



Nøkkeltall for helse- og omsorgssektoren

23.02.2017

Innhold

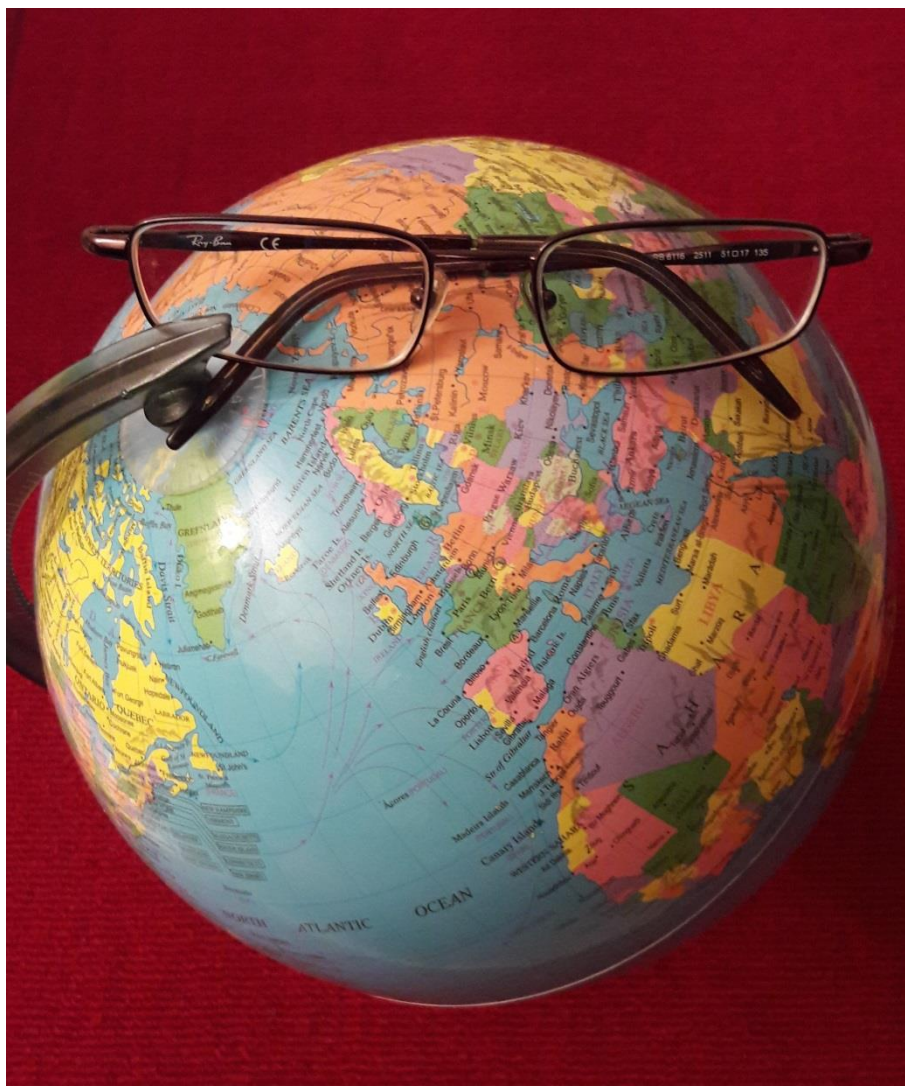
Norge i et internasjonalt perspektiv.....	3
1. Den europeiske helseforbrukerindeksen	4
2. Norge sammenliknet med andre land.....	6
3. Ikke smittsomme sykdommer	10
4. Seksuelt overførbare sykdommer	13
5. Migrasjon av helsepersonell.....	17
6. Bruk av antibiotika.....	19
Befolkningens helsetilstand og levevaner.....	22
7. Kosthold.....	23
8. Ungdoms helse og rusvaner	26
9. Seksuell helse	30
10. Alkoholkonsum	34
11. Bruk av tobakk.....	36
Primærhelsetjenesten	38
12. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten.....	39
13. Mottakere av institusjonstjenester	41
14. Mottakere av hjemmetjenester	44
15. Ulønnet omsorg.....	47
16. Fastleger og legevakt.....	49
17. Tannhelse	52
18. Personell i kommunal helse- og omsorgssektor.....	55
19. Kommunale helse- og omsorgstjenester for personer med demens	57
20. Personer med utviklingshemmings bruk av primærhelsetjenester	59
Spesialisthelsetjenesten	63
21. Blodgiversituasjon i Norge.....	64
22. Genetiske undersøkelser	66
23. Assistert befruktning	67
24. Fosterdignostikk	68
25. Pakkeforløp for kreft	70
26. Akuttmedisinske tjenester	74
27. Trombolysebehandling ved hjerneslag	77

28.	Fedmeoperasjoner	79
29.	Innleggelse på intensivavdelinger	81
30.	Meldeordninger for uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten	82
31.	Pasientskader ved norske sykehus	86
Ressursinnsats og aktivitet		88
32.	Utviklingen i helse- og omsorgstjenestene	89
33.	Utskrivningsklare pasienter og reinnleggelser	92
34.	Rehabilitering i kommune og spesialisthelsetjenesten	95
35.	Årsverksutvikling blant helsepersonell	99
36.	Autorisasjon av helsepersonell	100
37.	Stønader til legemidler	102
38.	Frikort	104
39.	Stønader til helsetjenester i andre EØS-land	105
Psykisk helse og rus		107
40.	Oppsøkende behandlingsteam for pasienter med psykiske lidelser	108
41.	Årsverk og kompetanse innen kommunalt psykisk helse- og rusarbeid	110
42.	Tjenestemottakere innen psykisk helse og rus	113
43.	Ventetider tverrfaglig spesialisert rusbehandling	115
44.	Pasienterfaringer med døgnopphold i tverrfaglig spesialisert rusbehandling	117
45.	Rusmiddelutløste dødsfall	120
Brukerperspektivet		123
46.	Pasient- og brukerombudene	124
47.	Informasjonstjenesten Velg behandlingssted	126
E-helse		128
48.	Helsenorge.no	129
49.	E-resept	132
50.	Kjernejournal	135
51.	Elektronisk meldingsutveksling i helse- og omsorgssektoren	139

Norge i et internasjonalt perspektiv

Norge har en helse- og omsorgstjeneste som er blant de beste i verden, men i likhet med andre land foreligger det utfordringer for fremtidens helse- og omsorgstjenester. For eksempel vil levealderen fortsette å stige og andelen eldre i befolkningen vil øke. Veksten i etterspørselen etter helsetjenester vil i årene som kommer være høyere enn veksten i tilgangen på helsepersonell. Utfordringene helse- og omsorgstjenesten står ovenfor krever blant annet en effektivisering av dagens organisering av tjenestetilbudet, samtidig som det må satses mer på forebygging.

Her er noen nøkkeltall som viser utviklingen i Norge og noen andre land på utvalgte områder.



1. Den europeiske helseforbrukerindeksen

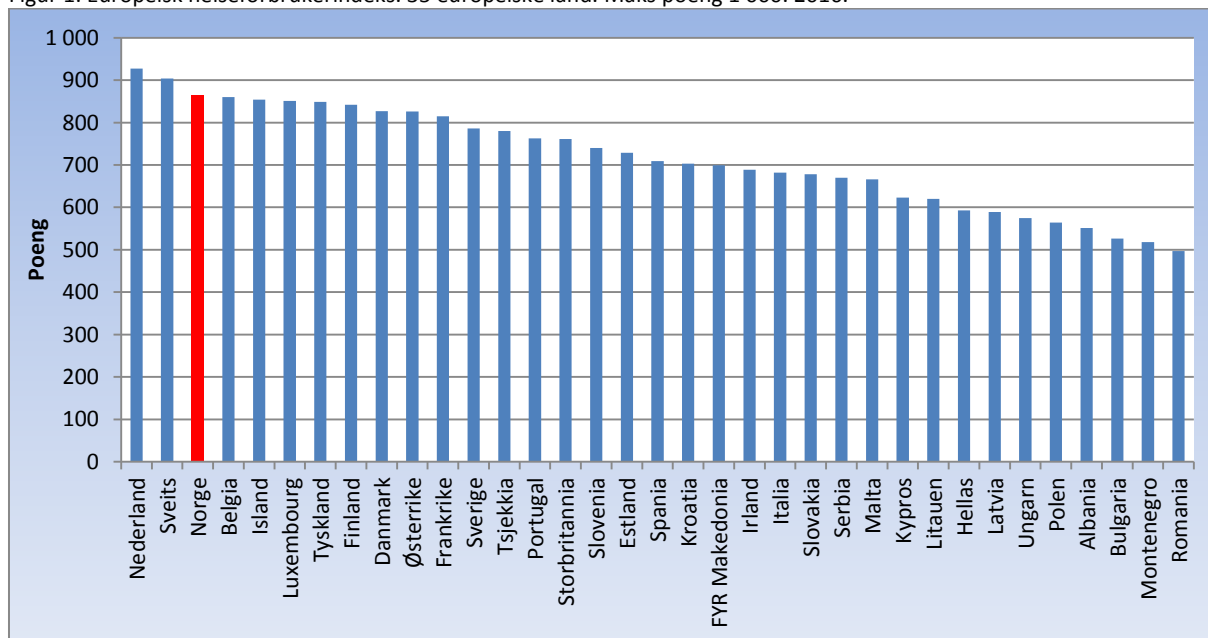
Den europeiske helseforbrukerindeksen ble i 2016 utarbeidet for niende gang. Indeksen måler hvor godt helsesystemene i 35 europeiske land fungerer, basert på hvordan forbrukere av helsetjenester blir tatt i mot og behandlet i de respektive helsesystemene. Dette skjer ved hjelp av 48 resultatindikatorer fordelt på 6 sub-kategorier.

Norge kom, som i 2014 og 2015, på 3. plass i 2016-målingen over hvor godt helsesystemene i 35 europeiske land fungerer. I 2016 skåret Norge 865 av 1 000 mulige poeng. I 2015 og 2014 skåret Norge henholdsvis 854 og 851 poeng.

Nederland holder seg på topp med 927 poeng og Sveits holder 2. plassen med 904 poeng. Dette er første gang et land har passert 900 poeng.

Finland og Danmark ligger på henholdsvis 8. og 9. plass, mens Sverige er på en 12. plass med 786 poeng.

Figur 1: Europeisk helseforbrukerindeks. 35 europeiske land. Maks poeng 1 000. 2016.



Kilde: Euro Health Consumer Index 2016.

Norge er det beste landet i kategorien *pasientrettigheter og informasjon* med 125 av 125 mulige poeng. Under pasientrettigheter og informasjon måles blant annet hvorvidt pasientorganisasjoner er delaktig i beslutningstaking, pasienters mulighet til å bestille timer via nettet og tilgang til egen journal. Norge er også det beste landet i kategorien *forebygging* med 119 av 125 poeng. Under forebygging måles det blant annet på røyking, alkohol og HPV-vaksinasjon. I kategorien *resultater* deler Norge førsteplassen med flere andre land. Under resultater måles blant annet spedbarnsdødelighet, overlevelse etter kreft og abortrater.

Sammenliknet med de andre landene skårer Norge dårligst i kategorien *tilgjengelighet/ventetider*. I denne kategorien kommer Norge dårlig ut på parameterne «direkte tilgang til spesialist» og «store elektive operasjoner <90 dager.»

Tabell 1: De beste landene for hver sub-kategori. Maks skår, skår hos beste land og Norges skår. 2016.

Sub-kategori	Beste land i kategorien	Maks skår	Skår hos beste land	Norges skår
1. Pasientrettigheter og informasjon	Norge	125	125	125
2. Tilgjengelighet (ventetider)	Belgia, FYR Makedonia og Sveits	225	225	138
3. Resultater	Finland, Island, Tyskland, Nederland, Norge og Sveits	300	288	288
4. Tilgjengelighet og tjenestetilbud	Nederland og Sverige	125	125	115
5. Forebygging	Norge	125	119	119
6. Legemidler	Frankrike, Tyskland, Irland, Nederland og Sveits	100	86	81

Kilde: Euro Health Consumer Index 2016.

2. Norge sammenliknet med andre land

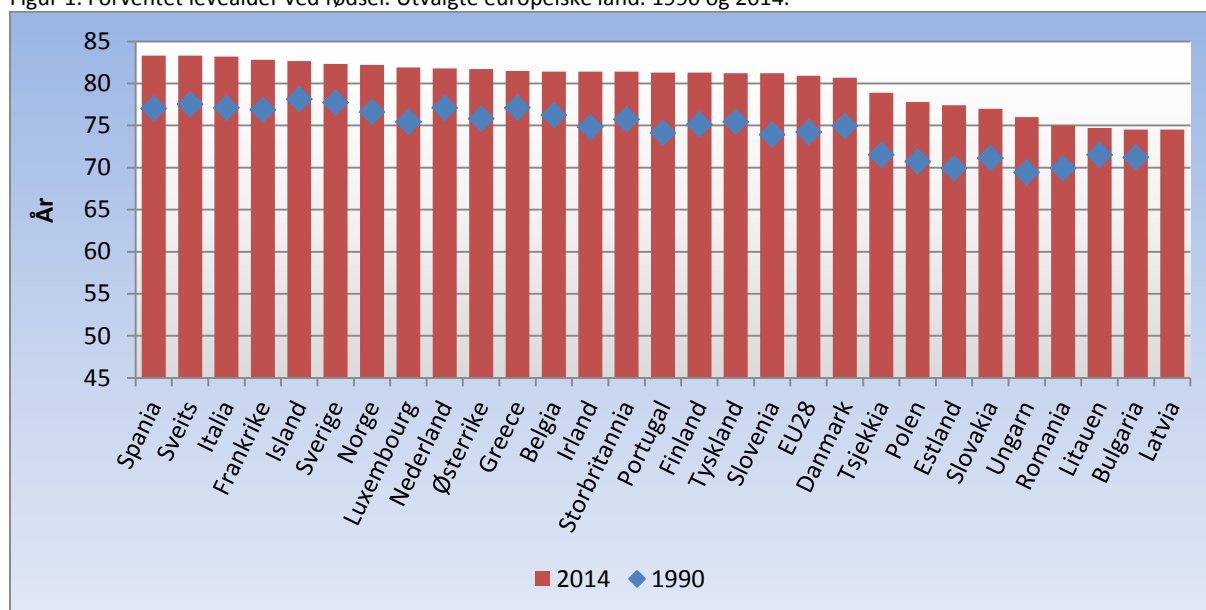
Norge har en helse- og omsorgstjeneste som er blant de beste i verden, men i likhet med andre land står vi ovenfor noen utfordringer. For eksempel vil levealderen fortsette å stige, andelen eldre i befolkningen vil øke og flere vil få kroniske lidelser. I tillegg vil det stadig utvikles nye, kostbare medikamenter og behandlingsmetoder som vil kreve prioriteringer, samtidig som helseutgiftene vil øke.

Forventet levealder

Endringer i forventet levealder kan indirekte si noe om befolkningens helse og levekår, om kvaliteten i helsetjenesten, medisinsk utvikling, samt endringer i befolkningens levevaner og livskvalitet. Norge har som mål å være blant de tre landene i verden som har høyest forventet levealder. Blant de europeiske landene lå Norge på en 7. plass i 2014.

I Health at a Glance Europe fra 2016, presenteres forventet levealder for utvalgte europeiske land i 1990 og 2014. I 2014 var gjennomsnittlig forventet levealder i Norge 82,2 år. Dette er en økning fra 76,6 år i 1990. Island ligger høyest blant de nordiske landene med 82,7 år i forventet levealder. Sverige har 82,3 år, Finland 81,3 år og Danmark 80,7 år. Spania og Sveits har høyest forventet levealder med 83,3 år.

Figur 1: Forventet levealder ved fødsel. Utvalgte europeiske land. 1990 og 2014.



Kilde: Health at a Glance, Europe 2016. OECD 2016.

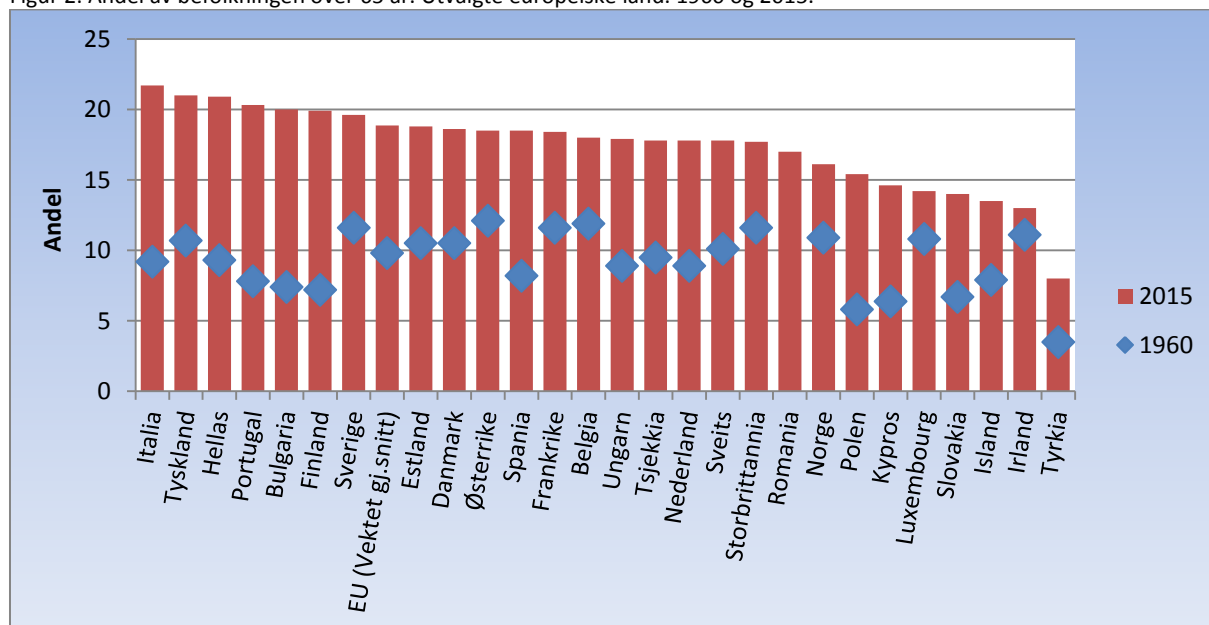
Andel av befolkningen over 65 år

Behovet for helsehjelp øker med alderen, og særlig etter passerte 80 år. En økende andel eldre i befolkningen vil derfor ha betydning for det framtidige helsetilbud. I Norge var 220 000 personer, 4,2 prosent, 80 år eller eldre i 2016. Andelen vil øke til 7,4 prosent av befolkningen i 2040. Totalt sett var 855 000 personer, eller 16,4 prosent av befolkningen i Norge 65 år eller eldre i 2016. Denne andelen vil utgjøre 22,4 prosent i 2040.¹

¹ Statistisk sentralbyrå. Befolkning-oversiktstabeller.

I gjennomsnitt var 18,9 prosent av befolkningen i Europa over 65 år i 2015. I Norge var andelen 16,1 prosent, noe som er en økning fra 10,9 prosent i 1960. Av de andre nordiske landene hadde Island lavest andel av befolkningen over 65 år med 13,5 prosent. I Danmark var andelen 18,6, i Sverige 19,6 og i Finland 19,9. Italia hadde høyest andel over 65 år med 21,7 prosent i 2015.

Figur 2: Andel av befolkningen over 65 år. Utvalgte europeiske land. 1960 og 2015.



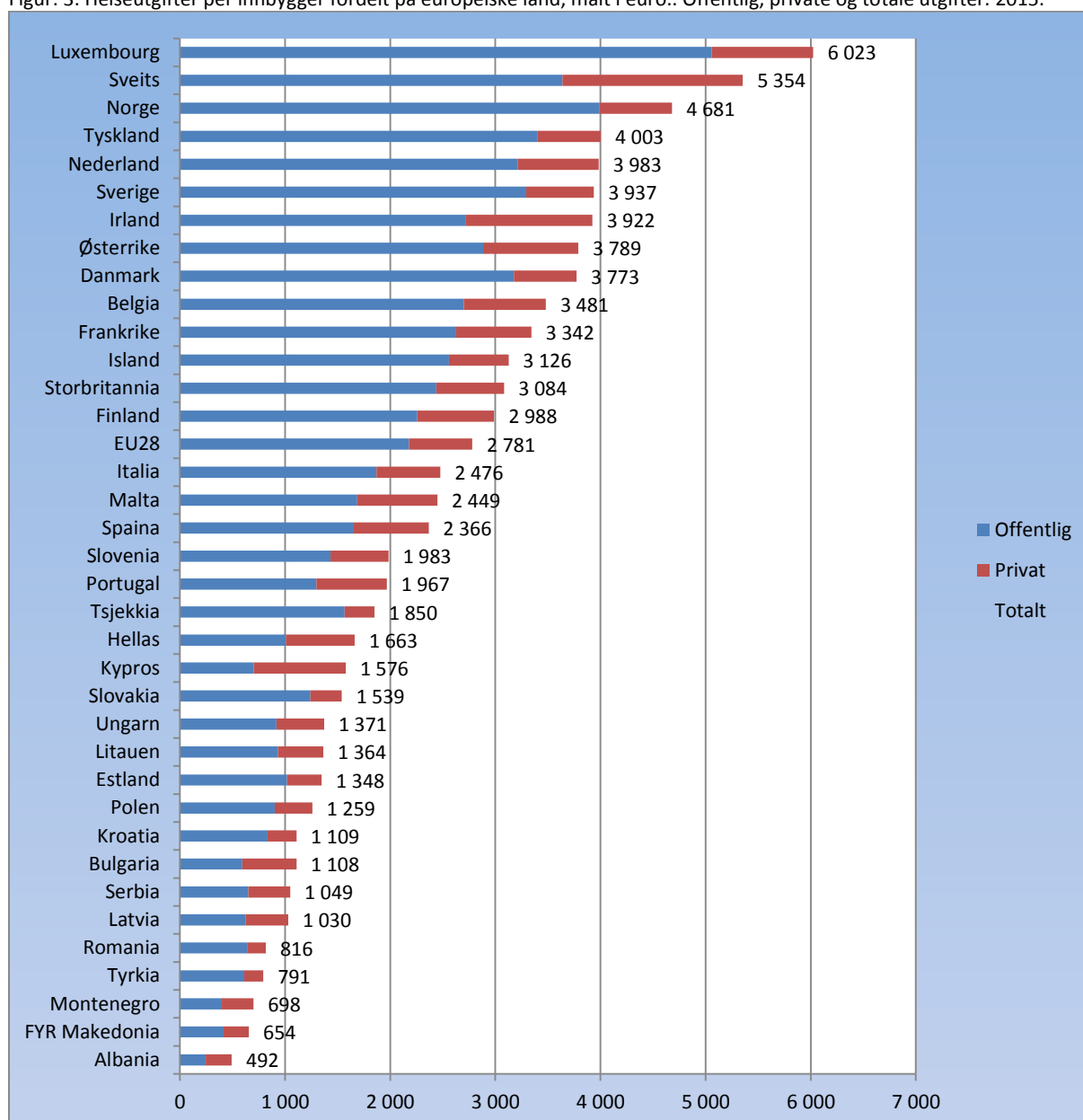
Kilde: Health at a Glance, Europe 2016. OECD 2016.

Utgifter til helsesektoren

Målt per innbygger, er Norge blant de europeiske land som har høyest utgifter til helsesektoren. I 2015 brukte Norge 4 681 euro per innbygger på helse. Dette er 40 prosent over gjennomsnittet i EU, som i 2015 var 2781 euror. Luxembourg er det europeiske landet som brukte mest per innbygger på helse med 6023 euro. Albania brukte minst med 492 euro.

Andel av helseutgiftene som er finansiert av det offentlige varierer mye mellom EU-landene. I EU var gjennomsnittlig 78 prosent av alle helseutgifter offentlig finansiert i 2015. Med unntak av Finland dekket det offentlige mer enn 80 prosent av helseutgiftene i de nordiske landene. Også i Luxembourg, Tyskland, Nederland, Storbritannia, Tsjekkia og Slovakia dekket det offentlige mer enn 80 prosent av utgiftene. Albania og Kypros er de eneste landene hvor det offentlige finansierer under 50 prosent av helseutgiftene.

Figur: 3: Helseutgifter per innbygger fordelt på europeiske land, målt i euro.. Offentlig, private og totale utgifter. 2015.



Kilde: Health at a Glance, Europe 2016. OECD 2016.

Legemiddelutgifter som andel av totale helseutgifter

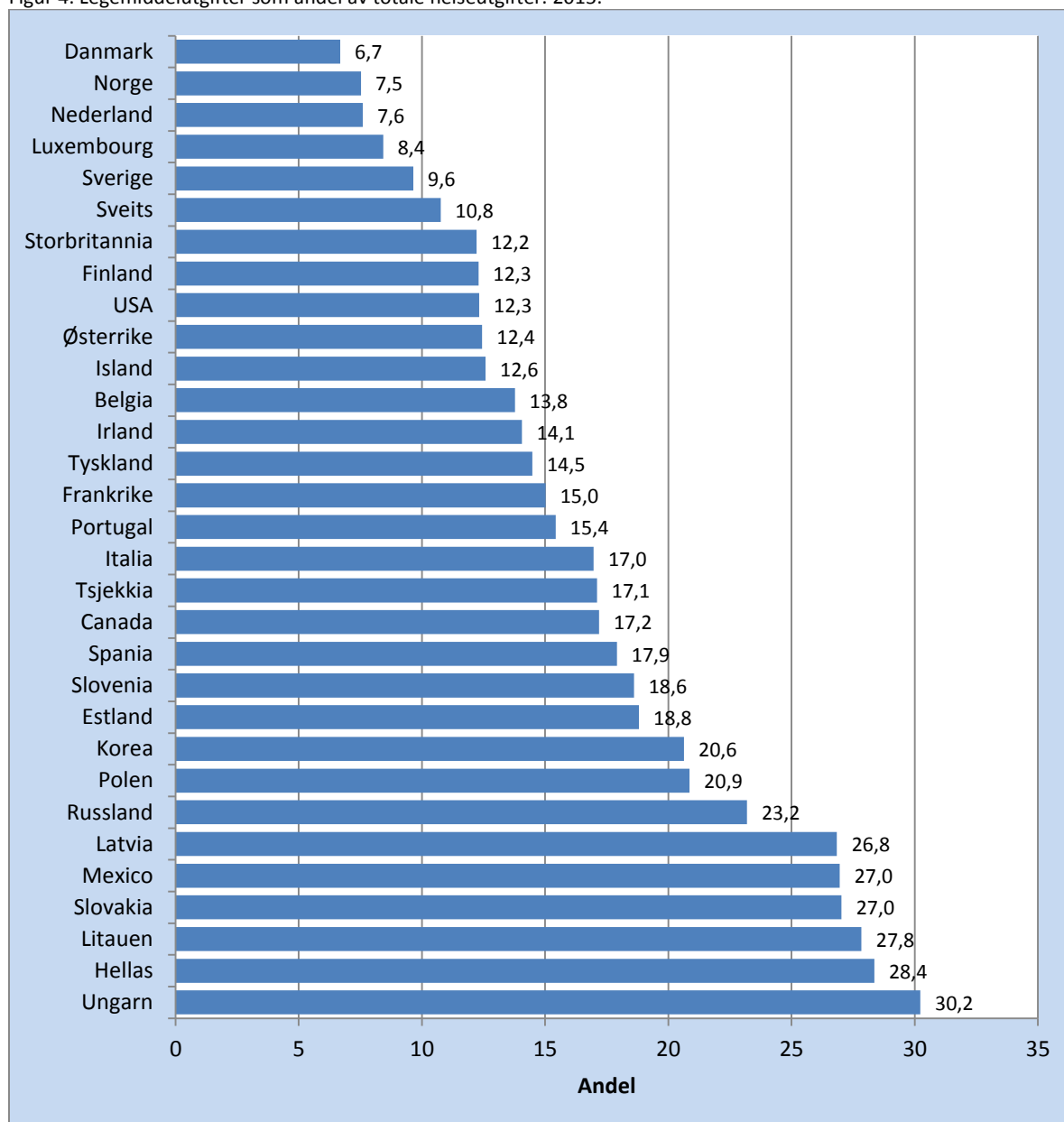
I Norge har regjeringen som overordnet mål at legemiddelpolitikken skal gi riktig legemiddelbruk, både medisinsk og økonomisk. Pasienter skal ha tilgang til sikre og effektive legemidler, uavhengig av deres betalingsevne. Legemidler skal ha lavest mulig pris.² Legemidler finansieres av sykehusene, kommunene og folketrygden.³

Norge var blant de landene som brukte lavest andel av helseutgiftene til legemidler i 2015, med 7,5 prosent. Bare Danmark hadde en lavere andel med 6,7 prosent. I Ungarn utgjorde legemidler 30,2 prosent av de totale helseutgiftene.

² <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/legemidler/id11633/>

³ <https://helsedirektoratet.no/legemidler/refusjon-av-legemidler>

Figur 4: Legemiddelutgifter som andel av totale helseutgifter. 2015.



Kilde: OECD Health Statistics.

3. Ikke smittsomme sykdommer

Hjerte- og karsykdommer, kreft, kroniske lungesykdommer og diabetes er de fire største ikke smittsomme sykdommene (Noncommunicable diseases; NCD). Disse sykdommene utgjør en økende andel av alle tapte leveår og liv med redusert livskvalitet. Verdens helseorganisasjon, WHO, har satt som mål at for tidlig død på grunn av disse sykdommene skal reduseres med 25 prosent innen 2025. Norge har forpliktet seg til å slutte opp om denne målsetningen. I de nye globale bærekraftsmålene fra WHO er målet at for tidlig død forårsaket av ikke smittsomme sykdommer skal reduseres med en tredjedel innen 2030. De viktigste risikofaktorer knyttet til disse kroniske sykdommene er tobaksbruk, høyt alkoholkonsum, usunt kosthold og fysisk inaktivitet.

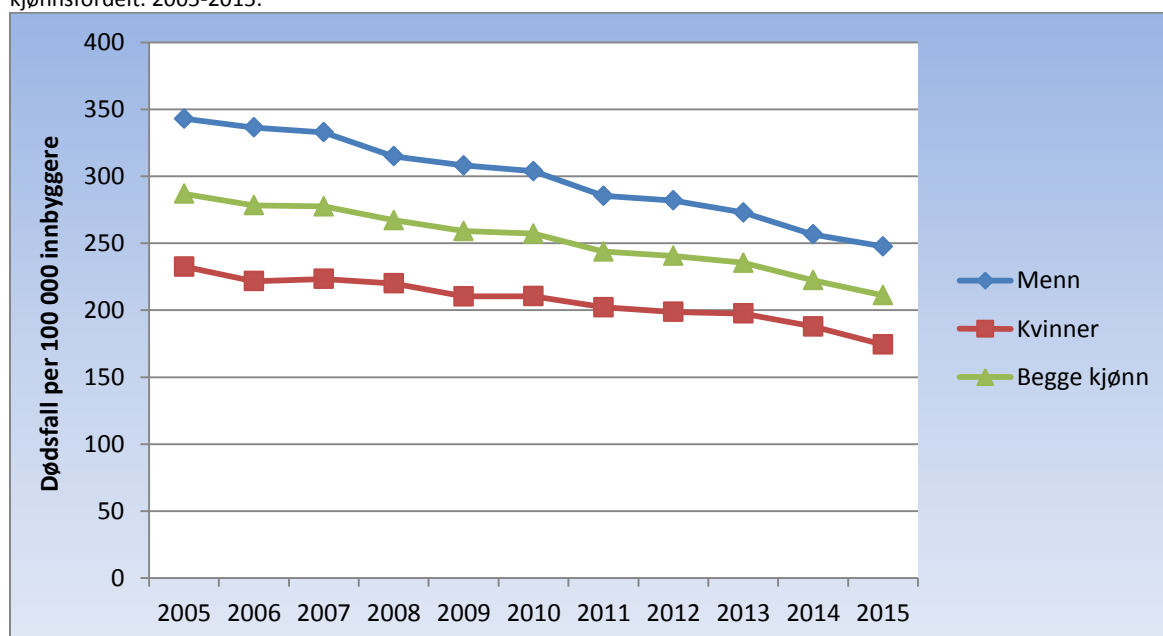
Ikke smittsomme sykdommer i Norge

I den norske NCD-strategien⁴ for perioden 2013-2017 inngår tiltak for å forebygge, diagnostisere og behandle personer som lider av ikke smittsomme sykdommer. Målet er å redusere forekomst og for tidlig død, og gjøre livet enklere for de som lever med disse kroniske sykdommene.

I perioden 2005 til 2015 har det vært en jevn nedgang i antall dødsfall relatert til de fire største ikke smittsomme sykdommene, hjerte- og karsykdommer, diabetes, kroniske lungesykdommer og kreft i aldersgruppen 30-69 år. I 2015 døde 211,2 per 100 000 innbyggere som følge av disse NCD-ene. Dette er en nedgang fra 286,9 per 100 000 i 2005.

Flere menn enn kvinner dør av NCD. I 2015 var det 247,6 menn og 174,3 kvinner per 100 000 innbygger i aldersgruppen 30-69 år som døde av en NCD.

Figur 1: Antall dødsfall av NCD per 100 000 innbyggere i aldersgruppen 30-69 år. Aldersstandardiserte rater. Totalt og kjønnsfordelt. 2005-2015.



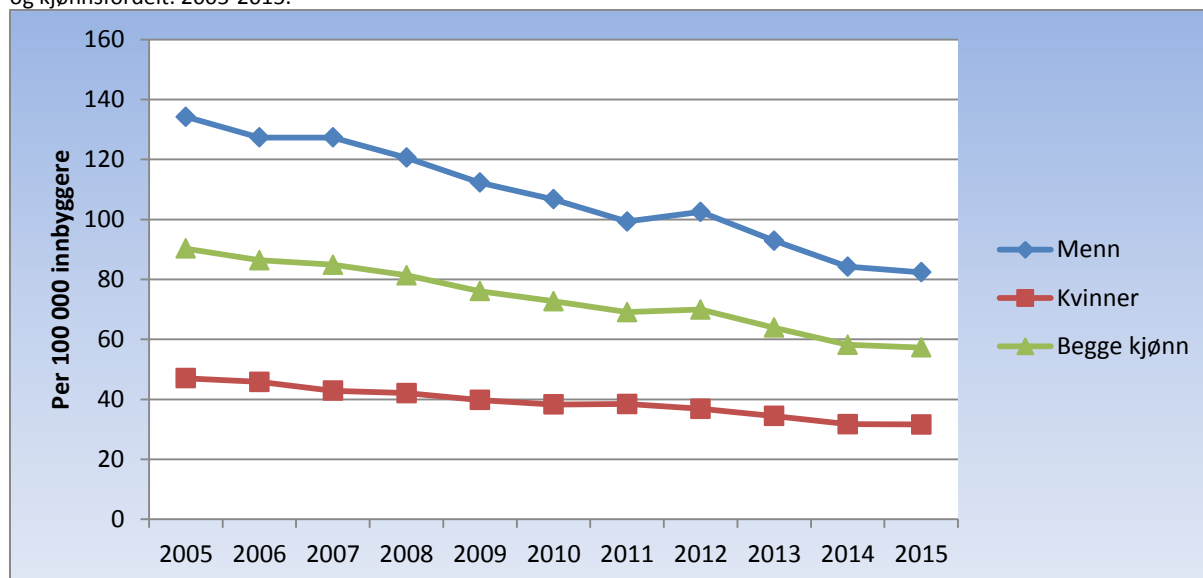
Kilde: Dødsårsaksregisteret, Folkehelseinstituttet.

Av NCD-ene fører hjerte- og karsykdommer til flest dødsfall, og utgjør dermed en størst andel av sykdomsbyrden (tapte leveår og helsetap; DALY), både i Norge og i store deler av den industrialiserte

⁴ NCD-strategi 2013-2017. Helse- og omsorgsdepartementet.

verden. Det har vært en nedgang i andelen som dør av en hjerte- og karsykdom både blant kvinner og menn mellom 30-69 år, men det er fortsatt flere menn enn kvinner som rammes. I 2015 døde 82,4 menn og 31,6 kvinner per 100 000 av hjerte- og karsykdommer.

Figur 2: Antall dødsfall av hjerte-og karsykdommer i aldersgruppen 30-69 år per 100 000. Aldersstandardiserte rater. Totalt og kjønnsfordelt. 2005-2015.



Kilde: Dødsårsaksregisteret, Folkehelseinstituttet.

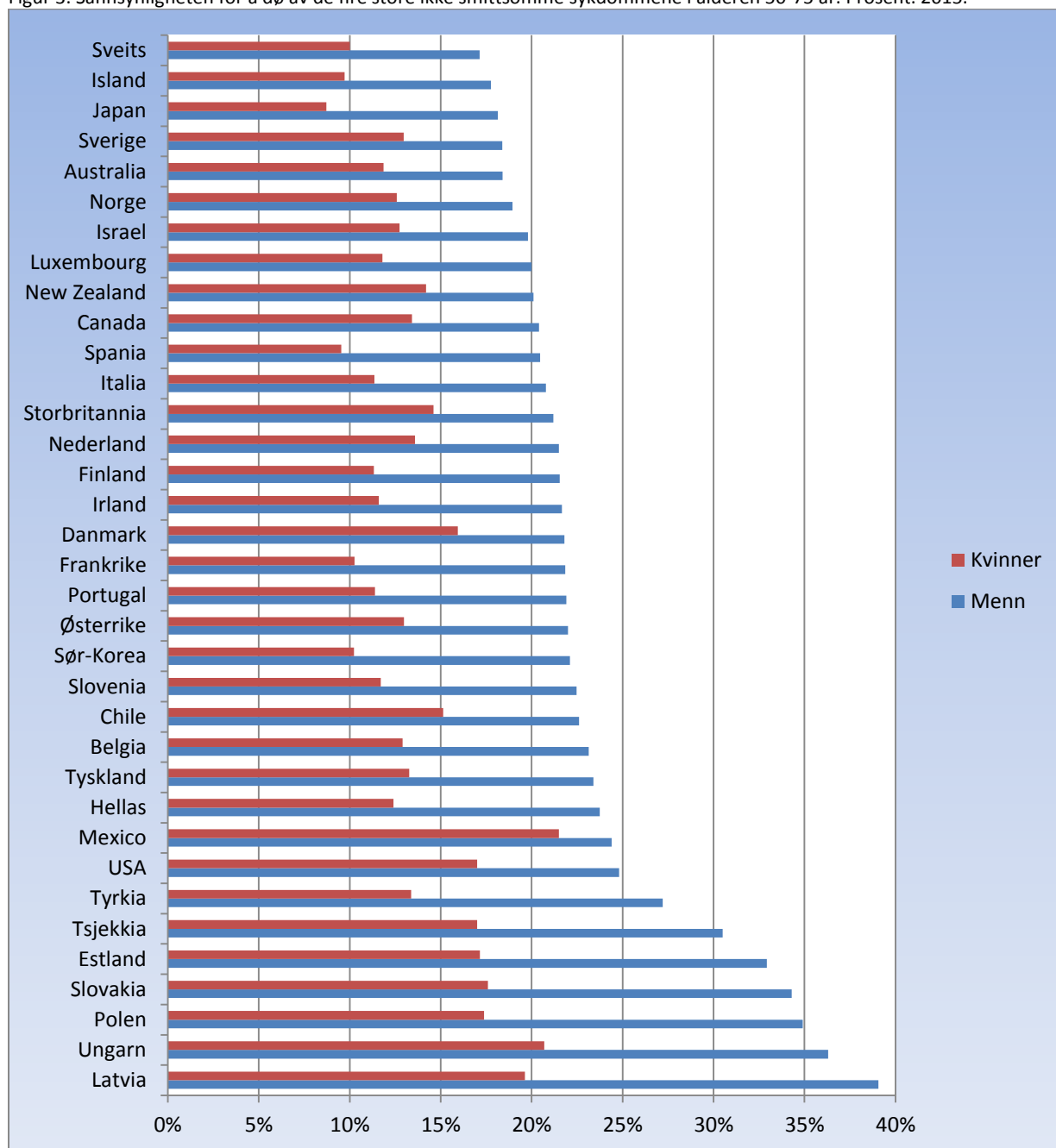
Sannsynlighet for å dø av ikke smittsomme sykdommer

På verdensbasis er NCD-ene årsak til 38 millioner dødsfall hvert år. 16 millioner av disse skjer før fylte 70 år, og av disse skjer 82 prosent i lav- og mellominntektsland. Tobakk alene anslås å forårsake seks millioner av dødsfallene for NCD årlig.⁵

Sannsynlighet for å dø av en NCD er høyere for menn enn for kvinner. Sannsynligheten for å dø av en NCD i alderen 50-75 år i Norge i 2015, var 13 prosent for kvinner og 19 prosent for menn. Norge er blant landene med lavest sannsynlighet for å dø av en NCD. Høyest sannsynlighet for å dø av en NCD blant menn er i Latvia med 39 prosent, og lavest i Sveit med 17 prosent. Blant kvinner er sannsynligheten for å dø av en NCD høyest i Mexico med 22 prosent, og lavest i Japan med 9 prosent.

⁵ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/en/>

Figur 3: Sannsynligheten for å dø av de fire store ikke smittsomme sykdommene i alderen 50-75 år. Prosent. 2015.



Kilde: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Life Expectancy & Probability of Death Data Visualization. Seattle, WA: IHME, University of Washington, 2016.

4. Seksuelt overførbare sykdommer

Seksuelt overførbare infeksjoner er en gruppe smittsomme sykdommer som først og fremst overføres ved seksuell kontakt. Norge har en smittevernlov som har som formål å verne befolkningen mot smittsomme sykdommer ved forebygging og ved å motvirke smitte. I tillegg har loven som formål å hindre at slike sykdommer føres inn i eller ut av Norge.

European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) er et EU-byrå som jobber for å styrke Europas forsvar mot infeksjonssykdommer. EU/EØS land rapporterer inn tall over forekomst av smittsomme sykdommer til ECDC. Det er ikke alle land som rapporterer inn tall. I tillegg er det en viss usikkerhet knyttet til dekningsgraden ved de tallene som innrapporteres.

Klamydia

Klamydia er den mest utbredte seksuelt overførbare infeksjon i Europa. I 2014 ble det innrapportert 396 128 tilfeller av klamydia fordelt på 26 land. Målt i antall per 100 000 innbygger er innrapporterte klamydiainfeksjoner i Europa økende. I 2010 var det 178,9 tilfeller per 100 000 innbyggere. I 2014 var antallet økt til 187,2.

Blant de landene som rapporterte inn i 2014, hadde Norge det tredje høyeste innrapporterte antallet tilfeller av klamydia etter Danmark og Island. I 2014 var det 485,7 tilfeller av klamydia per 100 000 innbyggere i Norge. Dette er en økning fra 2010. Samlet sett sto Norge, Sverige, Danmark og Storbritannia for 83 prosent av alle innrapporterte tilfeller av klamydia i 2014.

Tabell 1: Rapporterte tilfeller av klamydia i utvalgte EU/EØS land og totalt for EU/EØS per 100 000 innbyggere. 2010-2014.

	2010	2011	2012	2013	2014
Bulgaria	0,7	0,7	1,8	4,4	6,8
Kypros	0,4	0,7	1,2	0,2	0
Danmark	505,0	478,7	472,8	494,1	548,8
Estland	129,7	133,5	122,5	119,7	112,9
Finland	239,7	254,2	245,3	243,5	243,0
Hellas	5,9	4,5	3,6	4,4	3,6
Island	691,7	656,6	600,2	677,0	529,1
Irland	118,7	140,2	134,9	137,0	142,9
Latvia	47,2	75,4	85,4	101,1	97,2
Litauen	11,7	11,2	8,8	10,3	15,3
Luxembourg	0,4	0,2	0,8	0,4	0
Malta	33,3	35,2	37,6	31,8	23,0
Norge	463,7	457,9	431,0	440,5	485,7
Polen	1,4	0,8	0,8	1,1	0,7
Romania	0,5	0,7	0,3	0,1	0,1
Slovakia	3,5	5,7	14,0	17,0	19,0
Slovenia	8,6	11,3	12,1	12,0	13,1
Sverige	395,4	395,7	398,3	365,3	374,6
Storbritannia	349,5	344,1	376	373	367,6
Totalt EU/EØS	178,9	178,3	184,8	184,5	187,2

Kilde: European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC).

Unge i alderen 16-24 år sto for 63 prosent av alle innrapporterte klamydiatilfelle i 2014. Personer i alderen 25-34 år sto for 25 prosent av tilfellene.⁶

Gonore

Gonore er den nest mest utbredte seksuelt overførbare infeksjonen i Europa. I 2014 ble det innrapportert 66 413 tilfeller av gonore fra 27 EU/EØS-land. Antall rapporterte tilfeller per 100 000 innbyggere i EU/EØS-land har økt fra 8,7 i 2010 til 20,0 tilfeller per 100 000 innbyggere i 2014.

Storbritannia hadde det høyeste innrapporterte antallet tilfeller i 2014 med 59,7 tilfeller per 100 000 innbyggere. I Norge var antallet 13,7 tilfeller per 100 000 innbyggere, en økning fra 8,5 tilfeller i 2010.

Tabell 2: Rapporterte tilfeller av gonore i utvalgte EU/EØS land og totalt for EU/EØS per 100 000 innbyggere. 2010-2014.

	2010	2011	2012	2013	2014
Bulgaria	2,5	2,7	1,4	1,3	2,3
Kypros	2,8	1,3	0,7	0,2	0,5
Tsjekkia	7,2	6,8	10,9	13,4	13,2
Danmark	8,7	9,0	12,1	14,6	20,3
Estland	8,9	13,0	16,2	10,1	10,2
Finland	4,8	5,4	5,8	4,9	5,2
Hellas	2,8	3,4	2,1	2,0	2,2
Island	5,7	10,0	9,1	5,9	11,7
Irland	13,7	18,2	24,9	27,7	28,3
Latvia	16,5	26,3	29,7	27,4	18,2
Litauen	10,0	8,1	7,3	6,4	5,6
Luxembourg	0,6	0,4	1,0	0,7	0,9
Malta	11,6	11,1	6,9	14,7	12,0
Norge	8,5	7,5	8,9	10,0	13,4
Polen	0,8	0,8	1,9	1,4	1,3
Portugal	0,8	1,1	1,1	1,2	1,9
Romania	2,4	2,5	1,6	1,7	0,9
Slovakia	2,4	3,9	5,3	7,0	7,8
Slovenia	2,1	1,2	2,2	3,0	3,0
Spania	5,0	5,7	6,5	7,1	9,8
Sverige	9,1	10,1	11,5	11,6	13,9
Storbritannia	29,9	37,1	45,3	50,8	59,7
Totalt EU/EØS	8,7	10,5	12,6	17,0	20,0

Kilde: European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC).

Det innrapporteres flere tilfeller av gonore blant menn enn kvinner. I 2014 ble det innrapportert 35 tilfeller per 100 000 menn og 10 tilfeller per 100 000 kvinner. Det er imidlertid forskjeller i ratene mellom kjønnene i ulike land. Estland har den laveste forskjellen i rate mellom kjønnene med 0,7:1 og Hellas den største med 14:1.⁷

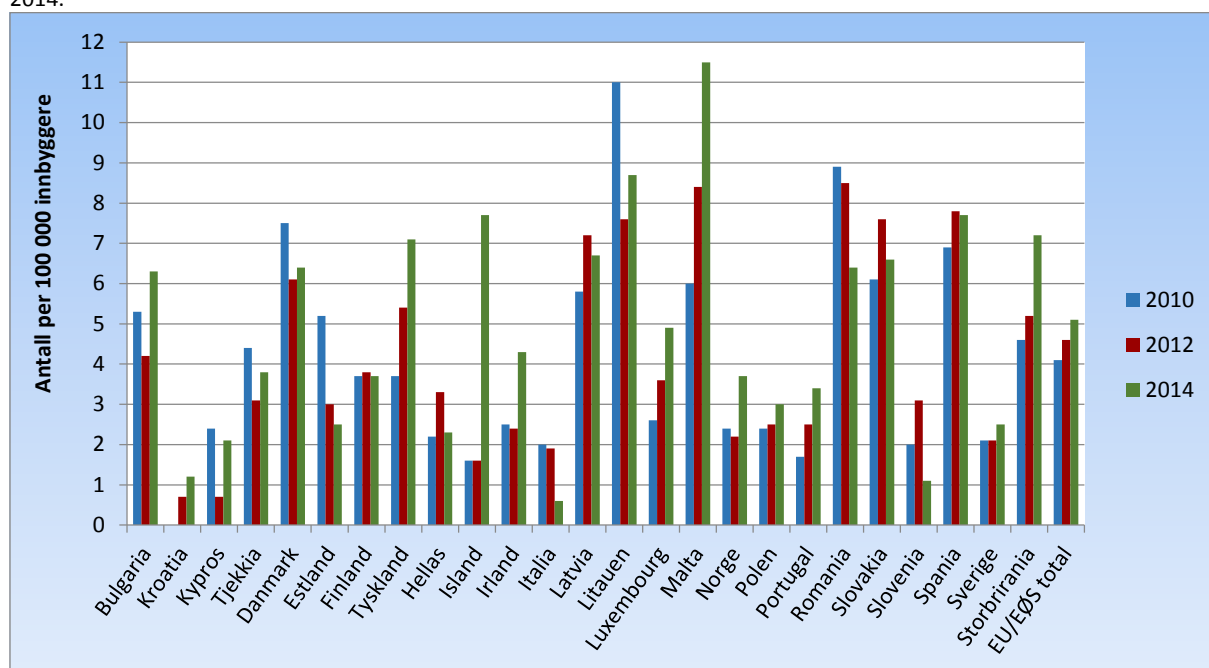
Syfilis

I 2014 ble det rapportert inn 24 541 tilfeller av syfilis fra 29 EU/EØS-land. Fra 2010 til 2014 har antall rapporterte tilfeller av syfilis per 100 000 innbyggere i EU/EØS-land økt fra 4,1 til 5,1. Det er relativt store forskjeller mellom landene. I 2014 hadde Malta høyest andel med 11,5 innrapporterte tilfeller per 100 000 innbyggere, og Italia lavest med 0,2 rapporterte tilfeller.

⁶ <http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/chlamydia/Pages/Annual-Epidemiological-Report-2016.aspx>

⁷ <http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/syphilis/Pages/Annual-Epidemiological-Report.aspx>

Figur 1: Rapporterte tilfeller av syfilis i utvalgte EU/EØS land og totalt for EU/EØS per 100 000 innbyggere. 2010, 2012 og 2014.



Kilde: European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC).

Samlet sett fra EU/EØS-land ble det rapporterte inn over seks ganger flere tilfeller av syfilis blant menn enn blant kvinner. Fordelingen mellom kjønnene varierer imidlertid mye mellom landene. Noen land har en fordelingsrate mellom kjønnene på 2:1, i andre land er raten 10:1.⁸

30 prosent av innrapporterte tilfeller av syfilis i 2014 var blant personer 45 år og eldre. Aldersgruppen 15-24 år sto for 13 prosent, aldersgruppen 25-34 år for 29 prosent og aldersgruppen 35-44 år for 27 prosent av de innrapporterte tilfellene.

Hiv/aids

I 2015 rapporterte 31 EU/EØS-land inn 29 747 nye tilfeller av hiv. Det tilsvarer 5,8 tilfeller per 100 000 innbyggere.⁹ I 2008 var det 6,9 tilfeller per 100 000 innbyggere.

I 2015 ble det innrapportert flest tilfeller av hiv per 100 000 innbyggere i Estland og Latvia med rundt 20 tilfeller. I Estland tilsvarer det en halvering fra 40 tilfeller per 100 000 innbyggere i 2008. I Norge ble det innrapportert 4,3 tilfeller av hiv per 100 000 innbyggere i 2015. Det var en nedgang fra 6,3 i 2008.

I 2015 rapporterte 29 EU/EØS-land inn 3 754 nye tilfeller av aids. Det tilsvarer 0,8 tilfeller per 100 000 innbyggere. Mens Island ikke hadde innrapporterte noen tilfeller av aids per 100 000 innbyggere i 2015 hadde Latvia flest innrapporterte tilfeller med 6,6 per 100 000 innbyggere. Norge hadde 0,4 tilfeller per 100 000 innbyggere både i 2008 og i 2015.

⁸ <http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/syphilis/Pages/Annual-Epidemiological-Report.aspx>

⁹ <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/HIV-AIDS-surveillance-Europe-2015.pdf>

Tabell 3: Rapporterte tilfeller av hiv og aids i EU/EØS land. Per 100 000 innbyggere. 2008 og 2015.

	Hiv		Aids	
	2008	2015	2008	2015
Østerrike	4,5	3,1	1,2	0,8
Belgia	10,2	8,9	1,1	
Bulgaria	1,6	3,1	0,4	0,6
Kroatia	1,7	2,8	0,6	0,4
Kypros	4,8	9,4	1,5	0,7
Tsjekkia	1,4	2,5	0,3	0,3
Danmark	5,2	4,9	0,7	0,7
Estland	40,7	20,6	4,6	1,4
Finland	2,8	3,2	0,5	0,3
Frankrike	9,0	5,9	1,7	0,6
Tyskland	3,4	4,5	0,7	0,2
Hellas	5,6	6,4	1,0	1,1
Ungarn	1,4	2,7	0,2	0,4
Island	3,2	3,6	0,6	0,0
Irland	9,1	10,6	0,8	0,6
Italia	6,7	5,7	2,3	1,3
Latvia	16,3	19,8	4,7	6,6
Litauen	3,0	5,4	1,7	1,2
Luxembourg	14,1	16,7	1,9	1,4
Malta	6,9	14,2	2,2	0,5
Nederland	8,1	4,7	1,7	0,9
Norge	6,3	4,3	0,4	0,4
Polen	2,1	3,3	0,5	0,3
Portugal	20,9	9,5	7,9	2,3
Romania	2,8	3,8	1,6	1,7
Slovakia	1,0	1,6	0,0	0,1
Slovenia	2,4	2,3	0,5	0,5
Spania	12,5	7,4	3,4	1,5
Sverige	4,8	4,6		
Storbritannia	11,8	9,4	1,3	0,7
Sveits	10,0	6,5	2,1	0,5
Total EU-EØS	6,9	5,8	1,6	0,8

Kilde: European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC).

Det er flere nye hiv tilfeller blant menn enn blant kvinner. I 2015 var det 9,1 innrapporterte tilfeller per 100 000 menn og 2,6 per 100 000 kvinner. Kroatia hadde høyest forekomst blant menn med 18,5 per 100 000 innbyggere.

Det er et høyere antall tilfeller blant menn enn kvinner i alle aldersgrupper med unntak blant personer under 15 år, der ratene er like. Nye tilfeller av hiv er høyest i aldersgruppen 25-29 år med 14,8 tilfeller per 100 000 innbyggere.

46 prosent av nye tilfeller av hiv knyttes til heteroseksuell kontakt, 26 prosent til menn som har sex med menn og 13 prosent til narkotikabruk med sprøyte. I 14 prosent var smitteårsaken ukjent. I én prosent av tilfellene ble barn smittet via moren i svangerskapet.

5. Migrasjon av helsepersonell

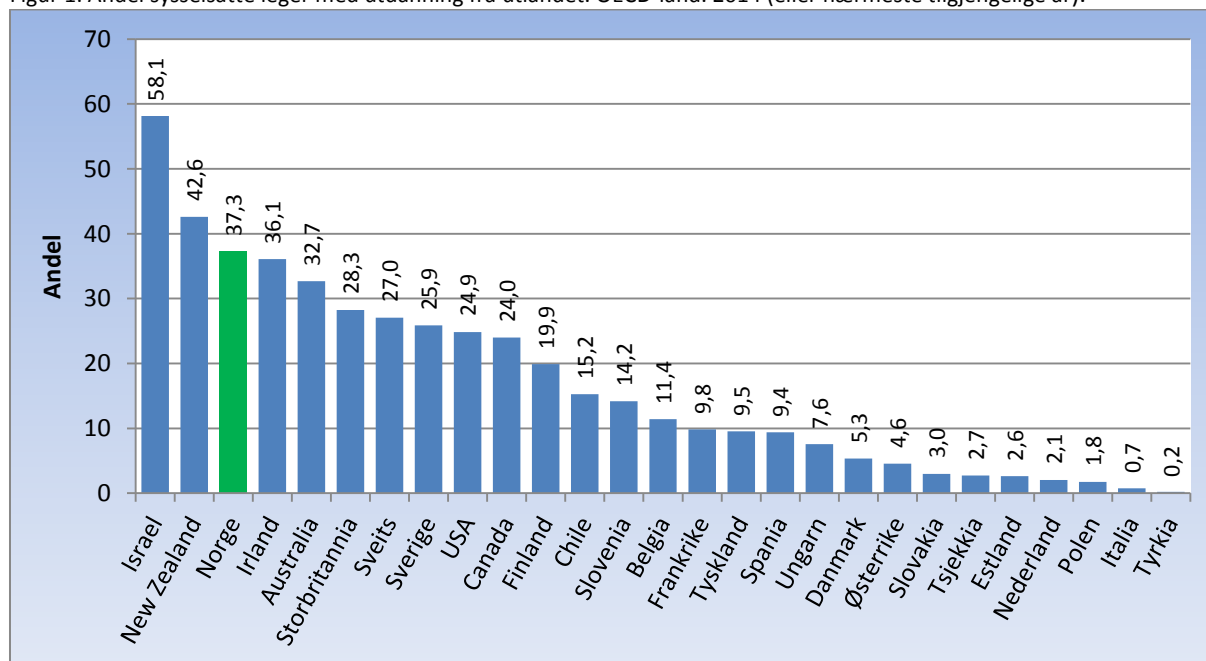
Internasjonal migrasjon av leger og annet helsepersonell har fått økt oppmerksomhet de siste årene. Dette skyldes en bekymring for at migrasjonen kan øke underskuddet på helsepersonell i noen land, særlig i utviklingsland som allerede sliter med mangel på denne type personell. Verdens Helseorganisasjon, WHO, har utviklet retningslinjer for å fremme etisk rekruttering av helsepersonell og oppmuntre land til å bli mer selvforsynte i utdannelsen av helsepersonell. I retningslinjene vektlegges også at landene skal respekterer helsepersonellens frihet til å migrere.

WHO har estimert at det på verdensbasis mangler 4,3 millioner helsepersonell for å kunne utøve et minimum av nødvendige helsetjenester.¹⁰ Det er særlig kritisk mangel på helsepersonell i Afrika sør for Sahara. Dette er en region som står for 24 prosent av verdens sykdomsbyrde, men som bare har 3 prosent av verdens helsepersonell.

Andelen sysselsatte leger med utdanning fra andre land

Norge har en høy andel leger som har gjennomført utdanningen i utlandet med 37,3 prosent. Bare Israel og New Zealand har en høyere andel enn Norge, med henholdsvis 58,1 prosent og 42,6 prosent. Andelen i de andre nordiske landene er Sverige med 25,9, Finland med 19,9 og Danmark med 5,3 prosent. Tallene omfatter både egne statsborgere som har gjennomført utdanningen i utlandet og helsepersonell fra andre land.

Figur 1: Andel sysselsatte leger med utdanning fra utlandet. OECD-land. 2014 (eller nærmeste tilgjengelige år).



Kilde: OECD Health Statistics.

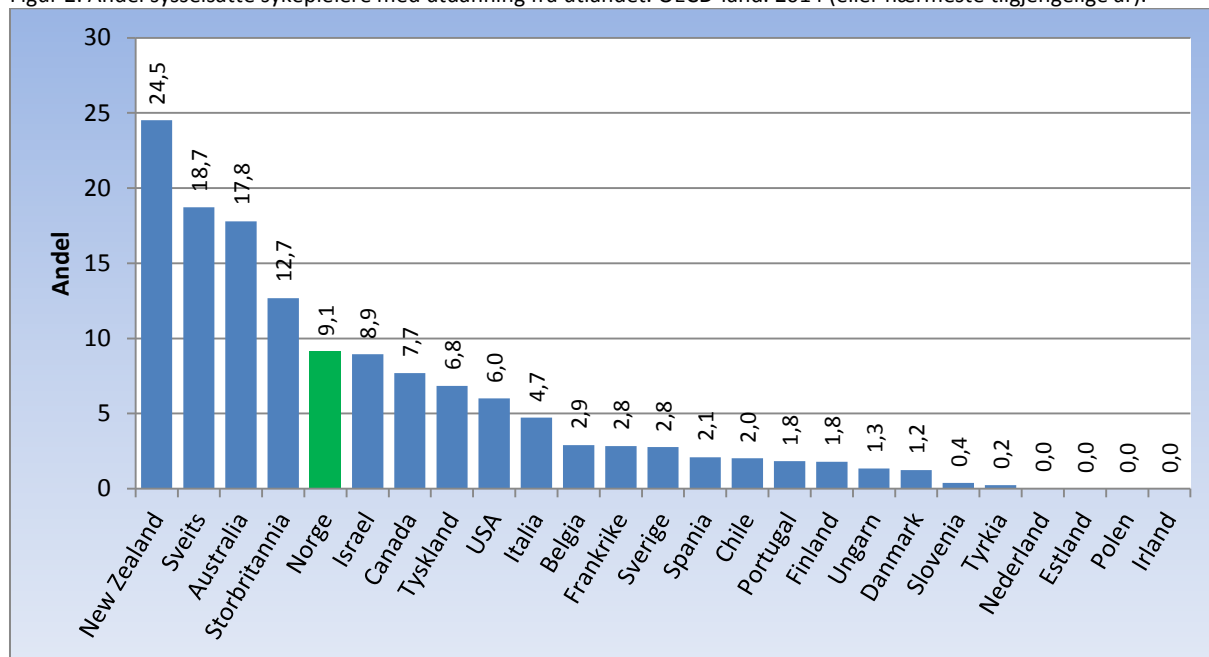
Andelen sysselsatte sykepleiere med utdanning fra andre land

Rundt ni prosent av sysselsatte sykepleiere i Norge har tatt utdanningen sin i utlandet. New Zealand ligger høyest blant OECD-landene med en andel på 24,5 prosent. I de andre nordiske landene er det

¹⁰ <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1108658>

relativt få som tar utdanningen i utlandet. I Sverige er andelen 2,8 i Finland 1,8 og i Danmark 1,2 prosent.

Figur 2: Andel sysselsatte sykepleiere med utdanning fra utlandet. OECD-land. 2014 (eller nærmeste tilgjengelige år).



Kilde: OECD Health Statistics.

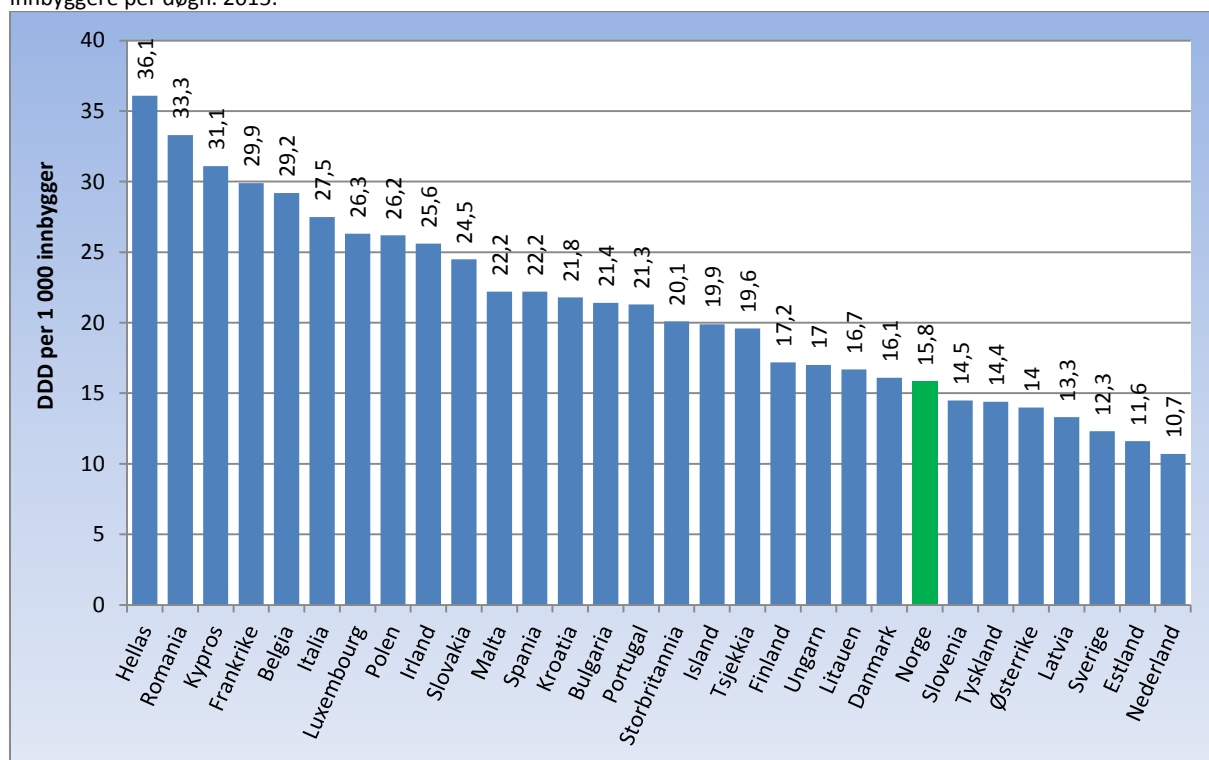
6. Bruk av antibiotika

Antibiotikaresistente bakterier tar livet av 25 000 mennesker i Europa hvert år. Antibiotika er et fellesnavn for medikamenter som hemmer vekst av eller dreper bakterier. Et overforbruk av antibiotika fører til økt antall infeksjoner med bakterier som er resistente mot antibiotika. Et av de viktigste tiltakene for å sikre tilgang til virksomme antibiotika i fremtiden er å redusere bruken.

Bruk av antibiotika i Europa

Det er store variasjoner mellom landene i bruk av antibiotika. Norge har et lavt forbruk sammenlignet med mange andre europeiske land, med gjennomsnittlig 15,8 døgndoser per 1 000 innbyggere utenfor sykehus i 2015. Hellas har det høyeste forbruket med 36,1 døgndoser og Nederland det laveste med 10,7 døgndoser.

Figur 1: Forbruk av antibiotika til systemisk bruk (ATC-kode J01) utenfor sykehus. Definerte døgndoser (DDD) per 1 000 innbyggere per døgn. 2015.



Kilde: European Centre for Disease Control and Prevention, ECDC.

Bruk av antibiotika i Norge

Regjeringen la i 2015 frem en nasjonal strategi mot antibiotikaresistens. Noen av målene i strategien er:

- Reduksjon av det totale forbruket av antibiotika innen 2020.
- Reduksjon i gjennomsnittlig rekvirering og apotekutlevering av antibiotika på resept.
- Reduksjon i forbruket av luftveisantibiotika.

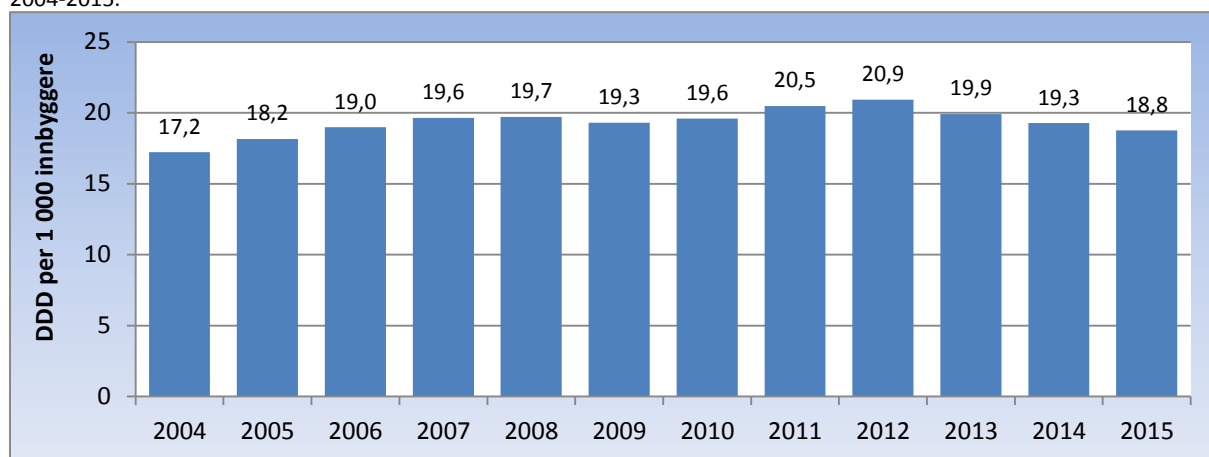
For å nå disse målene lanserte Helse- og omsorgsdepartementet i januar 2016 en handlingsplan mot antibiotikaresistens for helsetjenesten.

Mål om reduksjon av det totale forbruket av antibiotika

I 2012 var forbruket på 20,9 definerte døgndoser per 1 000 innbyggere per døgn, i og utenfor sykehus. Regjeringens målsetning er at dette forbruket skal ned med 30 prosent innen 2020.

Fra 2004 til 2015 har forbruket av antibiotika økt. De tre siste årene har det imidlertid vært en nedgang. I 2015 var forbruket på 18,8 definerte døgndoser per 1 000 innbyggere per døgn. Det er en nedgang på 10,4 prosent fra 2012.

Figur 2: Forbruk av antibiotika til systemisk bruk (ATC-kode J01). Definerte døgndoser (DDD) per 1 000 innbyggere per døgn. 2004-2015.



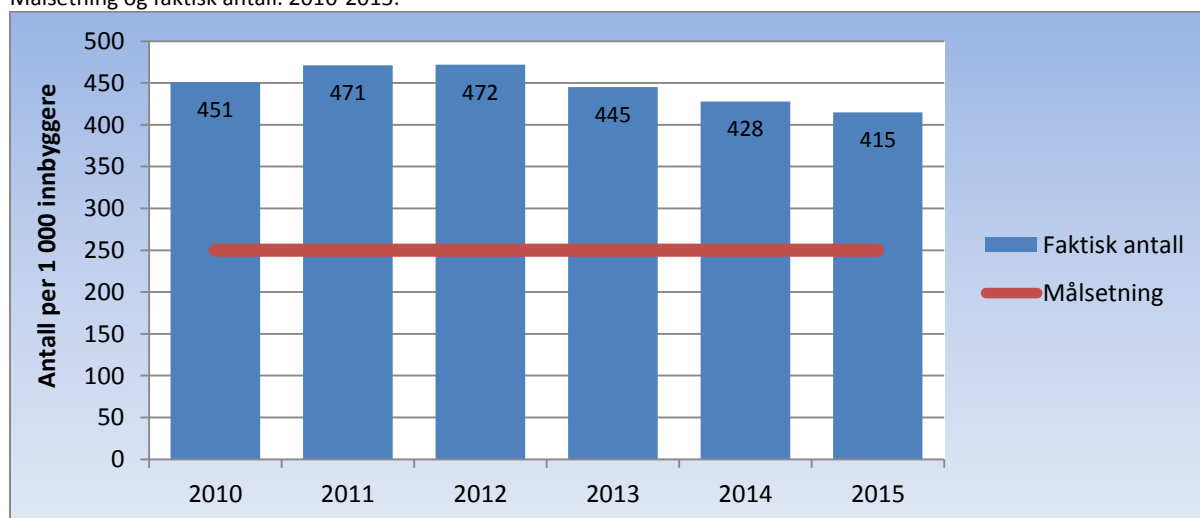
Kilde: Grossistbasert legemiddelstatistikk, Nasjonalt folkehelseinstitutt.

Mål om reduksjon i rekvirering og apotekutlevering av antibiotika på resept

Regjeringen har som mål å redusere gjennomsnittlig rekvirering og apotekutlevering av antibiotika til 250 resepter per 1 000 innbyggere. Dette tilsvarer en reduksjon på 44 prosent, fra 450 resepter per 1 000 innbyggere per år i 2012.

I 2015 ble det utlevert 415 antibiotikaresepter per 1 000 innbyggere fra norske apotek. Det tilsvarer en nedgang på 12,1 prosent sammenlignet med 2012.

Figur 3: Antall resepter ekspedert i apotek på antibiotika til systemisk bruk (ACT-kode J01) per 1 000 innbyggere per år. Målsetning og faktisk antall. 2010-2015.



Kilde: Nasjonalt reseptbasert legemiddelregister, Nasjonalt folkehelseinstitutt.

Mål om reduksjon i forbruket av luftveisantibiotika

Doksosyklin, amoksisillin, fenoksymetylpenicillin og makrolider er antibiotika som i hovedsak brukes ved infeksjoner i luftveiene. Antibiotika brukes ofte unødvendig ved luftveisinfeksjoner. Regjeringen har derfor satt som mål å redusere forbruket av disse legemidlene med 20 prosent målt i definerte døgndoser per 1 000 innbyggere per døgn innen 2020 sammenlignet med 2012. Fra 2012 til 2015 har det vært en nedgang på 18 prosent, fra 9,8 til 8,0 definerte døgndoser per 1 000 innbyggere per døgn.

Tabell 1: Forbruk av ulike luftveisantibiotika definerte døgndoser (DDD) per 1 000 innbyggere per døgn. 2010-2015.

ATC-kode	Virkestoff	2010	2011	2012	2013	2014	2015
J01AA02	Doksosyklin	1,8	2,1	2,3	2,0	1,9	1,9
J01CA04	Amoksisillin	1,3	1,4	1,5	1,4	1,4	1,3
J01CE02	Fenoksymetylpenicillin	4,2	4,2	4,1	3,9	3,6	3,6
J01FA	Makrolider	1,7	2,0	1,9	1,6	1,3	1,2
Totalt		9,1	9,6	9,8	8,8	8,3	8,0

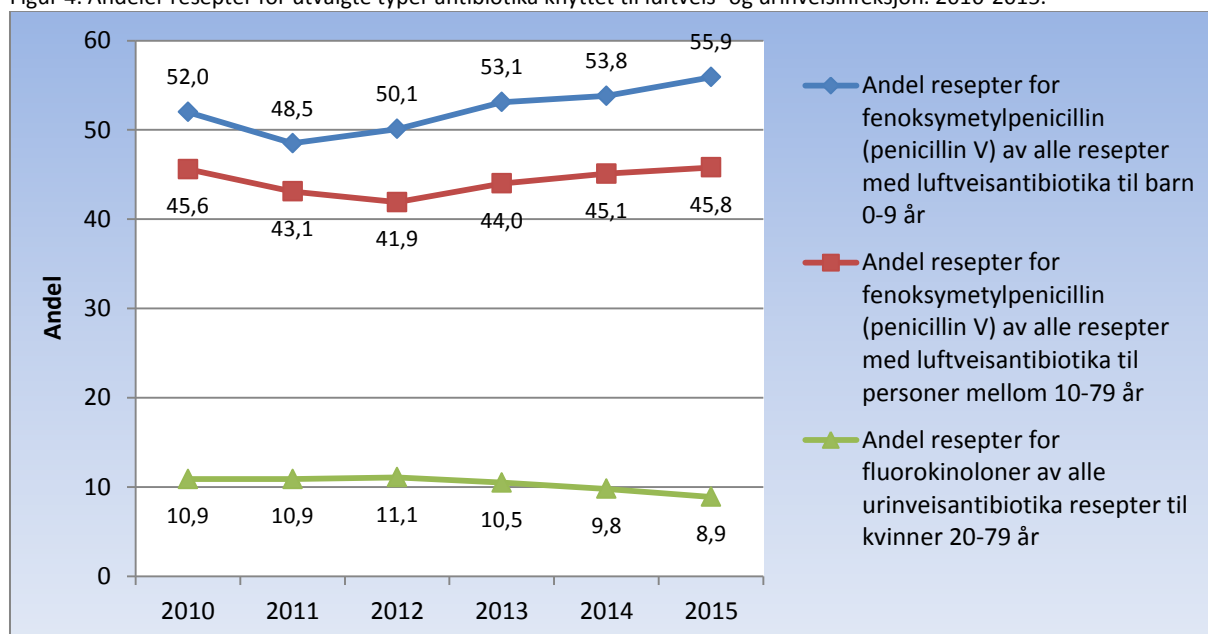
Kilde: Grossistbasert legemiddelstatistikk, Nasjonalt folkehelseinstitutt.

Indikatorer som måler bruken

På helsenorge.no publiseres det fire nasjonale kvalitetsindikatorer knyttet til bruk av antibiotika. To av indikatorene viser omfanget av antibiotikabehandling ved luftveisinfeksjoner og en ved urinveisinfeksjoner. Den siste indikatoren gjelder forekomsten av antibiotikabruk i sin helhet og omtales i teksten over.

Bruken av luftveisantibiotika har økt de siste årene. Siden 2012 har bruken av urinveisantibiotika blant kvinner mellom 20 og 79 år har sunket.

Figur 4: Andeler resepter for utvalgte typer antibiotika knyttet til luftveis- og urinveisinfeksjon. 2010-2015.



Kilde: Nasjonale kvalitetsindikatorer, helsenorge.no.

Befolkningens helsetilstand og levevaner

Overordnede mål for folkehelsearbeidet i Norge er flere leveår med god helse for den enkelte, samt å redusere sosiale helseforskjeller i befolkningen. Folkehelsearbeid er samfunnets totale innsats for å opprettholde, bedre og fremme befolkningens helse. Dette gjøres gjennom å svekke faktorer som medfører helserisiko og styrke faktorer som fremmer god helse.

Folkehelseloven som trådte i kraft 1. januar 2012 regulerer langsiktig og systematisk folkehelsearbeid på statlig, fylkeskommunalt og kommunalt nivå.

Her er noen nøkkeltall som viser en del av utfordringsbildet og utviklingen innenfor folkehelseområdet.



7. Kosthold

Et usunt kosthold er en av de viktigste risikofaktorene for sykdom og for tidlig død. På verdensbasis skyldes rundt 68 prosent av dødsårsakene de ikke smittsomme sykdommene hjerte- og karsykdommer, diabetes, kroniske lungesykdommer og kreft. Verdens helseorganisasjon (WHO) har satt som mål at for tidlig død av de ikke smittsomme sykdommene skal reduseres med 25 prosent innen 2025. Dette er, i de nye globale bærekraftsmålene, videreført til en tredjedels reduksjon av for tidlig død forårsaket av ikke smittsomme sykdommer innen 2030.

Helsedirektoratets kostråd legger hovedvekt på helheten i kostholdet og balanse mellom inntak og forbruk av energi. Målsettingen er et variert kosthold med mye grønnsaker, frukt og bær, grove kornprodukter og fisk. Det er ønskelig å begrense mengden konsum av bearbeidet kjøtt, rødt kjøtt, salt og sukker. Et kosthold i tråd med kostrådene vil redusere risikoen for hjerte- og karsykdommer, enkelte kreftsykdommer, overvekt, fedme og type 2-diabetes i befolkningen.

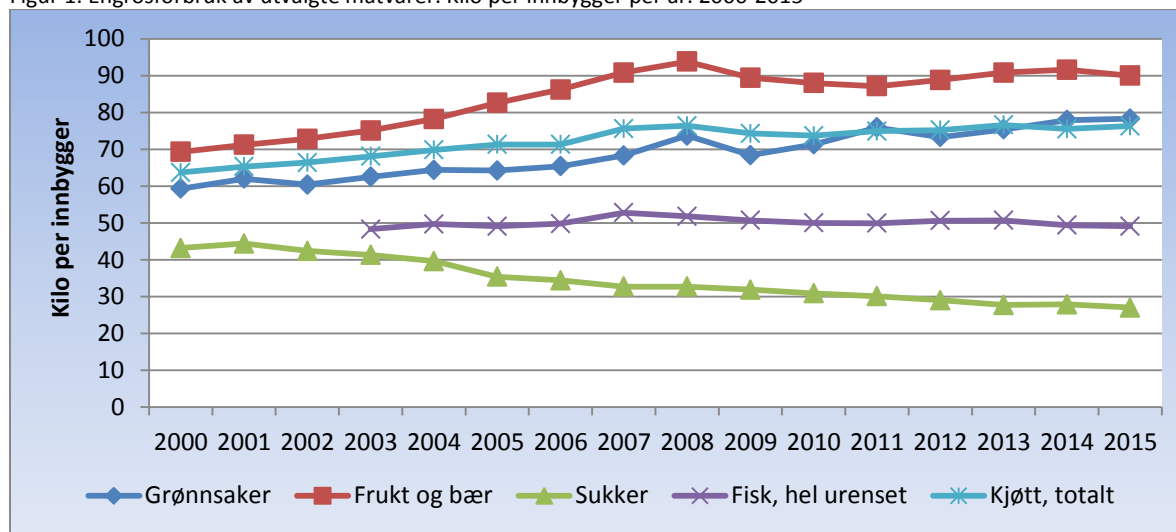
Til tross for flere positive utviklingstrekk i matvareforbruket de siste årene, har kostholdet i Norge fortsatt klare ernæringsmessige svakheter som øker risikoen for utvikling av ikke smittsomme sykdommer.

Engrosforbruk av matvarer

Statistikk for engrosforbruk av matvarer gir oversikt over import, eksport, produksjon og omsetning av matvarer. Det gir informasjon om tilgang og forbruk på engrosnivå av matvarer. Basert på denne statistikken har forbruket av grønnsaker per innbygger økt med rundt 20 prosent, og forbruket av frukt og bær økt med nesten 10 prosent de siste 10 årene. Forbruket av frukt, grønt og bær bør økes ytterligere. Fra 2014 til 2015 har det vært en liten økning i forbruket av grønnsaker og en liten reduksjon i forbruket av frukt og bær.

Engrosforbruket av sukker har minsket fra 43 til 27 kilo per innbygger i perioden 2000-2015. Det anbefales at tilsatt sukker utgjør høyst 10 prosent av energiinnholdet i kosten. Kostens innhold av tilsatt sukker er i perioden 2000-2015 redusert fra 17 til 13 prosent av energiinnholdet, men ligger fortsatt høyere enn anbefalt nivå. Brus, sukker og søtsaker er de største sukkerkildene i kostholdet.

Figur 1: Engrosforbruk av utvalgte matvarer. Kilo per innbygger per år. 2000-2015*



* Tall for forbruk av fisk foreligger kun fra og med 2003.

Kilde: Utviklingen i norsk kosthold 2016. IS-2558. Helsedirektoratet.

Forbruket av kjøtt har økt med ca. syv prosent fra 2005 til 2015, fra 71 kg til 76 kg per innbygger per år.

Helsedirektoratet anbefaler at man spiser fisk til middag to til tre ganger i uken. Anbefalingen tilsvarer 300-450 gram ren fisk i uken, hvor minst 200 gram bør være fet fisk som laks, ørret, makrell eller sild. Forbruket av fisk er vesentlig lavere enn kjøttforbruket. Regnet som hel urensset fisk har forbruket holdt seg rundt 50 kg per innbygger per år de siste ti årene.

Forbruk av salt

Et høyt saltinntak øker risikoen for høyt blodtrykk som igjen øker risikoen for hjerte- og karsykdommer. WHO har satt som mål at saltinntaket bør reduseres med 30 prosent innen 2025.

Norske helsemyndigheter anbefaler, i tråd med WHO, at saltinntaket i befolkningen begrenses til fem gram per dag eller lavere på sikt. Det gjennomsnittlige saltinntaket i Norge er anslått til omtrent 10 gram per dag. En rekke beregninger har vist at en gradvis reduksjon i saltinntaket på 10-30 prosent kan gi betydelige helsegevinster og reduksjoner i helseutgiftene.¹¹ Omtrent tre fjerdedeler av saltinntaket kommer fra industriebearbeidet mat.

Kjøttprodukter, brød, varegruppen sauser, pulver og krydder, samt ost, spise fett og fiskeprodukter er de matvaregruppene som er de største kildene til salt i kostholdet ifølge Statistisk sentralbyrås forbruksundersøkelse i privathusholdninger i 2012. Det samme fremkommer i kostholdsundersøkelsen Norkost 2010-11 blant voksne.¹² Det er vanskelig å få et presist mål på saltinntaket. Saltinnholdet varierer mye mellom ulike varemerker og salt som tilsettes i matlaging eller ved bordet er ikke registrert (husholdningssalt).

Tabell 1: Saltinntaket fordelt på ulike mat og drikkevarer. Andel av samlet mengde salt*. 2012.

Produkt	Andel
Kjøttprodukter	28
Brød	17
Sauser, pulver og krydder	10
Ost	8
Smør, margarin, olje, majones, dressing	8
Poteter, grønnsaker, frukt, nøtter	8
Fisk og sjømat	7
Melk, yoghurt, fløte, iskrem	5
Kaker	2
Kornvarer	2
Egg	2
Søtsaker, sjokolade	2
Drikkevarer	1
Snacks	1
Andre varer	1

*Inkluderer ikke husholdningssalt.

Kilde: Forbruksundersøkelsen 2012. Statistisk sentralbyrå.

¹¹ <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/tiltaksplan-salt-201418-reduksjon-av-saltinntaket-i-befolkningen>

¹² Norkost 3. IS-2000. Helsedirektoratet.

Tiltak for redusert bruk av salt

I 2015 ble det etablert et saltpartnerskap mellom matvarebransje, serveringsbransje, FOU-miljøer, bransje- og interesseorganisasjoner og helsemyndigheter. Saltpartnerskapet har som mål å stimulere til redusert innhold av salt i matvarer og servert mat, samt økt bevissthet om salt og helse i befolkningen.¹³ I følge tiltaksplan for reduksjon av salt i befolkningen skal saltinntaket i Norge reduseres med 15 prosent innen 2018.¹⁴ Dette tilsvarer en reduksjon på 1,5 gram salt per person per dag. I saltpartnerskapet er det satt saltmål for ca. 100 matvaregrupper. For brøddvarer er saltinnholdet langt på vei allerede redusert i tråd med saltmålene. Per 2016 har 62 aktører fra myndigheter, dagligvarehandel, leverandører, produsenter, serveringsbransje og organisasjoner undertegnet avtale om reduksjon av salt i matvarer og kommunikasjonsaktiviteter som skal bidra til økt bevissthet om salt i befolkningen.

¹³ <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/kosthold-og-ertering/salt-og-saltpartnerskapet>

¹⁴ Tiltaksplan salt 2014-18. IS-2193. Helsedirektoratet.

8. Ungdoms helse og rusvaner

For å iverksette forebyggende tiltak for barn og unges helse, er det viktig å følge med på ulike sider ved deres liv. I ungdataundersøkelsene, som er en spørreundersøkelse blant elever på ungdomsskole og videregående opplæring, blir ungdommen spurt om forhold som gjelder deres liv og livssituasjon. Hovedtrekkene i undersøkelsene viser at de fleste norske ungdommer har det bra, de trives på skolen, de har god kontakt med sine foreldre og de er optimistiske med tanke på fremtiden.

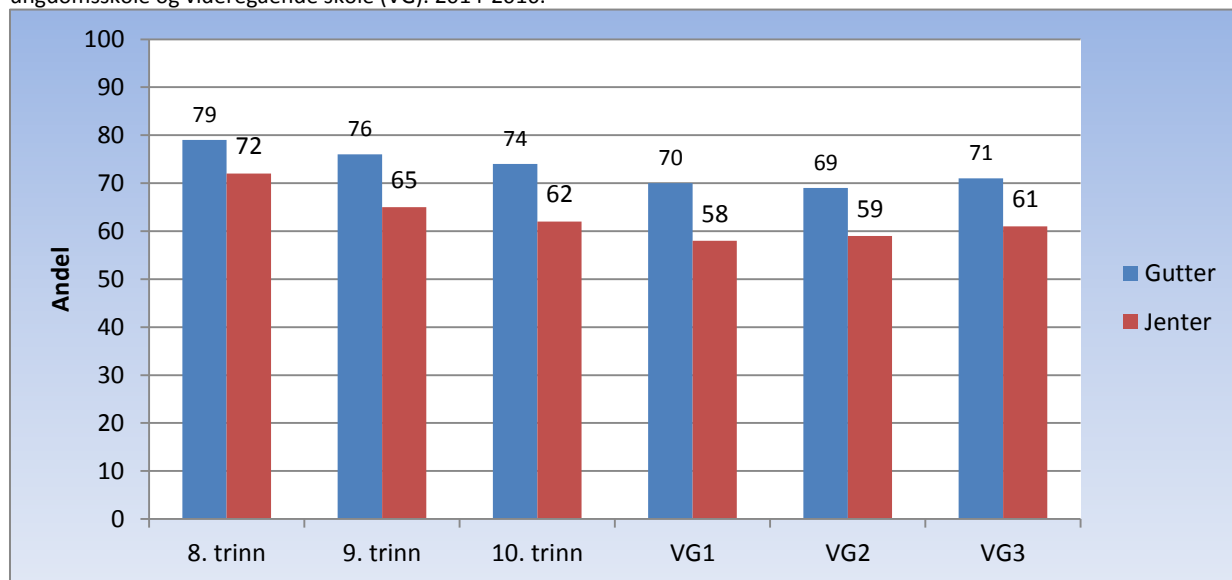
Under presenteres noen av resultatene fra spørsmål om hvordan ungdom vurderer sin egen helse, om psykiske helseplager og om bruk av rusmidler. De siste resultatene fra undersøkelsen baseres på svar gitt i perioden 2014-2016.¹⁵ Datagrunnlaget fra tidligere års undersøkelser gir kun grunnlag for å si noe om utviklingen over tid på ungdomstrinnet.

Ungdoms vurdering av egen helse

Andelen som oppgir at de er «svært fornøyd» eller «litt fornøyd», er definert som fornøyd med egen helse. Majoriteten av norsk ungdom oppgir å være fornøyd med egen helse, men det er forskjeller mellom kjønnene og mellom alderstrinnene. Andelen som oppgir å være fornøyd med egen helse er høyere blant gutter enn jenter. Dette gjelder på alle trinn.

Andelen som er fornøyd med egen helse synker gjennom ungdomsskoletiden og flater ut i overgangen til videregående. Rundt 10 prosent av ungdom er «litt misfornøyd» med egen helse, mens 7 prosent er «svært misfornøyd».

Figur 1: Andel gutter og jenter som er fornøyd med helsen («svært fornøyd» eller «litt fornøyd») sin fordelt på ungdomsskole og videregående skole (VG). 2014-2016.*



* Tall fra undersøkelser gjennomført i årene 2014, 2015 og 2016.

Kilde: Ungdata 2016, NOVA.

Ungdomsskoleelevenes vurdering av egen helse har endret seg lite over tid. Det har vært en svak tendens til at noen færre jenter oppgir at de er fornøyd med egen helse (trendtallene er kun for ungdomstrinnet).

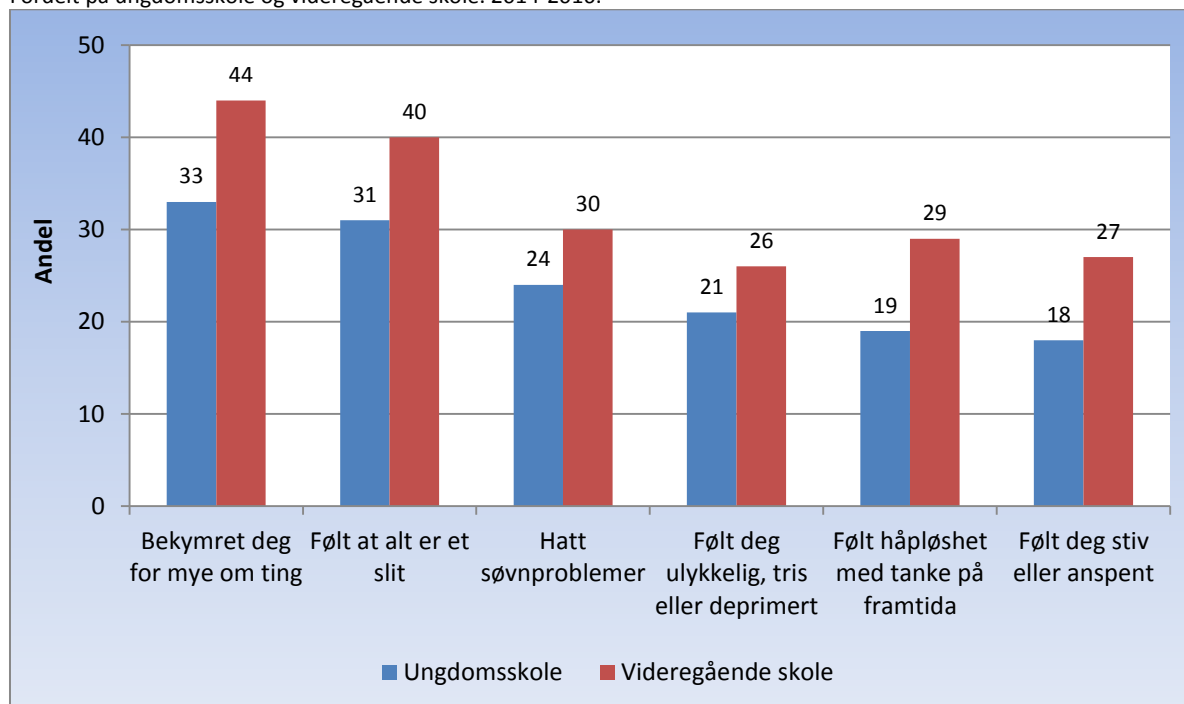
¹⁵ De nasjonale tallene er en oppsummering av ungdataundersøkelser gjennomført i 2014, 2015 og 2016. Til sammen har nesten 190 000 ungdommer i alderen 13 til 19 år deltatt.

Psykiske plager blant ungdom

I undersøkelsen blir elevene spurt om de i løpet av den siste uka har vært plaget av utvalgte psykiske helseplager. Andelen av elever som oppgir slike plager er høyest i videregående skole.

Det er stort sett de samme områdene som skårer høyest både blant de unge, både på ungdomsskolen og på videregående skole. Andelen som oppgir at de er plaget er imidlertid høyere blant de unge på videregående enn de på ungdomsskole. Det gjelder på alle områdene. Det er områdene «bekymret deg for mye om ting» og «føler at alt er et slit» som skårer høyest både blant de unge på ungdomsskolen og på videregående skole.

Figur 2: Andelen unge som har vært «ganske mye» eller «veldig mye» plaget av ulike psykiske plager i løpet av siste uke. Fordelt på ungdomsskole og videregående skole. 2014-2016.*



* Tall fra undersøkelser gjennomført i årene 2014, 2015 og 2016.

Kilde: Ungdata 2016, NOVA.

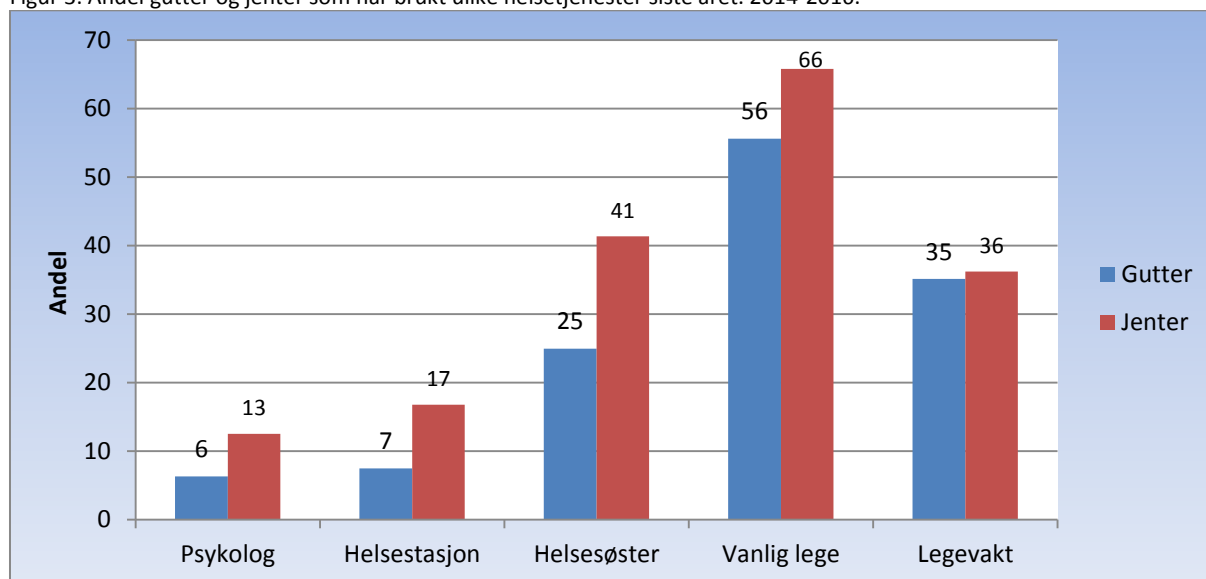
Gutter rapporterer færre plager enn jenter. Det er omtrent tre ganger så mange jenter som svarer at de er «ganske mye» eller «veldig mye» plaget av symptomene det spørres om.

Samlet sett er det liten endring i de selvrapporterte psykiske helseplager over tid for ungdomsskoleelevene. Det er imidlertid en tendens til økte problemer for jenter og en svak nedgang for gutter.

Ungdoms bruk av helsetjenester

Flere jenter enn gutter i ungdomsskole og videregående skole oppgir at de har benyttet seg av en helsetjeneste det siste året. Dette kan ses i sammenheng med at flere gutter enn jenter opplever sin egen helse som god. Forskjellen mellom gutter og jenter er størst når det gjelder bruk av helsesøster. 41 prosent av jentene oppgir å ha brukt helsesøster, mens andelen blant gutter er 25 prosent. Det er også flere jenter som oppgir bruk av helsestasjon, 17 prosent av jentene og 7 prosent av guttene. Psykologtjeneste ble benyttet av 13 prosent av jentene og 6 prosent blant guttene. Vanlig lege var den mest brukte helsetjenesten, oppgitt brukt av 66 prosent av jentene og 56 prosent av guttene. Andel jenter og gutter som benyttet legevakten var omtrent på samme nivå.

Figur 3: Andel gutter og jenter som har brukt ulike helsetjenester siste året. 2014-2016.*



* Tall fra undersøkelser gjennomført i årene 2014, 2015 og 2016.

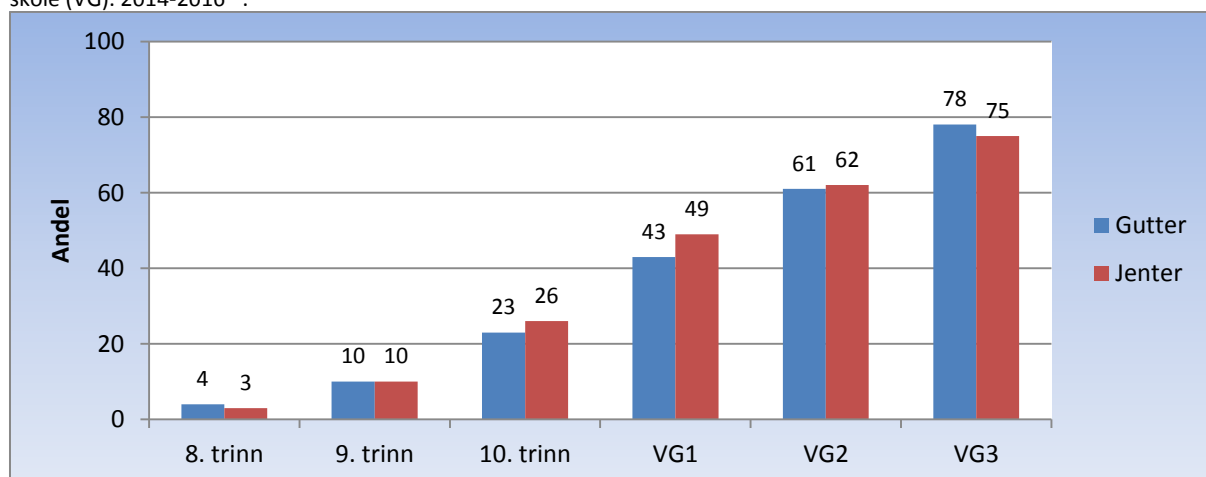
Kilde: Ungdata 2016, NOVA.

Ungdoms bruk av rusmidler

På 8. trinn oppga tre prosent av jentene og fire prosent av guttene at de hadde vært tydelig beruset i løpet av det siste året. Blant avgangselevne i videregående var andelen 78 prosent blant guttene og 75 prosent blant jentene. Andelen elever som oppga å ha vært tydelig beruset øker gjennom tenårene. Forskjellen mellom kjønnene var størst første året i videregående skole.

Siden gjennomføring av ungdataundersøkelsen startet i 2010 har det vært en liten nedgang i alkoholbruk blant ungdomsskoleelevene. Dette gjelder både omfang av beruselse og hvor mange som drikker alkohol én eller flere ganger i måneden.

Figur 4: Andel gutter og jenter som oppgir å ha vært tydelig beruset siste år, fordelt på ungdomsskole og videregående skole (VG). 2014-2016*.



* Tall fra undersøkelser gjennomført i årene 2014, 2015 og 2016.

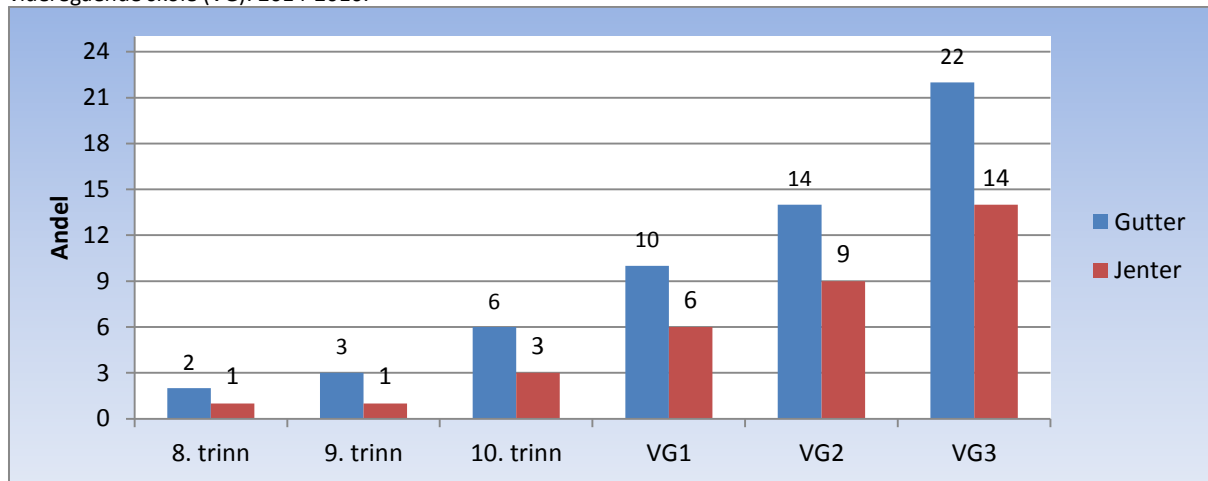
Kilde: Ungdata 2016, NOVA.

Ungdoms bruk av hasj og marihuana

Andelen elever som oppga at de hadde forsøkt hasj eller marihuana i løpet av det siste året, var mellom 1 og 3 prosent på 8. og 9. trinn. Det er flere gutter enn jenter som har prøvd hasj og/eller marihuana. På 10. trinn oppga seks prosent av guttene og tre prosent av jentene at de hadde brukt

hasj eller marihuana. Andelen økte på videregående, og utgjorde henholdsvis 22 prosent av guttene og 14 prosent av jentene siste året på videregående. Omfanget av hasjrøyking blant ungdomsskoleelever har gått svakt ned siden 2010.

Figur 5: Andel gutter og jenter som har brukt hasj eller marihuana i løpet av det siste året, fordelt på ungdomsskole og videregående skole (VG). 2014-2016.*



* Tall fra undersøkelser gjennomført i årene 2014, 2015 og 2016.

Kilde: Ungdata 2016, NOVA.

9. Seksuell helse

I desember 2016 lanserte Helse- og omsorgsdepartementet «Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017-2022)». Strategien tar utgangspunkt i at god seksuell helse bidrar til god livskvalitet og god helse for den enkelte. Tiltakene som skisseres i strategien skal blant annet bidra til å styrke den positive utviklingen i abortratene og motvirke den negative trenden knyttet til seksuelt overførbare infeksjoner.

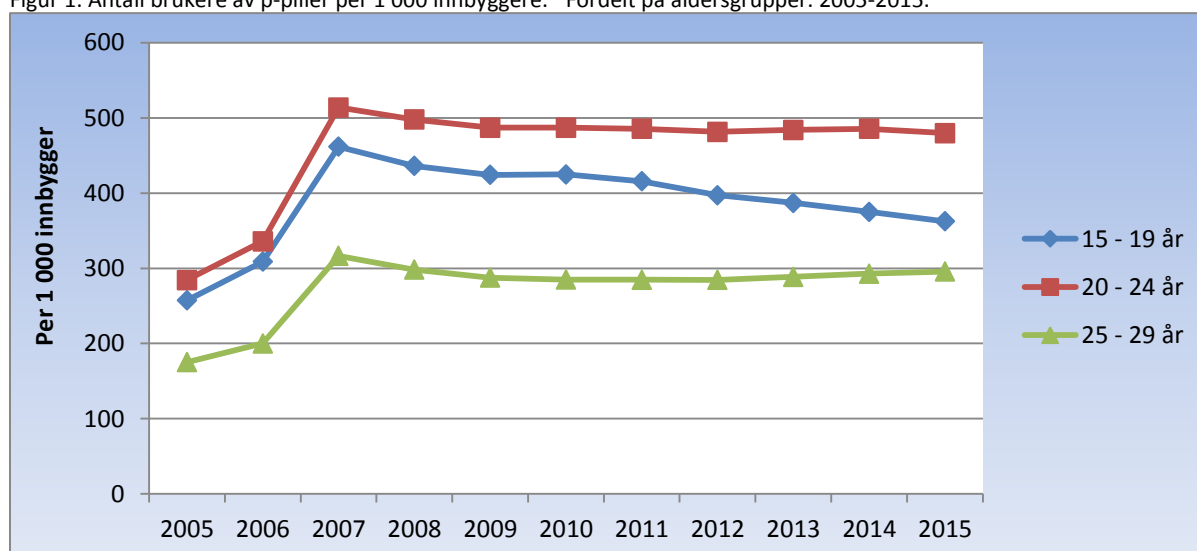
Målene i strategien skal nås ved å fremme selvstyring og kompetanse til å ivareta egen seksuell helse og egne seksuelle rettigheter (seksuell autonomi) og mestring. I tillegg skal tiltakene fremme økt kondombruk, lett tilgjengelig prevensjon, økt testfrekvens blant grupper med høy risiko, tidlig diagnose av seksuelt overførbare infeksjoner, effektiv smitteoppsporing og god etterlevelse av behandling. Utviklingen innen prevensjonsbruk og abortforekomst er, sammen med forekomsten av seksuelt overførbare infeksjoner, viktige nøkkeltall i strategiperioden.

Prevensjonsbruk blant kvinner

Andelen kvinner som bruker hormonell prevensjon i Norge har vært relativt stabil i perioden 2005-2015. Aldersgruppen 20-24 år har høyest andel bruk av hormonell prevensjon, med 635 brukere per 1 000 kvinner i 2015.

Bruk av p-piller økte kraftig blant kvinner i alderen 15 til 29 år fra 2005 til 2007. Deretter har andelen brukere av p-piller vært relativt stabil i aldersgruppene 20-24 år og 25-29 år. Fra 2007 til 2015 har det vært en synkende bruk av p-piller blant kvinner i aldersgruppen 15-19 år.

Figur 1: Antall brukere av p-piller per 1 000 innbyggere.* Fordelt på aldersgrupper. 2005-2015.



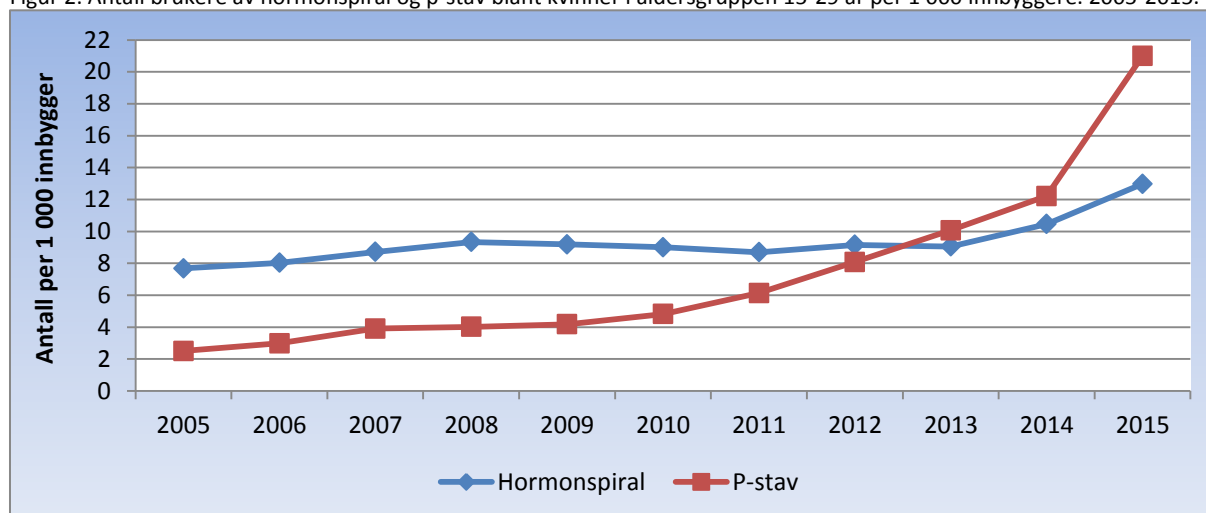
* ATC-kode G03AA07, G03AA09, G03AA12 og G03AB04.

Kilde: Reseptregisteret, Folkehelseinstituttet.

Det anbefales økt anvendelse av langtidsvirkende prevensjonsmetoder som p-stav, hormonspiral og kobberspiral. Disse gir færre brukerfeil og høyere sikkerhet mot uønsket graviditet.¹⁶ Blant kvinner i alderen 15-29 år har bruken av p-stav økt markant fra 2010 til 2015. Fra 2013 til 2015 har det også vært en økning i bruken av hormonspiral i denne aldersgruppen.

¹⁶ <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/seksuell-helse/statistikk-om-seksuell-helse-i-norge>

Figur 2: Antall brukere av hormonspiral og p-stav blant kvinner i aldersgruppen 15-29 år per 1 000 innbyggere. 2005-2015.



Kilde: Reseptregisteret, Folkehelseinstituttet.

Salget av nødprevensjon har gått ned med ni prosent fra 2013 til 2015. Salg av nødprevensjon utenom apotek har vært tillatt siden januar 2009 og utgjør ca. seks prosent av det totale salget.¹⁷

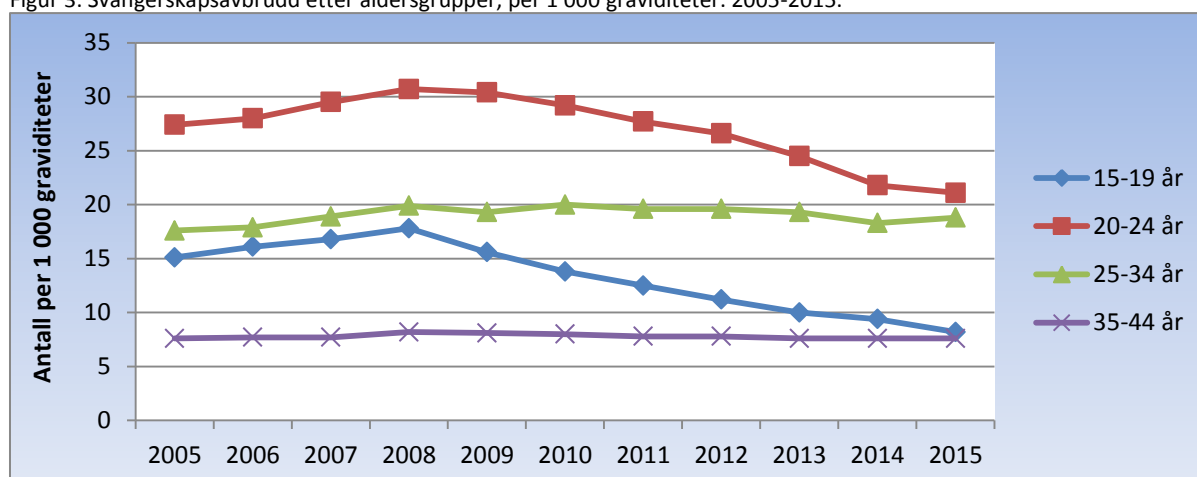
Abort

I 2015 ble det utført 14 001 svangerskapsavbrudd. Abortforekomsten er høyest blant kvinner i aldersgruppene 20-24 år og 25-34 år. I 2015 var forekomsten 21,1 per 1 000 gravide kvinner i aldersgruppen 20-24 år og 18,1 i aldersgruppen 25-34 år.

Siden 2008 har nedgangen i abortforekomsten vært mest markant i aldersgruppene 15-19 år og 20-24 år. I 2015 var andelen aborter per 1 000 gravide kvinner i aldersgruppen 15-19 år 8,2. I 2008 var den 17,8.

Det er store fylkesvise variasjoner i andel aborter. For alle aldersgrupper samlet har Vest-Agder færrest svangerskapsavbrudd med 8,6 per 1 000 kvinner i alderen 15-49 år, mens Oslo og Finnmark har flest med henholdsvis 16 og 15,5 per 1 000 kvinner.

Figur 3: Svangerskapsavbrudd etter aldersgrupper, per 1 000 graviditeter. 2005-2015.



Kilde: Medisinsk fødselsregister, Folkehelseinstituttet.

¹⁷ Grossistbasert legemiddelstatistikk, Folkehelseinstituttet.

I Norge er det en relativt høy andel av kvinner som tar flere aborter. En studie, basert på data fra perioden 2007-2011, viste at 36,7 prosent av kvinnene som tok abort hadde tatt en eller flere aborter tidligere.¹⁸ Undersøkelser tyder på at kvinner i sårbare livssituasjoner har høyere abortrisiko enn kvinnepopulasjonen for øvrig. Flyktninger og arbeidsinnvandrere tar hyppigere abort enn norske kvinner.¹⁹ I tillegg er det studier som tyder på at kvinner med tidligere psykisk sykdom har økt risiko for å ta abort.²⁰

Seksuelt overførbare infeksjoner

De vanligste seksuelt overførbare infeksjonene i Norge er HPV (humant papilloma virusinfeksjon), klamydiainfeksjoner og genital herpes. HIVinfeksjon, gonoré, syfilis og genital klamydiainfeksjon overvåkes gjennom meldesystem for smittsomme sykdommer (MSIS). De siste 10-15 årene er trenden at forekomst av seksuelt overførbare sykdommer er økende.

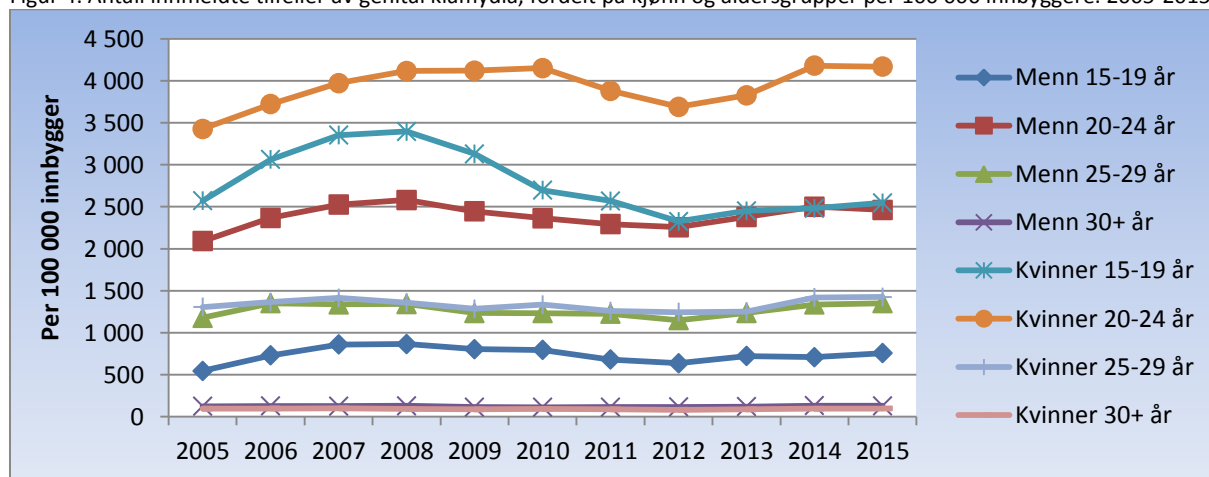
For enkelte av de seksuelt overførbare infeksjonene er det et økende problem med utvikling av resistens mot legemidlene som brukes til behandling. Økt kondombruk, jevnlig testing, tidlig diagnose, effektiv smitteoppsporing og god behandlingsetterlevelse er viktige forebyggende tiltak for å bremse resistensutviklingen.

Klamydia

I 2015 ble det diagnostisert 25 188 tilfeller av klamydia. I 2005 var antallet 18 701. Antallet tilfeller av klamydia er høyest i aldersgruppen 20-24 år, og har stort sett økt i hele perioden fra 2005 til 2015. I samme periode har antallet tilfeller av klamydia vært relativt stabil i aldersgruppene over 30 år. I aldersgruppen 15-19 år var det en økning i antallet tilfeller av klamydia i perioden 2005 til 2008. Fra 2008 til 2012 gikk antallet ned i denne aldersgruppen, og fra 2012-2015 har antallet vært relativt stabilt.

Det er betydelig kjønnsforskjeller i antall som testes for klamydia. Det er også forskjeller mellom kjønnene i andel av prøvene som er positive. I 2015 var det over dobbelt så mange kvinner som tester seg for klamydia enn menn. Andelen positive prøver var på 6,7 prosent blant kvinner og 10 prosent blant menn i 2015.

Figur 4: Antall innmeldte tilfeller av genital klamydia, fordelt på kjønn og aldersgrupper per 100 000 innbygger. 2005-2015.



Kilde: Meldingssystemet for smittsomme sykdommer (MSIS), Folkehelseinstituttet.

¹⁸ Justad-Berg RT, Eskild A, Strøm-Roum EM. *Characteristics of women with repeat termination of pregnancy: a study of all requests for pregnancy termination in Norway in 2007-2011.* (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/aogs.12714/full>)

¹⁹ Vangen S, Eskild A, Forsen L (2008). *Termination of pregnancy according to immigration status: a population-based registry linkage study.* BJOG Sep; 115 (10):1309-15.

²⁰ Pedersen W (2008). *Nødprevensjon eller abort? En longitudinell studie av unge kvinner.* Tidsskrift for Den Norske lægeforening, 127 (24):3206-3208.

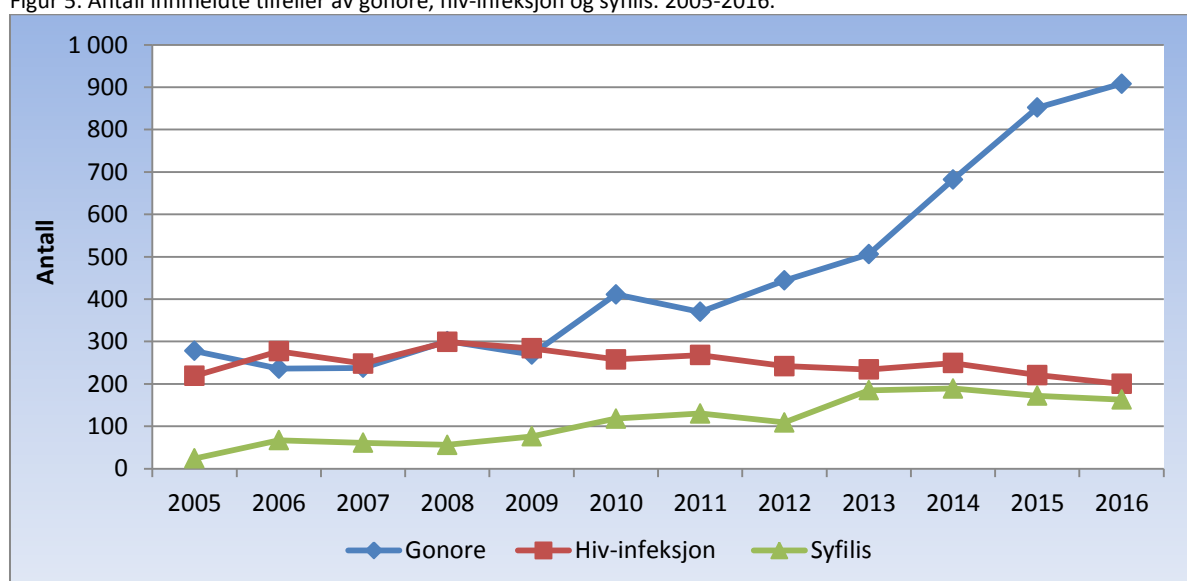
Hiv, gonoré og syfilis

I 2016 ble det diagnostisert 200 nye hivsmittede i Norge, det laveste registrerte antallet på 10 år. Antallet nye hivsmittede i perioden 2005-2016 har ligget på mellom 200-300 årlig.

De siste fem årene har det vært en betydelig økning av gonoré-tilfeller. Forekomsten av syfilis er også økende. Både gonoré og syfilis øker særlig blant menn som har sex med menn, men det registreres også en økning blant heteroseksuelle. I 2016 ble det diagnostisert 908 tilfeller av gonoré og 163 tilfeller av syfilis. I 2005 var antallene henholdsvis 278 og 24.

Verdens helseorganisasjon har beregnet at det globalt er 78 millioner nye tilfeller av gonoré årlig i aldersgruppen 15-49 år.²¹ I følge Folkehelseinstituttet kan det forventes at økningen i gonoré-tilfeller fortsetter.

Figur 5: Antall innmeldte tilfeller av gonoré, hiv-infeksjon og syfilis. 2005-2016.



Kilde: Meldingssystemet for smittsomme sykdommer (MSIS), Folkehelseinstituttet.

²¹ <https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/sykdommer-a-a/gonore---veileder-for-helsepersonel/>

10. Alkoholkonsum

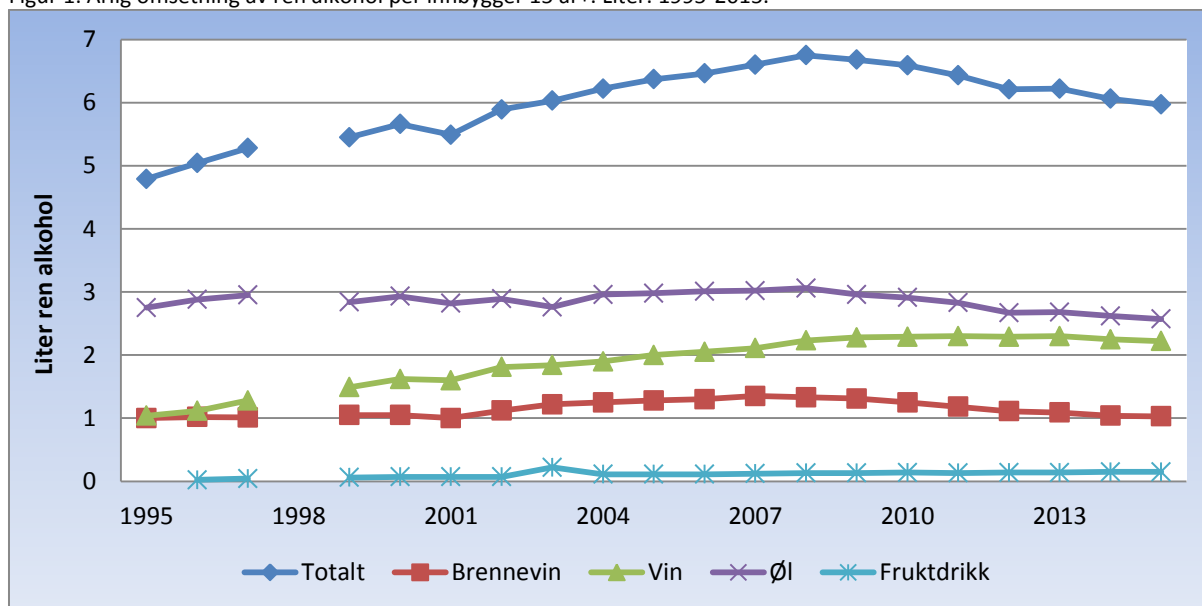
Norge har sluttet seg til NCD-målet til Verdens helseorganisasjon (WHO) om minst 10 prosent reduksjon av skadelig bruk av alkohol innen 2025. Alkohol er en vesentlig risikofaktor for en rekke sykdommer og lidelser både i Norge og globalt, og kan føre til store kostnader for den enkelte, og for samfunnet.

Alkohol er blant annet en medvirkende faktor til minst 200 ulike sykdommer og skader, der både mengde og hyppighet er av betydning.²² Et langvarig og høyt alkoholforbruk øker risikoen for hjerte- og karsykdommer, i tillegg til andre sykdommer som leversvikt, betennelse i bukspyttkjertelen og lungesykdommer. Et langvarig og høyt alkoholforbruk øker også risikoen for avhengighet og psykiske lidelser. Det er også holdepunkter for at alkoholbruk allerede ved moderat forbruk, øker risikoen for atrieflimmer. I tillegg kommer alkoholrelatert vold og ulykker. Nyere forskning viser at selv små mengder alkohol per dag medfører økt risiko for å utvikle brystkreft.²³

Omsetning

Totalomsetningen av alkohol per innbygger over 15 år var relativt stabil fra midten av 1980-tallet til midten av 1990-tallet. Deretter var det en kraftig økning fram til 2008, hvor det ble registrert en omsetning på 6,75 liter ren alkohol per innbygger over 15 år. Dette kan langt på vei tilskrives økningen i omsetningen av vin. Omsetningen er gradvis redusert til 6,0 liter i 2015. Dette skyldes en svak nedgang i omsetning av øl og brennevin, mens vinsalget har holdt seg stabilt.

Figur 1: Årlig omsetning av ren alkohol per innbygger 15 år+. Liter. 1995-2015.*



*Statistisk Sentralbyrå publiserte ikke omsetningstall for 1998.

Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Selvoppgitt bruk

Årlig gjennomfører Folkehelseinstituttet (tidligere ved SIRUS) en spørreundersøkelse for å få kunnskap om nordmenns bruk av rusmidler, blant annet med spørsmål om hyppighet og mengde alkohol. Andelen som oppga at de ikke hadde drukket i løpet av de siste 12 månedene, økte fra 12

²² WHO 2014: Global status report on alcohol and health 2014:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf

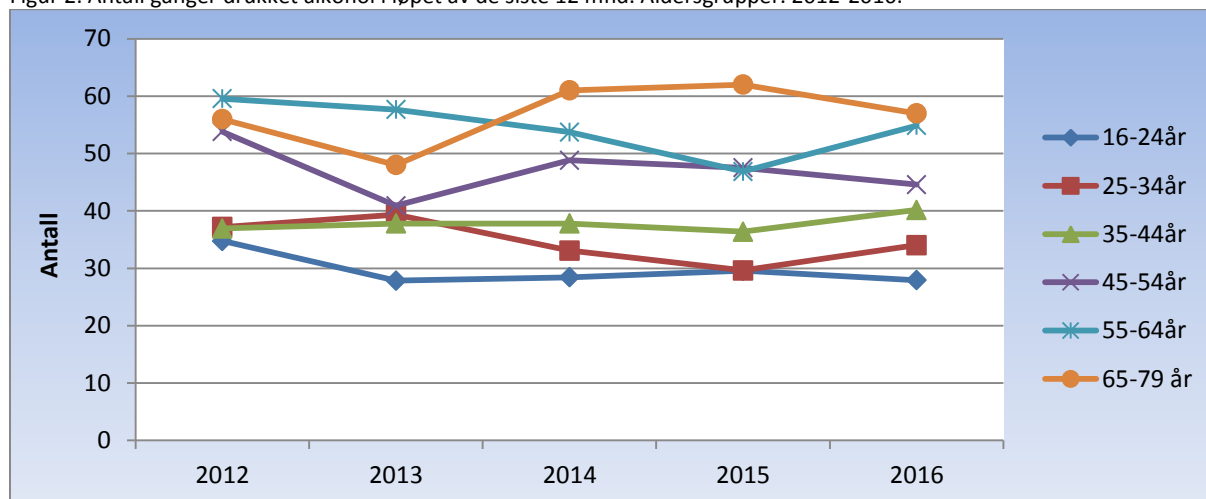
²³ Rem&et.al: Alcohol Use and Breast Cancer: A Critical Review. Shield KD, Soerjomataram I, Rehm J

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27130687>

prosent i 2012 til 18 prosent i 2016. Andelen som oppga å ha drukket «sjeldnere enn hver måned» i løpet av siste 12 måneder har jevnt over vært omkring 25 prosent.

Aldersgruppen 45 år og over oppgir å ha et hyppigere alkoholforbruk enn de yngre. Hyppigheten har likevel avtatt noe i perioden 2012 til 2016, unntatt for aldersgruppen 34-44 år og 65-79 år.

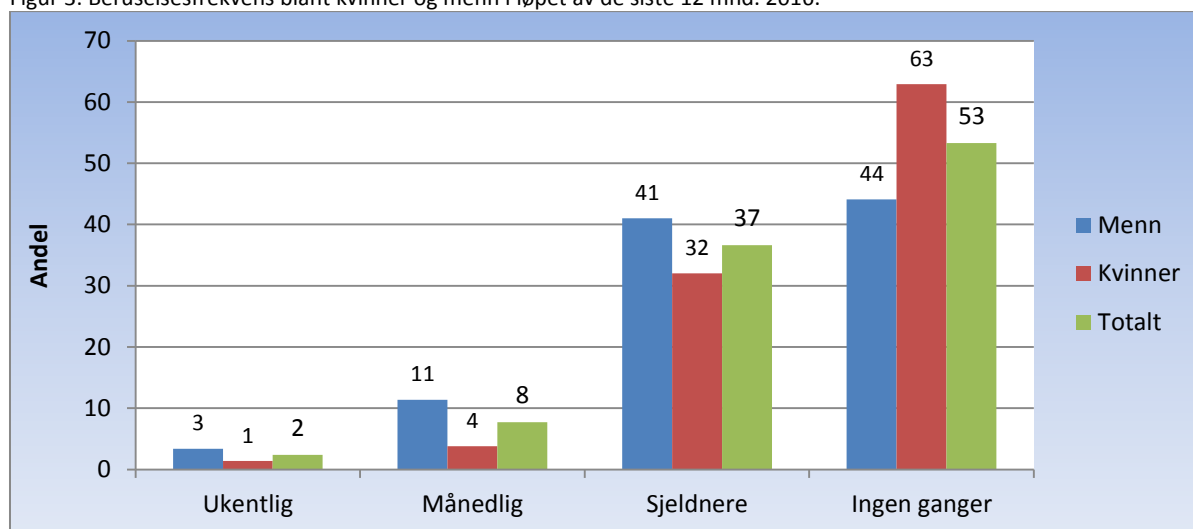
Figur 2: Antall ganger drukket alkohol i løpet av de siste 12 mnd. Aldersgrupper. 2012-2016.



Kilde: Rusmidler i Norge 2016. SIRUS/Folkehelseinstituttet.

Beruselsesfrekvens er kartlagt gjennom spørsmålet: «I løpet av de siste 12 månedene, hvor ofte har du drukket så mye alkohol at du har følt deg tydelig beruset?» På dette spørsmålet oppga 47 prosent å ha vært tydelig beruset minst én gang siste 12 måneder. I 2016 oppga 14 prosent av mennene at de har vært tydelig beruset én dag i måneden eller oftere, mens det samme gjelder 5 prosent av kvinnene. 63 prosent av kvinnene oppga at de aldri hadde vært beruset siste 12 måneder, mens dette gjaldt 44 prosent av mennene.

Figur 3: Beruselsesfrekvens blant kvinner og menn i løpet av de siste 12 mnd. 2016.



Kilde: Rusmidler i Norge 2016. SIRUS/Folkehelseinstituttet.

Beruselse er vanligst i de yngste aldersgruppene. I 2016 oppga 26 prosent i alderen 16-24 år å ha vært tydelig beruset én dag i måneden eller oftere «i løpet av siste 12 måneder». Andelen synker med økende alder. I aldersgruppen 55-64 år er det fem prosent og i gruppen 65 år og eldre er det ett prosent som oppgir at de har vært beruset månedlig eller oftere.

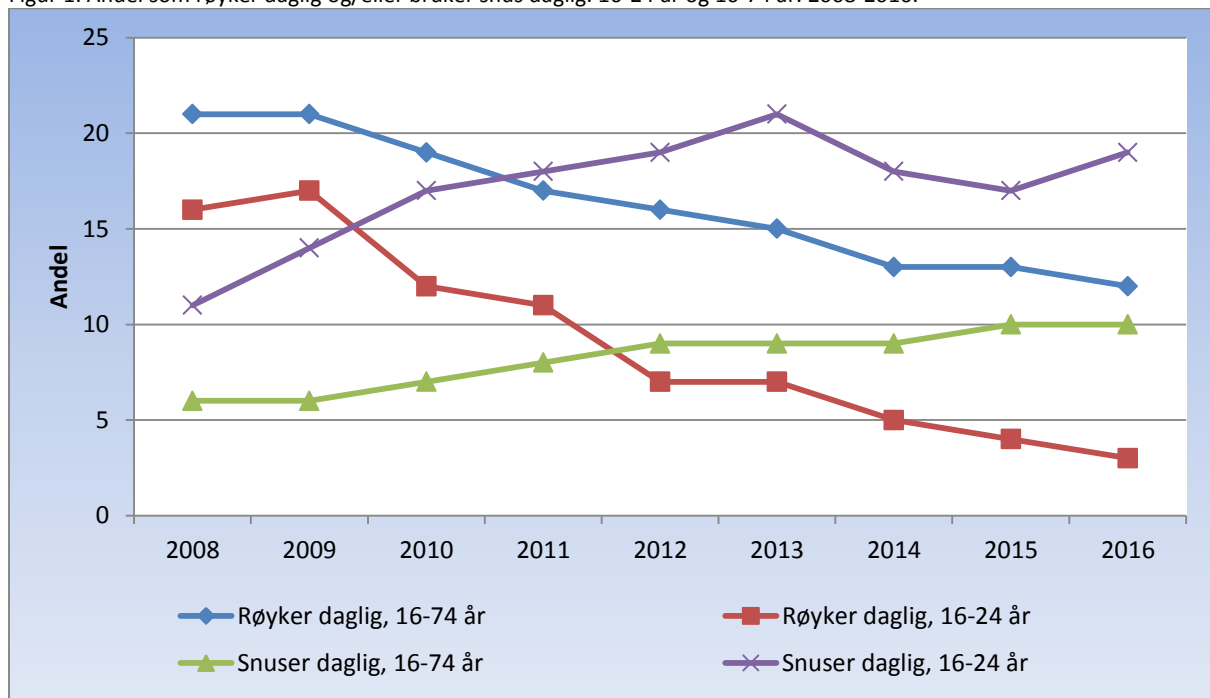
11. Bruk av tobakk

Verdens helseforsamling (WHA) har som mål om å redusere for tidlig død av NCD-sykdommene med 25 prosent innen 2025. En av faktorene for å lykkes med dette er å redusere tobakksforbruket med 30 prosent fra 2010 til 2025. Andelen som røyker daglig i Norge har sunket markant de siste ti årene, mens andelen som snuser har steget.

Siden 2008 har det vært en jevn nedgang i andelen voksne mellom 16 og 74 år som røyker daglig, fra 21 til 12 prosent. For unge i aldersgruppen 16 til 24 år har det vært en nedgang fra 16 prosent i 2008 til 3 prosent i 2016.

Andelen i alderen 16- 74 år som bruker snus daglig har økt fra 6 prosent i 2008 til 10 prosent i 2016. Økningen er størst blant de unge i aldersgruppen 16-24 år, der andelen som snuser daglig økte fra 11 prosent i 2008 til 19 prosent i 2016, med en topp på 21 prosent i 2013.

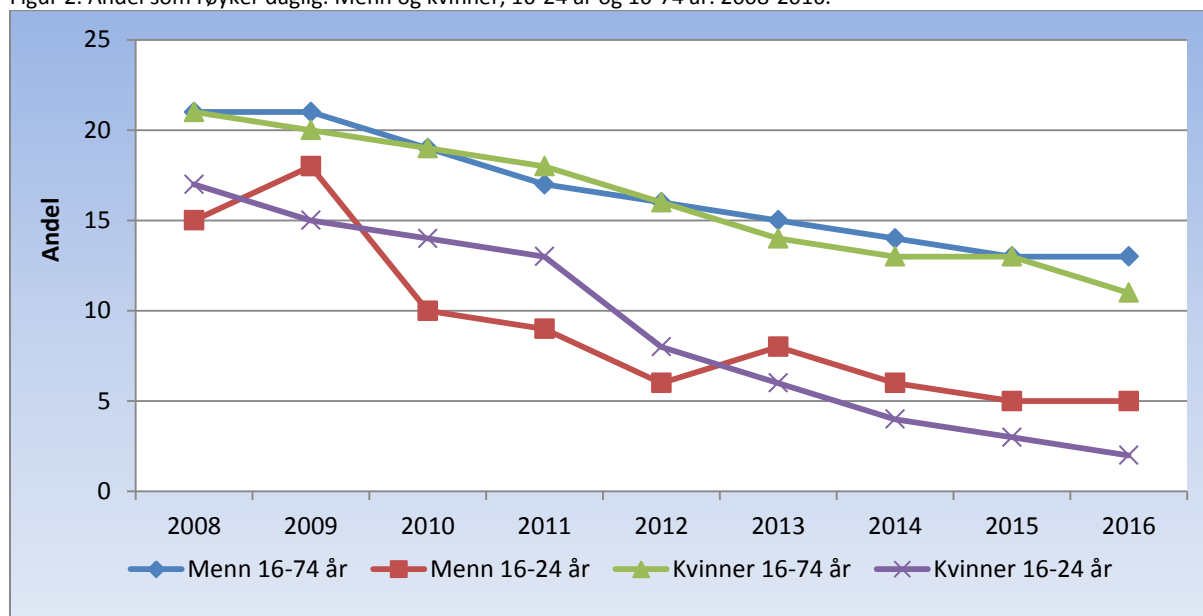
Figur 1: Andel som røyker daglig og/eller bruker snus daglig. 16-24 år og 16-74 år. 2008-2016.



Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Andel dagligrøykere er synkende blant både kvinner og menn. Flere menn enn kvinner røyker daglig. I 2016 røyket fem prosent av menn og to prosent av kvinner i alderen 16-24 år daglig.

Figur 2: Andel som røyker daglig. Menn og kvinner, 16-24 år og 16-74 år. 2008-2016.

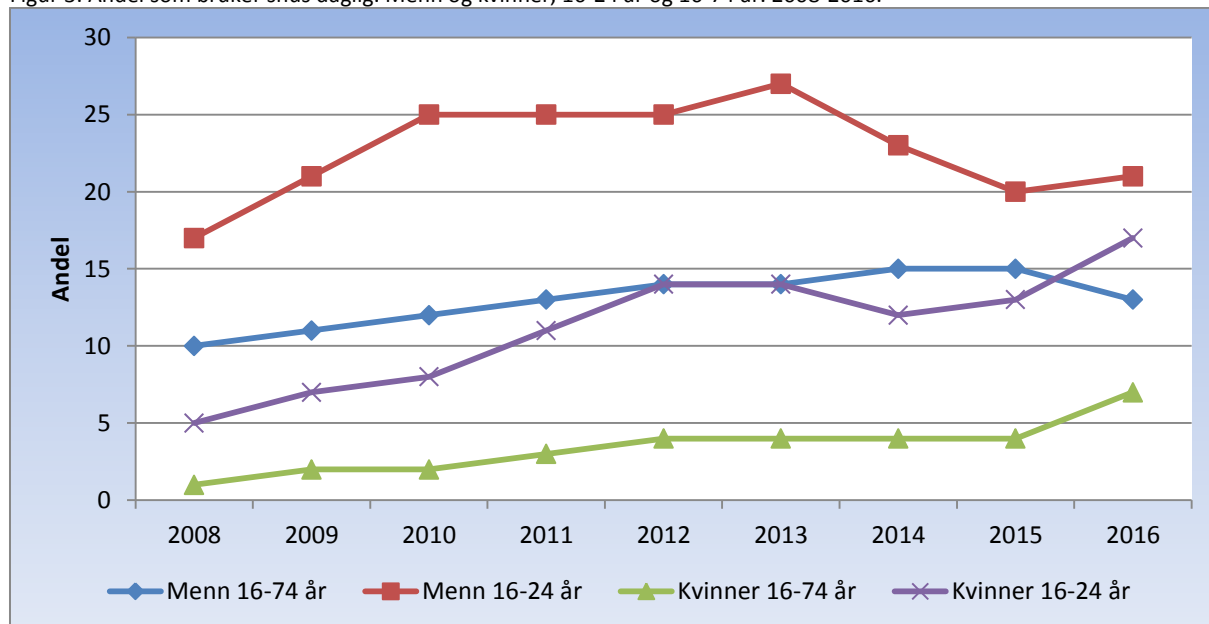


Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Det har i alle år vært flere menn enn kvinner som snuser daglig. Andelen menn i alderen 16-74 år som snuser daglig økte fra 10 prosent i 2008 til 13 prosent i 2016. Blant kvinner i samme aldersgruppe økte andelen fra en prosent i 2008 til syv prosent i 2016.

Blant menn i aldersgruppen 16-24 år økte andelen daglige snusbrukere fra 17 prosent i 2008 til 21 prosent i 2016, med en topp på 27 prosent i 2013. Blant kvinner i denne aldersgruppen var økningen fra 5 prosent i 2008 til 17 prosent i 2016.

Figur 3: Andel som bruker snus daglig. Menn og kvinner, 16-24 år og 16-74 år. 2008-2016.



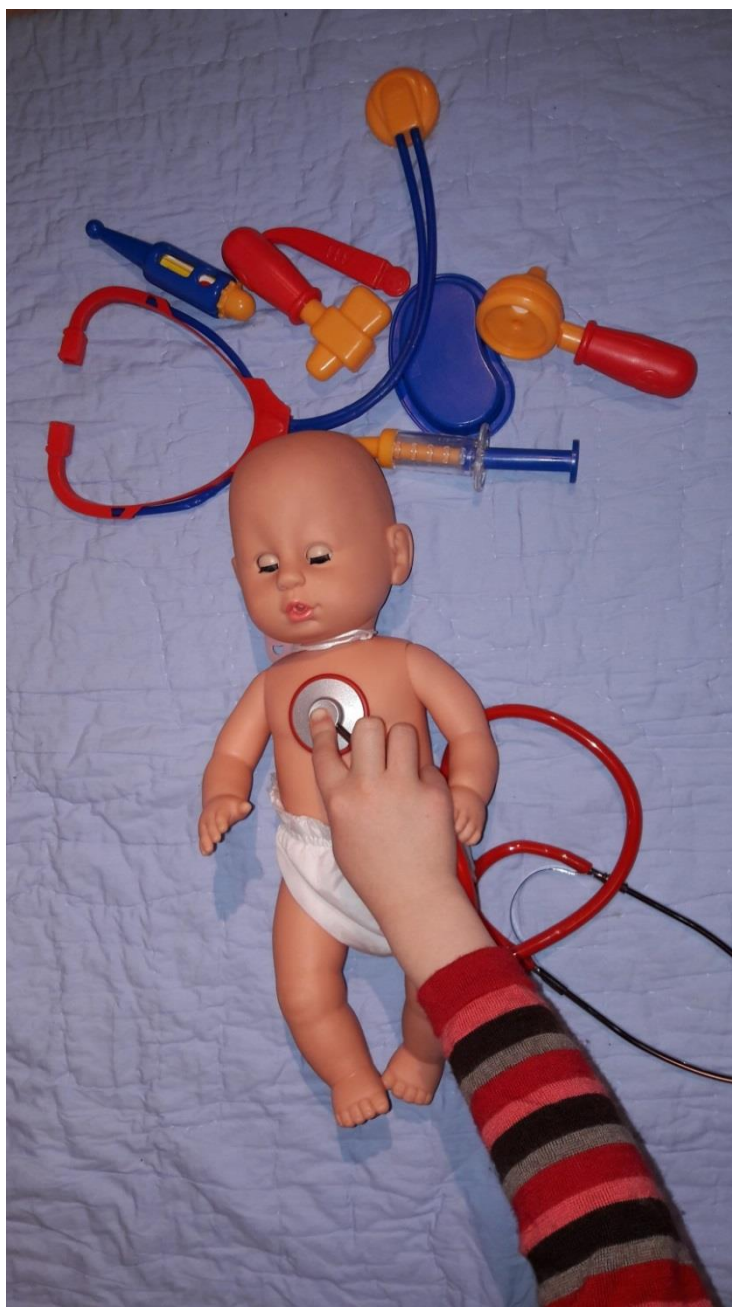
Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Primærhelsetjenesten

Primærhelsetjenesten består av en rekke kommunale tjenester som helsestasjon- og skolehelsetjeneste, fastlege, psykisk helsearbeid, hjemmetjenester og sykehjem. Fylkeskommunen har ansvaret for den offentlige tannhelsetjenesten.

Gjennom samhandlingsreformen har kommunene fått økt ansvar og flere oppgaver, slik at innbyggerne lettere skal få helsehjelp lokalt. Kommunene har blant annet fått et økt ansvar for forebygging og helsefremmende arbeid.

Her er noen nøkkeltall som viser utviklingen i primærhelsetjenesten.



12. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er en lovpålagt tjeneste som er sentral i det helsefremmende og forebyggende arbeidet blant gravide, barn og ungdom mellom 0-20 år og deres foresatte.

Årsverk

Helsedirektoratet gjennomførte i 2016 en kartlegging av årsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten.²⁴ Kartleggingen viste at det i 2016 var 4 182 årsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. 45 prosent av årsverkene knytter seg til helsestasjon 0-5 år og 10 prosent til svangerskaps- og barselomsorg. Skolehelsetjenesten for barneskolen har rundt 24 prosent av årsverkene, ungdomsskolen har 12 prosent og videregående skole har 6 prosent. I underkant av tre prosent av årsverkene brukes i helsestasjon for ungdom (HFU).

Tabell 1: Årsverk fordelt på del tjenester. Antall og andel. 2016.

	Antall	Andel
Svangerskaps- og barselomsorg	424,5	10,3 %
Helsestasjon 0-5 år	1 860,4	45,2 %
Skolehelsetjenesten barneskole	985,1	23,9 %
Skolehelsetjenesten ungdomsskole	480,9	11,7 %
Skolehelsetjeneste videregående skole	257,9	6,3 %
Helsestasjon for ungdom	109,6	2,7 %
Sum årsverk	4 182,2*	100 %

* Sum årsverk avviker fra sum for kolonnene fordi noen kommuner ikke har splittet alle årsverk på tjenesteområder.

Kilde: «Kartlegging av årsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten.» IS-2543. 2016. Helsedirektoratet.

Helsesøstre er den største yrkesgruppen i helsestasjons- og skolehelsetjenesten med 60,3 prosent av årsverkene. Jordmødre utgjør den nest største gruppen med 9,3 prosent. Administrative årsverk/ledere utgjør 6,5 prosent. Leger, fysioterapeuter og gruppen av psykologer/spesialist i psykisk helse/psykiatrisk sykepleier utgjør hver i overkant av fire prosent. De resterende er annet fagpersonell og hjelpepersonell som samlet sett utgjør 11 prosent.

Anbefalt normering av helsesøstre

Per februar 2017 foreligger det ingen krav til bemanning i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. I 2010 utga Helsedirektoratet en rapport, «Utviklingsstrategi for helsestasjons- og skolehelsetjenesten»²⁵, hvor det ble satt noen anbefalinger knyttet til bemanningsnormer. I rapporten ble det anbefalt en minstenorm for bemanning i skolehelsetjenesten for henholdsvis barne-, ungdoms- og videregående skole. Normeringen knyttes til årsverk for blant annet helsesøstre.

Det har kommet nye oppgaver i tjenesten etter at denne strategien ble utviklet. Det betyr at den anbefalte minimumsnormen fra 2010 ikke reflekterer alle de oppgavene som tjenestene per i dag er

²⁴ «Kartlegging av årsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten.» IS-2543. 2016. Helsedirektoratet.

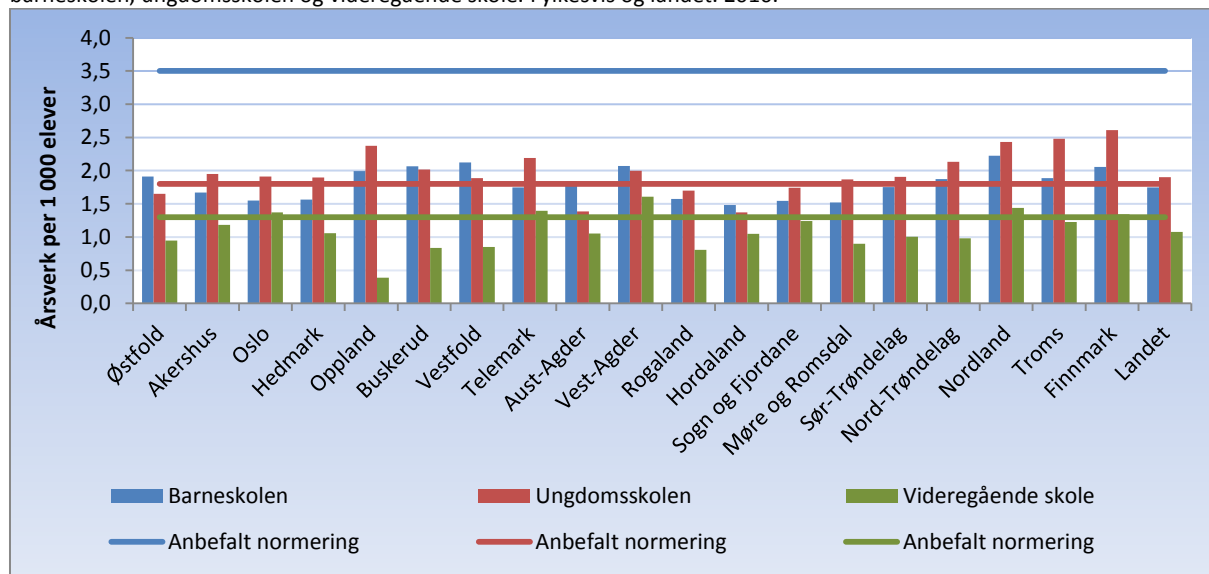
²⁵ «Utviklingsstrategi for helsestasjons- og skolehelsetjenesten.» IS-1798. 2010. Helsedirektoratet.

pålagt å utføre. For å si noe om dekningsgraden av årsverk i tjenesten kan det likevel være informativt å se i hvilken grad årsverkene i tjenesten ligger i forhold til anbefalt minimumsnorm.

I følge anbefalt normering bør det være minimum 3,5 helsesøsterårsverk per 1 000 elever i barneskolen, 1,8 årsverk i ungdomsskolen og 1,3 årsverk i videregående skole.

Avstanden mellom faktiske årsverk og anbefalt minimumsnorm er høyest for barneskolen. På ungdomsskolen ligger landssnittet over anbefalt minimumsnorm, mens det på videregående ligger litt under. Det er til dels store fylkesvis variasjoner.

Figur 1: Innrapporterte helsesøsterårsverk og anbefalt minimumsnorm for helsesøsterårsverk per 1 000 elever. På barneskolen, ungdomsskolen og videregående skole. Fylkesvis og landet. 2016.



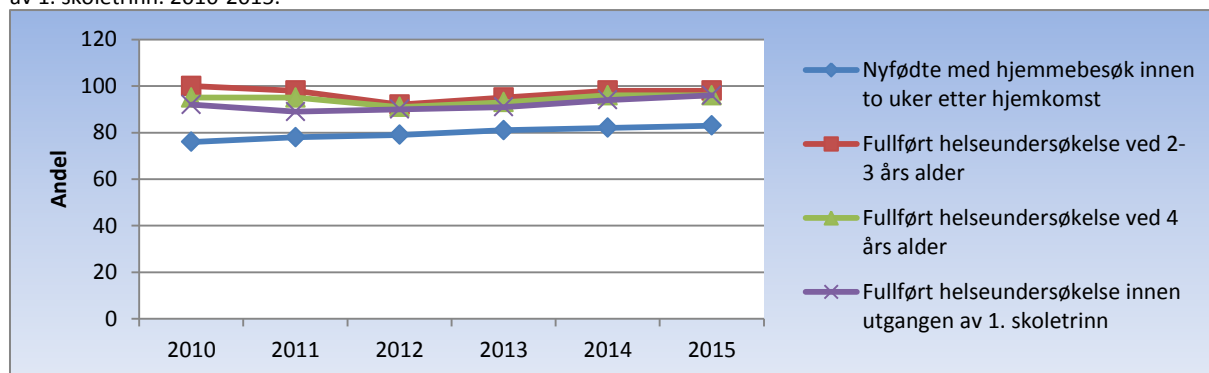
Kilde: «Kartlegging av årsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten.» IS-2543. 2016. Helsedirektoratet.

Hjemmebesøk etter fødsel og helseundersøkelser

Raskere utskrivning fra barselavdelingen etter fødsel øker behovet for oppfølging av nybakte foreldre i form av hjemmebesøk. Andel som får hjemmebesøk innen to uker etter hjemkomst har økt fra 76 prosent i 2010 til 83 prosent i 2015.

Andelen barn som har fullført helseundersøkelser ved 2-3 årsalder og ved 4-årsalder lå i 2015 på henholdsvis 98 og 96 prosent. Andelen som har fullført helseundersøkelser innen utgangen av 1. skoletrinn var i 2015 på 96 prosent.

Figur 2: Andel gjennomførte hjemmebesøk og fullførte helseundersøkelser ved 2-3 årsalder, 4-årsalder og innen utgangen av 1. skoletrinn. 2010-2015.



Kilde: Statistikkbanken, Statistisk sentralbyrå.

13. Mottakere av institusjonstjenester

Kommunene har ansvar for å sørge for gode og forsvarlige helse- og omsorgstjenester til alle som trenger det. Utviklingen de siste tiårene er at flere mottakere bor hjemme så lenge som mulig og mottar tjenester utenfor institusjon.

Tidsbegrensede opphold i institusjon er alle midlertidige opphold der hovedhensikten er utredning, behandling eller rehabilitering. Per 31.12.2015 mottok rundt 2,5 prosent av de som mottok kommunale helse- og omsorgstjenester tidsbegrenset opphold/korttidsplasser i institusjon.

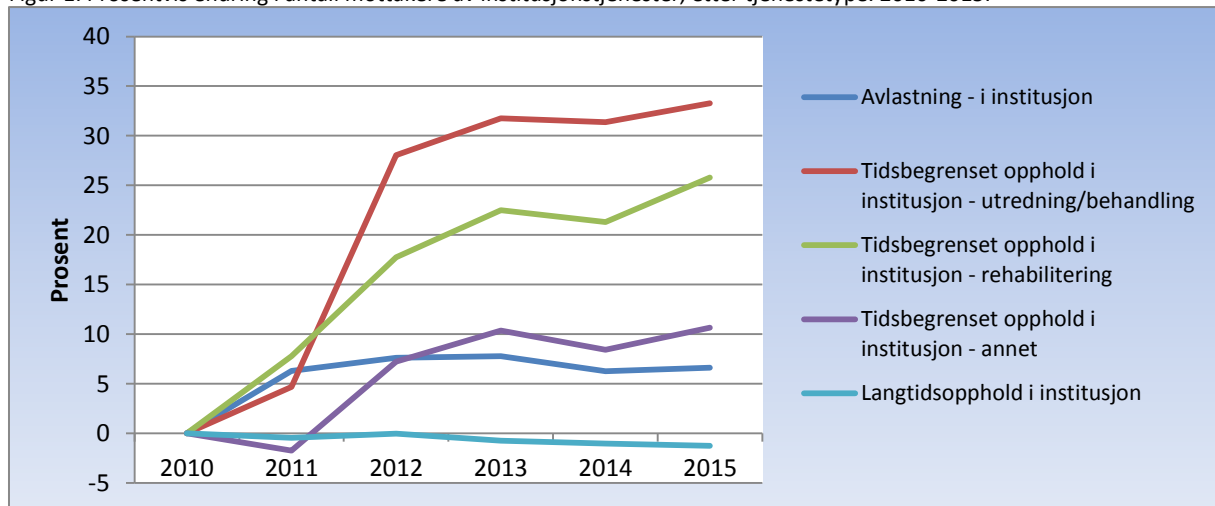
Langtidsopphold i institusjon er heldøgns helse- og omsorgstjenester for barn og unge under 18 år (barnebolig) inkludert avlastningsbolig, institusjon med heldøgns helse- og omsorgstjenester for rusmiddelavhengige, alders- og sykehjem. Per 31.12.2015 var rundt 13 prosent av de som mottok kommunale helse- og omsorgstjenester i langtidsopphold i institusjon.

Utvikling i antall tjenestemottakere

I perioden 2010-2015 har antallet som mottar langtidsopphold i institusjon vært relativt stabil på rundt 33-34 000, målt per 31.12 hvert år. I 2015 var 76 prosent av tjenestemottakeren av langtidsopphold i institusjon 80 år eller eldre.

I samme periode har det vært en markant økning av mottakere av tidsbegrenset opphold i institusjon, både knyttet til utredning/behandling og til rehabilitering. Antall mottakere av tidsbegrenset opphold i institusjon for utredning/behandling har økt med 33 prosent fra 2010 til 2015.

Figur 1: Prosentvis endring i antall mottakere av institusjonstjenester, etter tjenestetype. 2010-2015.*



* Tallene er basert på ulike tjenestemottakere som har mottatt tjenester i løpet av året.

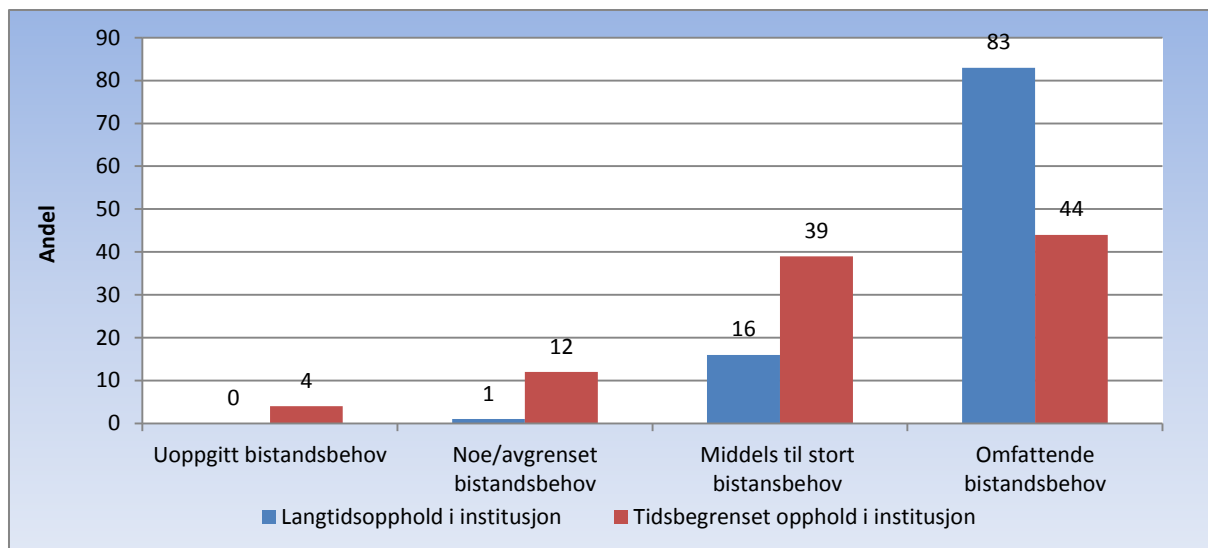
Kilde: Kommunale helse- og omsorgstjenester 2015. Rapport 2016/26. Statistisk sentralbyrå.

Utvikling i bistandsbehov hos tjenestemottakerne

I perioden 2009-2015 har det vært en økning av brukere med omfattende bistandsbehov både i langtidsopphold og tidsbegrenset opphold i institusjon. I 2015 hadde 83 prosent av mottakere av langtidsopphold omfattende bistandsbehov. I 2009 var andelen 76 prosent.

Andelen med omfattende bistandsbehov blant mottakere av tidsbegrenset opphold i institusjon var i 2015 på 44 prosent. I 2009 var andelen 37 prosent.

Figur 2: Bistandsbehovet hos mottakere av institusjonstjenester per 31.12.2015. Andel.



Kilde: Kommunale helse- og omsorgstjenester 2015. Rapport 2016/26. Statistisk sentralbyrå.

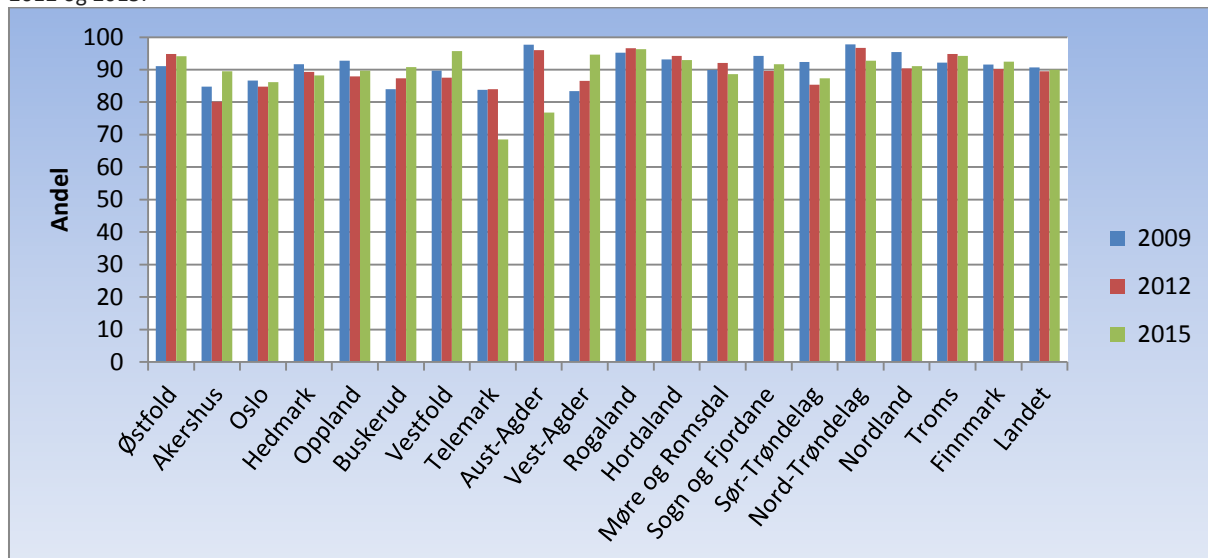
Ventetid på sykehjemsplass

På helsenorge.no publiseres det en nasjonal kvalitetsindikator for ventetid fra vedtak om sykehjemsplass er fattet til plass er mottatt. Indikatoren viser om kommunen oppfyller vedtak som er fattet, og om det er samsvar mellom tjenester og behov.

I 2015 mottok 90,0 prosent av tjenestemottakerne sykehjemsplass 0-15 dager etter vedtaksdato.²⁶ Andelen har vært stabil over tid. I 2009 var andelen 90,7 prosent.

Det er store variasjoner mellom fylkene. I 2015 hadde Rogaland høyest andel med 96,4 prosent og Telemark lavest andel med 68,5 prosent.

Figur 3: Andel tjenestemottakere som har mottatt sykehjemsplass 0-15 dager etter vedtaksdato. Fylker og landet. 2009, 2012 og 2015.



Kilde: Nasjonale kvalitetsindikatorer, helsenorge.no.

²⁶ Ventetid fra 0-15 dager inkluderer negativ ventetid. På landsbasis var 8,2 prosent av vedtakene i denne gruppen (0-15 dager) vedtak med negativ ventetid på mer enn 21 dager. I 14,4 prosent av alle vedtak manglet opplysninger om enten vedtaksdato eller dato for tjenestestart.

I 2015 hadde 4,4 prosent av alle med vedtak om sykehjemsplass en ventetid på 16-30 dager, mens 5,7 prosent hadde en ventetid på 31 dager eller mer etter vedtaksdato.

Resultatene må tolkes med forsiktighet. Forvaltningsloven forutsetter at saker skal avgjøres uten ugrunnet opphold. En mulig feilkilde kan være at kommuner ikke følger riktig vedtakspraksis, og ikke fatter vedtaket før tjenesten er tilgjengelig selv om søker har behov for tjenesten. Iverksettingstiden blir da feilaktig forkortet.

14. Mottakere av hjemmetjenester

Kommunene har ansvar for å sørge for gode og forsvarlige helse- og omsorgstjenester til alle som trenger det, uavhengig av alder eller diagnose. Utviklingen de siste tiårene er at flere mottakere så langt det er mulig bor hjemme og mottar tjenester utenfor institusjon. Kommunale hjemmetjenester omfatter blant annet helsetjenester i hjemmet, praktisk bistand, trygghetsalarm, matombringning og dagaktivitetstilbud.

Utvikling i antall mottakere

I 2015 mottok i overkant 218 000 personer helsetjenester i hjemmet. Det er en vekst på 4,1 prosent fra 2014. Fra 2010 til 2015 har veksten vært på 14 prosent.

Antallet mottakere av hjemmetjenester har i perioden 2010 til 2015 økt for alle typer tjenester med unntak av for «*praktisk bistand – daglige gjøremål*», som har sunket med 10 prosent. Nedgangen fra 2014 til 2015 var på 2,6 prosent.

Tallet på mottakere er ikke gjensidig utelukkende. En tjenestemottaker kan ha vedtak om flere tjenestetyper på samme tid.

Tabell 1: Antall mottakere av hjemmetjenester gjennom året, etter tjenestetype. 2010-2015. Prosentvis endring fra 2014-2015.

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Prosentvis endring 2014-15
Helsetjenester i hjemmet	191 415	194 699	201 819	205 340	209 529	218 142	4,1
Praktisk bistand - daglige gjøremål	122 034	119 937	118 395	116 666	113 616	110 676	-2,6
Praktisk bistand - opplæring - daglige gjøremål	20 112	21 890	22 566	23 402	23 793	23 726	-0,3
Praktisk bistand - brukerstyrt - personlig assistent	3 071	3 352	3 296	3 322	3 442	3 567	3,6
Dagsenter/dagaktivitetstilbud	25 431	26 409	27 078	28 547	28 830	29 690	3,0
Matombringning	31 054	31 621	32 200	33 196	34 245	33 999	3,2
Trygghetsalarm	90 749	91 541	92 756	92 224	92 177	93 300	1,2

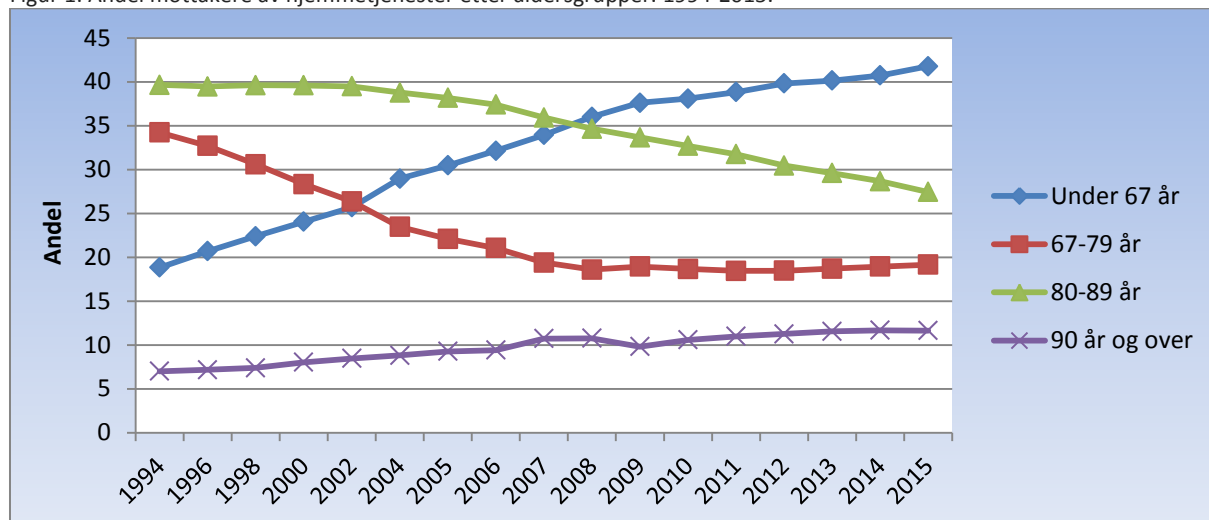
Kilde: «Kommunale helse- og omsorgstjenester» 2015. Rapport 2016/26. Statistisk sentralbyrå.

Alder på mottakerne

De siste 20 årene har det vært en økende andel yngre som mottar hjemmetjenester. I 1994 var andelen mottakere av hjemmetjenester under 67 år på 18,8 prosent. Andelen i 2015 var 41,8 prosent. Den økende andelen yngre brukere kan til dels henge sammen med at ansvaret for flere pasienter er flyttet fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten som følge av ulike statlige reformer. Kommunene har hatt en relativt sterk vekst i tilbudet til personer med utviklingshemming, fysisk funksjonshemming, pasienter som skrives ut fra sykehus, og etter hvert også personer med rusproblemer og psykiske lidelser.

Andel mottakere i aldersgruppen 80-89 år har sunket jevnt siden 2002 og var i 2015 på 27,4 prosent. For aldersgruppene 67-79 år og 90 år og over har det vært en relativt liten endring fra 2007 til 2015.

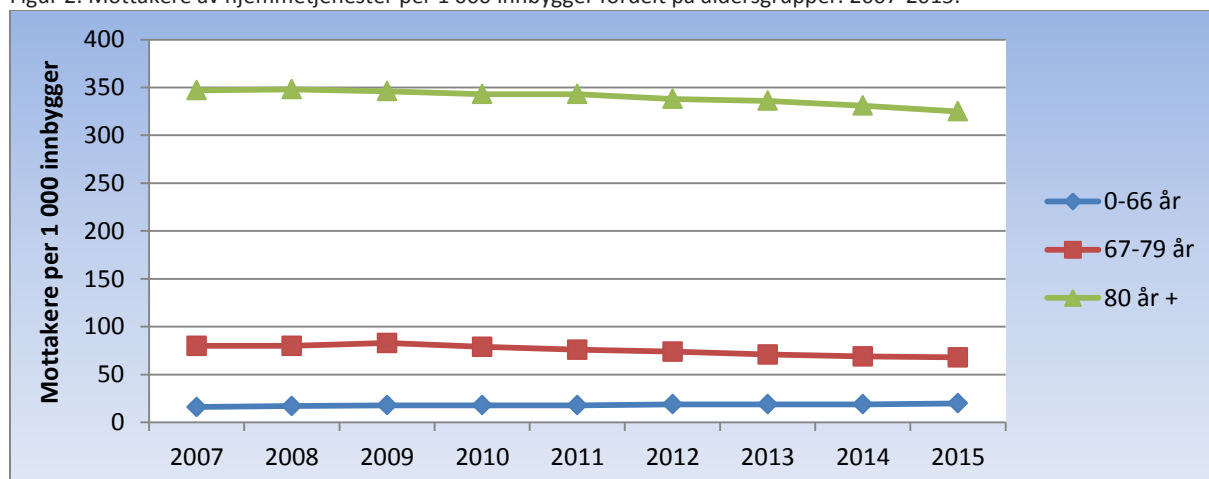
Figur 1: Andel mottakere av hjemmetjenester etter aldersgrupper. 1994-2015.



Kilde: Statistikkbanken, Statistisk sentralbyrå.

Selv om andelen yngre mottakere av hjemmetjenester øker, så har andelen i befolkningen fra 0-66 år som får hjemmetjenester holdt seg stabil. I 2015 mottok 20 av 1 000 innbyggere i alderen 0-66 år hjemmetjenester. For de to eldste aldergruppene har andelen gått svakt nedover de siste årene.

Figur 2: Mottakere av hjemmetjenester per 1 000 innbygger fordelt på aldersgrupper. 2007-2015.



Kilde: Statistikkbanken, Statistisk sentralbyrå.

Ventetid på hjemmetjenester

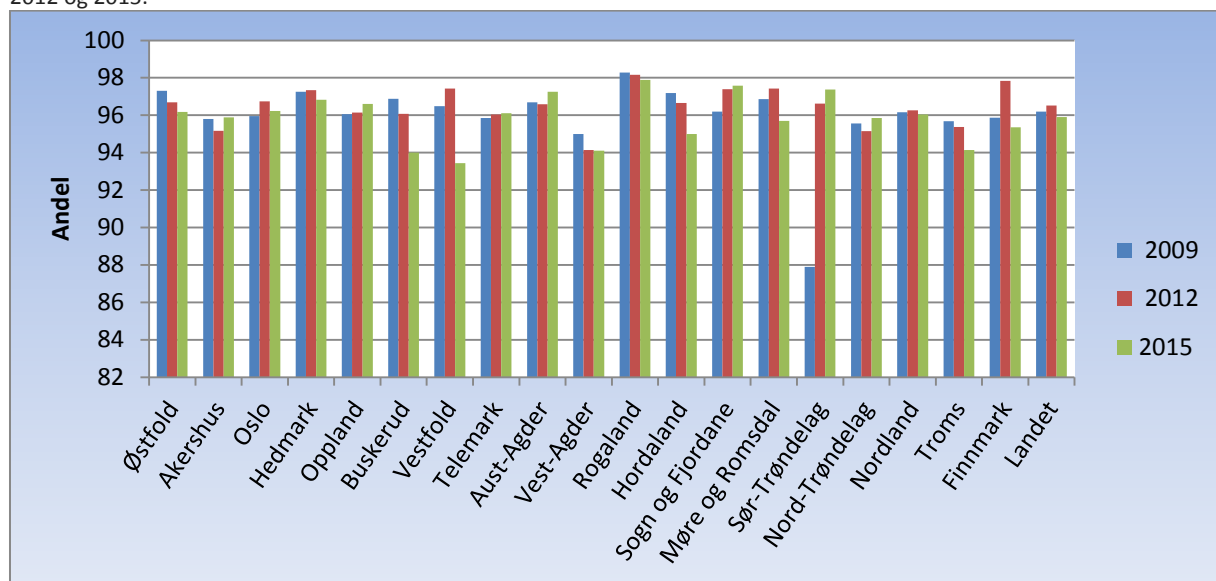
På helsenorge.no publiseres det en nasjonal kvalitetsindikator for ventetid fra vedtak om hjemmetjenester er fattet til tjeneste gis. Indikatoren viser om kommunen oppfyller vedtak som er fattet og om det er samsvar mellom tjenester og behov.

I 2015 hadde 95,9 prosent av tjenestemottakerne mottatt hjemmetjenester 0-15 dager etter vedtaksdato. Andelen har vært stabil over tid. I 2009 var andelen 96,2 prosent.²⁷

Det er små variasjoner mellom fylkene. I 2015 hadde Rogaland høyest andel med 97,9 prosent og Vestfold lavest andel med 93,4 prosent.

²⁷ Ventetid fra 0-15 dager inkluderer negativ ventetid. På landsbasis var 29,3 prosent av vedtakene i denne gruppen vedtak med negativ ventetid på mer enn 21 dager.

Figur 3: Andel tjenestemottakere som har mottatt hjemmetjenester 0-15 dager etter vedtaksdato. Fylker og landet. 2009, 2012 og 2015.



Kilde: Nasjonale kvalitetsindikatorer, helsenorge.no.

På landsbasis hadde 1,6 prosent av alle med vedtak om hjemmesykepleie en ventetid på 16-30 dager. 2,5 prosent hadde en ventetid på 31 dager eller mer etter vedtaksdato.

Resultatene må tolkes med forsiktighet. Forvaltningsloven forutsetter at saker skal avgjøres uten ugrunnet opphold. En mulig feilkilde kan være at kommuner ikke følger riktig vedtakspraksis, og ikke fatter vedtaket før tjenesten er tilgjengelig selv om søker har behov for tjenesten. Iverksettingstiden blir da feilaktig forkortet.

15. Ulønnet omsorg

Framtidens utfordringer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten vil kreve at pårørende i større grad deltar i omsorgsarbeidet. Samtidig er det av avgjørende betydning at pårørende som påtar seg omsorgsoppgaver ikke får store og omfattende økonomiske og helsemessige belastninger. Det er også viktig at de får støtte og faglig veiledning fra den offentlige helse- og omsorgstjenesten.

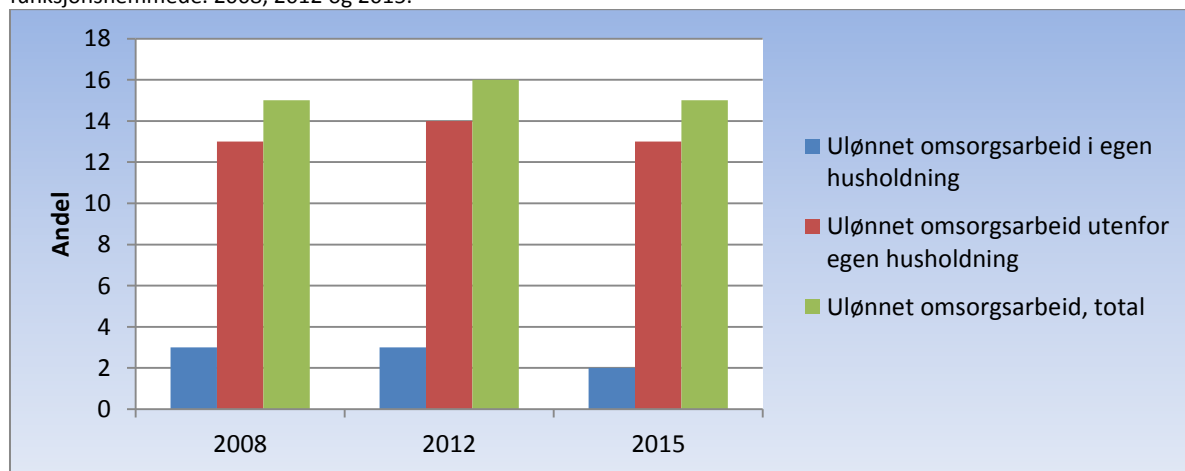
I 2015 var det drøyt 135 000 avtalte årsverk innenfor omsorgstjenestene. I tillegg estimeres det ytterligere 97 000 årsverk i form av ulønnet omsorgsarbeid.

I 2008 anslo Statistisk sentralbyrå omfanget av ulønnet omsorgsarbeid til å være 96 000 årsverk. Antallet ble beregnet på grunnlag av levekårsundersøkelsen. Basert på tall fra levekårsundersøkelsen i 2015 har Helsedirektoratet beregnet omfanget av ulønnet omsorg til om lag 97 000 årsverk. Omfanget av ulønnet omsorg anslås derfor å være nesten uendret fra 2008 til 2015.

I 2008 utgjorde ulønnet omsorg over 40 prosent av den samlede timeinnsatsen til pleie og omsorg.²⁸ I 2015 estimeres andelen til 42 prosent.

Om lag 1 av 6 oppga i 2015 at de yter regelmessig ulønnet omsorgsarbeid for syke, eldre eller funksjonshemmede. Det er samme andel som i 2008.

Figur 1: Andel av befolkningen 16 år og eldre som har utført ulønnet omsorgsarbeid for eldre, syke eller funksjonshemmede. 2008, 2012 og 2015.



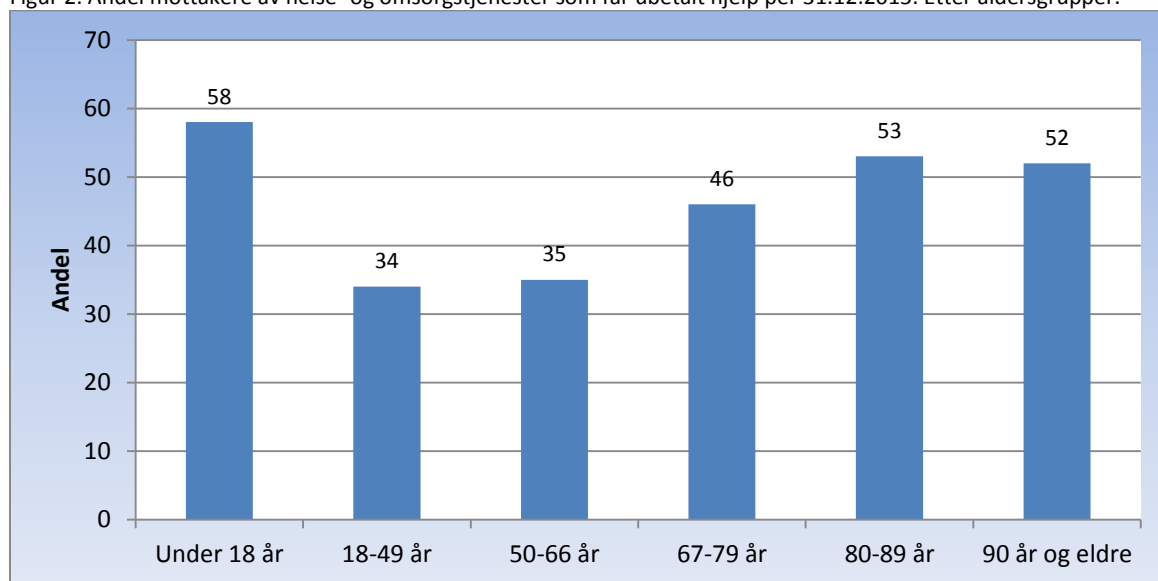
Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, omsorg og sosial kontakt, Statistisk sentralbyrå.

I IPLOS registreres omfanget av tilgang på privat, ikke betalt hjelp. I 2015 mottok 46 prosent av alle tjenestemottakere en eller annen form for ubetalt privat hjelp.

Andelen mottakere som får ubetalt privat hjelp er høyest blant barn under 18 år med 58 prosent. Over halvparten av tjenestemottakerne over 80 år får ubetalt hjelp.

²⁸ Eldres bruk av helse- og omsorgstjenester. 2013. Rapport fra Statistisk sentralbyrå.

Figur 2: Andel mottakere av helse- og omsorgstjenester som får ubetalt hjelp per 31.12.2015. Etter aldersgrupper.



Kilde: IPLOS-registeret. Rapport 2016/26. Statistisk sentralbyrå.

Tjenestemottakere som ikke har tilgang på privat hjelp får i gjennomsnitt 10 timer per uke med helsetjenester i hjemmet og praktisk bistand. Tjenestemottakere som får ubetalt hjelp mottok i gjennomsnitt 9 timer per uke.²⁹

²⁹ Rapport 2016/26. Statistisk sentralbyrå.

16. Fastleger og legevakt

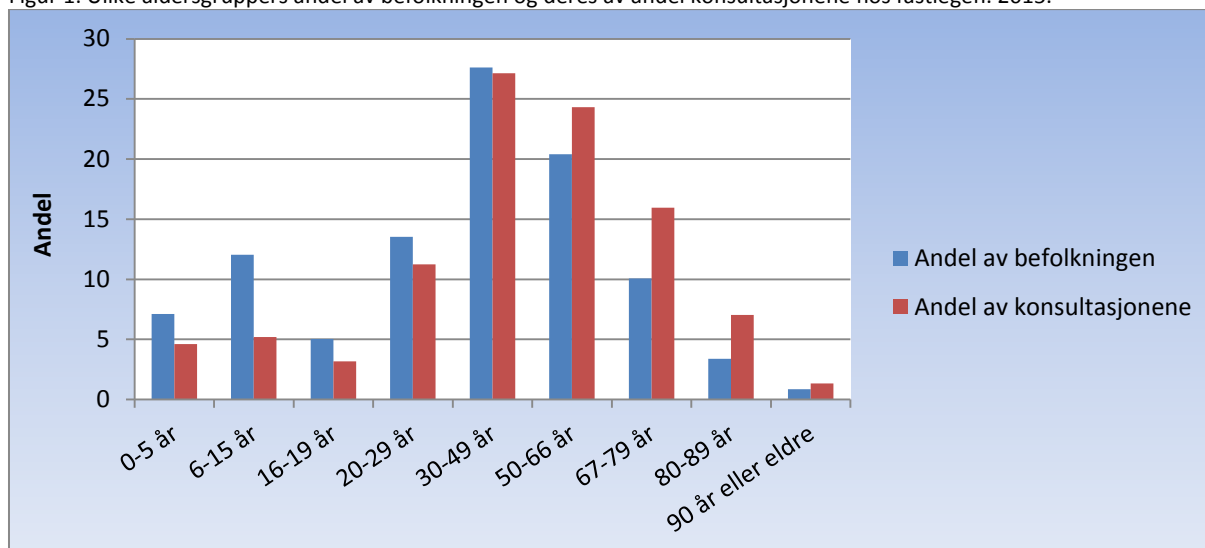
Fastlegeordningen og kommunal legevakt utgjør en betydelig del av primærhelsetjenesten. Fastlegen kan benyttes ved både kroniske og akutte helseproblemer. Legevakten skal ta i mot pasienter som har behov for øyeblikkelig hjelp, det vil si behandling av sykdom og skade som ikke kan vente til neste dag.

Bruk av fastlegen

Fastlegeordningen ble innført i 2001. Alle som ønsker det skal få en fast allmennlege. Per 31.12.2015 deltok nesten 100 prosent av befolkningen i ordningen.

I 2015 var 7 av 10 hos fastlegen én eller flere ganger. Eldre bruker fastlegen mer enn yngre. For eksempel utgjorde eldre i aldersgruppen 67-79 år 10 prosent av befolkningen, mens deres andel av konsultasjoner³⁰ hos fastlegen utgjorde 16 prosent.

Figur 1: Ulike aldersgruppers andel av befolkningen og deres andel konsultasjoner hos fastlegen. 2015.



Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Gjennomsnittlig antall konsultasjoner har vært stabilt siden 2012, og var 2,6 per innbygger i 2015. Innvandrere bruker fastlegen noe mindre enn den øvrige befolkningen³¹ og hadde i gjennomsnitt 2,3 konsultasjoner i 2015. 58 prosent av bosatte innvandrere og 65 prosent av norskfødte barn av innvandrere gikk til fastlegen i 2015.

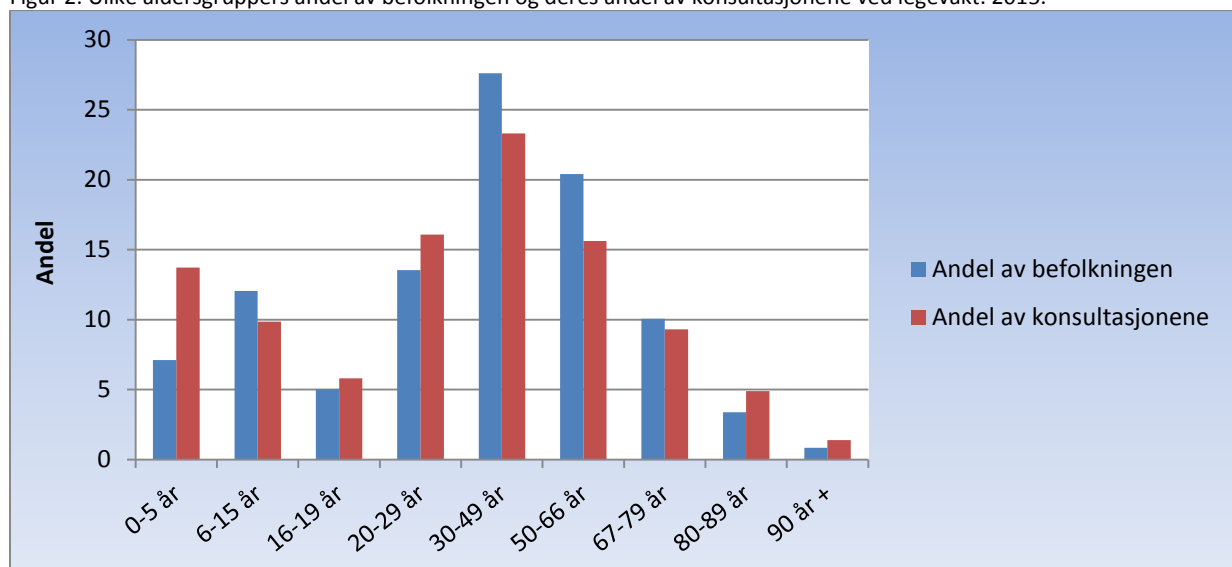
Bruk av legevakt

I 2015 var det om lag 1,35 millioner konsultasjoner ved legevakt. 17 prosent av befolkningen oppsøkte legevakten i 2015. I 2012 var andelen 19 prosent. Det er barn under 6 år som hyppigst brukte legevakten, etterfulgt av de over 80 år. Mens eldre i aldersgruppen 67-79 år brukte legevakten litt mindre enn deres andel av befolkningen tilsier, så brukte eldre i aldersgruppene 80-89 år og 90 år og eldre legevakten litt mer enn deres andel av befolkningen tilsier.

³⁰ Statistisk sentralbyrås definerer en konsultasjon som: «En konsultasjon innebærer et fysisk møte mellom lege og pasient og at legen foretar en utredning.» Det vil si at enkle pasientkontakter hos fastlege, inkludert enkle forespørsler og rådgivning ved personlig fremmøte, brev eller telefon, skriving av resepter og sykemeldinger uten konsultasjon, prøvetaking uten konsultasjon og hjemmebesøk er holdt utenfor.

³¹ «Innvandrere»: bosatt i Norge, men født i utlandet av to utenlandske foreldre og har fire utlandsfødte besteforeldre. «Øvrig befolkning»: personer uten innvandrerbakgrunn, det vil si at de verken er innvandret eller norskfødt av to innvandrere. Jf. definisjon fra SSB, Samfunnsspeilet 5/2013.

Figur 2: Ulike aldersgruppers andel av befolkningen og deres andel av konsultasjonene ved legevakt. 2015.



Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Samlet sett for hele befolkningen var antall konsultasjoner ved legevakt per person 0,25 i 2015. I 2014 var andelen 0,26. Innvandrere bruker legevakten mindre enn den øvrige befolkningen. I 2015 var gjennomsnittlig antall konsultasjoner blant innvandrere 0,19, mot 0,21 i 2014.

Kontaktårsak

Den hyppigste årsaken til konsultasjon hos fastlegen i 2015 var ulike psykiske lidelser, som utgjorde 1 av 10 konsultasjoner. De to andre hyppigste konsultasjonsårsakene var luftveisinfeksjoner og lokale smerter og betennelser, som hver utgjorde 8-9 prosent av konsultasjonene. Disse tre kontaktårsakene har vært de hyppigste de siste fire årene.

De hyppigste årsakene til kontakt med legevakt var luftveisinfeksjoner med i underkant av 17 prosent, skader og ulykker med rundt 15 prosent og lokale smerter og betennelser med 8 prosent. Ved legevakt utgjorde psykiske lidelser fire prosent av konsultasjonene.

Kontaktårsak varierer med alder. Blant eldre på 67 år og over var det særlig hjertesykdom og høyt blodtrykk som medfører kontaktårsak hos fastlegen. Blant eldre er de vanligste kontaktårsakene ved legevakt skader og ulykker, luftveisinfeksjoner og smerter og betennelser.

Fastlegeordningen

Da fastlegeordningen startet var antallet fastleger 3 661. Ved utgangen av 2016 var antallet 4 644. Noen fastleger har lister eller hjemler i flere kommuner. Antallet lister er derfor noe større enn antall fastleger.

For å bytte fastlege må det være tilgjengelige plasser hos andre fastleger, det vil si åpne lister. Andelen åpne lister var per 31.12.2016 på 49,9 prosent. Dett er en reduksjon fra 41,6 prosent i 2015. Det er relativt store fylkesvise variasjoner. Andelen åpne lister var høyest i Oslo med 59,4 prosent, og lavest i Nordland med 41,6 prosent. Antall ledige plasser på de åpne listene har gått kraftig ned fra 2001 til i dag.

Ved utgangen av 2016 var det 4 746 lister, med i gjennomsnitt 1 111 innbyggere per liste. 78 av listene var registrert uten lege, det vil si at stillingene ikke var besatt. Dette er en økning fra utgangen

av 2015. Andelen lister uten lege var høyest i Finnmark med 8,4 prosent. Ved utgangen av 2016 var det syv kommuner som ikke hadde noen fastlege.

Tabell 1: Utviklingen i antall og andel lister, og gjennomsnittlig antall innbyggere på listene. Ved utgangen av 2001, 2014, 2015 og 2016.

	Antall lister	Gjennomsnittlig antall innbyggere på listene	Andel åpne lister	Antall ledige plasser på listene	Antall lister uten lege
2001	3 857	1 162	55,7	583 222	164
2014	4 598	1 124	44,5	350 326	67
2015	4 654	1 122	41,6	309 888	52
2016	4 746	1 111	49,9	264 995	78

Kilde: Helsedirektoratet.

17. Tannhelse

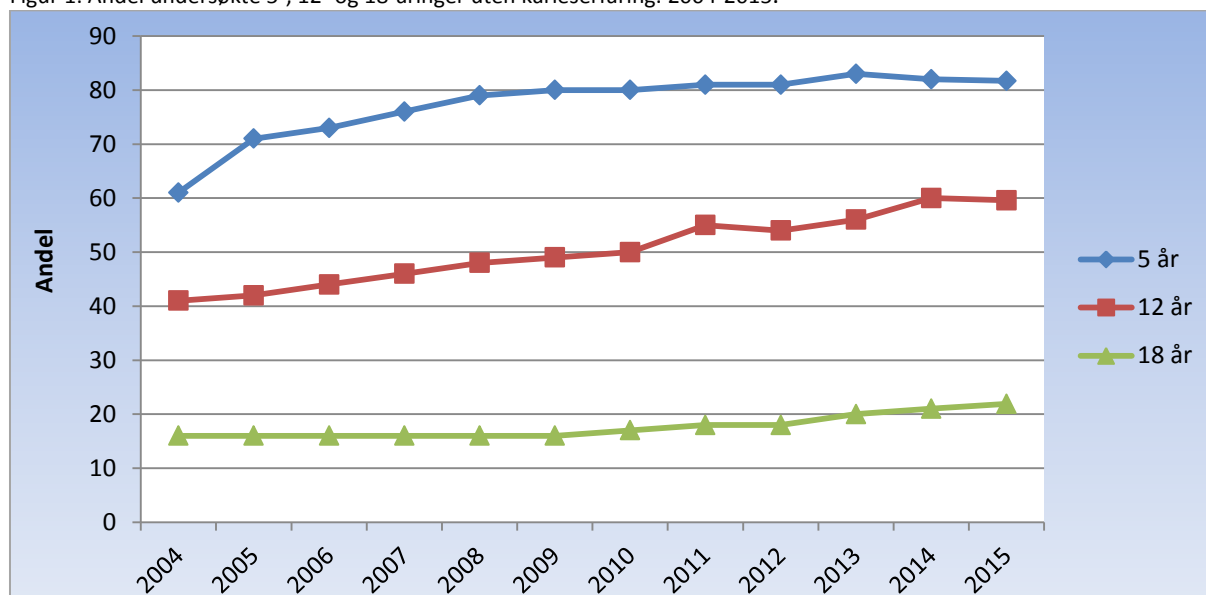
Fylkeskommunen har ansvaret for den offentlige tannhelsetjenesten som yter tjenester til deler av befolkningen etter tannhelsetjenesteloven. Barn og unge fra 0-18 år har rett til gratis tilsyn og behandling. Unge i alderen 19-20 år får dekket 75 prosent av utgiftene til tannbehandling. Voksne fra 21 år og over må i hovedsak dekke utgifter til tannhelsetjenester selv.

Tannhelse blant barn

76 prosent av 5-, 12- og 18-åringer ble undersøkt, behandlet eller registrert i den offentlige tannhelsetjenesten i 2015. Dette er en liten nedgang fra 2014.

Trenden de siste ti årene er at andelen barn uten karieserfaring er økende. Dette gjelder både for 5-, 12- og 18-åringer.

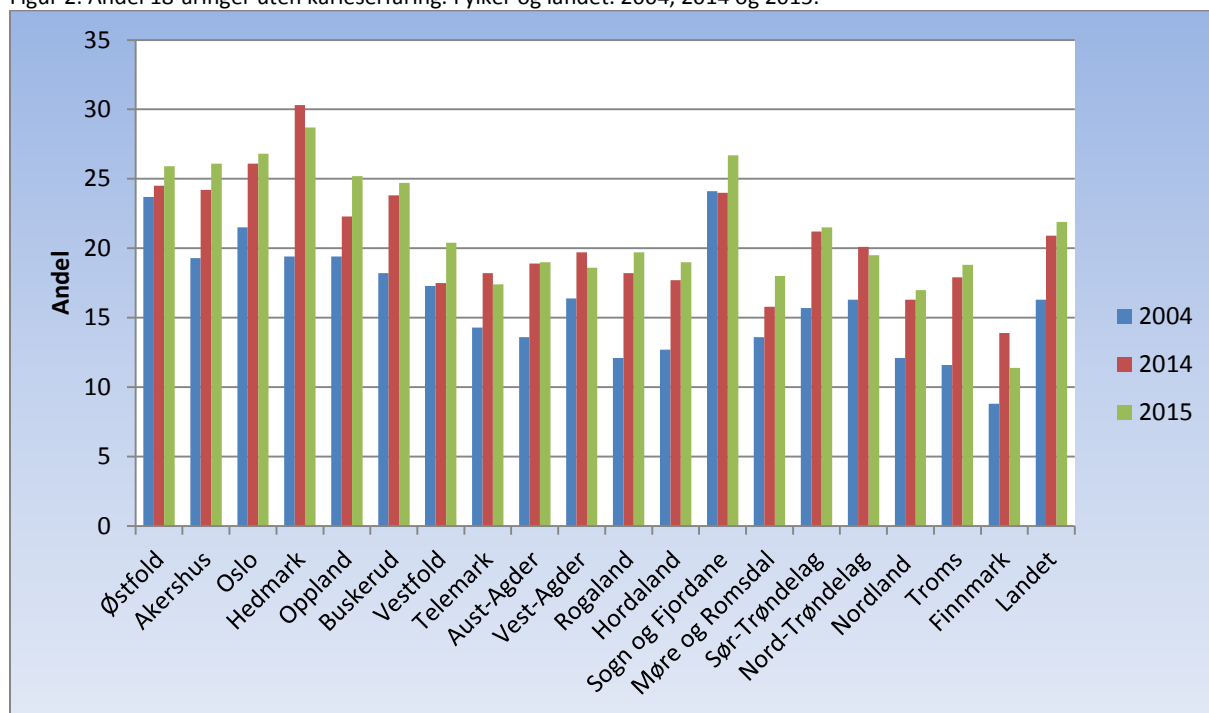
Figur 1: Andel undersøkte 5-, 12- og 18-åringer uten karieserfaring. 2004-2015.



Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Det er store geografiske forskjeller når det gjelder forekomst av karies hos barn og unge. Mens for eksempel 29 prosent av 18-åringer i Hedmark fylke er kariesfrie, er andelen i Finnmark 11 prosent. Andelen som er uten karieserfaring har økt i alle fylker i perioden 2004 til 2015. Fra 2014 til 2015 har det imidlertid vært en nedgang i andelen i noen fylker.

Figur 2: Andel 18-åringer uten karieserfaring. Fylker og landet. 2004, 2014 og 2015.



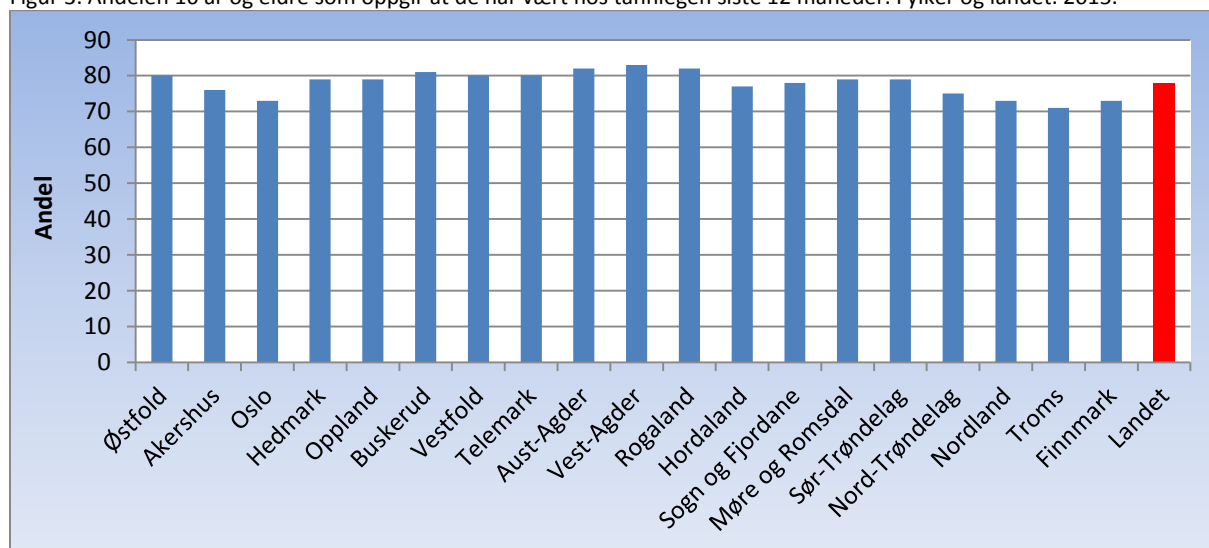
Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Tannhelse blant voksne

I Levekårsundersøkelsen, som er rettet mot personer som er 16 år og eldre, oppga 76 prosent at de hadde «svært god» eller «god» tannhelse i 2015. Det er en økning fra 75 prosent i 2008. Andelen som oppga at de hadde «svært god» eller «god» tannhelse var 79 prosent blant kvinner og 74 prosent blant menn. Andelen for menn var uendret fra 2008, mens andelen blant kvinner var økt fra 76 prosent fra 2008.

I gjennomsnitt oppga 78 prosent av befolkningen at de har vært hos tannlegen siste 12 måneder. Andelen var høyest i Vest-Agder med 83 prosent, og lavest i Troms med 71 prosent.

Figur 3: Andelen 16 år og eldre som oppgir at de har vært hos tannlegen siste 12 måneder. Fylker og landet. 2015.

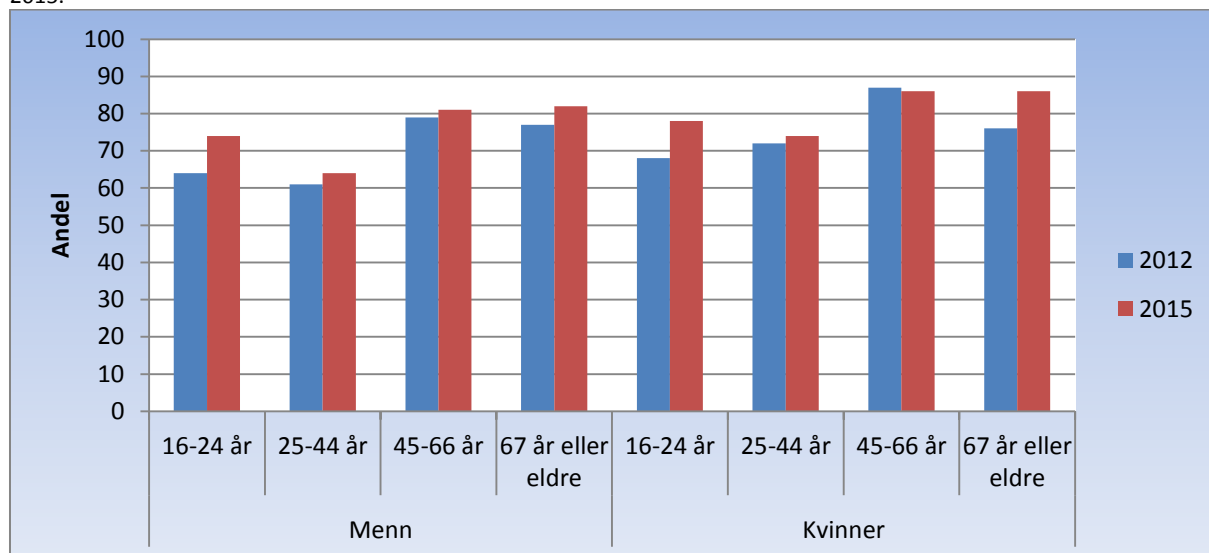


Kilde: Levekårsundersøkelsen, Statistisk sentralbyrå.

Andelen som har gått til tannlegen siste 12 måneder var lavest blant menn i aldersgruppen 25-44 år med 64 prosent i 2015. I 2008 var andelen 61 prosent for denne aldersgruppen.

I 2015 var andelen som hadde gått til tannlegen siste 12 måneder høyest blant kvinner i aldersgruppene 45-66 år og 67 år og eldre, med 86 prosent.

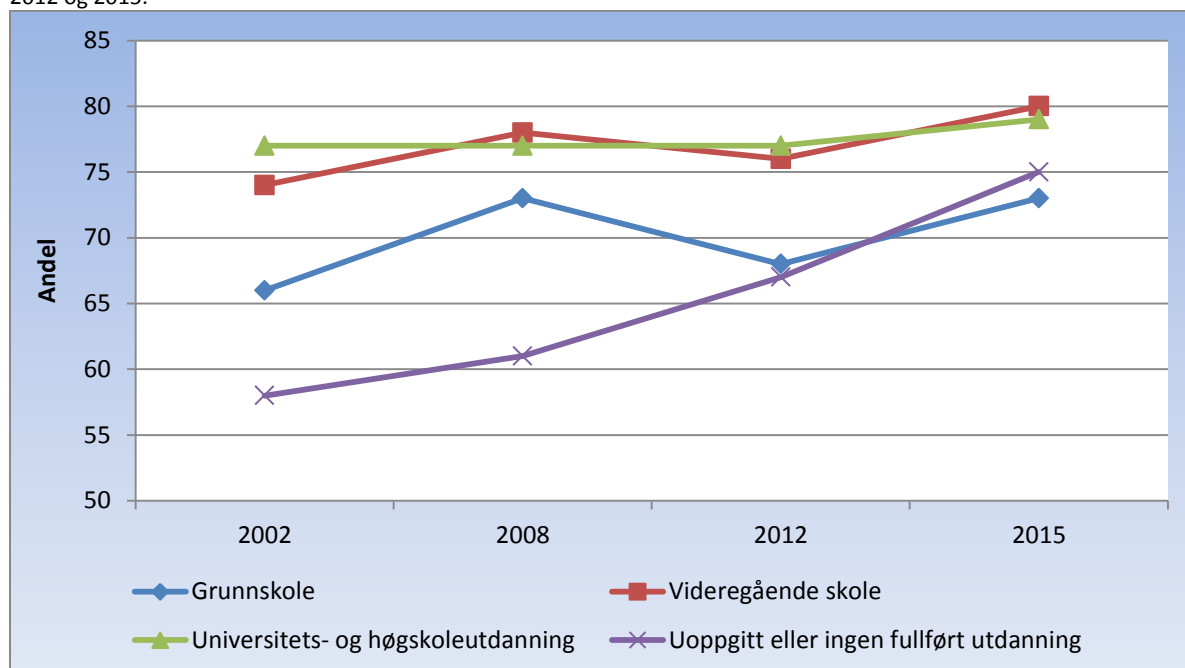
Figur 4: Andelen 16 år og eldre som oppgir at de har vært hos tannlegen siste 12 måneder. Kjønn og aldersgrupper. 2012 og 2015.



Kilde: Levekårsundersøkelsen, Statistisk sentralbyrå.

Andelen som oppga at de har vært hos tannlege siste 12 måneder var høyere blant de med universitets- og høyskoleutdanning og utdanning på videregående skole, enn blant de med grunnskoleutdanning som høyeste utdanningsnivå.

Figur 5: Andelen 16 år og eldre som oppgir at de har vært hos tannlegen siste 12 måneder. Utdanningsnivå. 2002, 2008, 2012 og 2015.



Kilde: Levekårsundersøkelsen, Statistisk sentralbyrå.

18. Personell i kommunal helse- og omsorgssektor

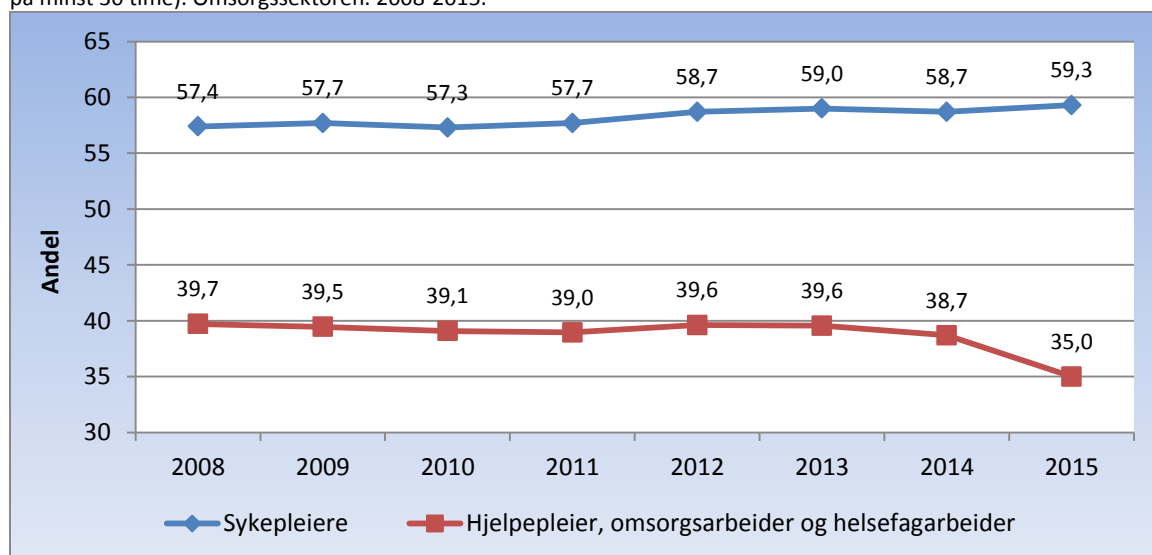
Som følge av en aldrende befolkning og flere med kroniske og sammensatte lidelser vil behovet for personell i kommunal omsorgssektor øke fremover. I dag er det mange deltidsansatte i denne sektoren. Det er en målsetning å redusere omfanget av ufrivillig deltid og tilføre tjenestene flere årsverk ved at stillingsandelene økes. Det er også et mål å få ned sykefraværet i sektoren. Det legemeldte sykefraværet i omsorgssektoren er høyt sammenliknet med fraværet i andre kommunale sektorer.

Heltid- og deltidsansatte

Andelen sysselsatte i heltidsstillinger blant hjelpepleiere, omsorgsarbeidere og helsefagarbeidere i omsorgssektoren har holdt seg relativt stabilt på nær 40 prosent i perioden 2008-2013. Fra 2013 til 2014 sank andelen til under 39 prosent, og fra 2014 til 2015 sank den ytterligere. I 2015 var andelen 35 prosent.³² Andelen sykepleiere i heltidsstillinger har i perioden 2008-2015 hatt en svak økning opp i mot 60 prosent.

I dataene fra Statistisk sentralbyrå er heltid definert som en ukentlig arbeidstid på minst 30 timer.

Figur 1: Andel hjelpepleiere, omsorgsarbeidere, helsefagarbeidere og sykepleiere i heltidsstillinger (en ukentlig arbeidstid på minst 30 timer). Omsorgssektoren. 2008-2015.

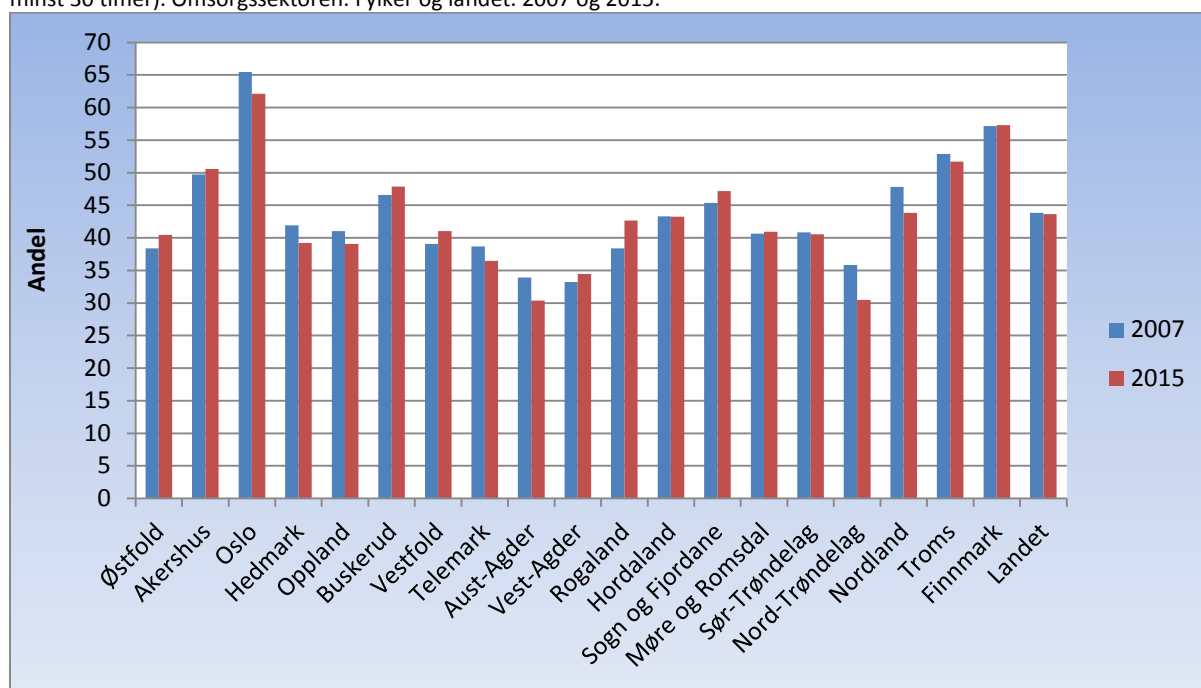


Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Det er store regionale forskjeller i andelen hjelpepleiere, omsorgsarbeidere, helsefagarbeidere og sykepleiere som jobber heltid. I 2015 hadde Oslo høyest andel av heltidsansatte med 62,1 prosent og Aust-Agder lavest med 30,4 prosent. Andelen heltidsansatte har imidlertid gått ned i begge disse fylkene fra 2007 og 2015. For hele landet har andelen ikke endret seg nevneverdig. Andelen for landet var 43,8 prosent i 2007 og 43,6 prosent i 2015.

³² I 2015 ble systemet for innhenting av registerbasert sysselsettingsstatistikk endret. Overgangen har skapt utfordringer i beregningen av årsverkstall for 2015, og det blir derfor et brudd i tidsserien. Endringen medfører at man ikke med visshet kan si hvorvidt endringer i årsverkene skyldes faktisk endring eller hvorvidt det skyldes en endring i innrapporteringen. Tidligere har det kun vært fire kategorier for arbeidstid, men i 2015 ble en femte kategori tatt med. Dette var «uoppgitt arbeidstid».

Figur 2: Andel hjelpepleiere, omsorgsarbeidere, helsefagarbeidere og sykepleiere i heltidsstillinger (ukentlig arbeidstid på minst 30 timer). Omsorgssektoren. Fylker og landet. 2007 og 2015.



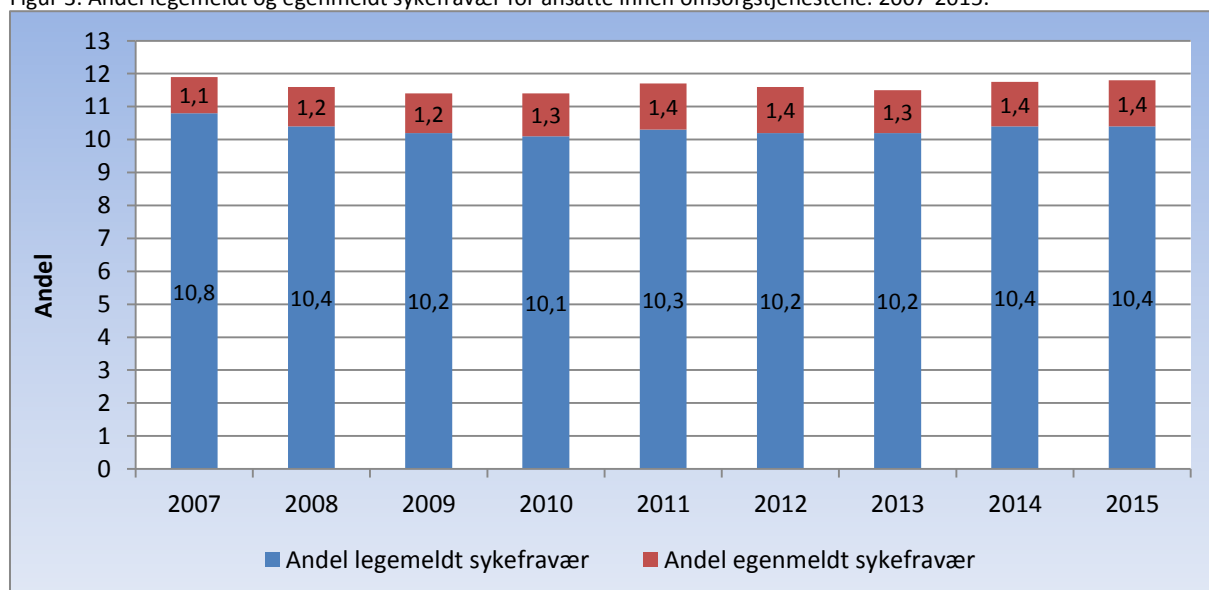
Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Sykefravær

Sykefraværet blant ansatte som jobber direkte med brukerne innen omsorgstjenester har holdt seg stabilt fra 2007 og til 2015. I 2015 var det legemeldte sykefraværet 10,4 prosent og det egenmeldte sykefraværet var 1,4 prosent.

Andelen legemeldt sykefravær innen omsorgssektoren er noe høyere enn for andre sektorer. Til sammenligning er det legemeldte sykefraværet for alle kommunalt ansatte på 8,6 prosent. Det egenmeldte sykefraværet var 1,3 prosent for de kommunalt ansatte i 2015.

Figur 3: Andel legemeldt og egenmeldt sykefravær for ansatte innen omsorgstjenestene. 2007-2015.



Kilde: Nasjonale kvalitetsindikatorer, helsenorge.no.

19. Kommunale helse- og omsorgstjenester for personer med demens

Det anslås at antall personer med demens vil øke fra om lag 78 000 i 2015 til om lag 112 000 i 2030. For å møte fremtidens utfordringer innenfor tjenester til personer med demens, må det utvikles et bredere spekter av tjenester. Selv om det satses betydelig på sykehjemsplasser de nærmeste årene, vil ikke dette tiltaket alene kunne møte morgendagens utfordringer. I fremtiden må pasientene i større grad få tilbud både i og utenfor hjemmet. Det gir bedre livskvalitet for personen med demens og avlastar de pårørende. En større satsing på dagaktivitetstilbud er nødvendig for at personer med demens skal kunne leve et godt og verdig liv i eget hjem.

Om lag halvparten av alle personer med demens anslås å bo i eget hjem. I aldersgruppen 60-65 år har rundt halvannen prosent diagnosen demens, mens forekomsten er på over 40 prosent blant de over 90 år.³³

Boform

I 2015 var 69 prosent av tjenestemottakerne som var registrert med demens i IPLOS-registeret på langtidsopphold i institusjon. Andelen øker med alderen. I aldersgruppen 18-66 år hadde 52 prosent langvarig opphold på institusjon. I aldersgruppen over 90 år var andelen 79 prosent.³⁴

Blant personer med demens i alderen 18-66 år, bodde 23 prosent i kommunal bolig og 25 prosent i privat bolig.

Tabell 1: Antall og andel personer med demens, etter bosituasjon og aldersgrupper. 2015.

	Institusjon (langvarig opphold i institusjon)	Bolig (vedtak om omsorgsbolig eller annen bolig)	Bor i privat bolig
18-66 år	272 (52 %)	121 (23 %)	128 (25 %)
67-79 år	2 044 (61 %)	484 (14 %)	827 (25 %)
80-89 år	5 653 (66 %)	1 262 (15 %)	1 588 (19 %)
90 år+	4 034 (79 %)	757 (15 %)	303 (6 %)
I alt	12 003 (69 %)	2 624 (15 %)	2 846 (16 %)

Kilde: IPLOS-registeret, Helsedirektoratet.

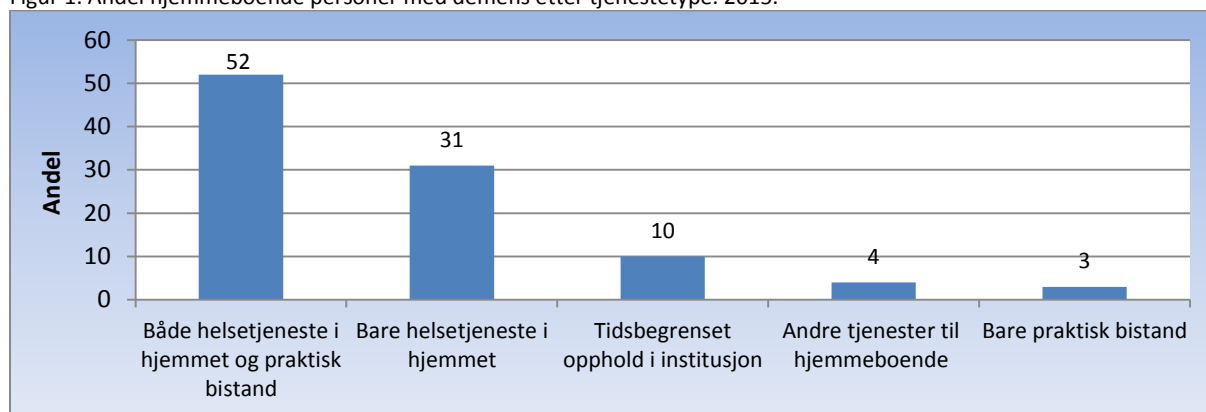
Tjenester til hjemmeboende

Av de med demens som bodde i eget hjem mottok 83 prosent helsetjenester i eget hjem, enten med eller uten praktisk bistand i tillegg.

³³ Alzheimer's & Dementia 9 (2013) 63-75.

³⁴ Diagnosestatistikk for kommunale helse- og omsorgstjenester. IS-0600. 2016. Helsedirektoratet.

Figur 1: Andel hjemmeboende personer med demens etter tjenestetype. 2015.



Kilde: IPLOS-registeret, Helsedirektoratet.

Dagaktivitetstilbud

Dagaktivitetstilbud er en tjeneste beregnet for hjemmeboende. Tilbudet kan bidra til å vedlikeholde dagliglivets funksjoner og øke trivsel og livskvalitet. Kommunen har ikke en lovpålagt plikt til å tilby dagaktivitetstilbud. Dersom kommunene har et tilbud står de også fritt til selv å velge hvordan det skal innrettes og innholdet i tjenestene vil kunne variere ut fra lokale forhold og behov.

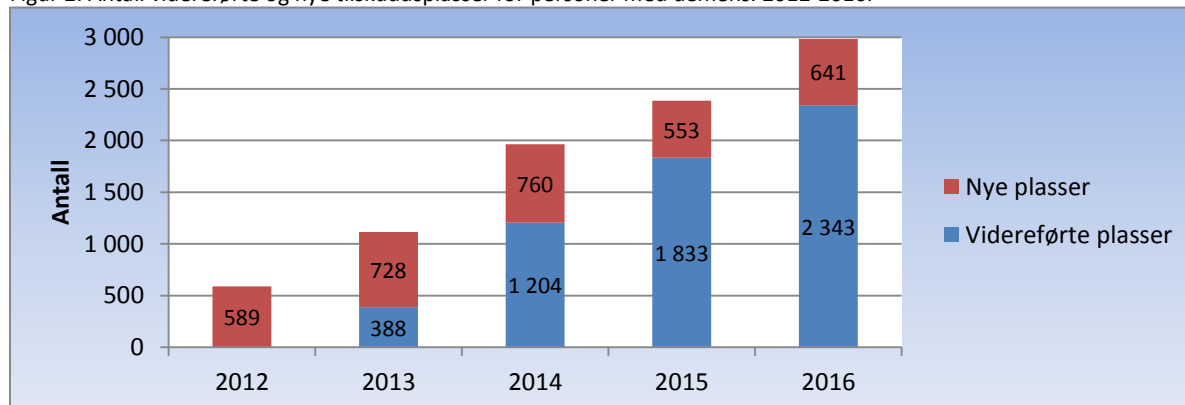
Det er en særskilt satsing på å bygge opp et dagaktivitetstilbud for hjemmeboende personer med demens. Formålet er blant annet å bidra til at de som ønsker det kan bo hjemme så lenge som mulig med best mulig livskvalitet, samtidig som tiltaket kan avlaste eventuelle pårørende.

I Demensplan 2020 er det en målsetning at alle kommuner skal kunne tilby dagaktivitetstilbud til personer med demens, og at alle hjemmeboende som ønsker det skal få et aktivitetstilbud. Når demensplanen er gjennomført i 2020, vil dagaktivitetstilbud for personer med demens bli en lovfestet plikt for kommunene.

I 2015 rapporterte 419 av 428 kommuner i KOSTRA på om de har dagaktivitetstilbud. Av de 419 som rapporterte inn oppga 82 prosent (344 kommuner) at de har et dagaktivitetstilbud til personer med demens.

Helsedirektoratet administrerer en tilskuddsordning for dagaktivitetsplasser for personer med demens. Ved utgangen av 2016 finansierte ordningen i underkant av 3 000 hele plasser, dvs. plasser som gir et tilbud 5 dager per uke og 5 timer om dagen. Ordningen gir et tilbud til ca. 65 000 brukere.

Figur 2: Antall videreførte og nye tilskuddsplasser for personer med demens. 2012-2016.



Kilde: Helsedirektoratet.

20. Personer med utviklingshemmings bruk av primærhelsetjenester

Personer med psykisk utviklingshemming anslås å utgjøre i overkant av fem prosent av tjenestemottakerne som mottar kommunale helse- og omsorgstjenester. Samtidig er dette en gruppe hvor mange av tjenestemottakerne har omfattende bistandsbehov.

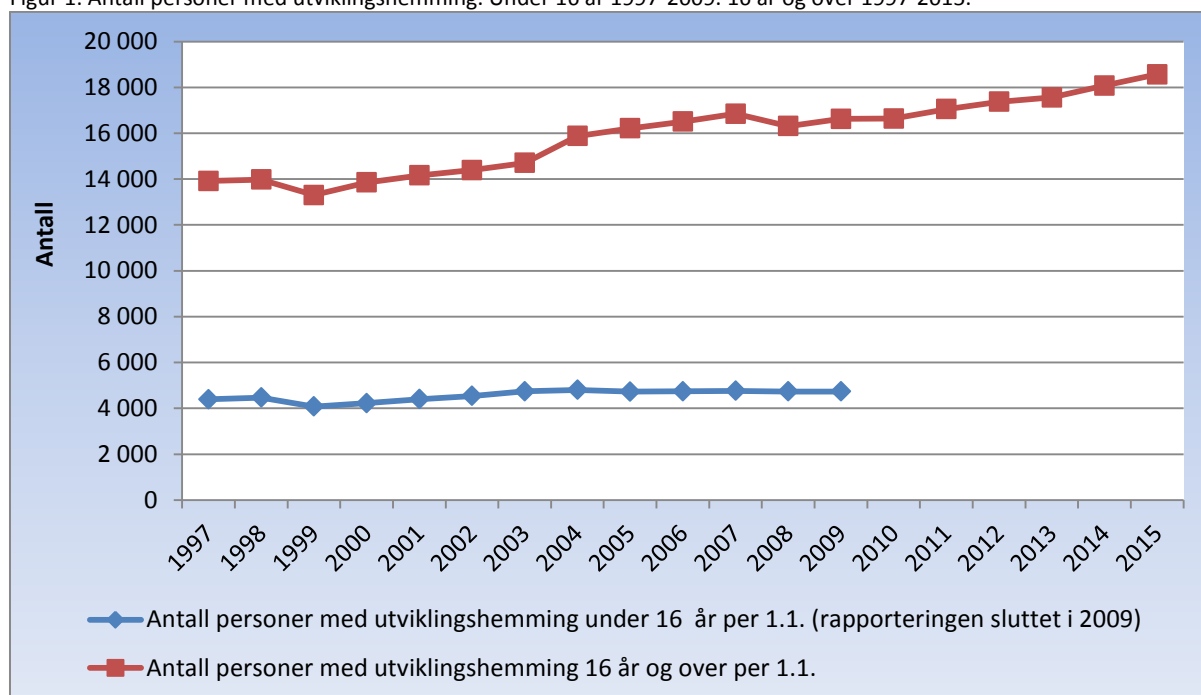
Det finnes ingen sikre tall på hvor mange personer i Norge som har psykisk utviklingshemming. Basert på definisjoner fra WHO er det anslått at det er minst 75 000 personer med utviklingshemming i Norge.³⁵ De fleste av disse vil ha lettere utviklingshemming og er ikke diagnostisert eller registrert i hjelpeapparatet som utviklingshemmet.

Antall, alder og kjønn

Kommuner som yter særlig ressurskrevende helse- og omsorgstjenester til personer med psykisk utviklingshemming kan søke om tilskudd for dette. I 2015 ble det søkt om tilskudd for 18 564 personer over 16 år.³⁶ I 1997 var antallet 13 916.

Fram til 2009 ble det også rapportert inn antall barn med psykisk utviklingshemming. I perioden 2005-2009 søkt kommunene årlig om tilskudd for i overkant av 4 700 barn under 16 år.

Figur 1: Antall personer med utviklingshemming. Under 16 år 1997-2009. 16 år og over 1997-2015.



Kilde: Data fra Grønt hefte. Kommunal- og moderniseringsdepartementet.

I IPLOS-registeret³⁷ var det i 2015 registrert 13 227 personer med psykisk utviklingshemming, som har søkt om eller har hatt vedtak om tjenester. 55 prosent av de med registrert utviklingshemming er menn. Overvekten av menn gjelder alle aldersgrupper opp til 80 år.

³⁵ Meld. St. 45 (2012-2013): Frihet og likeverd – om mennesker med utviklingshemming; Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet.

³⁶ Inntektssystemet for kommuner og fylkeskommuner 2016. Grønt hefte. Beregningsteknisk dokumentasjon til Prop. 1 S. (2015-2016). Kommunal- og moderniseringsdepartementet.

³⁷ IPLOS-registeret inneholder data fra kommunene om personer som har søkt, mottar eller har mottatt helse- og omsorgstjenester.

Tabell 1: Antall personer registrert med utviklingshemming i IPLOS-registeret. Andel fordelt på kjønn, aldersgruppe og andel av befolkningen. 2015.

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

Kilde: SAMDATA kommune. Rapport IS-2575. Helsedirektoratet. Publiseres mars 2017.

Kommunale helse- og omsorgstjenester

De aller fleste med utviklingshemming bor hjemme, enten i kommunale boliger eller i private hjem. Tre prosent er registrert som beboer i institusjon for langtidsopphold. De fire vanligste tjenestene er: helsetjenester i hjemmet, støttekontakt, praktisk bistand til daglige gjøremål og dagaktivitetstilbud. Hver person kan ha vedtak om én eller flere av tjenestene. 31 prosent av personer med utviklingshemming mottok i 2015 et dagaktivitetstilbud.

Tabell 2: Andel personer med registret psykisk utviklingshemming som mottar ulike typer helse- og omsorgstjenester. 2015.

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

Kilde: SAMDATA kommune. Rapport IS-2575. Helsedirektoratet. Publiseres mars 2017.

Tjenestemottakere med psykisk utviklingshemming har høy grad av bistandsbehov. I 2015 hadde 58 prosent av alle mottakerne registrert med diagnosen psykisk utviklingshemming omfattende bistandsbehov. Andel med omfattende bistandsbehov for alle tjenestemottakere, uavhengig av diagnose, er på 23 prosent.³⁸

Blant personer med utviklingshemming har aldersgruppen 18-49 år flest tildelte timer per uke. Spesielt høyt er tildelte timer for «praktisk bistand, opplæring i daglige gjøremål» hvor de mottar 45 timer i uken. Personer med utviklingshemming mottar langt mer praktisk bistand enn alle tjenestemottakere samlet, hvor gjennomsnittet er på 9,5 timer per uke.

³⁸ <http://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/kommunale-helse-og-omsorgstjenester-2014>

Denne brukergruppen mottar også flere timer med helsetjeneste i hjemmet enn det som er gjennomsnittet for alle. Tjenestemottakere generelt har i gjennomsnitt vedtak om 4,6 timer i uken med helsetjenester i hjemmet. Personer med utviklingshemming mottar i snitt 11,6 timer per uke, hvor av de yngste mottar noe mer enn de eldre.

47 prosent av personer med utviklingshemming har støttekontakt, og de får i gjennomsnitt 3,5 timer per uke. 14 prosent av avlastningen foregår utenfor institusjon. Formålet med støttekontaktordningen er å hjelpe den enkelte til en meningsfull fritid og samvær med andre.

Bruk av legetjenester

Uavhengig av alder hadde hver kvinne i gjennomsnitt 3,1 konsultasjoner med fastlege i 2015. Gjennomsnittet blant kvinner med utviklingshemming³⁹ var 3,6 konsultasjoner. I aldersgruppene frem til 60 år har kvinner med utviklingshemming i gjennomsnitt flere kontakter med fastlegen enn gjennomsnittet.

Menn hadde i gjennomsnitt 2,2 konsultasjoner med fastlegen i 2015. Gjennomsnittet for menn med utviklingshemming var 2,7 konsultasjoner. Menn med utviklingshemming hadde, i likhet med kvinnene, også i gjennomsnitt flere kontakter med fastlege enn gjennomsnittet blant menn frem til 60 år.

Fra fylte 60 år er antall konsultasjoner større i den samlede befolkningen enn for personer med utviklingshemming.

Tabell 3: Gjennomsnittlig antall konsultasjoner hos fastlegen. Hele befolkningen og personer med oppgjørdsdiagnosen psykisk utviklingshemming (P85). 2015.

Alder	Alle kvinner	Kvinner (P85)	Alle menn	Menn (P85)
0-9 år	1,4	3,0	1,5	2,6
10-19 år	1,6	2,4	1,2	1,9
20-29 år	3,0	3,7	1,4	2,3
30-39 år	3,5	4,4	1,7	2,9
40-49 år	3,3	4,4	2,0	3,1
50-59 år	3,5	4,1	2,6	3,5
60-69 år	3,8	3,5	3,3	3,3
70-79 år	4,6	3,0	4,4	2,5
80-89 år	5,4	1,8	5,9	2,1
90-99 år	3,8	0,3	5,4	0,2
100 år +	1,3	0,0	2,5	0,0
Totalt	3,1	3,6	2,2	2,7

Kilde: Personer med utviklingshemmings bruk av fylkeskommunale og kommunale helse- og omsorgstjenester. IS-2555. 2017. Helsedirektoratet. Publiseres mars 2017.

Individuell plan

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

³⁹ Kodet som P85, psykisk utviklingshemming.

I alt har 41 prosent av alle med registrert psykisk utviklingshemming en virksom individuell plan.⁴⁰ Andelen er vesentlig høyere enn for mottakere av omsorgstjenester generelt hvor ni prosent hadde individuell plan.

Bruk av tvang

Bruk av tvang og makt ovenfor personer med psykisk utviklingshemming er regulert spesifikt i helse- og omsorgstjenestelovens kapittel 9 om rettssikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelt personer med psykisk utviklingshemming. Formålet er å unngå eller redusere bruk av tvang. Antall personer med godkjente tvangsvedtak i denne gruppen har økt fra 788 i 2009 til 1 263 i 2015.

Tabell 4: Antall personer med utviklingshemning (PU) som er fylt 16 år, antall og andel tvangsvedtak etter helse- og omsorgstjenestelovens kapittel 9. Landet og fylker. 2014 og 2015.

	2014			2015		
Fylke	Personer med PU	Personer med tvangsvedtak	Andel med tvangsvedtak	Personer med PU	Personer med tvangsvedtak	Andel med tvangsvedtak
Østfold	1 063	29	2,7 %	1 102	22	2,0 %
Oslo og Akershus	2 949	221	7,5 %	3 049	216	7,1 %
Hedmark	896	104	11,6 %	919	115	12,5 %
Oppland	867	58	6,7 %	898	52	5,8 %
Buskerud	925	94	10,2 %	963	88	9,1 %
Vestfold	907	55	6,1 %	930	45	4,8 %
Telemark	683	36	5,3 %	709	30	4,2 %
Aust-Agder	449	21	4,7 %	467	18	3,9 %
Vest-Agder	739	51	6,9 %	753	67	8,9 %
Rogaland	1 371	130	9,5 %	1 402	158	11,3 %
Hordaland	1 887	195	10,3 %	1 921	173	9,0 %
Sogn og Fjordane	496	17	3,4 %	511	17	3,3 %
Møre og Romsdal	1 004	64	6,4 %	1 012	80	7,9 %
Sør-Trøndelag	996	67	6,7 %	1 049	59	5,6 %
Nord-Trøndelag	680	30	4,4 %	688	24	3,5 %
Nordland	1 148	67	5,8 %	1 185	58	4,9 %
Troms	680	44	6,5 %	684	37	5,4 %
Finnmark	324	6	1,9 %	321	4	1,2 %
Totalt	18 064	1 289	7,1 %	18 563	1 263	6,8 %

Kilde: NFU, Helsetilsynets tilsynsmelding 2014 og 2015. Regjeringens Kriteriedata til inntakssystemet for kommunene 2015.

Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming (NAKU) har beregnet at i gjennomsnitt 7,1 prosent av personer med psykisk utviklingshemming ble utsatt for planlagt bruk av tvang i 2014 og 6,8 prosent i 2015. Samtidig påpekes det at de fylkesvise variasjonene er store, fra 1,9 til 11,6 prosent i 2014 og 1,2 til 12,5 prosent i 2015.⁴¹

⁴⁰ Personer med utviklingshemmings bruk av fylkeskommunale og kommunale helse- og omsorgstjenester. IS-2555. 2017. Helsedirektoratet. Publiseres mars 2017.

⁴¹ Naku: <http://naku.no/kunnskapsbanken/tvang-og-makt-forkning>

Spesialisthelsetjenesten

Spesialisthelsetjenester krever tilgang til spesialisert kompetanse og ressurser. Spesialisthelsetjenesten består av somatisk pasientbehandling, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Spesialisthelsetjenesten skal samarbeide med kommunene om et godt tilbud gjennom diagnostisering, behandling, oppfølging og rehabilitering, samt ambulanser og syketransport.

Her er noen nøkkeltall knyttet til spesialisthelsetjenesten.



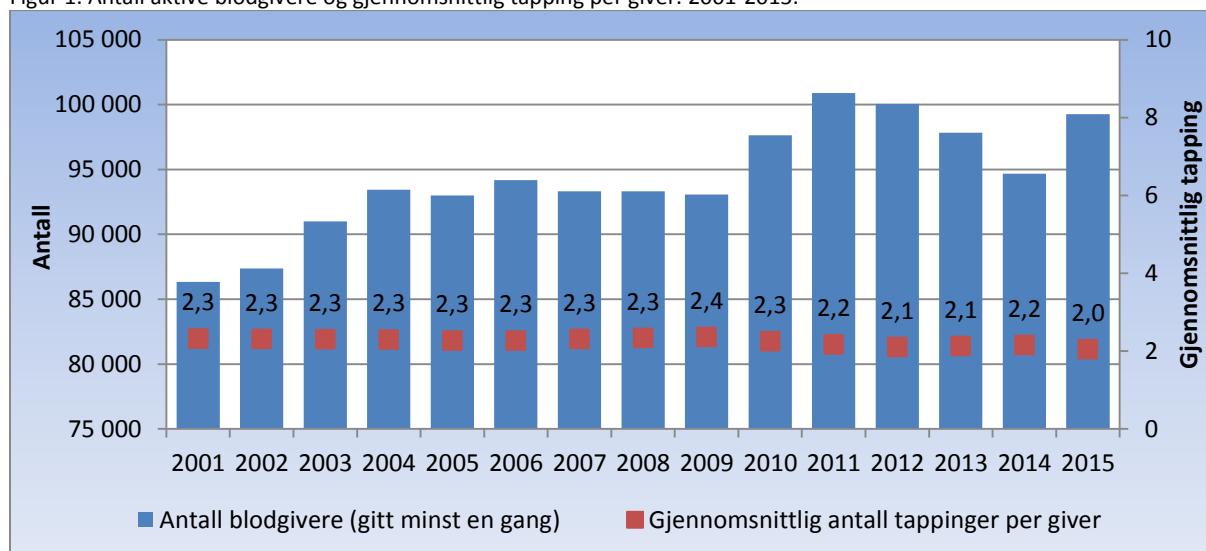
21. Blodgiversituasjon i Norge

I 2015 hadde Norge i underkant av 100 000 blodgivere. Det er et mål at Norge skal være selvforsynt med blod og blodkomponenter, også under krisesituasjoner. For å nå denne målsetningen bør antallet blodgivere økes med ca. 30 000. Å gi blod i Norge bygger på frivillighet og er derfor ikke betalt.

En blodgiver kan gi 450 milliliter blod inntil fire ganger hvert år. De fleste friske mennesker mellom 18 og 70 år kan gi blod. Det er også mulig å kun gi blodplater og blodplasma. Plategivere kan gi hver 14. dag.

For å øke antall blodgivere ble det i 2010-2011 gjennomført en landsomfattende kampanje for nyrekruttering. Antallet nådde en topp i 2011, for deretter å falle gradvis i perioden 2012-2014. I 2015 har nyrekrutteringen igjen økt. I 2015 ble det utført ca. 202 000 tappinger fra 99 263 blodgivere. Dette tilsvarer et gjennomsnitt på to tappinger per blodgiver, som er det laveste gjennomsnittet i perioden 2001-2015.

Figur 1: Antall aktive blodgivere og gjennomsnittlig tapping per giver. 2001-2015.



Kilde: 2001-2007: Norsk forening for immunologi og transfusjonsmedisin. 2008-2015: Blodbanken Bærum, Vestre Viken.

Frem til rundt 2007-2008 var Norge selvforsynt med blod og blodkomponenter. I ettertid har Norge hatt mangel på blodplasma og må kjøpe plasmaprodukter fra det kommersielle plasmamarkedet. Det kommersielle plasmamarkedet benytter betalte blodgivere, noe som strider mot det norske prinsippet om at blodgivning skal komme fra frivillige, ubetalte blodgivere.

For å opprettholde målet om at Norge skal være selvforsynt med blod og blodkomponenter, og ha beredskap for krisesituasjoner, bør antallet blodgivere økes med ca. 30 000. For å kunne dekke behovet for blod i krisesituasjoner er det også viktig at andelen blodgivere som er tappet innenfor de siste tre månedene ikke er for høyt. Ettersom i overkant av halvparten av alle blodgivere i Norge til enhver tid har gitt blod innenfor de siste tre månedene, er de ikke aktuelle som givere ved en eventuell krisesituasjon.⁴²

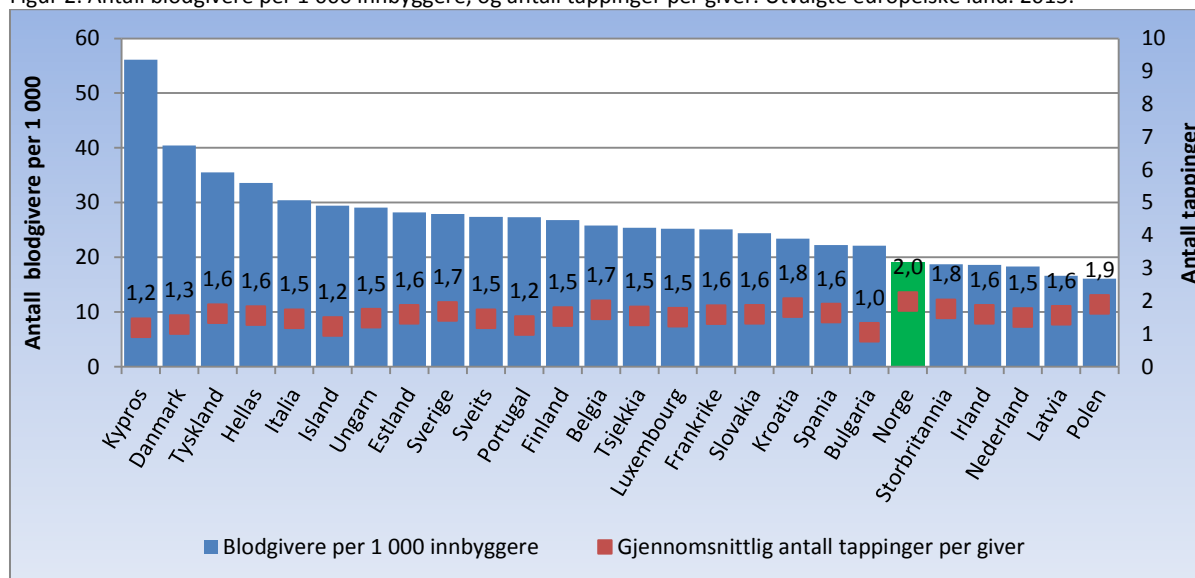
Dersom Norge i tillegg skal gjenopprette målet om selvforsyning av plasmaprodukter i krisesituasjoner, er det nødvendig at den økte tappingen samtidig dreies mot flere plasmatappinger.

⁴² Blodgiversituasjon i Norge. IS-2119. Desember 2013. Helsedirektoratet.

Blodgivning i Europa

Norge har langt færre blodgivere enn mange andre europeiske land, med 19 blodgivere per 1 000 innbyggere i 2013. Andelen på Kypros og i Danmark var på henholdsvis 56 og 40 per 1 000 innbyggere. Tappingsfrekvensen i Norge er høyest i Europa med to tappinger per blodgiver.

Figur 2: Antall blodgivere per 1 000 innbyggere, og antall tappinger per giver. Utvalgte europeiske land. 2013.*



* For 2013 ligger gjennomsnittlig tapping per giver 0,1 høyere i nasjonale tall for Norge enn i internasjonalt rapporterte tall.
Kilde: Council of Europe/EDQM.

Organisering av blodbankvirksomheten

Organiseringen av blodbankvirksomheten varierer mellom landene. Noen land, f. eks. Nederland og Finland, har en nasjonal blodbank som er uavhengig av sykehusene, men som likevel har et nært samarbeid med disse. Begge landene har «tappestasjoner» som er spredt rundt i landene, samt at de har mobile «blodbusser». I Danmark har man de senere årene sentralisert blodbankvirksomheten til fem regionblodbanker. Disse planlegges nå redusert til tre.

Blodbanktjenesten i Norge er sykehusbasert. Det vil si at det enkelte helseforetak eier, administrerer og drifter sine egne blodbanker. Hvert helseforetak er monopolister både når det gjelder tilgang til blodgivere, tapping, foredling og forsyning til eget helseforetak. Denne organiseringen gjør det utfordrende å samordne og sikre en effektiv utnyttelse av blodgiverpotensialet i Norge. Ved akutte behov kan helseforetakene bistå hverandre. Per 12. januar 2016 hadde Norge 30 godkjente blodbanker.

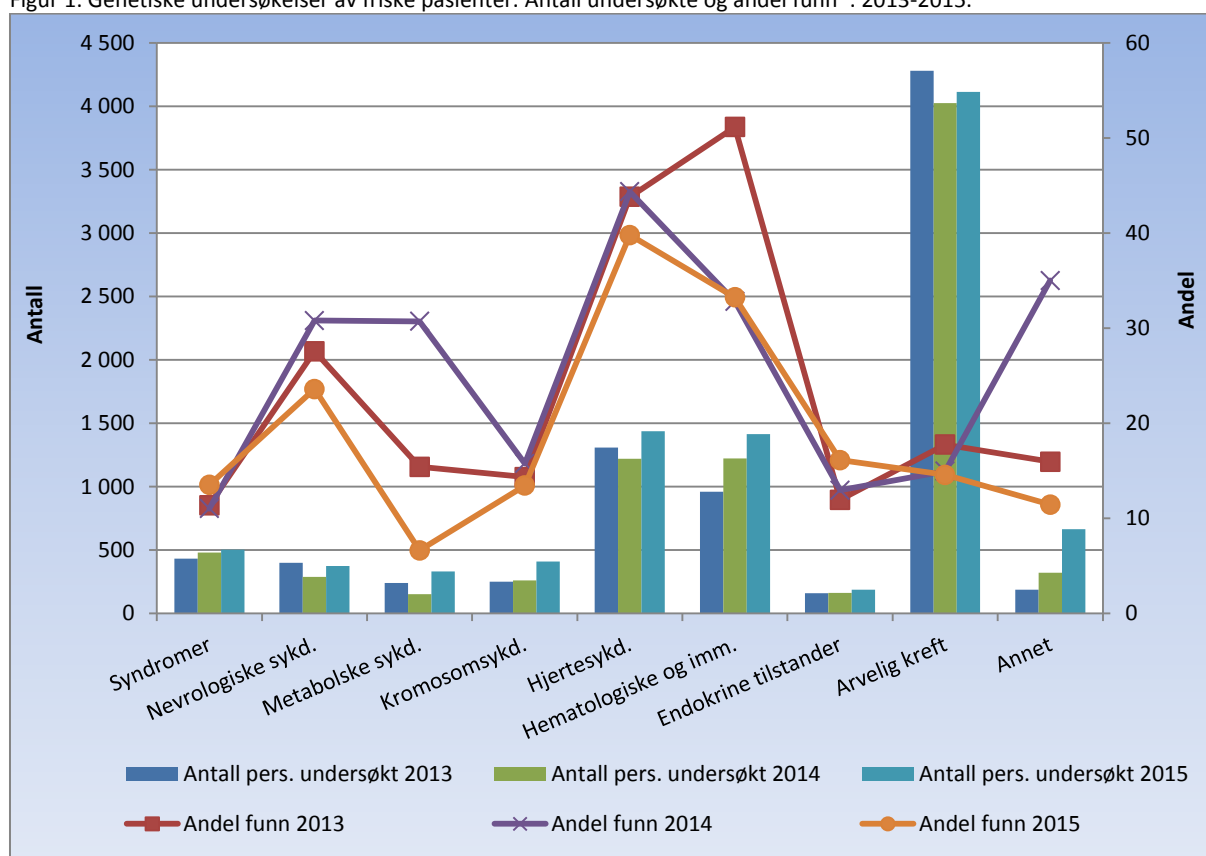
22. Genetiske undersøkelser

I Norge får anslagsvis 50 000 pasienter årlig utført en genetisk undersøkelse. Genetiske undersøkelser brukes for å finne gen-varianter som kan forklare symptomer hos syke pasienter, samt for å identifisere genetisk predisposisjon for fremtidig sykdom hos friske.

I 2015 ble det utført genetiske undersøkelser av 9 431 pasienter som var friske ved undersøkelsestidspunktet. Det er en økning på om lag 16 prosent fra i 2014. Påvisning av predisposisjon hos friske vil i noen tilfeller resultere i at forebyggende behandling iverksettes, og i andre tilfeller at behandling kan iverksettes tidlig i sykdomsforløpet.

I 2015 ble genetiske undersøkelser av friske pasienter i 44 prosent av tilfellene foretatt for å identifisere mulig predisposisjon for kreft. I 15 prosent av disse undersøkelsene ble det gjort funn. I 2013 og 2014 ble det gjort funn i henholdsvis 18 og 15 prosent av undersøkelsene knyttet til predisposisjon for kreft.

Figur 1: Genetiske undersøkelser av friske pasienter. Antall undersøkte og andel funn*. 2013-2015.



*Funn; identifisert sygdomsgivende eller antatt sygdomsgivende mutasjon.

Kilde: Helsedirektoratet.

I noen tilfeller vil en genetisk undersøkelse innebære at svært mange eller alle genene hos pasienten blir analysert (genomvide undersøkelser). Slike analyser har stort klinisk potensiale, og bruken er økende. Genomvide undersøkelser øker muligheten for funn av sygdomsgivende gen-varianter som ikke er relatert til den kliniske problemstillingen som utredes (tilfeldige funn). I 2015 ble det utført genomvide undersøkelser av 2 949 pasienter. Det ble ikke gjort noen tilfeldige funn. I 2014 ble det gjort ett funn etter undersøkelse av 2 634 pasienter.

23. Assistert befruktning

Mellom tre og fire prosent av alle barn som fødes i Norge i løpet av et år har blitt til ved hjelp av assistert befruktning utført i Norge. Behandlinger utført i 2014 resulterte i 2 074 barn. Det har vært en sterk nedgang i antall tvilling- og flerfødsler fra 2004 til 2014.

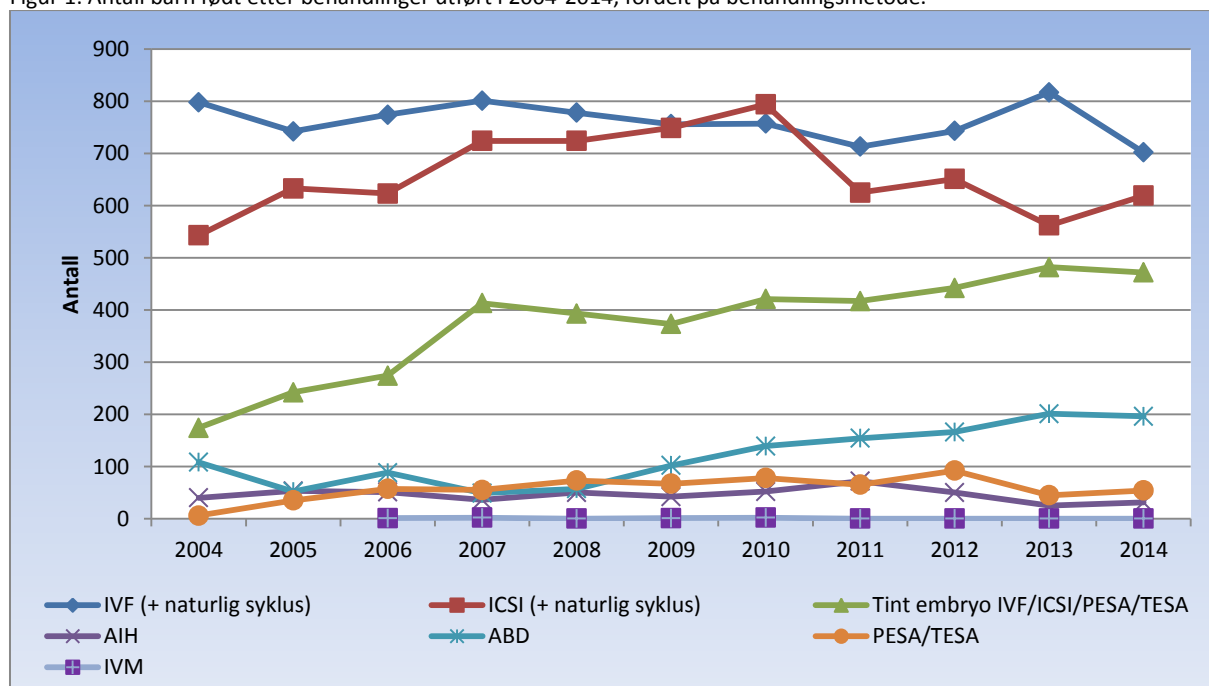
Antall barn født etter behandlinger med donorsæd har økt jevnt siden 2009, etter en nedgang i årene 2005-2008 sammenlignet med årene før sædgivers anonymitet ble opphevet i 2005. Behandlinger med donorsæd utført i 2014 resulterte i 196 barn, hvorav 88 barn fra behandling ved offentlige sykehus og 108 fra private klinikker.

Det er to offentlige sædbanker i Norge, ved Oslo universitetssykehus og ved Haugesund sjukehus. I 2014 rekrutterte de offentlige sædbankene til sammen 11 sæddonor. Tre private klinikker importerte til sammen 826 spermstrå fra sædbank i utlandet.

I 2014 var det flest kvinner i alderen 30-34 år som fikk behandlinger med IVF/ICSI («vanlig» prøverør/spermieinjeksjon). Det er en endring fra perioden 2009-2013, hvor antallet var høyest blant kvinner i aldersgruppen 35-39 år. Antall fødsler etter IVF eller ICSI har i denne perioden vært høyest i aldersgruppen 30-34 år.

23 prosent av barna som ble til ved hjelp av assistert befruktning i 2014 ble født etter behandlinger med innsetting av embryo som har vært lagret. Andel flerlingefødsler som følge av assistert befruktning (alle metoder innberegnet) var i 2014 på syv prosent. Dette er en sterk nedgang fra tidligere år. I perioden 2010 og 2013 var andel flerlingefødsler etter assistert befruktning i underkant av 11 prosent. I 2004 var omtrent hver fjerde fødsel etter assistert befruktning en flerlingefødsel. Dette er en ønsket utvikling i tråd med internasjonale anbefalinger.

Figur 1: Antall barn født etter behandlinger utført i 2004-2014, fordelt på behandlingsmetode.



IVF = "vanlig" prøverørsbehandling. ICSI = intracytoplasmatisk spermieinjeksjon. PESA/TESA = uthenting av sæd fra testikkel eller bitestikkel kombinert med ICSI. AIH = inseminasjonsbehandling med sæd fra ektefelle eller samboer ABD = inseminasjonsbehandling, IVF eller ICSI med donorsæd. IVM = egget modnes i laboratoriet før det befruktes ved hjelp av ICSI. Tint embryo IVF/ICSI/PESA/TESA: tilbakeføring av lagret embryo som ble laget ved hjelp av disse metodene.

Kilde: Helsedirektoratet.

24. Fosterdiagnostikk

Fosterdiagnostikk er ulike typer undersøkelser av et foster eller en gravid kvinne med det formål å få informasjon om fosteret har sykdom eller utviklingsavvik. Alle kvinner som er over 38 år ved termin, eller som tilhører risikogrupper, får informasjon og tilbud om fosterdiagnostikk.

Basert på funn ved fosterdiagnostikk kan en i noen tilfelle starte behandling mens fosteret fortsatt er i mors mage eller like etter fødselen. Funn gjør også at foreldrene kan forberede seg på å få barn med utviklingsavvik. Flere sykdommer og utviklingsavvik som blir påvist er alvorlige tilstander som ikke kan kureres. Noen velger å ta abort etter at det er gjort funn ved fosterdiagnostikk.

Fosterdiagnostisk ultralydundersøkelse i uke 11-13 er den mest brukte undersøkelsesmetoden. I 2015 utgjorde dette rundt 59 prosent av all fosterdiagnostikk. I 2014 var andelen 58 prosent. I 2015 var om lag 54 prosent av de undersøkte kvinnene yngre enn 38 år.

I 2015 ble det foretatt fosterdiagnostikk av 6 653 gravide. Det utgjorde ca. 11 prosent av alle svangerskap det året. Det ble det gjort funn i 1 056 svangerskap, noe som tilsvarer i 15,9 prosent av svangerskapene. I 2012 ble det gjort funn i rundt 15,6 prosent av tilfellene, i 2013 i rundt 15,1 prosent og i 2014 rundt 14,7 prosent.

Tabell 1: Antall svangerskap hvor det er gjennomført fosterdiagnostikk, antall funn og antall avbrutte svangerskap etter funn. 2012-2015.

	2012	2013	2014	2015
Fosterdiagnostikk*	6 243	6 439	6 836	6 653
Funn	976	973	1 005	1 056
Antall avbrudd etter funn	278	301	260	334

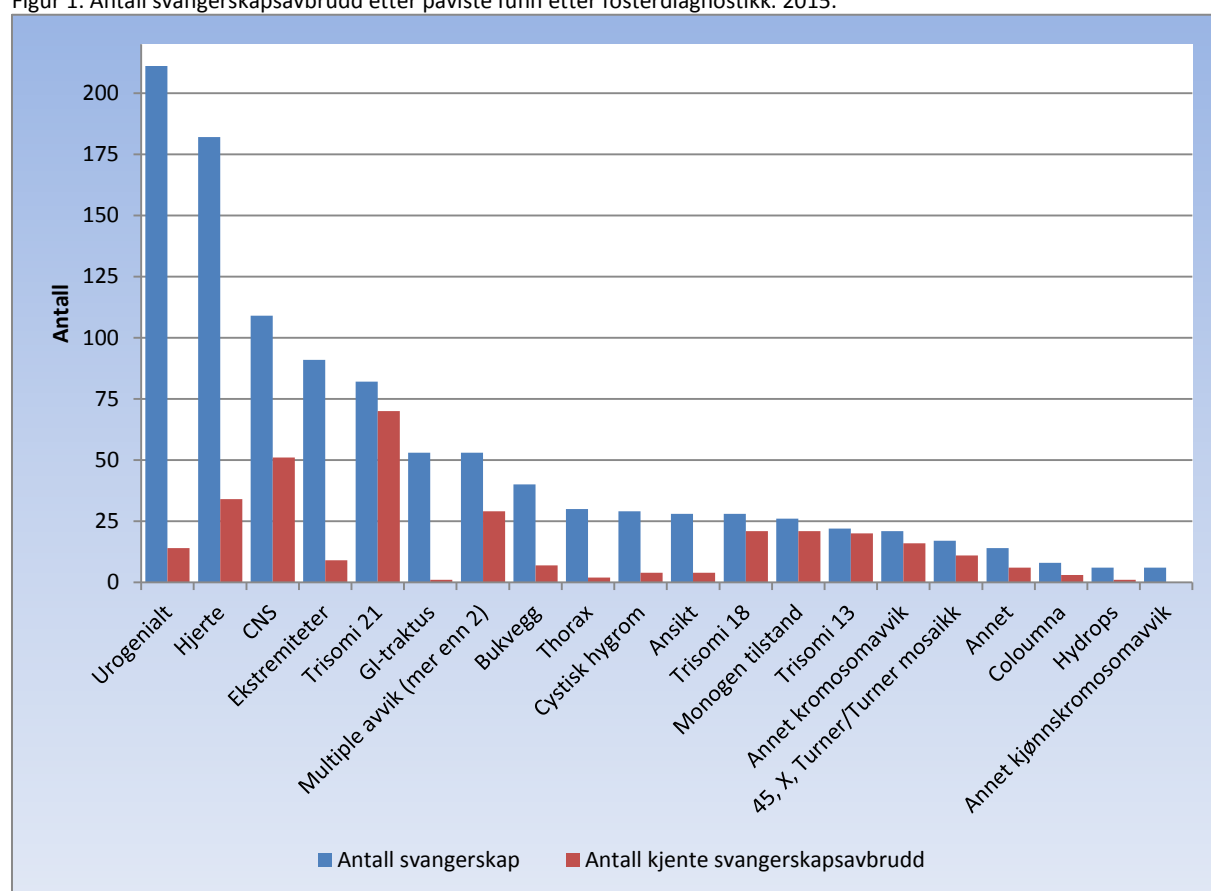
* Det kan gjennomføres flere undersøkelser i hvert svangerskap.

Kilde: Rapport om fosterdiagnostikk. 2012, 2013, 2014 og 2015. Helsedirektoratet.

I 2015 ble rundt 32 prosent av svangerskap hvor det ble påvist funn avbrutt. Dette er noe høyere enn i 2014, da andelen var 26 prosent.

Flest funn ble gjort rundt urogenitalt (urinveiene og kjønnsorganene), hjerte og CNS (sentralnervesystemet). Flest antall svangerskapsavbrudd skjedde ved funn av Trisomi 21 (Downs syndrom), hvor 70 av 82 svangerskap ble avbrutt i 2015. Det utgjør rundt 85 prosent av svangerskapene hvor Trisomi 21 ble påvist. Andelen er dermed tilbake til der den var i 2012 og 2013.

Figur 1: Antall svangerskapsavbrudd etter påviste funn etter fosterdiagnostikk. 2015.



Kilde: Rapport om fosterdiagnostikk. 2015. Helsedirektoratet.

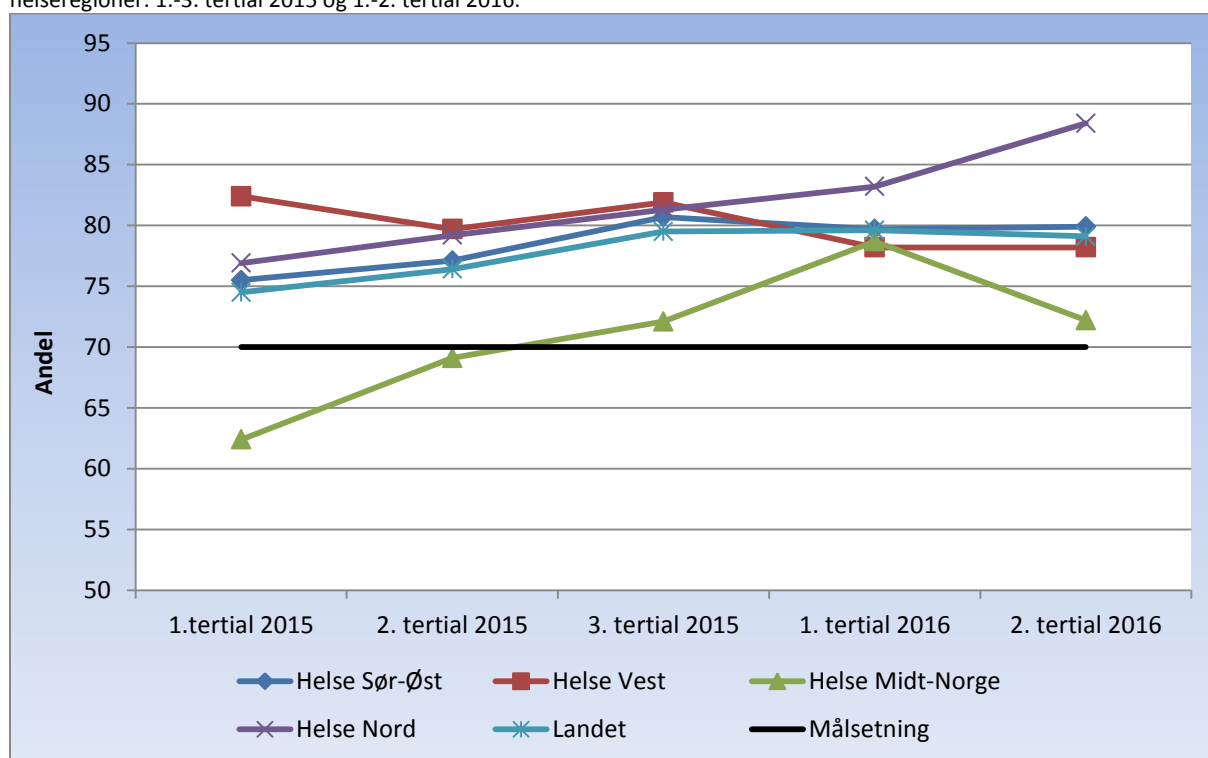
25. Pakkeforløp for kreft

I 2015 ble det etablert 28 pakkeforløp for kreft. Formålet med pakkeforløpene er at pasienter skal oppleve et godt organisert, helhetlig forløp uten unødvendig ikke-medisinsk begrunnede forsinkelser i utredning, diagnostikk, behandling og rehabilitering.

Pakkeforløpene skal gi forutsigbarhet og trygghet for pasienter og pårørende ved å sikre informasjon og brukermedvirkning. Det er en målsetning at 70 prosent av pasientene som får disse kreftformene skal utredes i et pakkeforløp og starte behandlingen innen maksimal anbefalt forløpstid. Under presenteres pakkeforløp innen kreft for lunge-, bryst-, prostata- og tykk- og endetarmskreft.

Siden 3. tertial i 2015 har alle helseregionene nådd målsetningen om at minst 70 prosent av kreftpasientene innenfor lunge-, bryst-, prostata- og tykk- og endetarmskreft skal inn i et pakkeforløp. I 2016 hadde Helse Nord den høyeste andelen nye kreftpasienter i pakkeforløp.

Figur 1: Andel nye kreftpasienter i pakkeforløp for lunge-, bryst-, prostata- og tykk- og endetarmskreft. Landet og helseregioner. 1.-3. tertial 2015 og 1.-2. tertial 2016.



Kilde: Nasjonale kvalitetsindikatorer, helsenorge.no.

Beregningene knyttet til andel pasienter som har gjennomført de ulike pakkeforløpene må tolkes med forsiktighet, da disse bør ses i sammenheng med andelen av diagnostiserte kreftpasienter som er inkludert i de ulike helseregioner og sykehus. Jo høyere andel kreftpasienter som er inkludert i pakkeforløpet, jo vanskeligere kan det være å få 70 prosent av pasientene behandlet innen den normerte forløpstiden. Det skal også bemerkes at tallene for 1. tertial 2015 er «kunstig høye», da pakkeforløpssystemet trådte i kraft 1.1.15.

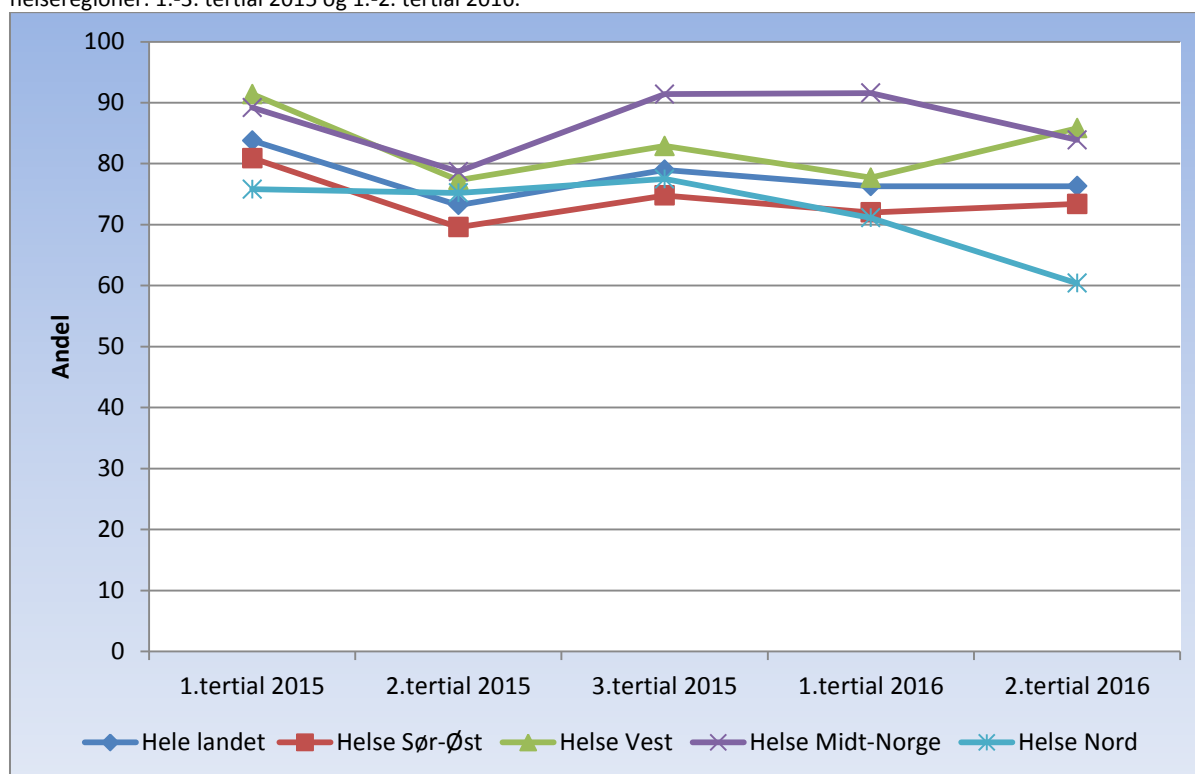
Pakkeforløp for tykk- og endetarmskreft

Det diagnostiseres årlig rundt 4 000 nye tilfeller av tykk- og endetarmskreft.⁴³

Andel pasienter som har gjennomført pakkeforløp for tykk- og endetarmskreft innen anbefalt forløpstid lå på 76 prosent i 2. tertial 2016. Det er uendret fra tertialet før, men er noe lavere enn i 3. tertial i 2015.

Helse Nord hadde i 2. tertial 2016 den laveste andel pasienter som har gjennomført pakkeforløp for tykk- og endetarmskreft innen anbefalt forløpstid med 60 prosent. Det er en nedgang fra 1. tertial 2016 da andelen var 71 prosent.

Figur 2: Andel pasienter som har gjennomført pakkeforløp for tykk- og endetarmskreft innen anbefalt forløpstid. Landet og helseregioner. 1.-3. tertial 2015 og 1.-2. tertial 2016.



Kilde: Nasjonale kvalitetsindikatorer, helsenorge.no.

Pakkeforløp for brystkreft

Brystkreft utgjør 22 prosent av all kreft hos kvinner. Det diagnostiseres årlig rundt 3 000 nye tilfeller.⁴⁴

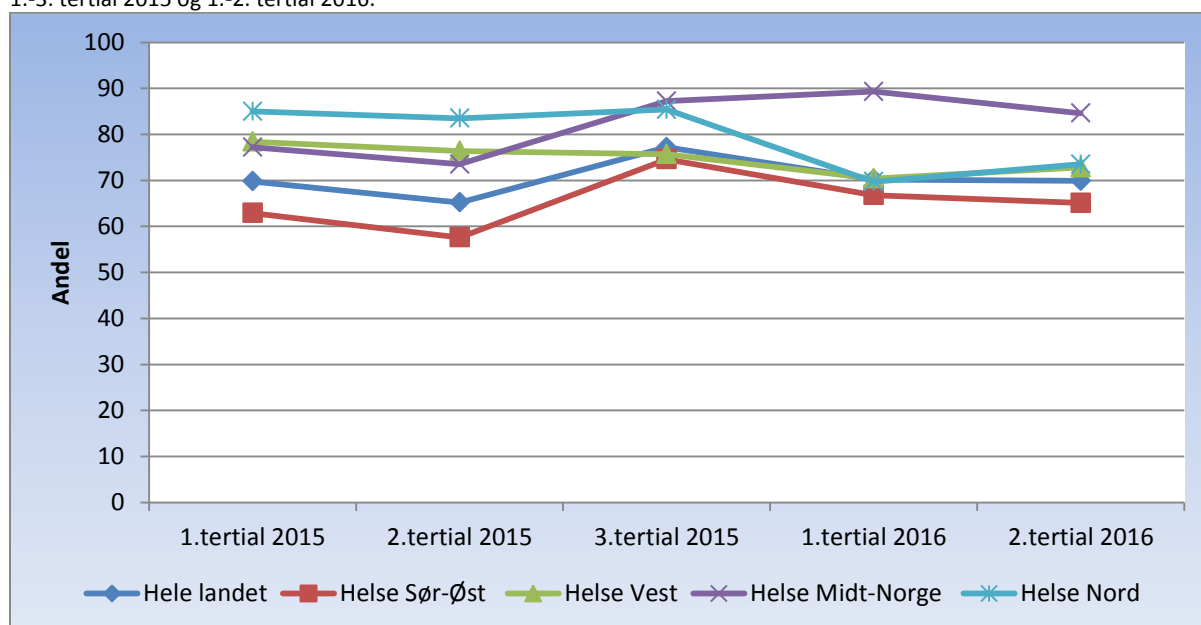
I 1. og 2. tertial 2016 har andelen pasienter som har gjennomført pakkeforløp for brystkreft innen anbefalt forløpstid ligget på rundt 70 prosent. Andelen var også på 70 prosent 1. tertial 2015, som var første måletidspunkt for dette pakkeforløpet.

Det er relativt store variasjoner mellom helseregionene i andelen pasienter som har gjennomført pakkeforløp for brystkreft. I 2. tertial 2016 hadde Helse Midt høyest andel og Helse Sør-Øst lavest.

⁴³ <https://helsenorge.no/Kvalitetsindikatorer/kvalitetsindikator-kreft-start-av-behandling-og-overlevelse/pakkeforlop-tykk-og-endetarmskreft-innen-standard-forlopstid>

⁴⁴ <https://helsenorge.no/Kvalitetsindikatorer/kvalitetsindikator-kreft-start-av-behandling-og-overlevelse/pakkeforlop-tykk-og-endetarmskreft-innen-standard-forlopstid>

Figur 3: Andel pasienter som har gjennomført pakkeforløp for brystkreft innen anbefalt forløpstid. Landet og helseregioner. 1.-3. tertial 2015 og 1.-2. tertial 2016.



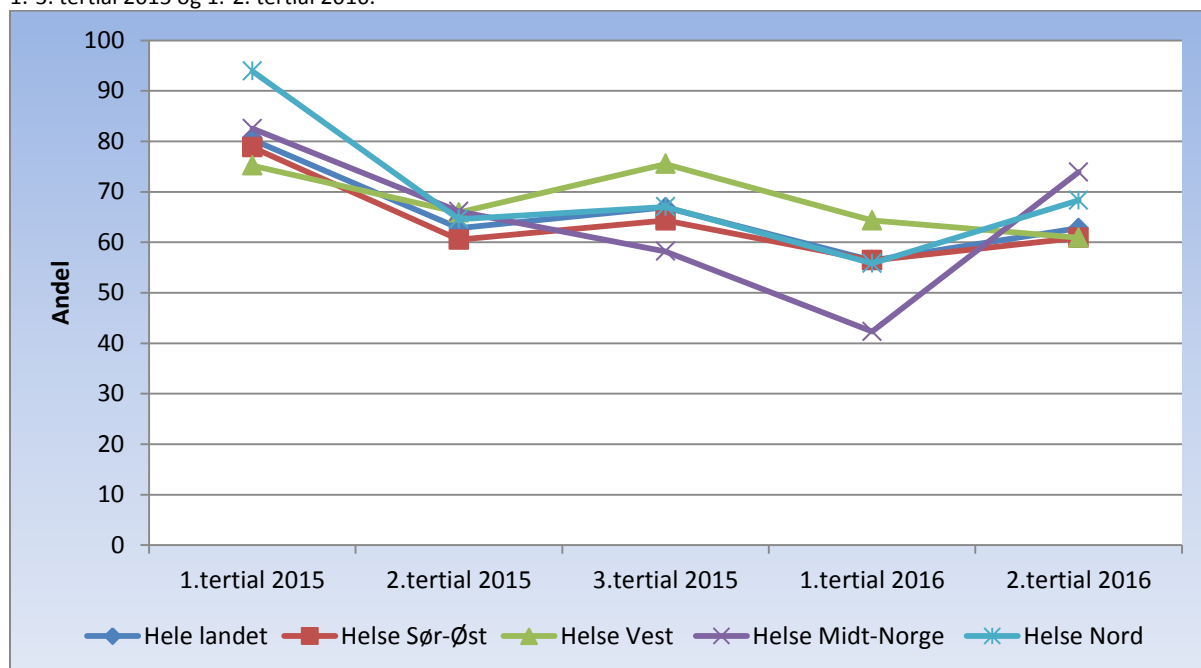
Kilde: Nasjonale kvalitetsindikatorer, helsenorge.no.

Pakkeforløp for lungekreft

I 2014 ble det diagnostisert rundt 3 000 nye tilfeller av lungekreft.⁴⁵

Målsetningen om at 70 prosent av pasientene skal utredes i et pakkeforløp og starte behandlingen innen maksimal anbefalt forløpstid nås ikke på landsnivå for lungekreft. I 2. tertial 2016 var andelen 63 prosent.

Figur 4: Andel pasienter som har gjennomført pakkeforløp for lungekreft innen anbefalt forløpstid. Landet og helseregioner. 1.-3. tertial 2015 og 1.-2. tertial 2016.



Kilde: Nasjonale kvalitetsindikatorer, helsenorge.no.

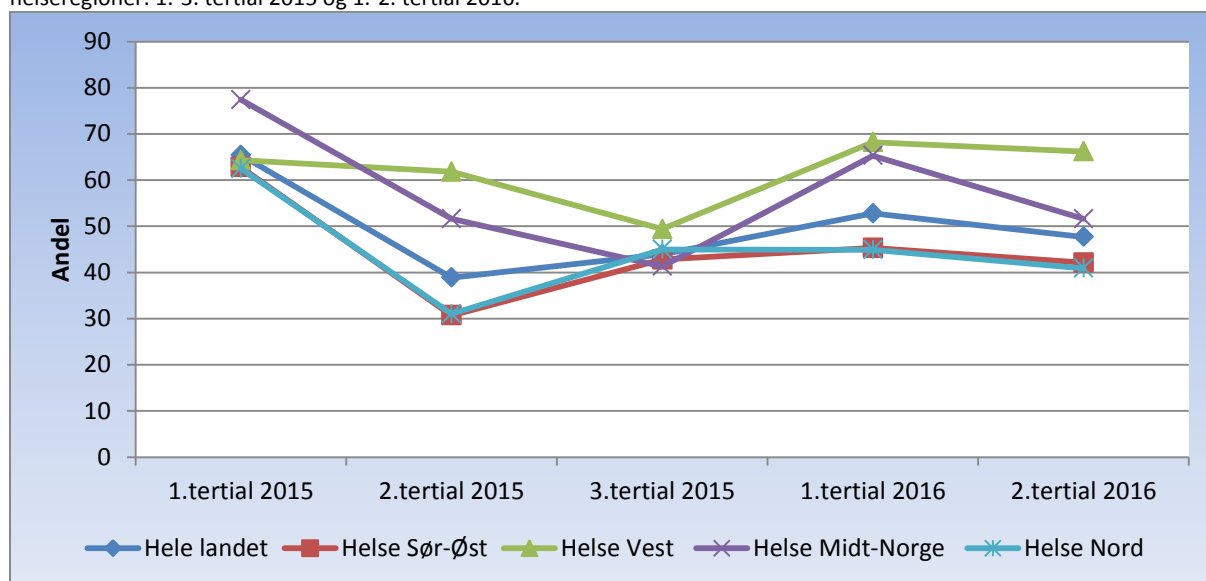
⁴⁵ <https://www.kreftregisteret.no/Generelt/Fakta-om-kreft/>

Pakkeforløp for prostatakreft

Prostatakreft er den hyppigst forekommende kreftsykdommen og utgjør i overkant av 15 prosent av alle krefttilfeller i Norge. I 2014 ble det diagnostisert rundt 4 900 nye tilfeller av prostatakreft.⁴⁶

Andel pasienter som har gjennomført pakkeforløp for prostatakreft innen anbefalt forløpstid lå 2. tertial 2016 på 47,7 prosent. Andelen har gått ned i alle regionene fra 1. til 2. tertial 2016. Med unntak av Helse Midt-Norge, hvor 77 prosent av pasientene hadde gjennomført et pakkeforløp for prostatakreft 1. tertial 2015. Ingen av de øvrige regionene har oppnådd målsetningen om 70 prosent i perioden 1. tertial 2015 til 2. tertial 2016

Figur 5: Andel pasienter som har gjennomført pakkeforløp for prostatakreft innen anbefalt forløpstid. Landet og helseregioner. 1.-3. tertial 2015 og 1.-2. tertial 2016.



Kilde: Nasjonale kvalitetsindikatorer, helsenorge.no.

⁴⁶ <https://www.kreftregisteret.no/Generelt/Fakta-om-kreft/>

26. Akuttmedisinske tjenester

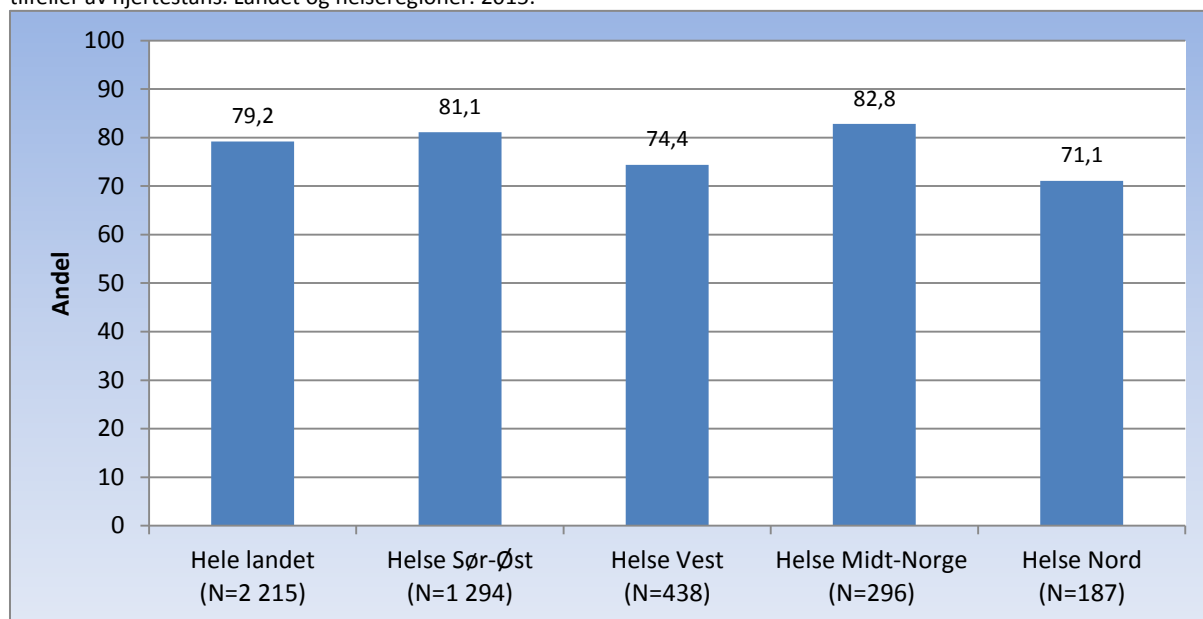
Tiden det tar fra en alvorlig hendelse inntreffer til en pasient har fått nødvendig helsehjelp er ofte avgjørende for å unngå unødvendig død, tap av leveår og funksjonsnivå eller lidelse. For flere akutte tilstander som hjertestans, hjerneslag og alvorlige traumer, er rask responstid med på å redde liv og bedre pasientens sjanser til å bevare funksjonsnivå. Et eksempel er plutselig uventet hjertestans utenfor sykehus, hvor sannsynligheten for overlevelse reduseres med 10 prosent per minutt forsinkelse til hjerte- og lungeredning igangsettes.

Hjerte- og lungeredning startet av tilstedeværende

Når hjertet stanser er minuttene avgjørende for pasientens sjanse for å overleve. Befolkningen er en viktig aktør i akuttkjeden. Tidlig hjerte- og lungeredning (HLR) fra pårørende og publikum er et enkelttiltak som har stor betydning for overlevelse av plutselig uventet hjertestans utenfor sykehus. I 2015 fikk 2 215 personer hjertestans. Av disse fikk 8 av 10 hjerte- og lungeredning av tilstedeværende før ambulanse kom.

Andelen hendelser hvor hjerte- og lungeredning startes før ambulanse kommer varierer mellom regionene. I Helse Midt-Norge var andel på 82,8, mens den Helse Nord var på 71,1 prosent.

Figur 1: Andelen hendelser av hjertestans der pasienten har fått hjerte- og lungeredning før ambulanse kom. N=Antall tilfeller av hjertestans. Landet og helseregioner. 2015.



Kilde: Nasjonale kvalitetsindikatorer, helsenorge.no.

Vellykket gjenopplivning etter hjertestans

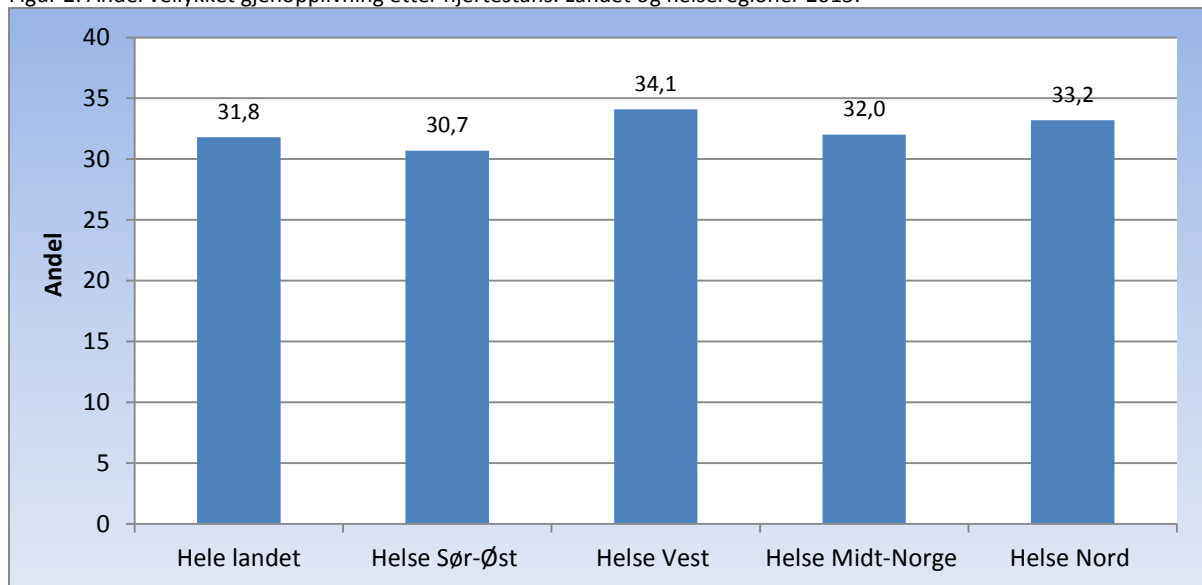
Vellykket gjenopplivning er en kvalitetsindikator for prehospitale tjenester. En vellykket gjenopplivning defineres som tilfeller der pasienten får tilbake egen pulsgivende hjerterytme i minst 20 minutter, eller frem til pasienten blir overlevert fra ambulansen til en annen del av helsetjenesten.

Utfallet på denne indikatoren er avhengig av innsatsen og samspillet mellom publikum og alle aktørene i den akuttmedisinske kjeden:

- Publikum og tilstedeværende har en avgjørende betydning for vellykket gjenopplivning gjennom tidlig erkjennelse, rask varsling til AMK (Akuttmedisinsk kommunikasjonsentral) og tidlig start av hjerte- og lungeredning.

- AMK-sentralene tar i mot meldinger om medisinsk nød, varsler, sender ut og koordinerer ambulanser og andre ressurser og veileder innringer frem til ambulanse eller annen profesjonell hjelp ankommer. Ved hjertestans er det rutine at AMK-sentralen gir veiledning i hjerte- og lungeredning.
- Tidlig defibrillering ved bruk av hjertestarter øker sjansen for overlevelse. 32 prosent av pasientene med plutselig, uventet hjertestans utenfor sykehus ble vellykket gjenopplivet i 2015. Andelen vellykkede gjenopplivninger varierer mellom helseregionene. I Helse Vest ble 34 prosent av pasientene med plutselig uventet hjertestans utenfor sykehus vellykket gjenopplivet, mens andelen i Helse Sør-Øst var 31 prosent.

Figur 2: Andel vellykket gjenopplivning etter hjertestans. Landet og helseregioner 2015.



Kilde: Nasjonale kvalitetsindikatorer, helsenorge.no.

Responstid for ambulanse

Responstid for ambulanse måler tiden det tar fra AMK-sentralen mottar en 113-oppringning til første ambulanse er fremme på hendelsesstedet.

Det er ikke etablert nasjonale krav til responstid for ambulansetjenesten, men Stortinget vedtok følgende veiledende responstider i 2000 for akuttoppdrag (hastegrad rød):

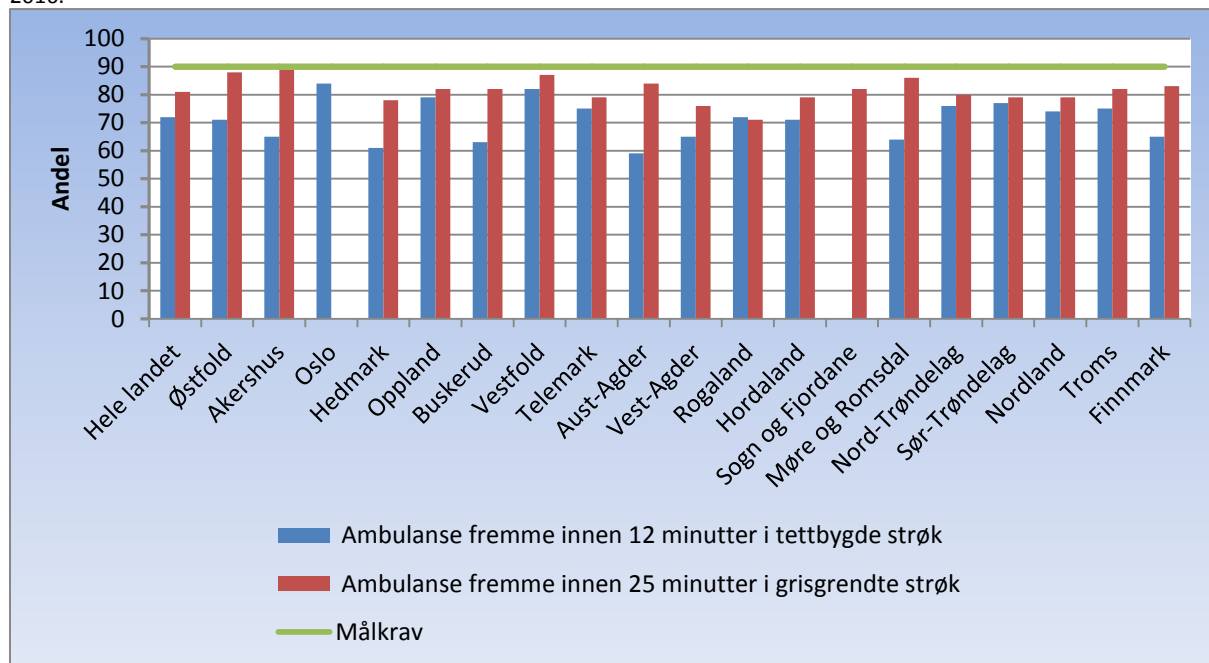
- I byer og tettsteder skal ambulansen være fremme på hendelsesstedet innen 12 minutter i 90 prosent av hendelsene.
- I griskrendte strøk skal ambulansen være fremme på hendelsesstedet innen 25 minutter i 90 prosent av hendelsene.

I griskrendte strøk var ambulansen fremme på hendelsesstedet innen 25 minutter i 81 prosent av hendelsene 1. tertial i 2016. Det er en nedgang fra 82 prosent i 1. tertial 2015. I 90 prosent av hendelsene var det en ambulanse på hendelsesstedet før det hadde gått mer enn 32,1 minutter. Det er en liten økning fra samme periode i 2015 da tiden var 31,3 minutter.

I tettbygde strøk var ambulansen fremme på hendelsesstedet innen 12 minutter i 72 prosent av hendelsene 1. tertial 2016. Det er økning fra samme periode i 2015, da andelen var 71 prosent. I 90 prosent av hendelsene var det en ambulanse på hendelsesstedet før det hadde gått mer enn 17,5 minutter.

Ingen av fylkene har nådd målkravene for responstid innen 90 prosent av hendelsene og det er variasjon mellom fylkene. 1. tertial 2016 er måloppnåelsen høyest i Oslo med 84 prosent for hendelser i tettbygde strøk. For hendelser i griskrendte strøk har Akershus høyest måloppnåelse med 89 prosent.

Figur 3: Andel hendelser hvor ambulansen er på hendelsesstedet innen veiledende responstid. Landet og fylker. 1. tertial 2016.



Kilde: Nasjonale kvalitetsindikatorer, helsenorge.no.

27. Trombolysebehandling ved hjerneslag

Hvert år innlegges om lag 10 000 personer på sykehus med akutt hjerneslag, enten i form av hjerneinfarkt eller hjerneblødning. 85-90 prosent av innleggene er hjerneinfarkt. De fleste som innlegges med hjerneslag er over 70 år. De vanligste symptomene på hjerneslag er plutselig skjevhet i ansiktet, lammelse i den ene siden av kroppen, eller vanskeligheter med å snakke. Ved hjerneinfarkt, som er forårsaket av en blodpropp i en blodåre i hjernen, kan rask og riktig behandling begrense størrelsen på skaden og dermed redusere de alvorligste konsekvensene av et hjerneinfarkt.

Trombolysebehandling

Medikamentell behandling for å løse opp blodproppen, trombolyse, er en effektiv behandling for noen av de som får en blodpropp i hjernen. Hvem som bør få trombolysebehandling vurderes i hvert enkelt tilfelle på bakgrunn av tid fra symptomdebut, pasientens symptomer, funksjonsnivå og ledsagende sykdommer.

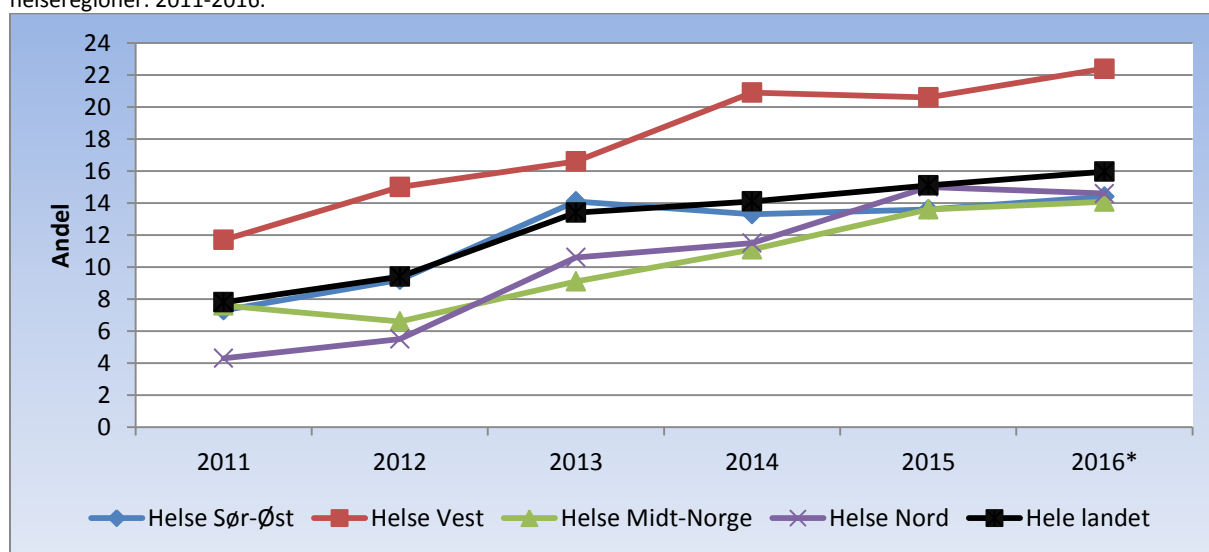
Mange av pasientene som får hjerneinfarkt vil ikke være aktuelle for trombolysebehandling. Dette gjelder blant annet pasienter med lette og forbigående symptomer, pasienter som går på blodfortynnende medikamenter (antikoagulasjon), samt pasienter som nylig har vært operert eller utsatt for alvorlige traumer eller som har andre alvorlige ledsagende sykdommer.

Lang tid fra symptomdebut til ankomst på sykehuset er den viktigste grunnen til at trombolyse ikke er aktuelt. Dette er fordi behandlingen må starte innen 4,5 timer fra symptomdebut for å ha effekt. Jo tidligere behandlingen kan starte jo større er effekten. Det er et mål at flere av pasientene som er aktuelle for trombolysebehandling får det.

De siste fem årene har det på landsbasis vært en jevn økning i andelen pasienter som får trombolysebehandling. I 2016 var andelen på 16 prosent.

Andelen som får trombolysebehandling varierer mellom helseregionene. Helse Vest er den regionen hvor høyest andel av pasientene får trombolysebehandling.

Figur 1: Andel pasienter 18-80 år med blodpropp i hjernen som har fått behandling med trombolyse. Landet og helseregioner. 2011-2016.*



* 2016 kun 1. og 2. tertial.

Kilde: Nasjonale kvalitetsindikatorer, helsenorge.no.

Den relativt store variasjonen i tallene mellom de regionale helseforetakene indikerer et behov for å gjennomgå rutiner og prosedyrer for bruk av trombolyse og for registreringspraksis. I tillegg vil det være en oppgave på sikt å kartlegge behandlingsresultatene ved trombolyse, da det ikke bare er spørsmål om å gi flest mulig pasienter trombolyse, men enda viktigere å gi trombolyse til de riktige pasientene.

28. Fedmeoperasjoner

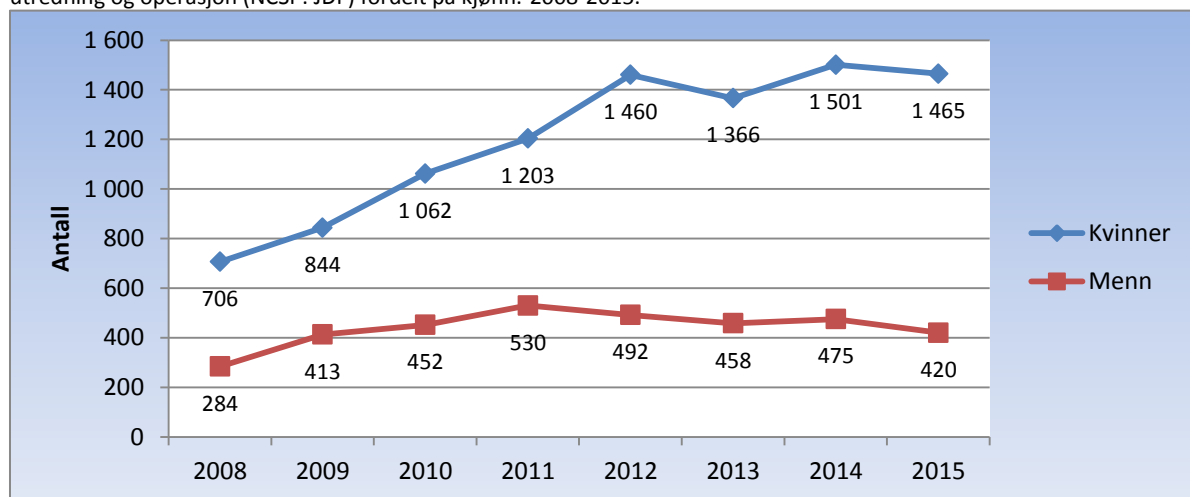
Overvekt og fedme øker sterkt i den norske befolkningen. Mellom 15 og 20 prosent av alle voksne anslås å ha fedme, det vi si en kroppsmasseindeks på over 30. Stadig flere med sykelig overvekt lar seg operere, og antall fedmeoperasjoner er nesten fordoblet fra 2008 til 2015. I 2015 ble 1 885 personer operert for fedme ved offentlige norske sykehus. I 2008 var antallet 990.

Fedmekirurgi gir effektiv vektreduksjon, men også risiko for alvorlige komplikasjoner og bivirkninger både på kort og på lengre sikt. Gjennom operasjonen reduseres både næringsinntak og næringsopptak, og kroppen påføres mangelsykdommer som følge av inngrepet.

Utvikling i antall operasjoner

Det er flest kvinner som blir operert. I 2015 var kvinneandelen 78 prosent, mot 71 prosent i 2008. Antallet operasjoner blant menn har flatet ut siden 2011.

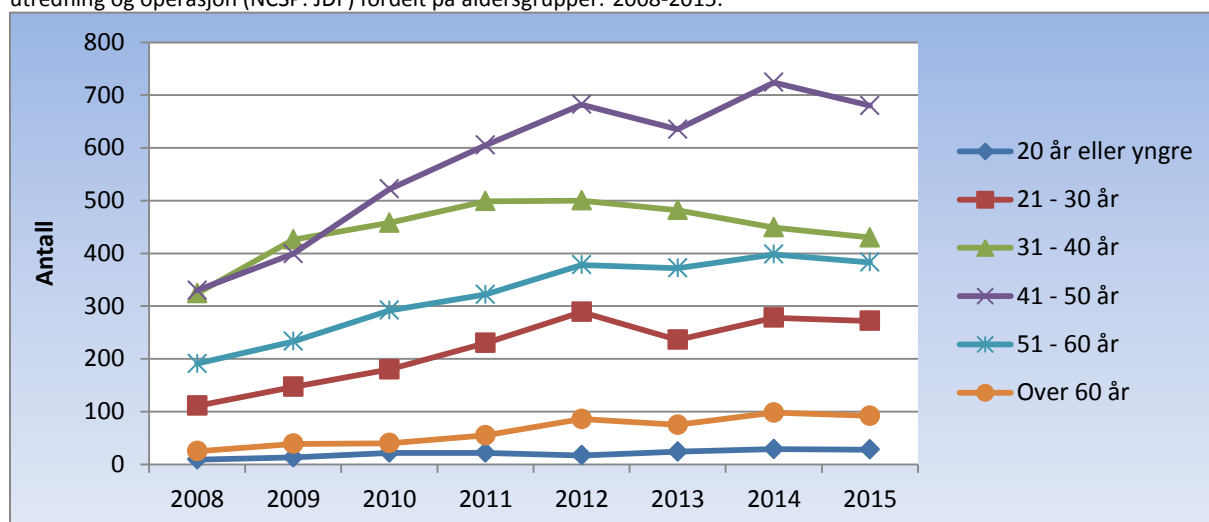
Figur 1: Antall pasienter per år i avdelingsopphold ved norske somatiske sykehus innrapportert med sykelig overvekt, utredning og operasjon (NCSP: JDF) fordelt på kjønn. 2008-2015.*



* Tallene er basert på innrapportert aktivitet ved norske somatiske sykehus og inneholder ikke privat finansiert aktivitet. Kilde: Norsk pasientregister, Helsedirektoratet.

Det er flest i aldersgruppene 31-40 år og 41-50 år som blir fedmeoperert. 36 prosent av fedmeoperasjonene i 2015 var blant personer i aldersgruppen 41-50 år. Andelen i aldersgruppen 31-40 år var 23 prosent. Fra 2011 har antallet fedmeoperasjoner flatet ut og gått ned i aldersgruppen 31-40 år. Utviklingen i aldersgruppen 41-50 år er stigende i perioden 2008-2015, med unntak for noe nedgang i 2013 og 2015.

Figur 2: Antall pasienter per år i avdelingsopphold ved norske somatiske sykehus innrapportert med sykelig overvekt, utredning og operasjon (NCSP: JDF) fordelt på aldersgrupper. 2008-2015.*



* Tallene er basert på innrapportert aktivitet ved norske somatiske sykehus og inneholder ikke privat finansiert aktivitet.
Kilde: Norsk pasientregister, Helsedirektoratet.

Operasjoner hos private aktører kommer i tillegg til tallene i figurene over. I følge forskning.no utføres 50 prosent av alle fedmeoperasjoner i Norge ved private klinikker. I tillegg velger mange å la seg operere i utlandet.⁴⁷

⁴⁷ <http://forskning.no/mat-menneskekroppen-overvekt/2013/02/fedmeoperasjoner-ingen-lettvint-losning>

29. Innleggelse på intensivavdelinger

Opprettelse, drift og bruk av de medisinske kvalitetsregistrene har som mål å bidra til bedre helsetjenester. Norsk intensivregister er et av 54 godkjente medisinske kvalitetsregistre. Intensivmedisin er spesialisert behandling og overvåking av pasienter med akutt eller truende svikt i vitale organfunksjoner. Intensivpasientene utgjør en svært sammensatt gruppe som kjennetegnes av alvorlig sykdom/skade, høy ressursbruk og en høy dødelighet sammenlignet med de fleste andre pasientgrupper. Det registreres årlig rundt 15 000-16 000 opphold på intensivavdelinger.

Norsk intensivregister, NIR, mottar data fra intensivenhetene ved norske sykehus og inneholder opplysninger om totalt antall pasienter og opphold. For hvert intensivopphold foreligger det opplysninger om re-innleggelse, alder, kjønn, liggetid, tid med respirasjonsstøtte, alvorlighetsskåre (SAPS II), pleietyngde (NEMS/NAS), type innleggelse (planlagt kirurgisk, medisinsk, akutt kirurgisk) og status ved utskrivelse fra intensiv og sykehus (levende/død).

Pasientsammensetning

Alderssammensetningen i pasientgrunnlaget i registeret har i de siste årene vært relativt stabilt, både når det gjelder median alder og gjennomsnittlig alder. I 2015 var gjennomsnittsalderen 61,5 år og median⁴⁸ var 67 år.

Liggetid

Totalt ble det registrert 65 529 intensivdøgn for 16 121 opphold i 2015. Liggetiden har gått litt opp fra 3,9 døgn i 2014, til 4,1 døgn i 2015. Median liggetid var i 2015 på 2,0 døgn, mot 1,9 døgn i 2014. Nesten halvparten av oppholdene har en liggetid opp til to døgn og rundt 83 prosent av oppholdene varer mindre enn en uke.

Reinnleggelse

NIR har utarbeidet en kvalitetsindikator hvor målet er at andelen reinnleggelser skal være under fire prosent. En innleggelse registreres som reinnleggelse dersom en pasient kommer tilbake til intensiv innen 72 timer etter utskrivning fra intensiv. I 2015 ble det registrert 810 reinnleggelser, som tilsvarer en andel på fem prosent.

Overlevelse

Av alle pasientene behandlet ved norske intensivavdelinger, og som er registrert i NIR, var 79 prosent i live 30 døgn etter innlegging på intensiv. Andelen har ikke endret seg merkbart de fem årene hvor det har vært gjennomført elektronisk registrering av individuelle opphold.

Tabell 1: Antall pasientopphold og antall/andel overlevelse og død. 2015.

	Antall	Prosent
Innlagt intensiv	15 311*	100 %
Død på intensiv	1 675	10,9 %
Død innen 30 dager etter innlegging intensiv	1 565	10,2 %
I live etter 30 dager	12 071	78,8 %

* Det var 16 121 opphold, men siden 810 var reinnleggelser innen 72 timer er antallet her 15 311.

Kilde: Årsrapport for 2015. Norsk intensivregister.

⁴⁸ Median er den midterste observasjonen når observasjonene er sortert i stigende rekkefølge.

30. Meldeordninger for uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten

For å forbedre pasientsikkerheten i spesialisthelsetjenesten foreligger det ulike meldesystemer for uønskede pasienthendelser. Meldinger om uønskede hendelser skal brukes for å avklare årsaker til hendelser og forebygge at tilsvarende skjer igjen. Meldingene brukes også til å bygge opp og formidle kunnskap til helsepersonell, helsetjenesten, brukere, ansvarlige myndigheter og produsenter om risikoområder og tiltak som kan iverksettes for å forbedre pasientsikkerheten.

Helsedirektoratet har ansvaret for fire meldesystemer for uønskede hendelser. De to største er:⁴⁹

- Meldeordningen for uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesteloven.
- Meldeordningen for uønskede hendelser ved blodgivning og blodtransfusjon (hemovigilanssystemet).

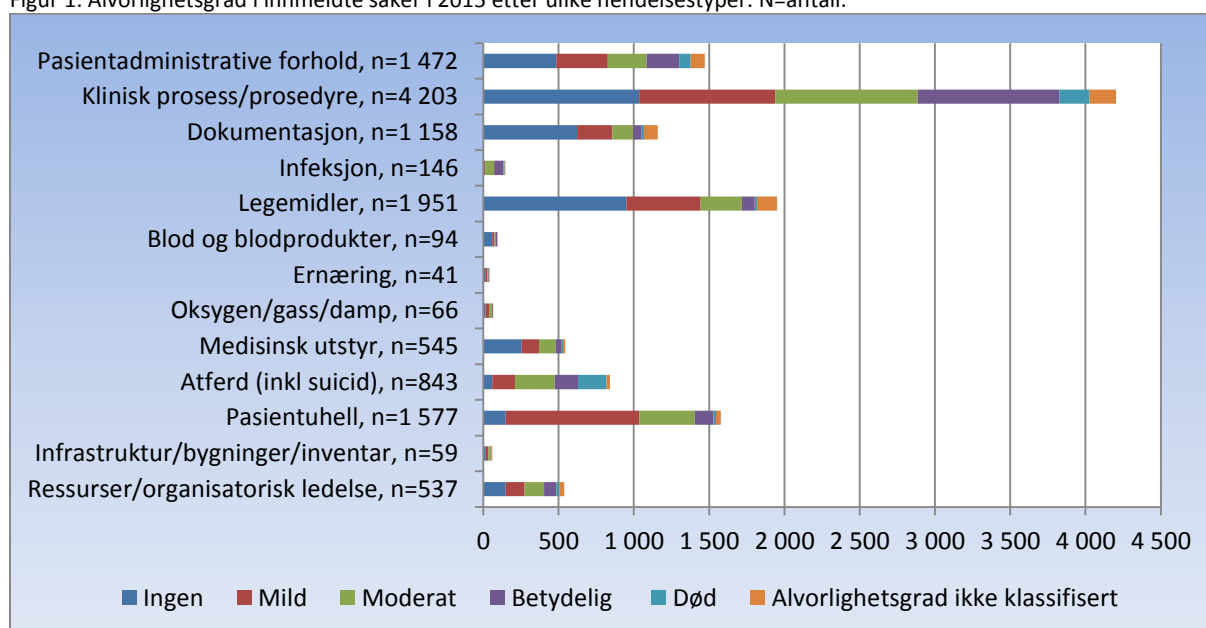
Meldeordningen for uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten

Virksomheter i spesialisthelsetjenesten har etter § 3-3 i spesialisthelsetjenesteloven plikt til å melde om betydelig personskade på pasient som følge av ytelse av helsetjeneste eller ved at en pasient skader en annen. Det skal også meldes fra om hendelser som kunne ha ført til betydelig personskade.

I 2015 mottok Meldeordningen 9 707 meldinger. I 15 prosent av sakene var det registrert betydelig personskade. Fem prosent av sakene omhandlet dødsfall. Av de 441 hendelsene som omhandlet dødsfall var 159 selvmord. I 31 prosent av hendelsene var det ikke registrert noen skade på pasienten. Disse er likevel meldt inn fordi hendelsene kunne ha medført betydelig pasientskade.

De mottatte hendelsene er klassifisert i henhold til WHOs klassifikasjonssystem for uønskede hendelser og fordeles i ulike hendelsestyper og etter alvorlighetsgrad. Én hendelse kan klassifiseres i flere hendelsestyper. Derfor overstiger summen av hendelsene i de ulike kategoriene antall hendelser totalt.

Figur 1: Alvorlighetsgrad i innmeldte saker i 2015 etter ulike hendelsestyper. N=antall.



Kilde: Meldeordningens årsrapport 2015. Helsedirektoratet.

⁴⁹ I tillegg finnes meldeordningen for uønskede hendelser med medisinsk utstyr og meldeordningen for uønskede hendelser vedrørende celler og vev.

Hendelser knyttet til kliniske prosesser og prosedyrer

43 prosent av innmeldte hendelser omhandlet avvik knyttet til kliniske prosesser/prosedyrer. Av disse var 46 prosent klassifisert med ingen eller mild alvorlighetsgrad, i 22 prosent var det registrert betydelig skade, og 5 prosent av hendelsene døde pasienten.

For avvik knyttet til kliniske prosesser/prosedyrer var 27 prosent av hendelsene knyttet til avvik ved utøvelse av prosedyrer ved observasjon, behandling eller pleie. Av disse var hyppigste avvik at retningslinjer/prosedyrer ikke var fulgt (45 prosent), og/eller at behandling ble igangsatt for sent (27 prosent) eller feilaktig (19 prosent). For 644 hendelser var det registrert problemer knyttet til diagnose/vurdering av pasientene. Forsinket diagnose og forsinket behandling var de kategoriene med størst andel alvorlige hendelser.

Hendelser knyttet til legemidler

Feil knyttet til legemiddelhåndtering utgjorde den nest største gruppen av hendelser med 20 prosent av alle saker. Av de 1 951 hendelsene knyttet til feil legemiddelhåndtering resulterte 85 av hendelsene til betydelig pasientskade, og 15 av hendelsene til at døde pasienten. De største risikoområdene innen legemiddelhåndtering var (prosentandeler av legemiddelhendelsene):

- feil ved utlevering/utdeling av legemidler på post (66 prosent).
- pasienter fikk legemiddel i feil dose, styrke eller frekvens (37 prosent).
- feil ved ordinasjon/forskrivning (22 prosent).
- forordnet legemiddel ble ikke gitt til pasienten (19 prosent).
- feil legemiddel ble gitt (16 prosent).
- avvik ved istandgjøring/tilberedning (8 prosent).

Hendelser knyttet til pasientadministrative forhold

Uønskede hendelser knyttet til pasientadministrative forhold utgjorde 15 prosent av alle hendelser. Dette gjaldt risikoområder som overflytting og/eller overføring av pasientansvar ved innleggelse på sykehus, flytting av pasienter internt på sykehus og avvik ved respons på akutt situasjoner. For 182 hendelser knyttet til pasientadministrative forhold ble det rapportert betydelig skade på pasienten eller at pasienten døde.

Pasientuhell

1 577 hendelser var klassifisert som pasientuhell. Dette utgjør 16 prosent av alle innmeldte saker. Av disse var 1 396 av hendelsene fall.

Konsekvenser av de uønskede hendelsene

De innmeldte hendelsene fikk store menneskelige og økonomiske konsekvenser på ulike nivåer og områder; for den involverte pasienten, for andre pasienters behandlingsforløp og på institusjonen. Blant de 4 648 hendelsene som inneholdt tilstrekkelig informasjon til at det var mulig å klassifisere slike konsekvenser, fordelte dette seg som følger (flere konsekvenstyper mulig per hendelse):

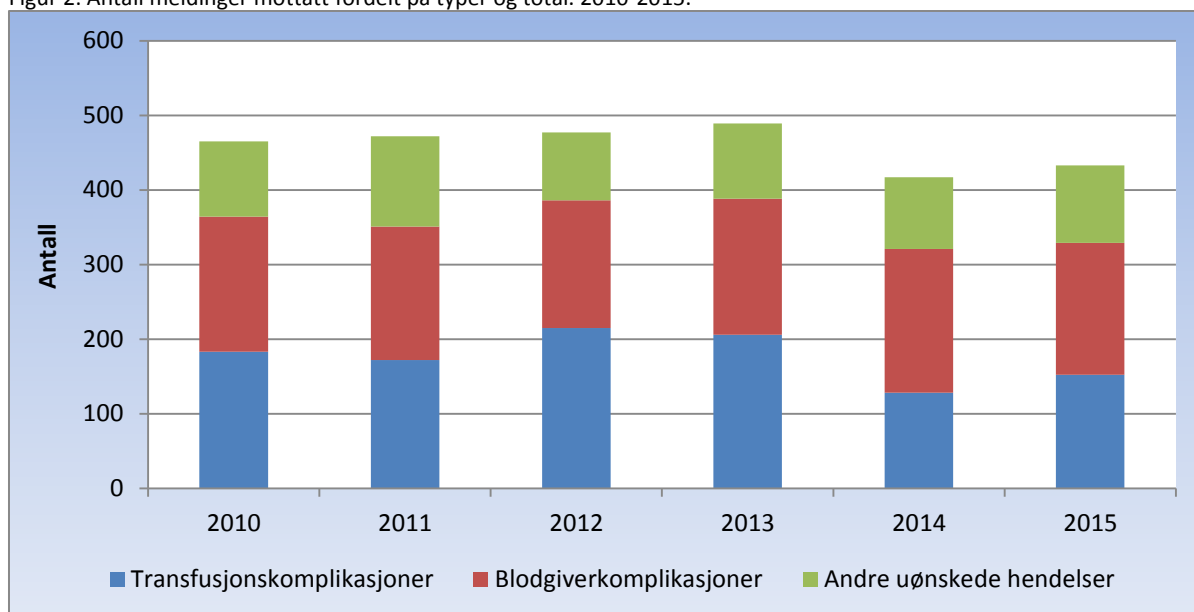
- Behov for ekstra undersøkelser/tester for involvert pasient (35 prosent).
- Behov for ekstra helsepersonell (30 prosent).
- Forstyrret arbeidsflyt eller forsinkelse i andre pasienters behandling (19 prosent).
- Behov for ekstra utstyr (18 prosent).
- Hendelsene medførte at pasienten måtte overflyttes til spesialavdeling/høyere behandlingsnivå (15 prosent).
- Forlenget liggetid for involvert pasient (13 prosent).

Meldeordningen for uønskede hendelser ved blodgivning og blodtransfusjon

Formålet med meldeordningen for hemovigilanssystemet⁵⁰ er å sikre et høyt beskyttelsesnivå for blodgivere og blodmottakere. Dette ved å kartlegge alvorlige eller uventede komplikasjoner og hendelser ved fremstilling og overføring av blod og blodprodukter, analysere årsaker og foreslå tiltak for å unngå alvorlige komplikasjoner i fremtiden. Meldeordningen skal gi grunnlag for overvåkning av transfusjonstjenesten, gi grunnlag for kvalitetssikring, utvikling og overordnet styring av transfusjonstjenesten og understøtte sporbarhetssystemet og plikten til å trekke tilbake blod som kan forbindes med alvorlige bivirkninger og hendelser. Etter alle blodtransfusjoner rapporteres det tilbake til blodbanken om transfusjonen var uten komplikasjoner eller ikke.

Årlig transfunderes ca. 250 000 blodkomponenter. Siden 2010 er det rapportert mellom 417 og 465 meldinger per år. Høyest antall var i 2013 og lavest i 2014. Det er liten variasjon over tid.

Figur 2: Antall meldinger mottatt fordelt på typer og total. 2010-2015.



Kilde: Overvåking av blod i Norge. Helsedirektoratet.

Feil transfusjon av blod

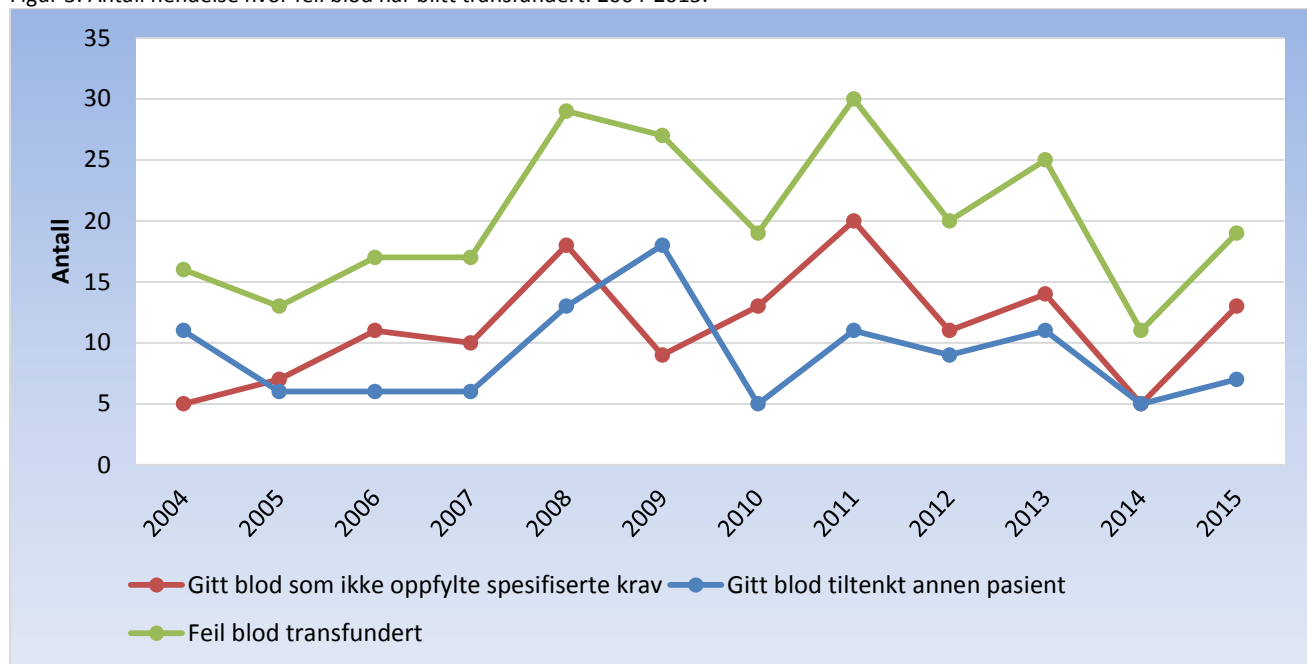
Feil blod transfundert vil si at blodet enten ble gitt til feil pasient, eller at blodet som ble gitt ikke oppfyller kravene som stilles for blod til den pasienten. Blod gitt til feil pasient er en såkalt «never event». Dette er definert som noe som aldri skal skje og der tiltak for å hindre at det skjer er velkjente og gjennomførbare.

Blod som ikke oppfyller kravene innebærer som regel at det for enkelte pasienter stilles spesielle krav til blodet som ikke blir etterfulgt. Det kan for eksempel være at noen må ha spesielt ferskt blod eller at blodet skal være videre behandlet på en spesiell måte. Det var beskrevet mange ulike årsaker til at dette skjedde, blant annet dårlig kommunikasjon mellom avdelinger.

I perioden 2004-2015 har det årlig kommet mellom 11 og 30 meldinger om at feil blod har blitt transfundert. I 2015 var antallet 19.

⁵⁰ Hemovigilans betyr overvåkning av blod.

Figur 3: Antall hendelse hvor feil blod har blitt transfundert. 2004-2015.



Kilde: Overvåking av blod i Norge. Helsedirektoratet.

31. Pasientskader ved norske sykehus

Siden 2010 har man ved hjelp av metoden Global Trigger Tool (GTT) undersøkt et tilfeldig utvalg pasientopphold i Norge. Kartleggingen avdekker andelen pasientopphold i spesialisthelsetjenesten hvor det har oppstått minst én skade og gir en oversikt over omfanget av skadene. Hensikten med undersøkelsen er å redusere forekomsten av pasientskader ved å monitorere utviklingen over tid, og å gi sykehusene informasjon som de kan benytte i sitt lokale forbedringsarbeid. Hos 13,7 prosent av pasienter innlagt ved norske sykehus i 2015 oppstod det minst én pasientskade.

En pasientskade er innen GTT definert som: «*Utilsiktet fysisk skade som har oppstått som et resultat av medisinsk behandling eller som behandlingen har bidratt til, som krever ytterligere overvåking, behandling eller sykehusinnleggelse, eller som har dødelig utgang.*»⁵¹ Identifiserte pasientskader klassifiseres etter alvorlighetsgrad i fem kategorier fra E til I. Alvorlighetsgrad I betegner de mest alvorlige skadene.

Andel sykehusopphold med minst en pasientskade

Sammenlignet med de første årene undersøkelsen ble gjennomført, har det vært en nedgang i andel pasientopphold med minst én skade i alle alvorlighetsgrader. Selv om nedgangen mellom 2010 og 2015 ikke er statistisk signifikant, kan man se en nedadgående trend over tid. Andel pasienter som har fått én eller flere skader uavhengig av alvorlighetsgrad var 15,9 prosent i 2010 og 16,1 prosent i 2011. I perioden 2012-2015 har andelen ligget mellom 13,0 og 13,9 prosent.

I 2015 oppstod det minst én alvorlig pasientskade ved 8,5 prosent av pasientoppholdene. Det er ikke tydelige tegn til nedgang i andel pasientopphold med minst én alvorligere pasientskade i perioden 2010-2015.⁵²

Tabell 1: Andel pasientopphold med minst en pasientskade, alle alvorlighetsgrader og alvorligere pasientskader. Antall undersøkte pasientopphold. 2010-2015.

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Alle alvorlighetsgrader (kategorien E-I)	15,9 %	16,1 %	13,7 %	13,0 %	13,9 %	13,7 %
Alvorligere pasientskader (kategorien F-I)	8,9 %	8,8 %	7,7 %	7,6 %	8,2 %	8,5 %
Antall undersøkte pasientopphold	7 849	10 288	11 728	10 986	8 804	8 887

Kilde: Pasientskader i Norge 2015 målt med Global Trigger Tool. IS-0601. Helsedirektoratet.

Årlige estimater for pasientopphold med minst én skade for alle alvorlighetsgrader for Norge og Sverige i 2013, har blitt sammenlignet i en egen rapport. Konklusjonen i rapporten er at skadenivået ved norske og svenske sykehus er på samme nivå.⁵³

Fra og med 2015 kartlegges det hvorvidt skadene oppsto i eller utenfor spesialisthelsetjenesten. For eksempel kan en pasient med trykksår ha fått dette før innleggelse på sykehuset. Det knytter seg noe usikkerhet rundt tallene, men mye tyder på at 9 av 10 skader i spesialisthelsetjenesten skjer der, mens 1 av 10 skjer utenfor.

⁵¹ Pasientskader i Norge 2015 målt med Global Trigger Tool. IS-0601. Helsedirektoratet.

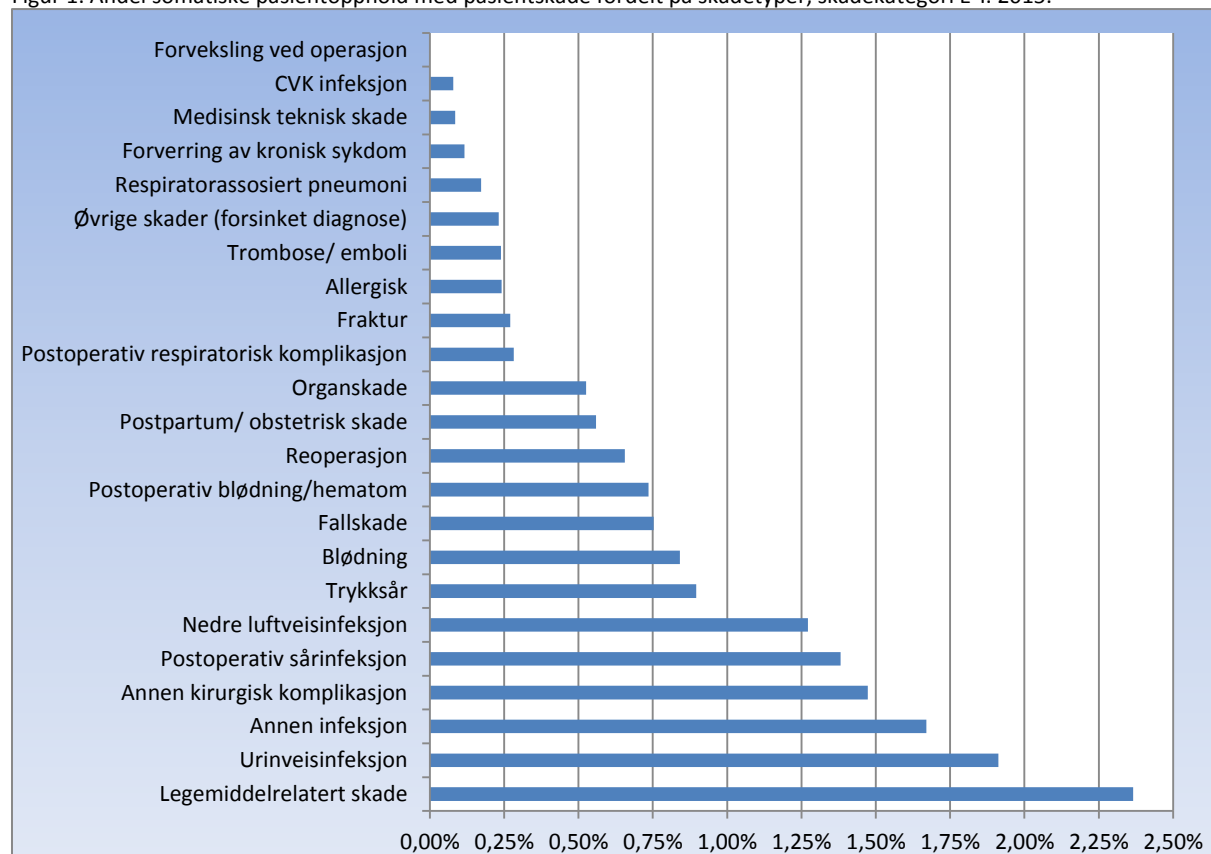
⁵² I 2015 omfattet journalundersøkelsen alle 19 helseforetak og fem private sykehus. De undersøkte pasientoppholdene ble tilfeldig trukket fra totalt 601 602 pasientopphold i somatisk helsetjeneste. Pasientopphold innen rehabilitering, pediatri og psykiatri er holdt utenfor.

⁵³ Pasientskader i Norge 2015 målt med Global Trigger Tool. IS-0601. Helsedirektoratet.

Type skade

En pasientskade kan ha flere skadetyper, f. eks. kan en skade registreres både som blødning og som en legemiddelrelatert skade. Legemiddelbruk og urinveisinfeksjoner var de skadene som forekom oftest i 2015. Det samme bildet gjelder også for tidligere år, med unntak av i 2012 da urinveisinfeksjoner var den tredje mest registrerte skadetyper etter «annen infeksjon».

Figur 1: Andel somatiske pasientopphold med pasientskade fordelt på skadetyper, skadekategori E-I. 2015.



Kilde: Pasientskader i Norge 2015 målt med Global Trigger Tool. IS-0601. Helsedirektoratet.

Ressursinnsats og aktivitet

For at pasienter og brukere av helse- og omsorgstjenester skal få et godt tilbud og en god behandling må samarbeidet mellom tjenestenivåene være godt. Formålet med Samhandlingsreformen er å bidra til mer forebygging, bedre samhandling og mer helhetlige pasientforløp. Flere oppgaver skal overføres fra spesialisthelsetjenesten til kommunene, noe som krever nye tjenester, bemanningsøkning og kompetanseheving i kommunene. Det skal legges mer vekt på gode pasientforløp og pasienters behov for koordinerte tjenester på tvers av nivå og virksomheter.

Her er noen nøkkeltall som viser utviklingen i ressursinnsatsen og aktiviteten i primær- og spesialisthelsetjenesten.



32. Utviklingen i helse- og omsorgstjenestene

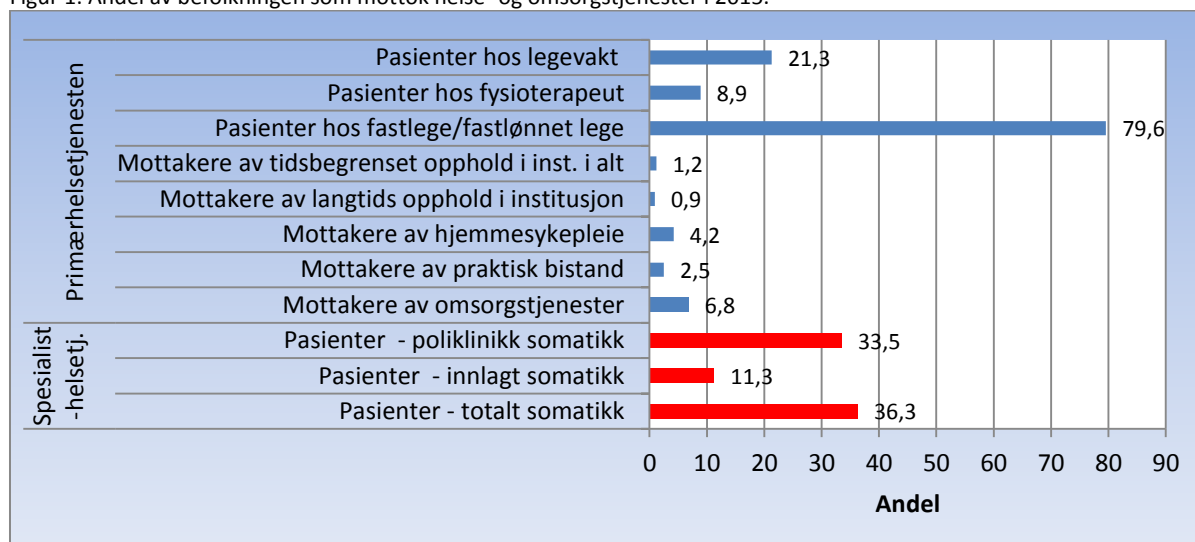
I perioden 2011-2015 har det vært en befolkningsvekst på 4,6 prosent. Veksten i aktivitet i somatisk spesialisthelsetjeneste har i samme periode vært høyere enn befolkningsveksten. I helse- og omsorgstjenesten har aktivitetsveksten vært noe lavere enn befolkningsveksten. Veksten i kostnader for helse- og omsorgstjenester totalt har vært høyere enn befolkningsveksten.

Bruk av tjenestene i 2015

36,3 prosent av befolkningen hadde minst én kontakt med somatisk spesialisthelsetjeneste i 2015. 11,3 prosent var innlagt minst en gang ved sykehus og 33,5 prosent hadde en eller flere kontakter med poliklinikk.

79,6 prosent av befolkningen var i kontakt med fastlegen i løpet av 2015 og 21,3 prosent var i kontakt med legevakten. Drøyt 350 000 mottok omsorgstjenester i løpet av 2015. Av disse var rundt 48 000 på langtidsopphold på institusjon.

Figur 1: Andel av befolkningen som mottok helse- og omsorgstjenester i 2015.



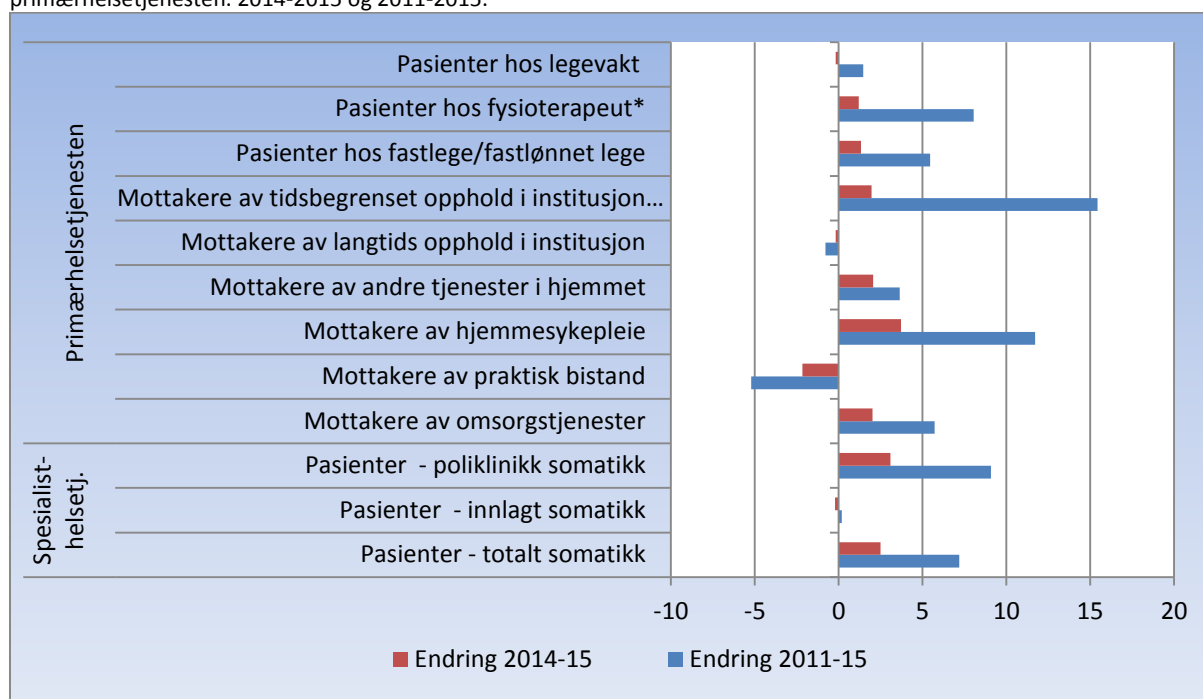
Kilde: Samdata spesialisthelsetjenesten 2015. IS-2485, Helsedirektoratet. Samdata kommune IS-2575, Helsedirektoratet. Publisert mars 2017.

Aktivitetsutvikling

I perioden 2011-2015 har antall pasienter i somatisk spesialisthelsetjeneste økt med over 125 000, det tilsvarer en vekst på 7,2 prosent. Dette er høyere enn befolkningsveksten på 4,6 prosent.

Veksten i antall personer som mottok en eller flere omsorgstjenester i kommunen har økt med 5,7 prosent fra 2011 til 2015. Veksten er i stor grad knyttet til en økning i antall mottakere av hjemmesykepleie og tidsbegrenset opphold i institusjon, med økning på henholdsvis 11,7 og 15,4 prosent.

Figur 2: Prosentvis endring i antall pasienter og mottakere av helse- og omsorgstjenester i spesialist- og primærhelsetjenesten. 2014-2015 og 2011-2015.



* KUHR inneholder kun elektronisk registrerte krav fra fysioterapeuter. Andelen elektroniske krav har økt frem mot 2012 og gitt en kunstig vekst for disse områdene. Endringstall må derfor behandles med en viss varsomhet.

Kilde: Samdata spesialisthelsetjenesten 2015. IS-2485, Helsedirektoratet. Samdata kommune IS-2575, Helsedirektoratet. Publiseres mars 2017.

Kostnadsutvikling

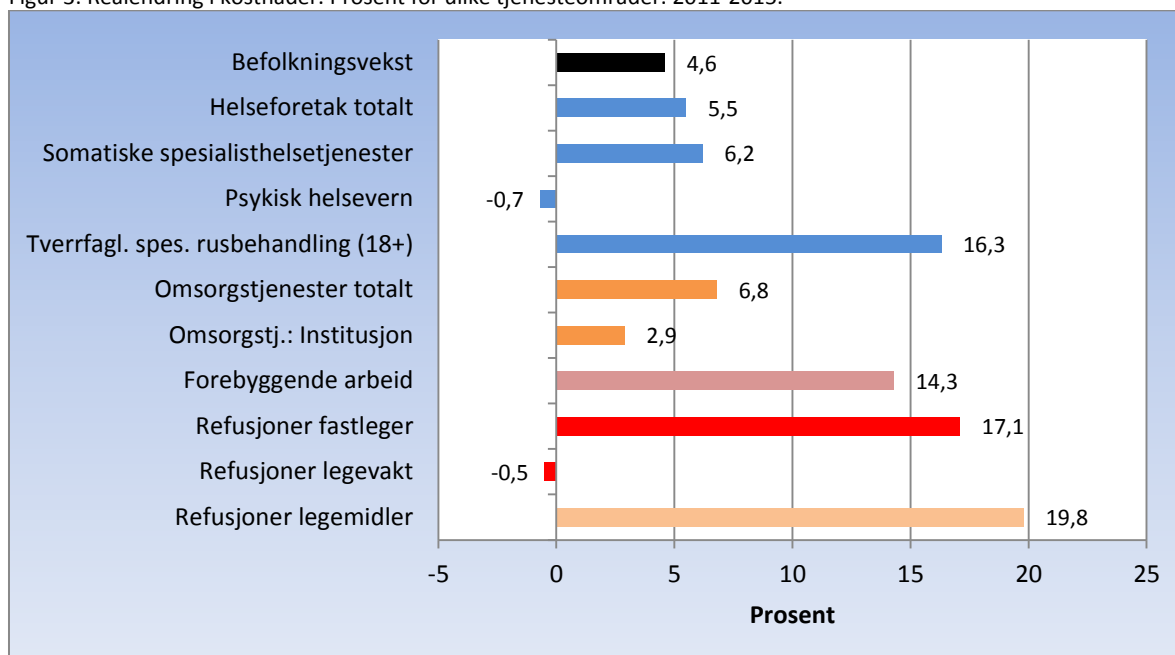
I 2015 var kostnader til spesialisthelsetjenesten, inklusive helserefusjoner til private spesialister, på om lag 141 milliarder kroner. Primærhelsetjenesten, inklusive helserefusjoner og legemidler, utgjorde samme år drøyt 137 milliarder kroner.

Helseforetakenes kostnader til spesialisthelsetjenester har hatt en realvekst på 5,5 prosent i perioden 2011-2015, hvorav veksten innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling har økt mest.

Realvekst i kostnader til omsorgstjenestene har vært på 6,8 prosent i samme periode. Veksten i hjemmetjenesten var størst med 14,7 prosent.

Kostnadsveksten knyttet til forebyggende arbeid har vært på 14,3 prosent i perioden 2011-2015. Refusjon av legemidler har økt med 19,8 prosent. Refusjoner til legemidler har særlig vært sterk i perioden 2012 til 2015. Dette skyldes både overgang til nyere og dyrere legemidler for samme indikasjon, men også godkjenning av nye legemidler.

Figur 3: Realendring i kostnader. Prosent for ulike tjenesteområder. 2011-2015.



Kilde: Samdata spesialisthelsetjenesten 2015. IS-2485, Helsedirektoratet. Samdata kommune IS-2575, Helsedirektoratet. Publiseres mars 2017.

33. Utskrivningsklare pasienter og reinnleggelser

Pasienter som er ferdig behandlet på sykehus, men har behov for kommunale helse- og omsorgstjenester etter utskrivning, betegnes som utskrivningsklare. Fra 2012 ble det innført en ordning om kommunalt finansieringsansvar av utskrivningsklare pasienter fra første dag. Intensjonen er at pasientene raskere får et kommunalt tilbud og behandles på laveste effektive omsorgsnivå.

I 2016 måtte kommunene betale 4 505 kroner per liggedøgn på sykehus for pasienter som er definert som ferdigbehandlet på sykehus. Gjennom ordningen får kommunene et sterkere incentiv til å ta raskere imot utskrivningsklare pasienter.

Utviklingen i antall opphold for utskrivningsklare pasienter

Antall registrerte opphold for utskrivningsklare pasienter (UKP) har økt betydelig etter samhandlingsreformen ble innført i 2012. Mens det per 2. tertial i 2011 var 14 685 registrerte opphold, var antallet i 2016 økt til 72 225. Det tilsvarer en økning på 392 prosent. Til sammenlikning har antall opphold for pasienter som ikke er meldt utskrivningsklare, det vil si pasienter som skrives ut uten å ha behov for et kommunalt tilbud, i samme perioden gått ned 7,6 prosent.

I 2016⁵⁴ ble 89,6 prosent av pasientene tatt imot av kommunen innen en dag etter at de ble meldt utskrivningsklar. I 2011 og 2012 var tilsvarende andel på henholdsvis 19 og 79 prosent.

Tabell 1: Antall og andel opphold etter utskrivningsklar status per 1. og 2. tertial 2011-2016.

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Ikke meldt utskrivningsklar	496 401	494 481	487 118	466 760	460 042	458 905
Opphold for utskrivningsklare pasienter	14 685	28 726	36 592	55 886	67 958	72 225
Andel meldt utskrivningsklar og ut samme/neste dag	19,4 (N=2 851)	79,2 (N=22 754)	84,4 (N=30 889)	87,9 (N=49 099)	90,4 (N=61 404)	89,6 (N=64 730)
Andel meldt utskrivningsklar og ut etter 2 eller flere liggedager	80,8 (N=11 834)	20,8 (N=5 972)	15,6 (N=5 703)	12,1 (N=6 787)	9,6 (N=6 554)	10,4 (N=7 495)

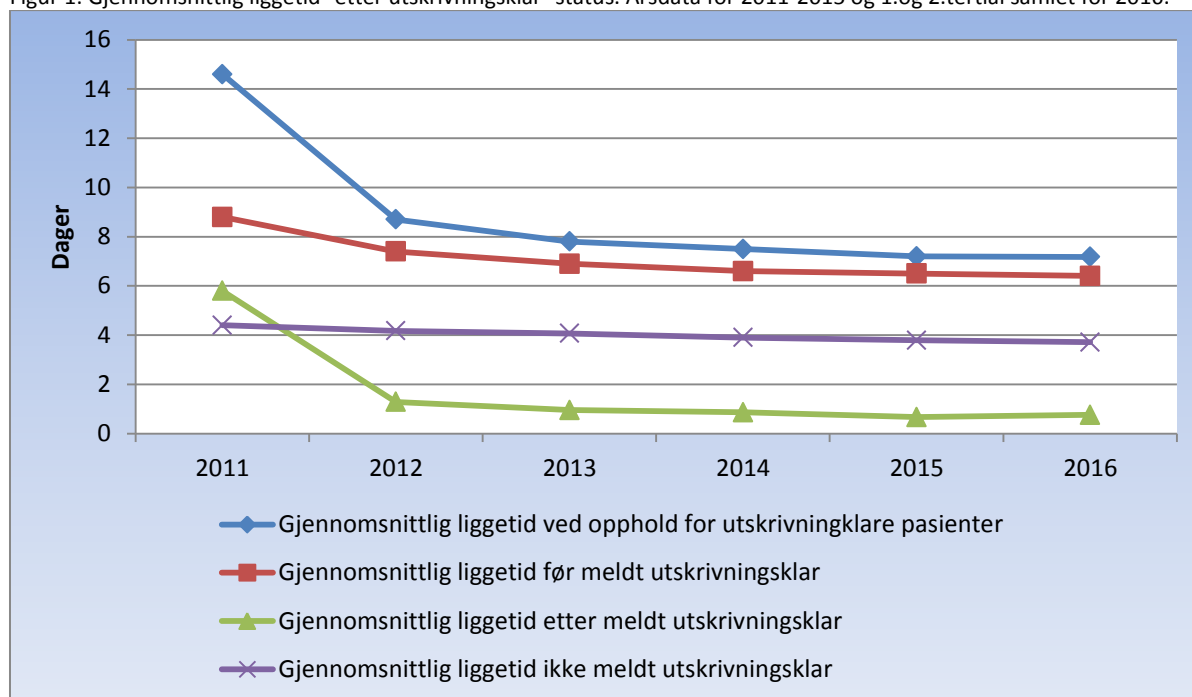
Kilde: Helsedirektoratet.

Utviklingen i gjennomsnittlig liggetid for utskrivningsklare pasienter

Den gjennomsnittlige liggetiden på sykehus som utskrivningsklar har gått ned fra 5,8 liggedager i 2011 til 0,8 liggedager i 2016¹. Den gjennomsnittlige liggetiden før pasienten ble meldt utskrivningsklar har samtidig gått ned fra 8,8 dager i 2011 til 6,4 dager i 2016.

⁵⁴ Det er usikkerhet rundt datagrunnlaget for Helse-Midt Norge for 2016, da det ikke er noen UKP-opphold ved helseforetakene i region hvor pasienten er skrevet ut samme dag.

Figur 1: Gjennomsnittlig liggetid¹ etter utskrivningsklar² status. Årsdata for 2011-2015 og 1. og 2. tertial samlet for 2016.



¹ Endring i definisjon av hvilken dato som brukes når pasienten er meldt utskrivningsklar flere ganger i løpet av samme sykehusopphold bidrar til en økning i liggedager for utskrivningsklare pasienter i 2014. Beregning tilsier at effekten av dette tilsvarer omtrent 10 prosent flere liggedager for utskrivningsklare pasienter i 2013.

² Opphold for pasienter som er meldt utskrivningsklar og tatt imot av kommunen samme dag er inkludert.

Kilde: Helsedirektoratet.

Utviklingen i reinnleggelser

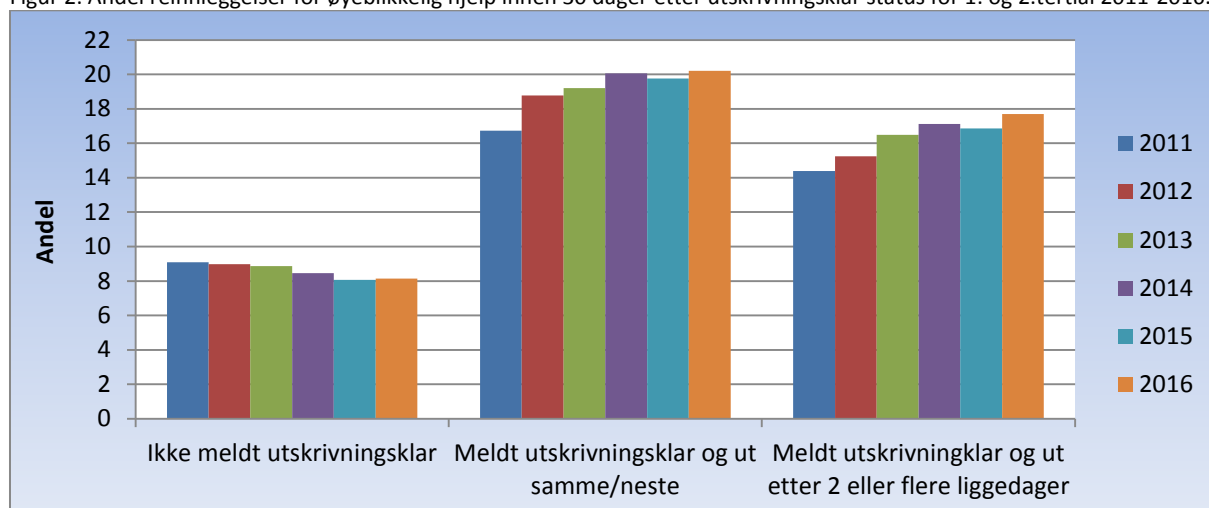
En reinnleggelse er definert som er en innleggelse for øyeblikkelig hjelp innen 30 dager etter at en pasient er utskrevet.

Andelen reinnleggelser etter opphold hvor pasienten ikke ble meldt utskrivningsklar sank årlig fra 2011 til 2015. Fra 2015 til 2016 har andelen vært stabil på 8,1 prosent.

Etter å ha økt litt i perioden 2011-2014 gikk andelen reinnleggelser ned fra 2014 til 2015, både for pasienter som ble meldt utskrivningsklar og ble tatt imot av kommunen etter 0-1 dager, og for andelen pasienter som ble tatt imot etter to eller flere liggedager. Fra 2015 til 2016 har imidlertid begge andelen økt igjen.

Andelen reinnleggelser blant pasienter som ble meldt utskrivningsklar og ble tatt imot av kommunen etter 0-1 dager var i 2016 på 20,2 prosent. Reinnleggelser blant pasienter som ble tatt imot av kommunen etter to eller flere liggedager var på 17,7 prosent.

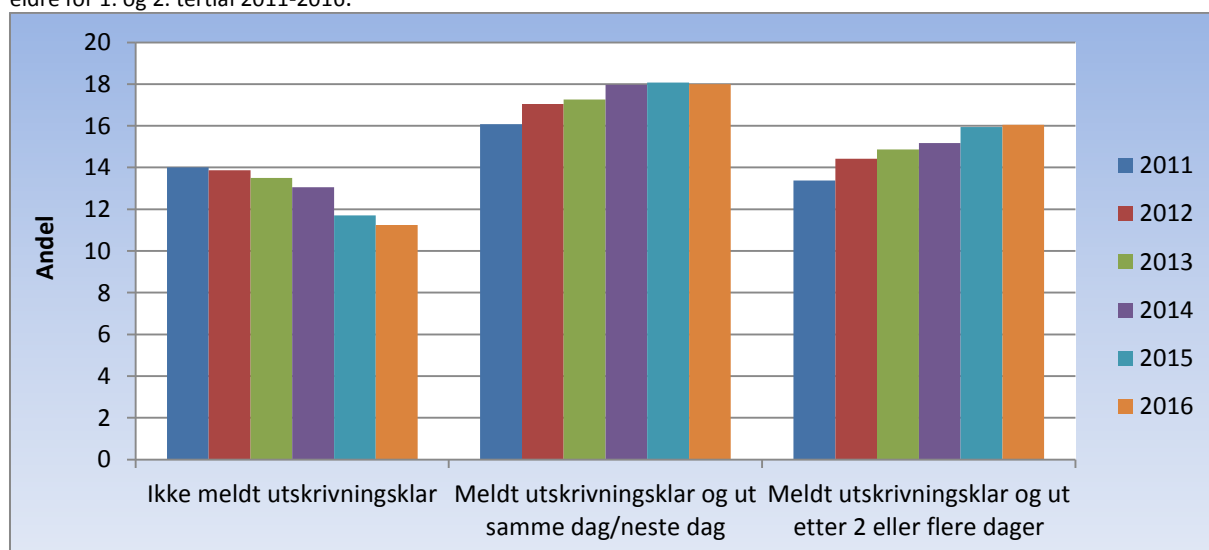
Figur 2: Andel reinnleggelser for øyeblikkelig hjelp innen 30 dager etter utskrivningsklar status for 1. og 2. tertial 2011-2016.



Kilde: Helsedirektoratet.

Fra 2011 til 2016 var det også for de eldste pasientene, 80 år og eldre, en nedgang i andel reinnleggelser for pasienter som ikke ble meldt utskrivningsklare. Det er små endringer fra 2015 til 2016, både for pasienter meldt utskrivningsklare samme eller neste dag, og for gruppen som har to eller flere liggedager som utskrivningsklare.

Figur 3: Andel reinnleggelser for øyeblikkelig hjelp innen 30 dager etter utskrivningsklar status for aldersgruppen 80 år og eldre for 1. og 2. tertial 2011-2016.



Kilde: Helsedirektoratet.

34. Rehabilitering i kommune og spesialisthelsetjenesten

Habilitering og rehabilitering foregår i og utenfor institusjon i kommuner og i spesialisthelsetjenesten og både i offentlige og private institusjoner. Habiliterings- og rehabiliteringstjenester representerer tverrfaglige forløp som ofte går på tvers av nivåene i helsetjenesten.

Datagrunnlaget

I den kommunale helse- og omsorgstjenesten har det lenge vært et problem med mangelfulle data fra rehabiliterings- og habiliteringstjenestene. For mottakere av disse tjenestene i institusjon manglet det i 2015 informasjon fra 33 prosent av kommunene. Tilsvarende manglet det data for 53 prosent av kommunene i tjenestene utenfor institusjon. Dette er likevel en bedring sammenliknet med tidligere år, særlig for habilitering og rehabilitering utenfor institusjon, der andelen kommuner med manglende rapportering tidligere var opp mot 70 prosent.⁵⁵ I den kommunale helse- og omsorgstjenesten er det ikke mulig å skille mellom habilitering og rehabilitering. Samtidig vil det være en del habiliteringsaktivitet i kommunene som ikke fanges opp i tallene som presenteres her. Dette vil for eksempel gjelde for habilitering som foregår på helsestasjon og i skolehelsetjenesten.

Antall mottakere

I perioden 2011 til 2015 har antallet mottakere av habilitering og rehabilitering i kommunale institusjon økt med over 17 prosent. Økningen tilsvarer drøyt 2 300 mottakere. Kontrolleres det for befolkningsveksten i perioden, har det vært en økning fra 2,7 mottakere per 1 000 innbyggere i 2011 til 3,0 mottakere i 2015.

Antallet mottakere av habilitering og rehabilitering utenfor institusjon i kommunene har ligget rundt 29 000 i hele perioden 2011 til 2014, men fra 2014 til 2015 er det en markant vekst på 5 600 mottakere. Dette tilsvarer en økning på 19 prosent. Noe av forklaringen på den sterke veksten siste år er at rapporteringskvaliteten har blitt bedre ved at flere kommuner rapporterer data. Kontrollert for befolkningsvekst i perioden, var det en reduksjon i antall mottakere per 1 000 innbyggere fram mot 2014, mens det var en vekst fra 5,6 til 6,7 siste år.⁵⁶

I spesialisthelsetjenesten har det vært en vekst i antall pasienter som har mottatt habilitering i perioden 2011 til 2015 og veksten gjelder både for barn og unge og for voksne. For habilitering for barn og unge var det en vekst på i underkant av 2 200 pasienter eller 20 prosent i perioden. Kontrollert for befolkningsvekst tilsvarer dette en økning fra 9,1 pasienter per 1 000 innbyggere 0-18 år i 2011 til 10,9 i 2015. Innen voksenhabilitering var veksten fra 2011 til 2015 i underkant av 2 200 pasienter, noe som tilsvarer 36 prosent. Kontrollert for befolkningsvekst er dette en endring fra 1,6 pasienter per 1 000 innbyggere 19 år og eldre i 2011 til 2,1 i 2015.⁵⁷

I spesialisthelsetjenesten har det vært en nedgang i antall pasienter som har mottatt primær døgnrehabilitering i perioden 2011 til 2015. I 2015 var det 1,8 pasienter per 1 000 innbyggere mot

⁵⁵ Samdata kommune 2016. IS-2575. Helsedirektoratet. Publisert mars 2017.

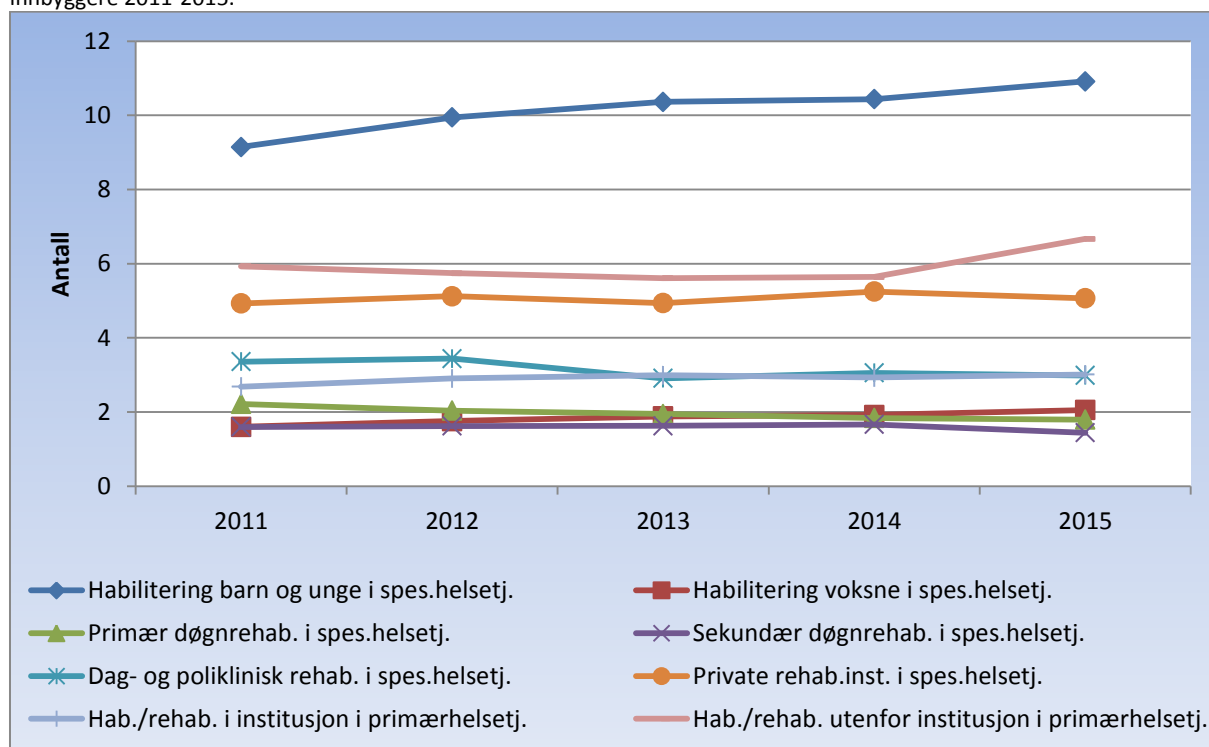
⁵⁶ Mye av veksten i antall mottakere siste år skyldes bedre dataregistrering fra kommunene. I rapporten Samdata kommune korrigerer man for dette ved at innbyggertallet blir fjernet i rateberegningene for kommuner der det mangler data. På denne måten vil en vekst i antall mottakere per innbygger være en faktisk vekst i kommunene som er med og ikke skyldes at det er flere kommuner som rapporterer. De korrigerte tallene viser at det fortsatt er en vekst fra 2014 til 2015 (fra 8,4 til 8,8 mottakere per 1 000 innbyggere), men den er noe mindre enn når man ikke korrigerer for manglende data. (Samdata kommune 2016. IS-2575. Helsedirektoratet. Publisert mars 2017.)

⁵⁷ Noe av veksten i antall pasienter i habiliteringstjenesten kan tilskrives at man klarer å identifisere flere habiliteringsenheter i pasientdata i slutten av perioden enn i starten. Når man korrigerer for dette, ser man likevel en vekst i antall pasienter. (Samdata spesialisthelsetjenesten 2015. IS-2485. Helsedirektoratet 2016.)

2,2 i 2011. Antall pasienter som har mottatt sekundær døgnerhabilitering har økt jevnt fram mot 2015. Kontrollert for befolkningsvekst har imidlertid nivået ligget stabilt på 1,6-1,7 pasienter per 1 000 innbyggere. Fra 2014 til 2015 er det imidlertid en nedgang fra 1,7 til 1,4 pasienter per 1 000 innbyggere.

For dag- og poliklinisk rehabilitering er det vanskelig å si noe entydig om utviklingen. Dette skyldes at det har vært flere endringer i perioden i hvordan aktiviteten kodes, noe som påvirker utviklingstallene. I 2011 var det nesten 24 600 pasienter som mottok behandling i private rehabiliteringsinstitusjoner, mens det var drøyt 26 400 i 2015. Dette tilsvarer en økning fra 4,9 pasienter per 1 000 innbyggere i 2011 til 5,1 i 2015.

Figur 1: Antall pasienter og mottakere av habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten og i kommunene per 1 000 innbyggere 2011-2015.



Kilde: Samdata kommune IS-2575, Helsedirektoratet. Publisert mars 2017. Samdata spesialisthelsetjenesten 2015. IS-2485, Helsedirektoratet.

Individuell plan

Retten til individuell plan (IP) etter helselovgivningen ble innført i 2001. Formålet med IP er å sikre et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud for pasienter og brukere med behov for langvarige koordinerte tjenester. Som hovedregel vil det være kommunen som har ansvaret for å utarbeide en individuell plan. Spesialisthelsetjenestens ansvar begrenser seg til å informere pasienten og pårørende om retten til IP, varsle kommunen om behov og bidra i kommunens arbeid knyttet til IP.

Individuell plan i barnerehabilitering - spesialisthelsetjenesten

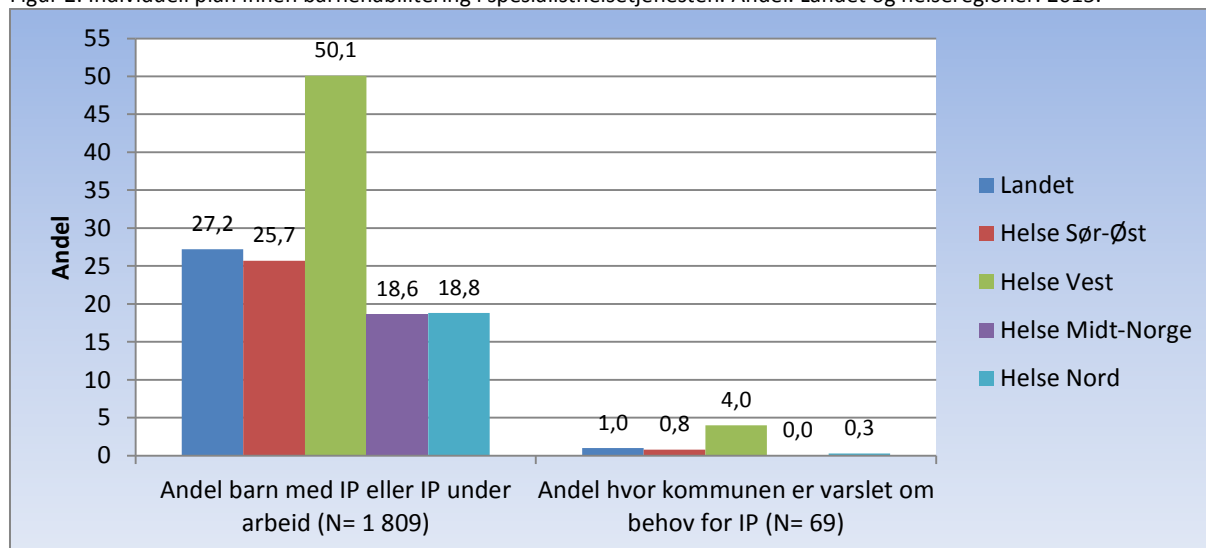
Det publiseres en nasjonal kvalitetsindikator som viser hvor stor andel av barn i barnerehabiliteringstjenestene som har en individuell plan, om individuell plan er under arbeid og/eller hvor ofte spesialisthelsetjenesten varsler kommunen om behovet for individuell plan.

For 63 prosent av barna i barnerehabiliteringstjenesten i 2015 er det ikke rapportert inn informasjon om IP. Disse barna inngår i beregningene som om de ikke har IP.

I 2015 ble det på landsnivå rapportert inn at 27 prosent av barna har IP eller at IP er under arbeid i barnerehabiliteringstjenesten. Det er en nedgang fra 2014 da andelen var 31 prosent. I 2015 hadde Helse Vest høyest andel pasienter som har IP med 50 prosent og Helse Midt-Norge og Helse Nord lavest andel med 19 prosent.

Helse Midt-Norge har ikke rapportert om noen saker hvor de har varslet kommunene om behov for IP. I Helse Vest ble kommunen varslet om behov for IP i fire prosent av sakene.

Figur 2: Individuell plan innen barnehabilitering i spesialisthelsetjenesten. Andel. Landet og helseregioner. 2015.



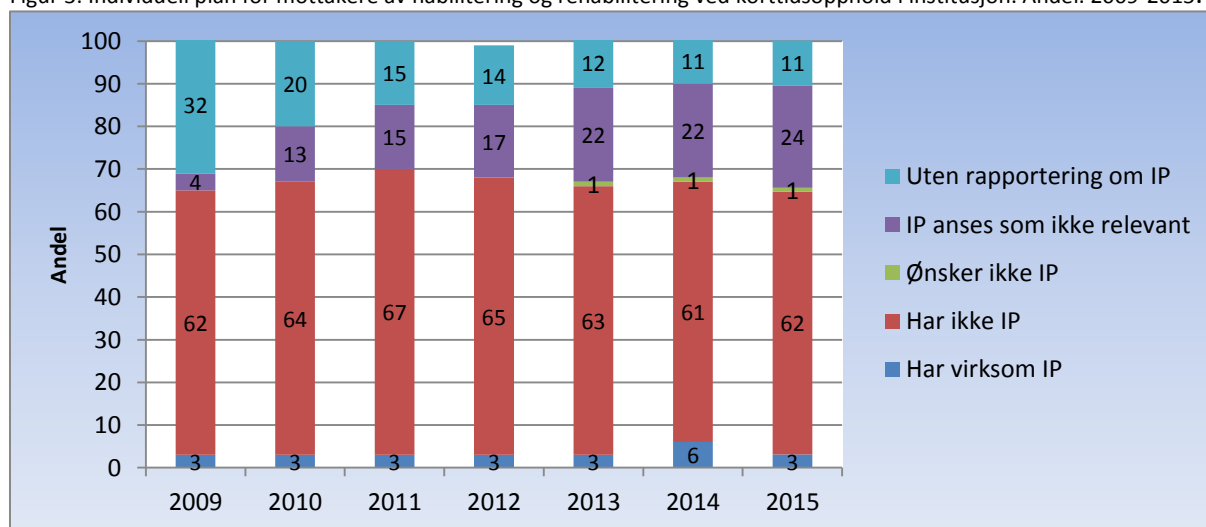
Kilde: Nasjonale kvalitetsindikatorer, helsenorge.no.

Individuell plan i kommunene

Det publiseres nasjonale kvalitetsindikatorer på helsenorge.no for IP for habilitering og rehabilitering i hjemmet og IP for habilitering og rehabilitering ved korttidsopphold i institusjon.

I 2015 hadde 3 prosent av mottakerne av habilitering og rehabilitering ved korttidsopphold i institusjon en individuell plan. Dette er den samme andelen som i 2009, men en nedgang fra 2014 da 6 prosent av mottakerne hadde individuell plan. Andelen hvor det manglet opplysninger om hvorvidt tjenestemottakeren har IP var i 2015 på 11 prosent.

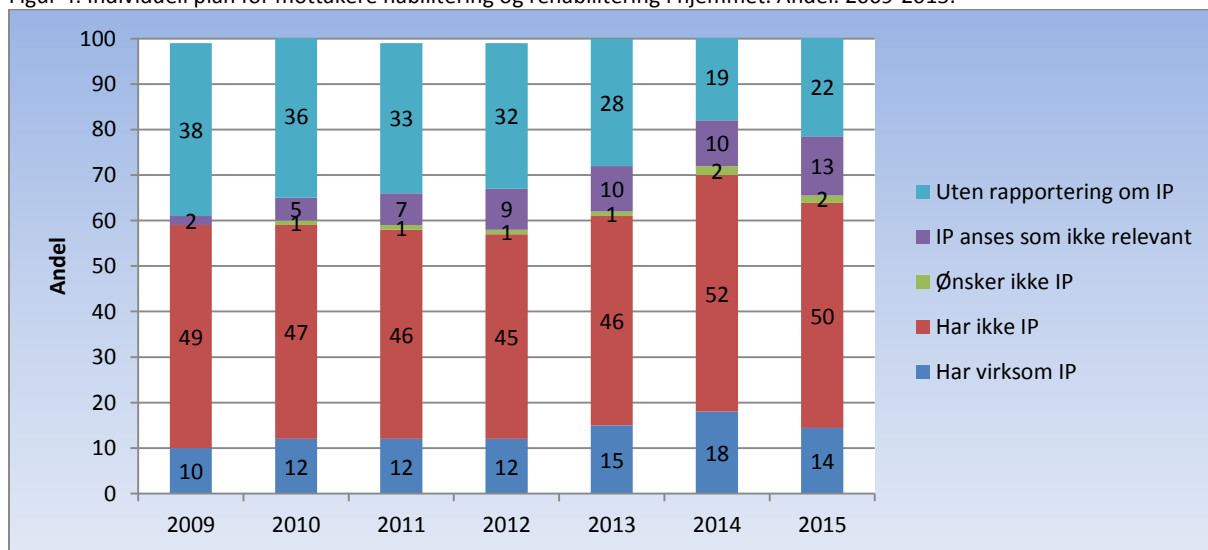
Figur 3: Individuell plan for mottakere av habilitering og rehabilitering ved korttidsopphold i institusjon. Andel. 2009-2015.



Kilde: Nasjonale kvalitetsindikatorer, helsenorge.no.

50 prosent av mottakerne av habilitering og rehabilitering i hjemmet hadde ikke en IP i 2015. I 2014 var andelen 52 prosent. I 2015 hadde 14 prosent av mottakerne en IP og 2 prosent ønsket ikke en IP.

Figur 4: Individuell plan for mottakere habilitering og rehabilitering i hjemmet. Andel. 2009-2015.



Kilde: Nasjonale kvalitetsindikatorer, helsenorge.no.

35. Årsverksutvikling blant helsepersonell

Personell- og kompetanseprofilen i helse- og omsorgssektoren skal utvikles i tråd med Samhandlingsreformen og Kompetanseløft 2020. Med Samhandlingsreformen fikk kommunene økt ansvar og flere oppgaver på helse- og omsorgsområdet. Personellveksten skal derfor fortrinnsvis skje i kommunene. Kompetanseløft 2020 er regjeringens plan for rekruttering, kompetanseheving og fagutvikling i helse- og omsorgstjenestene i kommunene.

I 2015 ble systemet for innhenting av registerbasert sysselsettingsstatistikk endret. Overgangen har skapt utfordringer i beregningen av årsverkstall for 2015, og det blir et brudd i tidsserien. Endringen medfører at man ikke med visshet kan si hvorvidt endringer i årsverkene skyldes faktisk endring eller hvorvidt det skyldes en endring i innrapporteringen. Tallene under må derfor tolkes med varsomhet.

Utviklingen i årsverk

Økningen i antall årsverk i spesialisthelsetjenesten er høyere fra 2014 til 2015 enn fra 2011 til 2014. Utviklingen i årsverkene i kommunale helse- og omsorgstjenester er motsatt.

Tabell 1: Årsverk i spesialisthelsetjenesten, kommunale helse- og omsorgstjenester i hjemmet og på institusjon og kommunehelsetjenesten, inkl. lange fravær. 2011, 2014 og 2015.

	2011	2014	2015
Årsverk i spesialisthelsetjenesten	110 059	114 644	122 291
Årsverk i kommunale helse- og omsorgstjenester i hjemmet og på institusjon	128 902	134 324	135 433
Årsverk i den øvrige kommunehelsetjenesten	12 879	13 900	14 233

Kilde: Statistikkbanken, tabell 09547, 09934, 03807, 03808 og 07798, Statistisk sentralbyrå.

Årsverkene øker både i spesialisthelsetjenesten og i kommunale helse- og omsorgstjenester. Målt i antall er veksten fra 2014 til 2015 størst i spesialisthelsetjenesten, både for leger og sykepleiere.

Fra 2011 til 2015 har det vært en markant økning i ergoterapeutårsverk i kommunale helse- og omsorgstjenester i hjemmet og på institusjon. I spesialisthelsetjenesten splittes ikke fysio- og ergoterapeutårsverk, men fremstilles samlet.

Tabell 2: Årsverk for leger, sykepleiere, vernepleiere-, fysio- og ergoterapeuter i helse- og omsorgstjenestene, inkludert lange fravær. 2011, 2014 og 2015.

	2011	2014	2015
Legeårsverk i spesialisthelsetjenesten	13 704	15 059	16 131
Legeårsverk i kommunehelsetjenesten	4 837	5 325	5 457
Sykepleierårsverk i spesialisthelsetjenesten	38 896	40 438	44 229
Sykepleierårsverk i kommunale helse- og omsorgstjenester i hjemmet og på institusjon	25 366	28 148	29 342
Vernepleierårsverk i kommunale helse- og omsorgstjenester i hjemmet og på institusjon	6 099	7 134	7 673
Fysio- og ergoterapeutårsverk i spesialisthelsetjenesten	2 929	2 908	3 149
Fysioterapeutårsverk i kommunehelsetjenesten	4 296	4 596	4 690
Ergoterapeutårsverk i kommunale helse- og omsorgstjenester i hjemmet og på institusjon	782	976	1 029

Kilde: Statistikkbanken, tabell 09547, 09934, 03808 og 03807, Statistisk sentralbyrå.

36. Autorisasjon av helsepersonell

I Norge er det 29 helsepersonellgrupper som har en beskyttet tittel. Disse må søke Helsedirektoratet om autorisasjon før de kan jobbe som helsepersonell. Helsedirektoratet behandler søknader om autorisasjon og lisens for helsepersonell utdannet både i Norge og i utlandet som skal arbeide i det norske helsevesenet. Ordningen er et viktig bidrag til pasientsikkerhet. I 2015 ble det gitt 16 817 autorisasjoner.

Rundt en tredjedel av autorisasjonene i 2015 var til sykepleiere, en fjerdedel til helsefagarbeidere og i overkant en av ti autorisasjoner ble gitt til leger.

I 2015 fikk 1 879 leger autorisasjon. 38 prosent av disse var utdannet i Norge, 17 prosent i Norden, 36 prosent i et EU/EØS-land og 9 prosent tok utdannelsen i andre land. Andelen som fikk autorisasjon og som er utdannet i Norge er lavest blant leger, etterfulgt av jordmødre og tannleger.

Nesten halvparten av jordmødrene som ble autorisert i 2015 tok sin utdanning i et annet nordisk land. Alle vernepleiere som fikk autorisasjon i 2015 ble utdannet i Norge.

Tabell 1: Autorisasjon av utvalgte helsepersonellgrupper*. Antall og andel utdannet fra ulike geografiske områder. 2015.

Yrkeskode	Norge		Norden		EU/EØS		Andre	
	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel
Sykepleier	3 783	68 %	1 317	24 %	398	7 %	72	1 %
Helsefagarbeider	2 908	67 %	450	10 %	69	2 %	934	21 %
Lege	706	38 %	318	17 %	683	36 %	172	9 %
Vernepleier	846	100 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %
Fysioterapeut	283	54 %	131	25 %	96	18 %	10	2 %
Helsesekretær	463	98 %	1	0 %	2	0 %	6	1 %
Psykolog	271	61 %	139	31 %	26	6 %	9	2 %
Ambulansearbeider	288	92 %	11	4 %	13	4 %	2	1 %
Apotektekniker	263	90 %	2	1 %	10	3 %	17	6 %
Tannlege	113	43 %	27	10 %	101	39 %	21	8 %
Bioingeniør	176	78 %	22	10 %	9	4 %	18	8 %
Provisorfarmasøyt	118	54 %	22	10 %	75	34 %	4	2 %
Ergoterapeut	202	94 %	8	4 %	4	2 %	2	1 %
Tannhelsesekretær	188	94 %	1	0 %	4	2 %	8	4 %
Jordmor	85	43 %	96	49 %	13	7 %	2	1 %
Reseptarfarmasøyt	109	60 %	9	5 %	7	4 %	56	31 %
Radiograf	130	81 %	9	6 %	7	4 %	14	9 %
Tannpleier	67	88 %	6	8 %	2	3 %	1	1 %
Optiker	39	62 %	19	30 %	4	6 %	1	2 %
Fotterapeut	55	95 %	1	2 %	1	2 %	1	2 %
Kiropraktor	0	0 %	13	24 %	27	50 %	14	26 %
Klinisk ernæringsfysiolog	28	90 %	1	3 %	1	3 %	1	3 %

* Grupper som ikke inngår i tabellen: audiograf, ortopediingeniør, tanntekniker, ortoptist, perfusjonist, hjelpepleier og omsorgspleier. Det gis i hovedsak ikke lengre nye godkjenninger til de to siste gruppene, da de er «slått sammen» til helsefagarbeider.

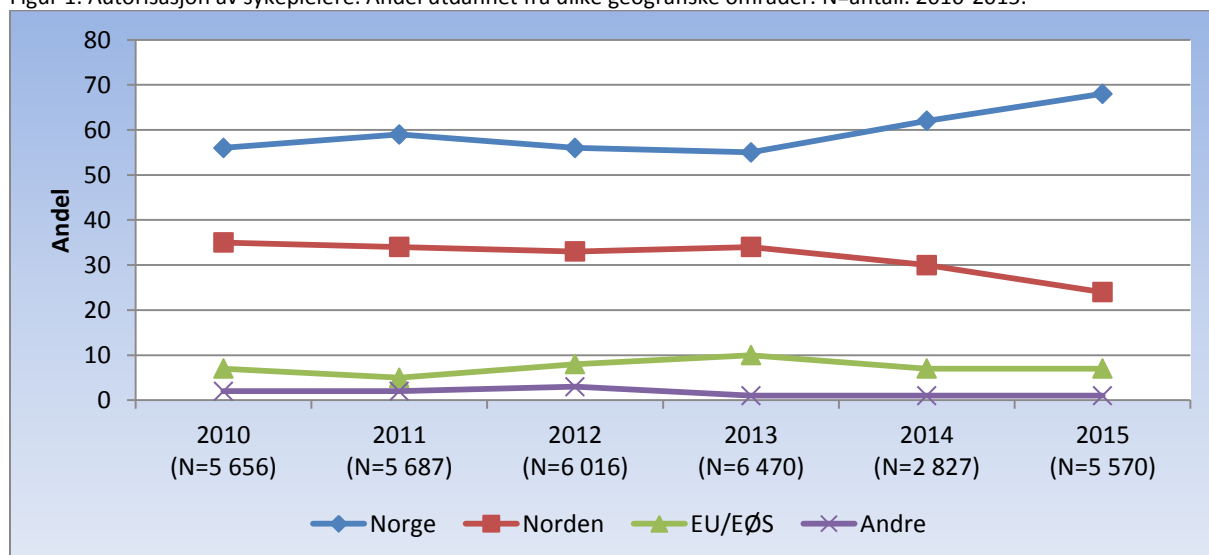
Kilde: Helsedirektoratet.

Sykepleiere

I 2015 ble det gitt autorisasjon til 5 570 sykepleiere. Det er en nedgang på fem prosent fra 2014.

68 prosent av sykepleierne som fikk autorisasjon i 2015 var utdannet i Norge, mot 56 prosent i 2010. 24 prosent av alle sykepleiere som fikk autorisasjon i 2015 hadde utdannelse fra et annet nordisk land, noe som er den laveste andelen i perioden 2010-2015.

Figur 1: Autorisasjon av sykepleiere. Andel utdannet fra ulike geografiske områder. N=antall. 2010-2015.



Kilde: Helsepersonellregisteret, Helsedirektoratet.

Helsefagarbeidere

33 prosent av helsefagarbeiderne som fikk autorisasjon i 2015 tok sin utdanning i andre land enn Norge. De fleste som ikke var utdannet i Norge hadde utdannelse fra Serbia, Sverige og Filippinene.

Tabell 2: Utdanningsland blant helsefagarbeidere fra land utenom Norge. Antall og andel. 2015.*

	Antall	Andel
Serbia	437	30 %
Sverige	386	26 %
Filippinene	270	18 %
Bosnia-Hercegovina	61	4 %
Island	32	2 %
Danmark	13	1 %
Andre EU/EØS land	89	6 %
Andre	183	12 %
Total	1 471	100 %

*Tallene for statsborgerskap er fra et annet tidspunkt enn autorisasjon i tabell 1 og det er derfor noe differanse i tallene.

Kilde: Helsepersonellregisteret, Helsedirektoratet.

37. Stønader til legemidler

Folketrygden dekker helt eller delvis nødvendige utgifter som pasienter har til legemidler utenfor sykehus. I 2016 var refusjonsutgifter til legemidler og næringsmidler på litt over av 10 mrd. kroner.

Hjemmelsgrunnlaget for refusjon av utgifter til legemidler dekkes gjennom fire paragrafer i blåreseptforskriften.⁵⁸ Det finnes en liste over legemidler det gis stønad for (forhåndsgodkjent refusjon § 2). Det kan også søkes om stønader for legemidler som ikke foreligger på listen (individuell stønad § 3). I tillegg gis det stønad for legemidler ved smittsomme sykdommer (§ 4) og næringsmidler (§ 6).

I 2016 var statens utgifter til refusjon for legemidler og næringsmidler på litt over av 10 milliarder kroner. Fra 2015 var det en reell nedgang på 1,3 prosent. Fra 2014 til 2016 var den reelle økningen på 11 prosent.

70 prosent av utgiftene i 2016 var knyttet til legemidler som er forhåndsgodkjent (§ 2). Individuell stønad utgjorde 20 prosent.

Stønad til legemidler mot allmennfarlige smittsomme sykdommer (§ 4) falt med 47 prosent fra 2015 til 2016. Denne nedgangen skyldes overføring av finansieringsansvaret for de nye og kostbare legemidlene til behandling av hepatitt C-infeksjon fra folketrygden til de regionale helseforetakene.

Tabell 1: Stønad til legemidler og næringsmidler på blå resept etter hjemmelsgrunnlag. Millioner kroner. Ikke prisjusterte tall. 2014-2016.

Hjemmel	2014	2015	2016
Forhåndsgodkjent refusjon (§ 2)	6 273	6 847	7 024
Individuell stønad (§ 3)	1 692	1 926	2 039
Allmennfarlige smittsomme sykdommer (§ 4)	669	967	509
Næringsmidler (§ 6)	313	353	378
Annet	49	56	60
I alt	8 997	10 149	10 010

Kilde: Regnskapsrapport 130. Helsedirektoratet.

Regelverksendringer kan påvirke både størrelsen på utgiftene og antall pasienter. Eksempler på dette kan være nye refusjonsvilkår, inkludering eller ekskludering av legemidler på forhåndsgodkjent liste.

De ti forhåndsgodkjente legemidlene (§ 2) som utløser høyest refusjonsutgifter utgjorde 1,5 milliarder kroner i 2016. Rundt 33 prosent av disse gikk til behandling av astma og KOLS (salmeterol, formoterol og tiotropiumbromid), mens de to største antitrombotiske legemidler (som motvirker blodproppdannelse) utgjorde 28 prosent. Den sterke økningen i bruk av Eliquis kan skyldes at dette er den største av de nye blodfortynnende legemidlene hvor det har vært en pågående, faglig begrunnet overgang fra eldre legemidler (warfarin/Marevan). Dette gjelder også for Xarelto. Man kan forvente at økningen vil avta på sikt. To kreftlegemidler (Revlimid og Glivec) kommer også med på listen over de 10 som utløser høyest refusjonsutgifter.

⁵⁸ Forskrift 28.juni 2007 nr.814 om stønad til dekning av utgifter til viktige legemidler mv (Blåreseptforskriften).

Tabell 2: De ti forhåndsgodkjente legemidler (§ 2) som utløste høyest stønad i kr og antall unike brukere i 2016. Endringer i stønad og unike brukere fra 2015-2016.

ATC-kode	Virkestoff/Eks handelsnavn	Stønad i kr.	Endring i stønad fra 2015-2016	Antall unike brukere	Endring i antall unike brukere fra 2015-2016
B01AF02	Apixaban/Eliquis	223 732 357	106 %	37 056	73 %
B01AF01	Rivaroksaban/Xarelto	198 478 532	27 %	28 607	13 %
L04AX04	Lenalidomid/Revlimid	183 081 677	66 %	604	43 %
R03AK06	Salmeterol og Flutikason/ Seretide	171 045 817	-9 %	81 872	-5 %
R03AK07	Formoterol og Budesonid/ Symbicort	165 275 088	-7 %	78 458	-2 %
R03BB04	Tiotropiumbromid/Spiriva	142 246 991	1 %	38 420	-3 %
L01XE01	Imatinib/Glivec	117 902 900	15 %	526	9 %
C07AB02	Metoprolol/Selo-Zok	109 776 070	3 %	276 570	1 %
A10BJ02	Liraglutid/Victoza	104 662 592	17 %	7 879	7 %
A10AB05	Insulin aspart/NovoRapid	103 077 782	11 %	31 011	3 %

Kilde: Oppgjørsdatabasen eResept, Helsedirektoratet.

Flere av legemidlene som refunderes etter individuell stønad er kostbare. Dette medfører at små endringer i antall unike brukere kan gi store endringer i refusjonsutgiftene. Noen av legemidlene med høye refusjonsutgifter som brukes av et lite antall personer, er Soliris og Fabrazyme som brukes mot sjeldne sykdommer, og Imnovid og Jakavi som brukes mot kreft. Utgiftene i oversikten fordeler seg på mange ulike sykdomsgrupper. De ti legemidlene med høyeste refusjonsutgifter etter individuell stønad sto for i underkant av 599 millioner kroner i 2016.

Tabell 3: Ti legemidler med høyest stønad på individuell stønad (§ 3) som utløste høyest stønad i kr. Antall unike brukere og endringer fra 2015-2016.

ATC-kode	Virkestoff/eks.handelsnavn	Stønad i kr.	Endring i stønad fra 2015-2016	Antall unike brukere	Endring i antall unike brukere fra 2015-2016
L04AA25	Ecilizumab/Soliris	76 851 603	32 %	19	0 %
N03AX16	Pregabalin/ Lyrica	71 622 028	-3 %	9 027	0 %
A16AB04	Agalsidase beta/ Fabrazyme	71 124 854	15 %	30	-23 %
B05XC	Tilsetninger til infusjonskonsentrater	68 641 182	646 %	416	-27 %
B05BA10	Kombinasjoner til infusjon/ Kabiven	60 914 551	25 %	61	-91 %
L04AX06	Pomalidomid/ Imnovid	53 942 371	36 %	122	22 %
L01XE18	Ruksolitinib/ Jakavi	51 617 586	79 %	117	38 %
N04BA02	Levodopa og dekarboksylasehemmer/ Duodopa	48 893 382	12 %	218	66 %
N06BA04	Metylfenidat/ Concerta	48 616 310	-1 %	10645	-10 %
N07XX07	Fampridin/ Fampyra	46 950 691	-33 %	1613	0 %

Kilde: Oppgjørsdatabasen eResept, Helsedirektoratet.

38. Frikort

Alle innbyggere som er medlem i folketrygden har rett på frikort når de har betalt egenandeler over egenandelstaket. En innbygger som har mottatt frikort trenger ikke å betale egenandeler resten av kalenderåret. Når egenandelstaket er nådd refunderer staten egenandeler for helsetjenester på vegne av innbyggeren. Hensikten med frikortordningen er å skjerme innbyggerne mot høye helseutgifter.

Det finnes to frikortordninger, én for egenandelstak 1 og én for egenandelstak 2. Frikortene gjelder for ulike helsetjenester. Har innbygger fått frikort i den ene ordningen, kan det ikke benyttes i den andre ordningen. Retten til frikort egenandelstak 1 er hjemlet i folketrygdloven § 5-3. I ordningen inngår egenandeler hos lege, poliklinikk, lab- og røntgeninstitut, psykolog, pasientreiser og blå resept hos apotek og bandasjist. Barn under 16 år betaler ikke egenandeler. Minstepensjonister er fritatt fra å betale egenandeler på blå resept.

I 2010 ble frikort egenandelstak 1 automatisert. Dette innebærer at innbyggerne ikke lenger må søke om frikort, men får det automatisk tilsendt i posten når de har betalt egenandeler over egenandelstaket.

Andelen som fikk frikort økte med 36 prosent, fra rundt 858 000 i 2009 til 1,17 millioner i 2010. Det er grunn til å anta at en stor del av økningen skyldes at automatiseringen sikret at flere som har rett til frikort fikk det. Fra 2010 har antallet utstedte frikort holdt seg stabilt på rundt 1,1 millioner i året. I 2015 var egenandelstaket 2 185 kroner.

I overkant av halvparten av statens utgifter til å dekke egenandelene på frikort gjelder legehjelp inkludert poliklinikk, laboratorieundersøkelser og røntgen, og en tredjedel går til refusjon av egenandeler på blå resept.

Tabell 1: Statens refusjon av egenandeler (millioner, løpende kroner) og antall utstedte frikort under tak 1 ordningen. 2009-2015.

	2009	2010	2011	2012	2013*	2014	2015
Refusjon egenandeler for legehjelp, poliklinikk, lab og røntgen	1 716	2 117	2 087	2 086	2 034	2 083	2 158
Refusjon egenandeler for psykologhjelp	99	114	107	104	105	105	110
Refusjon egenandeler for legemidler og medisinsk forbruksmateriell	1 123	1 407	1 313	1 146	847	1 306	1 263
Refusjon egenandeler for pasientreiser	496	554	584	674	604	605	636
Sum refusjon egenandeler	3 434	4 192	4 091	4 010	3 589	4 099	4 167
Antall utstedte frikort	858 033	1 170 000	1 212 000	1 166 000	1 132 000	1 138 000	1 140 000
Egenandelstaket (i kr)	1 780	1 840	1 880	1 980	2 040	2 105	2 185

* Egenandelstak 1 ordningens utgifter i 2013 på 3,6 mrd. er for lavt, da anslagsvis 300 mill.kr ble feilført på blå-resept posten.

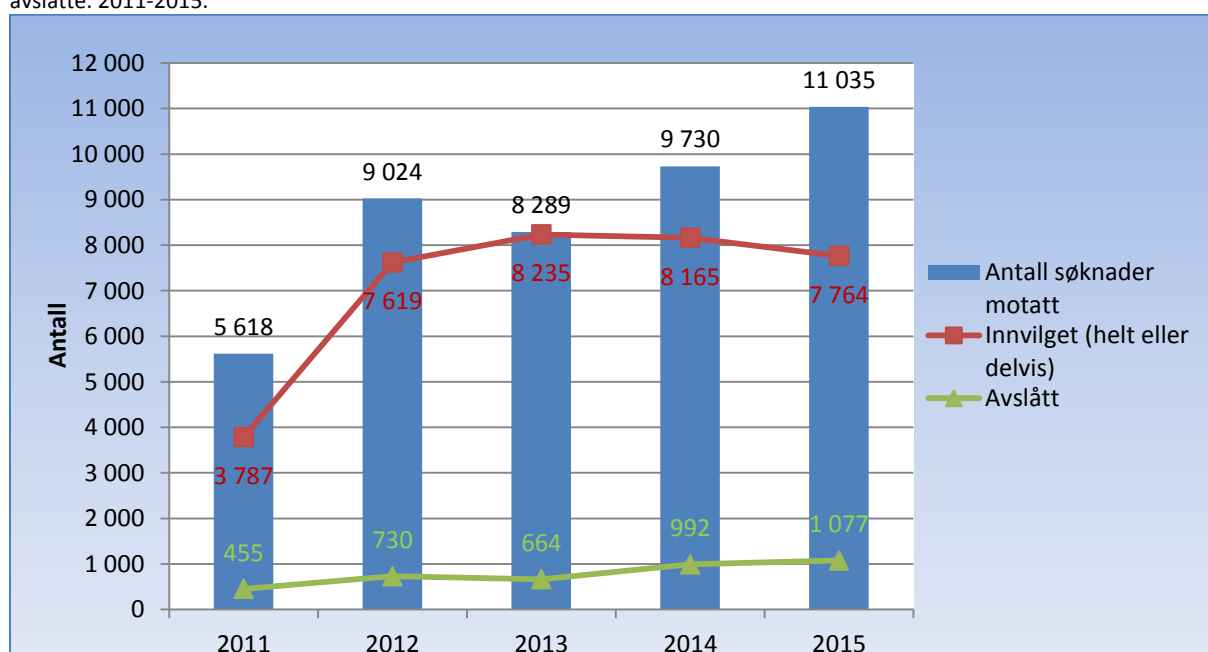
Kilde: Helsedirektoratet.

39. Stønader til helsetjenester i andre EØS-land

Siden 2011 har norske pasienter kunnet reise til andre EU/EØS-land for å få ulike typer helsehjelp som ikke krever sykehusinnleggelse eller spesielt medisinsk utstyr. Fra 1.mars 2015 ble ordningen utvidet til også å gjelde behandling på sykehus. Søknader innvilges ut fra nærmere fastsatte kriterier.

Retten til å få dekket utgifter til helsetjenester i et annet EØS-land er hjemlet i jf. § 5-24a i folketrygdloven. I 2015 ble det registrert 11 035 søknader om stønad til helsetjenester i andre EU/EØS-land. 191 av disse søknadene omhandlet sykehusbehandling. 88 prosent av søknadene som ble behandlet i 2015 ble helt eller delvis innvilget. I overkant åtte av ti søknader i 2015 gjaldt helsehjelp i Spania.

Figur 1: Antall mottatte søknader*, om dekning av utgifter etter § 5-24a i folketrygdloven. Antall innvilgede og antall avslåtte. 2011-2015.

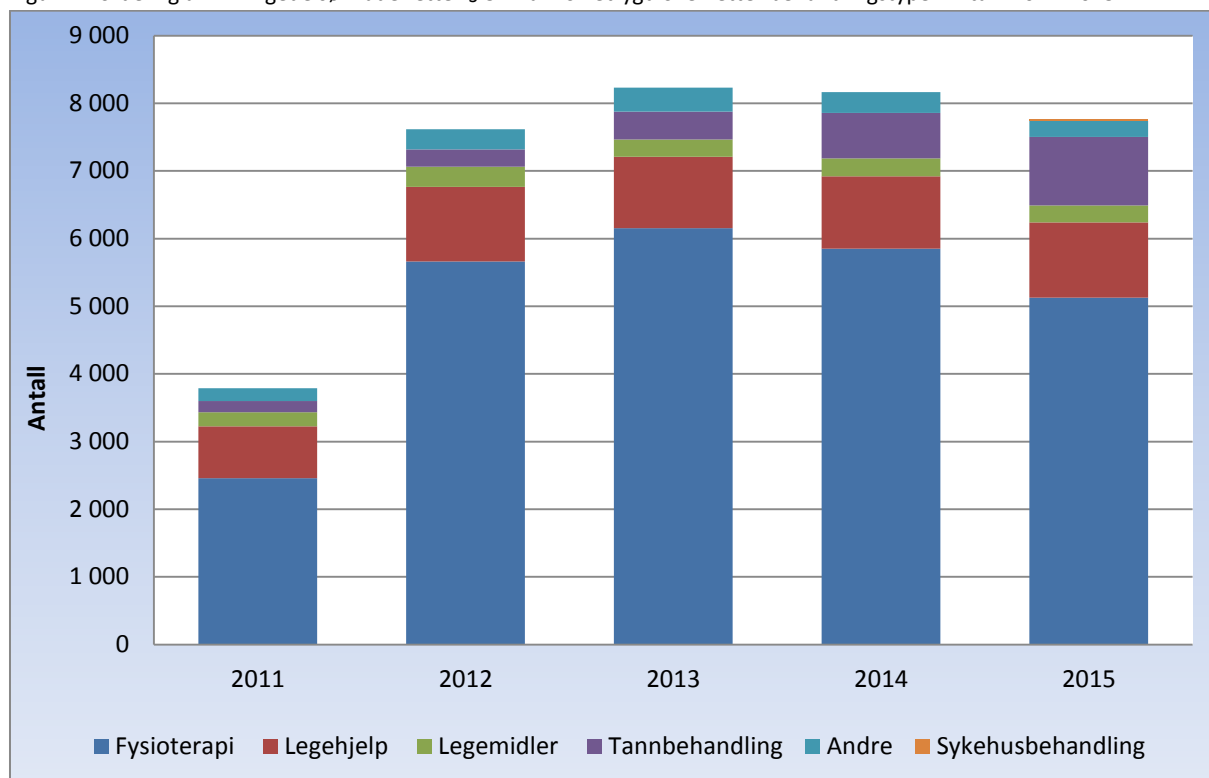


* Summen av innvilgelser og avslag kan avvike fra antall søknader. Det skyldes at en søknad kan inneholde flere ulike behandlinger, at en søknad kan bli delvis innvilget og/eller at ikke alle søknader bli behandlet i søknadsåret (restanser). Kilde: HELFO.

I 2015 sto søknader om stønad til dekning av utgifter til fysioterapibehandling, legehjelp og tannbehandling for henholdsvis 66, 14 og 13 prosent av de innvilgede søknadene. Andel innvilgede søknader om dekning av utgifter til legemidler sto for tre prosent, mens i underkant av én prosent var tilknyttet sykehusbehandling. De resterende tre prosent omfattet annen helsehjelp.

I perioden 2011 til 2015 har det vært en gradvis økning i søknader og innvilgelse av dekning av utgifter knyttet til tannbehandling. Antall og andel innvilgede søknader om dekning av utgifter til fysioterapi har gått ned fra 2014 til 2015.

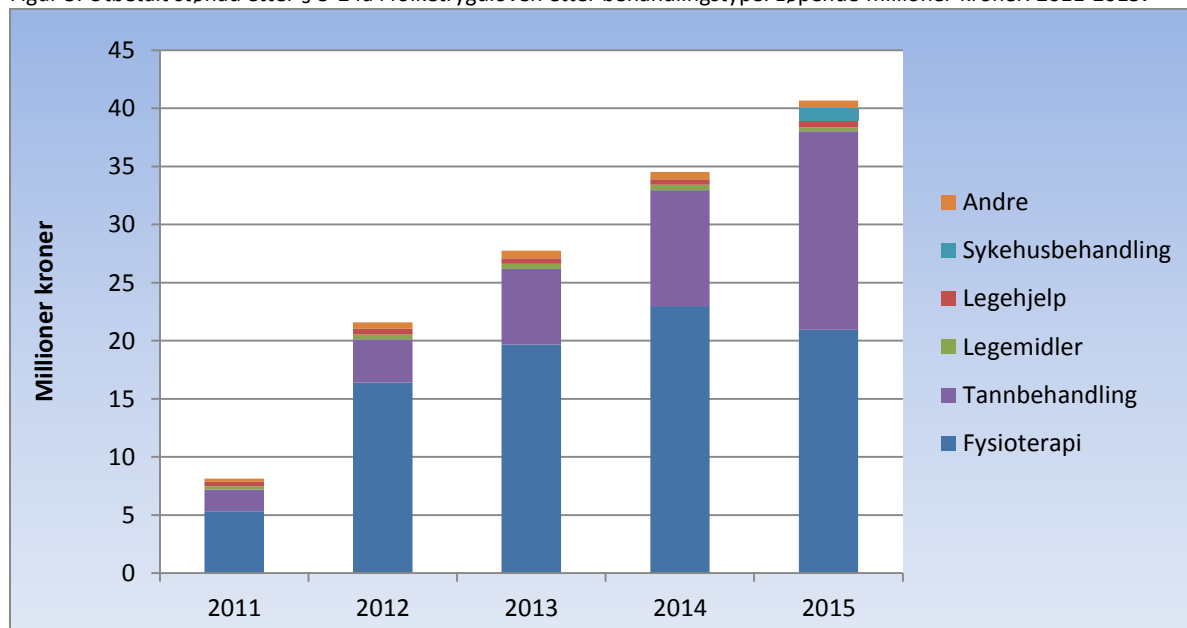
Figur 2: Fordeling av innvilgede søknader etter § 5-24a i folketrygdloven etter behandlingstype. Antall. 2011-2015.



Kilde: HELFO.

Utgiftene til stønader til helsehjelp i andre EØS-land har økt i hele perioden 2011-2015. I 2015 ble det totalt utbetalt 40,7 millioner kroner i stønad til helsetjenester i andre EØS-land, hvorav stønad til dekning av utgifter til fysioterapi og tannbehandling utgjorde henholdsvis 51 og 42 prosent. Dekning av utgifter til sykehusbehandling sto for tre prosent, mens dekning av utgifter til legehjelp og legemidler utgjorde én prosent hver. To prosent gikk til andre helsetjenester.

Figur 3: Utbetalt stønad etter § 5-24a i folketrygdloven etter behandlingstype. Løpende millioner kroner. 2011-2015.



Kilde: HELFO.

Psykisk helse og rus

Det er en målsetning at tjenestetilbudet til mennesker med rusproblemer og eller psykiske lidelser skal styrkes, slik at alle mennesker skal få de beste muligheter til å mestre og til å leve det livet de selv ønsker. Tilbudene skal primært bygges opp og gis i nærmiljøet - kommunene. Spesialisthelsetjenesten skal støtte opp om arbeidet i kommunene og gi tilbud om utredning og behandling av mer alvorlige tilstander.

Her er noen nøkkeltall knyttet til psykisk helse og rus.



40. Oppsøkende behandlingsteam for pasienter med psykiske lidelser

Assertive community treatment (ACT) er en modell for oppsøkende, samtidige og helhetlige tjenester til mennesker med alvorlige psykiske lidelser, lavt funksjonsnivå og ofte med samtidige rusmiddelproblemer. Modellen retter seg mot pasienter som ikke i tilstrekkelig grad kan nyttiggjøre seg de ordinære tjenestene. Teamene etableres i samarbeid mellom kommuner og helseforetak ved distriktpsikiatriske sentre (DPS).

Teamene er tverrfaglig sammensatt og følger opp brukerne i eget hjem og nærmiljø og har et helhetlig ansvar for behandling og oppfølging. De gir alle typer tjenester, blant annet integrert behandling av rusmiddelproblemer og psykisk lidelse og tett individuell oppfølging rettet mot arbeid, utdanning, familie, fritid og bolig. ACT-modellen er utprøvd i mange land og har vist å gi gode resultater for målgruppen.⁵⁹ Noen jobber etter den mer fleksible modellen FACT (Flexible Assertive Community Treatment).

Siden 2009 er det gitt statlig tilskudd til etablering av tverrfaglige oppsøkende behandlingsteam i Norge. Siden satsingen startet er det etablert ACT-team i alle helseregioner og flere team er under etablering. I 2016 ble det gitt tilskudd til etablering og drift av 11 ACT-team, 15 FACT-team og 52 andre typer samhandlingsteam/tiltak.⁶⁰

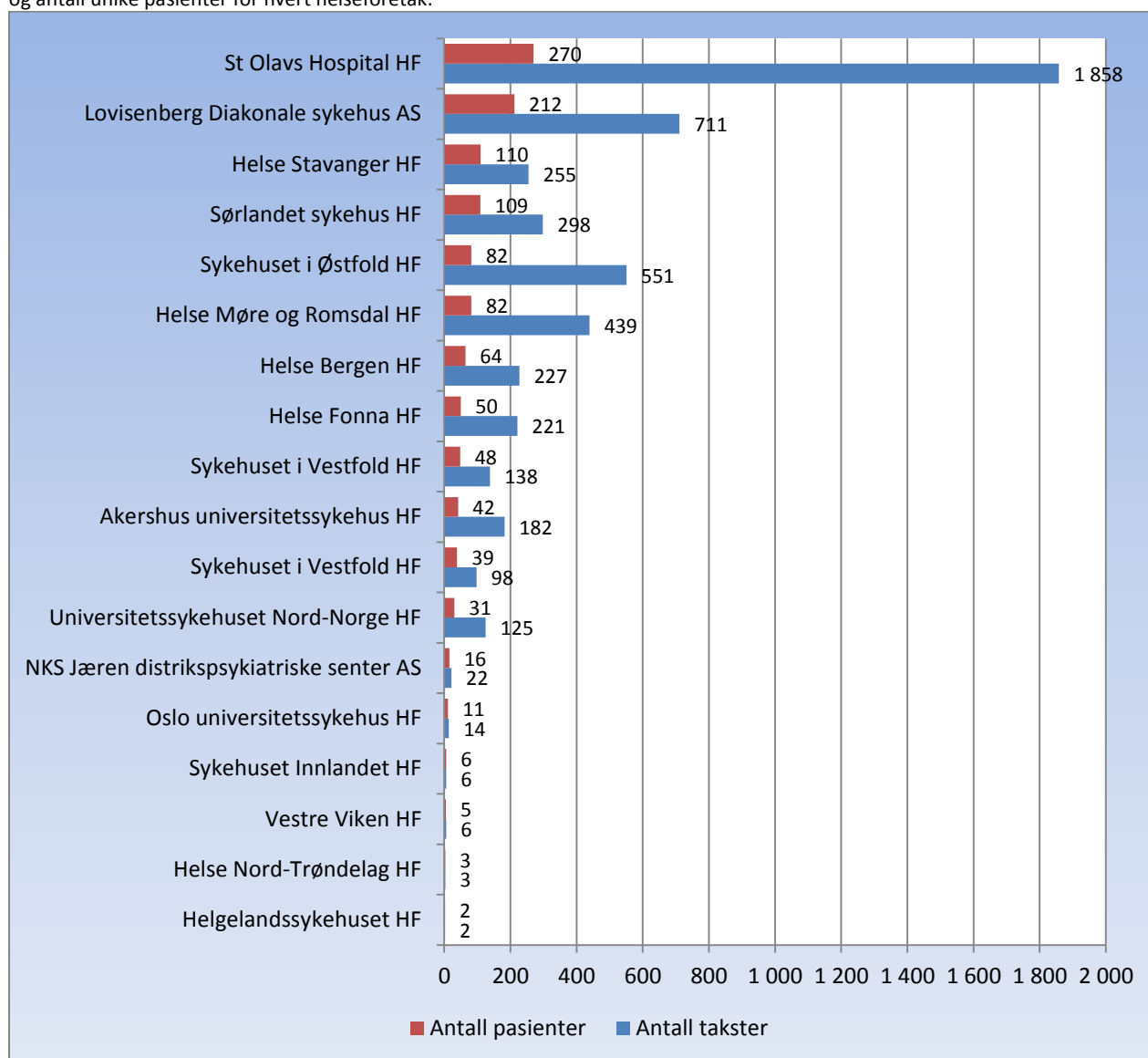
I 2016 ble det opprettet en egen takst som kan kreves når pasienten følges opp og behandles innenfor et ACT-team eller ACT-funksjonen i et FACT-team.⁶¹ Taksten kan også kreves i tilfeller der pasienten følges opp med lignende typer oppsøkende behandlingsteam. Forutsetningen er at teamet er organisert i en poliklinikk som er godkjent og derved har rett til å kreve takstfinansiering fra Helfo. Det kan utløses én takst per pasient i måneden. Fra 2017 vil den polikliniske virksomheten innen psykisk helsevern komme inn under ordningen med aktivitetsbasert finansiering (ISF). Da vil ACT og andre tilsvarende team som har kunnet krevet takst bli inkludert i ISF gjennom rapportering til Norsk pasientregister.

⁵⁹ For nærmere beskrivelse av ACT og FACT-modellene, evalueringsresultater og annen relevant litteratur vises til Helsedirektoratets nettsider: <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/act-og-fact-team>

⁶⁰ Rapportering fra Fylkesmannen for 2016: Tilskuddsordningen «Tilbud til voksne med langvarige og sammensatte behov for tjenester og barn og unge med sammensatte hjelpebehov».

⁶¹ Regelverk ISF 2017. Helsedirektoratet.

Figur 1: Helseforetaksområder som har benyttet seg av refusjonstakst for ACT-team januar- september 2016. Antall takster og antall unike pasienter for hvert helseforetak.



Kilde: Kontroll og Utbetaling av HelseRefusjon (KUHR), Helfo.

Per september 2016 var det innløst 5 156 takster for ACT-behandling fordelt på 1 182 pasienter ved 18 helseforetaksområder. Dette utgjør gjennomsnittlig 4,4 takster per pasient.

St Olavs Hospital HF utløste 1 858 ACT-takster fordelt på 270 pasienter per september 2016. Ved Helgelandssykehuset HF er det kun benyttet en takst for hver av to pasienter. Den store variasjonen i takstbruk skyldes i hovedsak ulik oppstartstidspunkt og ulike antall samarbeidsavtaler med kommuner om denne type oppsøkende behandlingsteam.

41. Årsverk og kompetanse innen kommunalt psykisk helse- og rusarbeid

Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid omfatter forebygging, kartlegging og utredning, behandling, rehabilitering, oppfølging og skadereduksjon. Arbeidet utføres hovedsakelig i helse- og omsorgstjenesten, men også andre sektorer og tjenester i kommunen er involvert.

I 2016 var det totalt 2 873 årsverk rettet mot barn og unge og 11 063 rettet mot voksne innen psykisk helse- og rusarbeid i kommunene. Fra 2015 til 2016 økte årsverkene i tjenester rettet mot barn og unge med 7,3 prosent og tjenester til voksne med 4,7 prosent. Økningen i antall årsverk må ses i sammenheng med ulike tilskuddsordninger, herunder rekrutteringstilskudd til psykologer i kommunen. I tillegg kan økningen knyttes til økte bevilgninger til kommunene for å styrke skolehelsetjenesten. 400 millioner kroner av veksten i kommunes frie inntekter i 2016 ble begrunnet med en økt satsning på rusfeltet.

Den største utdanningskategorien blant ansatte i tjenester og tiltak rettet mot barn og unge, med 42,5 prosent, er høyskoleutdannede uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid. Det har vært en vekst i antall psykologer og psykologspesialister fra 2015 til 2016, på henholdsvis 16 og 24 prosent. Psykologer og psykologspesialister utgjorde i 2016 om lag 10 prosent av samlet årsverksinnsats rettet mot barn og unge.

Over halvparten av årsverkene rettet mot voksne brukere utføres av ansatte med helse- og sosialfaglig utdanning fra høyskole. Totalt er det rapportert 122 psykologårsverk, med og uten spesialisering, i 2016. Det er en økning på 67 prosent fra i 2015.

Tabell 1: Antall og andel årsverk på ulike utdanningsgrupper innen tjenester og tiltak rettet mot barn og unge, og mot voksne. 2016.

	Barn og unge		Voksne	
	Antall årsverk	Andel	Antall årsverk	Andel
Helse- og sosialfag fra videregående skole, uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	91	3,2 %	1 670	15,1 %
Helse- og sosialfag fra videregående skole med videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	56	1,9 %	1 293	11,7 %
Helse- /sosialfag fra høyskole uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	1 220	42,5 %	2 882	26,0 %
Helse- /sosialfag fra høyskole med videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	601	20,9 %	3 166	28,6 %
Psykiatere	0	0,0 %	6	0,1 %
Psykologer	196	6,8 %	91	0,8 %
Psykologspesialister	77	2,7 %	31	0,3 %
Annen høyskole-/universitetsutdanning uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	365	12,7 %	500	4,5 %
Annen høyskole-/universitetsutdanning med videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	129	4,5 %	299	2,7 %
Annen utdanning enn spesifisert, eller personell uten formell utdanning	138	4,8 %	1 126	10,2 %
Totalt	2 873	100 %	11 063	100 %

Kilde: IS 24/8. 2016. Sintef Helse

Årsverk fordelt etter forløp

I 2015 fordelte kommunene for første gang årsverkene innenfor psykisk helse og rus etter tre forhåndsdefinerte bruker- og pasientforløp. Forløpene er nærmere beskrevet i veilederen «Sammen om mestring».⁶²

Forløp 1: Milde og kortvarige problemer.

Forløp 2: Kortvarige alvorlige problemer/lidelser og langvarige mildere problemer/lidelser.

Forløp 3: Alvorlige og langvarige problemer/lidelse.

For voksne økte andelen årsverk i hovedforløp 2 fra 2015 til 2016 fra 24 til 28 prosent av årsverkene, mens andelen årsverk i forløp 3 gikk ned fra 66 til 61 prosent. Ikke alle kommuner har fordelt årsverkene etter forløp. Det innebærer at summen av de fordelte årsverk er lavere enn det totale antall årsverk for alle kommuner.⁶³

Tabell 2: Antall og andel årsverk fordelt på hovedforløp i tjenester for voksne. 2015 og 2016.

	2015		2016	
	Antall	Andel	Antall	Andel
Hovedforløp 1	833	10 %	1 144	11 %
Hovedforløp 2	2 009	24 %	2 814	28 %
Hovedforløp 3	5 404	66 %	6 241	61 %
Totalt	8 246	100 %	10 199	100 %

Kilde: IS-24/8. 2015 og 2016. Sintef Helse.

I tjenester rettet mot barn og unge er det relativt små endringer i årsverksfordelingen mellom forløpene fra 2015 til 2016. I denne perioden er det en liten økning i andel årsverk rettet inn mot forløp 1, og en liten reduksjon i andel årsverk rettet mot brukere innenfor forløp 3.

Tabell 3: Antall og andel årsverk fordelt på hovedforløp i tjenester for barn og unge. 2015 og 2016.

	2015		2016	
	Antall	Andel	Antall	Andel
Hovedforløp 1	938	45 %	1 133	47 %
Hovedforløp 2	682	33 %	796	33 %
Hovedforløp 3	463	22 %	475	20 %
Totalt	2 083	100 %	2 405	100 %

Kilde: IS-24/8. 2015 og 2016. Sintef Helse.

Kommunens vurdering av det samlede tilbudet innen de ulike forløpene

I 2016 vurderer 77 prosent av kommunene det samlede tilbudet til voksne pasienter og brukere i forløp 1 og 2 som godt. Til voksne i forløp 3 vurderes tilbudet som godt av 60 prosent av kommunene. Tilbudet til barn og unge med alvorlige og langvarige lidelser vurderes dårligst av kommunene. 16 prosent vurderer tilbudet til barn og unge i forløp 3 som dårlig og 42 prosent vurderer tilbudet til denne gruppen som middels. Henholdsvis 3 og 2 prosent av kommunene vurderer tilbudet til barn og unge i forløp 1 og 2 som dårlig.

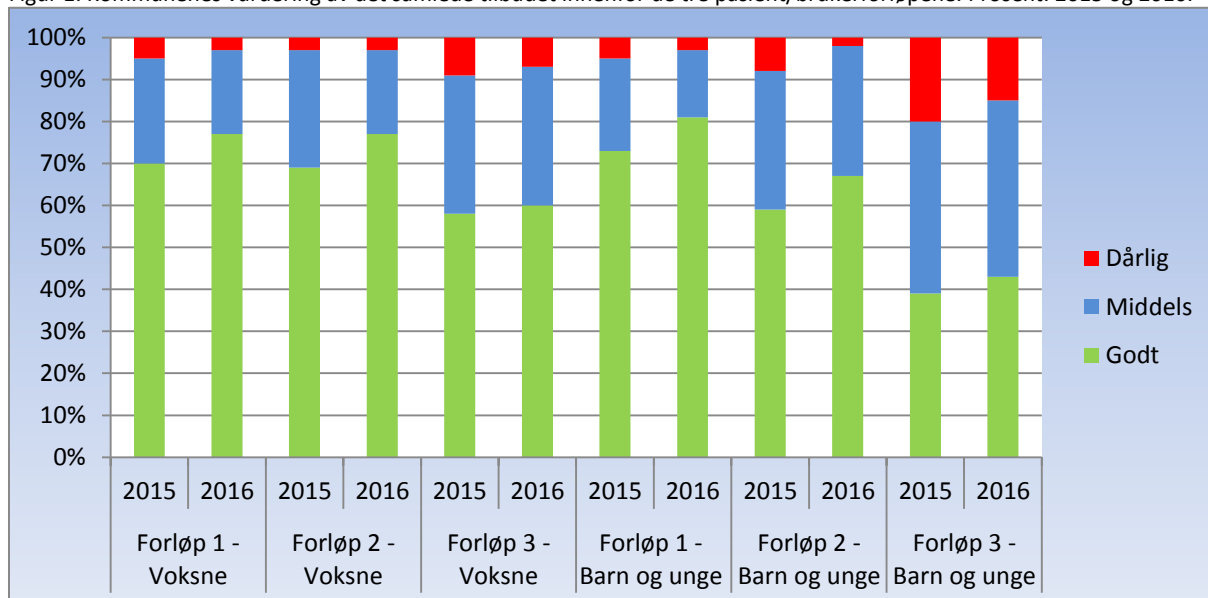
Resultatene fra 2016 viser at flere kommuner vurderer tjenestetilbudene sine som gode i 2016 sammenlignet med i 2015. Det gjelder både for barn og voksne, og innen alle forløpene. Den positive utviklingen i vurdering av tjenestetilbudene kan blant annet ses i sammenheng med styrkede

⁶² IS-2076. 2014. Helsedirektoratet.

⁶³ I 2016 ble 92,2, prosent av årsverkene rettet mot voksne fordelt etter de angitte forløpene, mens 83,7 prosent av årsverkene rettet mot barn og unge ble fordelt etter forløp.

årsverksressurser og den omfattende samorganisering av tjenester for psykisk helse og rus de siste fire-fem årene.

Figur 1: Kommunenes vurdering av det samlede tilbudet innenfor de tre pasient/brukerforløpene. Prosent. 2015 og 2016.



Kilde: IS-24/8. 2015 og 2016. Sintef Helse.

42. Tjenestemottakere innen psykisk helse og rus

Antall pasienter og mottakere av helse- og omsorgstjenester innen psykisk helse- og rusproblematikk øker mer enn befolkningsveksten. Det foreligger kunnskap om aktivitet og bruk av tjenester innenfor spesialisthelsetjenesten. Data for primærhelsetjenesten som gir grunnlag for å anslå hvor mange personer som mottar tjenester grunnet psykiske helseproblemer og/eller rusmiddelproblemer er ikke fullt ut dekkende.

Pasienter og mottakere 17 år og yngre

I 2015 var rundt 70 400 pasienter 17 år og yngre i kontakt med fastlege for et psykisk helse og/eller rusproblem. Antallet har økt med 13,7 prosent sammenliknet med 2011.

58 234 personer var i behandling i psykisk helsevern for barn og unge (PHBU) i 2015. Det er en økning på 1,4 prosent fra 2011. I samme periode var befolkningsveksten i aldersgruppen 0-17 år på 1,0 prosent.

Det er en nedgang i antall pasienter som er i behandlingstilbudet i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i perioden 2012-2015. Dette er en svært liten gruppe som er registrert som pasienter ved ungdomsteam, kollektiv eller familieavdelinger.

Tabell 1: Antall og prosentvis endring i nasjonale tall for antall pasienter 17 år og yngre hos fastlege og legevakt (P-diagnose), tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og psykisk helsevern (PHBU). 2011-2015.

	2011	2012	2013	2014	2015	Prosent endring 2011-2015	Prosent endring 2014-2015
Pasienter fastlege	61 894	63 492	66 329	69 058	70 386	13,7	1,9
Pasienter legevakt	3 687	3 647	3 596	3 765	3 758	1,9	-0,2
Pasienter PHBU	57 416	57 745	57 380	57 355	58 234	1,4	1,5
Pasienter TSB		320	267	230	196		-14,8

Kilde: Helsedirektoratet.

Pasienter og mottakere 18 år og over

Nærmere 704 000 pasienter 18 år og eldre var i kontakt med fastlegen for et psykisk helse og/eller rusproblem i 2015. Det tilsvarer en økning på 14,1 prosent sammenliknet med i 2011. I perioden 2011-2015 økte antall pasienter i det psykiske helsevernet med 11,1 prosent. Antall pasienter var i 2015 på rundt 190 200. I perioden 2011 til 2015 var befolkningsveksten i aldersgruppen 18 år og eldre på 6,2 prosent.

I 2015 var om lag 32 000 pasienter til behandling i TSB. Det er en økning på 5,1 prosent fra 2012.⁶⁴

⁶⁴ Komplette data for pasienter i TSB finnes kun for perioden 2012 til 2014.

Tabell 2: Antall og prosentvis endring i nasjonale tall for antall pasienter 18 år og eldre hos fastlege og legevakt (P-diagnose), tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og psykisk helsevern (PHV). 2011-2015.

	2011	2012	2013	2014	2015	Prosent endring 2011-2015	Prosent endring 2014-2015
Pasienter fastlege	616 683	629 698	654 599	679 199	703 788	14,1	3,6
Pasienter legevakt	49 813	49 864	51 336	51 343	51 323	3,0	0,0
Pasienter PHV	171 166	174 563	177 598	183 589	190 192	11,1	3,6
Pasienter TSB		28 658	29 501	30 287	31 837		5,1

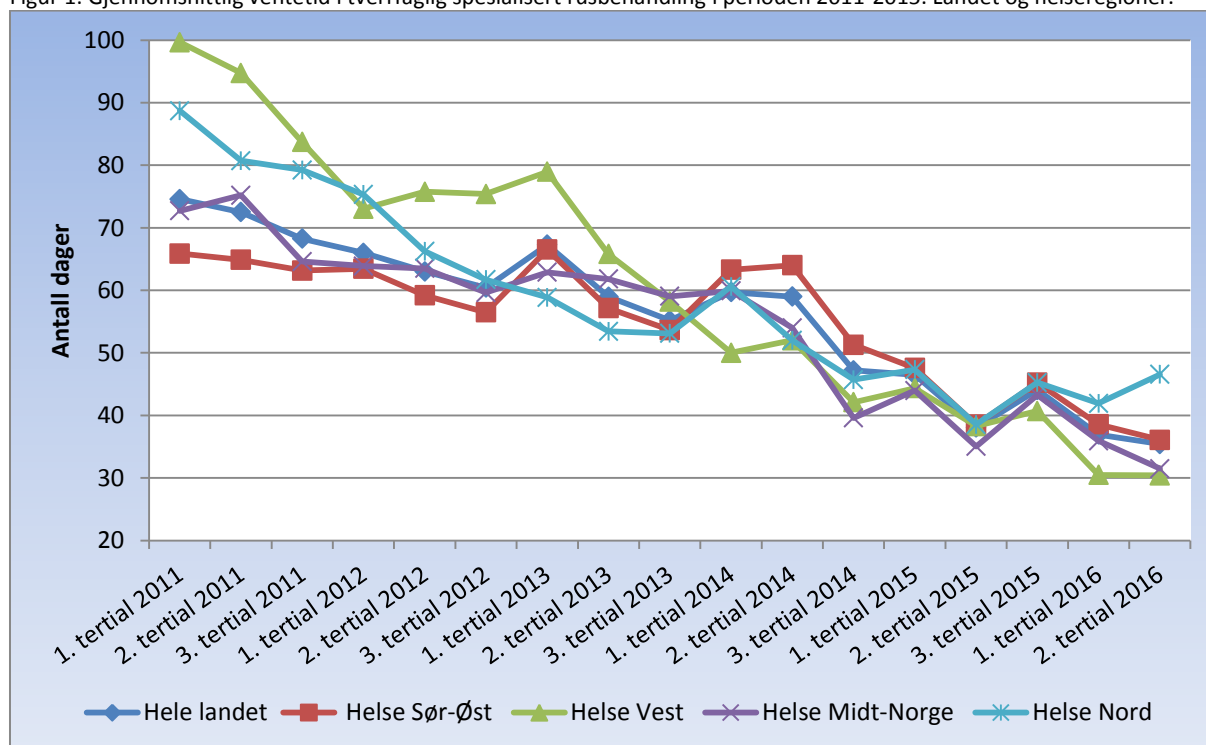
Kilde: Helsedirektoratet.

43. Ventetider tverrfaglig spesialisert rusbehandling

For mange mennesker med alvorlige rusmiddelproblemer kan ventetiden til oppstart for behandling være av betydning for om pasientene møter til behandling. Dersom det går for lang tid fra man er henvist til helsehjelpen starter, kan det føre til at helsetilstanden og prognosen forverres. Gjennomsnittlig ventetid til tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) har gått jevnt ned de siste 5 årene.

Gjennomsnittlig ventetid i tverrfaglig spesialisert rusbehandling har gått betydelig ned fra 2011 til 2016, fra 73 dager 1. tertial 2011 til 35 dager 2. tertial 2016. Det er noe variasjon mellom de regionale helseforetakene, men variasjon har avtatt siden 2011. Helse Vest rapporterte kortest ventetid med 30 dager 2. tertial 2016 og Helse Nord lengst med 47 dager.

Figur 1: Gjennomsnittlig ventetid i tverrfaglig spesialisert rusbehandling i perioden 2011-2015. Landet og helseregioner.



Kilde: Nasjonale kvalitetsindikatorer, helsenorge.no.

Reduksjonen i gjennomsnittlig ventetid skyldes i stor grad at færre personer venter svært lenge. Videre kan noe av reduksjonen i ventetiden i 5-årsperioden til en viss grad forklares med at det siden 2010 har vært en økning på 223 døgnplasser. Det tilsvarer at kapasitetsøkning på 13 prosent. Økningen omfatter både akutttilbud, avrusningstilbud og øvrig døgnbasert rusbehandling, hvor økt kapasitet innen avrusningstilbudet er av særlig betydning i denne sammenhengen. En annen kapasitetsfaktor som kan forklare noe av nedgangen i ventetid er at det har vært en økning i antall årsverk i samme periode.⁶⁵

De 10 prosent av pasientene som venter lengst (90 prosentilen) har sunket fra 162 dager i 2010 til 65 dager i 2016. Median⁶⁶ ventetid for behandling i TSB er redusert fra 51 dager i 2010 til 28 dager i 2016.

⁶⁵ Samdata spesialisthelsetjenesten 2015. IS-2485. Helsedirektoratet.

⁶⁶ Median er den midterste observasjonen når observasjonene er sortert i stigende rekkefølge.

Tabell 1: Ventetider og døgnplasser i tverrfaglig spesialisert rusbehandling. 2010-2016.

	Gjennomsnittlig ventetid	Median ventetid	90 prosentil ventetid	Døgnplasser
2010	75	51	162	1 724
2011	72	48	152	1 752
2012	63	42	125	1 692
2013	61	41	113	1 712
2014	55	37	94	1 906
2015	44	31	83	1 947
2016*	36	28	65	

* Bare 1. og 2. tertial 2016.

Kilde: Samdata spesialisthelsetjenesten 2015. IS-2485. Ventetider og pasientrettigheter 2014. IS-2297 og 2015 IS-2448. Helsedirektoratet.

44. Pasienterfaringer med døgnopphold i tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Folkehelseinstituttet gjennomførte for tredje gang i 2015 en nasjonal spørreundersøkelse blant pasienter over 16 år som var i døgnopphold på institusjoner innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).

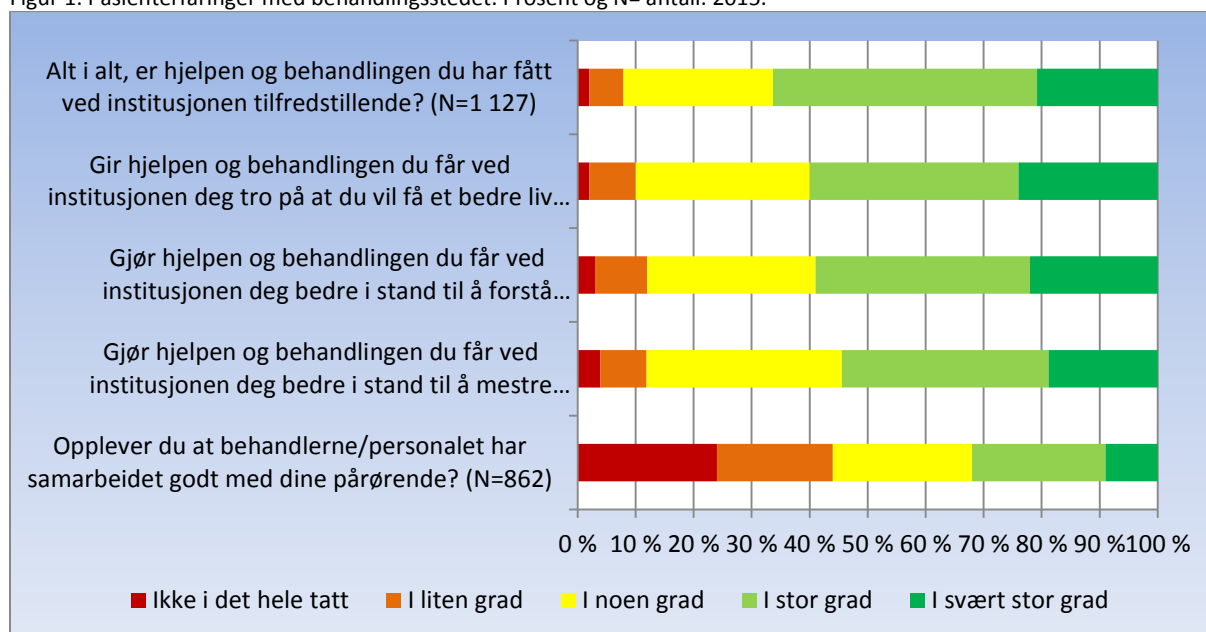
Vurderinger av behandlingsstedet

67 prosent av pasientene svarer at de i «stor grad» eller i «svært stor grad» var tilfreds med hjelpen og behandlingen de har fått ved institusjonen. Andelen som oppga at hjelpen og behandlingen «ikke hadde vært til hjelp» eller «i liten grad» har vært til hjelp, var åtte prosent.⁶⁷

Henholdsvis 59 og 55 prosent av de spurte oppga at hjelpen og behandlingen ved institusjonen har bidratt i «stor grad» eller i «svært stor grad» til at de er i bedre stand til å forstå og til å mestre rusmiddelproblemene sine. 60 prosent oppga at hjelpen og behandlingen hadde gitt dem tro på et bedre liv etter utskrivelse.

På spørsmål om samarbeidet mellom behandlerne/personalet og de pårørende var godt, oppga 44 prosent at det ikke var godt («ikke i det hele tatt» eller «i liten grad»).

Figur 1: Pasienterfaringer med behandlingsstedet. Prosent og N= antall. 2015.*



* Spørsmålene i spørreskjemaet ble vurdert på en svarskala fra 1 (ikke i det hele tatt) til 5 (i svært stor grad).

Kilde: PasOpp-rapport Nr 1. 2016. Folkehelseinstituttet.

Sammenlignet med undersøkelsen i 2014 er det ingen signifikante forskjeller i svarene på spørsmål om behandlingsstedet.

⁶⁷ Undersøkelsen omfatter offentlige døgninstitusjoner og private døgninstitusjoner med avtaler med de regionale helseforetakene. Rene avrusningsenheter inngår ikke. PasOpp-rapport Nr 1. 2016. Folkehelseinstituttet.

Vurdering av behandlerne/personalet

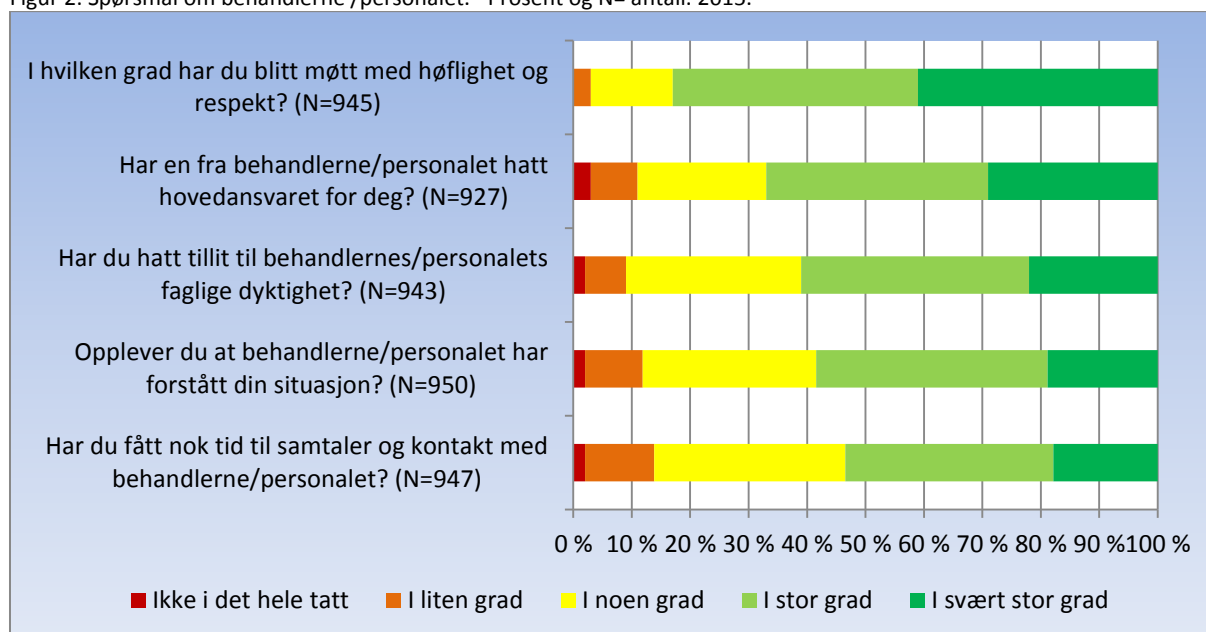
83 prosent svarte at de «i stor grad» eller «i svært stor grad» var blitt møtt med høflighet og respekt. Dette er en svak økning fra 2014, da 79 prosent svarte det samme.

14 prosent av pasientene svarte at de «ikke i det hele tatt» eller «i liten grad» hadde fått nok tid til samtaler og kontakt med behandlerne/personalet. Dette er et noe mer positive svar på dette spørsmålet sammenlignet med 2014, da 17 prosent svarte at de ikke har fått nok tid til samtaler og kontakt med behandlerne og personalet.

59 prosent av pasientene svarte at behandlerne/personalet i «stor grad» eller «i svært stor grad» hadde forstått deres situasjon. 12 prosent svarte «ikke i det hele tatt» eller «i liten grad» på dette spørsmålet. 30 prosent mente at behandlerne/personalet hadde forstått deres situasjon i noen grad. 61 prosent av pasientene svarte at de i «stor grad» eller «i svært stor grad» har tillitt til behandlernes faglige dyktighet. På disse to spørsmålene er det ingen endring fra undersøkelsen i 2014.

På spørsmål om de blir møtt med høflighet og respekt, svarer 83 prosent av pasientene «i stor grad» eller «i svært stor grad». Svarene på dette spørsmålet viser en positiv endring fra 2014, da 79 prosent svarte det samme.

Figur 2: Spørsmål om behandlerne /personalet.* Prosent og N= antall. 2015.



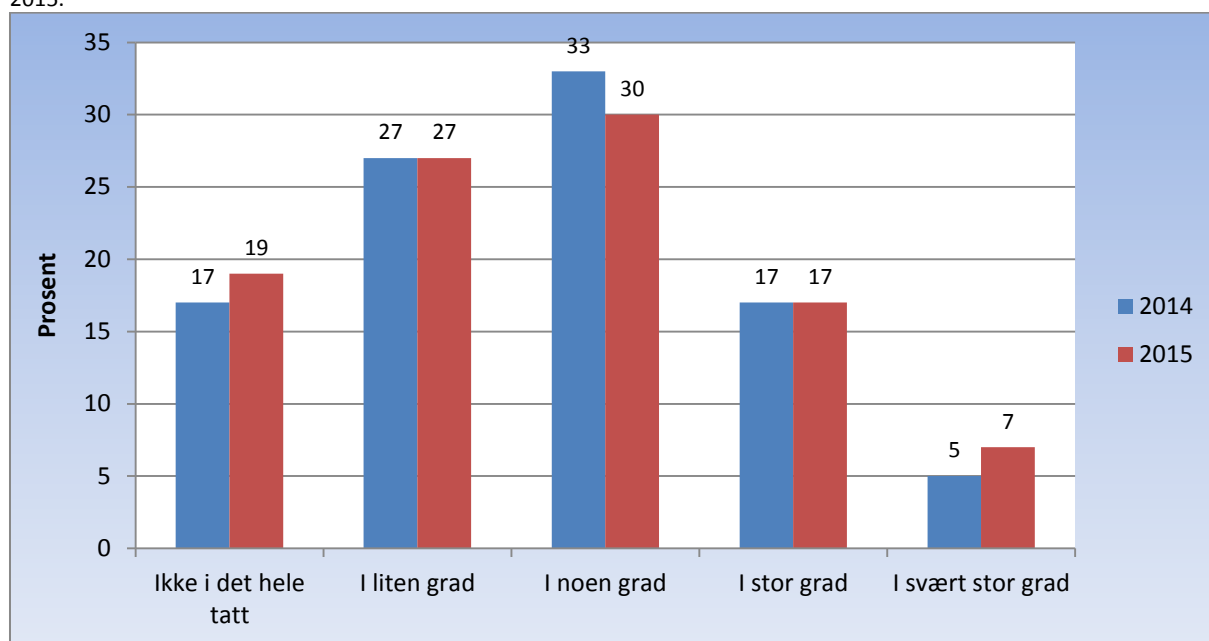
* Spørsmålene i spørreskjemaet ble vurdert på en svarskala fra 1 (ikke i det hele tatt) til 5 (i svært stor grad).

Kilde: PasOpp-rapport Nr 1. 2016. Folkehelseinstituttet.

Oppfølging i kommunen

Av de som tidligere har fått hjelp fra kommunen de bor i, oppga 46 prosent at hjelpen de fikk «ikke i det hele tatt» eller «i liten grad» var tilfredsstillende, mens 24 prosent «i stor grad» eller «i svært stor grad» var fornøyd med hjelpen fra sin kommune. Svarene på dette spørsmålet er uendret fra 2014.

Figur 3: Hvis du tidligere har fått hjelp fra kommunen du bor i, har hjelpen alt i alt vært tilfredsstillende?* Prosent. 2014 og 2015.



* Spørsmålene i spørreskjemaet ble vurdert på en svarskala fra 1 (ikke i det hele tatt) til 5 (i svært stor grad). Viser vektete resultater på enkeltpørsmål om hjelp fra kommunen og gjengir de prosentvise svarfordelingene. Kilde: PasOpp-rapport Nr 1. 2016. Folkehelseinstituttet.

45. Rusmiddelutløste dødsfall

I 2015 ble det registrert 638 rusmiddelutløste dødsfall i Norge. Rusmiddelutløste dødsfall er dødsfall hvor inntak av alkohol eller narkotika regnes som underliggende dødsårsak.

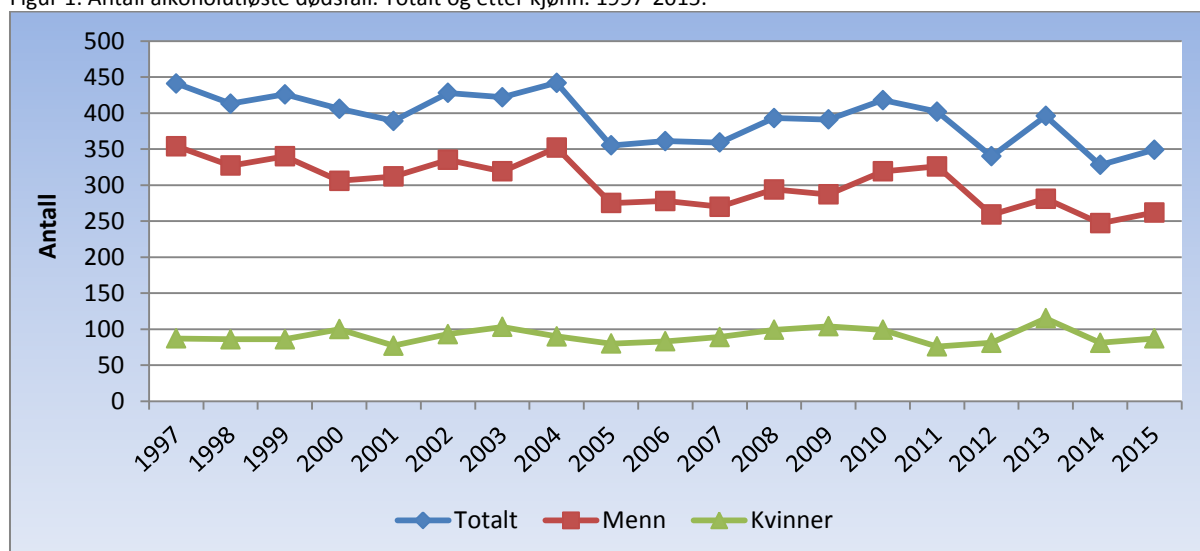
Alkoholutløste dødsfall

I 2015 ble det registrert 349 alkoholutløste dødsfall. Antallet alkoholutløste dødsfall har sunket med 21 prosent i perioden 1997-2015. Det har ikke vært en jevn nedgang, da tallene underveis både har stagnert og økt i perioden. Målt opp mot befolkningsveksten har det vært en markant nedgang i alkoholutløste dødsfall.

Det er en overvekt av menn som rammes. Andel menn var i 2015 på 75 prosent. Gjennomsnittsalder ved dødsfall var 64 år både i 2014 og i 2015.

De vanligste årsakene til alkoholutløste dødsfall i 2015 var avhengighet (mental lidelse og atferdsforstyrrelse) med 41 prosent og kronisk leversykdom med 40 prosent. Hvilken av disse to dødsårsakene som har forekommet hyppigst har vekslet over år. Alkoholforgiftning var årsak til 10 prosent av dødsfallene.

Figur 1: Antall alkoholutløste dødsfall. Totalt og etter kjønn. 1997-2015.*



* Seleksjonen av ICD-10 koder for alkoholutløste dødsfall er justert og tilsvarer nå tall i Dødsårsaksregisterets statistikkbank. Tallene vil derfor avvike fra tall som ble publisert i fjor.

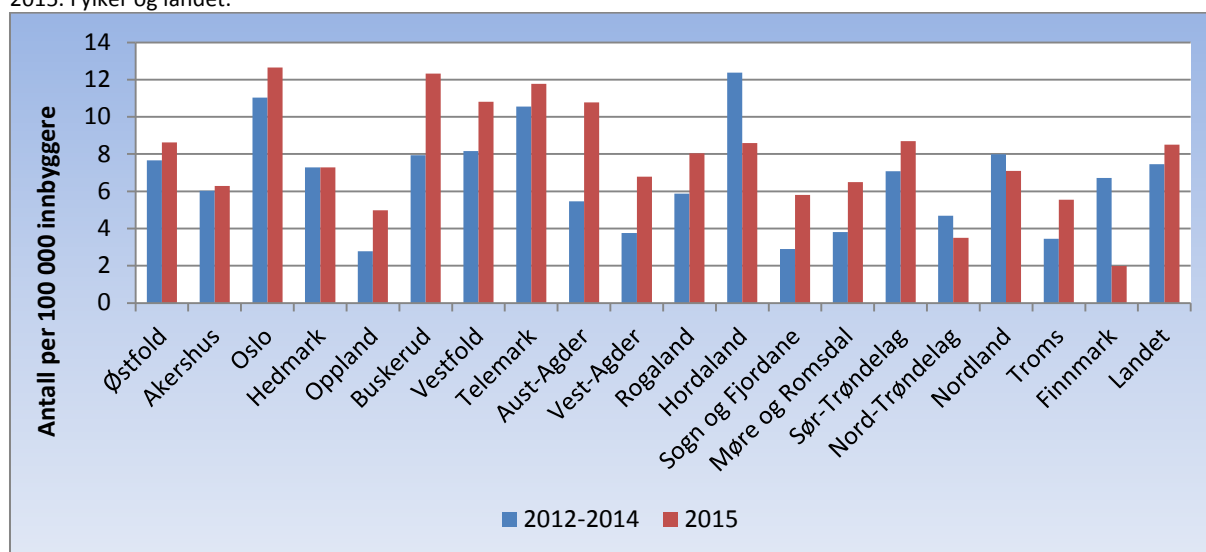
Kilde: Dødsårsaksregisteret, Folkehelseinstituttet.

Narkotikautløste dødsfall

Et narkotikadødsfall skjer kort tid etter inntak av ett eller flere legemidler eller stoffer der en antar at inntaket har utløst prosessen som førte til dødsfallet. Dette omfatter også selvmord. Definisjonen av narkotikautløste dødsfall er satt av EMCDDA, EUs narkotikovervåkingsorgan, og ligger til grunn ved europeiske sammenligninger av slike dødsfall.

Blant bosatte i Norge ble det i 2015 registrert 289 narkotikautløste dødsfall. Antall narkotikautløste dødsfall per 100 000 innbyggere i alderen 15-64 år var på 8,5. Gjennomsnittet for perioden 2012-2014 var på 7,5 per 100 000 innbyggere. Antallet per 100 000 innbygger har økt fra 2012-2014 til 2015 i alle fylker med unntak av Hordaland, Nord-Trøndelag, Nordland og Finnmark.

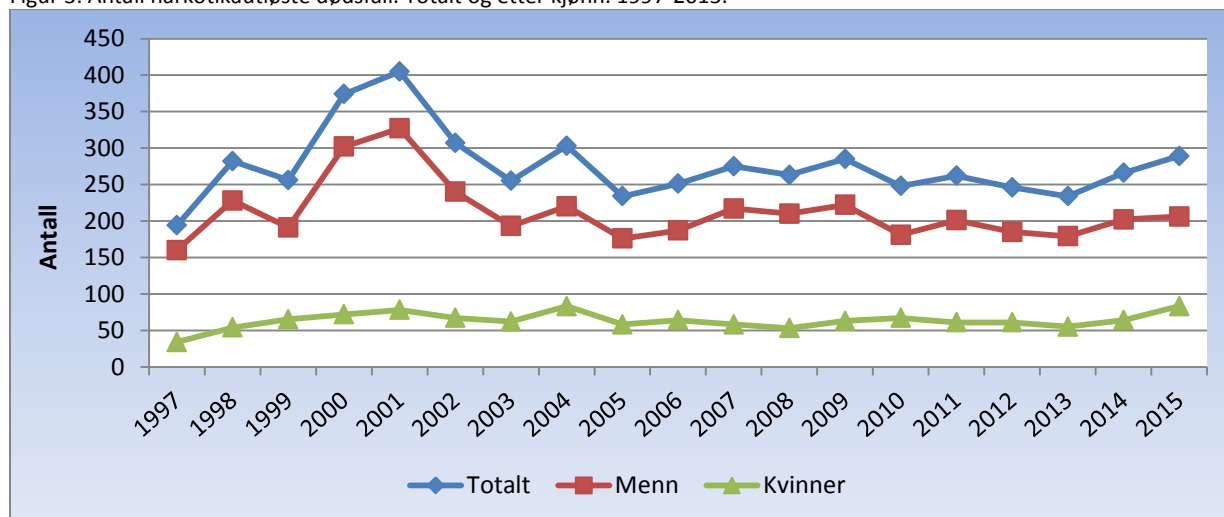
Figur 2: Narkotikautløste dødsfall per 100 000 innbyggere 15-64 år. Gjennomsnitt for perioden 2012-2014 og antall for 2015. Fylker og landet.



Kilde: Dødsårsaksregisteret, Folkehelseinstituttet.

Kjønnsfordelingen har vært stabil de senere årene. Om lag 71 prosent av alle narkotikautløste dødsfall er menn. Siden 2003 har andelen over 44 år økt og andelen under 35 år minket, både for menn og kvinner. I 2015 var 12 prosent av de døde over 60 år og 9 prosent under 24 år. Gjennomsnittsalder økte imidlertid ikke fra 2014 til 2015 slik den har gjort tidligere år. I 2015 var forskjellen i gjennomsnittsalder ved død ett år for både menn og kvinner, mens den tidligere har vært noe høyere for kvinner.

Figur 3: Antall narkotikautløste dødsfall. Totalt og etter kjønn. 1997-2015.



Kilde: Dødsårsaksregisteret, Folkehelseinstituttet.

Narkotikautløste dødsfall etter type stoff

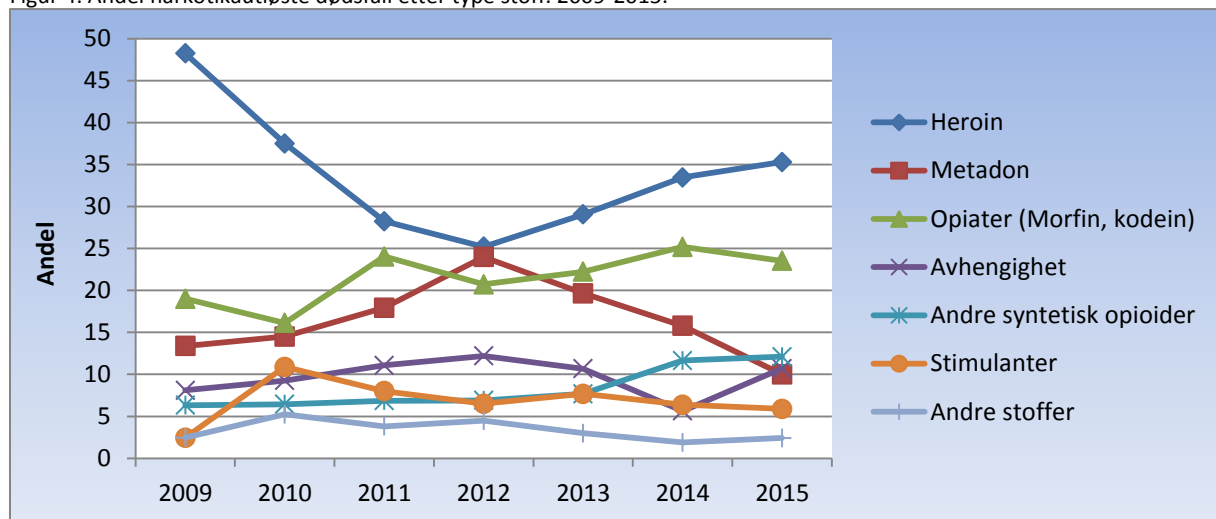
Narkotikautløste dødsfall kan deles inn i tre hovedgrupper: Overdoser (forgiftning uten intensjon), selvmord (forgiftning med intensjon) og avhengighet (mentale lidelser og atferdsforstyrrelser). Av 289 narkotikautløste dødsfall i 2015 var 221 av dødsfallene overdoser, 37 var selvmord og i 31 var avhengighet dødsårsak. Fordelingen mellom disse tre gruppene har holdt seg stabil de siste årene.

Samlet sett var 83 prosent av dødsfallene knyttet til bruk av opioider. Dette er en samlebetegnelse for en rekke stoffer som binder seg til opioidreseptorer i kroppen. Her inngår morfinstoffer som heroin og også helsyntetiske stoffer som metadon. I 2015 var om lag 1 av 3 narkotikautløste dødsfall

knyttet til heroin. Andelen slike dødsfall gikk kraftig ned fra 2009 til 2012, men har økt igjen de tre siste årene. Antall metadondødsfall økte fram til 2012, men har så sunket.

De fleste som dør av forgiftninger blir obdusert. Som hovedregel påvises flere narkotiske stoffer og legemidler. Det kan være vanskelig å avgjøre om dødsfallet skyldes inntak av ett enkelt stoff eller kombinasjonsbruk av flere stoffer.

Figur 4: Andel narkotikautløste dødsfall etter type stoff. 2009-2015.



Kilde: Dødsårsaksregisteret, Folkehelseinstituttet.

Narkotikaoverdoser i Europa

EUs narkotikaovervåkingsorgan EMCDDA, der Norge er medlem, rapporterer at minst 6 800 mennesker døde av overdose i Europa i 2014, de fleste etter inntak av opioider med sprøyte. Antallet dødsfall i Europa har de siste årene vært svakt stigende. En økende andel dødsfall skjer etter inntak av forskrevne legemidler, deriblant substitusjonslegemidler, særlig metadon, selv om heroin fortsatt dominerer bildet.

Gjennomsnittlig dødelighet som følge av overdose i Europa i 2014 er estimert til 18,3 dødsfall per million innbyggere i aldersgruppen 15-64 år. Høyeste forekomst av narkotikautløste dødsfall ble registrert i nordeuropeiske land. I Storbritannia, Norge, Sverige, Danmark, Finland, Estland og Litauen var det 40 eller flere dødsfall per million innbyggere.

I Nord-Europa er andelen av brukere som tar opioider med sprøyte høy. Det samme gjelder blandingsbruk av flere rusmidler. Begge faktorer er kjent for å øke risikoen for overdose.

Registreringsrutiner og obduksjonshyppighet varierer mellom landene. Tallene er derfor ikke nødvendigvis sammenlignbare. Helsedirektoratet antar at Norge fanger opp en større andel av faktiske overdosedødsfall enn en del andre land i Europa. Narkotikadødsfall registreres imidlertid noenlunde likt i de nordiske landene, og en går ut fra at en sammenligning mellom disse landene i større grad avspeiler reelle ulikheter i dødelighet. Sverige har registrert den kraftigste økingen i antallet narkotikautløste dødsfall de siste ti årene, mens Danmark har registrert en svak nedgang. Hvilke av de ulike opioidene som tar flest liv i Norden, varierer fra land til land.

Brukerperspektivet

Helse- og omsorgstjenestene skal i større grad organiseres og virke ut fra pasientenes og brukernes behov. Pasientopplevd kvalitet skal telle sammen med faglig basert kvalitet i behandling og i utforming av tjenestene.

Brukere og pasienter har rettigheter og skal få informasjon og støtte slik at de kan delta aktivt i beslutninger som angår dem.

Her er noen nøkkeltall som har relevans for brukerperspektivet.

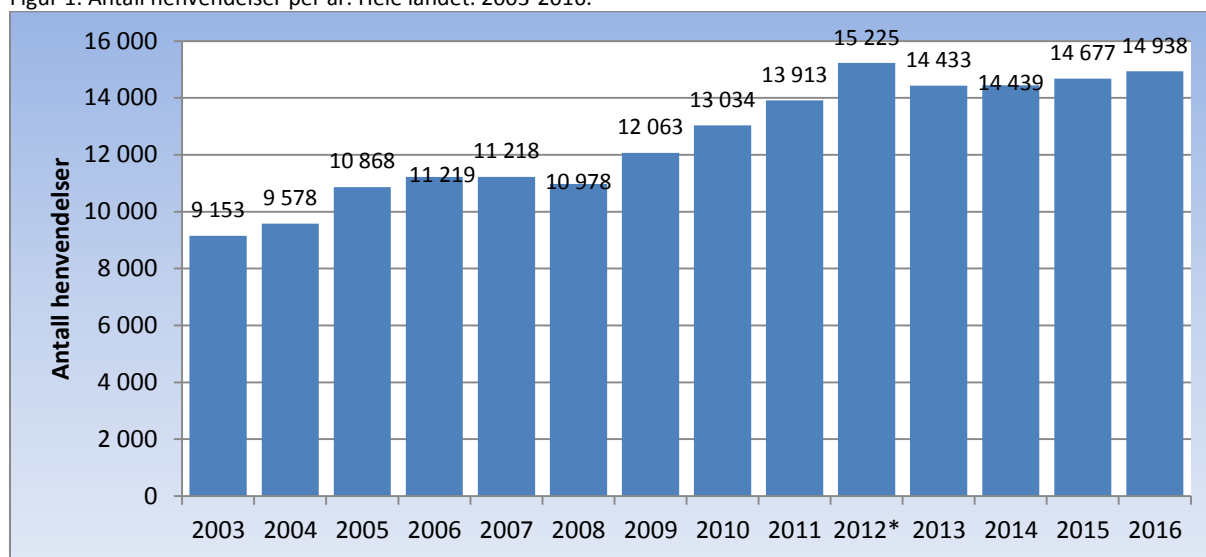


46. Pasient- og brukerombudene

Pasient- og brukerombudet skal arbeide for å ivareta pasientens og brukerens behov, interesser og rettssikkerhet overfor spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Arbeidet skal bidra til å bedre kvaliteten i tjenestene. Ombudene er uavhengige. Det finnes i hovedsak et ombud i hvert fylke. Noen fylker har imidlertid felles ombud. Det er Aust- og Vest-Agder, Hedmark og Oppland, samt Oslo og Akershus.

Antall henvendelser til pasient - og brukerombudene har økt fra 2003 til 2016. I 2003 var det i overkant av 9 000 henvendelser og i 2016 nesten 15 000.

Figur 1: Antall henvendelser per år. Hele landet. 2003-2016.



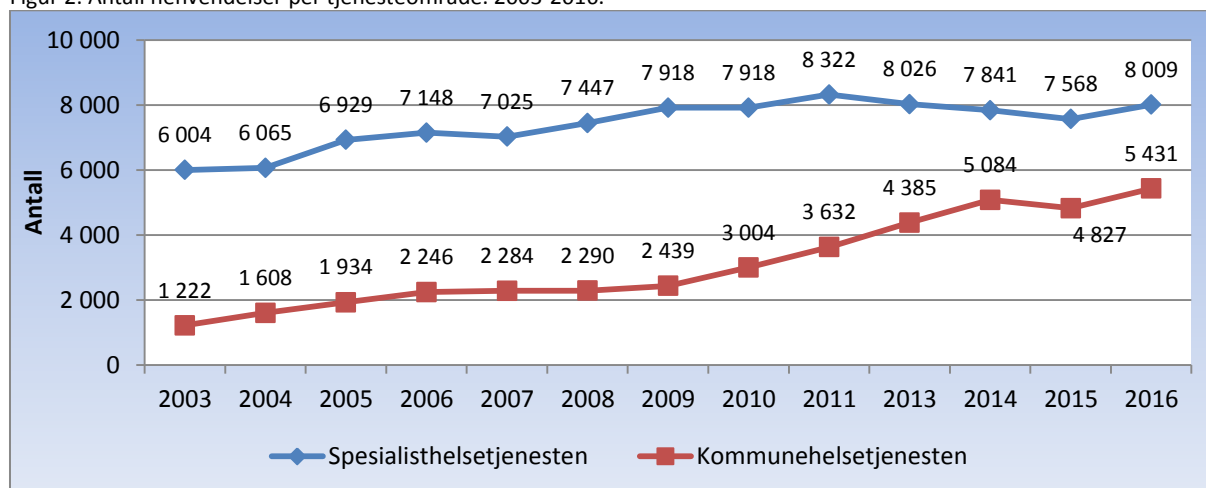
*Årsaken til de høye tallene for 2012 er skifte av kodeverk og registreringspraksis.

Kilde: Pasient- og brukerombudene.

Av henvendelsene i 2016 gjaldt rund 60 prosent spesialisthelsetjenesten og 40 prosent kommunehelsetjenesten. I 2003 gjaldt 83 prosent spesialisthelsetjenesten og 17 kommunehelsetjenesten.

Bortsett fra en liten nedgang i 2015, har antall henvendelser knyttet til kommunale helse - og omsorgstjenester økt siden disse ble inkludert i ordningen i 2009. Antall henvendelser angående spesialisthelsetjenesten har variert i samme periode, men har totalt sett økt fra 2003 til 2016.

Figur 2: Antall henvendelser per tjenesteområde. 2003-2016.*

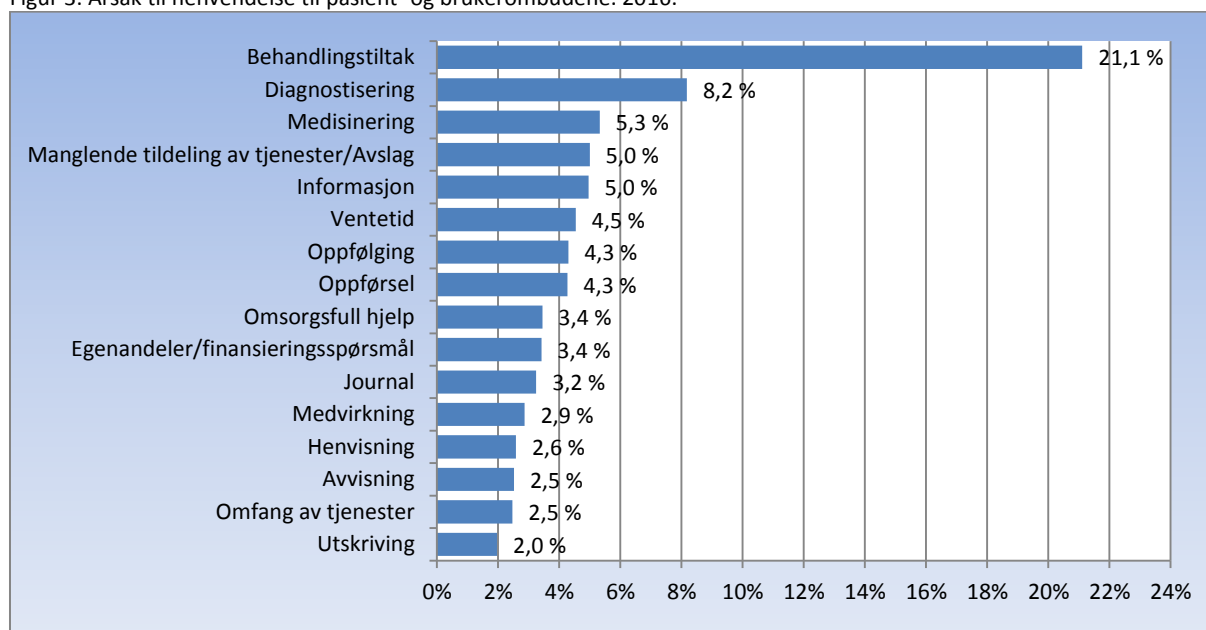


*2012 er ikke tatt med fordi pasient- og brukerombudene skiftet kodeverk, og registreringspraksis. Det er forskjell mellom totalt antall henvendelser og antall saker fordelt mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, fordi totalt antall henvendelser også inkluderer forespørsler og henvendelser utenfor Pasient og brukerombudenes mandat.

Kilde: Pasient- og brukerombudene.

Den største andel av hendelsene i 2016 var knyttet til «behandlingstiltak» med 21 prosent. Deretter etterfulgt av henvendelser om diagnostisering, medisiner, manglende tildeling av tjenester/avslag, informasjon, og ventetid. Disse hendelsene var også de hyppigste kontaktårsakene i 2015.

Figur 3: Årsak til henvendelse til pasient- og brukerombudene. 2016.



Kilde: Pasient- og brukerombudene.

Den vanligste oppfølgingen etter en henvendelse er at pasient- og brukerombudene gir informasjon, råd og veiledning. I 2016 gjaldt det i nærmere 2 av 3 saker. I rundt 16 prosent av sakene bisto pasient- og brukerombudene med å sende en klage. I de resterende sakene bisto pasient- og brukerombudene i hovedsak ved å ha en dialog mellom partene.

47. Informasjonstjenesten Velg behandlingssted

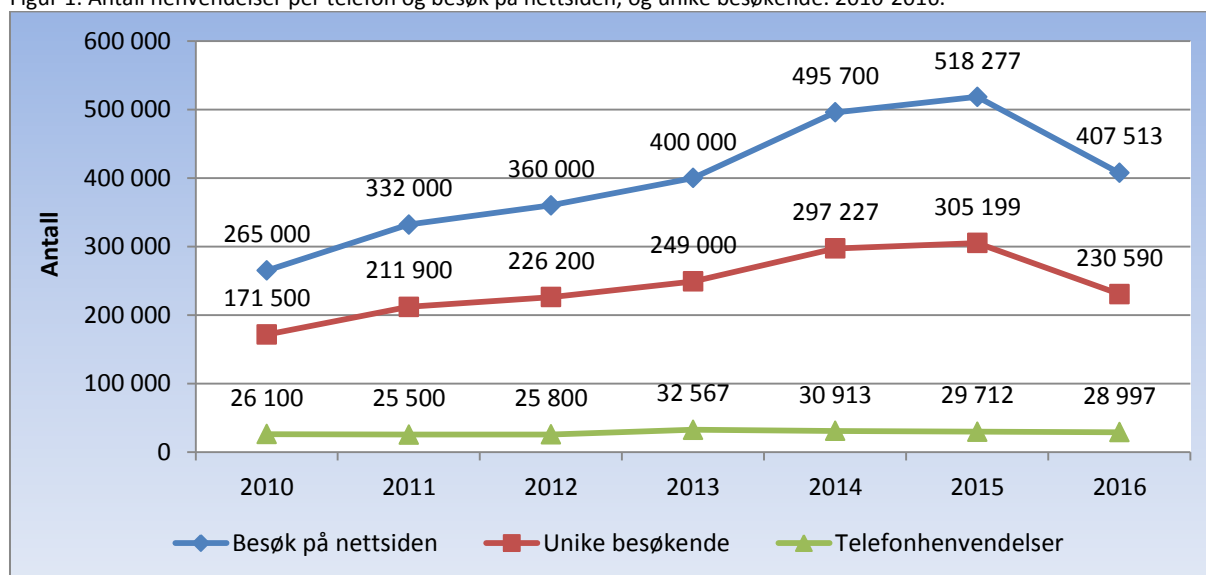
I Norge har pasienter rett til å velge behandlingssted når de blir henvist til undersøkelse eller behandling i spesialisthelsetjenesten. Ordningen fritt behandlingsvalg omfatter offentlige behandlingssteder, private med avtale og private med godkjenning. Formålet med ordningen er økt valgfrihet og kortere ventetider.

Informasjonstjenesten Velg behandlingssted skal gi en samlet oversikt over behandlingssteder, behandlingstilbud, ventetider, antall utførte behandlinger og rettigheter i spesialisthelsetjenesten. I tillegg er det et mål at tjenesten skal bidra til å utjevne forskjeller i ventetider mellom behandlingssteder og tilrettelegge for bedre utnyttelse av behandlingsstedenes kapasitet. Informasjon er tilgjengelig på helsenorge.no/velg-behandlingssted og på telefon via veiledningstjenesten 800HELSE. Fritt behandlingsvalg og informasjonstjenesten Velg behandlingssted har erstattet det tidligere Fritt sykehusvalg.

Bruk av nettsiden og telefontjenesten

Antall besøk på nettsiden og telefonhenvendelser er en indikasjon på befolkningens kjennskap til retten til å velge behandlingssted

Figur 1: Antall henvendelser per telefon og besøk på nettsiden, og unike besøkende. 2010-2016.*



*Frem til 1. november 2015 gjelder tallene fritt-sykehusvalg.no, fra 1. november 2015 gjelder tallene Velg behandlingssted på helsenorge.no. Antall telefonhenvendelser for november og desember 2015 er basert på anslag og er dermed usikre. Fra 2016 er antall telefonhenvendelser summen av telefoner besvart i 1. linje (800HELSE) og 2. linje (pasientrådgiverne). Kilde: fritt-sykehusvalg.no/Velg behandlingssted, Helsedirektoratet.

Fra 2010 til 2015 har det vært en jevn økning i bruken av nettsiden, mens bruken gikk markant ned i 2016. Nedgangen kan delvis forklares ved at rapportering av ventetider og annen administrasjon som tidligere telte med i besøkstallene på fritt-sykehusvalg.no, nå gjøres via en annen teknisk løsning.

Antall telefonhenvendelser økte fra i overkant av 26 000 i 2010 til over 30 000 i 2014. Antallet telefonhenvendelser ser imidlertid ut til å gå noe ned etter 2014 og ligger i 2016 på ca. 29 000.

Andel oppdaterte ventetider

For at pasienter og brukere skal få riktig informasjon, har behandlingsstedene plikt til å rapportere forventet ventetid for de undersøkelsene og behandlingene de tilbyr. Forventet ventetid er definert som estimert maksimal ventetid for de lavest prioriterte pasientene til en undersøkelse eller

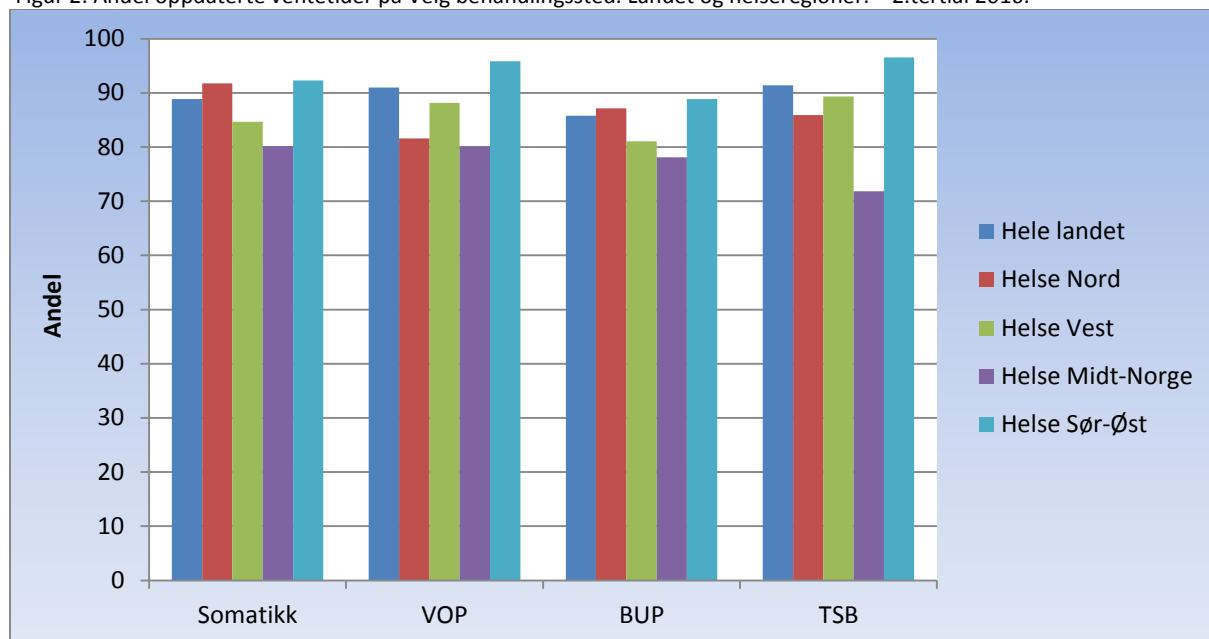
behandling og ventetidene skal oppdateres månedlig. Målet er at alle ventetider som publiseres skal være oppdaterte og korrekte.

Andel oppdaterte (gyldige) ventetider varierer mellom helseregionene, og mellom fagområdene. Helse Sør-Øst har den høyeste andelen oppdaterte ventetider på alle fagområdene og helse Midt-Norge den laveste på alle.

På landsbasis er andelen oppdaterte ventetider høyest innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling med 91 prosent, og lavest innen psykisk helsevern for barn og unge med 86 prosent.

Innføring av nye tekniske løsninger, rutiner og beregningslogikk bidrar til at tallene for 2016 er noe lavere enn tidligere.

Figur 2: Andel oppdaterte ventetider på Velg behandlingssted. Landet og helseregioner. * 2.tertial 2016.



Forklaring: BUP = Psykisk helsevern for barn og unge, TSB= Tverrfaglig spesialisert rusbehandling, VOP=Psykisk helsevern for voksne.

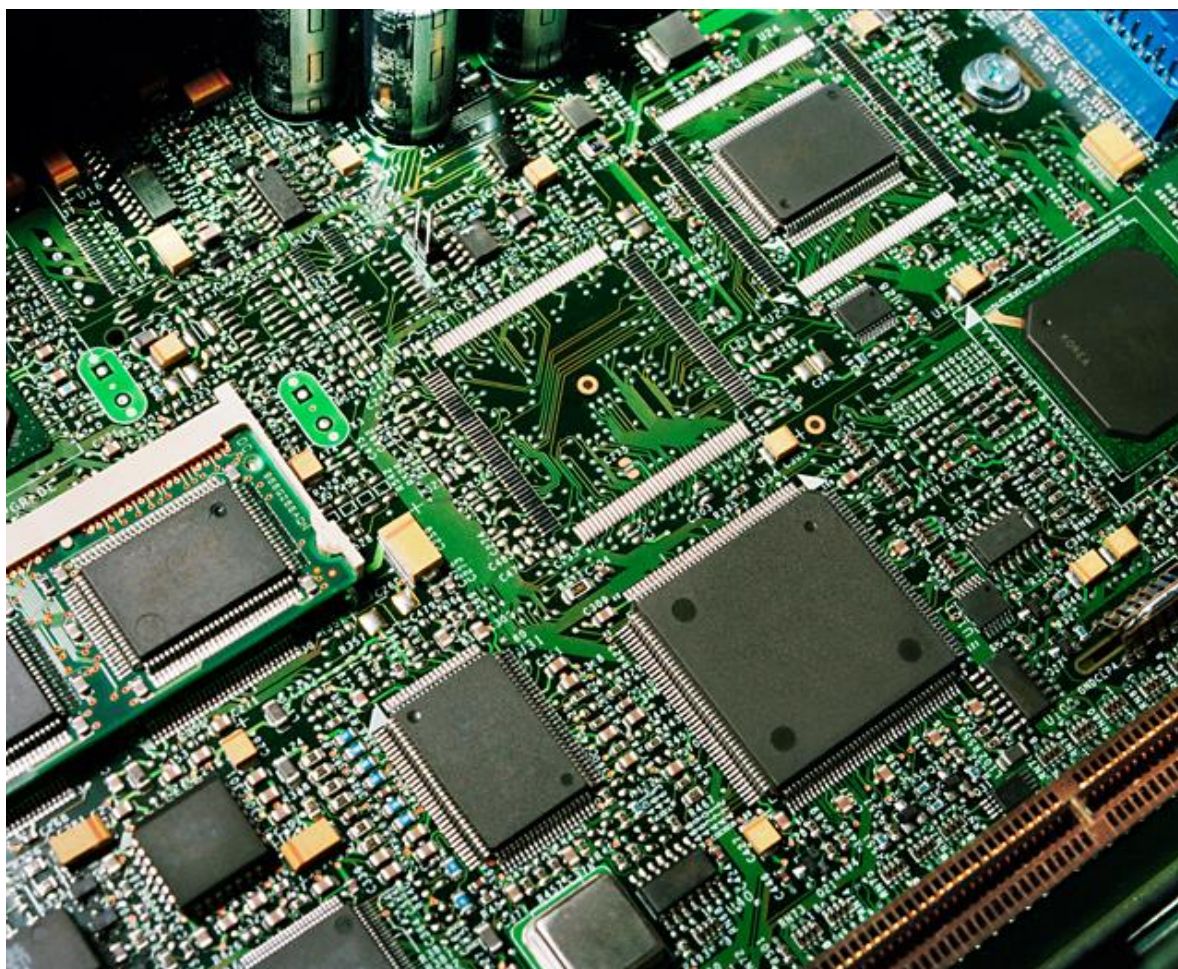
*Private behandlingssteder med avtale med et regionalt helseforetak eller godkjenning fra Helfo er inkludert i tallene for hver region.

Kilde: Nasjonale kvalitetsindikatorer, helsenorge.no.

E-helse

Det er et mål at informasjon mellom pasient og helsetjeneste og mellom ulike deler av helse- og omsorgstjenesten i størst mulig grad skal kunne foregå elektronisk. Den elektroniske samhandlingen er økende. Stadig flere aktører er tilkoblet Norsk helsenett, og meldingsutvekslingen mellom tjenesteyterne er økende.

Her er noen nøkkeltall for bruk av elektroniske løsninger i helse- og omsorgstjenesten.



© Copyright Johnér Bildbyrå AB

48. Helsenorge.no

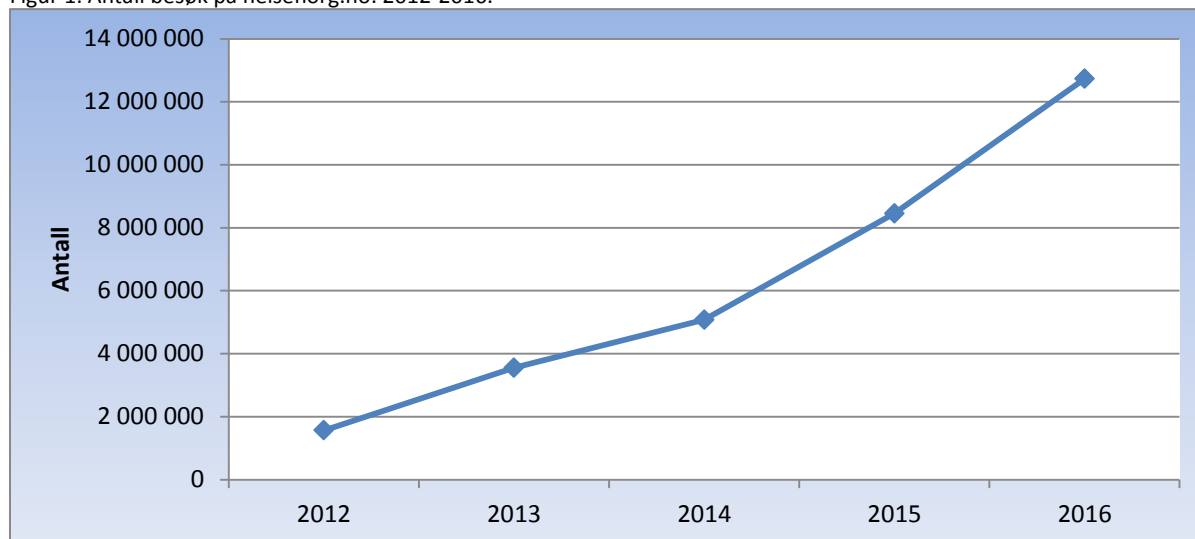
Helsenorge.no ble åpnet i juni 2011 og er en nasjonal helseportal. På nettsiden kan innbyggerne finne informasjon om sykdommer, behandling, helseråd og rettigheter. I tillegg er flere elektroniske selvbetjeningstjenester tilgjengelig på helsenorge.no. Tjenestene har bidratt til å gjøre kontakten med helsevesenet enklere for innbyggerne. Stadig flere bruker tjenestene på helsenorge.no og portalen blir kontinuerlig utviklet med nye tjenester.

Antall besøk på helsenorge.no

Et «besøk» starter når brukeren åpner en side på helsenorge.no, og besøket avsluttes når brukeren har vært inaktiv i 30 minutter. I 2016 hadde helsenorge.no i overkant av 12,7 millioner besøk. Det er en økning på 51 prosent sammenlignet med 2015.

56 prosent av besøkene på helsenorge.no i 2016 var ved bruk av mobil eller nettbrett.

Figur 1: Antall besøk på helsenorg.no. 2012-2016.



Kilde: Direktoratet for e-helse.

Bruk av innloggede tjenester

Innlogging på helsenorge.no fra ID-porten ble etablert med tjenesten Mine egenandeler i 2012. Siden da har flere tjenester blitt lagt til. Fra 17. november 2015 ble det mulig å logge inn med Bank ID på mobil.

Eksempler på elektroniske selvbetjeningstjenester som er tilgjengelig på helsenorge.no:

- bytte fastlege
- resepter
- personlig helsearkiv
- timeavtaler
- henvisninger
- frikort og egenandeler
- pasientjournal
- kjernejournal
- pasientreiser
- helsekontakter

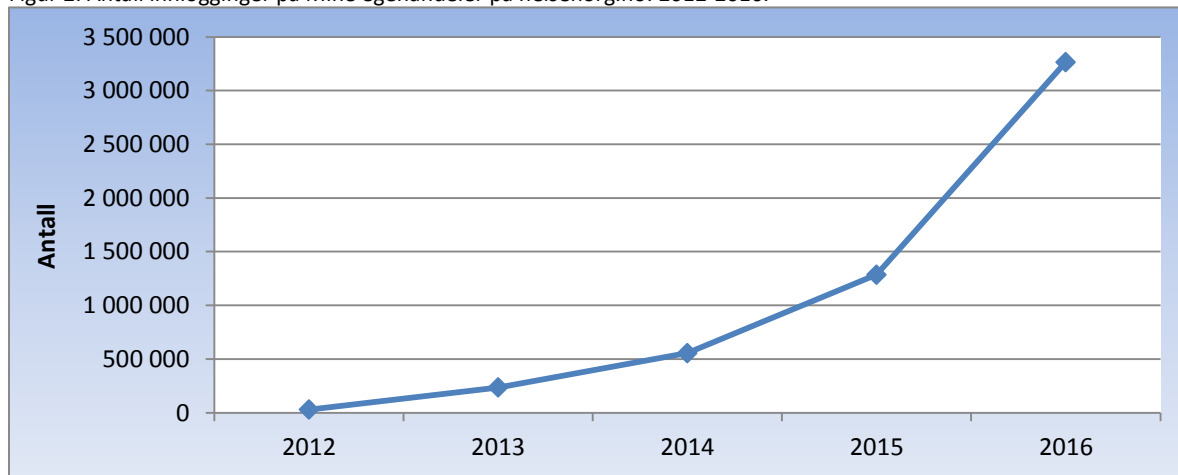
Mine egenandeler

Tjenesten Mine egenandeler gir pasientene oversikt over betalte egenandeler, om de har nådd egenandelstaket og om de vil få frikort resten av kalenderåret.

Tjenesten Mine egenandeler hadde i overkant av 3,26 millioner innlogginger i 2016. Det er en økning på 154 prosent sammenlignet med 2015.

Økningen henger trolig sammen med at Helse Nord fikk tjenesten Innsyn pasientjournal i desember 2015, og at Helse Vest fikk samme tjeneste i mai 2016. I tillegg fikk innbyggere i flere regioner kjernejournal i løpet av 2016 og tjenesten for å bytte fastlege ble flyttet til helsenorge.no i juni 2016.

Figur 2: Antall innlogginger på Mine egenandeler på helsenorg.no. 2012-2016.



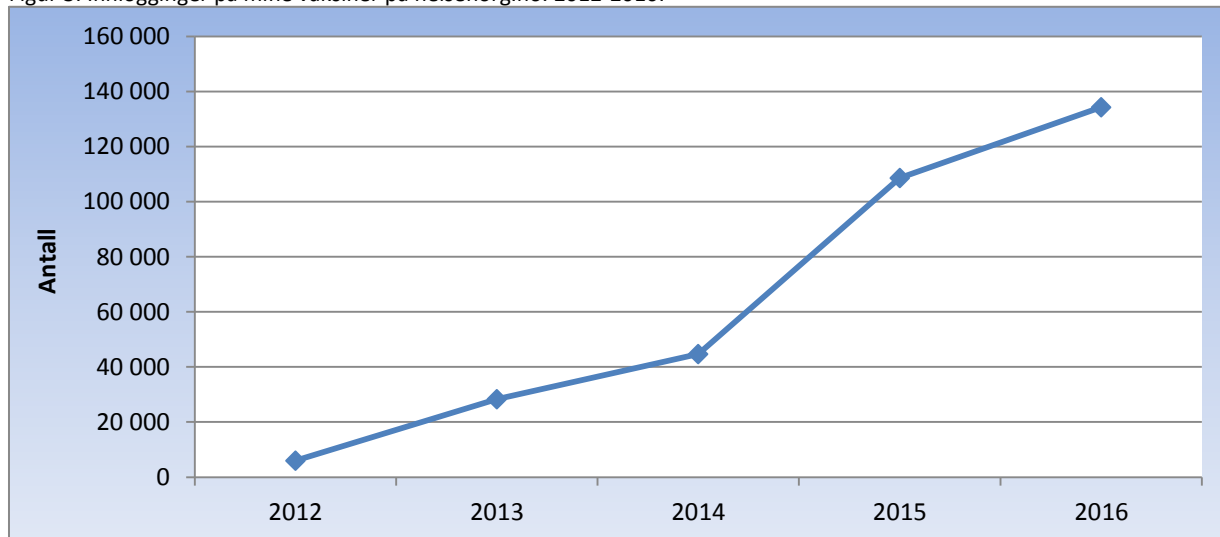
Kilde: Direktoratet for e-helse.

Mine vaksiner

Tjenesten Mine vaksiner lar innbyggere se vaksinasjonsstatus for seg selv og sine barn under 16 år. Man kan også skrive ut et vaksinasjonskort på norsk og engelsk.

Mine vaksiner hadde i overkant av 134 000 innlogginger i 2016. Det er en økning på 24 prosent fra i 2015.

Figur 3: Innlogginger på mine vaksiner på helsenorg.no. 2012-2016.



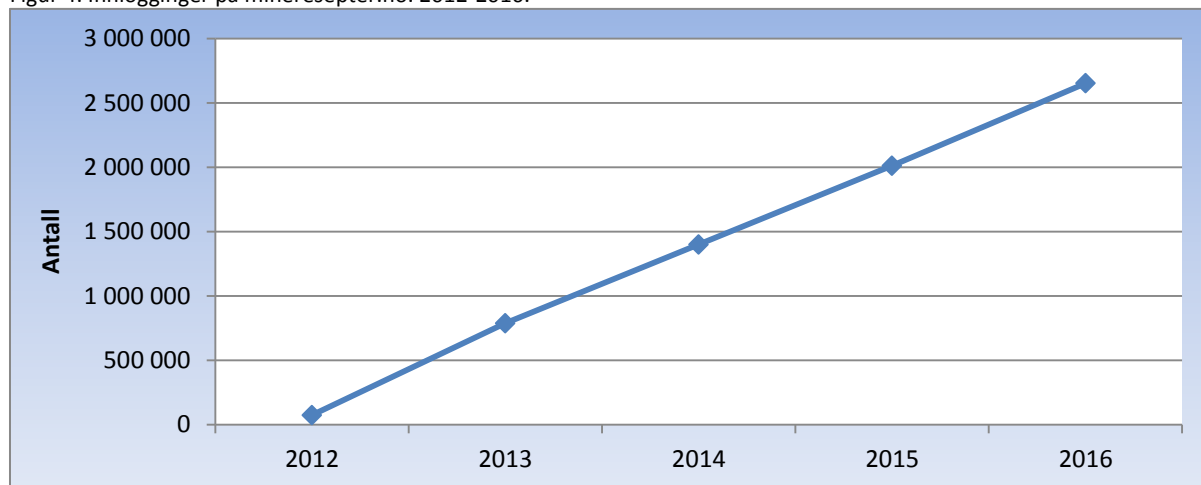
Kilde: Direktoratet for e-helse.

Mine resepter

Mineresepter.no er en nettjeneste som gir innbyggere oversikt over sine aktive resepter, legemidler de har fått utlevert hos apotek og antall utleveringer som er gjort. Tjenesten er foreløpig eget nettsted (mineresepter.no), men vil bli integrert i helsenorge.no i løpet av 2017.

Mineresepter.no hadde i overkant av 2,65 millioner innlogginger i 2016. Det er en økning på 32 prosent sammenlignet med 2015.

Figur 4: Innlogginger på mineresepter.no. 2012-2016.



Kilde: ID-porten, Direktoratet for forvaltning og IKT.

49. E-resept

E-resept er et viktig bidrag til modernisering av legemiddelforvaltningen og til bedre samhandling i helsetjenesten. E-resepter gir tryggere legemiddelbruk fordi omfanget av feil ved rekvirering og utlevering reduseres.

Ved bruk av e-resept sender legen (rekvirenten) resepten elektronisk til en sentral database. På apoteket eller hos bandasjisten blir resepten lastet ned og ekspedert. Økonomisk oppgjør mellom apotek/bandasjist og HELFO håndteres elektronisk. Det gir økt effektivitet og bedre kontroll med statens utgifter til legemidler.

E-resept ble innført hos fastleger, avtalespesialister, apotek og bandasjister i løpet av 2012-2013. Ved utgangen av 2016 benyttet alle helseforetakene e-resept, hvorav fire fremdeles var i en innføringsperiode. Det arbeides med å tilrettelegge for innføring av e-resept til andre rekvirentgrupper, for eksempel tannleger og kommunale helse- og omsorgsenheter.

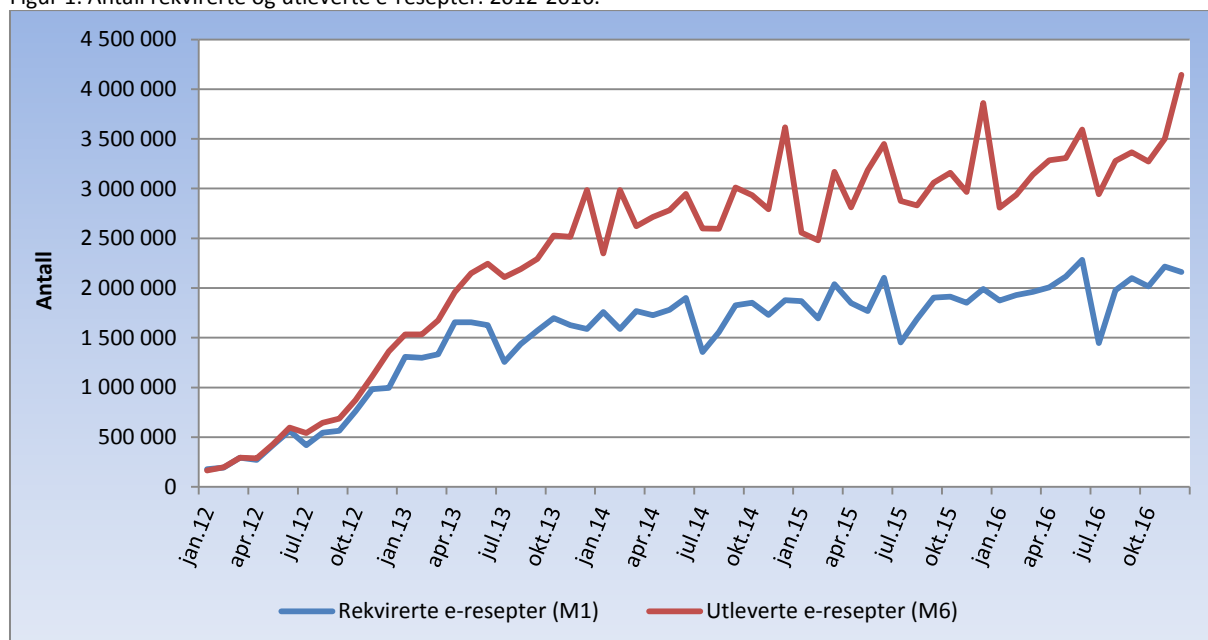
Fra 1. januar 2016 ble det tillatt å sende reseptpliktige legemidler fra apotek til kunder i hele landet. Innbyggere kan per desember 2016 kjøpe reseptbelagte legemidler fra tre norske, godkjente nettapotek.

Rekvireringer og utleveringer

Antall rekvirerte og utleverte e-resepter øker fordi flere legekantor, sykehus og helseforetak tar i bruk løsningen. Det kan være flere utleveringer tilknyttet én e-resept.

I desember 2016 ble det rekvirert over 2,1 millioner e-resepter. Samtidig ble det utlevert over 4,1 millioner e-resepter.

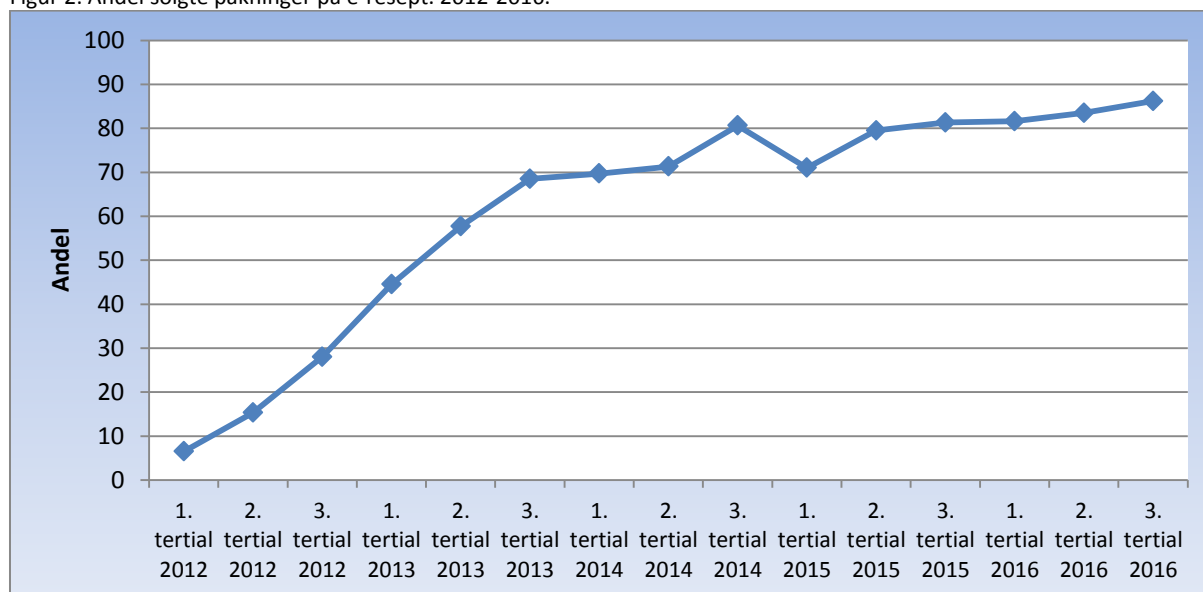
Figur 1: Antall rekvirerte og utleverte e-resepter. 2012-2016.



Kilde: Reseptformidleren.

Det har vært en økning i bruken av e-resept siden den gradvis ble innført fra 2012. I 3. tertial 2016 var over 86 prosent av alle utleverte pakninger solgt på e-resept.

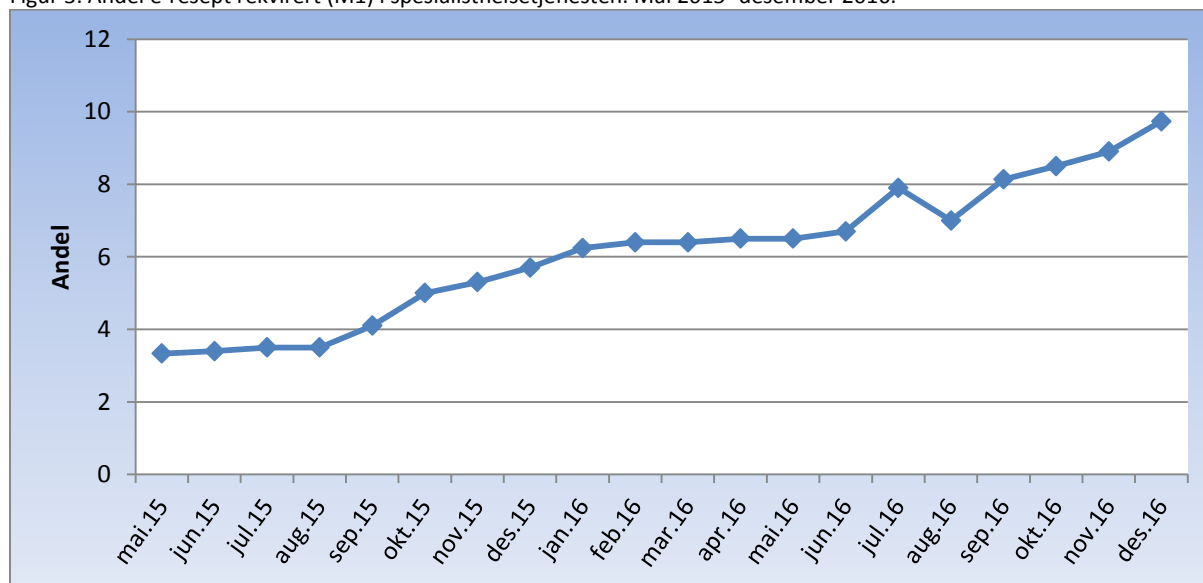
Figur 2: Andel solgte pakninger på e-resept. 2012-2016.



Kilde: Apotekenes bransjestatistikk.

Per desember 2016 utgjorde e-resepter fra spesialisthelsetjenesten 9,7 prosent av totalantallet e-resepter. Rekvirerte resepter fra spesialisthelsetjenesten utgjorde antatt ca. 20 prosent av det totale antall resepter.

Figur 3: Andel e-resept rekvirert (M1) i spesialisthelsetjenesten. Mai 2015- desember 2016.



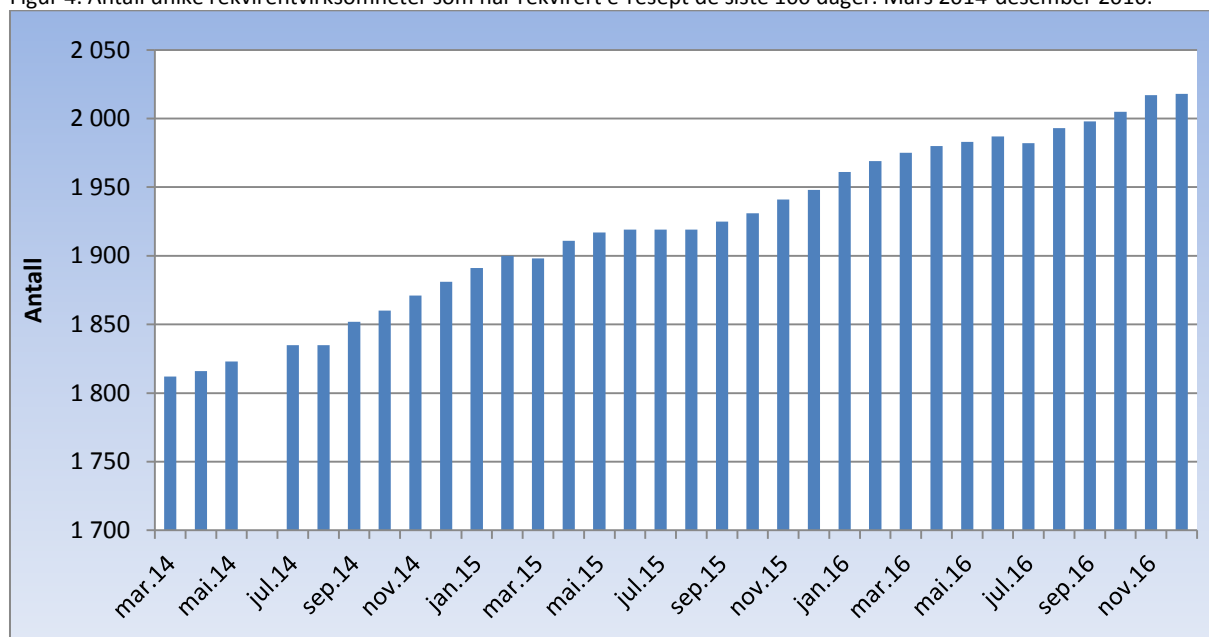
Kilde: Reseptformidleren.

Unike rekvirentvirksomheter som bruker e-resept

Et mål på bruk av e-resept er antall unike rekvirentvirksomheter som har rekvirert e-resept i løpet av de siste 100 dager.

I løpet av 2016 hadde 70 nye rekvirentvirksomheter tatt i bruk e-resept. Flere av disse rekvirentvirksomhetene tilsvarer et sykehus eller et helseforetak.

Figur 4: Antall unike rekvirentvirksomheter som har rekvirert e-resept de siste 100 dager. Mars 2014-december 2016.*



* Det foreligger ikke data for juni 2014.

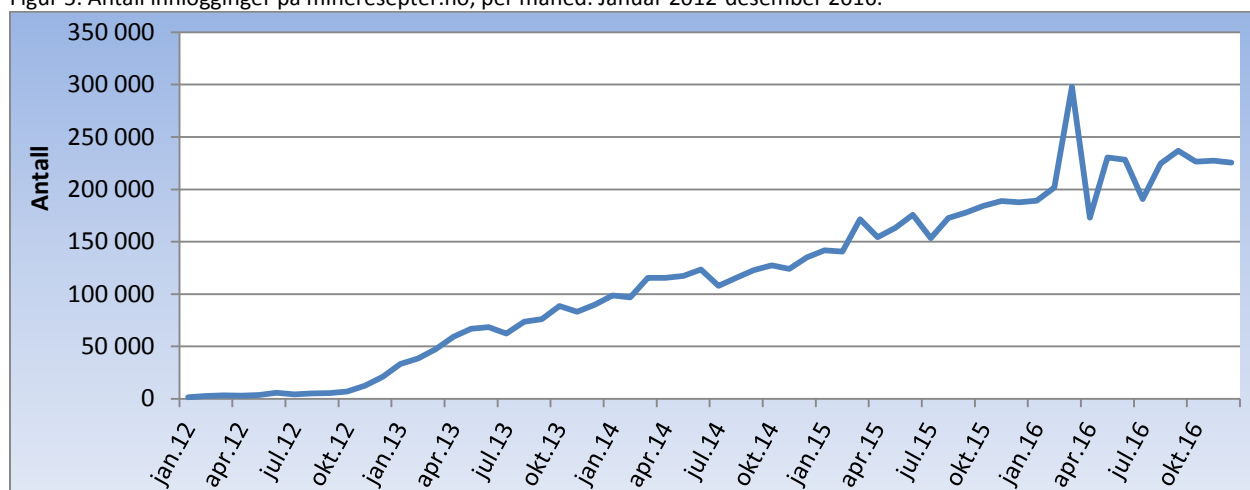
Kilde: Reseptformidleren.

Mine resepter

Med tjenesten Mine resepter på helsenorge.no får innbyggere oversikt over egne e-resepter. Bruk av tjenesten måles på antall innlogginger gjennom ID-porten.

Bruken av tjenesten steg betraktelig etter at BankID ble godkjent som elektronisk ID for tjenesten (november 2012) og etter at den nasjonale innføringen av e-resept for fastleger, apotek, og bandasjister ble slutført i februar 2013. Siden da har bruk av tjenesten økt ytterligere. I desember 2016 var antallet innlogginger i Mine resepter på over 225 000.

Figur 5: Antall innlogginger på mineresepter.no, per måned. Januar 2012-december 2016.



Kilde: ID-porten, Direktoratet for forvaltning og IKT.

50. Kjernejournal

Kjernejournal er en elektronisk løsning som samler viktige helseopplysninger og gjør dem tilgjengelig både for innbyggere og helsepersonell. Dette er opplysninger som det er viktig at helsepersonell kjenner til ved behandling av en pasient, for eksempel om alvorlige allergier, spesielle tilstander og bruk av legemidler. Kjernejournal gir tryggere helsehjelp og utgjør et supplement til de vanlige pasientjournalene hos fastlege, legevakt og sykehus. Innbyggere kan selv legge inn informasjon i sin kjernejournal.

Innføringstakt

Direktoratet samarbeider med de regionale helseforetakene om innføringsplaner for kjernejournal. Løsningen innføres samtidig til innbyggere, sykehus, legevakter og legesentre.

Utprøving av kjernejournal startet høsten 2013 i Trondheim og deretter i Stavanger våren 2014. Helse Vest innførte kjernejournal i hele sin region våren 2015, Helse Midt høsten 2015 og Helse Nord i 2016. Helse Sør-Øst begynte høsten 2015 og vil ferdigstille innføringen i 2017.

Tabell 1: Innføringen av kjernejournal, antall innbyggere, kommuner og helseforetak. 2013-2016.

	2013	2014	2015	2016*
Innbyggere (i millioner)	0,2	0,7	2,5	4,1
Kommuner (av 428)	4	47	233	356
Helseforetak (av 20)	1	2	8	16

* 2016: januar-november.

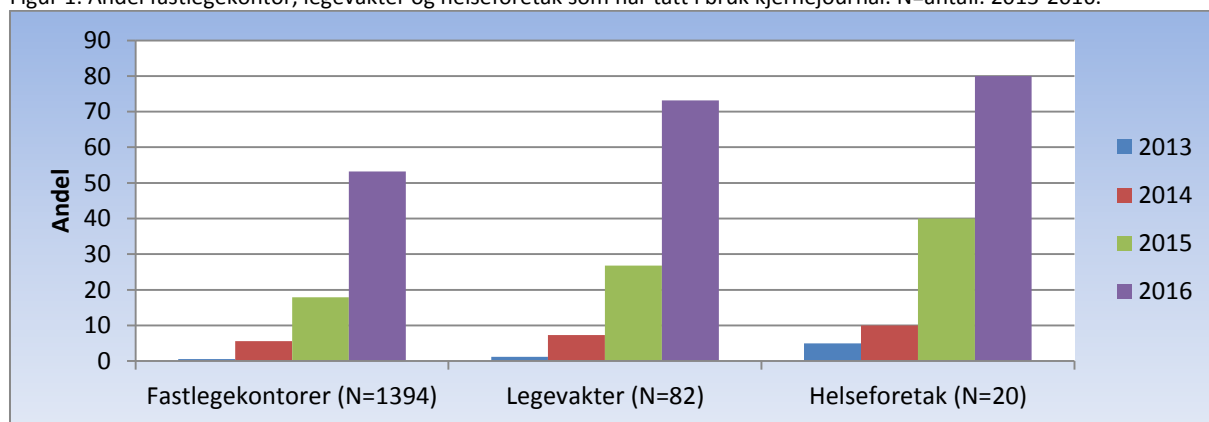
Kilde: Kjernejournal, Direktoratet for e-helse.

Andel helsevirksomheter som har tatt i bruk kjernejournal

Innføring av nasjonale e-helseløsninger tar tid da det er mange virksomheter involvert. Det er mange beslutningstakere som skal sikre innføring i egne virksomheter. I tillegg krever nye løsninger en viss teknisk tilrettelegging. Variasjonen i virksomhetenes teknologiske plattformer i sektoren er stor, med til dels utdatert teknologi og/eller mangelfull driftskompetanse.

Per 31. desember 2016 har 53 prosent av landets fastlegekontorer og 73 prosent av landets legevakter⁶⁸ tatt i bruk kjernejournal.

Figur 1: Andel fastlegekontor, legevakter og helseforetak som har tatt i bruk kjernejournal. N=antall. 2013-2016.



Kilde: Kjernejournal, Direktoratet for e-helse.

⁶⁸ Dette er legevakter av en viss størrelse og omfatter ikke legekontorer med legevaktfunksjon.

Bruk av kjernejournal blant helsepersonell

Pr. 1. desember 2016 hadde 5 758 helsepersonell tatt i bruk kjernejournal. Hver uke i 2016 ble det i gjennomsnittlig gjort ca. 5 000 oppslag i kjernejournal. Bruken av kjernejournal varierer mye i de ulike helsevirksomhetene. Et snitt over de siste 14 dagene i november 2016 viste at:

- 13 av 16 (81 prosent) helseforetak brukte kjernejournal daglig.
- 22 av 62 (35 prosent) legevakter brukte kjernejournal ukentlig.
- 218 av 1 040 (21 prosent) legekontorer brukte kjernejournal ukentlig.

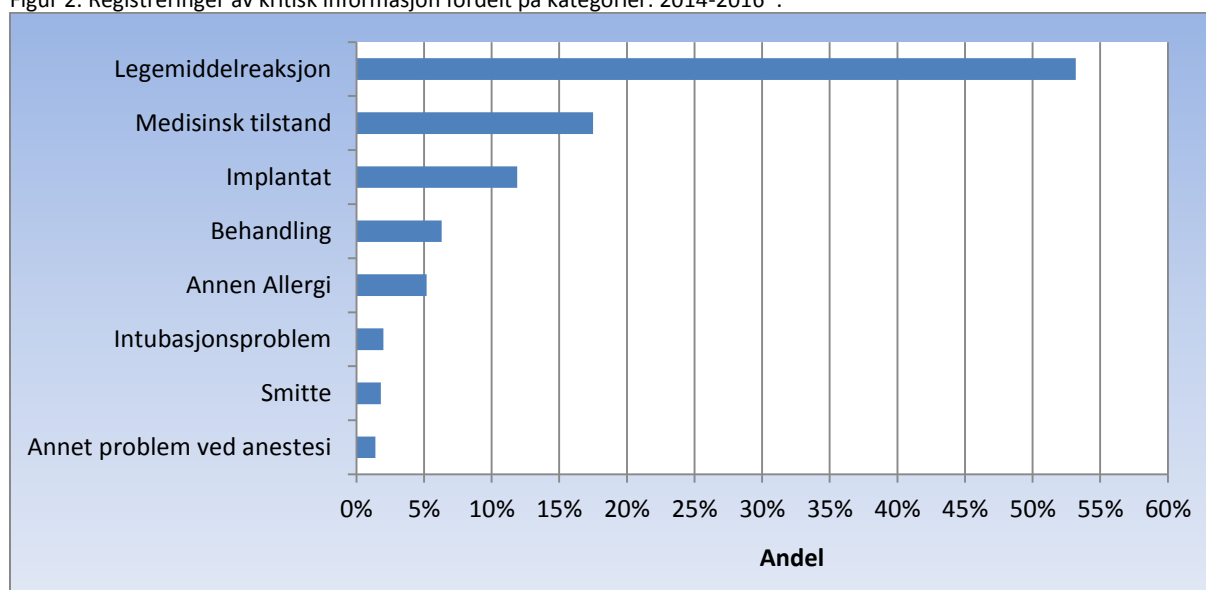
Registrering av kritisk informasjon i kjernejournal

Med kjernejournal blir en ny standard for kritisk informasjon testet ut. Kritisk informasjon er et system med varsling av opplysninger som kan få avgjørende betydning for valg av helsehjelp.⁶⁹ Alle leger har mulighet til å registrere kritisk informasjon for sine pasienter. Per 1. desember 2016 var det totalt 11 242 registreringer, og ukentlig ble det registret i gjennomsnitt i underkant av 300. I desember 2014 var det registrert 1 581 og i desember 2015 var antall registreringer 4 041.

Det antas at ca. 2-3 prosent av landets innbyggere har kritisk informasjon som bør registreres. Antall registreringer vil øke drastisk når de elektroniske pasientjournalene etablerer en integrasjon med kritisk informasjon i kjernejournal.

Per. 1. desember 2016 utgjorde legemiddelreaksjoner den hyppigste kategorien i kritisk informasjon, med 53 prosent av de totale registreringene. 18 prosent av registreringene var medisinsk tilstand og 12 prosent var implantater. De resterende registreringene var i hovedsak om behandling, allergi, intubasjonsproblematikk, problemer ved anestesi og smitte.

Figur 2: Registreringer av kritisk informasjon fordelt på kategorier. 2014-2016*.



* 2016: januar-november.

Kilde: Kjernejournal, Direktoratet for e-helse.

Innbyggers oppslag i kjernejournal

På helsenorge.no kan innbyggerne logge seg inn for å se innholdet, samt registrere utvalgte opplysninger i sin kjernejournal. Per 1. desember 2016 hadde over 540 000 innbyggere sett på sin kjernejournal. Av disse slo 96 prosent opp på sine legemidler/resepter, 54 prosent på kritisk

⁶⁹ Kritisk informasjon deles i 5 kategorier: Overfølsomhetsreaksjoner, komplikasjoner ved anestesi (bedøvelse), kritiske medisinske tilstander, pågående behandling/ implantat, smittefarlig tilstand (som kan påvirke behandlingsvalg).

informasjon og 43 prosent på loggen over hvilke helsepersonell som har vært inne på deres kjernejournal. Ukentlig slo ca. 35 000 innbyggere opp sine legemidler/resepter.

Innbyggers egne registreringer i kjernejournal

Opplysninger som kan registreres av innbyggeren selv er kontaktpersoner, kommunikasjonsbehov og sykdomshistorie. Hver innbygger kan legge inn flere opplysninger. Per 1. desember 2016 hadde totalt 92 660 innbyggere lagt inn informasjon i egen kjernejournal.

Kontaktpersoner er den opplysningen som oftest registreres.

Tabell 2: Antall innbyggere (N) som har registrert ulike typer informasjon i sin kjernejournal.* 2014-2016.

	2014 (N=3 361)	2015 (N=42 257)	2016** (N=92 660)
Kontaktpersoner	3 252	37 100	80 694
Kommunikasjonsutfordringer (syn, hørsel, tale eller språk)	65	563	1 233
Egen registrert sykdom	716	10 606	22 142

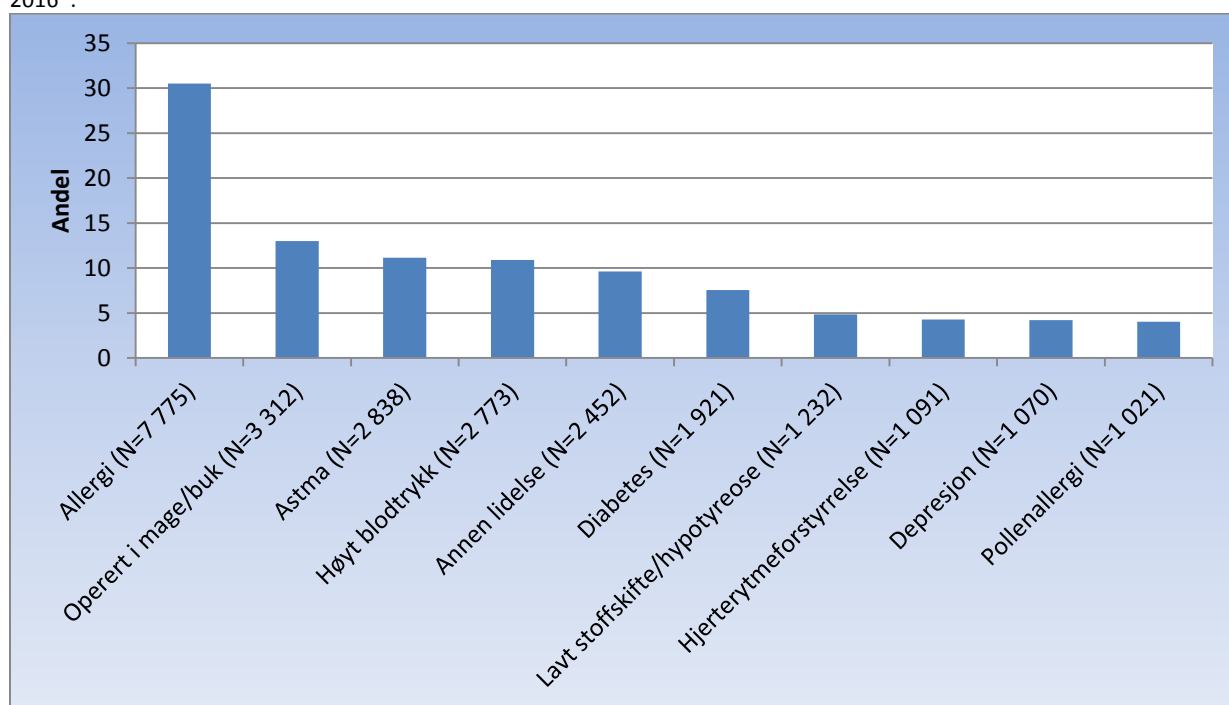
* En innbygger kan legge inn flere opplysninger.

** 2016: januar-november.

Kilde: Kjernejournal, Direktoratet for e-helse.

Innen egenregistrerte sykdommer utgjør allergier den største delkategorien med 31 prosent av registreringene, etterfulgt av delkategorien operert i mage/buk med 13 prosent, deretter astma og høyt blodtrykk med 11 prosent av registreringene hver.

Figur 3: De ti mest registrerte sykdomstilstandene innbyggere har lagt inn i kjernejournal. Andel. N=total antall. 2014-2016*.



* 2016: januar-november.

Kilde: Kjernejournal, Direktoratet for e-helse.

Innbyggers bruk av personverninnstillinger i kjernejournal

Personvern og informasjonssikkerhet er bygget inn i løsningen. Innbyggerne kan velge å reservere seg mot kjernejournal, legge inn sperringer og sette opp varslingsprofil.

Kun 3 955 innbyggere hadde per desember 2016 aktivt reservert seg fra kjernejournal, en endring fra 2 121 i desember 2015. En reservasjon innebærer at all informasjon i kjernejournalen slettes. Da vil helsepersonell ikke finne noen kjernejournal for denne innbyggeren, og ingen nye opplysninger blir registrert.

Per desember 2016 var det 4 731 innbyggere som hadde lagt inn sperring på noe av informasjonen eller mot innsyn fra utvalgte helsepersonell. Det var 22 817 som hadde tatt et aktivt valg til egen varslingsprofil, det vil si å definere om man ønsker å få tilsendt e-post når helsepersonell bruker ens kjernejournal.

51. Elektronisk meldingsutveksling i helse- og omsorgssektoren

Meldingsutveksling er en elektronisk kommunikasjonsform mellom aktørene i helse- og omsorgssektoren. Kommunikasjon mellom omsorgstjenesten i kommunen, fastleger og helseforetak (HF) skjer gjennom standardiserte meldinger via Helsenettet.

Meldingsutveksling er et viktig virkemiddel for å realisere mål om helhet og samhandling i helse- og omsorgstjenesten.

Tilnærmet alle aktørene i helse- og omsorgstjenesten er nå tilkoblet Helsenettet. På mange områder har elektroniske meldinger erstattet papirforsendelser, eksempelvis er elektroniske henvisninger, epikriser, laboratoriesvar og automatisk frikort nå bredt tatt i bruk.

Elektroniske omsorgsmeldinger

Elektroniske omsorgsmeldinger dekker ulike informasjonsutvekslingsbehov som f. eks:

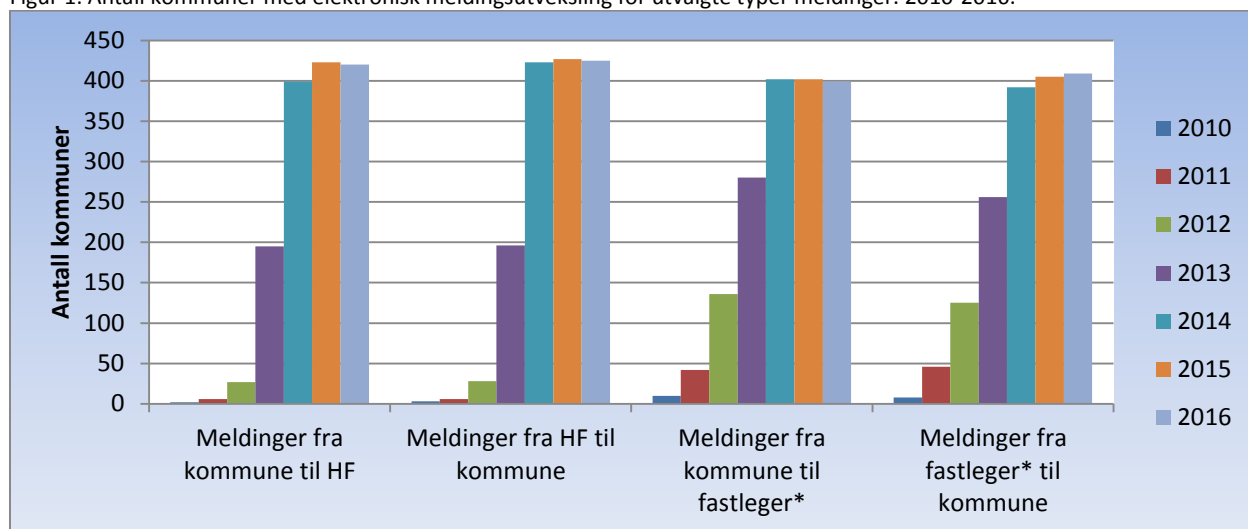
- Orientering om tjenestetilbud i kommunen.
 - Sendes fra omsorgstjenesten i kommunen til fastlegen når vedtak om kommunale omsorgstjenester er fattet.
- Legemiddelopplysninger.
 - Benyttes i forbindelse med den løpende kontakt mellom omsorgstjenesten i kommunen og fastlegen om innlagt pasient. Sendes fra spesialisthelsetjenesten til kommunen når pasienten opplyser at de har hjemmetjenester eller sykehjemstjenester.
- Innleggelsesrapport.
 - Sendes fra kommunen til spesialisthelsetjenesten når pasient innlegges på sykehus.
- Melding om utskrivningsklar pasient.
 - Sendes fra spesialisthelsetjenesten til kommunen (varsel om utskrivning) for pasienter som skal ha omsorgstjenester etter utskrivning fra sykehus.
- Utskrivningsrapport.
 - Sendes fra spesialisthelsetjenesten til kommunen samme dag som pasient skrives ut.

Utbredelse av omsorgsmeldinger

I program for Meldingsutbredelse (2012-2014) ble kommunene satt i stand til å utveksle omsorgsmeldinger. Tidlig i 2015 var alle kommuner med unntak av én i stand til å utveksle omsorgsmeldinger. I 2016 var det bare et fåtall kommuner som ikke hadde utvekslet omsorgsmeldinger.⁷⁰ Omtrent alle kommuner mottok omsorgsmeldinger fra helseforetak og private sykehus i 2016. I 2016 var det 33 helseforetak eller private sykehus som utvekslet omsorgsmeldinger.

⁷⁰ Det er 8 kommuner som ikke har sendt meldinger til HF og 29 kommuner som ikke har sendt meldinger til fastleger. 3 kommuner har ikke mottatt meldinger fra HF, og 19 kommuner har ikke mottatt fra fastleger. Dette kan skyldes at det ikke har vært aktuelt å sende meldinger.

Figur 1: Antall kommuner med elektronisk meldingsutveksling for utvalgte typer meldinger. 2010-2016.



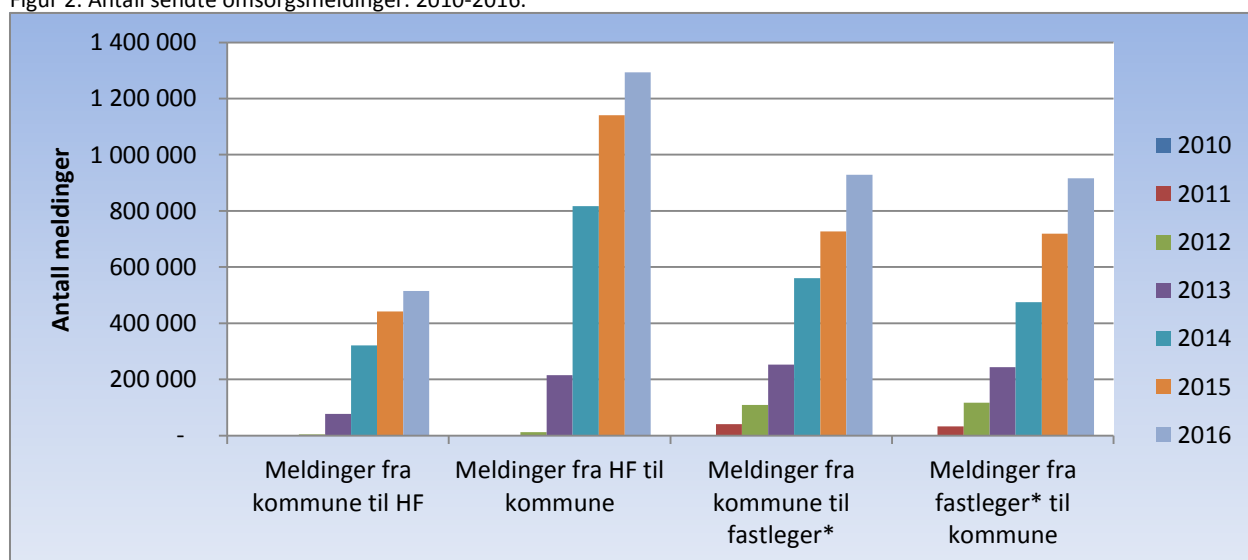
* Inkluderer også blant annet fysioterapeuter og avtalespesialister («Privatpraktiserende autorisert helsepersonell»).

Kilde: Norsk Helsenett.

Antall omsorgsmeldinger økte i hele perioden fra 2010-2016. Flest meldinger ble sendt fra helseforetak og private sykehus til kommuner. I 2016 var antallet i underkant av 1 294 000. Det ble sendt om lag samme antall meldinger fra kommuner til fastleger (928 000) som fra fastleger til kommuner (917 000) i 2016.

Fra 2014 til 2016 har det vært en økning på 60 prosent i antall omsorgsmeldinger mellom kommuner og helseforetak og private sykehus. I samme periode har det mellom kommuner og fastleger også vært en økning, på henholdsvis 65 prosent fra kommuner og 93 prosent fra fastleger.

Figur 2: Antall sendte omsorgsmeldinger. 2010-2016.



* Inkluderer også blant annet fysioterapeuter og avtalespesialister («Privatpraktiserende autorisert helsepersonell»).

Kilde: Norsk Helsenett.

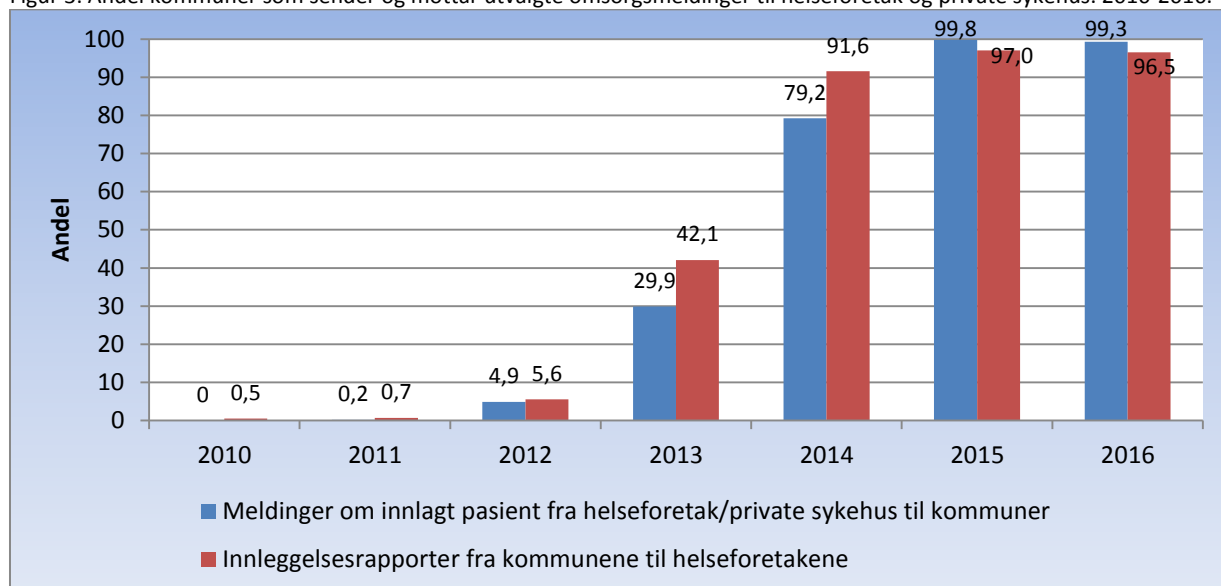
Melding om innlagt pasient

Ved innleggelse av en pasient på sykehus skal det etter samtykke sendes elektronisk melding om innleggelsen til omsorgstjenesten i kommunen. Dette gjelder for pasienter som allerede har et tilbud fra omsorgstjenesten eller for pasienter som med stor sannsynlighet vil få behov for slike tjenester.

Hvis pasienten allerede har tilbud om omsorgstjenester skal kommunen respondere med å sende en elektronisk innleggsrapport.

Meldinger om innlagt pasient og innleggsrapporter har økt betydelig fra 2010 til 2016. Den største økningen kom fra 2013 til 2014. I 2016 sendte rundt 96 prosent av kommunene innleggsrapporter til helseforetak og private sykehus. 99 prosent av kommunene mottok melding om innlagt pasient fra helseforetak og private sykehus. Andelen har sunket litt fra i 2015.

Figur 3: Andel kommuner som sender og mottar utvalgte omsorgsmeldinger til helseforetak og private sykehus. 2010-2016.

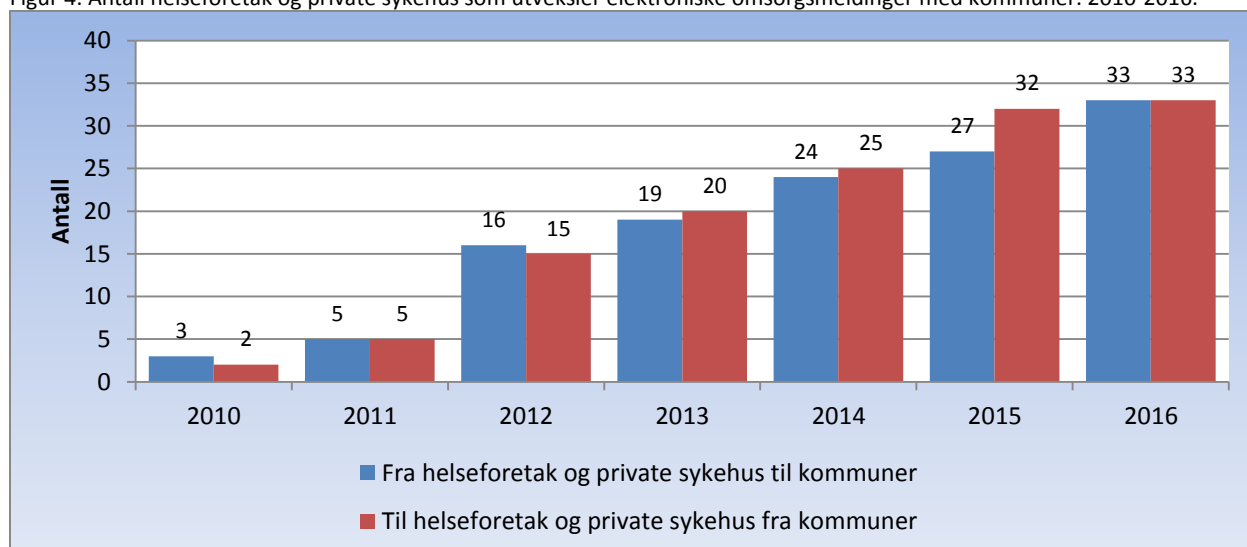


Kilde: Norsk Helsenett.

Omsorgsmeldinger mellom helseforetak og kommuner

I 2016 utvekslet alle helseforetakene omsorgsmeldinger med kommunene. Helseforetakene har hatt støtte for dette siden 2014, og etter dette har flere private sykehus også tatt i bruk omsorgsmeldingene. I perioden 2014 til 2016 har det vært en økning fra 25 til 33 helseforetak og private sykehus som har utvekslet meldinger.

Figur 4: Antall helseforetak og private sykehus som utveksler elektroniske omsorgsmeldinger med kommuner. 2010-2016.



Kilde: Norsk Helsenett.