

Habilitering i spesialisthelsetjenesten 2017–2021

Først publisert: 23. januar 2023

Siste faglige endring: 23. januar 2023

Innhold

1. Sammendrag	3
2. Innledning	5
3. Data og metode	7
4. Barn og unge	9
5. Voksne	20
6. Vedlegg	29

Sammendrag

Rapporten undersøker habiliteringsaktivitet i spesialisthelsetjenesten i femårsperioden 2017–2021. Analysen viser utvikling over tid og geografiske forskjeller i habiliteringstilbudet, for pasienter under 18 år og for voksne. Noen hovedfunn er oppsummert nedenfor.

Flere habiliteringspasienter i spesialisthelsetjenesten enn før pandemien

I 2021 mottok i overkant 24 000 pasienter habiliteringstjenester i spesialisthelsetjenesten. Det var en økning i antall pasienter for alle årene mellom 2017 og 2019, både hos barn og unge og blant voksne. I 2020 var en betydelig pandemieffekt synlig i tallene, med fire–fem prosent færre pasienter i begge grupper. Oppgangen i 2021 var imidlertid større enn nedgangen i 2020 – for pasienter under 18 år og voksne. Dermed var det drøyt 400 flere habiliteringspasienter i 2021 enn i 2019. For hele femårsperioden sett under ett, var det en befolkningsjustert vekst i antall habiliteringspasienter under 18 år på ni prosent. Økningen hos voksne var mindre, men fortsatt på fire prosent.

Majoriteten av habiliteringspasienter var under 18 år

Medianalderen blant habiliteringspasienter var 15 år i 2021, og 58 prosent av tjenestemottakerne var under 18 år. Ytterligere 21 prosent av pasientene var unge voksne, i alderen 18 til 29 år. Samlet var nær fire av fem habiliteringspasienter i spesialisthelsetjenesten under 30 år. Det var i 2021 flest pasienter i aldersgruppene 0–5 år og 6–12 år, med 13,0 per 1 000 innbyggere. For voksne samlet var pasientraten 2,4. Innsatsen mot de aller yngste pasientene økte særlig i femårsperioden. Fra 2017 til 2021 økte pasientraten for aldersgruppen 0 til 5 år med 24 prosent.

Færre habiliteringspasienter i Helse Vest enn andre regioner

I 2021 observerte vi i forhold til folketallet 22 prosent færre habiliteringspasienter under 18 år i Helse Vest. Helse Førde-regionen ble tatt ut av beregningen, etter tilbakemelding om manglende koding av habiliteringsaktivitet for barn og unge. Justert for befolkning, hadde regionen også færrest voksne pasienter, med en pasientrate 14 prosent lavere enn landet samlet. Riksrevisjonen[1] påpekte stor geografisk variasjon i habiliteringspasienter per 1 000 innbyggere blant barn og unge i 2019. De rapporterte en pasientrate nesten 40 prosent lavere i Helse Vest enn på landsbasis, men også Helst Midt-Norge og Helse Nord hadde en atskillig lavere pasientrate enn Helse Sør-Øst.

Det er grunn til å tro de geografiske forskjellene i habiliteringstilbudet for barn og unge er mindre enn dette. Særlig når underrapportering hos Helse Førde HF ble hensyntatt, fant vi mindre forskjell mellom Helse Vest og den nasjonale pasientraten. Mellom de øvrige helseregionene var ulikhetene i pasientnivå nokså små i vårt datasett. Geografisk variasjon i behandlingstilbudet var likevel betraktelig mellom foretaksområdene – både hos barn og unge og for voksne.

Mindre ambulant virksomhet under pandemien

Det er et mål at habilitering i økende grad skal utføres ambulant, utenfor sykehus. Gjennom pandemien gikk imidlertid andelen kontakter som var ambulante ned. For barn og unge ble 18,7 prosent av kontakter utført ambulant i 2019, tilsvarende for voksne var 17,7 prosent. I 2021 var andelen redusert til henholdsvis 16,1 prosent og 14,6 prosent. Det var atskillig variasjon i utviklingen mellom regioner og aldersgrupper, men det var en reduksjon for alle, med unntak av barn og unge i Helse Sør-Øst.

Mer enn 15 prosent av kontakter nasjonalt var digitale

I oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene var det i 2021 et mål om at 15 prosent av polikliniske konsultasjoner skulle utføres digitalt, gjennom video eller telefon. Til tross for mulig underrapportering, viser våre tall at 25 prosent av dag- og polikliniske kontakter for pasienter under 18 år ble utført digitalt og 24 prosent hos voksne. Andelen var i begge aldersgrupper høyest i Helse Sør-Øst og lavest i Helse Vest.

Økning i pasienter med autismspekterforstyrrelser og psykisk utviklingshemming

Stadig flere diagnostiseres med autismspekterforstyrrelser (ASF), også blant habiliteringspasienter. Det var en særlig uttalt vekst blant barn og unge, hvor 40 prosent flere mottok habilitering med en ASF-diagnose i 2021 enn i 2017. Hos voksne var økningen 23 prosent. Primært ble det flere pasienter med diagnostisert barneautisme, mens det var liten endring i antall pasienter med Aspergers syndrom.

Det var også en prosentvis stor økning i pasienter som mottok habilitering med psykisk utviklingshemming som hoved- eller bidiagnose. Veksten var på 32 prosent for barn og unge og på 21 prosent for voksne. I begge grupper hadde flest lett utviklingshemming, men veksten var større i pasienter med moderat til dyp grad av utviklingshemming.

Færre kontakter utført av lege i Helse Nord

Leger var godt representert som utførende helsepersonell for habiliteringstjenester. Ved dag- og poliklinisk habilitering for barn og unge, var de på landsbasis utførende helsepersonell for 25 prosent av kontaktene i 2021. Ved voksenhabilitering var andelen 22 prosent. Disse andelenes var imidlertid lavere i Helse Nord. Leger var der utførende helsepersonell for henholdsvis 12 og 14 prosent av kontaktene. I alle foretaksområdene ved Helse Nord var andelen under landsgjennomsnittet, med voksenhabilitering i UNN-området som eneste unntak. Avviket var størst for pasienter som sognet til Finnmarkssykehuset.

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

Innledning

Det regionale helseforetaket skal sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted i helseregionen tilbys og ytes nødvendig habilitering i spesialisthelsetjenesten[2]. Habiliteringstjenestene i spesialisthelsetjenesten skal sikre spesialisert tverrfaglig utredning, diagnostisering, kartlegging av behov, spesialisert behandling og trening for personer som har behov for denne typen tjenester. Pasienter og brukere med behov for habilitering har funksjonsnedsettelse som skyldes medfødte eller tidlig ervervede tilstander. For mange innebærer dette at de ikke følger et forventet utviklingsforløp. Mange vil ha behov for et vidt spekter av faglige tilnærminger, herunder medisinsk, fysikalsk, sansemessig, kognitivt, sosialt og psykososialt gjennom hele eller store deler av livsløpet.

Helsedirektoratet publiserte sist en rapport om habiliteringsaktivitet i spesialisthelsetjenesten i 2017. Den omhandler perioden 2012–2016, og fant en økning i habiliteringspasienter over tid, både for voksne og blant barn og unge. I 2020 publiserte Riksrevisjonen sin undersøkelse av helse- og omsorgstjenester til barn med funksjonsnedsettelse. De undersøkte 2019-data, og konkluderte med at det «er store forskjeller og utilstrekkelig kapasitet i helseforetakenes habiliteringstilbud til barn». De vurderte det som alvorlig at tjenestene til familier med barn som har funksjonsnedsettelse, avhenger av hvor de bor. Blant anbefalingene var at Helse- og omsorgsdepartementet skulle sørge for bedre kunnskap om de geografiske forskjellene i habiliteringstilbudet.

Habilitering i spesialisthelsetjenesten har ikke egen ICD-10-kode eller prosedyrekode i NCMP[3], og habiliteringsaktivitet gjøres både innen somatikk og psykisk helsevern. Det å identifisere habiliteringsaktivitet i spesialisthelsetjenesten krever en grundig gjennomgang av NPR-data. Vi har, i samarbeid med de regionale helseforetakene, helseforetakene og fagavdelingen i Helsedirektoratet, utarbeidet en oversikt over habiliteringsenheter i spesialisthelsetjenesten for årene 2017–2021. I denne rapporten beskrives utvikling og geografiske variasjoner i habilitering i spesialisthelsetjenesten basert på dette tallgrunnlaget.

Alle tallene som viser geografisk variasjon presenteres etter pasientenes bosted («sørge-for-områder»), bostedsregion og foretaksområder, uavhengig av hvor pasienten ble behandlet. Etter innledningen og en metode-seksjon, presenterer rapporten sine resultater i de to neste kapitlene. Utvikling og variasjonen belyses for barn og unge i kapittel tre, og hos voksne i kapittel fire. Gruppen barn og unge ble definert som pasienter i alderen 0 til 17 år, og voksne som pasienter 18 år og eldre. For begge aldersgrupper beskriver vi:

- a. Utvikling og variasjon i antall pasienter som mottok habilitering samlet og etter omsorgsnivå, og antallet polikliniske kontakter per pasient.
- b. Hvor mye av den polikliniske aktiviteten som ble utført ambulant eller registrert som digitale kontakter.
- c. Fordeling av kontakter etter hoveddiagnose ved utskrivning, og antall pasienter innenfor ulike diagnosegrupper.
- d. Fordeling av utførende helsepersonell for dag- og polikliniske kontakter.

Virksomheten i spesialisthelsetjenesten var påvirket av koronapandemien og perioder med nedstenging og/eller redusert kapasitet i 2020. I tillegg var det omdisponering av personell, samt mange pasienter som ikke møtte til behandling i frykt for smitte. Våre tall viser en reduksjon i antall pasienter som mottok habilitering i 2020 sammenliknet med tidligere år. Reduksjonen fra 2019 til 2020 gjaldt både for barn og unge og for voksne, og var på 4–5 prosent. I 2021 var antallet pasienter som mottok habilitering høyere enn både 2020 og 2019.

Gjennomgripende utviklingsforstyrrelser i ICD-10 (diagnosekode F84) omtales i denne rapporten som autismespekterforstyrrelser (ASF). Over tid har ASF-begrepet blitt brukt i økende grad, både i forskning, veiledere[4] og offentlige utredninger[5]. I ICD-11 erstattes diagnosene under F84, med unntak av Retts syndrom (F84.2), av en enkeltkategori – autismespekterforstyrrelse (6A02). Overlappet er med andre ikke fullstendig, men vi vurderer det som tilstrekkelig[6], til at vi foretrekker å benytte ASF-begrepet. Det er kjent for

flere, og reflekterer bedre hvordan forståelsen av disse tilstandene har utviklet seg etter publiseringen av ICD-10 i 1994.

En tilbakemelding har vært at det generelt per i dag er vanskelig å sammenligne og trekke konklusjoner om habiliteringsaktivitet basert på data fra NPR. Særlig ser en store forskjeller mellom foretaksområdene, og denne variasjonen må tolkes med forsiktighet. I noen grad kan den reflektere reelle forskjeller i behandlingstilbudet til målgruppene for habilitering, men de vil ofte også ha sin forklaring i ulik organisering, målgruppe eller kodepraksis. Stor variasjon i organiseringen av autismetilbudet ble for eksempel dokumentert i NOU 2020: 1, samt en betydelig grad av geografisk variasjon i diagnoseforekomsten. Ansvar for autismpasienter med psykisk utviklingshemming er hos de fleste helseforetakene i habiliteringstjenesten, mens ansvaret for gruppen med normal kognitiv funksjon, hos de fleste er i psykisk helsevern. Noen helseforetak har også egne autismeenheter, som betjener begge gruppene. Slike spesialiserte autismeteam har vi søkt å identifisere og inkludere i utvalget. Dette kan bidra til at de tilhørende foretaksområdene, kan få en høyere andel autismpasienter i utvalget uten utviklingshemming.

[2] Helsedirektoratet (2018). [Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator](#). Nettdokument, sist faglig oppdatert 2. juli 2020.

[3] NCMP er en klassifikasjon for medisinske prosedyrer til bruk i spesialisthelsetjenesten.

[4] Se prioriteringsveiledere for habilitering i spesialisthelsetjenesten: [barn og unge](#), [voksne](#). Et annet eksempel er [Generell veileder i pediatri](#).

[5] NOU 2020: 1. (2020) [Tjenester til personer med autismespekterforstyrrelser og til personer med Tourettes syndrom](#).

[6] Barn ble for eksempel hos [Surén m.fl. \(2019\)](#) definert å ha autisme dersom de var registrert med en tilstand under diagnosegruppen F84.

Data og metode

I vår analyse av habilitering i spesialisthelsetjenesten benyttes pasientdata fra Norsk pasientregister (NPR). Uttrekket er for femårsperioden 2017–2021, og inkluderer identifisert habiliteringsaktivitet fra flere sektorer: somatikk, psykisk helsevern for voksne og psykisk helsevern barn og unge.

Ulike tilnærminger har vært benyttet for å avgrense habiliteringsaktivitet i NPR tidligere. Riksrevisjonens undersøkelse av helse- og omsorgstjenester til barn med funksjonsnedsettelse så på barnehabilitering i spesialisthelsetjenesten, og brukte variabelen «episodefag» for seleksjon av aktuelle episoder. Variabelen koder hvilket fagområde en episode i hovedsak tilhører. Habilitering barn og unge har kode 233, mens habilitering voksne har kode 234. Utvalget til Riksrevisjonen omfattet kontakter med episodefag-kode 233 hos pasienter under 18 år i somatisk spesialisthelsetjeneste. Helsedirektorat sitt analysenotat fra 2017 om habilitering i spesialisthelsetjenesten benyttet seg ikke av episodefag-variabelen, men så i stedet for på aktivitet i identifiserte habiliteringsavdelinger- og seksjoner. Flere av avdelingene brukte i liten grad episodefag-kode 233 eller 234. Det gjaldt særlig spesialiserte autismeteam, men også mobile innsatsteam. Noen kontakter i habiliteringsavdelinger manglet også episodefag-kode.

I denne rapporten benytter vi begge tilnærminger. Kontakter med episodefag-kode 233 eller 234 inngår i utvalget[7], i tillegg til aktivitet ved identifiserte avdelinger og seksjoner. Aktuelle enheter ble funnet på flere måter. Først fikk vi oversikt over hvilke enheter som var inkludert i forrige rapport. Deretter undersøkte vi i innrapportert data hvilke avdelinger og seksjoner innenfor somatikk og psykisk helsevern[8] som kodet en høy andel av sine kontakter med habilitering som episodefag. I tillegg søkte vi etter enheter med «habilitering», «autisme» eller «utviklingshemming» i navnet, inkludert i form av forkortelser. De identifiserte enhetene ble sendt ut til de regionale helseforetakene for forankring og tilbakemelding. Vi søkte også råd internt i fagavdeling hos Helsedirektoratet. Et utvalg basert på episodefag-kode 233 og 234 ville i 2021 omfattet 89 776 kontakter, mens vi inkluderte ytterligere 37 388 kontakter basert på avdeling- eller seksjonstilhørighet. Omkring 2 800 av kontaktene i 2021-utvalget var ikke i en identifisert habiliteringsenhet, og ble inkludert fordi de var registrert med habilitering som episodefag. 89 prosent av disse kontaktene var ved helseforetak hos Helse Midt-Norge, og flest ved St. Olavs hospital og Helse Nord-Trøndelag HF. Vi tar forbehold om at noe av dette kan være feilkoding og en feilkilde i våre tall, særlig for nivået på habiliteringspasienter i Helse Midt-Norge, og foretaksområdene til St. Olavs hospital og Nord-Trøndelag.

I tillegg til avdelinger og seksjoner ved de offentlige helseforetakene, ble også aktivitet hos noen private institusjoner med avtale inkludert i datasettet etter tilbakemelding. Det gjaldt intensiv habilitering ved Stiftelsen Barnas Fysioterapisenter, PTØ Gardermoen og PTØ Stavanger, samt habilitering ved helsesportssentrene i Beitostølen og Valnesfjord. Episodene ved helsesportssentrene var kodet med rehabilitering som episodefag, men hos Valnesfjord kunne habilitering identifiseres på bakgrunn av fagenhet-navn. Hos Beitostølen Helsesportsenter måtte vi imidlertid skille ut sannsynlig habilitering basert på utskrivningsdiagnoser, som psykisk utviklingshemming, autismespekterforstyrrelser, cerebral parese, osv.

Gjennom femårsperioden var det relativt få endringer i hvilke enheter som var inkludert fra år til år. Noen skyldtes omorganiseringer, og hadde typisk beskjedne konsekvenser for aktivitet målt i form av pasienter eller kontakter. Det var imidlertid to eksempler på helt nye avdelinger eller seksjoner som ble inkludert i utvalget etter 2017, begge i Helse Sør-Øst. Det gjaldt i 2018 seksjon utviklingshemming og autisme (Blakstad) ved Vestre Viken HF, og i 2021 regionalt senter for intensiv barnehabilitering ved Sørlandet sykehus HF. Enhetene hadde henholdsvis 2 090 og 130 episoder i 2021. I årene 2017–2020 var noe barnehabilitering ved Helse Førde HF identifiserbar ved en egen fagenhet-kode, men den ble ikke benyttet i 2021. Det gjorde at vi fanget opp litt mindre av habiliteringsaktiviteten ved helseforetaket i 2021.

[7] Det var ett unntak: Sinnemestringsklinikken ved St. Olavs kodet 88 prosent av kontaktene sine som habilitering i 2017 og 25 prosent i 2018. Etter tilbakemelding fra Helse Midt-Norge ble disse kontaktene ekskludert fra utvalget.

[8] Habiliteringstjenesten for voksne hos St. Olavs, Nord-Trøndelag, Helgelandssykehuset og Førde var organisert i psykisk helsevern for voksne. Flertallet av kontaktene hos alle ble kodet med episodefag-kode 234 – habilitering voksne.

Barn og unge

Utviklingstrekk i pasienter

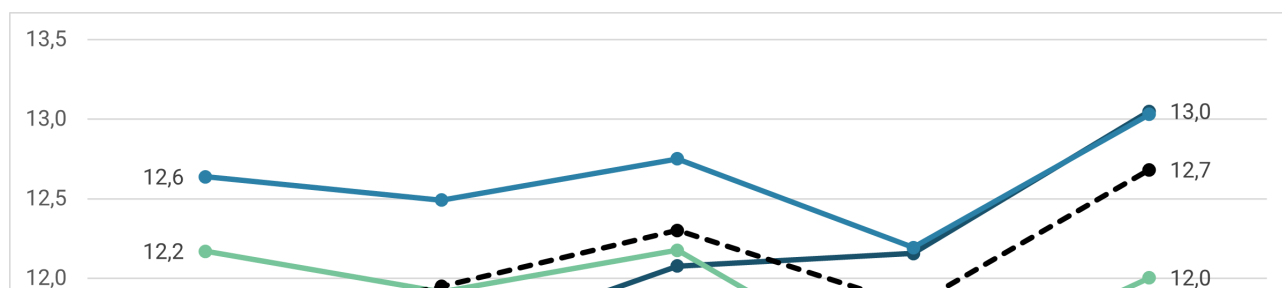
I 2021 mottok nær 14 000 pasienter under 18 år habiliteringstjenester i spesialisthelsetjenesten. Antall habiliteringspasienter økte hvert år fra 2017 til 2019, men i kjølvannet av koronapandemien var det et fall på fem prosent i 2020. Pasienttallet økte imidlertid sju prosent fra 2020 til 2021, slik at antall pasienter i 2021 var to prosent over nivået i 2019. Av pasientene i 2021 mottok 3,6 prosent døgnhabilitering, sammenlignet med 6,1 prosent i 2019. Cirka 40 prosent av døgnpasientene i 2019 sognet til Vestre Viken eller Sørlandet sykehus, mens tilsvarende i 2021 var under 15 prosent. Vridningen av habiliteringstilbudet ved disse to helseforetakene, forklarte tre fjerdedeler av reduksjonen i døgnpasienter. Kjønnssammensetningen var relativt stabil gjennom perioden, men gutter var i overvekt, og andelen økte noe fra 2017 (63,1 prosent) til 2021 (63,9 prosent).

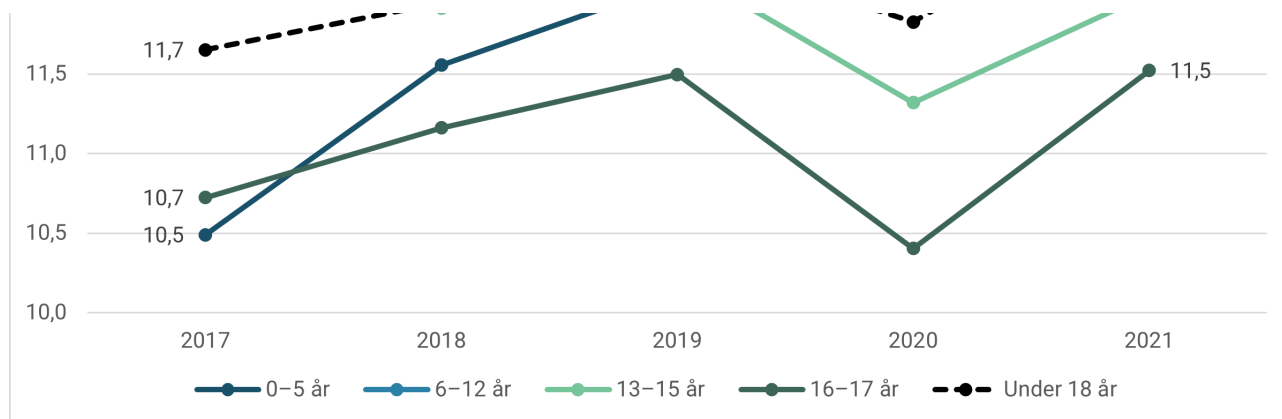
Tabell 3.1: Habiliteringspasienter under 18 år i spesialisthelsetjenesten. 2017–2021.

Kjønn	Habiliteringstype	2017	2018	2019	2020	2021
Gutter	Døgn	539	515	503	265	280
	Dag- og poliklinisk	7 925	8 100	8 388	8 117	8 756
	Totalt	8 177	8 337	8 618	8 195	8 839
Jenter	Døgn	338	360	332	210	216
	Dag- og poliklinisk	4 643	4 730	4 796	4 691	4 923
	Totalt	4 783	4 899	4 961	4 761	4 997
Samlet	Døgn	877	875	835	475	496
	Dag- og poliklinisk	12 568	12 830	13 184	12 808	13 679
	Totalt	12 960	13 236	13 579	12 956	13 836

Pasienter per 1 000 innbyggere etter aldersgruppe

Fra 2017 til 2021 ble det 1,8 prosent færre personer under 18 år i Norge. Veksten i pasienter blant barn og unge var dermed sterkere når det ble justert for befolkningsutviklingen. Antall habiliteringspasienter under 18 år per 1 000 innbyggere økte i perioden 2017–2021 fra 11,7 til 12,7, som tilsvarer en vekst på 9 prosent. Det var særlig stor endring blant pasienter i alderen 0 til 5 år. I 2017 var det aldersgruppen med færrest pasienter per 1 000 innbyggere. En vekst på 24 prosent fra 2017 til 2021, gjorde imidlertid at det i 2021 var gruppen med flest pasienter. Også hos pasienter i alderen 16 til 17 år var det en god vekst fra 2017 til 2021 (sju prosent), men det var gruppen med lavest pasientrate i 2021 (11,5). For pasienter mellom 6 og 15 år var utviklingen nokså stabil. Hos gruppen 6–12 år var det en svak befolkningsjustert økning i femårsperioden, mens det ble noe færre blant pasienter i aldersgruppen 13–15 år. Helse Førde-området ble ekskludert fra beregningsgrunnlaget i figur 3.1, som følge av lav datakvalitet. Vi kommer nærmere inn på bakgrunnen for dette nedenfor.



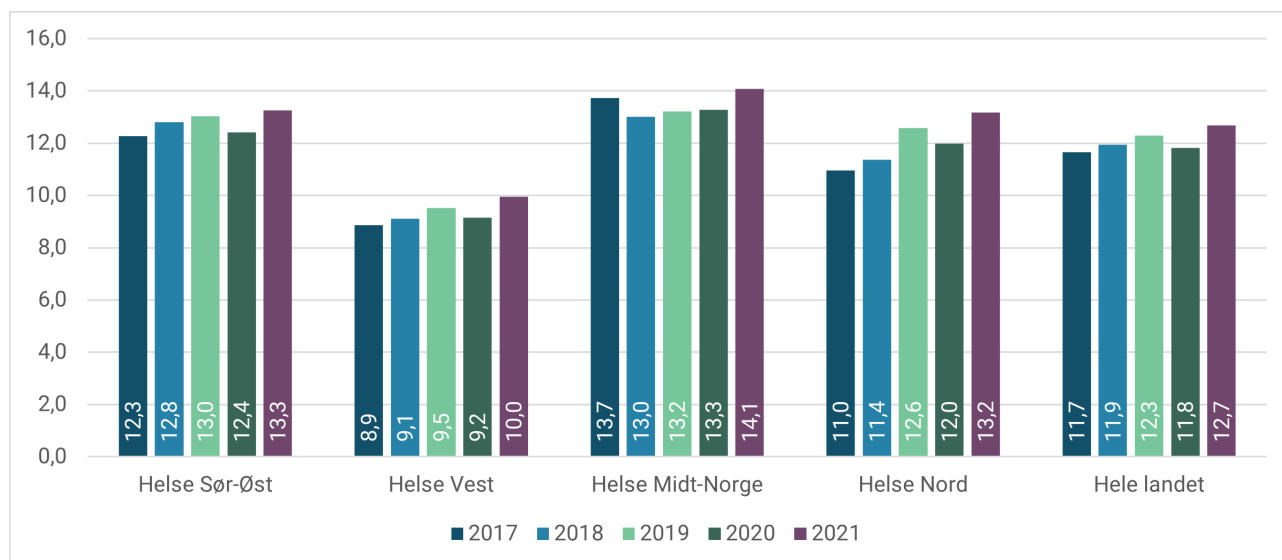


Figur 3.1: Habiliteringspasienter under 18 år per 1 000 innbyggere etter aldersgruppe. 2017–2021.

Regional variasjon

Pasienter per 1 000 innbyggere

Figur 3.2 viser regional utvikling i antall habiliteringspasienter under 18 år per 1 000 innbyggere[9] i perioden 2017–2021, mens utviklingen innenfor foretaksområdene er illustrert i figur 3.3. Tallene presenteres etter hvor pasientene bor[10], det vil si etter den regionen og det foretaksområdet som har sørge-for-ansvar, og ikke etter behandlingssted[11]. Helse Sør-Øst hadde 13,3 pasienter per 1 000 innbyggere i 2021, en økning på 8 prosent fra 2017. Til tross for et koronarelatert fall på fem prosent i 2020, var det flere pasienter som mottok behandling i 2021 enn i 2019. Samlet fikk 5 prosent flere pasienter per 1 000 behandling i Helse Sør-Øst enn nasjonalt i 2021, men antall habiliteringspasienter innad i regionen varierte betydelig. Ved Helse Sør-Øst var det Ahus-området som hadde færrest pasienter, med en rate på 9,3 per 1 000 innbyggere. Til sammenligning var det 22,8 pasienter per 1 000 innbyggere ved Sørlandet-området, som var det området hvor flest fikk behandling.

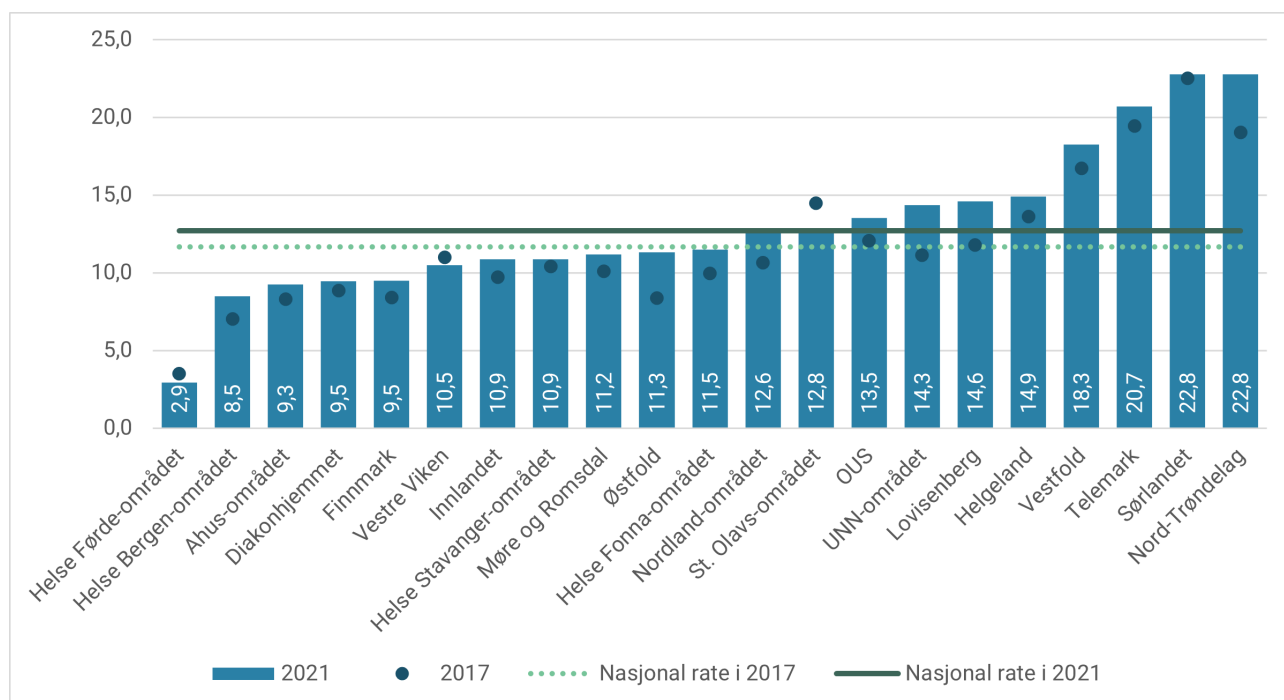


Figur 3.2: Antall habiliteringspasienter per 1 000 innbyggere under 18 år etter region. 2017–2021.

Helse Vest var regionen med færrest pasienter, med 10,0 pasienter per 1 000 innbyggere i 2021 – 22 prosent under landsgjennomsnittet. Etter tilbakemeldinger fra Helse Vest ble Helse Førde-området holdt utenfor tallene [12] i figur 3.1 og 3.2. Ikke all aktivitet ved habilitering barn og unge hos Helse Førde HF er kommet med i utvalget, som følge av lav kodekvalitet på variabelen episodefag. Fra 2022 vil barnehabiliteringen deres kunne fanges opp ved hjelp av en egen seksjonskode. De øvrige foretaksområdene i Helse Vest hadde alle pasientrater som i varierende grad lå under landsgjennomsnittet. Nivåene var imidlertid sammenlignbare med flere andre store foretaksområder. Ulik organisering og kodepraksis gjør at tallene må tolkes med varsomhet.

Blant helseregionene var det høyest pasientnivå i Helse Midt-Norge. Regionen hadde 14,1 habiliteringspasienter under 18 år per 1 000 innbyggere i 2021. Ved Møre og Romsdal økte antall pasienter per 1 000 innbyggere fra 10,1 i 2017 til 11,2 i 2021. Helseforetaket pekte på at økningen i pasienter, i stor grad kunne knyttes til nyhenviste med autisme. Ved St. Olavs-området var pasientraten nær den nasjonale i 2021, men sammenlignet med 2017, var det en reduksjon i pasientnivået. Sammen med Sørlandet-området hadde Nord-Trøndelag høyest pasientnivå i landet, med en pasientrate på 22,8 i 2021. En faktor kan være at habiliteringstjenesten for barn og unge i Nord-Trøndelag har ansvar for behandlingen hos barn med autisme med normal kognitiv funksjon, som pasienter med Aspergers syndrom.

Helse Nord hadde en vekst i pasientraten på 20 prosent fra 2017 til 2021, og antall pasienter per 1 000 innbyggere i 2021 var 13,2. Sammenlignet med de andre regionene, var det mindre variasjon mellom foretaksområdene i Helse Nord. Pasientraten var noe over det nasjonale nivået i Helgeland (14,9) og UNN-området (14,3), noe under i Finnmark (9,5), og omkring gjennomsnittet i Nordland (12,6).



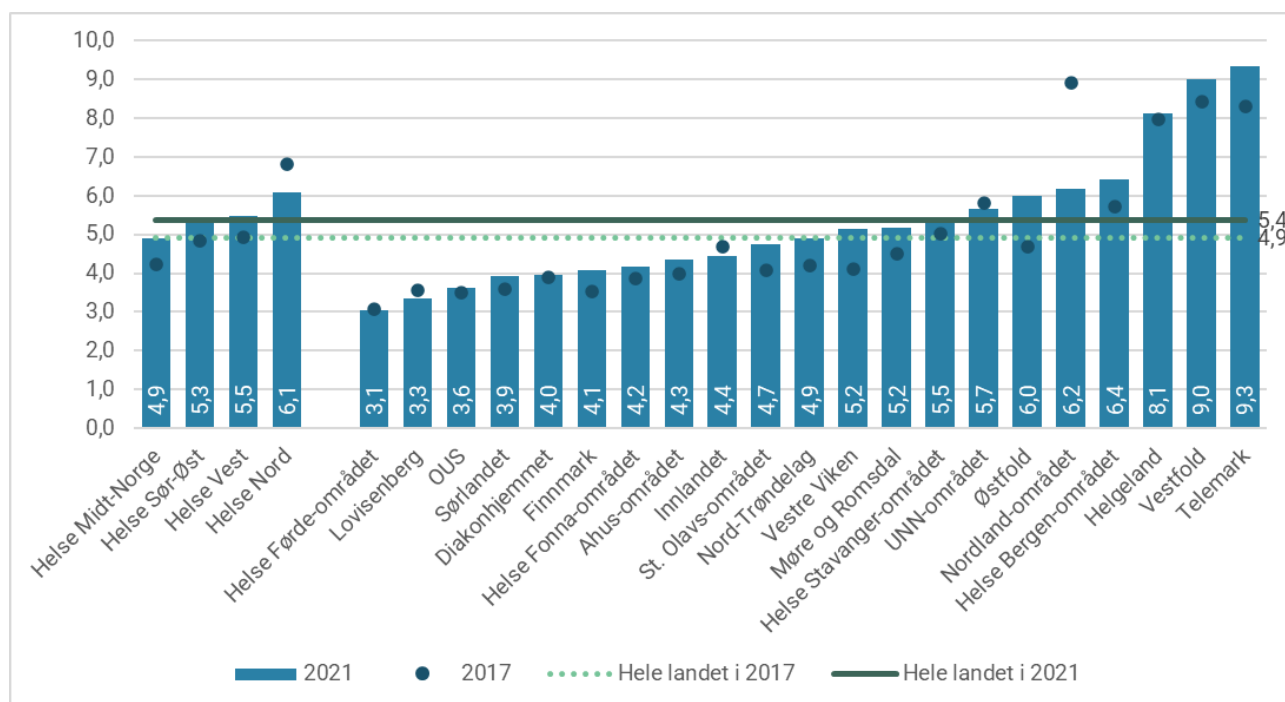
Figur 3.3: Antall habiliteringspasienter per 1 000 innbyggere under 18 år etter foretaksområde. 2017 og 2021.

Riksrevisjonen viste i sin rapport lignende tall for helseregionene i 2019. Helse Sør-Øst ble rapportert å ha flest mottakere per 1 000 (12,3), deretter Helse Midt-Norge (9,7), Helse Nord (8,1), mens Helse Vest (6,2) hadde færrest. Differansen mellom våre tall og Riksrevisjonen for landet samlet var 2,1 pasienter per 1 000 innbyggere. For Helse Sør-Øst var nivåene relativt sammenfallende, men for de øvrige helseregionene fant vi 35–55 prosent flere pasienter. Slik som Riksrevisjonen observerte vi færrest habiliteringspasienter i Helse Vest, men samlet fant vi mindre geografiske forskjeller i hvor mange under 18 år som mottok habilitering i spesialisthelsetjenesten.

Mellom foretaksområdene var det likevel store forskjeller, og resultatene kan indikere uønsket variasjon og at tilbudet er knyttet til hvor i landet man bor. Imidlertid er det knyttet usikkerhet til om vi har klart å identifisere all habiliteringsaktivitet i helseforetakene. I tillegg vil oppgavefordelingen i helsetjenesten totalt sett påvirke behovet for spesialisthelsetjenester. Kommunale helse- og omsorgstjenester har en viktig rolle når det gjelder habilitering og annen oppfølging av personer som har behov for habilitering. Hvilke tjenester den enkelte pasient er i kontakt med vil variere med sykdom eller tilstand, men kan også variere på grunn av at tjenestetilbud er ulikt organisert i ulike deler av landet.

Kontakter per pasient

Fra 2017 til 2021 økte gjennomsnittlig antall kontakter blant barn og unge fra 4,9 til 5,4 per pasient for landet samlet. Pasientene i Helse Nord mottok i gjennomsnitt flest konsultasjoner (6,1), mens pasientene i Helse Midt-Norge hadde færrest kontakter i 2021 (4,9). Sammenlignet med 2017, var det i 2021 mindre forskjeller mellom regionene i antall kontakter per pasient. Mellom foretaksområdene var det likevel til dels betydelige forskjeller i 2021, med tre ganger flere kontakter per pasient i Telemark (9,3), sammenlignet med Helse Førde-området (3,1). Et høyere nivå i Telemark og Vestfold, skyldtes at de respektive helseforetakene hadde egne spesialiserte autismeteam, med relativt mange kontakter per pasient.[13] Få kontakter for pasientene i Helse Førde-området hadde trolig sammenheng med at bare deler av habiliteringsaktiviteten hos Helse Førde HF ble fanget opp. Størst endring i kontakter per pasient hadde Nordland-området fra 2017 til 2021, med en reduksjon fra 8,9 til 6,2. Hovedforklaringen var en nedgang i kontakter ved autismeteamet i Bodø på 39 prosent fra 2017 til 2021, samtidig som antall pasienter var relativt stabilt.



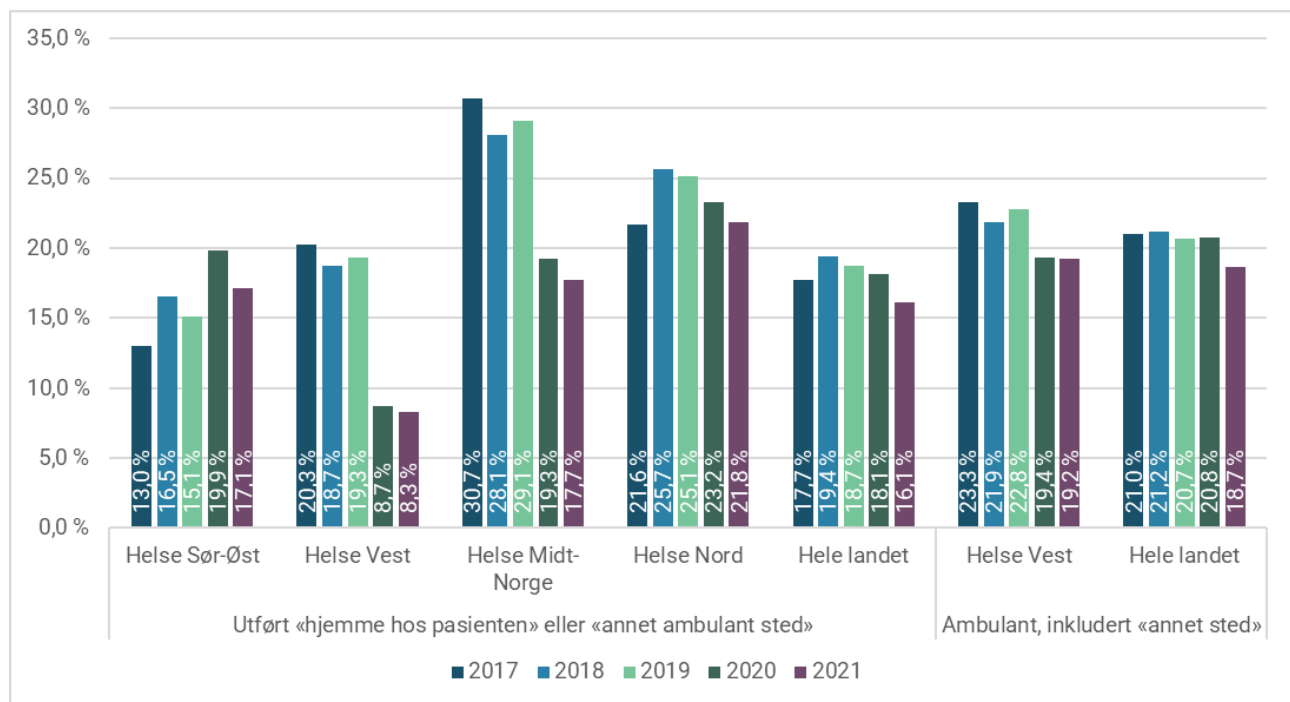
Figur 3.4: Antall kontakter per pasient under 18 år etter region og foretaksområde. 2017 og 2021.

Riksrevisjonen viste også antall konsultasjoner per pasient for regionene i 2019. De rapporterte et gjennomsnitt på 4,2 konsultasjoner per pasient på landsbasis. Ettersom vårt tallgrunnlag inkluderte mer aktivitet som habilitering, var tilsvarende tall for oss i 2019 høyere (4,9). Vi observerte særlig flere kontakter per pasient i Helse Nord og Helse Vest. Det kan delvis forklares ved at vi inkluderte de spesialiserte autismeteamene i Tromsø, Bodø, Bergen og Stavanger. Disse hadde i gjennomsnitt 9–18 kontakter per pasient.

Ambulant aktivitet og digitale kontakter

Det er et uttalt mål om at habilitering i spesialisthelsetjenesten skal skje ambulant.[14] Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 15 fastslår at «Habiliterings- og rehabiliteringstjenester i spesialisthelsetjenesten skal gis ambulant dersom slike tjenester ikke mest hensiktsmessig kan gis i institusjon.» Med ambulante tjenester menes tjenester som tilbys og ytes utenfor sykehus. Det er fastslått at ambulante tjenester bør skje i tett dialog med kommunale tjenester, og at arbeidsformen er godt egnet til å styrke det tverrfaglige samarbeidet mellom nivåene. Kontakter registret som ambulant er i gjennomsnitt mer ressurskrevende enn annen poliklinisk aktivitet innen habilitering (målt i DRG).

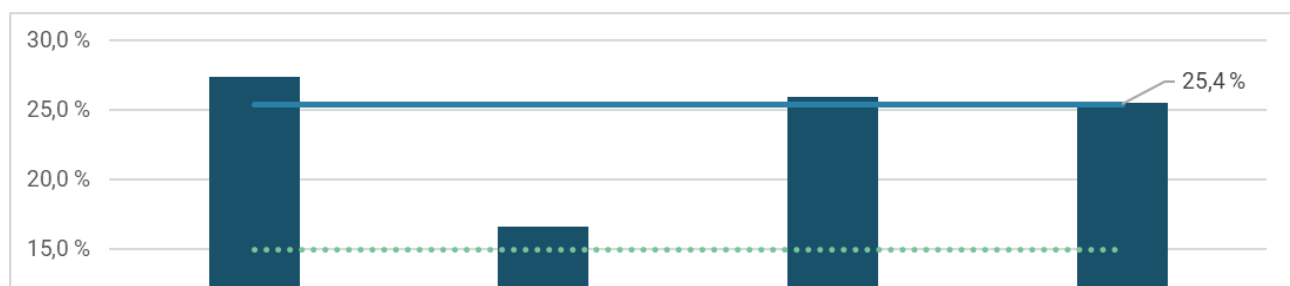
I 2021 ble 16,1 prosent av dag- og poliklinisk habilitering utført ambulant[15], sammenlignet med 17,7 prosent i 2017. Utviklingen fra 2017 til 2021 varierte i stor grad mellom regionene. I Helse Sør-Øst økte andelen fra 13,0 prosent til 17,1 prosent i 2021. Helse Nord hadde størst andel kontakter i 2021 som ble utført ambulant, med omtrent samme andel som i 2017. Både i Helse Vest og Helse Midt-Norge var det en sterk reduksjon i andelen kontakter som ble registrert som ambulante fra 2019 til 2020. Andelen var likevel over det nasjonale gjennomsnittet i Helse Midt-Norge i 2021, ettersom helseregionen hadde den høyeste andelen i årene 2017–2019.

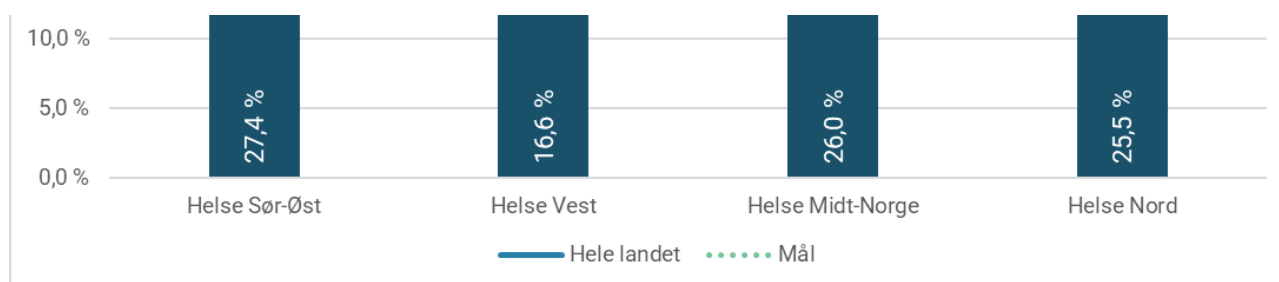


Figur 3.5: Prosentandel dag- og poliklinisk habilitering utført ambulant. 2017–2021.

For Helse Vest hadde det stor betydning hvorvidt kontakter utført «annet sted» ble inkludert i definisjonen av ambulant virksomhet eller ikke. Bruken av kategorien var lav hos de fleste helseforetakene, men Helse Bergen HF og Helse Stavanger HF var unntak. I 2020, sammenlignet med 2019, kodet Helse Bergen omkring 900 færre habiliteringskontakter som utført ved «annet ambulant sted», og nær 600 flere som utført «annet sted». En endring i kodepraksis ble påpekt som den trolige forklaringen på nedgangen ved Helse Vest. Når definisjonen av ambulant virksomhet ble utvidet, pekte det mot en mer moderat reduksjon i andelen ambulante kontakter hos regionen. Konklusjonen om at andelen var redusert sammenlignet med 2017 nasjonalt, var imidlertid uendret. Både Helse Vest og Helse Midt-Norge pekte på at det kunne ha sammenheng med koronapandemien.

For 2021 var det et mål om at 15 prosent av polikliniske konsultasjoner skulle gjennomføres over video og telefon, jamfør oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene[16]. For landet samlet ble 25 prosent av dag- og polikliniske kontakter i 2021 gjort digitalt[17]. På grunn av endringer i registreringspraksis for telefon og videokontakt, er det imidlertid usikkerhet knyttet til disse tallene, med en antatt underrapportering. Resultatene må altså tolkes med varsomhet. I alle helseregionene var andelen digitale kontakter over måltallet. Helse Vest (17 prosent) hadde en lavere andel enn de andre regionene (25–27 prosent).





Figur 3.6: Prosentandel dag- og poliklinisk habilitering utført digitalt. 2021.

Diagnosegrupper ved habilitering

Tabell 3.2 viser antall pasienter under 18 år som mottok habiliteringstjenester for et utvalg diagnoser i 2017 og 2021. Både hoved- og bidiagnoser ble inkludert. Noe av begrunnelsen var at psykisk utviklingshemming ble kodet som en bidiagnose hos mange. Det var 2 582 pasienter under 18 år som i 2021 mottok habiliteringstjenester for psykisk utviklingshemming som hoved- eller bidiagnose. Blant disse hadde 787 pasienter psykisk utviklingshemming kun som bidiagnose. I femårsperioden var det en vekst på 32 prosent i antall pasienter med psykisk utviklingshemming som diagnose.

Tabell 3.2: Pasienter under 18 år etter registrerte tilstander ved habilitering. 2017 og 2021.

Diagnosegruppe	ICD-10-koder	2017	2021	Endring (%)
Psykisk utviklingshemming	F70–F79	1 954	2 582	32
Lett	F70	924	1 081	17
Moderat	F71	465	620	33
Alvorlig	F72	240	404	68
Dyp	F73	51	105	106
Uspesifisert	F79	408	576	41
Autismespekterforstyrrelser (ASF)	F84	2 472	3 457	40
Barneautisme	F84.0	1 483	2 372	60
Atypisk autisme	F84.1	297	340	14
Aspergers syndrom	F84.5	411	368	-10
Uspesifisert	F84.9	340	503	48
ASF og psyk. utv.hemming	F84 og F70–F79	394	652	65
Hyperkinetiske forstyrrelser (ADHD)	F90	926	995	7
Epilepsi	G40	1 336	1 357	2
Cerebral parese	G80	1 852	1 762	-5
Medfødte misdannelser i nervesystemet	Q00–Q07	446	435	-2
Downs syndrom	Q90	714	756	6
Antall med diagnose		12 936	13 823	7
Antall uten diagnose		24	13	-46

En relativ høy andel av pasientene som mottok en habiliteringstjeneste (i 2021) var diagnostisert med en autismespekterforstyrrelse. I 2021 var det 3 457 personer under 18 år med autismespekterforstyrrelser som mottok habilitering, 40 prosent flere enn i 2017. Særlig var det en økning i pasienter med barneautisme (60

prosent), mens noe færre hadde diagnosekoden for Aspergers syndrom. 652 av pasientene med AFS i 2021 mottok også habilitering med psykisk utviklingshemming som hoved- eller bidiagnose, og det var en økning på 65 prosent fra 2017.

En tredje stor gruppe var pasienter med cerebral parese, hvor 1 762 pasienter mottok habilitering med denne diagnosen i 2021. Sammenlignet med 2017 var det en nedgang på 5 prosent. Det kan ha sammenheng med redusert forekomst og alvorlighetsgrad for CP over tid[18]. Downs syndrom var hoved- eller bidiagnose hos 756 habiliteringspasienter i 2021. Videre mottok 435 pasienter habilitering for medfødte misdannelser i nervesystemet, med ryggmargsbrokk som største undergruppe. Inkludert i tabellen er også antall pasienter som mottok habilitering med epilepsi (1 357) og ADHD (995) som hoved- eller bidiagnose. Dette var vanlige komorbide tilstander, og ble i noen grad også benyttet som hoveddiagnose ved kontakter.

For å få en mer fullstendig oversikt over diagnosene til habiliteringspasientene i 2021, undersøkte vi også hvilke diagnoser de var registrert med i hele spesialisthelsetjenesten de siste fem årene. Når antall pasienter er høyere i tabell 3.3 enn i 2021-kolonnen ovenfor, er det fordi de ekstra pasientene ble registrert med diagnosen på et tidligere tidspunkt, eller utenfor habiliteringstjenesten. Tabellen er også utvidet med flere diagnoser, og viser antall pasienter som er registrert med samtidig psykisk utviklingshemming for flere tilstander.

Tabell 3.3: Registrerte tilstander hos habiliteringspasienter i 2021 under 18 år, siste fem år i spesialisthelsetjenesten.

Diagnosegruppe	ICD-10-koder	Antall	Prosent
Di Georges syndrom	D821	64	0,5
Psykisk utviklingshemming	F70–F79	3 081	22,3
Lett	F70	1 391	10,1
Moderat	F71	837	6,0
Alvorlig	F72	534	3,9
Dyp	F73	138	1,0
Uspesifisert	F79	1 070	7,7
Psykisk utviklingshemming og/eller tilstand som medfører	F70–F79, F84.2, Q87.1, Q90, Q93.4, Q93.5	3 895	28,2
Spesifikke utviklingsforstyrrelser av tale og språk	F80	887	6,4
Spesifikke utviklingsforstyrrelser av skoleferdigheter	F81	600	4,3
Spesifikk utviklingsforstyrrelse i motoriske ferdigheter	F82	286	2,1
Blandet utviklingsforstyrrelse i spesifikke ferdigheter	F83	862	6,2
Autismespekterforstyrrelser (ASF)	F84	3 763	27,2
Barneautisme	F84.0	2 625	19,0
Atypisk autisme	F84.1	483	3,5
Retts syndrom	F84.2	40	0,3

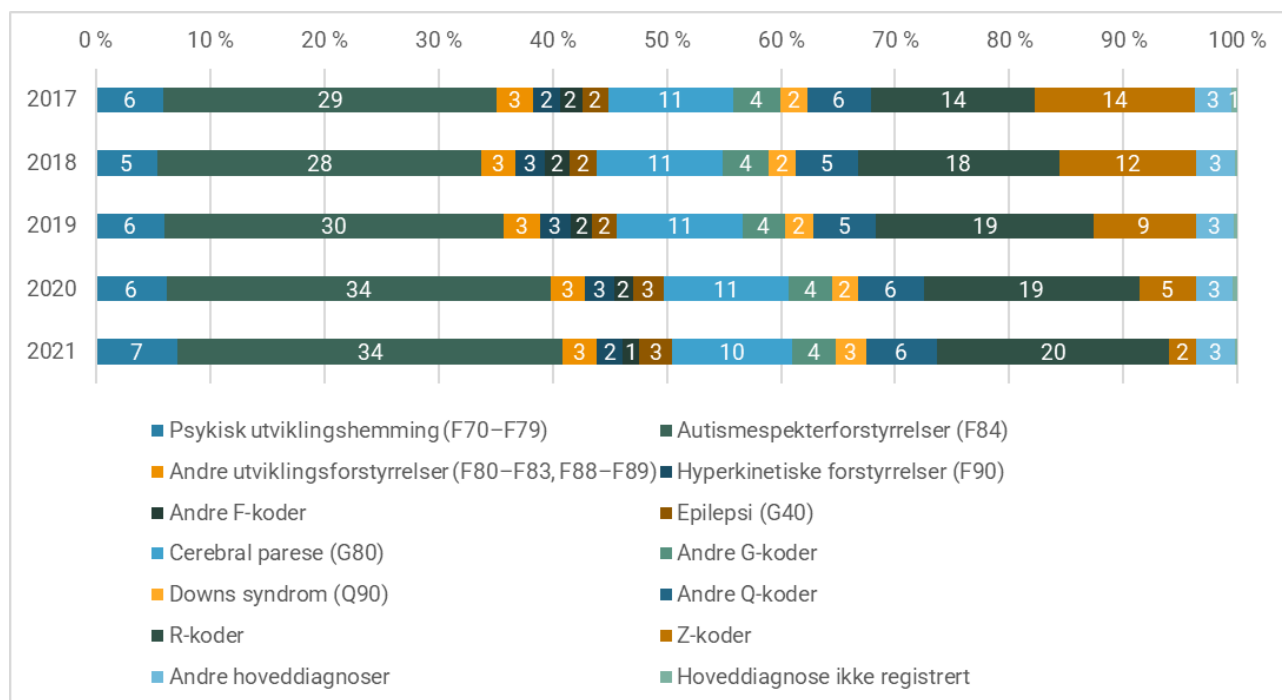
Aspergers syndrom	F84.5	447	3,2
Uspesifisert	F84.9	761	5,5
Hyperkinetiske forstyrrelser (ADHD)	F90	1 663	12,0
Epilepsi	G40	2 138	15,5
Primære muskelsykdommer	G71	293	2,1
Cerebral parese	G80	1 933	14,0
Medfødte misdannelser i nervesystemet	Q00–Q07	753	5,4
Downs syndrom	Q90	797	5,8
Angelmans syndrom	Q93.5	278	2,0
Psykisk utviklingshemming diagnostisert samtidig med:			
Autismespekterforstyrrelse	F70–F79 og F84	886	6,4
Epilepsi	F70–F79 og G40	924	6,7
Cerebral parese	F70–F79 og G80	453	3,3
Medfødte misdannelser i nervesystemet	F70–F79 og Q00–Q07	193	1,4
Downs syndrom	F70–F79 og Q90	304	2,2
Angelmans syndrom	F70–F79 og Q93.5	119	0,9

22 prosent av habiliteringspasientene under 18 år var registrert med psykisk utviklingshemming de siste fem årene i spesialisthelsetjenesten. Av disse hadde majoriteten en utviklingshemming av lett eller moderat grad, mens fem prosentpoeng var registrert med alvorlig eller dyp. Vi har fått tilbakemelding, fra fagpersoner, om at diagnosen psykisk utviklingshemming oftest ikke settes før barn er 5 år, og at kategorien utviklingshemming burde inneholde flere diagnosekoder. Dette gjøres for eksempel av kommunene når de registrerer tall på personer med psykisk utviklingshemming (16 år og eldre). De inkluderer personer diagnostisert med en sjelden tilstand eller kromosomlidelse som medfører utviklingshemming[19], hvor Helsedirektorat har utarbeidet en liste [20] over aktuelle diagnoser (ikke utfyllende). Med utgangspunkt i denne har vi laget en utvidet kategori for utviklingshemming, som også inkluderer pasienter med diagnoser som ble beskrevet å medføre utviklingshemming. De to vanligste var Downs syndrom og Angelmans syndrom, hvorav færre enn halvparten var registrert med en av ICD-10-kodene F70–F79. Totalt falt 28 prosent av pasientene innunder den bredere definisjon av psykisk utviklingshemming.

Autismespekterforstyrrelser var registrert hos 27 prosent av pasientene. Blant disse hadde sju av ti barneautisme. 6,4 prosent var diagnostisert med både autisme og psykisk utviklingshemming. Cerebral parese var registrert hos 14 prosent, og nær en av fire i diagnosegruppen var også diagnostisert med psykisk utviklingshemming. Epilepsi var en vanlig nevrologisk følgetilstand hos habiliteringspasientene, og registrert hos 16 prosent. ADHD klassifiseres som en nevroutviklingsforstyrrelse, og var også diagnostisert hos 12 prosent.

Vi har i tillegg sett på utviklingen i bruk av hoveddiagnoser på episodenivå for perioden 2017–2021. Blant barn og unge var autismespekterforstyrrelser (34 prosent) hoveddiagnose ved atskillig flere episoder enn psykisk utviklingshemming (7 prosent) i 2021. Mange av disse episodene var i de spesialiserte autismeteamene, men også ved andre habiliteringsenheter, var hoveddiagnosen for flest episoder registrert som autisme. En annen tilstand som var hoveddiagnose ved flere episoder enn psykisk utviklingshemming var cerebral parese (10

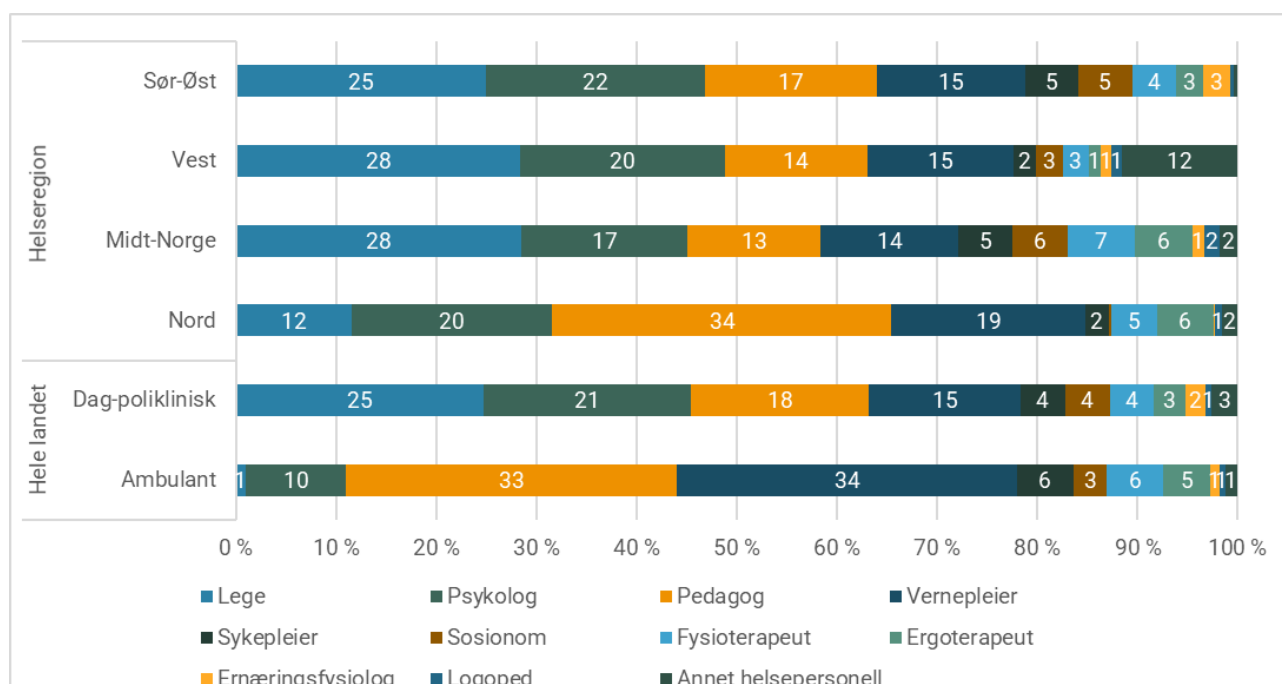
prosent). Symptomkoder ("R-koder") benyttes ofte ved utredning, før en endelig diagnose kan stilles, og var den nest største kodekategorien (20 prosent). Kontaktårsakskoder ("Z-koder") ble anvendt nokså ofte som hoveddiagnose i 2017 (14 prosent), men andelen var vesentlig redusert i 2021 (til kun to prosent).[21]



Figur 3.7: Fordeling av episoder etter tildelt hoveddiagnose ved utskrivning blant habiliteringspasienter under 18 år. 2017–2021.

Utførende helsepersonell

Pasienter som mottar habilitering i spesialisthelsetjenesten har ofte store og sammensatte behov. Habilitering forutsetter derfor samarbeid på tvers av faggrupper. Figur 3.8 viser fordelingen av utførende helsepersonell[22] for dag- og polikliniske habiliteringskontakter hos barn og unge, regionalt og nasjonalt, samt fordelingen nasjonalt ved ambulant virksomhet.



Figur 3.8: Prosentandel av dag- og polikliniske habiliteringskontakter for pasienter under 18 år etter utførende helsepersonell. 2021.

Blant pasienter under 18 år ble flest dag- og polikliniske kontakter utført av lege (25 prosent), psykolog (21 prosent), pedagog (18 prosent) og vernepleiere (15 prosent). Fordelingen vil ikke være representativ for årsverk, ettersom tidsbruk ved kontakter systematisk varierer mellom yrkesgrupper. For eksempel ble ambulante konsultasjoner, som typisk er mer ressurskrevende, oftest utført av vernepleiere og pedagog, og sjeldent av leger[23]. Fordelingen av utførende helsepersonell skilte seg mest ut i Helse Nord. Sammenlignet med andre regioner, ble færre konsultasjoner utført av lege (12 prosent) og flere av pedagog (34 prosent). Blant foretaksområdene i Helse Nord, var lege-andelen lavest for pasienter som sognet til Finnmarkssykehuset (åtte prosent), og høyest for befolkningen i Nordland-området (14 prosent).

[9] Ved rateberegning for undergrupper, brukes i nevneren populasjonen for undergruppen. I beregningen av antall pasienter per 1 000 innbyggere under 18 år i Helse Sør-Øst, ble det eksempelvis delt på antall personer under 18 år i kommuner som sogner til helseforetakene i Helse Sør-Øst.

[10] Pasienter med flere bostedskommuner i et år, ble tildelt det foretaksområdet de sognet til ved siste kontakt.

[11] Eksempel: Diakonhjemmet og Lovisenberg er egne foretaksområder, men sykehusene har ikke selv noen egne habiliteringsenheter. Pasientene som sognet til disse foretaksområdene, mottok i stedet sine habiliteringstjenester fra andre helseforetak og institusjoner.

[12] Helse Vest ble beregnet å ha 9,3 pasienter per 1 000 innbyggere ved inklusjon av Helse Førde-området.

[13] I 2021 var det 16,0 kontakter per pasient under 18 år ved Glenne regionale senter for autisme i Vestfold, og 20,3 i Sykehuset Telemark HF sin autismeseksjon ved barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling.

[14] Helse- og omsorgsdepartementet (2016). [Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering \(2017–2019\)](#).

[15] I denne rapporten omfatter ambulant habilitering kontakter som er registrert utført hjemme hos pasienten eller på annet ambulant sted.

[16] Se [oversikt fra Helse- og omsorgsdepartementet](#).

[17] Digitale kontakter defineres ved hjelp av variabelen kontakttipe, og har enten verdi 6 (videokonsultasjon) eller 7 (telefonkonsultasjon med egenandel). Kontakter med verdi 5 (indirekte pasientkontakt) og 12 (pasientadministrert behandling) ble holdt utenfor beregningsgrunnlaget.

[18] Hollung, S. J., Vik, T., Lydersen, S., Bakken, I. J., & Andersen, G. L. (2018). Decreasing prevalence and severity of cerebral palsy in Norway among children born 1999 to 2010 concomitant with improvements in perinatal health. *European Journal of Paediatric Neurology*, 22(5), 814-821.

[19] Helsedirektoratet (2022). [Rundskriv IS-3/2022](#).

[20] Se [vedlegg nr. 4](#) ved rundskriv IS-3/2022.

[21] Det var endringer i diagnosepraksis. Eksempelvis var diagnosekodene Z50.9 ("Behandling som omfatter bruk av uspesifisert rehabiliteringstiltak") og Z03.3 ("Observasjon ved mistanke om forstyrrelse i nervesystemet") de to mest brukte Z-hoveddiagnosene ved habilitering i 2017, med en samlet andel på omkring 60 prosent. I 2017 var de hoveddiagnose ved 5 231 episoder, mot kun 426 i 2021.

[22] Kontakter kan involvere flere helsepersoner, men mer enn én helseperson var kun registrert for 3 prosent. I disse tilfellene ble utførende helsepersonell definert som yrkesgruppen til den primære helsepersonen.

[23] Når vi så på hvilke typer kontakter leger utførte, var de mest overrepresentert ved kontroll (oppfølging) og telefonkonsultasjoner. Psykologer var den største yrkesgruppen ved utredning, foran leger.

Voksne

Utviklingstrekk i pasienter

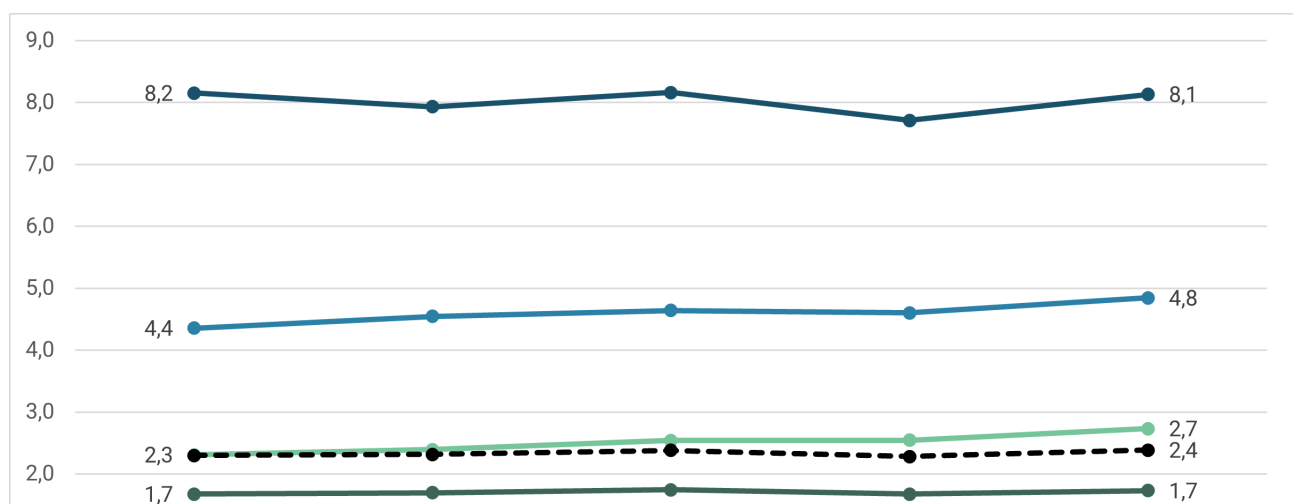
I 2021 var det i overkant av 10 000 pasienter 18 år og over som mottok habiliteringstjenester i spesialisthelsetjenesten. Det var en økning alle år med unntak av fra 2019 til 2020. Fra 2017 til 2021 økte antallet pasienter med fem prosent, mens det fra 2019 til 2021 var en vekst på to prosent. Habiliteringstjenester i spesialisthelsetjenesten skjer i all hovedsak som dag- og eller poliklinisk behandling. I 2021 var det kun 2,1 prosent av pasientene som mottok døgnbehandling, tilsvarende for 2017 var 3,9 prosent. Det var i hele perioden en høyere andel menn (56–57 prosent) enn kvinner som mottok habiliteringstjenester.

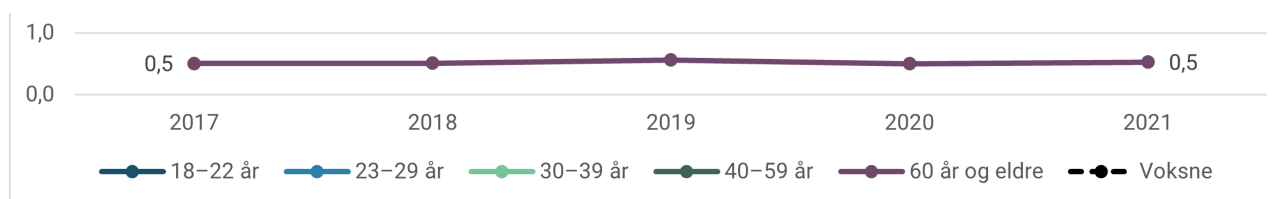
Tabell 4.1: Voksne habiliteringspasienter i spesialisthelsetjenesten. 2017–2021.

Kjønn	Habiliteringstype	2017	2018	2019	2020	2021
Gutter	Døgn	186	158	187	105	99
	Dag- og poliklinisk	5 280	5 391	5 626	5 463	5 690
	Totalt	5 386	5 482	5 734	5 528	5 736
Jenter	Døgn	187	163	188	119	120
	Dag- og poliklinisk	4 078	4 147	4 273	4 178	4 506
	Totalt	4 186	4 250	4 388	4 238	4 562
Samlet	Døgn	373	321	375	224	219
	Dag- og poliklinisk	9 358	9 538	9 899	9 641	10 196
	Totalt	9 572	9 732	10 122	9 766	10 298

Pasienter per 1 000 innbyggere etter aldersgruppe

I 2021 var det hos voksne 2,4 per 1 000 innbyggere som mottok en habiliteringstjeneste. Nivået var likt som i 2019, og noe høyere enn i 2017. Veksten kom for aldersgruppene 23–29 år og 30–39 år. Innenfor voksenhabilitering var det nær like mange pasienter i alderen 18–29 år (5 036), som i alderen 30 år og over (5 175) i 2021. Korrigeret for innbyggertall var det flest pasienter i aldersgruppen 18–22 år. Pasientraten var 28 prosent lavere enn hos gruppen 16–17 år, men 3,4 ganger høyere enn for voksne samlet. Det var relativt få i aldersgruppen 60 år og eldre som mottok en habiliteringstjeneste (687 i 2021).





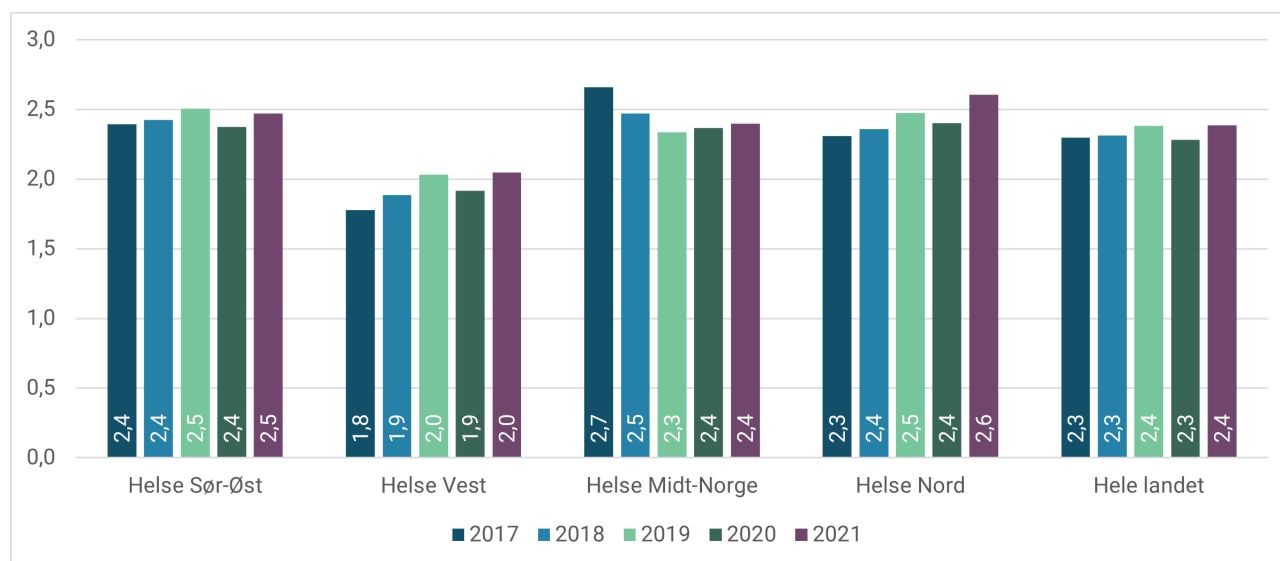
Figur 4.1: Voksne habiliteringspasienter per 1 000 innbyggere etter aldersgruppe. 2017–2021.

Hvis vi ser på aldersfordelingen i 2021 blant alle habiliteringspasienter i spesialisthelsetjenesten, inkludert barn og unge, var medianalderen 15 år. Samlet var 58 prosent av habiliteringspasientene under 18 år. Unge voksne, i alderen 18 til 29 år, utgjorde 21 prosent av pasientgruppen. Blant disse, var en overvekt av pasientene i aldersgruppen 18–22 år (2 629). Totalt var andelen barn, unge og voksne under 30 år, nær 80 prosent for habiliteringspasientene i spesialisthelsetjenesten i 2021.

Regional variasjon

Pasienter per 1 000

Figur 4.2 viser regional utvikling i antall habiliteringspasienter for voksne per 1 000 innbyggere i perioden 2017–2021, mens utviklingen innenfor foretaksområdene er illustrert i figur 4.3. Tallene presenteres etter hvor pasientene bor, det vil si etter den regionen og det foretaksområdet som har sørge-for-ansvar, og ikke etter behandlingsted. I 2021 var det 2,6 pasienter per 1 000 innbyggere som mottok en habiliteringstjeneste i spesialisthelsetjenesten i Helse Nord, 0,6 flere enn i Helse Vest. Pasientraten i Helse Nord økte, både fra 2017 og fra 2019. Veksten i femårsperioden kom ved alle foretaksområdene, med unntak av Finnmark.

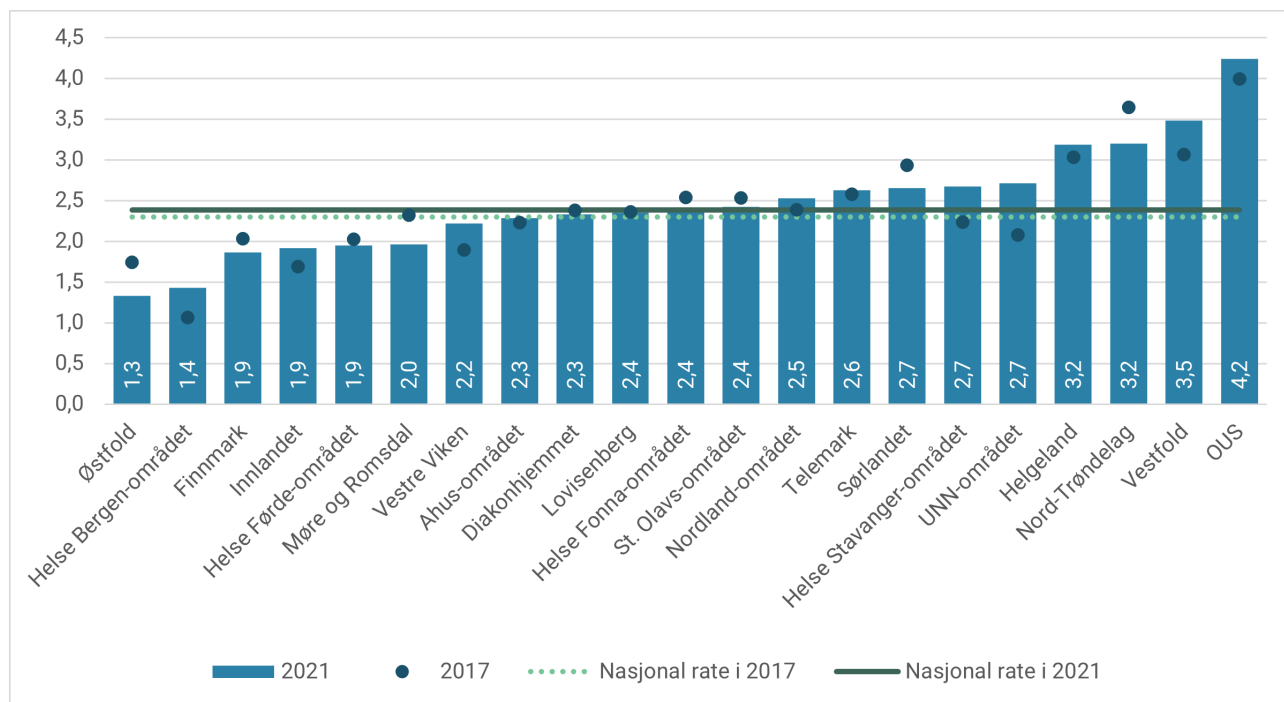


Figur 4.2: Voksne habiliteringspasienter per 1 000 innbyggere etter region. 2017–2021.

Slik som hos barn og unge, hadde Helse Vest i perioden en lavere pasientrate sammenlignet med de andre regionene. Det var i 2021 relativt store forskjeller mellom områdene innen regionen, hvor Helse Bergen-området hadde en rate på 1,4, mens det ved Helse Stavanger var 2,7 per 1 000 innbygger som var registrert med denne typen tjenester. Antall pasienter per 1 000 innbyggere var 15 prosent høyere i 2021 enn i 2017 for Helse Vest, og omkring samme nivå som i 2019.

Ved Helse Midt-Norge var det en reduksjon i antall pasienter per 1 000 innbyggere i perioden fra 2,7 i 2017 til 2,4 i 2021. En tilsvarende prosentvis nedgang ble funnet også når utvalget ble avgrenset til aktivitet hvor episodefag var kodet som habilitering. Alle områdene i Helse Midt-Norge hadde en lavere pasientrate i 2021 enn i 2017. Blant foretaksområdene var pasientraten i 2021 høyest for Nord-Trøndelag (3,2). Noe av årsaken kan være at habiliteringstjenesten for voksne i Nord-Trøndelag har behandlingsansvar for pasienter med autismespekterforstyrrelser uten utviklingshemming.

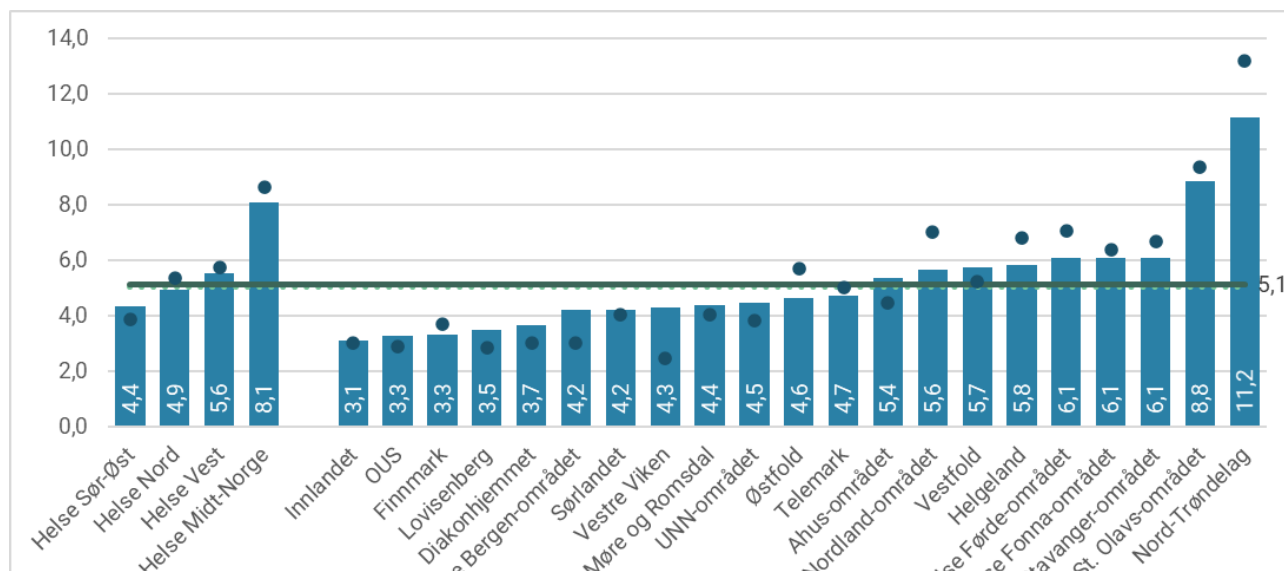
Helse Sør-Øst hadde et mer stabilt nivå i perioden, med et svakt høyere nivå i 2021 sammenlignet med 2017. Det var imidlertid relativt store forskjeller mellom områdene i regionen, både i nivå og i hvorvidt nivået ble økt eller redusert i perioden. Østfold hadde en lav rate i 2017, og hadde samtidig en reduksjon i antall pasienter som ble registrert med en habiliteringstjeneste i spesialisthelsetjenesten i perioden fra 2017 til 2021. Bildet var det samme også om utvalget ble avgrenset ved episodefag-kode. Ved OUS-området var det 4,2 pasienter per 1 000 innbyggere som mottok en habiliteringstjeneste i 2021. Dette var over tre ganger flere enn ved Østfold.

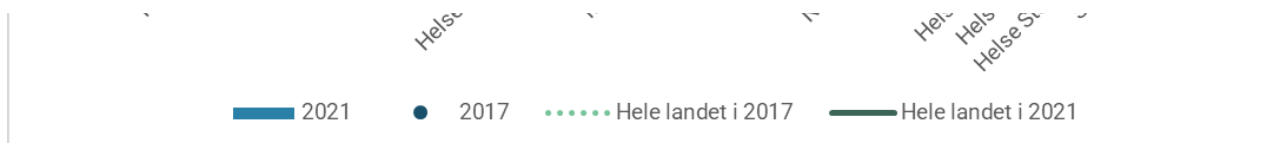


Figur 4.3: Voksne habiliteringspasienter per 1 000 innbyggere etter foretaksområde. 2017 og 2021.

Kontakter per pasient

Det var store forskjeller mellom regionene og mellom foretakssområdene i hvor mange kontakter pasientene hadde i gjennomsnitt. Ved Helse Midt-Norge, som hadde en pasientrate som var omtrent lik med det nasjonale nivået, hadde pasientene i gjennomsnitt 8,1 kontakter. Ved de andre områdene varierte antallet episoder per pasient fra 4,4 til 5,6. Det var særlig i Nord-Trøndelag og ved St. Olavs-området hvor pasientene i gjennomsnitt hadde mange kontakter i løpet av et år[24]. Ved Innlandet og OUS, som var de foretakssområdene med lavest nivå, var det henholdsvis 3,1 og 3,3 kontakter per pasient.

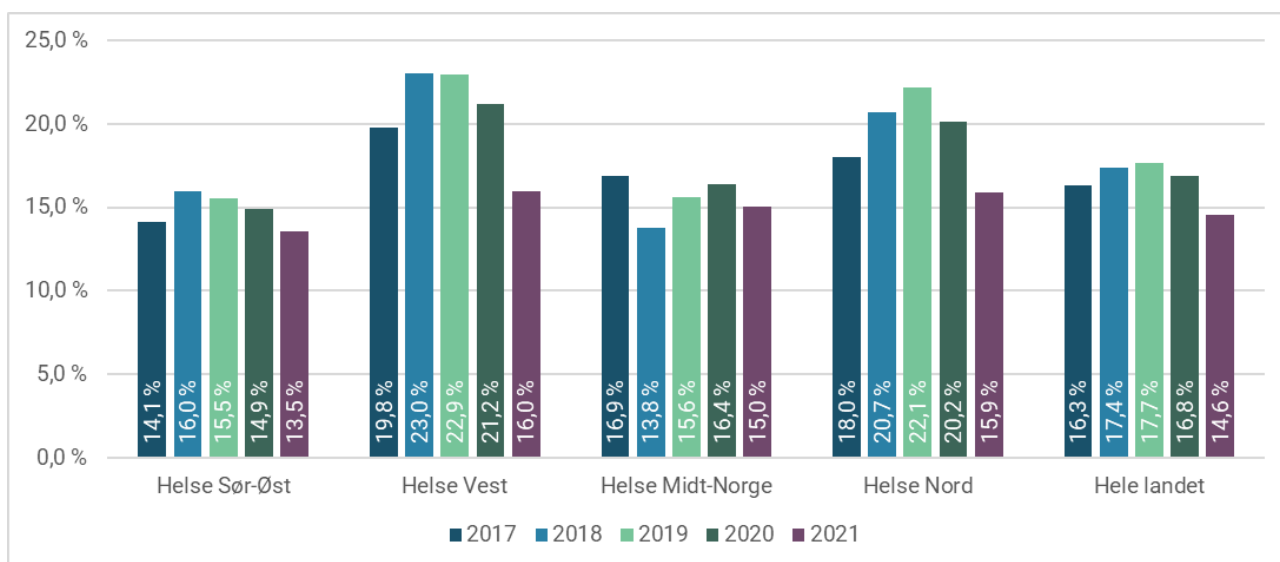




Figur 4.4: Antall kontakter per pasient 18 år og eldre etter region og foretaksområde. 2017 og 2021.

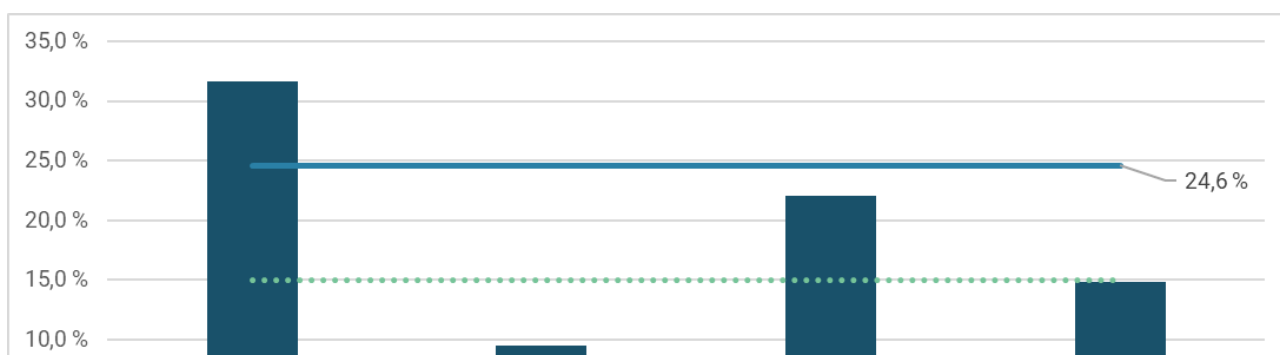
Ambulant aktivitet og digitale kontakter

For landet samlet var andelen kontakter hos voksne som ble registrert som ambulant på 14,6 prosent i 2021. Dette var det laveste nivået i løpet av femårsperioden, slik det også var hos barn og unge. Høyest nivå for landet var i 2018 med 17,7 prosent. Helse Vest hadde i hele perioden en høyere andel enn de andre regionene, og hadde i 2021 en andel på 16,0 prosent, 2,4 prosentpoeng mer enn Helse Sør-Øst. Høyest andel ambulant hadde Helse Vest i 2019, hvor 22,9 prosent av kontaktene ble registrert som ambulant aktivitet. Helse Nord hadde i årene 2017 til 2020 en høyere andel enn Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge. Både Helse Nord og Helse Vest hadde en tydelig reduksjon i andelen kontakter som ble registrert som ambulant siste to år. Det ble undersøkt hvorvidt det kunne skyldes endringer i bruken av kategorien «annet sted», men antall kontakter registrert utført ved «annet sted» var relativt stabil.



Figur 4.5: Prosentandel dag- og poliklinisk habilitering blant voksne utført ambulant. 2017–2021.

Som nevnt tidligere i rapporten, hadde de regionale helseforetakene et generelt mål om at 15 prosent av polikliniske konsultasjoner skulle gjennomføres over video og telefon i 2021. Figur 4.6 viser andelen digital kontakt for dag- og poliklinisk habilitering. Det framgår at det i 2021 var store forskjeller mellom regionene i andelen kontakter som ble registrert som digitale. Helse Sør-Øst hadde høyest nivå med en andel på 31 prosent, mer enn tre ganger så høyt nivå som Helse Vest. Helse Midt-Norge og Helse Nord hadde andeler på henholdsvis 22 prosent og 15 prosent. Helse Vest har avdekket store forskjeller i registreringspraksis for digitale konsultasjoner mellom helseforetakene i regionen, som understreker at tallene er usikre.





Figur 4.6: Prosentandel dag- og poliklinisk habilitering blant voksne utført digitalt. 2021.

Diagnosegrupper ved habilitering

Tabell 4.2 viser antall voksne pasienter etter registrerte tilstander ved habilitering. Pasienter som har psykisk utviklingshemming var den største gruppen som mottok en habiliteringstjeneste i spesialisthelsetjenesten, og det var en økning fra 2017 til 2021 i antall pasienter som hadde dette som hoved- og/eller bidiagnose. Det var 4 887 pasienter som i 2021 var registrert med psykisk utviklingshemming ved habilitering, 850 flere enn i 2017, som tilsvarer en vekst på 21 prosent. Prosentvis var det mest vekst i antall pasienter med alvorlig eller dyp psykisk utviklingshemming.[25] Det var flere menn enn kvinner som hadde psykisk utviklingshemming som hoved- eller bidiagnose. I 2021 var 57 prosent av pasientene for denne diagnosegruppen samlet menn, og for alvorlig psykisk utviklingshemming var andelen menn på 62 prosent.

Tabell 4.2: Voksne pasienter etter registrerte tilstander ved habilitering. 2017 og 2021.

Diagnosegruppe	ICD-10-koder	2017	2021	Endring (%)
Psykisk utviklingshemming	F70–F79	4 037	4 887	21
Lett	F70	1 665	1 939	16
Moderat	F71	936	1 215	30
Alvorlig	F72	707	965	36
Dyp	F73	280	340	21
Uspesifisert	F79	798	746	-7
Autismespekterforstyrrelser (ASF)	F84	2 012	2 466	23
Barneautisme	F84.0	736	1 060	44
Atypisk autisme	F84.1	266	336	26
Aspergers syndrom	F84.5	818	843	3
Uspesifisert	F84.9	215	244	13
ASF og psyk. utv.hemming	F84 og F70–F79	700	1 048	50
Hyperkinetiske forstyrrelser (ADHD)	F90	704	776	10
Epilepsi	G40	1 753	1 891	8
Cerebral parese	G80	1 060	1 166	10
Medfødte misdannelser i nervesystemet	Q00–Q07	210	181	-14
Downs syndrom	Q90	538	543	1
Antall med diagnose		9 569	10 292	8
Antall uten diagnose		3	6	100

Det var også en økning i antall pasienter med autismespekterforstyrrelser (ASF) fra 2017 til 2021. Det var 2 466 pasienter som mottok en habiliteringstjeneste i 2021, hvor ASF var registrert som hoved- eller bidiagnose – 23

prosent flere enn i 2017. Blant autismespekterforstyrrelsene var flest registrert med barneautisme (1 060), men mange hadde også Aspergers syndrom (843). Som for barn og unge var veksten sterkest i pasienter med barneautisme, og den var fra 2017 til 2021 på 44 prosent. Nær to tredjedeler av pasientene som fikk habiliteringstjenester med en ASF-diagnose var menn. Ved Aspergers syndrom var andelen 60 prosent, og ved barneautisme var den på 73 prosent.

Det er mange som har en autismespekterforstyrrelse som også er diagnostisert med psykisk utviklingshemming. Vi har derfor sett på hvor mange som i løpet av et år hadde en habiliteringskontakt hvor ASF var hoved- eller bidiagnose, og samme år også hadde minst én kontakt hvor psykisk utviklingshemming var hoved- eller bidiagnose. I 2021 gjaldt dette for 1 048 pasienter, med en økning i femårsperioden på 50 prosent. I overkant to tredjedeler av de som i 2021 mottok habilitering med både psykisk utviklingshemming og autismespekterforstyrrelse var menn. Andre relativt store diagnosegrupper ved habilitering i spesialisthelsetjenesten var epilepsi, cerebral parese, medfødte misdannelser i nervesystemet og Downs syndrom. Fra 2017 til 2021 var det en økning i antall pasienter for alle disse tilstandene, unntatt for medfødte misdannelser i nervesystemet.

For habiliteringspasientene i 2021 har vi også sett på hvilke diagnoser de var registrert med i spesialisthelsetjenesten de siste fem årene. Antall pasienter og prosentandel i utvalget er vist nedenfor i tabell 4.3. Sammenlignet med tabell 4.2 er den utvidet med flere diagnoser, og viser også antall med samtidig psykisk utviklingshemming for flere tilstander. Drøye halvparten av pasientene var i løpet av femårsperioden registrert med psykisk utviklingshemming. Dersom kategorien ble utvidet med pasienter som hadde tilstander som typisk medfører utviklingshemming, økte den beregnede andelen til 55 prosent.

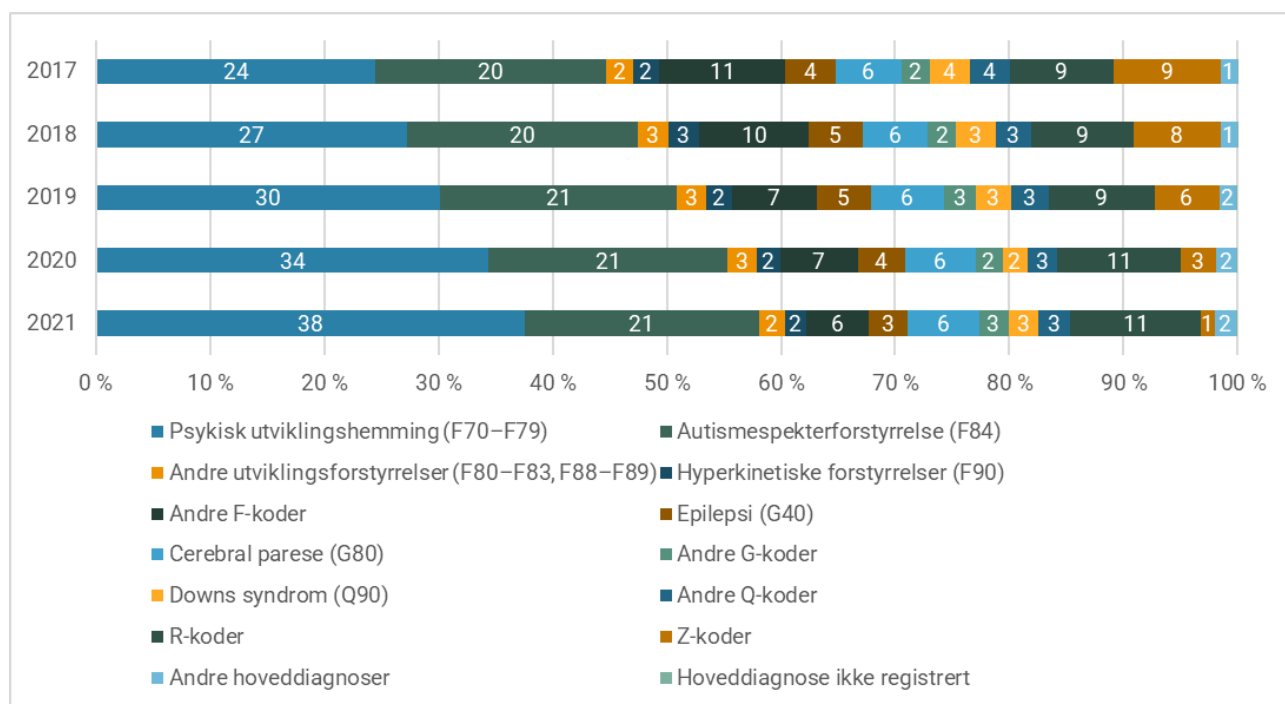
Tabell 4.3: Registrerte tilstander hos voksne habiliteringspasienter i 2021, siste fem år i spesialisthelsetjenesten.

Diagnosegruppe	ICD-10-koder	Antall	Prosent
Di Georges syndrom	D821	40	0,4
Psykisk utviklingshemming	F70–F79	5 384	52,3
Lett	F70	2 414	23,4
Moderat	F71	1 601	15,5
Alvorlig	F72	1 213	11,8
Dyp	F73	430	4,2
Uspesifisert	F79	1 416	13,8
Psykisk utviklingshemming og/eller tilstand som medfører	F70–F79, F84.2, Q87.1, Q90, Q93.4, Q93.5	5 614	54,5
Spesifikke utviklingsforstyrrelser av tale og språk	F80	201	2,0
Spesifikke utviklingsforstyrrelser av skoleferdigheter	F81	428	4,2
Spesifikk utviklingsforstyrrelse i motoriske ferdigheter	F82	31	0,3
Blandet utviklingsforstyrrelse i spesifikke ferdigheter	F83	377	3,7

Autismespekterforstyrrelser (ASF)	F84	2 800	27,2
Barneautisme	F84.0	1 294	12,6
Atypisk autisme	F84.1	511	5,0
Retts syndrom	F84.2	67	0,7
Aspergers syndrom	F84.5	1 005	9,8
Uspesifisert	F84.9	389	3,8
Hyperkinetiske forstyrrelser (ADHD)	F90	1 290	12,5
Epilepsi	G40	2 710	26,3
Primære muskelsykdommer	G71	235	2,3
Cerebral parese	G80	1 426	13,8
Medfødte misdannelser i nervesystemet	Q00–Q07	308	3,0
Downs syndrom	Q90	609	5,9
Angelmans syndrom	Q93.5	93	0,9
Psykisk utviklingshemming diagnostisert samtidig med:			
Autismespekterforstyrrelse	F70–F79 og F84	1 386	13,5
Epilepsi	F70–F79 og G40	1 660	16,1
Cerebral parese	F70–F79 og G80	832	8,1
Medfødte misdannelser i nervesystemet	F70–F79 og Q00–Q07	170	1,7
Downs syndrom	F70–F79 og Q90	450	4,4
Angelmans syndrom	F70–F79 og Q93.5	77	0,7

De vanligste tilstandene i pasientgruppen ut over utviklingshemming var autismespekterforstyrrelser (27 prosent) og epilepsi (26 prosent). 13 prosent hadde barneautisme og 10 prosent Aspergers syndrom. Sammenlignet med barn og unge, var det en lavere andel med barneautisme, og en høyere andel med Aspergers syndrom. 14 prosent hadde cerebral parese, hvorav et flertall også var diagnostisert med psykisk utviklingshemming. Den største forskjellen i registrerte tilstander hos voksne habiliteringspasienter, sammenlignet med pasientene under 18 år, var at flere var diagnostisert med psykisk utviklingshemming. Noe av forskjellen vil skyldes at flere var utredet for psykisk utviklingshemming. Forekomsten av andre lidelser var i hovedsak nokså lik, med epilepsi som største unntak.

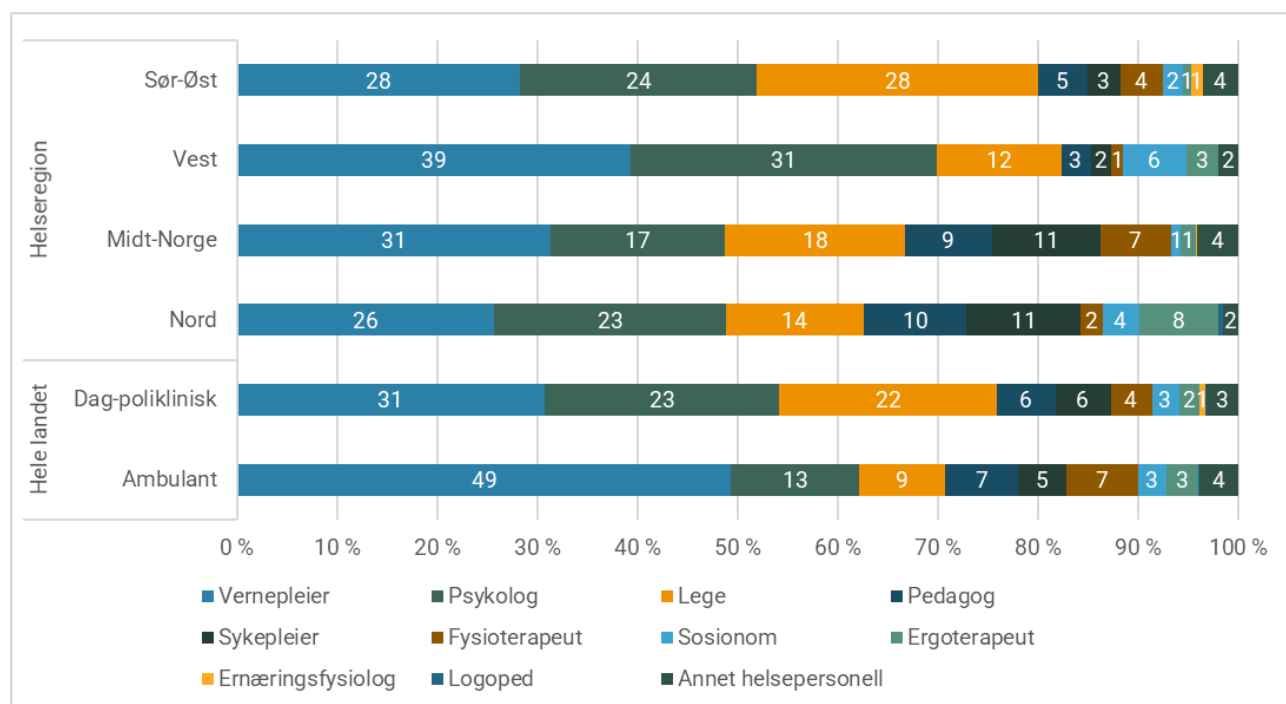
Figur 4.7 viser fordelingen av hoveddiagnose ved habiliteringskontakter for voksne pasienter i perioden 2017–2021. En stor andel av episodene gjaldt pasienter som hadde psykisk utviklingshemming som hoveddiagnose. Andelen av episodene som i 2017 var registrert med psykisk utviklingshemming var på 24 prosent, og økte til 38 prosent i 2021. Episoder kodet med autismespekterforstyrrelser som hoveddiagnose utgjorde i overkant 20 prosent alle år. Andelen episoder kodet med cerebral parese var stabil på seks prosent. Til tross for at flere hadde diagnosen, var epilepsi hoveddiagnose for kun 3 prosent av episodene i 2021.



Figur 4.7: Fordeling av episoder etter tildelt hoveddiagnose ved utskrivning blant voksne habiliteringspasienter. 2017–2021.

Utførende helsepersonell

Figur 4.8 viser fordeling av utførende helsepersonell ved dag- og poliklinisk voksenhabilitering. Målt i kontakter var vernepleiere den største yrkesgruppen innenfor voksenhabilitering. For landet samlet ble 31 prosent av voksenkontakterne utført av vernepleier i 2021. Andelen kontakter med vernepleier som utførende helsepersonell var høyest Helse Vest med en andel på 39 prosent, og lavest i Helse Nord med 26 prosent.



Figur 4.8: Prosentandel av dag- og polikliniske habiliteringskontakter for voksne pasienter etter utførende helsepersonell. 2021.

Etter vernepleier var lege og psykolog de gruppene som utgjorde en større andel. Lege og psykolog var til sammen registrert som utførende helsepersonell for 45 prosent av kontaktene. Helse Midt-Norge hadde lavest andel kontakter hvor psykolog var registrert som utførende helsepersonell (17 prosent). I de andre regionene var 23–31 prosent av kontaktene registrert med psykolog. For befolkningen i Helse Sør-Øst ble 28 prosent av kontaktene utført av lege. I Helse Vest og Helse Nord, gjaldt dette for henholdsvis 12 prosent og 14 prosent av kontaktene. Lege-andelen i Helse Nord varierte fra 7 prosent i Finnmark til 22 prosent for pasienter i UNN-området. I Helse Nord og Helse Midt Norge ble omtrent 20 prosent av kontaktene utført av sykepleier eller pedagog, tilsvarende for landet samlet var 12 prosent.

Nær halvparten av alle ambulante kontakter på landsbasis ble utført av vernepleier i 2021, mens 21 prosent ble utført av psykolog eller lege. I tillegg var pedagoger og fysioterapeuter registrert med til sammen 14 prosent av kontaktene. Sammen med vernepleiere, var disse yrkesgruppene noe mer representert ved ambulant aktivitet, enn ved annen dag- og poliklinisk aktivitet.

[24] Organisatoriske ulikheter mellom helseforetak/enheter kan muligens forklare hvorfor St. Olavs området og Nord-Trøndelag har et høyere nivå enn andre områder. HAVO ved St. Olav og HAVO ved Nord-Trøndelag er organisert som psykiatrisk poliklinikk, og ved disse enhetene telles også telefoner med spesifikt innhold som polikliniske kontakter.

[25] Større vekst i pasienter med diagnostisert moderat til dyp psykisk utviklingshemming, behøver ikke å reflektere endret pasientsammensetning. Det kan også være at pasienter med sjeldne tilstander og kromosomlidelser som medfører utviklingshemming, i større grad registreres med grad av psykisk utviklingshemming ved behandling. Dette var tilfelle hos pasienter med Downs syndrom. Av de 543 voksne pasientene som mottok habilitering for Downs syndrom i 2021, var også 357 registrerte mottakere av habilitering for en F70–F79-diagnose. Hos de 538 pasientene i 2017, var tilsvarende antall 248. Blant disse hadde omkring to av tre moderat til dyp grad av utviklingshemming, både i 2017 og 2021.

Vedlegg

Vedlegg 1: Oversikt over habiliteringsenheter i 2021

Tabellen viser enheter som tilbød habiliteringstjenester i 2021. Med noen unntak[26], ble all aktivitet inkludert hos de fleste. RESH-kodene er [søkbare hos Norsk helsenett](#).

Oversikt over habiliteringsenheter i 2021

Helseforetak	Enhet	Aldersgruppe	Organisering	RESH-id
Akershus universitetssykehus	Barne- og ungdomsseksjonen habilitering	Barn og unge	Somatikk	706995
Akershus universitetssykehus	Voksenhabilitering avdeling	Voksne	Somatikk	108101
Oslo universitetssykehus	Seksjon for nevrohabilitering - barn, Ullevål ^b	Barn og unge	Somatikk	110088
Oslo universitetssykehus	Seksjon for nevrohabilitering - barn, Rikshospitalet	Barn og unge	Somatikk	4213025
Oslo universitetssykehus	Psykatri og utviklingshemning, seksjon	Voksne	VOP	110056
Oslo universitetssykehus	Avdeling for nevrohabilitering	Voksne	Somatikk	700381
Sykehuset i Vestfold	Glenne regionale senter for autisme ^a	Alle	BUP, VOP	104433
Sykehuset i Vestfold	Habiliteringsavdeling	Alle	Somatikk	700463
Sykehuset Innlandet	Habilitering	Alle	Somatikk	4213562
Sykehuset Telemark	Habilitering barn og unge	Barn og unge	Somatikk	4205407
Sykehuset Telemark	BUP Autisme seksjon ^a	Barn og unge	BUP	4216190
Sykehuset Telemark	Habilitering voksne	Voksne	Somatikk	4208189
Sykehuset Østfold	Habiliteringstjenesten barn og unge	Barn og unge	Somatikk	700186
Sykehuset Østfold	Habiliteringstjenesten voksen	Voksne	Somatikk	4208482
Sørlandet sykehus	Habiliteringsseksjon for barn og unge	Barn og unge	Somatikk	103625
Sørlandet sykehus	FASD Regionalt kompetansesenter	Barn og unge	Somatikk	4210307
Sørlandet sykehus	Regionalt senter for intensiv barnehabilitering (RIB) ^c	Barn og unge	Somatikk	4218247
Sørlandet sykehus	Voksenhabilitering	Voksne	Somatikk	707533
Vestre Viken	Habiliteringsavdeling	Alle	Somatikk	103672

Vestre Viken	Seksjon for utviklingshemming og autismediagnoser	Alle	VOP	4214423
Helse Bergen	PBU Spesialpoliklinikken ^a	Barn og unge	BUP	107272
Helse Bergen	BUK Habilitering	Barn og unge	Somatikk	700966
Helse Bergen	Habiliteringsavdelinga for voksne	Voksne	Somatikk	104842
Helse Fonna	Habiliteringsavdeling	Alle	Somatikk	112844
Helse Fonna	Seksjon for lærevansker og utviklingsforstyrrelser (LUP)	Voksne	VOP	701199
Helse Førde	Vaksnehabilitering poliklinikk	Voksne	VOP	4209279
Helse Stavanger	Autisme enhet ^a	Barn og unge	BUP	110584
Helse Stavanger	Avdeling Barne- og ungdomshabilitering	Barn og unge	Somatikk	114293
Helse Stavanger	Mobilt innsatsteam	Voksne	VOP	109588
Helse Stavanger	Seksjon for habilitering	Voksne	Somatikk	114483
Helse Møre og Romsdal	Habilitering barn og ungdom Kristiansund og Ålesund	Barn og unge	Somatikk	4213519
Helse Møre og Romsdal	Seksjon for vaksnehabilitering Molde	Voksne	Somatikk	104026
Helse Møre og Romsdal	Seksjon for vaksnehabilitering Ålesund	Voksne	Somatikk	109648
Helse Nord-Trøndelag	Habilitering barn Levanger	Barn og unge	Somatikk	108196
Helse Nord-Trøndelag	Habilitering barn Namsos	Barn og unge	Somatikk	113154
Helse Nord-Trøndelag	Habiliteringstjeneste voksne Namsos	Voksne	VOP	105929
Helse Nord-Trøndelag	Habiliteringstjeneste voksne Levanger	Voksne	VOP	113061
St. Olavs hospital	Habiliteringsteam	Barn og unge	Somatikk	111666
St. Olavs hospital	Habiliteringspoliklinikk	Barn og unge	Somatikk	111667
St. Olavs hospital	Habiliteringstjenesten for voksne poliklinikk	Voksne	VOP	108435
St. Olavs hospital	Psykose-rehab. spesialpost 3 RPUA poliklinikk	Voksne	VOP	4215066
St. Olavs hospital	Psykose-rehab. spesialpost 3 RPUA	Voksne	VOP	4215067
Finnmarkssykehuset	Habiliteringsavdeling barn	Barn og unge	Somatikk	4211622
Finnmarkssykehuset	Habiliteringsavdeling voksen	Voksne	Somatikk	4211623
Helgelandssykehuset	Habiliteringsavdeling	Alle	VOP	4210620
Nordlandssykehuset	Autismeteam Bodø ^a	Barn og unge	BUP	100616

Nordlandssykehuset	Habiliteringsavdeling barn	Barn og unge	Somatikk	4209876
Nordlandssykehuset	Psykiatrisk innsatsteam Vensmoen	Voksne	VOP	100601
Nordlandssykehuset	Habiliteringsavdeling voksen	Voksne	Somatikk	4210034
Universitetssykehuset i Nord-Norge	Habiliteringsavdeling barn og unge	Barn og unge	Somatikk	700509
Universitetssykehuset i Nord-Norge	Autismeteam Tromsø ^a	Barn og unge	BUP	4212543
Universitetssykehuset i Nord-Norge	Habiliteringsavdeling voksen	Voksne	Somatikk	601124
Privat	Valnesfjord Helseportsenter	Alle		4213719
Privat	Beitostølen Helseportsenter	Alle		4213763
Privat	PTØ Gardermoen	Alle		4213879
Privat	PTØ Stavanger	Alle		4214449
Privat	Barnas fysioterapisenter	Barn og unge	Somatikk	4214065

^a Autismeenheter

^b Har PITH (Program intensiv trening og habilitering).

^c Har PIH Multi, et gruppebasert, intensivt trenings- og behandlingstilbud til førskolebarn med cerebral parese

Vedlegg 2: Oversikt over hvilke foretaksområder kommunene inngår i

Oversikt over hvilke foretaksområder kommunene inngår i

Foretaksområde	Kommuner
Østfold	Halden, Moss, Sarpsborg, Fredrikstad, Hvaler, Aremark, Marker, Indre Østfold, Skiptvet, Rakkestad, Råde, Våler (Viken), Vestby
Ahus-området	Oslo (Bydeler: Grorud, Stovner og Alna), Nordre Follo, Ås, Frogn, Nesodden, Aurskog-Høland, Rælingen, Enebakk, Lørenskog, Lillestrøm, Nittedal, Gjerdrum, Ullensaker, Nes, Eidsvoll, Nannestad, Hurdal, Kongsvinger, Nord-Odal, Sør-Odal, Eidsskog, Grue
OUS	Oslo (bydeler: Sagene, Nordre Aker, Bjerke, Østensjø, Nordstrand, Søndre Nordstrand, Sentrum, Marka og Oslo uregistrert)
Lovisenberg	Oslo (bydeler: Gamle Oslo, Grünerløkka, St. Hanshaugen)
Diakonhjemmet	Oslo (bydeler: Frogner, Ullern, Vestre Aker)
Hovedstadsområdet	Oslo, Nordre Follo, Ås, Frogn, Nesodden, Aurskog-Høland, Rælingen, Enebakk, Lørenskog, Lillestrøm, Nittedal, Gjerdrum, Ullensaker, Nes, Eidsvoll, Nannestad, Hurdal, Kongsvinger, Nord-Odal, Sør-Odal, Eidsskog, Grue
	Lunner, Hamar, Lillehammer, Gjøvik, Ringsaker, Løten, Stange, Åsnes, Våler, Elverum, Trysil, Åmot, Stor-Elvdal, Rendalen, Engerdal, Tolga, Tynset, Alvdal, Folldal,

Innlandet	Os, Dovre, Lesja, Skjåk, Lom, Vågå, Nord-Fron, Sel, Sør-Fron, Ringebru, Øyer, Gausdal, Østre Toten, Vestre Toten, Gran, Søndre Land, Nordre Land, Sør-Aurdal, Etnedal, Nord-Aurdal, Vestre Slidre, Øystre Slidre Vang
Vestre Viken	Drammen, Kongsberg, Ringerike, Bærum, Asker, Hole, Flå, Nesbyen, Gol, Hemsedal, Ål, Hol, Sigdal, Krødsherad, Modum, Øvre Eiker, Lier, Flesberg, Rollag, Nore og Uvdal, Jevnaker
Vestfold	Horten, Holmstrand, Tønsberg, Sandefjord, Larvik, Færder
Telemark	Porsgrunn, Skien, Notodden, Siljan, Bamble, Kragerø, Drangedal, Nome, Midt-Telemark, Tinn, Hjartdal, Seljord, Kviteseid, Nissedal, Fyresdal, Tokke, Vinje
Sørlandet	Risør, Grimstad, Arendal, Kristiansand, Lindesnes, Farsund, Flekkefjord, Gjerstad, Vegårsheim, Tvedestrand, Froland, Lillesand, Birkenes, Åmli, Iveland, Evje og Hornnes, Bygland, Valle, Bykle, Vennesla, Åseral, Lyngdal, Hægebostad, Kvinesdal, Sirdal
Helse Stavanger-området	Eigersund, Stavanger, Sandnes, Sokndal, Lund, Bjerkreim, Hå, Klepp, Time, Gjesdal, Sola, Randaberg, Strand, Hjelmeland, Kvitsøy
Helse Fonna-området	Haugesund, Suldal, Sauda, Bokn, Tysvær, Karmøy, Utsira, Vindafjord, Etne, Sveio, Bømlo, Stord, Fitjar, Tysnes, Kvinnherad, Ullensvang, Eidfjord
Helse Bergen-området	Bergen, Ulvik, Voss, Kvam, Samnanger, Bjørnafjorden, Austevoll, Øygarden, Askøy, Vaksdal, Modalen, Osterøy, Alver, Austrheim, Fedje, Masfjorden
Helse Førde-området	Kinn, Solund, Hyllestad, Høyanger, Vik, Sogndal, Aurland, Lærdal, Årdal, Luster, Askvoll, Fjaler, Sunnfjord, Bremanger, Stad, Gloppen, Stryn, Gulen
Møre og Romsdal	Kristiansund, Molde, Ålesund, Vanylven, Sande, Herøy, Ulstein, Hareid, Ørsta, Stranda, Sykkylven, Sula, Giske, Vestnes, Rauma, Aukra, Averøy, Gjemnes, Tingvoll, Sunndal, Surnadal, Smøla, Aure, Volda, Fjord, Hustadvika
St.Olavs-området	Trondheim, Frøya, Oppdal, Rennebu, Røros, Holtålen, Midtre-Gauldal, Melhus, Skaun, Malvik, Selbu, Tydal, Indre Fosen, Heim, Hitra, Ørland, Åfjord, Orkland, Rindal
Nord-Trøndelag	Steinkjer, Namsos/Nåavmesjenjaelmie/Nåavmesjenjaelmien tjelte, Osen, Meråker, Stjørdal, Frosta, Levanger, Verdal, Snåsa/Snåase/Snåasen tjelte, Lierne, Røyrvik/Raarvihke/Raarvihken tjelte, Namsskogan, Grong, Høylandet, Overhalla, Flatanger, Leka, Inderøy, Nærøysund
Helgeland	Bindal, Sømna, Brønnøy, Vega, Vevstad, Herøy, Alstadhaug, Leirfjord, Vefsn, Grane, Hattfjelldal/Aarborte/Aarborten tjelte, Dønna, Nesna, Hemnes, Rana, Lurøy, Træna, Rødøy
Nordland-området	Bodø, Meløy, Gildeskål, Beiarn, Saltdal, Fauske/Fuosko/Fuosko suohkan, Sørfold, Steigen, Røst, Værøy, Flakstad, Vestvågøy, Vågan, Hadsel, Bø, Øksnes, Sortland/Suortá/Suorttá suohkan, Andøy, Moskenes, Hamarøy/Hábmer/Hábmera suohkan
UNN-området	Narvik, Lødingen, Evenes, Tromsø, Harstad/Hárstták/Hársttáid suohkan, Kvæfjord, Tjeldsund/Dielddanuori/Dielddanuori suohkan, Ibestad, Gratangen, Lavangen/Loabák/Loabága suohkan, Bardu, Salangen, Måselv, Sørreisa, Dyrøy, Senja, Balsfjord, Karlsøy, Lyngen, Storfjord/Omasvuotna/Omasvuona suohkan, Kåfjord/Gáivuotna/Gáivuona suohkan, Skjervøy, Nordreisa/Ráisa/Ráissa suohkan, Kvæningen
Finnmark	Alta, Vardø, Vadsø, Hammerfest/Hámmerfeasta/Hámmerfeastta suohkan, Loppa, Hasvik, Måsøy, Nordkapp, Porsanger/Porságu/Porsággu giella, Karasjok/Karášjohka/Karášjoga giella, Lebesby, Gamvik, Berlevåg, Tana/Deatnu/Deanu giella, Båtsfjord, Sør-Varanger Nesseby/Unjárga/Unjárgga giella

[26] 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.

