2018, fram til 2022.

Figur 8.14 viser andelen mottakere av ulike tjenester, samt andel med registrert med grad av psykisk utviklingshemming (ICD-10: F70-F73), blant barn med cerebral parese som mottok habilitering i spesialisthelsetjenesten som 17-åringer i 2018, og hvert år fremover i femårsperioden. 17 prosent var registrert med grad av psykisk utviklingshemming i 2018, og 36 prosent i løpet av hele femårsperioden.

Alle barna fulgt i figuren hadde habilitering i spesialisthelsetjenesten i periodens første år. Andelen sank i påfølgende år og ved 20–21 års alder fikk litt over halvparten habilitering i spesialisthelsetjenesten. Det var også en nedgang over tid i andelen som fikk oppfølging i somatisk sektor som ikke var klassifisert som

habilitering, fra rundt 6 av 10 ved 17–18 års alderen til litt under halvparten ved 20–21 års alder. Om lag 1 av 10 mottok spesialisthelsetjenester i psykisk helsevern (ekskl. habilitering) ved 17–18 års alder, mens andelen var noe lavere i de påfølgende årene.

Antall mottakere av én eller flere kommunale tjenester endret seg forholdsvis lite gjennom perioden, og var i underkant av 60 prosent. Etter hvert som barna ble eldre sank andelen med tjenestene avlastning, omsorgsstønad og støttekontakt. Samtidig var det en økning i mottakere av helsetjenester i hjemmet, praktisk bistand (ekskl. BPA), dagtilbud og langtidsplass/omsorgsbolig. Ved 21 års alder var praktisk bistand (ekskl. BPA) og helsetjenester i hjemmet de tjenestene som flest mottok (cirka 1 av 4). Andelen med brukerstyrt personlig assistanse var kun litt høyere på slutten av perioden (12 prosent) enn i det første året (10 prosent).



Figur 8.14: Helsetjenester i spesialisthelsetjenesten og kommunen hos pasienter med cerebral parese. som var 17 år i 2018, fram til 2022.

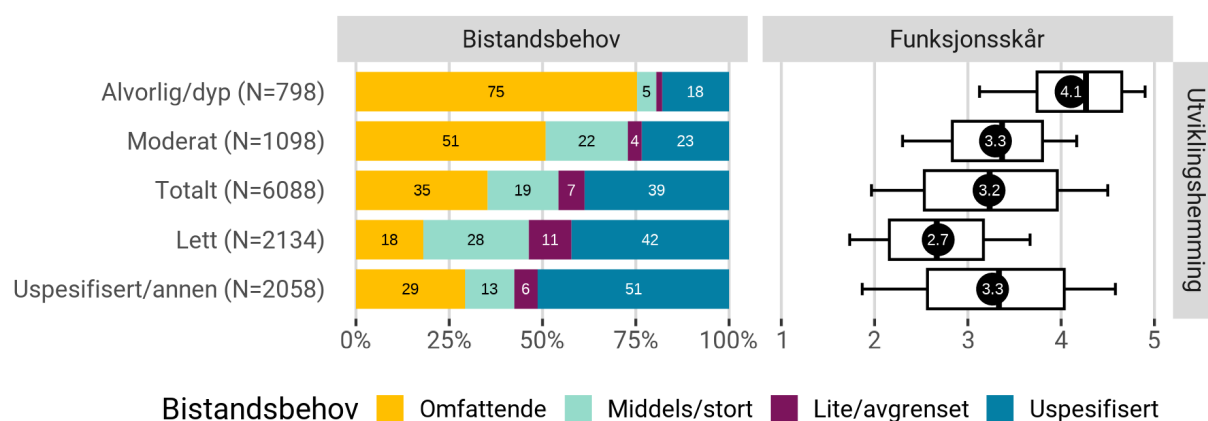
[55] F70: Lettere psykisk utviklingshemming, F71: Moderat psykisk utviklingshemming, F72: Alvorlig psykisk utviklingshemming, F73: Dyp psykisk utviklingshemming.

[56] Se kapittel 2 "Om utvalget" for nærmere definisjon av habilitering i denne rapporten.

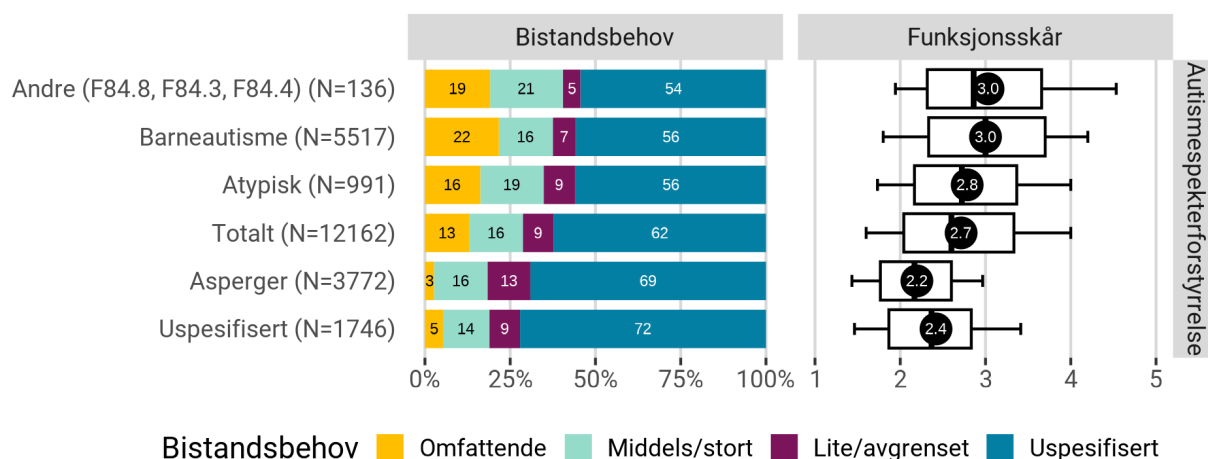
Vedlegg

Vedlegg 1: Bistandsbehov og funksjonsskår etter diagnose

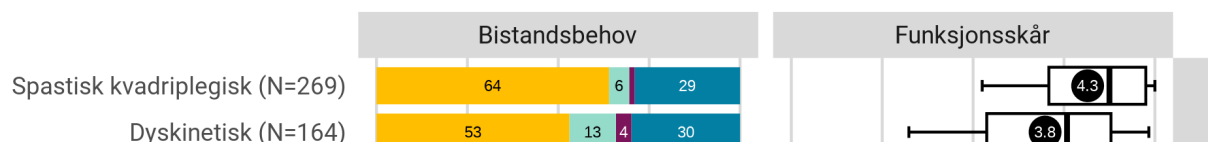
Kapittel 6–8 så nærmere på helsetjenester hos pasienter med henholdsvis utviklingshemming, autismespekterforstyrrelse og cerebral parese. Nedenfor vises fordelingen av bistandsbehov og funksjonsskår for hver av pasientgruppene og dens undergrupper. Fordelingen av funksjonsskår er mer sammenlignbar på tvers av grupper enn bistandsbehov, ettersom andelen med klassifisert bistandsbehov vil påvirkes mer av gjennomsnittsalderen. Gjennomsnittlig funksjonsskår varierte fra 2,2 ved Aspergers syndrom til 4,3 ved spastisk cerebral parese. De to andre gruppene med høyest gjennomsnittlig skår var alvorlig/dyp utviklingshemming (4,1) og dyskinetisk cerebral parese (3,8). Fordelingen av funksjonsskår rapportert her vil ikke nødvendigvis være representativ for hele gruppen, ettersom personer med større bistandsbehov, vil ha større sannsynlighet for å søke om kommunale helse- og omsorgstjenester.

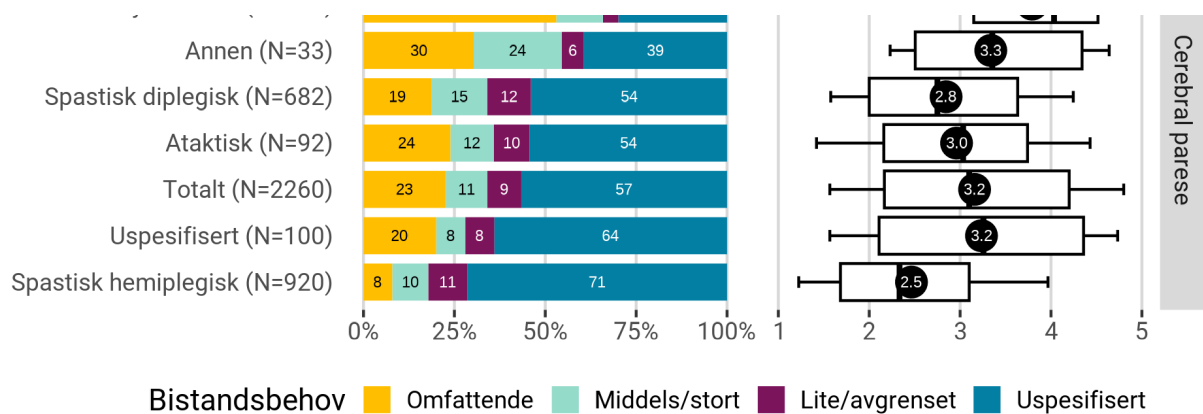


Figur V1.1: Fordeling av bistandsbehov og funksjonsskår ved utviklingshemming.



Figur V1.2: Fordeling av bistandsbehov og funksjonsskår ved autismespekterforstyrrelse.





Figur V1.3: Fordeling av bistandsbehov og funksjonsskår ved cerebral parese.

I tabell V1.1 vises gjennomsnittlig funksjonsskår for flere tilstander som ofte medfører habiliteringsbehov. Epilepsi og ADHD er utelatt, ettersom det gjerne er en annen tilstand som primært har ført til kontakt med habiliteringstjenesten. Både her og ovenfor er det kun siste registrerte funksjonsvurdering hvor minst 8 av 15 funksjonsvariabler er vurdert som er inkludert.

Tabell V1.1: Gjennomsnittlig funksjonsskår hos habiliteringspasienter etter ICD-10-diagnose.

Diagnosegruppe	ICD-10	Funksjonsskår			
		Antall pasienter	Antall klassifisert	Gjennomsnitt	Standardavvik
Di Georges syndrom	D82.1	116	49	2,5	0,9
Spesifikke utviklingsforstyrrelser av tale og språk	F80	1834	443	2,7	0,9
Ekspressiv språkforstyrrelse	F80.1	350	100	2,6	0,8
Impressiv språkforstyrrelse	F80.2	635	146	2,5	0,7
Spesifikke utviklingsforstyrrelser av skoleferdigheter, lærevansker	F81	1251	393	2,4	0,7
Blandet utviklingsforstyrrelse i skoleferdigheter	F81.3	448	134	2,4	0,8
Spesifikk utviklingsforstyrrelse i motoriske ferdigheter	F82	491	138	2,6	1,0
Blandet utviklingsforstyrrelse i spesifikke ferdigheter	F83	1582	548	2,6	0,8
Retts syndrom	F84.2	46	36	4,4	0,7
Arvelig ataxi	G11	150	72	2,9	1,1
Spinal muskelatrofi (atrophia musculorum progressiva) og beslektede syndromer	G12	86	40	2,8	1,1
Primære muskelsykdommer	G71	359	152	2,8	1,0
Muskeldystrofi	G71.0	216	91	2,7	0,9
Myotone lidelser	G71.1	64	23	3,1	1,1
Medfødte myopatii	G71.2	76	34	2,7	1,2
Hemiplegi	G81	148	61	2,3	0,9
Paraplegi og tetraplegi	G82	164	101	3,7	1,2

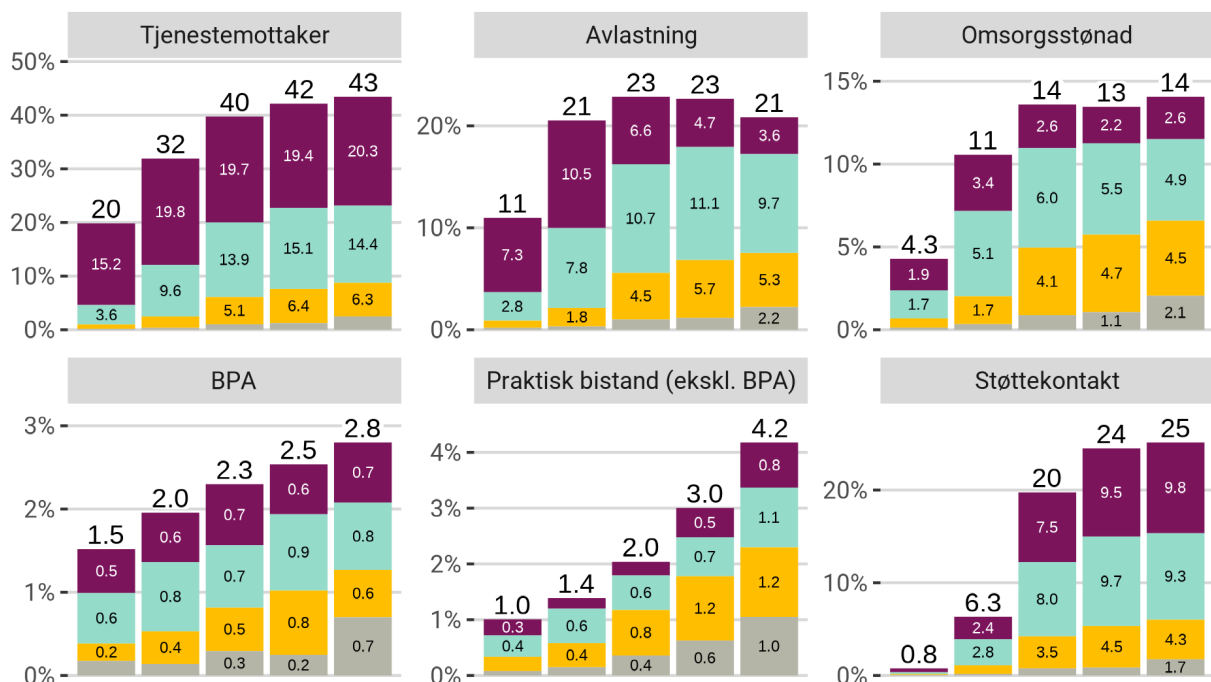
Spina bifida	Q05	230	78	2,6	1,0
Føtalt alkoholsyndrom (dysmorft)	Q86.0	53	26	2,7	0,7
Downs syndrom	Q90	1448	827	3,1	0,9
Andre trisomier og partielle trisomier av autosomer, ikke klassifisert annet sted	Q92	274	140	3,2	1,0
Monosomier og delesjoner fra autosomer, ikke klassifisert annet sted	Q93	891	431	3,2	1,0
Angelmans syndrom	Q93.5	463	219	3,2	1,1
Fragilt X-kromosom	Q99.2	58	36	3,3	1,0
Andre spesifiserte kromosomavvik	Q99.8	988	516	3,4	1,1

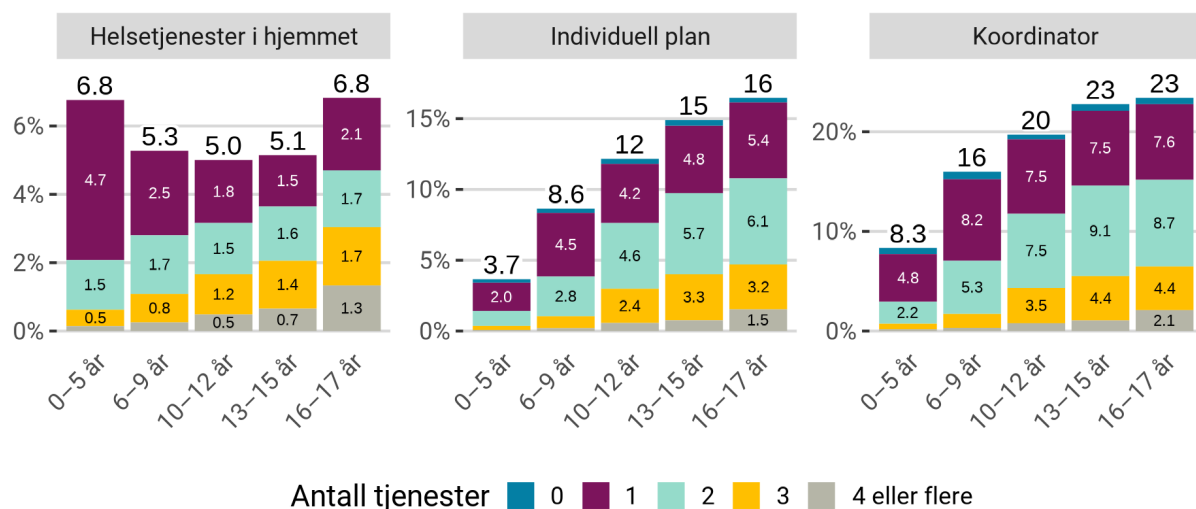
Vedlegg 2: Antall kommunale helse- og omsorgstjenester

Nedenfor er fire figurer som viser fordelingen av antall registrerte kommunale helse- og omsorgstjenester i 2022 – hos hele habiliteringsutvalget og pasientgruppene med diagnosene utviklingshemming, autismspekterforstyrrelse og/eller cerebral parese.

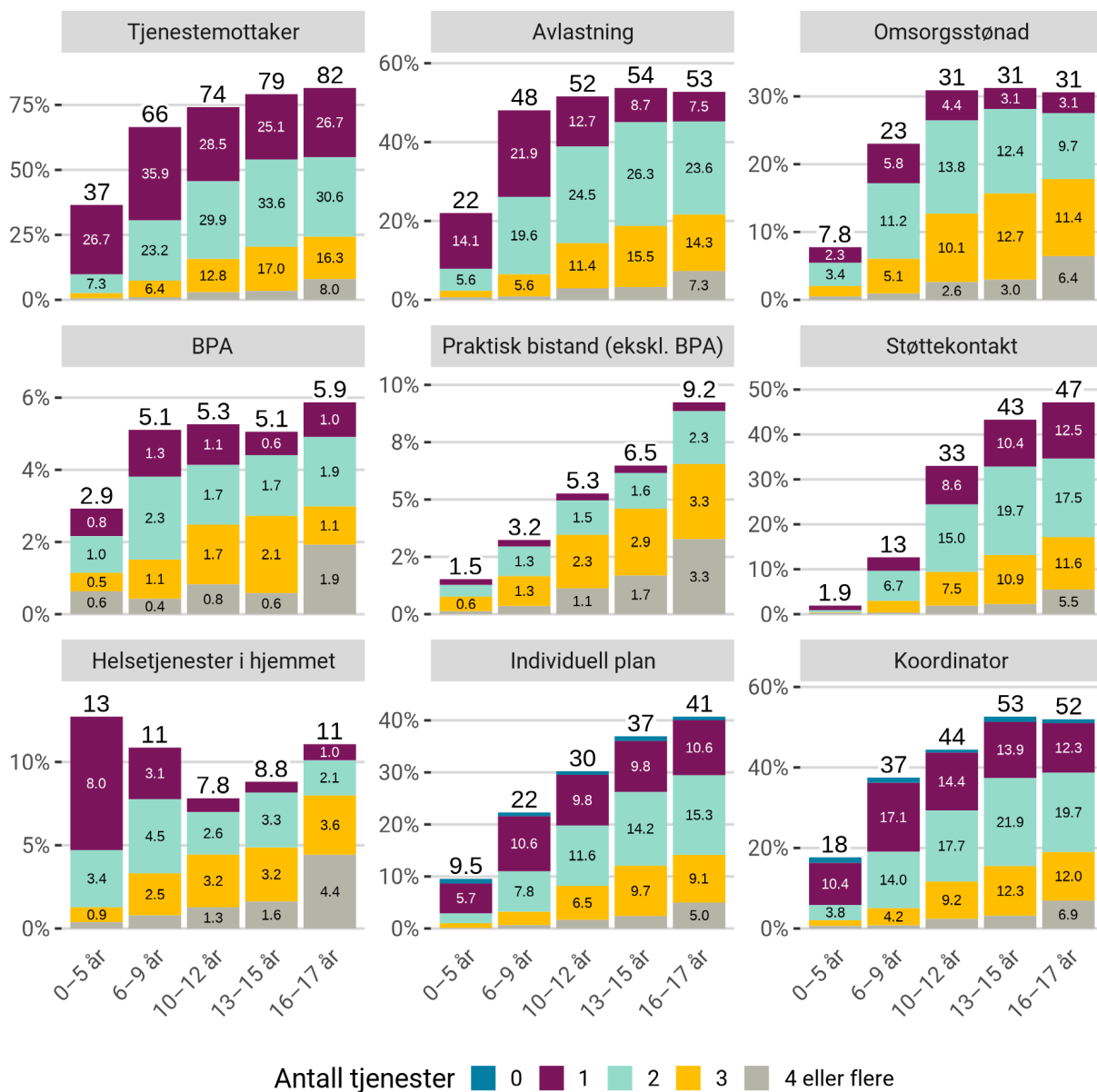
Blant de som fikk habilitering i spesialisthelsetjenesten i løpet av perioden 2018–2022 og var registrert med minst én kommunal helse- og omsorgstjeneste i 2022, hadde 54 prosent kun én tjeneste, 32 prosent to tjenester, 11 prosent tre og 3 prosent fire eller flere. Andelen med to eller flere tjenester økte med alderen, fra 23 prosent hos de som var 0–5 år til 53 prosent hos de mellom 10 og 17 år.

Mottakere av kommunale helse- og omsorgstjenester i gruppen med utviklingshemming, hadde oftest to eller flere tjenester (70 prosent). Tilsvarende andeler hos de med autismspekterforstyrrelse og/eller cerebral parese var til sammenligning lavere (henholdsvis 42 prosent og 48 prosent).

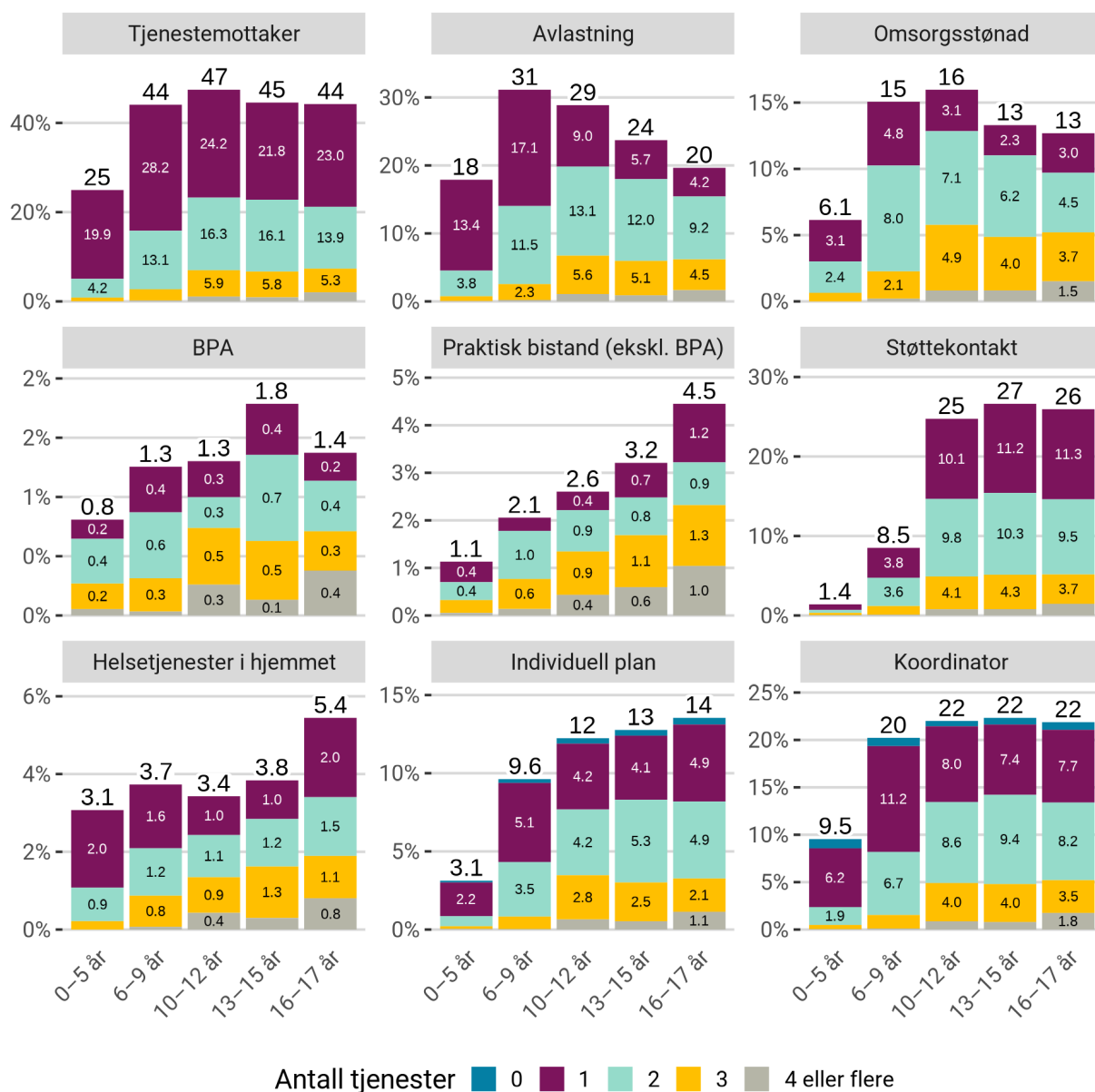




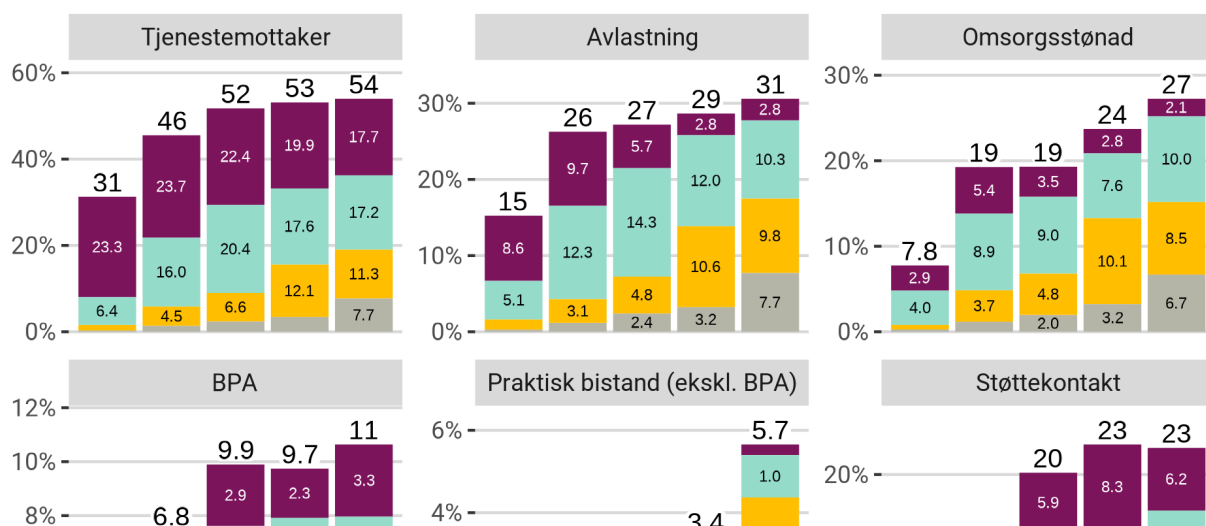
Figur V2.1: Fordeling av antall kommunale helse- og omsorgstjenester hos uttrekket med habilitering i spesialisthelsetjenesten i løpet av siste 5 år i 2022, etter aldersgrupper og tjenestetype.

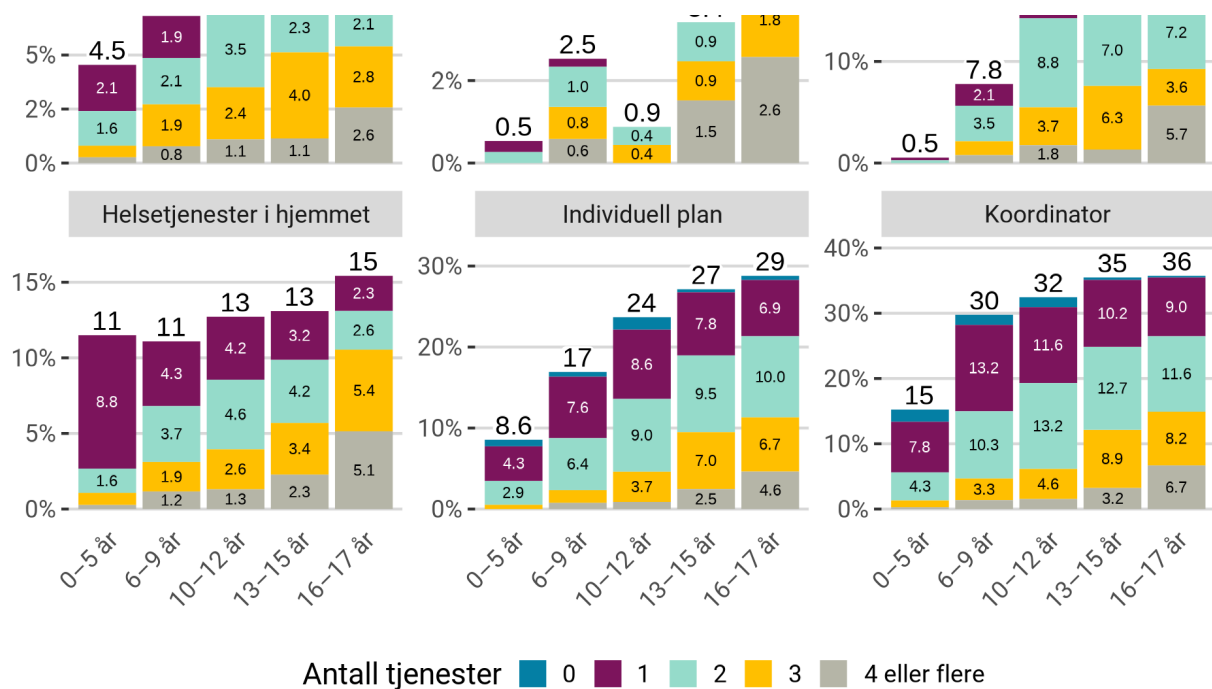


Figur V2.2: Fordeling av antall kommunale helse- og omsorgstjenester hos habiliteringspasientene med utviklingshemming i 2022, etter aldersgrupper og tjenestetype.



Figur V2.3: Fordeling av antall kommunale helse- og omsorgstjenester hos habiliteringspasientene med autismespekterforstyrrelse i 2022, etter aldersgrupper og tjenestetype.

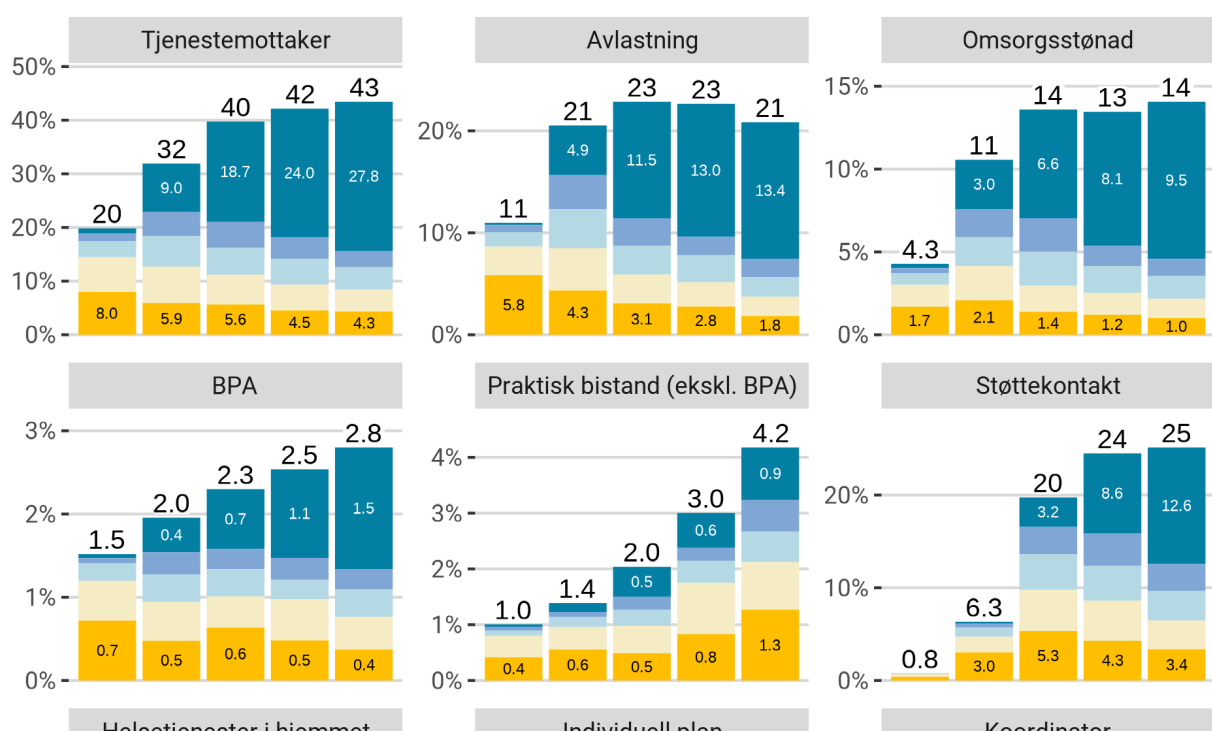


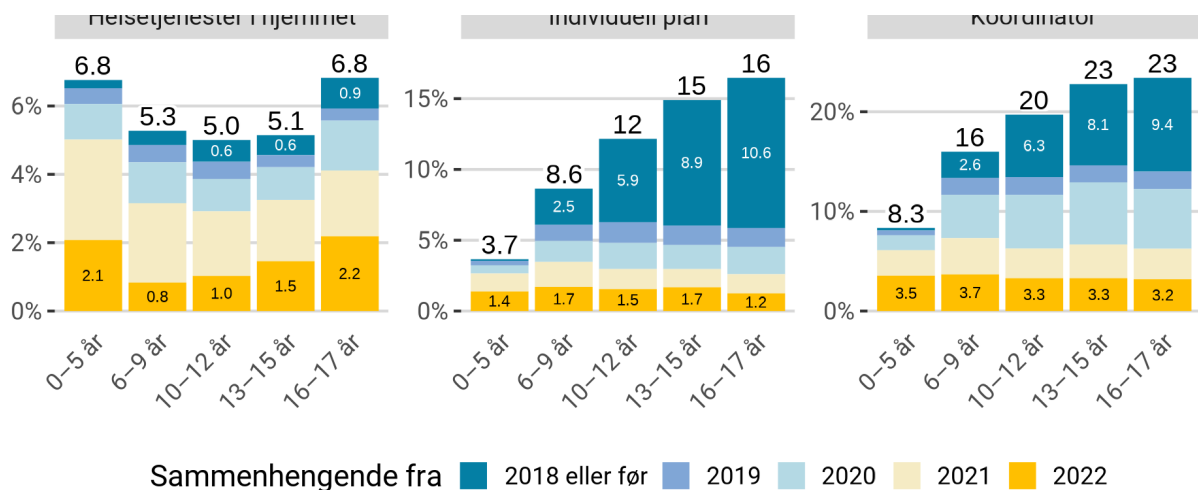


Figur V2.4: Fordeling av antall kommunale helse- og omsorgstjenester hos habiliteringspasientene med cerebral parese i 2022, etter aldersgrupper og tjenestetype.

Vedlegg 3: Sammenheng i kommunale helse- og omsorgstjenester

Figuren viser over hvor mange år pasienten sammenhengende har vært registrert med en tjeneste. 6 av 10 tjenestemottakere i 2022 hos aldersgruppen 0-5 år, hadde også en tjeneste i 2021. Graden av kontinuitet økte i hver aldersgruppe. Blant 16- og 17-åringene hadde 9 av 10 tjenestemottakere også minst én tjeneste året før, og nær to av tre hadde minst én tjeneste i hvert år tilbake til 2018.





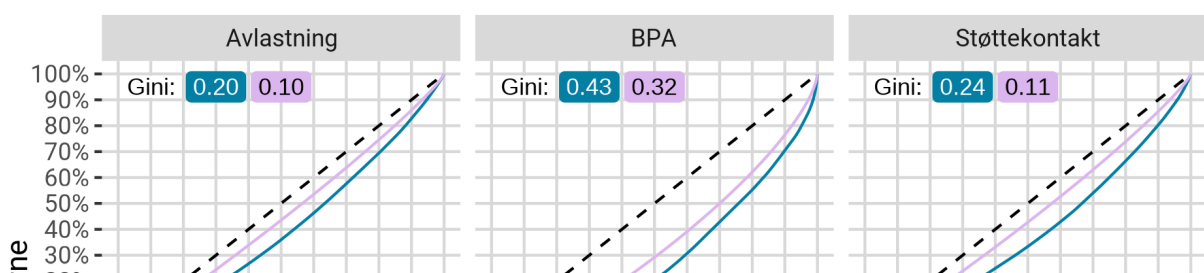
Figur V3.1: Andel som fikk kommunale helse- og omsorgstjenester i 2022 (totaltall for søylene), samt andel som fikk kommunale helse- og omsorgstjenester alle årene i hele perioden eller fra oppgitt år og til og med 2022.

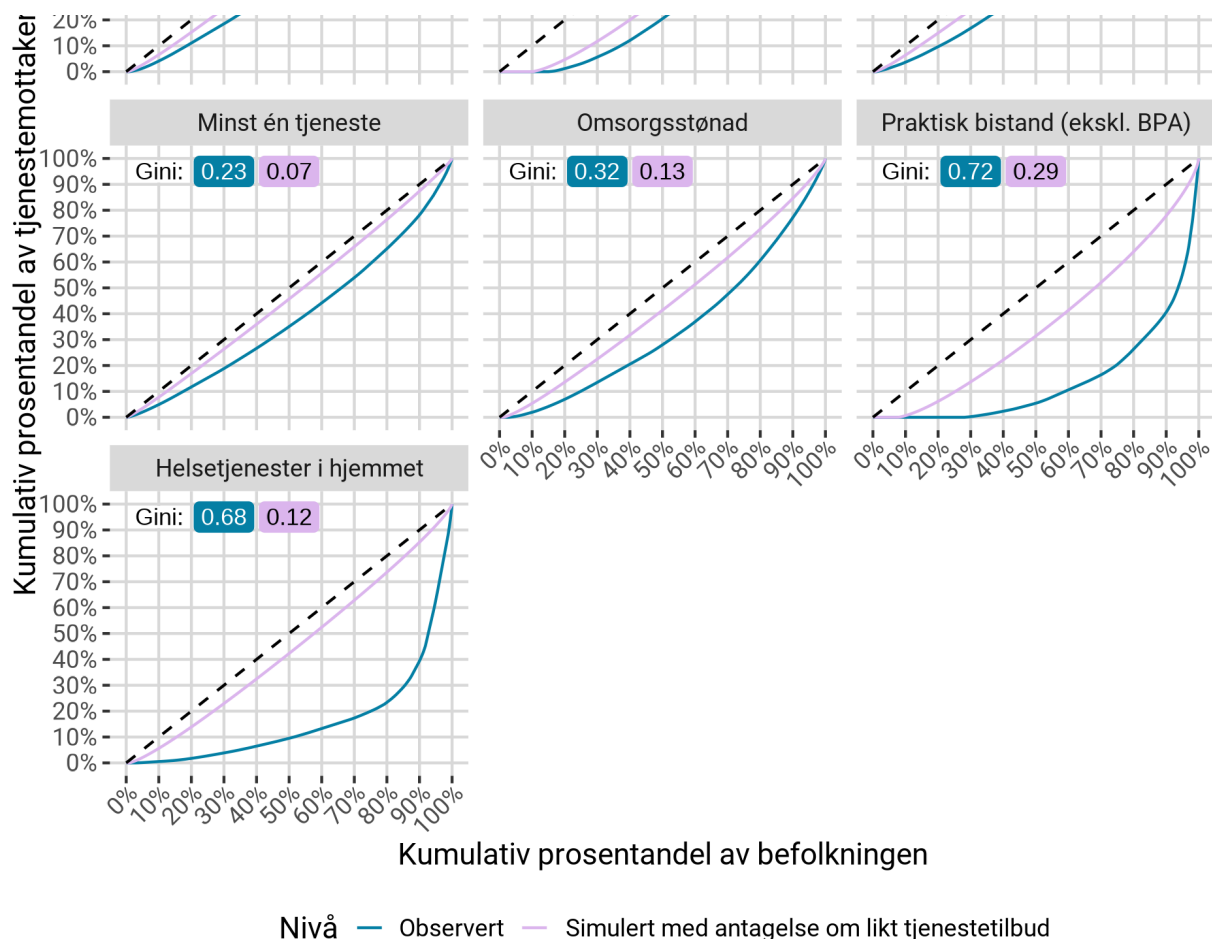
Vedlegg 4: Grad av ulikhet mellom kommuner i tjenestetilbud

Riksrevisjonen konkluderte med at det var «betydelig variasjon mellom kommunene med hensyn til hvor stor andel av barna under 18 år som mottar tjenester». Nedenfor vil vi søke å tallfeste graden av kommunal variasjon ved å beregne Gini-koeffisienter, et mål på statistisk spredning, og gjennom simuleringer undersøke hvor mye av forskjellene som kan tilskrives tilfeldig variasjon. Ved perfekt likhet har Gini en verdi på 0, og ved størst mulig ulikhet er verdien 1. Den vanligste bruken av Gini er for måling av økonomiske forskjeller, og for eksempel var Gini-koeffisienten for inntektsfordelingen i Norge på 0,279 i 2021[58].

I figuren nedenfor har vi tegnet Lorenz-kurver som viser fordelingen for mottakere av kommunale helse- og omsorgstjenester totalt og utvalgte enkelttjenester. Kommunene sorteres fra lavest til høyest mottakerrate, og langs x-aksen vises den kumulative prosentandelen av befolkningen, mens y-aksen viser den kumulative andelen tjenestemottakere. Dersom alle kommunene har like mange tjenestemottakere per innbygger, får man en 45-graders linje (se stiplet linje). Desto større forskjeller det er mellom kommunene, desto nærmere vil kurven ligge det nedre høyre hjørnet.

Det er tegnet to Lorenz-kurver for hver tjenestekategori: Den blå kurven illustrerer de observerte forskjellene, mens den rosa viser forskjellene i 100 simuleringer. Simuleringene er gjort under antagelse om lik sannsynlighet for å få en tjeneste, gitt samme alder og kjønn. For hver av kurvene er den beregnede Gini-koeffisienten også vist. Tjenestene er sortert fra lavest til høyest differanse mellom observert og simulert Gini. Det betyr at den første tjenesten, er den med minst forskjeller, etter kontroll for tilfeldig variasjon (avlastning).





Figur V4.1: Lorenz-kurver for mottakere av kommunale helse- og omsorgstjenester i norske kommuner etter tjenestetype.

Den halvparten av befolkningen under 18 år som bodde i kommunene med lavest mottakerrate, utgjorde 35 prosent av tjenestemottakerne (Gini = 0,23). I de 100 simuleringene med antagelse om likt tjenestetilbud, var denne andelen i gjennomsnitt 46 prosent (Gini = 0,07). Tilfeldig variasjon alene var altså forventet å gi nokså moderat skjevfordeling av tjenestemottakere totalt, men det var ikke tilfelle for enkelttjenester med få mottakere. Tilfeldig variasjon førte for eksempel til at Gini var 0,32 i tilsvarende simuleringer av fordeling i BPA-mottakere.

Differansen mellom observert og simulert Gini var minst for tjenestene avlastning, brukerstyrt personlig assistanse og støttekontakt – og var lavere enn for tjenestemottakere totalt. Ved omsorgsstønad var det noe større avvik mellom kommunene, men de aller største forskjellene var ved praktisk bistand (ekskl. BPA) og helsetjenester i hjemmet. Dette er tjenester hvor en forholdsvis stor andel av mottakerne er registrert med få timer, og for helsetjenester i hjemmet var det eksempler på at antall mottakere mer enn tidoblet seg i noen (større) kommuner fra ett år til det neste. Dette kan indikere praksisvariasjon i hvordan disse tjenestene er registrert.

For alle tjenester ble flere kommuner observert å ha ingen mottakere enn i simuleringene. 39 kommuner hadde eksempelvis ingen avlastningsmottakere, mot et gjennomsnitt på 21 kommuner i simuleringene. Antall kommuner uten mottakere av omsorgsstønad var 72, mens gjennomsnittet var 43 i simuleringene. Brukerstyrt personlig assistanse var den tjenesten færrest mottok, og 192 kommuner hadde ingen mottakere. I simuleringene var det i gjennomsnitt 167 kommuner uten BPA-mottakere. Differansen gir en indikasjon på hvor mange kommuner som er uten mottakere, fordi tjenestetilbudet er ulikt (eller registrert forskjellig).

[59] Se [tabell 09114](#) i SSBs statistikkbank.

Vedlegg 5: Enheter for pasienter med habiliteringsbehov

Tabellen viser enheter som tilbød habiliteringstjenester i 2022. All aktivitet ble inkludert hos de fleste, med noen unntak[59]. RESH-id er hver enhet sin unike kode i Register for enheter i spesialisthelsetjenesten (RESH), og er [søkbart hos Norsk helsenett](#).

Tabell V5.1: Enheter i spesialisthelsetjenesten som tilbød habiliteringstjenester i 2022.

Helseforetak	Enhet	Type	Aldersgruppe	Sektor	RESH-id
Akershus universitetssykehus	Barne- og ungdomsseksjonen habilitering	Habilitering	Barn og unge	Somatikk	706995
Akershus universitetssykehus	Voksenhabilitering avdeling	Habilitering	Voksne	Somatikk	108101
Oslo universitetssykehus	Seksjon for nevrohabilitering - barn, Ullevål	Habilitering	Barn og unge	Somatikk	110088
Oslo universitetssykehus	Seksjon for nevrohabilitering - barn, Rikshospitalet	Habilitering	Barn og unge	Somatikk	4213025
Oslo universitetssykehus	Psykatri og utviklingshemning, seksjon	Annen særlig relevant	Voksne	VOP	110056
Oslo universitetssykehus	Avdeling for nevrohabilitering	Habilitering	Voksne	Somatikk	700381
Sykehuset i Vestfold	Glenne regionale senter for autisme	Autisme	Alle	BUP, VOP	104433
Sykehuset i Vestfold	Habiliteringsavdeling	Habilitering	Alle	Somatikk	700463
Sykehuset Innlandet	Habilitering	Habilitering	Alle	Somatikk	4213562
Sykehuset Telemark	Habilitering barn og unge	Habilitering	Barn og unge	Somatikk	4205407
Sykehuset Telemark	BUP Autisme seksjon	Autisme	Barn og unge	BUP	4216190
Sykehuset Telemark	Habilitering voksne	Habilitering	Voksne	Somatikk	4208189
Sykehuset Østfold	Habiliteringstjenesten barn og unge	Habilitering	Barn og unge	Somatikk	700186
Sykehuset Østfold	Habiliteringstjenesten voksen	Habilitering	Voksne	Somatikk	4208482
Sørlandet sykehus	Habiliteringsseksjon for barn og unge	Habilitering	Barn og unge	Somatikk	103625
Sørlandet sykehus	FASD Regionalt kompetansesenter	Annen særlig relevant	Barn og unge	Somatikk	4210307

Sørlandet sykehus	Regionalt senter for intensiv barnehabilitering (RIB)	Habilitering	Barn og unge	Somatikk	4218247
Sørlandet sykehus	Voksenhabilitering	Habilitering	Voksne	Somatikk	707533
Vestre Viken	Habiliteringsavdeling	Habilitering	Alle	Somatikk	103672
Vestre Viken	Seksjon for utviklingshemming og autismediagnoser	Annen særlig relevant	Alle	VOP	4214423
Helse Bergen	PBU Spesialpoliklinikken	Annen særlig relevant	Barn og unge	BUP	107272
Helse Bergen	BUK Habilitering	Annen særlig relevant	Barn og unge	Somatikk	700966
Helse Bergen	Habiliteringsavdelinga for voksne	Habilitering	Voksne	Somatikk	104842
Helse Fonna	Habiliteringsavdeling	Habilitering	Alle	Somatikk	112844
Helse Fonna	Seksjon for lærevansker og utviklingsforstyrrelser (LUP)	Annen særlig relevant	Voksne	VOP	701199
Helse Førde	Vaksenhabilitering poliklinikk	Habilitering	Voksne	VOP	4209279
Helse Stavanger	Autisme enhet	Autisme	Barn og unge	BUP	110584
Helse Stavanger	Avdeling Barne- og ungdomshabilitering	Habilitering	Barn og unge	Somatikk	114293
Helse Stavanger	Mobilt innsatsteam	Annen særlig relevant	Voksne	VOP	109588
Helse Stavanger	Seksjon for habilitering	Habilitering	Voksne	Somatikk	114483
Helse Møre og Romsdal	Habilitering barn og ungdom Kristiansund og Ålesund	Habilitering	Barn og unge	Somatikk	4213519
Helse Møre og Romsdal	Seksjon for vaksenhabilitering Molde	Habilitering	Voksne	Somatikk	104026
Helse Møre og Romsdal	Seksjon for vaksenhabilitering Ålesund	Habilitering	Voksne	Somatikk	109648
Helse Nord-Trøndelag	Habilitering barn Levanger	Habilitering	Barn og unge	Somatikk	108196
Helse Nord-Trøndelag	Habilitering barn Namsos	Habilitering	Barn og unge	Somatikk	113154
Helse Nord-Trøndelag	Habiliteringstjeneste voksne Namsos	Habilitering	Voksne	VOP	105929
Helse Nord-Trøndelag	Habiliteringstjeneste voksne Levanger	Habilitering	Voksne	VOP	113061

St. Olavs hospital	Habiliteringsteam	Habilitering	Barn og unge	Somatikk	111666
St. Olavs hospital	Habiliteringspoliklinikk	Habilitering	Barn og unge	Somatikk	111667
St. Olavs hospital	Habiliteringstjenesten for voksne poliklinikk	Habilitering	Voksne	VOP	108435
St. Olavs hospital	Psykose-rehab. spesialpost 3 RPUA poliklinikk	Annen særlig relevant	Voksne	VOP	4215066
St. Olavs hospital	Psykose-rehab. spesialpost 3 RPUA	Annen særlig relevant	Voksne	VOP	4215067
Finnmarkssykehuset	Habiliteringsavdeling barn	Habilitering	Barn og unge	Somatikk	4211622
Finnmarkssykehuset	Habiliteringsavdeling voksen	Habilitering	Voksne	Somatikk	4211623
Helgelandssykehuset	Habiliteringsavdeling	Habilitering	Alle	VOP	4210620
Nordlandssykehuset	Autismeteam Bodø	Autisme	Barn og unge	BUP	100616
Nordlandssykehuset	Habiliteringsavdeling barn	Habilitering	Barn og unge	Somatikk	4209876
Nordlandssykehuset	Psykiatrisk innsatsteam Vensmoen	Annen særlig relevant	Voksne	VOP	100601
Nordlandssykehuset	Habiliteringsavdeling voksen	Habilitering	Voksne	Somatikk	4210034
Universitetssykehuset i Nord-Norge	Habiliteringsavdeling barn og unge	Habilitering	Barn og unge	Somatikk	700509
Universitetssykehuset i Nord-Norge	Autismeteam Tromsø	Autisme	Barn og unge	BUP	4212543
Universitetssykehuset i Nord-Norge	Habiliteringsavdeling voksen	Habilitering	Voksne	Somatikk	601124
Privat	Valnesfjord Helsesportsenter	Annen særlig relevant	Alle	Somatikk	4213719
Privat	Beitostølen Helsesportsenter	Annen særlig relevant	Alle	Somatikk	4213763
Privat	PTØ Gardermoen	Annen særlig relevant	Alle	Somatikk	4213879
Privat	PTØ Stavanger	Annen særlig relevant	Alle	Somatikk	4214449

Privat	Barnas fysioterapisenter	Annen særlig relevant	Barn og unge	Somatikk	4214065
--------	--------------------------	-----------------------------	-----------------	----------	---------

[59] Helsesportssentrene har mye rehabilitering, og denne aktiviteten ble forsøkt ekskludert. Autismeteamet til Helse Bergen inngår sammen med to andre team ved spesialpoliklinikken i BUP. Fra seksjonen ble kun aktivitet hos pasienter med diagnostisert autismespekterforstyrrelse inkludert.

Vedlegg 6: Helsefellesskap

Nedenfor er en tabelloversikt over hvilke kommuner som inngikk i de ulike helsefellesskapene i 2022.

Tabell V6.1: Oversikt over hvilke helsefellesskap kommuner tilhørte i 2022.

Helsefellesskap	Kommunenr.	Kommunenavn
Østfold	3001	Halden
Østfold	3002	Moss
Østfold	3003	Sarpsborg
Østfold	3004	Fredrikstad
Østfold	3011	Hvaler
Østfold	3012	Aremark
Østfold	3013	Marker
Østfold	3014	Indre Østfold
Østfold	3015	Skiptvet
Østfold	3016	Rakkestad
Østfold	3017	Råde
Østfold	3018	Våler (Viken)
Østfold	3019	Vestby
Ahus og kommunene	3020	Nordre Follo
Ahus og kommunene	3021	Ås
Ahus og kommunene	3022	Frogn
Ahus og kommunene	3023	Nesodden
Ahus og kommunene	3026	Aurskog-Høland
Ahus og kommunene	3027	Rælingen
Ahus og kommunene	3028	Enebakk
Ahus og kommunene	3029	Lørenskog
Ahus og kommunene	3030	Lillestrøm
Ahus og kommunene	3031	Nittedal
Ahus og kommunene	3032	Gjerdrum
Ahus og kommunene	3033	Ullensaker
Ahus og kommunene	3034	Nes

Ahus og kommunene	3035	Eidsvoll
Ahus og kommunene	3036	Nannestad
Ahus og kommunene	3037	Hurdal
Ahus og kommunene	3401	Kongsvinger
Ahus og kommunene	3414	Nord-Odal
Ahus og kommunene	3415	Sør-Odal
Ahus og kommunene	3416	Eidskog
Ahus og kommunene	3417	Grue
Oslo	301	Oslo
Innlandet	3054	Lunner
Innlandet	3403	Hamar
Innlandet	3405	Lillehammer
Innlandet	3407	Gjøvik
Innlandet	3411	Ringsaker
Innlandet	3412	Løten
Innlandet	3413	Stange
Innlandet	3418	Åsnes
Innlandet	3419	Våler (Innlandet)
Innlandet	3420	Elverum
Innlandet	3421	Trysil
Innlandet	3422	Åmot
Innlandet	3423	Stor-Elvdal
Innlandet	3424	Rendalen
Innlandet	3425	Engerdal
Innlandet	3426	Tolga
Innlandet	3427	Tynset
Innlandet	3428	Alvdal
Innlandet	3429	Folldal
Innlandet	3430	Os
Innlandet	3431	Dovre
Innlandet	3432	Lesja
Innlandet	3433	Skjåk
Innlandet	3434	Lom
Innlandet	3435	Vågå
Innlandet	3436	Nord-Fron
Innlandet	3437	Sel
Innlandet	3438	Sør-Fron
Innlandet	3439	Ringebu

Innlandet	3440	Øyer
Innlandet	3441	Gausdal
Innlandet	3442	Østre Toten
Innlandet	3443	Vestre Toten
Innlandet	3446	Gran
Innlandet	3447	Søndre Land
Innlandet	3448	Nordre Land
Innlandet	3449	Sør-Aurdal
Innlandet	3450	Etnedal
Innlandet	3451	Nord-Aurdal
Innlandet	3452	Vestre Slidre
Innlandet	3453	Øystre Slidre
Innlandet	3454	Vang
Vest-Viken	3005	Drammen
Vest-Viken	3006	Kongsberg
Vest-Viken	3007	Ringerike
Vest-Viken	3024	Bærum
Vest-Viken	3025	Asker
Vest-Viken	3038	Hole
Vest-Viken	3039	Flå
Vest-Viken	3040	Nesbyen
Vest-Viken	3041	Gol
Vest-Viken	3042	Hemsedal
Vest-Viken	3043	Ål
Vest-Viken	3044	Hol
Vest-Viken	3045	Sigdal
Vest-Viken	3046	Krødsherad
Vest-Viken	3047	Modum
Vest-Viken	3048	Øvre Eiker
Vest-Viken	3049	Lier
Vest-Viken	3050	Flesberg
Vest-Viken	3051	Rollag
Vest-Viken	3052	Nore og Uvdal
Vest-Viken	3053	Jevnaker
Vestfold	3801	Horten
Vestfold	3802	Holmestrand
Vestfold	3803	Tønsberg
Vestfold	3804	Sandefjord

Vestfold	3805	Larvik
Vestfold	3811	Færder
Telemark	3806	Porsgrunn
Telemark	3807	Skien
Telemark	3808	Notodden
Telemark	3812	Siljan
Telemark	3813	Bamble
Telemark	3814	Kragerø
Telemark	3815	Drangedal
Telemark	3816	Nome
Telemark	3817	Midt-Telemark
Telemark	3818	Tinn
Telemark	3819	Hjartdal
Telemark	3820	Seljord
Telemark	3821	Kviteseid
Telemark	3822	Nissedal
Telemark	3823	Fyresdal
Telemark	3824	Tokke
Telemark	3825	Vinje
Agder	4201	Risør
Agder	4202	Grimstad
Agder	4203	Arendal
Agder	4204	Kristiansand
Agder	4205	Lindesnes
Agder	4206	Farsund
Agder	4207	Flekkefjord
Agder	4211	Gjerstad
Agder	4212	Vegårshei
Agder	4213	Tvedestrand
Agder	4214	Froland
Agder	4215	Lillesand
Agder	4216	Birkenes
Agder	4217	Åmli
Agder	4218	Iveland
Agder	4219	Evje og Hornnes
Agder	4220	Bygland
Agder	4221	Valle
Agder	4222	Bykle

Agder	4223	Vennesla
Agder	4224	Åseral
Agder	4225	Lyngdal
Agder	4226	Hægebostad
Agder	4227	Kvinesdal
Agder	4228	Sirdal
Sør-Rogaland	1101	Eigersund
Sør-Rogaland	1103	Stavanger
Sør-Rogaland	1108	Sandnes
Sør-Rogaland	1111	Sokndal
Sør-Rogaland	1112	Lund
Sør-Rogaland	1114	Bjerkreim
Sør-Rogaland	1119	Hå
Sør-Rogaland	1120	Klepp
Sør-Rogaland	1121	Time
Sør-Rogaland	1122	Gjesdal
Sør-Rogaland	1124	Sola
Sør-Rogaland	1127	Randaberg
Sør-Rogaland	1130	Strand
Sør-Rogaland	1133	Hjelmeland
Sør-Rogaland	1144	Kvitsøy
Helse Fonna	1106	Haugesund
Helse Fonna	1134	Suldal
Helse Fonna	1135	Sauda
Helse Fonna	1145	Bokn
Helse Fonna	1146	Tysvær
Helse Fonna	1149	Karmøy
Helse Fonna	1151	Utsira
Helse Fonna	1160	Vindafjord
Helse Fonna	4611	Etne
Helse Fonna	4612	Sveio
Helse Fonna	4613	Bømlo
Helse Fonna	4614	Stord
Helse Fonna	4615	Fitjar
Helse Fonna	4616	Tysnes
Helse Fonna	4617	Kvinnherad
Helse Fonna	4618	Ullensvang
Helse Bergen	4601	Bergen

Helse Bergen	4619	Eidfjord
Helse Bergen	4620	Ulvik
Helse Bergen	4621	Voss
Helse Bergen	4622	Kvam
Helse Bergen	4623	Samnanger
Helse Bergen	4624	Bjørnafjorden
Helse Bergen	4625	Austevoll
Helse Bergen	4626	Øygarden
Helse Bergen	4627	Askøy
Helse Bergen	4628	Vaksdal
Helse Bergen	4629	Modalen
Helse Bergen	4630	Osterøy
Helse Bergen	4631	Alver
Helse Bergen	4632	Austrheim
Helse Bergen	4633	Fedje
Helse Bergen	4634	Masfjorden
Helse Bergen	4635	Gulen
Sogn og Fjordane	4602	Kinn
Sogn og Fjordane	4636	Solund
Sogn og Fjordane	4637	Hyllestad
Sogn og Fjordane	4638	Høyanger
Sogn og Fjordane	4639	Vik
Sogn og Fjordane	4640	Sogndal
Sogn og Fjordane	4641	Aurland
Sogn og Fjordane	4642	Lærdal
Sogn og Fjordane	4643	Årdal
Sogn og Fjordane	4644	Luster
Sogn og Fjordane	4645	Askvoll
Sogn og Fjordane	4646	Fjaler
Sogn og Fjordane	4647	Sunnfjord
Sogn og Fjordane	4648	Bremanger
Sogn og Fjordane	4649	Stad
Sogn og Fjordane	4650	Gloppen
Sogn og Fjordane	4651	Stryn
Møre og Romsdal	1505	Kristiansund
Møre og Romsdal	1506	Molde
Møre og Romsdal	1507	Ålesund
Møre og Romsdal	1511	Vanylven

Møre og Romsdal	1514	Sande
Møre og Romsdal	1515	Herøy (Møre og Romsdal)
Møre og Romsdal	1516	Ulstein
Møre og Romsdal	1517	Hareid
Møre og Romsdal	1520	Ørsta
Møre og Romsdal	1525	Stranda
Møre og Romsdal	1528	Sykkylven
Møre og Romsdal	1531	Sula
Møre og Romsdal	1532	Giske
Møre og Romsdal	1535	Vestnes
Møre og Romsdal	1539	Rauma
Møre og Romsdal	1547	Aukra
Møre og Romsdal	1554	Averøy
Møre og Romsdal	1557	Gjemnes
Møre og Romsdal	1560	Tingvoll
Møre og Romsdal	1563	Sunndal
Møre og Romsdal	1566	Surnadal
Møre og Romsdal	1573	Smøla
Møre og Romsdal	1576	Aure
Møre og Romsdal	1577	Volda
Møre og Romsdal	1578	Fjord
Møre og Romsdal	1579	Hustadvika
St. Olavs og kommunene	5001	Trondheim
St. Olavs og kommunene	5014	Frøya
St. Olavs og kommunene	5021	Oppdal
St. Olavs og kommunene	5022	Rennebu
St. Olavs og kommunene	5025	Røros
St. Olavs og kommunene	5026	Holtålen
St. Olavs og kommunene	5027	Midtre Gauldal
St. Olavs og kommunene	5028	Melhus
St. Olavs og kommunene	5029	Skaun
St. Olavs og kommunene	5031	Malvik
St. Olavs og kommunene	5032	Selbu
St. Olavs og kommunene	5033	Tydal
St. Olavs og kommunene	5054	Indre Fosen
St. Olavs og kommunene	5055	Heim
St. Olavs og kommunene	5056	Hitra
St. Olavs og kommunene	5057	Ørland

St. Olavs og kommunene	5058	Åfjord
St. Olavs og kommunene	5059	Orkland
St. Olavs og kommunene	5061	Rindal
Nordre Trøndelag	5006	Steinkjer
Nordre Trøndelag	5007	Namsos
Nordre Trøndelag	5020	Osen
Nordre Trøndelag	5034	Meråker
Nordre Trøndelag	5035	Stjørdal
Nordre Trøndelag	5036	Frosta
Nordre Trøndelag	5037	Levanger
Nordre Trøndelag	5038	Verdal
Nordre Trøndelag	5041	Snåase - Snåsa
Nordre Trøndelag	5042	Lierne
Nordre Trøndelag	5043	Raarvihke - Røyrvik
Nordre Trøndelag	5044	Namsskogan
Nordre Trøndelag	5045	Grong
Nordre Trøndelag	5046	Høylandet
Nordre Trøndelag	5047	Overhalla
Nordre Trøndelag	5049	Flatanger
Nordre Trøndelag	5052	Leka
Nordre Trøndelag	5053	Inderøy
Nordre Trøndelag	5060	Nærøysund
Helgeland	1811	Bindal
Helgeland	1812	Sømna
Helgeland	1813	Brønnøy
Helgeland	1815	Vega
Helgeland	1816	Vevelstad
Helgeland	1818	Herøy (Nordland)
Helgeland	1820	Alstahaug
Helgeland	1822	Leirfjord
Helgeland	1824	Vefsn
Helgeland	1825	Grane
Helgeland	1826	Hattfjelldal
Helgeland	1827	Dønna
Helgeland	1828	Nesna
Helgeland	1832	Hemnes
Helgeland	1833	Rana
Helgeland	1834	Lurøy

Helgeland	1835	Træna
Helgeland	1836	Rødøy
Lofoten, Vesterålen og Salten	1804	Bodø
Lofoten, Vesterålen og Salten	1837	Meløy
Lofoten, Vesterålen og Salten	1838	Gildeskål
Lofoten, Vesterålen og Salten	1839	Beiarn
Lofoten, Vesterålen og Salten	1840	Saltdal
Lofoten, Vesterålen og Salten	1841	Fauske - Fuosko
Lofoten, Vesterålen og Salten	1845	Sørfold
Lofoten, Vesterålen og Salten	1848	Steigen
Lofoten, Vesterålen og Salten	1856	Røst
Lofoten, Vesterålen og Salten	1857	Værøy
Lofoten, Vesterålen og Salten	1859	Flakstad
Lofoten, Vesterålen og Salten	1860	Vestvågøy
Lofoten, Vesterålen og Salten	1865	Vågan
Lofoten, Vesterålen og Salten	1866	Hadsel
Lofoten, Vesterålen og Salten	1867	Bø
Lofoten, Vesterålen og Salten	1868	Øksnes
Lofoten, Vesterålen og Salten	1870	Sortland - Suortá
Lofoten, Vesterålen og Salten	1871	Andøy
Lofoten, Vesterålen og Salten	1874	Moskenes
Lofoten, Vesterålen og Salten	1875	Hamarøy
Troms og Ofoten	1806	Narvik
Troms og Ofoten	1851	Lødingen
Troms og Ofoten	1853	Evenes - Evenássi
Troms og Ofoten	5401	Tromsø
Troms og Ofoten	5402	Harstad
Troms og Ofoten	5411	Kvæfjord
Troms og Ofoten	5412	Tjeldsund
Troms og Ofoten	5413	Ibestad
Troms og Ofoten	5414	Gratangen
Troms og Ofoten	5415	Loabák - Lavangen
Troms og Ofoten	5416	Bardu
Troms og Ofoten	5417	Salangen
Troms og Ofoten	5418	Målselv
Troms og Ofoten	5419	Sørreisa
Troms og Ofoten	5420	Dyrøy
Troms og Ofoten	5421	Senja

Troms og Ofoten	5422	Balsfjord
Troms og Ofoten	5423	Karlsøy
Troms og Ofoten	5424	Lyngen
Troms og Ofoten	5425	Storfjord - Omasvuotna - Omasvuono
Troms og Ofoten	5426	Gáivuotna - Kåfjord - Kaivuono
Troms og Ofoten	5427	Skjervøy
Troms og Ofoten	5428	Nordreisa
Troms og Ofoten	5429	Kvænangen
Finnmark	5403	Alta
Finnmark	5404	Vardø
Finnmark	5405	Vadsø
Finnmark	5406	Hammerfest
Finnmark	5430	Guovdageaidnu - Kautokeino
Finnmark	5432	Loppa
Finnmark	5433	Hasvik
Finnmark	5434	Måsøy
Finnmark	5435	Nordkapp
Finnmark	5436	Porsanger - Porsángu - Porsanki
Finnmark	5437	Kárásjohka - Karasjok
Finnmark	5438	Lebesby
Finnmark	5439	Gamvik
Finnmark	5440	Berlevåg
Finnmark	5441	Deatnu - Tana
Finnmark	5442	Unjárga - Nesseby
Finnmark	5443	Båtsfjord
Finnmark	5444	Sør-Varanger

Vedlegg 7: Figurtabeller for kapittel 4–8

Regnearkene nedenfor inneholder tallgrunnlaget figurene i rapporten er basert på. Også noen tall som omtales i rapporten, men som ikke fremgår direkte i figurene, for eksempel for aldersgruppene samlet, er inkludert. For kapittel 8, som omhandler CP, inneholder tabellene også informasjon for undergruppene med dyskinetisk og ataktisk CP.

[Kapittel 4 - spesialist](#)

[Kapittel 5 – kommune](#)

[Kapittel 6 – utviklingshemming](#)

[Kapittel 7 – autisme](#)

