



SAMDATA

Spesialisthelsetjenesten 2014

Heftets tittel: Samdata spesialisthelsetjenesten 2014

Utgitt: September 2015

Bestillingsnummer: IS-2348
ISBN-nr. 978-82-8081-398-5

Utgitt av: Helsedirektoratet

Redaktør: Avdelingsdirektør Beate M. Huseby,
Avdeling økonomi og analyse

Forfattere: Beate M. Huseby (red., pasientdata somatikk)
Birgitte Kalseth (pasientdata somatikk)
Henriette Ødegaard (web)
Inger Johanne Gjøn-Øien (kostnader og finansiering)
Kari Hårstad Mehus (re-/habilitering, senger og personell)
Lars Rønningen (økonomisk situasjon, pasientdata somatikk)
Marit Pedersen (kostnader og finansiering)
Marit Sitter (psykisk helse barn og unge)
Per Bernhard Pedersen (psykisk helsevern for voksne)
Ragnild Bremnes (kostnader og finansiering)
Solfrid Lilleeng (TSB)
Tone Rian Myrli (pasientdata somatikk)
Turi Saltnes (pasientdata somatikk)

Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo

Besøksadresse: Sluppenveien 12 C, 7037 Trondheim
Universitetsgata 2, Oslo

Tlf.: 810 20 050

Faks: 24 16 30 01
www.helsedirektoratet.no

Hftet kan bestilles hos: Helsedirektoratet
v/ Trykksaksekspedisjonen
e-post: trykksak@helsedir.no
Tlf.: 24 16 33 68
Faks: 24 16 33 69
Ved bestilling, oppgi bestillingsnummer: IS-2194

Grafisk design: Andvord Grafisk AS

Trykkeri: Andvord Grafisk AS

Forord

Spesialisthelsetjenesten er en stor og betydningsfull del av den offentlige helsetjenesten i Norge. Det bevilges og brukes 128 milliarder årlig for å tilby befolkningen en best mulig spesialisthelsetjeneste. SAMDATA Spesialisthelsetjenesten 2014 gir informasjon om hva disse pengene brukes til, og hvordan de blir fordelt mellom ulike sektorer og regioner. Rapporten inneholder informasjon om ressursinnsatsen, bruken av tjenestene og utnyttingen av ressursene.

Vår ambisjon er at rapporten skal være til nytte for de som planlegger, vurderer og treffer beslutninger i helse- og omsorgssektoren. For at rapporten til enhver tid skal kunne bidra med relevante styringsindikatorer ønsker Helsedirektoratet en løpende dialog med sektoren om innhold og utforming av rapporten.

SAMDATA-rapporten utkom for første gang i 1989 og har vært publisert som en stor og omfattende rapport. Rapportens format gjør at den har fungert som et oppslagsverk for hovedtall og utviklingstrender, men formatet har også bidratt til at analyser og data kan være vanskelig tilgjengelig dersom man ikke kjenner rapportens innhold. Begrensninger knyttet til sidetall har også bidratt til å begrense omfanget av statistikk. I 2014 har vi derfor gjort noen vesentlige endringer i rapporten. Alle tabeller for helseforetakene og helseforetakenes bostedsområder er lagt på web (<http://helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/samdata>). Vi har tilrettelagt mer data – for flere år – på helseforetaksnivå enn tidligere, og håper og tror at bruk av web vil øke tilgjengeligheten til statistikken. I rapporten presenteres utviklingstrekkene på nasjonalt og regionalt nivå. Den foreliggende rapporten gir oversikt over utviklingen i pasientbehandling, kostnader, årsverk og ressursutnyttelse.

De pasientdata som brukes i rapporten er innsamlet og kvalitetskontrollert av Norsk Pasientregister (NPR) i Helsedirektoratet. Data for senger, døgn- og dagplasser, kostnader og finansiering er samlet inn av Statistisk sentralbyrå (SSB) og kvalitetssikret og tilrettelagt for SAMDATA sitt formål av Helsedirektoratet. Personelltall og befolkningstall er levert av SSB. Personelltall for poliklinikkene i det psykiske helsevernet og rusbehandling er innsamlet av Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet, september 2015

Bjørn Guldvog
Helsedirektør

Innledning

Formålet med denne rapporten er å gi svar på mange sentrale og grunnleggende helsepolitiske spørsmål om spesialisthelsetjenesten i Norge. Hvor mye av landets ressurser brukes på spesialisthelsetjenester? Er det noen deler av landet som bruker mer penger på spesialisthelsetjenester enn andre? Hvor mange har vært behandlet på sykehus de siste årene? Er det forskjeller i bruk av sykehus mellom regionene? I hovedsak kan vi si at rapporten fokuserer på to spørsmål;

- Hvilke endringer finner vi i spesialisthelsetjenesten siste år og i siste femårsperiode?
- Hvilke forskjeller er det mellom regionene?

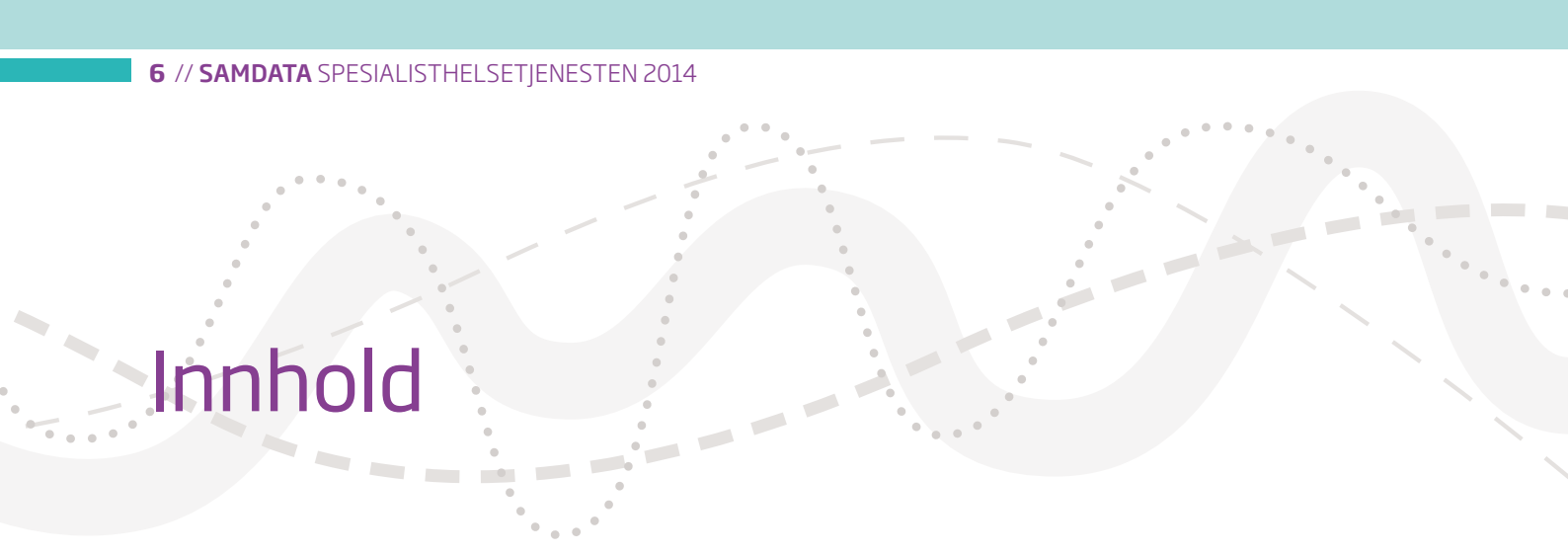
Disse spørsmålene er stilt for hvert av de områdene og sektorene som analyseres. Størst forståelse for omfanget og kompleksiteten i spesialisthelsetjenesten får vi imidlertid om vi setter sammen kunnskapen som kommer frem i de ulike kapitlene og ser forskjeller og endringer i kostnader og personell i sammenheng med forskjeller og endringer i aktiviteten.

I oppsummeringen ser vi også nærmere på noen av de målene som Helse- og omsorgsdepartementet har satt for styringen av de regionale helseforetakene. I hvilken grad har regionene lyktes med å prioritere psykisk helsevern og rusbehandling framfor somatiske sykehus? Har regionene innfridd målet om oppbygging av 200 nye døgnplasser innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling? Hvordan påvirker veksten i befolkningen mellom 67 og 79 år bruken av spesialisthelsetjenester?

Årets rapport har en noe annen form enn tidligere. Rapporten har to deler. I første del av rapporten (kapittel 1-6) gis det en oppsummering av de viktigste resultatene på nasjonalt og regionalt nivå.

I andre del av rapporten settes fokus på hver av sektorene. Det er to kapitler om somatiske sykehus, hvorav ett tar utgangspunkt i helseforetakene og aktiviteten i disse, mens det andre tar utgangspunkt i bostedsområdene og befolkningens bruk av sykehus. Rapporten inneholder også kapitler om psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling, samt habilitering og rehabilitering.

Tall for helseforetakene er tilgjengelig på <https://helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/samdata>.



Innhold

Forord	3
Innledning	5
DEL I Spesialisthelsetjenesten - nasjonale og regionale utviklingstrekk	9
1. Nøkkeltall og oppsummering	10
1.1 Aktivitetsutviklingen	10
1.2 Kostnadsutviklingen	15
1.3 Personell	16
1.4 Ressursutnyttelse	17
1.5 Prioritering av pasienter innen psykisk helse og rus?	18
2. Bruk av spesialisthelsetjenester fra 2010-2014 - alle sektorer	25
2.1 Innledning	25
2.2 Hovedtrekk i bruk av spesialisthelsetjenester 2010-2014	26
2.3 Regionale utviklingstrekk i spesialisthelsetjenesten 2010-2014	30
3. Kostnader i spesialisthelsetjenesten	44
3.1 Innledning	44
3.2 Datagrunnlag og definisjoner	45
3.3 Nasjonale utviklingstrekk i perioden 2010 - 2014	47
3.4 Finansiering av spesialisthelsetjenesten	51
3.5 Regionale utviklingstrekk i perioden 2010 - 2014	51
3.6 Regionale forskjeller og utvikling i behandlingskostnader	57
3.7 Nasjonal utvikling i perioden 2004 - 2014	60
4. Produktivitetsutviklingen 2010 - 2014	63
4.1 Innledning	63
4.2 Somatiske spesialisthelsetjenester	65
4.3 Psykisk helsevern for barn og unge	70
4.4 Psykisk helsevern for voksne	73
4.5 Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	78
4.6 Datagrunnlag og definisjoner	81
5. Helseforetakenes økonomiske situasjon	84
5.1 Regnskapsmessig resultat	84
5.2 Investeringer i varige driftsmidler	85
5.3 Eiendeler og gjeld	87
5.4 Datagrunnlag og definisjoner	90

6. Legemiddelkostnader i RHF	91
6.1 Innledning	91
6.2 Data, definisjoner og fortolkninger	92
6.3 Nasjonal utvikling i legemiddelkostnader	93
6.4 Regional utvikling	94
6.5 H-reseptløsningen	97
6.6 Legemiddelassistert rehabilitering (LAR)	98
DEL II Sektorvis statistikk for somatikk, psykisk helsevern, TSB og rehabilitering	101
7. Aktivitet og ressursutnyttelse i somatiske sykehus	102
7.1 Innledning	103
7.2 Økt aktivitet og flere pasienter på poliklinikkene	103
7.3 Indeks for pasientsammensetning	104
7.4 Gjennomstrømning av pasienter i spesialisthelsetjenesten	105
7.5 Reduserte liggetider	106
7.6 Økt antall opphold og liggedager for langtidsliggere i 2014	109
7.7 Stabilt nivå av dagkirurgi	110
7.8 Omlag 100 000 reinnleggelser for øyeblikkelig hjelp innen 30 dager	112
7.9 Datagrunnlag og metode	114
8. Behandling i somatiske sykehus	116
8.1 Innledning	117
8.2 Pasienter, døgntilrettelagt og poliklinikk	117
8.3 Planlagt behandling og øyeblikkelig hjelp innen kirurgi og medisin	121
8.4 Ikke-smittsomme sykdommer	123
8.5 Pasientstrømmer	126
8.6 Datagrunnlag og metode	128
9. Psykisk helsevern	131
9.1 Personellinnsats – psykisk helsevern	132
9.2 Døgnplasser i det psykiske helsevernet	136
9.3 Pasienter og bruk av tjenester	138
9.4 Data og definisjoner	146
10. Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	149
10.1 Døgnplasser	149
10.2 Personell	151
10.3 Aktiviteten ved virksomhetene	154
10.4 Ressursutnyttelse	159
10.5 Befolkningens bruk av tjenestene	160
10.6 Datagrunnlag og definisjoner	163
10.7 Regionale hovedtrekk	165
11. Habilitering og rehabilitering	169
11.1 Habilitering	169
11.2 Rehabilitering	173
11.3 Datagrunnlag og metode	178

DEL I

SPESIALISTHELSETJENESTEN - NASJONALE OG REGIONALE UTVIKLINGSTREKK



1. Nøkkeltall og oppsummering

2014 var preget av vekst i spesialisthelsetjenesten. Nesten 2,5 millioner pasienter hadde en eller flere kontakter med spesialisthelsetjenesten. Det var om lag 105 000 årsverk som stod for pasientbehandlingen og de samlede driftskostnadene i spesialisthelsetjenesten var om lag 128 mrd. Sammenlignet med året før, økte det samlede antallet pasienter med 1,5 prosent, antallet årsverk med 2,6 prosent og driftskostnadene med 3,4 prosent.

Siste fem år økte antallet unike pasienter med 4,6 prosent, antallet årsverk med 7,1 prosent og driftskostnadene med 5,3 prosent.

1.1 AKTIVITETSUTVIKLINGEN

Spesialisthelsetjenesten preges av en kontinuerlig vekst i den polikliniske aktiviteten de siste fem år. Dette gjelder både somatiske fagområder, psykisk helsevern for voksne (PHV-V), psykisk helsevern for barn og unge (PHV-BU) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). I alle sektorer er det noe nedgang i døgnaktiviteten ved at antallet oppholds-døgn/liggedøgn går ned. På somatiske sykehus har veksten i døgnopphold vært noe lavere enn befolkningstilveksten, og i psykisk helsevern for voksne har nivået av døgnbehandling per innbygger vært stabilt siden 2006.

2014 kjennetegnes av en økning i antall pasienter i både somatiske sykehus, det psykiske helsevernet for voksne og TSB. For PHV-BU er pasientraten uendret siste to år.

Det er fortsatt visse forskjeller mellom helse-regionene i bruken av spesialisthelsetjenester. Forskjellene mellom regionene er størst for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), men utviklingen av innleggelser til rusbehandling viser en reduksjon i regionale forskjeller gjennom perioden 2008 til 2014.

Somatiske sykehus

Antall pasienter per innbygger som ble behandlet i spesialisthelsetjenesten var relativt stabilt fra 2010 og fram mot 2013, men økte markant fra 2013 til 2014. Veksten siste år skyldes i hovedsak en vekst i polikliniske pasienter. Antall døgnpasienter per innbygger går ned i alle helseregionene.

Flere pasienter på poliklinikkene gir også en økning i raten for polikliniske konsultasjoner. Vi ser også noe nedgang i raten for døgnopphold. Trenden med økt bruk av polikliniske tjenester var lik i alle helse-regionene.

Fra 2012 til 2014 har endringen i døgnbehandling per innbygger vært knyttet til nedgang i opphold for øyeblikkelig hjelp. Nedgangen gjelder både medisinsk og kirurgisk behandling, og er særlig tydelig for aldersgruppen 67-79 år som hadde en nedgang fra 192 til 179 døgnopphold for øyeblikkelig medisinsk behandling i perioden. De eldste pasientene (80 år og over) hadde også noe nedgang i opphold for øyeblikkelig hjelp fra 2012 til 2014. I kapittel 8 beskrives utviklingen i befolkningens bruk av somatiske sykehus nærmere, både for befolkningen totalt og for de eldste aldersgruppene.

På nasjonalt nivå, var nivået av reinnleggelser stabilt fra 2012 til 2014. Nivået av reinnleggelser hadde også samme nivå i 2010, men var noe lavere i 2011. Knappe 9 prosent av alle dag- og døgnopphold – om lag 100 000 sykehusopphold – var en reinnleggelse for øyeblikkelig hjelp av en pasient som hadde vært utskrevet fra sykehus inntil 30 dager tidligere.

1 Avtalte årsverk eksklusive lange fravær.

2 Når NPR aggregerer sum pasienter på tvers av institusjoner og sektorer (SOM, PHV, TSB og private avtalespesialister) vil mangel på personidentifiserbar informasjon kunne medføre at en pasient telles flere ganger. I 2010 manglet det slik informasjon for 31,5 prosent av pasientene hos private avtalespesialister i somatisk virksomhet, mens andelen falt til 5,7 prosent i 2014. Dette kan bidra til å underestimere veksten i pasienter i perioden. Samtidig er pasienttallene fra de private avtalespesialistene noe underestimert fordi innrapporteringer av data ikke er helt komplette i perioden.

54 prosent av reinnleggelsene gjaldt pasienter under 67 år. I slutten av kapittel 7 framstilles utviklingen i reinnleggelser innen 7, 14 og 30 dager, samtidig som det gis en beskrivelse av reinnleggelser-oppholdene med hensyn til kjønn, alder og pasientens hoveddiagnose.

Aldersutviklingen i befolkningen og i somatisk spesialisthelsetjeneste

Fra 2010 til 2014 har det vært relativt store demografiske endringer, både i befolkningen og på somatiske sykehus. I denne perioden økte innbyggertallet i aldersgruppen 67-79 år (yngre eldre) med 21 prosent, og antallet pasienter i samme aldersgruppe med 23 prosent. I kapittel 8 i denne rapporten viser vi at bruk av sykehustjenester for innbyggere i alderen 67-79 år har utviklet seg i samme retning som for andre aldersgrupper med noe nedgang i antall døgnopphold per innbygger og økt bruk av polikliniske konsultasjoner. Aktiviteten på sykehus per innbygger i alderen 67-79 år har økt i perioden fra 2010 til 2014.

Aldersgruppen mellom 67-79 år sin *andel av ressursene* på somatiske sykehus har likevel økt noe mindre enn aldersgruppens *andel av pasientene*. For pasienter i alderen 67-79 år var forholdet mellom andel av ressurser og andel av pasienter 1,76 i 2010 og 1,64 i 2014³. Endringen gjelder for både menn (fra 1,94 til 1,80) og kvinner (fra 1,59 til 1,50). For kvinner er *andelen* pasienter i aldersgruppen 67-79 år lavere enn for menn, fordi yngre kvinner har kontakt med spesialisthelsetjenesten i forbindelse med fødsler.

For aldersgruppen 80 år og over har innbyggertallet vært uendret i femårsperioden. Antallet pasienter i denne aldersgruppen har likevel økt med 3 prosent og indikerer økt aktivitet og tilgjengelighet til somatiske spesialisthelsetjenester. I motsetning til andre aldersgrupper – som har hatt nedgang i antall døgnopphold per innbygger – har døgnbehandling per 1000 innbyggere vært stabil for denne aldersgruppen, og raten for polikliniske konsultasjoner har økt. Også for denne aldersgruppen har imidlertid *andelen av ressursene* økt noe mindre enn aldersgruppens *andel av pasientene*. For pasienter 80 år

og eldre var forholdet mellom andel av ressurser og andel av pasienter 2,01 i 2010 og 1,90 i 2014. Endringen gjelder for både menn (fra 2,21 til 2,11) og kvinner (fra 1,89 til 1,77).

Kreft, hjerte/kar-lidelser, KOLS, diabetes og pasienter med sykkelig overvekt

Ikke-smittsomme sykdommer som kreft, hjerte/kar-lidelser, KOLS og diabetes er en økende utfordring for den globale folkehelsen. Utviklingen i sykehusbruk for disse pasientgruppene har vært noe ulik de siste fem årene. Antall kreftpasienter i sykehus har økt mer enn befolkningen i siste femårsperiode, mens for de andre ikke-smittsomme sykdommene økte antall sykehuspasienter i takt med befolkningsutviklingen.

Antallet brystkreftpasienter per innbygger øker siste fem år, mens for prostatakreft har det vært en svak reduksjon. For hjerte/kar-pasienter var det i samme periode en vekst i raten for pasienter med hjertesyktmeforstyrrelse, mens raten ble redusert for pasienter med iskemisk hjertesykdom (lokal blodmangel) og blodtrykkslidelse.

Aktivitetsveksten for kreftpasienter kan særlig knyttes til kjemoterapi og andre polikliniske konsultasjoner. Bruken av døgnopphold ble først redusert, men har deretter økt noe de siste par årene. Omfanget av stråleterapi-konsultasjoner per innbygger har vært ganske stabilt de siste fem årene.

Det er et økende nivå av pasienter hvis hovedårsak til sykehuskontakt er fedme og overvekt. Antallet fedme-pasienter per innbygger har hatt en jevn vekst de siste 5 årene. Veksten er størst for polikliniske konsultasjoner, men det har også vært en vekst i døgnopphold per innbygger.

Pasienter med ikke-smittsomme sykdommer kan også være i kontakt med sykehuset for andre tilstander enn den spesifikke sykdommen, f. eks. ved følgetilstander og komplikasjoner. Behandling knyttet til kreft står for omtrent 13 prosent av aktiviteten på somatiske sykehus⁴, mens kreftpasientenes samlede bruk av sykehus – uavhengig av årsak – omfatter 20 prosent av all behandling. Opphold og konsultasjoner med hjerte/kar-sykdom

3 Ettersom både ressurser (DRG-poeng) og antall pasienter har økt i perioden, har sumtallene blitt satt lik 100 i alle årene for å kunne sammenligne relative andeler av ressurser og pasienter for ulike aldersgrupper.

4 Aktivitet målt som andel av DRG-poeng.

står for 9 prosent av aktiviteten, mens den samlede behandlingen av disse pasientene omfatter 17-18 prosent.

Omfanget av *reinnleggelser* har de siste fem årene vært rimelig stabilt for kreft-, hjerte/kar- og KOLS-pasienter. Av disse tre pasientgruppene er det KOLS som har høyest andel reinnleggelser med nær 25 prosent, og hjerte/kar-pasienter lavest med drøyt 10 prosent. For kreftpasienter er andelen om lag 17 prosent.

Vekst i DRG-poeng

For pasientbehandling som omfattes av innsatsstyrt finansiering (ISF), la Statsbudsjettet i 2014 til rette for en vekst på om lag 1,6 prosent. Økt pasientbehandling i kommunene som følge av opprettelse av nye døgntilbud kom til fradrag fra dette. Effekten av det nye tilbudet ble vurdert å være - 0,8 prosent for pasientbehandling som delfinansieres gjennom ISF (Innsatsstyrt finansiering). Pasientbehandling tilknyttet ISF økte med 2,4 prosent i 2014 – målt i DRG-poeng⁵. Veksten var sterkere for aktivitet som ikke inngikk i grunnlaget for kommunal medfinansiering enn for aktivitet som inngikk der.

Det samlede datagrunnlaget for Samdata (Norges-fila) er noe mer omfattende enn for ISF, og inkluderer flere kontakter på poliklinikkene. Den ukorrigerede veksten i DRG-poeng for Norges-fila var også 2,4 prosent. Korrigert for systemendringer og effekt av nye kostnadsvekter var veksten i DRG-poeng totalt 2,2 prosent fra 2013 til 2014⁶, og 6,5 prosent fra 2010 til 2014.

Flere kontakter per pasient og økt gjennomstrømning av pasienter

Noe av økningen i polikliniske konsultasjoner var knyttet til økt antall kontakter per pasient. På nasjonalt nivå var det 3,21 polikliniske kontakter per pasient i 2010 og 3,33 kontakter per pasient i 2014. Andelen nye polikliniske pasienter på foretakene, d.v.s. pasienter som ikke var pasient ved samme

helseforetak foregående år, falt fra 43,2 prosent i 2010 til 41,8 prosent i 2014.

Fra 2010 til 2014 falt gjennomsnittlig liggetid for døgnopphold fra 4,7 til 4,3 dager. Omtrent halvdelen av nedgangen i liggedøgn i perioden kom i 2012 med ny forskrift for kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter. Siste år var det en nedgang på 0,1 døgn og endringen gjaldt både kirurgiske og ikke-kirurgiske opphold. Pasienter som ikke overføres til annet sykehus før og/eller etter sykehusoppholdet har i gjennomsnitt noe kortere liggetid enn pasienter som blir overført. Gjennomsnittlig liggetid korrigert for overføringer mellom sykehus viste tilsvarende nedgang i femårsperioden, men var stabil siste år.

Antall opphold med langtidsliggere økte noe siste år (2,2 prosent). Dette avviker fra tidligere trend med nedgang på nær 13 prosent fra 2010 til 2013. Antall langtidsliggedøgn utgjorde 10,9 prosent av alle liggedøgn i 2014.

Stabilt nivå av dagkirurgi

Fra 2013 til 2014 var det et stabilt nivå av dagkirurgi målt som andel av all kirurgi. Antallet dagkirurgiske behandlinger økte noe mer enn antallet kirurgiske behandlinger med 1 liggedøgn. De hoveddiagnosegruppene som har hatt vekst i kirurgisk behandling med 1 liggedøgn, har i all hovedsak også hatt vekst i dagkirurgisk behandling, og de områder som har hatt lav vekst i dagkirurgisk behandling har ikke hatt vekst i kirurgiske behandlinger med 1 liggedøgn. De pasientgruppene som er unntak fra dette – hvor det har vært vekst i kirurgisk behandling med 1 liggedøgn uten at vi finner tilsvarende vekst i dagkirurgisk behandling – gjelder pasientgrupper som vanligvis har mer enn 1 liggedøgn på sykehus (fedmekirurgi (DRG 288A-B), transurethrale operasjoner på prostata (DRG 310-311)). Våre analyser gir ikke empirisk støtte til påstanden om at økningen i kirurgi med en overnatting har kommet på bekostning av dagkirurgi.

Fra 2010 til 2014 har andelen dagkirurgi av all kirurgi variert mellom 46,5 prosent og 47,5 prosent. Andelen kirurgiske behandlinger med 1 liggedøgn har økt i samme periode fra 10,7 til 12,4 prosent av all kirurgi, mens andelen kirurgisk behandling med 2 eller flere liggedøgn har falt fra 42,1 til 40,7 prosent.

⁵ Lavere vekst enn budsjettet i 2013, noe reduksjon i kostnader til pasientadministrerte legemidler, nedjustering av enhetsprisen og nye midler for å dekke vridningseffekter mellom ISF og KMF (55 mill. kr) resulterte i at de samlede kostnadene til ISF ble omtrent som lagt til grunn i opprinnelig budsjett.

⁶ Dette er eksklusive private sykehus, Oslo legevakt, Bergen legevakt og Betanien Bergen. Om vi inkluderer disse enhetene var veksten i DRG-poeng 2,1 prosent siste år og 7,1 prosent fra 2010 til 2014.

Psykisk helsevern

Over lengre tid har det, både i tjenestene for unge og i tjenestene for voksne, vært en markert nedgang i ratene for oppholdsdøgn og døgnplasser. Siden 1998 er plassraten for voksne blitt nær halvert, og i tjenesten for barn og unge er nedgangen ni prosent. 63 institusjoner har ved utgangen av 2014 etablert et tilbud med brukerstyrte plasser.

Innen det psykiske helsevernet for barn og unge har det siden 1998 vært en betydelig økning i pasientraten (nær 150 prosent). De siste årene har imidlertid veksten i pasienter stoppet opp mens konsultasjonsraten vokser fremdeles.

Siden 1998 har det også vært en betydelig vekst i den polikliniske aktiviteten for voksne. Konsultasjonsraten har økt med 152 prosent. Etter avslutningen av opptrappingsplanen har imidlertid veksten i konsultasjonsraten avtatt.

Gjennom hele perioden har det vært en markert nedgang i antall oppholdsdøgn i det psykiske helsevernet for voksne. Døgnraten har blitt halvert. Med nedkorting av oppholdenes varighet var det fram til 2006 likevel en økning i utskrivningsraten. Veksten har senere avtatt, og fra 2012 til 2013 gikk utskrivningsraten ned. Siste år var det imidlertid igjen en svak økning. Utskrivningsraten i 2014 ligger på samme nivå som ved opptrappingsplanens avslutning.

I 2014 ble drøyt 57 000 pasienter behandlet i det psykiske helsevernet for barn og unge, eller 5,1 prosent av barne- og ungdomsbefolkningen. Tjenestene til voksne behandlet totalt ca. 178 000 pasienter, eller 4,4 prosent av befolkningen som var 18 år og eldre. For begge grupper ligger pasientraten på om lag samme nivå som i 2010.

Pasientsammensetning

I tjenestene til barn og unge utgjorde hyperkinetiske forstyrrelser (28 prosent), nevrotiske lidelser (24 prosent) og atferdsforstyrrelser (19 prosent) de største gruppene.

Omlag 30 500 pasienter har mottatt behandling i TSB i 2014. Dette utgjør tre prosents økning fra 2013. Dekningsraten er 75 pasienter per 10 000 voksne innbyggere i 2014.

På nasjonalt nivå har dekningsraten økt fra 2013 til 2014 og det er særlig det polikliniske tilbudet som øker. Over tid er økningen i polikliniske konsultasjoner delvis knyttet til endring i definisjoner av hva som er psykisk helsevern og TSB, men i løpet av siste år gjenspeiler veksten en reell økning i polikliniske konsultasjoner innen TSB. For perioden fra 2008-2013 kan omlag 30 prosent av økningen i antall konsultasjoner tilskrives sektorbytte for psykiatriske ungdomsteam og ruspoliklikker som per 2008 var regnskapsført som psykisk helsevern. I 2010 ble LAR integrert i HF-ene og dette har bidratt til tydeligere rapportering av denne virksomheten.

Utviklingen av innleggelser til rusbehandling viser en reduksjon i regionale forskjeller gjennom perioden 2008 til 2014

Det er små forskjeller mellom bostedsområdene når det gjelder pasientrater for døgnbehandling i TSB. Det er imidlertid betydelige forskjeller mellom områdene med hensyn på pasientrater ved det polikliniske behandlingstilbudet. Pasientene i døgnbehandling utgjør samlet sett om lag 30 prosent av pasienter i behandling i TSB, men det er betydelige forskjeller mellom regionene. I Helse Nord utgjør døgnpasientene halvparten av pasientene i behandling i TSB.

I alt 18 prosent av innleggelsene er øyeblikkelig hjelp-innleggelser ved HF eller private institusjoner og belegget ved døgnenhetene er på 87 prosent. I alt 54 prosent av utskrivningene fra TSB i HF-ene gjelder pasienter som gjeninnlegges innen et år. For private institusjoner med helhetlig TSB gjelder dette 48 prosent av utskrivningene.

Oppholdsdøgn

Døgntilbudet i TSB utføres både ved HF-ene og ved private avtaleinstitusjoner. I løpet av det siste året har volumet i døgnbehandlingen økt med tre prosent; fem prosents økning i HF-enes virksomhet og to prosent økning ved private institusjoner. I Helse Sør-Øst og Helse Vest er det en økning i oppholdsdøgnene både ved HF-ene og ved kjøp fra private i løpet av 2014. I Helse Midt-Norge og Helse Nord har det vært en reduksjon av oppholdsdøgn knyttet til kjøp av private i løpet av dette året. Volumet av oppholdsdøgn ved HF-ene i Helse

Midt-Norge og Helse Nord er lite endret i løpet av siste år.

I løpet av de siste fire årene har de aller fleste HF-ene etablert et eget døgntilbud innen TSB og samlet sett bidrar dette til en volumøkning på tre prosent når vi ser på antall oppholdsdøgn. Økningen gjelder Helse Vest og Helse Nord. For den private virksomheten innen TSB er nedgangen på tre prosent i løpet av de siste fire år og det er i Helse Midt-Norge og Helse Nord behandlingsvolumet fra private behandlingsenheter er redusert.

Varigheten av oppholdene

Døgnpasienter som skrives ut etter døgnbehandling ved HF-ene har hatt en median behandlingsvarighet på 12 dager, mens pasienter som skrives ut fra private institusjoner med TSB, har hatt en median behandlingsslengde på 14 dager. Ved de øvrige døgninstitusjonene er median behandlingsslengde på 58 dager i 2014.

Når det gjelder det offentlige behandlingstilbudet i regi av HF-ene ser vi store forskjeller i behandlingsvarighet mellom regionene. Regionenes kjøp fra private er også ulik. Mens Helse Sør-Øst i stor grad har korte behandlinger ved egne HF, kjøper regionen opphold av lengre varighet hos private. I Helse Vest og Helse Midt-Norge er det private institusjoner med TSB som i større grad besørger kortere behandlinger i døgntilbudet til regionens befolkning. Både Helse Vest og Helse Midt-Norge har i tillegg private avtaler hos de øvrige døgninstitusjonene som leverer lengre døgnopphold.

Habilitering og rehabilitering

I 2014 var det 18 674 pasienter ved habiliteringsavdelingene i spesialisthelsetjenesten. Dette er en økning på nesten to prosent fra året før. Veksten i pasienter var størst for voksenhabilitering med 3,4 prosent. For barn og unge var nivået av pasienter ganske stabilt, men det var noe nedgang i antallet dagbehandlinger og konsultasjoner. For barn og unge var det dermed noe færre konsultasjoner per pasient på habiliteringsavdelingene i 2014 enn i 2013. I 2014 var det i gjennomsnitt 4,5 konsultasjoner per pasient, en nedgang fra 4,8 året før.

I 2014 var det 32 498 pasienter som mottok rehabilitering ved sykehusene, en økning på 3,3

prosent fra året før. Veksten kom for alle typer rehabilitering, med unntak av primær vanlig døgnrehabilitering, der antall pasienter gikk ned med 13,6 prosent. Denne nedgangen følger en mangeårig trend. Antall pasienter som mottok rehabilitering i private rehabiliteringsinstitusjoner økte med 7,1 prosent fra 2013 til 2014.

Det er til dels store variasjoner mellom regionene i antallet pasienter som mottar både habiliterings- og rehabiliteringstjenester. Det er et gjennomgående lavere nivå av pasienter som mottar slik behandling i Helse Vest og Helse Nord. Dette gjelder både innen habilitering og rehabilitering, med unntak av sekundær døgnrehabilitering der disse regionene har flest pasienter i forhold til befolkningsgrunnlaget.

Mer informasjon om aktivitetsutviklingen i spesialisthelsetjenesten:

Aktivitetsutviklingen i spesialisthelsetjenesten er nærmere beskrevet i:

- Kapittel 2: Bruk av spesialisthelsetjenester – alle sektorer
- Kapittel 7: Aktivitet og ressursutnyttelse i somatiske sykehus
- Kapittel 8: Behandling i somatiske sykehus
- Kapittel 9: Psykisk helsevern
- Kapittel 10: TSB
- Kapittel 11: Habilitering og rehabilitering

1.2 KOSTNADSUTVIKLINGEN

I Statsbudsjettet for 2014 var det lagt inn en økning i kostnadene til spesialisthelsetjenesten på 2,3 prosent. I tilleggsproposisjonen ble det bevilget ytterligere 300 millioner til sykehusene. I dette lå det en forventning om at veksten i ressursbehovet ville være rundt 1,5 prosent som følge av den demografiske utviklingen. Veksten i befolkningen ble 1,1 prosent dette året, men aldersgruppen 67-79 år økte med nærmere fire prosent. Hver innbygger i aldersgruppen 67-79 bruker 4,5 ganger mer ressurser i somatisk spesialisthelsetjeneste enn innbyggere i aldersgruppen 16-49 år. Når aldersgruppen mellom 67-79 år vokser – gir det grunn til å forvente at bruken av somatiske spesialisthelsetjenester også øker.

Fra 2010 til 2014 var den samlede realveksten i driftskostnader til helseforetakene 5,3 prosent, hvorav 3,4 prosent var vekst siste år. Det var større vekst i spesialisthelsetjenesten i 2014 enn øvrige år i femårsperioden.

Befolkningsveksten fra 2010 til 2014 var på 5 prosent, og ressursinnsatsen per innbygger var dermed stabilt i perioden. Somatiske spesialisthelsetjenester, tverrfaglig spesialisert rusbehandling og psykisk helsevern for barn og unge hadde vekst i kostnad per innbygger i femårsperioden, mens kostnader til psykisk helsevern for voksne gikk ned.

De siste ti årene (fra 2004 til 2014) har det vært en realvekst i kostnad per innbygger til spesialisthelsetjenesten på omtrent 3 prosent. Kostnadene per innbygger til somatisk spesialisthelsetjeneste gikk ned i perioden, men økte for tverrfaglig spesialisert rusbehandling og psykisk helsevern. Dette er i tråd med uttalt opptrappingsplan som gjaldt for deler av perioden. Etter opptrappingsplanens slutt har veksten avtatt og gått tilbake for psykisk helsevern for voksne.

Kostnadsutviklingen siste år, siste fem år og siste 10 år er nærmere beskrevet i kapittel 3.

Helseforetakenes økonomiske situasjon

I 2014 hadde foretaksgruppen⁷ i de regionale helseforetakene et positivt økonomisk resultat for sjette år på rad. Resultatet på nær 2,8 mrd kroner, målt mot eiers styringskrav, representerer det beste resultatet etter foretaksreformen i 2002 og utgjør 2,2 prosent av inntektene. Det er tredje år på rad at hver av de regionale helseforetakene oppnår et positivt økonomisk resultat.

Det har de siste tre årene vært et økende investeringsnivå i spesialisthelsetjenesten, fra om lag 5,2 mrd kroner i 2011 til nær 11 mrd kroner i 2014. Dette skyldes blant annet større byggeprosjekter i Helse Sør-Øst og Helse Nord, og har medført en vekst i balanseførte verdier for varige driftsmidler. Investeringsveksten er i hovedsak finansiert med regionenes egne midler. Det er de siste årene en

svak indikasjon på sterkere investeringsvekst i medisinsk-teknisk utstyr.

Levealderjustering ble innført for offentlige tjenestepensjonsordninger i 2014, med det resultat at pensjonskostnadene, i tråd med etablerte regnskapsregler, ble kraftig redusert dette året. På bakgrunn av denne endringen ble eiers styringskrav endret fra balanse til et positivt økonomisk resultat på 10,1 mrd kroner for å bidra til å styrke de regionale helseforetakenes regnskapsførte egenkapital. Denne endringen har medført en markert nedgang i gjeldsgraden (gjeld/egenkapital) siste år.

Helseforetakenes økonomiske situasjon er nærmere beskrevet i kapittel 5.

Kostnadsutviklingen for legemidler

Fra 2007 til 2014 økte kostnadene til legemidler med 54 prosent (1,9 mrd). Om vi korrigerer for endringen i ansvar knyttet til H-reseptløsningen var realveksten 1,3 mrd kr, hvorav 0,6 mrd kr var knyttet til økning i kostnader til H-resept og 0,7 mrd kr gjaldt i kostnader for legemidler i sykehus.

Kostnadene per døgndose for legemidler brukt i sykehus økte fra 2007 til 2014, mens kostnad per døgndose for legemidler i H-reseptløsningen gikk ned.

Legemiddelkostnadene økte sterkere i 2014 enn tidligere i perioden. Justert for nye kreftlegemidler i H-reseptløsningen var kostnadsveksten på 10 prosent siste år, og 20 prosent for H-reseptene og 6 prosent i sykehusene.

Bak den nasjonale kostnadsveksten på 54 prosent i sjuårsperioden var det regionale variasjoner, fra 30 prosent kostnadsøkning i Helse Nord til drøyt 60 prosent i Helse Vest og Helse Midt-Norge. Helse Sør-Øst hadde en kostnadsvekst i tråd med landsgjennomsnittet.

Fra 2010 til 2014 gikk kostnadene til LAR ned med ni prosent, og utgjorde 153 mill kr i 2014. Antall døgndoser økte med 4,5 prosent. Ressursinnsatsen til LAR varierte mellom regionene. I 2014 var kostnad per innbygger i Helse Midt-Norge, og antall døgndoser, omtrent 50 prosent under landsgjennomsnittet.

⁷ Foretaksgruppen omfatter alle helseforetak i de regionale helseforetakene, inkludert morselskapet (RHF-et).

I Helse Vest var kostnad per innbygger 11 prosent over gjennomsnittet, og antall døgnososer var 22 prosent over.

Kostnadsutviklingen for legemidler er nærmere beskrevet i kapittel 6.

1.3 PERSONELL

Somatiske sykehus

Fra 2013 til 2014 var det en vekst på 2 119 årsverk. Dette tilsvarer en økning på tre prosent, og innebærer at årsverkene økte – selv når vi korrigerer for befolkningsveksten. Siden 2010 har veksten vært på 5 177 årsverk, noe som tilsvarer 7,7 prosent.

Både fra 2013 til 2014 og den siste femårsperioden har veksten i årsverk vært størst for leger og sykepleiere. Dette betyr at personellressursene er styrket både i antall og gjennom økt kompetanse de siste fem årene. Fra 2013 til 2014 økte antall leger og sykepleiere med henholdsvis 3,5 og 3,3 prosent. Annet helsepersonell hadde en vekst på 2,3 prosent, mens annet personell økte med 2,8 prosent. I løpet av femårsperioden har veksten i antall legeårsverk vært 14,6 prosent. Antall sykepleiere økte med 8,8 prosent.

Personellutviklingen ved somatiske sykehus er ikke nærmere beskrevet i årets rapport, men tall for både helseforetak, regioner og bostedsområder er tilgjengelig på <https://helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/samdata>.

Psykisk helsevern

Under opptrappingsplanen for psykisk helse var det en betydelig vekst i personellinnsatsen i det psykiske helsevernet. Veksten var særlig sterk i det psykiske helsevernet for barn og unge. Innen det psykiske helsevernet for voksne stoppet veksten opp fra 2006, mens for barn og unge fortsatte veksten fram til 2008. Etter dette har personellraten for tjenester til barn og unge flatet ut, mens raten for årsverk i det psykiske helsevernet for voksne har gått ned. Siste år har det vært et stabilt nivå av årsverk per innbygger for barn og unge samt voksne.

Siden 1998 har det vært en markert dreining av personellinnsatsen fra døgnavdelinger til poliklinisk og ambulant behandling. Det har også vært en kompetanseøkning i sektoren med større innslag av leger, psykologer og høyskoleutdannet personell.

TSB

Personelldekningen er på 100 årsverk per 100 000 voksne innbyggere. Dette tilsvarer fire prosent økning i personelldekningen og økningen er knyttet til både helsefaglig- og sosialfaglig personell. Årsverk med høyskole eller universitetsutdanning har også økt i perioden og viser en økende kompetanseheving blant personellet. Andel årsverk med høyskole eller universitetsutdanning har økt fra 65 til 70 prosent i perioden fra 2010 til 2014. Innen det offentlige tilbudet er tre fjerdedeler av årsverkene høyskole- eller universitetsutdannet, mens 63 prosent ved de private institusjonene har høyskole eller universitetsutdanning innen helse og sosialfag. Det er små endringer i personellsammensetningen fra 2013 til 2014.

En fjerdedel av personellressursene arbeider innen poliklinisk virksomhet. Polikliniske årsverk har økt med 10 prosent fra 2013 til 2014.

1.4 RESSURSNYTTTELSE

Somatiske sykehus

Fra 2010 til 2014 økte produktiviteten i somatisk spesialisthelsetjeneste med 2,3 prosent. Bak denne utviklingen ligger en aktivitetsvekst på 6,5 prosent og en vekst i kostnader til pasientbehandling på 4,1 prosent. Siste år i perioden var det derimot en produktivtetsnedgang på 1,2 prosent. Pensjonskostnadene har økt mer enn de øvrige driftskostnadene i perioden, og dersom pensjonskostnadene holdes utenfor, økte produktiviteten med 3,9 prosent i perioden 2010 til 2014.

Produktivtetsforbedringen på 2,3 prosent i femårsperioden kom sammen med en betydelig nedgang i liggetid, liggedøgn og økt poliklinisk aktivitet. Kostnadene til innlagt pasientbehandling økte med 1,2 prosent, mot en kostnadsvekst på 4,1 prosent når poliklinikkene inkluderes.

Produktivitetsutviklingen i somatisk sektor varierte mellom regionene. I Helse Midt-Norge økte produktiviteten med 5,6 prosent i fireårsperioden, mens den gikk ned med 1,1 prosent i Helse Nord. Utviklingen i behandlingsprofil varierte også mellom regionene. Helse Midt-Norge hadde sterkest vekst i poliklinisk aktivitet. Helse Vest hadde svakest reduksjon i liggedøgn.

Psykisk helsevern og TSB

Kostnader til pasientbehandling i det psykiske helsevernet for voksne reduseres i perioden 2010 til 2014 samtidig som det har vært en økning i antall behandlede pasienter på nærmere 10 prosent. Denne veksten gjelder først og fremst poliklinikkene og har vært mulig både ved omfordeling av ressurser fra døgnavdelingene og på grunn av en økning i personellproduktiviteten i poliklinikkene. Reduksjonen i døgnaktiviteten er knyttet til redusert varighet av døgnbehandlingen, og dette gjelder alle regioner. Kostnad per opphold ble redusert 8,9 prosent i perioden, mens kostnad per polikliniske pasient økte 3,8 prosent. Samtidig økte antall konsultasjoner per polikliniske pasient og personelltettheten i døgnavdelingene. Økningen i kostnad per polikliniske pasient og nedgangen i kostnad per utskrivning er spesielt tydelig for Helse Midt-Norge. I gjennomsnitt kostet et døgnopphold i det psykiske helsevernet for voksne 239 000 kroner i 2014, mens kostnad per polikliniske pasient er beregnet til 30 100 kroner.

Det psykiske helsevernet for barn og unge har en sterk poliklinisk profil som tydeliggjøres ytterligere siste femårsperiode. Også i poliklinikker for barn og unge har personellproduktiviteten, målt ved konsultasjoner per behandler, økt i perioden. Effekten av produktivetsforbedringen er benyttet til å øke antall konsultasjoner per pasient, og kostnadsveksten i perioden har derfor vært sterkere enn veksten i antall behandlede pasienter. Gjennomsnittlig kostnad per polikliniske pasient er for 2014 beregnet til 47 100 kroner, en økning på 4,9 prosent fra 2013. Økningen var størst i Helse Sør-Øst, som hadde en reduksjon i konsultasjoner per fagårsverk siste år.

Helseforetakenes kostnader til TSB har økt betydelig i perioden 2010 – 2014. Økningen har delvis blitt benyttet til økt kompetanse, styrket beredskap og

økt personelltetthet i tjenestene, men det har også vært nyetableringer og aktivitetsvekst både i poliklinikkene og i døgnavdelingene. Som for psykisk helsevern er personellproduktiviteten i poliklinikkene økende. Målt ved kostnad per opphold er det betydelige forskjell mellom regionenes kostnadsnivå for 2014. Dette må forstås i lys av regionenes arbeidsdeling mot private da HF-enes tilbud i ulik grad suppleres med akutt- og langtidsbehandling hos private aktører. For de offentlige HF-ene kostnadsberegnes et døgnopphold i TSB til 214 500 kroner for 2014. Gjennomsnittlig døgnkostnad tilsvarer om lag 90 prosent av kostnaden som er beregnet for DPS-ene i det psykiske helsevernet for voksne dette året.

Produktivitetsutviklingen på nasjonalt og regionalt nivå er nærmere beskrevet i kapittel 4. Utviklingstall for helseforetakene er tilgjengelig på <https://helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/samdata..>

1.5 PRIORITERING AV PASIENTER INNEN PSYKISK HELSE OG RUS?

I styringsdokumentene fra Helse- og omsorgsdepartementet til de regionale helseforetakene fremgår det som et mål for 2014 at det - på regionalt nivå - skulle være større vekst innen psykisk helsevern og rusbehandling enn for somatiske sykehus. Det ble lagt til grunn at veksten innen psykisk helsevern skulle komme ved DPS-ene og innen psykisk helsevern for barn og unge.

I 2014 var den prosentvise *kostnadsveksten* til somatiske sykehus høyere (4,2 prosent) enn til psykisk helsevern (0,7 prosent). Dette gjaldt alle regionene. Innen psykisk helsevern var det sterkere vekst i kostnader til DPS-ene (1,4 prosent) enn til sykehusene (-0,2 prosent). Realveksten i kostnader til TSB siste år var 5,2 prosent.

Fra 2013 til 2014 var det også noe sterkere vekst i årsverk på somatiske sykehus enn i psykisk helsevern. Årsverkene økte med 3 prosent ved somatiske sykehus, 1,2 prosent i psykisk helsevern og 5,5

prosent i TSB⁸. Alle de fire regionene hadde sterkere vekst i årsverk på somatiske sykehus enn innen psykisk helsevern.

Den prosentvise veksten i *aktivitet* var likevel sterkere i psykisk helsevern for voksne enn ved somatiske sykehus. Antall døgnopphold økte med 0,4 prosent i somatiske sykehus, 2,5 prosent i psykisk helsevern for voksne og 5,1 prosent for innleggelser i TSB. Polikliniske konsultasjoner økte ved både somatiske sykehus og i psykisk helsevern for voksne, men veksten var sterkere i psykisk helsevern for voksne (5,1 prosent mot 3,5 ved somatiske sykehus). Innen psykisk helsevern for barn og unge var det også vekst i konsultasjonene på 2,8 prosent. Størst prosentvis vekst var det innen TSB, hvor innleggelser og polikliniske konsultasjoner økte med hhv 5,1 og 7,3 prosent per innbygger 18 år og eldre.

Aktivitetsutviklingen viser noen regionale variasjoner, men tre av regionene (Helse Sør-Øst, Helse Vest og Helse Midt-Norge) hadde sterkere vekst i både døgntilrettelagt og polikliniske konsultasjoner i det psykiske helsevernet for voksne enn på somatiske sykehus. Unntaket var Helse Nord som hadde lavere vekst i både døgntilrettelagt og polikliniske konsultasjoner innen PHV-V enn tilsvarende for somatikk. Alle regioner hadde sterkere prosentvis vekst i TSB enn for somatiske sykehus.

I kapittel 2 og 3 (nærmere beskrivelser av hhv aktivitet- og kostnadsutviklingen) viser vi omfanget av somatisk sektor – sammenlignet med psykisk helsevern og TSB. Somatisk sektor står for 92 prosent av døgnoppholdene, 90 prosent av pasientene, 71 prosent av kostnadene og 70 prosent av konsultasjonene, samt 67 prosent av oppholds-døgnene i spesialisthelsetjenesten. Andelen av både kostnader og årsverk til somatisk sektor økte med rundt 0,5 prosentpoeng de siste fem årene,

Nye døgnplasser i TSB

For TSB ble det understreket i Statsbudsjettet at de regionale helseforetakene skulle kjøpe mer behandlingsskapasitet fra ideelle virksomheter. Det var satt et mål om å øke antallet plasser med om

lag 200 totalt i de fire helseregionene. I oppdragsdokumentene fra Helse – og omsorgsdepartementet til de regionale helseforetakene er måltallene for døgnplassøkningen fordelt på 110 plasser i Helse Sør-Øst, 40 plasser i Helse Vest og 25 plasser i både Helse Midt-Norge og Helse Nord.

Samlet sett økte antallet døgnplasser med 194 plasser i 2014. Av disse er 156 plasser knyttet til økt volum i avtaler som er inngått med private institusjoner, og 38 plasser er knyttet til utvidelse av behandlingstilbud ved HF-ene.

Den samlede økningen i antall døgnplasser i Helse Sør-Øst var på 119 plasser og regionen innfridde dermed omtrent måltallet på 110 nye plasser ved private institusjoner. I Helse Vest ble det opprettet 21 nye private avtaleplasser, og nådde ikke målet om 40 nye plasser ved utgangen av 2014. I Helse Midt-Norge ble det ikke utført endringer i døgnplasskapasiteten. Helse Nord har gjort avtaler om 25 nye døgnplasser i tråd med måltallet for regionen, men her er avtalene med de private basert på en intensjon om bruk i motsetning til de øvrige regionene hvor avtalene med de private i all hovedsak utgjør en reell kapasitet som øremerkes døgntilrettelagt for regionens pasienter.

8 Tall for kostnader og årsverk er ikke korrigert for befolkningsveksten.

Tabell 1.1 Nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten 2010-2014.

Nøkkeltall:	2010	2011	2012	2013	2014	Pst endr. 2013-14	Pst endr. 2010-14
Sum unike pasienter inkl. avtalespes. ¹	2 369 832	2 452 899	2 520 022	2 441 138	2 478 558	1,5	4,6
Aktivitet somatiske sykehus							
Pasienter totalt ^{2,3}	1 738 588	1 776 430	1 796 006	1 814 476	1 857 805	2,4	6,9
Pasienter – innlagte ^{2,3}	581 298	590 628	594 476	591 928	593 487	0,3	2,1
Pasienter – poliklinikk ^{2,3}	1 577 742	1 607 251	1 629 606	1 652 251	1 699 979	2,9	7,7
Døgnopphold ³	788 298	795 319	806 936	806 652	810 075	0,4	2,8
Innleggelser 0 lgd (ikke-kir.) ³	157 963	148 388	145 696	140 914	140 565	-0,2	-11,0
Dagbehandling kir. ³	209 743	208 719	209 658	207 778	211 244	1,7	0,7
Polikl. kons. totalt ^{3,4}	4 964 374	5 100 745	5 263 716	5 363 217	5 553 384	3,5	11,9
-herav stråleterapi	184 405	188 668	192 386	193 063	193 788	0,4	5,1
-herav kjemoterapi	102 201	101 020	116 774	122 517	127 806	4,3	25,1
-herav dialyse	142 098	143 890	150 973	154 352	162 614	5,4	14,4
ISF avtalespesialister	1 813	1 961	1 543	1 454	819	-43,7	-54,8
Konsultasj. priv. avtalespes. ⁵	-	1 889 489	1 905 436	2 018 649	2 056 069	1,9	-
Sum DRG-poeng ⁶	1 305 498	1 331 881	1 362 181	1 369 644	1 397 956	2,1	7,1
Liggedøgn (sum) ⁷	3 852 117	3 815 058	3 675 396	3 606 700	3 577 784	-0,8	-7,1
Gj.sn. liggetid døgnopphold ⁷	4,88	4,79	4,54	4,46	4,40	-	-
Aktivitet psykisk helsevern							
PHV-V Polikl. konsultasjoner	1 191 836	1 239 625	1 281 826	1 357 317	1 425 917	5,1	19,6
PHV-V Polikl. kons. priv. avtalespes. ⁸	665 272	652 911	657 237	640 236	639 637	-0,1	-3,9
PHV-V Utskrivninger	52 201	52 835	53 517	52 290	53 613	2,5	2,7
PHV-V Oppholdsdøgn	1 328 042	1 288 550	1 221 998	1 143 279	1 118 007	-2,2	-15,8
PHV-V Pasienter off. inst.	120 296	123 118	125 910	128 001	132 226	3,3	9,9
PHV-V Pas. priv. avtalespes.	44 805	47 044	48 499	48 173	52 288	8,5	16,7
PHV-V Pas. totalt (estimert) ⁸	166 383	168 593	170 334	171 890	177 682	3,4	6,8
PHV-BU Polikl. kons. m/refusjon	707 118	720 456	729 217	761 435	783 015	2,8	10,7
PHV-BU Polikl. kons. priv. avtalespes. ⁸	-	-	28 500	29 392	29 096	-1,0	-
PHV-BU Pasienter off. inst.	54 012	54 838	55 582	55 304	55 263	-0,1	2,3
PHV-BU Pas. priv. avtalespes. ⁸	2 637	2 576	2 907	2 809	2 878	2,5	9,1
PHV-BU Pas. totalt (estimert) ⁸	56 240	57 416	57 745	57 380	57 355	0,0	2,0
PHV-BU Dekningsgrad	5,0	5,1	5,1	5,1	5,1	-	-
Aktivitet rusbehandling (TSB)							
Pasienter TSB	-	-	-	29 764	30 518	2,5	-
Innleggelser TSB	12 718	13 063	12 934	12 989	13 655	5,1	7,4
Oppholdsdøgn TSB	574 167	590 252	580 098	570 138	585 735	2,7	2,0
Polikliniske konsultasjoner	262 097	307 850	348 607	363 658	390 190	7,3	48,9

Nøkkeltall (forts.):	2010	2011	2012	2013	2014	Pst endr. 2013-14	Pst endr. 2010-14
Avtalte årsverk ekskl lange fravær ⁹							
Årsverk spesialisthelsetjenesten totalt	97 777	99 899	100 930	102 079	104 710	2,6	7,1
Årsverk somatikk	66 906	68 093	68 808	69 965	72 083	3,0	7,7
Årsverk PHV-V	16 283	16 749	16 577	16 075	16 317	1,5	0,2
Årsverk PHV-BU	3 520	3 686	3 593	3 729	3 716	-0,3	5,6
Årsverk TSB	3 469	3 771	3 954	3 829	4 050	5,8	16,8
Årsverk priv. avtalespes. PHV	600	602	609	614	617	0,5	2,8
Årsverk priv. avtalespes. som.	576	577	581	587	597	1,8	3,7
Senger/døgnplasser							
Effektive senger somatikk	11 341	11 354	10 925	10 683	10 544	-1,3	-7,0
Døgnplasser PHV-V	4 334	4 194	4 004	3 857	3 769	-2,3	-13,0
Døgnplasser PHV-BU	326	313	301	305	293	-3,9	-10,1
Døgnplasser TSB	1 724	1 752	1 692	1 712	1 906	11,3	10,6
Økonomisk situasjon							
Regnskapsmessig resultat korr for eiers styringskrav (mill kr)	1 267	767	1 737	1 906	2 777	-	-
Verdiendr varige og immatr eiendeler (mill kr)	-1 174	-599	1 181	3 069	4 523	-	-
Gjeldsgrad (gjeld/egenkapital)	93 pst	89 pst	92 pst	94 pst	84 pst	-	-
Langsiktig gjeld hos HOD (mill kr)	13 847	13 951	15 174	16 381	17 175	-	-
Kostnader (millioner kr, løpende priser)							
Somatikk	72 984	76 809	80 747	84 551	91 135	-	-
PHV-V	15 621	16 199	17 103	17 459	18 151	-	-
PHV-BU	3 381	3 610	3 802	3 937	4 149	-	-
TSB	3 375	3 678	3 995	4 208	4 581	-	-
Ambulanse	4 015	4 377	4 743	5 035	5 378	-	-
Pasienttransport	2 522	2 718	2 832	2 957	3 135	-	-
Personalpolitiske tiltak	319	278	252	272	289	-	-
RHF-administrasjon	945	1 010	975	1 151	1 162	-	-
Spesialisthelsetjenesten totalt	103 163	108 679	114 449	119 570	127 979	-	-
-herav kapitalkostnader	5 193	5 049	5 003	4 923	5 058	-	-
-herav pensjonskostnader	10 200	11 066	13 107	13 059	14 787		
Kostnader (millioner kr, faste priser¹⁴)							
Somatikk	86 012	85 833	86 803	87 495	91 135	4,2	6,0
PHV-V	18 410	18 102	18 385	18 067	18 151	0,5	-1,4
PHV-BU	3 985	4 034	4 087	4 074	4 149	1,8	4,1
TSB	3 977	4 110	4 295	4 354	4 581	5,2	15,2
Ambulanse	4 731	4 891	5 098	5 211	5 378	3,2	13,7
Pasienttransport	2 972	3 037	3 045	3 060	3 135	2,4	5,5
Personalpolitiske tiltak	377	311	271	281	289	2,8	-23,3
RHF-administrasjon	1 114	1 129	1 048	1 191	1 162	-2,5	4,3
Spesialisthelsetjenesten totalt	121 578	121 448	123 033	123 733	127 979	3,4	5,3
-herav kapitalkostnader	6 120	5 642	5 378	5 094	5 058	-0,7	-17,3
-herav pensjonskostnader	12 020	12 366	14 090	13 513	14 787	9,4	23,0

Nøkkeltall (forts.):	2010	2011	2012	2013	2014	Pst endr. 2013-14	Pst endr. 2010-14
Produktivitet somatikk (DRG-virksomhet)¹⁵							
Driftskostnad per DRG-poeng	52 663	51 511	51 197	50 848	51 475	1,2	-2,3
Driftskostnad per liggedag	14 328	14 291	14 979	15 146	15 670	3,5	9,4
Produktivitet psykisk helsevern voksne (faste priser)¹¹							
Driftskostnad per oppholdsdøgn totalt	10 745	10 712	11 382	11 486	11 945	4,0	11,2
Driftskostnad per oppholdsdøgn sykehus	12 988	12 875	13 875	13 828	14 448	4,5	11,2
Driftskostnad per oppholdsdøgn DPS o.a	7 506	7 727	8 070	8 368	8 586	2,6	14,4
Driftskostnad per utskrivning totalt	262 202	251 351	250 310	242 454	238 939	-1,4	-8,9
Driftskostnad per polikliniske pasient	29 007	28 271	28 195	29 282	30 107	2,8	3,8
Produktivitet i psykisk helsevern for barn og unge (faste priser)¹¹							
Driftskostnad per polikliniske pasient	-	-	-	44 950	47 134	4,9	-
Produktivitet TSB							
Driftskostnad per oppholdsdøgn	-	-	-	-	7 680	-	-
Driftskostnad per utskrivning	-	-	-	-	214 508	-	-
Driftskostnad per polikliniske pasient	-	-	-	-	36 386	-	-

Tabellnoter tabell 1.1

- Når NPR aggregerer sum pasienter på tvers av institusjoner og sektorer (SOM, PHV, TSB og private avtalespesialister) vil mangel på personidentifiserbar informasjon kunne medføre at en pasient telles flere ganger. I 2010 manglet det slik informasjon for 31,5 prosent av pasientene hos private avtalespesialister i somatisk virksomhet, mens andelen falt til 5,7 prosent i 2014. Dette kan bidra til å underestimere veksten av pasienter i perioden. Samtidig er pasienttallene fra de private avtalespesialistene noe underestimert fordi innrapporteringer av data ikke er helt komplette i perioden.
- Tall på pasienter i somatiske sykehus er eksklusive pasienter som er behandlet hos private spesialister, men inklusive pasienter hos ISF avtalespesialister.
- SAMDATA har tatt i bruk en ny inndeling av behandlingsnivå/omsorgsnivå fra 2014 (Aktivitetskategorier). Den nye definisjonen brukes på alle år. Den største forskjellen fra tidligere er knyttet til at dialysebehandlinger med 0 lgd defineres som polikliniske konsultasjoner og at døgnopphold med 0 liggedager slås sammen med dagbehandlinger som ikke inngår i en kirurgisk DRG. All kirurgisk behandling med 0 liggedager inngår i kirurgisk dagbehandling. Bruk av den nye definisjonen medfører forskjeller mellom NPR og SAMDATA og forskjeller mellom SAMDATA 2014 og tidligere rapporter. NPR tar i bruk tilsvarende definisjon fra 2015.
- Tallene er inklusive stråleterapi, dialysebehandling med 0 lgd og kjemoterapi. Eksklusive polikliniske konsultasjoner hos private avtalespesialister.
- Tallene er eksklusive private spesialister som inngår i ISF. Disse inngår i konsultasjoner totalt. På grunn av mangler ved innrapportering av data fra 2010, publiserte ikke NPR data i 2010. Data for andre år er heller ikke komplette og er estimert. Tallene inkluderer estimert antall konsultasjoner.
- DRG-poengene er korrigert for systemendring i ISF beregnet gjennom årlig regrupping av data. Se datagrunnlag i kapittel 2 for en nærmere beskrivelse av omfanget av registreringsendringen.
- Det er benyttet ny definisjon av behandlingsnivå for å definere døgnaktiviteten og døgnopphold med 0 liggedager inngår ikke. Gjennomsnittlig liggetid er derfor noe høyere enn tidligere publiserte tall.
- Data fra de private avtalespesialistene er ikke komplette og antallet pasienter er estimert.
- Tallene gjelder avtalte årsverk etter utdanningskategorier eksklusive lange fravær. Se tabell 1.2 - 1.3 for flere årsverkstall. Det er tidsseriebrudd i personelltallene i 2009.
- Kostnadene er deflatert med prisindeks for arbeids- og produktinnsats for statlige helsetjenester (SSB) som var 5,5 prosent i 2010, 4,0 prosent i 2011, 3,9 prosent i 2012 og 3,5 prosent i 2013. Akkumulert prisvekst er beregnet til 17,9 prosent fra 2010 til 2014. Kostnadene er ikke korrigert for nye oppgaver.
- Kostnadstallene er oppgitt i faste priser 2014.

Tabell 1.2 Årsverk i spesialisthelsetjenesten etter utdanning og sektor 2010-2014.¹

	Totaltall (N=)						Prosent endring		Årsverk per 1 000 innbyggere ²					
	2010	2011	2012	2013	2014		2010-14	2013-14	2010	2011	2012	2013	2014	
Spesialisthelsetjenesten totalt³														
Leger	12 323	12 816	13 158	13 618	14 089		14,3	3,5	2,50	2,57	2,60	2,67	2,73	
Psykologer	3 287	3 383	3 489	3 677	3 832		16,6	4,2	0,67	0,68	0,69	0,72	0,74	
Sykepleiere	33 751	34 786	35 136	35 518	36 575		8,4	3,0	6,86	6,98	6,96	6,95	7,08	
Annet helsepersonell med høyskole/univ.	13 495	14 050	14 361	14 559	15 083		11,8	3,6	2,74	2,82	2,84	2,85	2,92	
Annet helsepersonell med utd. vdg. nivå	11 978	12 009	11 875	11 856	11 805		-1,4	-0,4	2,43	2,41	2,35	2,32	2,29	
Annet personell uten helsefaglig utd.	22 943	22 856	22 911	22 851	23 328		1,7	2,1	4,66	4,58	4,54	4,47	4,52	
Totalt	97 777	99 899	100 930	102 079	104 710		7,1	2,6	19,87	20,04	19,98	19,98	20,27	
Hervav somatikk ekskl. rehabiliteringsinstitusjoner														
Leger	9 654	9 979	10 281	10 685	11 063		14,6	3,5	1,96	2,00	2,04	2,09	2,14	
Sykepleiere	26 071	26 775	27 082	27 468	28 376		8,8	3,3	5,30	5,37	5,36	5,38	5,49	
Annet helsepersonell	13 593	13 576	13 598	13 740	14 058		3,4	2,3	2,76	2,72	2,69	2,69	2,72	
Annet personell uten helsefaglig utd.	17 588	17 763	17 847	18 072	18 586		5,7	2,8	3,57	3,56	3,53	3,54	3,60	
Totalt	66 906	68 093	68 808	69 965	72 083		7,7	3,0	13,60	13,66	13,62	13,69	13,95	
Hervav psykisk helsevern														
Leger	1 653	1 771	1 790	1 821	1 884		14,0	3,5	0,34	0,36	0,35	0,36	0,36	
Psykologer	2 198	2 296	2 325	2 470	2 604		18,5	5,4	0,45	0,46	0,46	0,48	0,50	
Sykepleiere	5 977	6 191	6 118	5 934	5 936		-0,7	0,0	1,21	1,24	1,21	1,16	1,15	
Annet helsepersonell med høyskole/univ.	3 295	3 390	3 279	3 273	3 314		0,6	1,2	0,67	0,68	0,65	0,64	0,64	
Annet helsepersonell med utd. vdg. nivå	2 326	2 315	2 225	2 120	2 067		-11,1	-2,5	0,47	0,46	0,44	0,41	0,40	
Annet personell uten helsefaglig utd.	4 340	4 465	4 426	4 162	4 204		-3,1	1,0	0,88	0,90	0,88	0,81	0,81	
Totalt	19 790	20 435	20 170	19 804	20 033		1,2	1,2	4,02	4,10	3,99	3,88	3,88	

Forts.	Totaltall (N=)					Prosent endring		Årsverk per 1 000 innbyggere ²				
	2010	2011	2012	2013	2014	2010-14	2013-14	2010	2011	2012	2013	2014
Herav tverrfaglig spesialisert rusbehandling												
Leger	112	142	170	170	194	72,6	14,1	0,03	0,04	0,04	0,04	0,05
Psykologer	336	373	406	439	435	29,3	-0,9	0,09	0,10	0,10	0,11	0,11
Sykepleiere	748	850	938	936	1 010	35,0	7,9	0,20	0,22	0,24	0,24	0,25
Annet helsepersonell med høyskole/univ.	1 044	1 132	1 177	1 123	1 203	15,2	7,1	0,27	0,29	0,30	0,28	0,30
Annet helsepersonell med utd. vdg. nivå	211	223	242	234	246	16,5	5,1	0,06	0,06	0,06	0,06	0,06
Annet personell uten helsefaglig utd.	1 017	1 051	1 022	927	963	-5,3	3,9	0,27	0,27	0,26	0,23	0,24
Totalt	3 469	3 771	3 954	3 829	4 050	16,8	5,8	0,91	0,97	1,00	0,96	1,00
Herav private avtalespesialister												
Leger	750	760	764	767	782	4,3	2,0	0,15	0,15	0,15	0,15	0,15
Psykologer	425	419	426	433	432	1,6	-0,2	0,09	0,08	0,08	0,08	0,08
Totalt	1 176	1 179	1 190	1 200	1 214	3,2	1,2	0,24	0,24	0,24	0,23	0,24

1 Grunnlagsdata for avtalte årsverk eksklusive lange fravær etter utdanning er levert av SSB. Det kan imidlertid være avvik mellom årsverkstall etter sektor i SAMDATA og årsverkstall etter sektor fra SSB. Dette skyldes at SAMDATA fordeler fellespersonell mellom sektorene, mens dette presenteres samlet i SSB. I tall fra SSB for somatisk sektor er årsverk knyttet til rehabilitering inkludert, mens dette ikke inngår i årsverk for somatikk i SAMDATA. I SAMDATA er det også gjort korreksjoner i årsverkstallene ut fra tilbakemeldinger fra foretakene.

2 For TSB beregnes personell per 1 000 innbyggere 18 år og over.

3 Spesialisthelsetjenesten totalt inklusive private avtalespesialister, rehabilitering, ambulanse, somatikk, psykisk helsevern og TSB. Data fra SSB.

Tabell 1.3 Avtalte årsverk i spesialisthelsetjenesten totalt ekskl. lange fravær etter yrkesgrupper 2010-14.

	Totaltall (N=)					Prosent endring		Årsverk per 1 000 innbyggere				
	2010	2011	2012	2013	2014	2010-14	2013-14	2010	2011	2012	2013	2014
Leger	11 283	11 680	12 101	12 481	12 957	14,8	3,8	2,29	2,34	2,40	2,44	2,51
Psykologer	2 595	2 705	2 796	2 946	3 083	18,8	4,7	0,53	0,54	0,55	0,58	0,60
Sykepleiere og vernepleiere	31 800	32 300	32 788	32 940	33 790	6,3	2,6	6,46	6,48	6,49	6,45	6,54
Sosialfaglig personell	2 602	2 769	2 680	2 574	2 629	1,0	2,1	0,53	0,56	0,53	0,50	0,51
Fysioterapeuter, ergoterap-o.l.	2 280	2 245	2 306	2 285	2 268	-0,5	-0,7	0,46	0,45	0,46	0,45	0,44
Omsorgsarb., hjelpepleiere og helsefagsarb.	6 831	6 562	6 407	6 050	5 975	-12,5	-1,2	1,39	1,32	1,27	1,18	1,16
Annet pleie- og omsorg, andre med. yrker	6 706	6 910	7 037	6 947	7 272	8,4	4,7	1,36	1,39	1,39	1,36	1,41
Radiografer, audiografer, bioing. og teknikere	5 112	5 180	5 477	5 464	5 675	11,0	3,9	1,04	1,04	1,08	1,07	1,10
Adm. ledelse og kontorphersonell	18 304	18 539	18 911	19 753	20 446	11,7	3,5	3,72	3,72	3,74	3,87	3,96
Service-, tekn. driftsfunksjoner	6 734	6 842	6 795	6 887	7 075	5,1	2,7	1,37	1,37	1,35	1,35	1,37
Andre yrker	3 531	4 168	3 632	3 752	3 539	0,2	-5,7	0,72	0,84	0,72	0,73	0,69
Totalt	97 777	99 899	100 930	102 079	104 710	7,1	2,6	19,87	20,04	19,98	19,98	20,27

Kilde: SSB

2. Bruk av spesialisthelsetjenester fra 2010-2014 - alle sektorer

I perioden fra 2013 til 2014 var utviklingen i spesialisthelsetjenesten kjennetegnet av større vekst i poliklinisk aktivitet og mindre reduksjon i døgnaktiviteten enn tidligere år, også målt per innbygger.

Veksten i polikliniske konsultasjoner har vært noe større innen psykisk helsevern og for rusbehandling (TSB) enn innen somatisk sektor de tre siste årene. For denne perioden har vi sammenlignbare estimat på den totale aktivitetsutviklingen i alle sektorer, også inkludert bruken av private avtalespesialister.

Det er fortsatt ganske store regionale variasjoner i bruken av spesialisthelsetjenester, spesielt innen rusbehandling (TSB) og psykisk helsevern, men på noen områder er forskjellene noe redusert.

2.1 INNLEDNING

Kapitlet gir en oversikt over bruken av spesialisthelsetjenester i somatisk sektor (SOM), psykisk helsevern (PHV) inklusive psykisk helsevern for voksne (PHV-V), psykisk helsevern for barn- og unge (PHV-BU) samt tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i perioden fra 2010 til 2014. Formålet med kapitlet er:

- Beskrive hovedtrender i befolkningens bruk av spesialisthelsetjenester de siste fem år, nasjonalt og regionalt.
- Vurdere om utviklingen de siste fem årene har gått i retning av større eller mindre forskjeller mellom helseregionene.

Beskrivelsene i dette kapitlet tar utgangspunkt i bostedsregionene og gir en beskrivelse av befolkningens bruk av spesialisthelsetjenester, uavhengig av hvilket helseforetak eller region som har utført tjenestene. Tallene er korrigert for befolkningens størrelse og årlige endringer i dette. Ettersom befolkningen har økt med fem prosent siste fem år, vil konklusjonene om vekst i befolkningens bruk kunne bli noe forskjellig fra en beskrivelse av produksjonsutviklingen i sykehusene (kapittel 7). Stabil bruk og

tilgjengelighet til spesialisthelsetjenester i femårsperioden indikerer i realiteten at foretakene har hatt en vekst på fem prosent.

Bakerst i dette kapitlet er det gjengitt hovedtall for aktivitetsutviklingen nasjonalt og per region (tabell 2.1-2.7). Tallene er korrigert for befolkningsutviklingen (realvekst). I kapitlet er det også gjengitt en tabell som viser ratene for bruk av spesialisthelsetjenester dersom de korrigeres for behov (tabell 2.6). Behovet for spesialisthelsetjenester er definert i henhold til NOU 2008:2 (Magnussen-utvalget). De regionale behovsindeksene som benyttes i kapitlet tilsvarer de indeksene som er benyttet i statsbudsjettene for 2010-2014 for fordeling av rammetilskuddet. I tillegg har vi også estimert effekten av system- og logikkendringer i ISF på DRG-poengene. Denne er vist i tabell 2.7 bakerst i kapitlet.

For flere tall på aktivitetsutviklingen henviser vi til kapitlene 7 (aktivitet i helseforetakene) og 8 (befolkningens bruk av somatiske sykehus). På <https://helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/samdata> finner du flere tall for aktivitet i spesialisthelsetjenesten.

2.2 HOVEDTREKK I BRUK AV SPESIALISTHELSETJENESTER 2010-2014

Siste femårsperiode kjennetegnes av følgende sentrale utviklingstrekk når det gjelder bruk av spesialisthelsetjenester:

- Den polikliniske aktiviteten har vært i kontinuerlig vekst i hele siste femårsperiode. Dette gjelder både somatisk sektor, psykisk helsevern for voksne, psykisk helsevern for barn og unge og rusbehandling. I prosent er veksten per innbygger særlig stor innen TSB og PHV-V.
- Etter årlig reduksjon i utskrivinger fra psykisk helsevern for voksne fram til 2013, øker raten igjen fra 2013-2014. Sum oppholds-døgn går fortsatt ned, men reduksjonen er mindre enn de foregående årene. I somatisk sektor er det mindre reduksjon i døgnopphold og oppholds-døgn enn årene før. Innen psykisk helsevern for barn og unge er det samlet vekst i antall innleggelser på grunn av registrert vekst i Helse Sør-Øst og Helse Nord.
- Aktiviteten innen somatisk sektor - målt i DRG-poeng per innbygger - øker igjen i 2014, etter en nedgang i 2013. Veksten fra 2013-2014 var størst for Helse Midt-Norge. I femårsperioden hadde både Midt-Norge og Helse Vest en større vekst enn de to andre regionene.
- Økningen i aktivitet i siste år har også gitt en vekst i pasientraten, etter å ha vært uendret (somatisk sektor) eller gått litt ned (PHV-V) de siste årene. Det var også en økning i pasientraten innen rusbehandling (TSB) siste år, mens for psykisk helsevern for barn og unge har den vært nesten uendret de siste årene

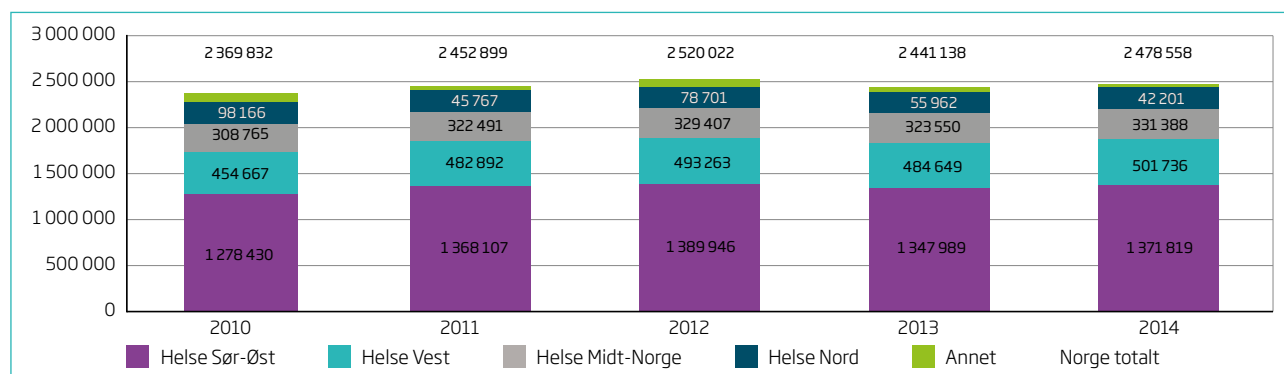
- Regionale variasjoner i bruken av tjenester er i hovedsak stabile når vi sammenligner sektorene for årene 2010 og 2014. Det er minst variasjon innen somatisk sektor og størst variasjon innen TSB. Forskjellene i innleggelsesrater innen TSB, utskrivingrater innen PHV-V, og raten for poliklinikkrate innen PHV-BU er redusert i femårsperioden. Det er en moderat økning i forskjeller mellom regionene i raten for døgnopphold og polikliniske konsultasjoner innen somatisk sektor, men her er forskjellene i utgangspunktet langt mindre enn innen psykisk helsevern og rusbehandling.

Noe vekst i antall pasienter

Antall unike pasienter (personer) i kontakt med spesialisthelsetjenesten har økt i perioden fra 2010 til 2014. Vi kan anta at nesten 2,5 millioner personer har vært pasienter i spesialisthelsetjenesten i 2014, det vil si nesten halvparten av befolkningen. Andelen har holdt seg relativt stabil de siste årene, selv om pasienttallene på tvers av alle sektorer var litt høyere i 2011 og 2012. Dette kan skyldes forskjeller mellom årene i omfanget av pasienter som mangler personentydig informasjon, dette gjelder særlig for data fra private avtalespesialister¹.

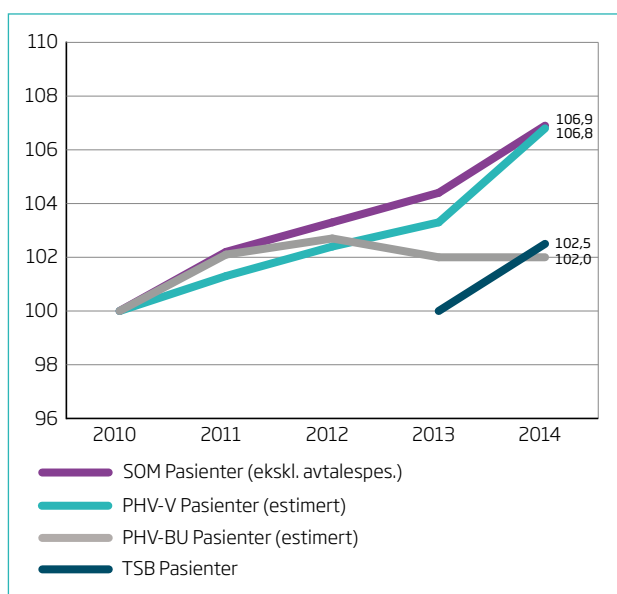
1 Når NPR aggregerer sum pasienter på tvers av institusjoner og sektorer (SOM, PHV, TSB og private avtalespesialister) vil mangel på personidentifiserbar informasjon kunne medføre at en pasient telles flere ganger. I 2012 manglet det slik informasjon for 26 prosent av pasientene hos private avtalespesialister i somatisk virksomhet, mens året etter falt denne andelen til 7 prosent. Dette kan ha bidratt til at sum pasienter falt noe fra 2012 til 2013. Samtidig er tallene i figur 2.1 noe underestimert fordi innrapporteringer av data fra avtalespesialister ikke er helt komplette i perioden. I de sektorvise tallene i dette kapitlet kompenseres det for dette ved å estimere nasjonale og delvis regionale tall, men tall for alle år inngår kun for psykisk helsevern.

Figur 2.1 Antall unike pasienter 2010-2014 etter bostedsregion inklusive pasienter hos private avtalespesialister

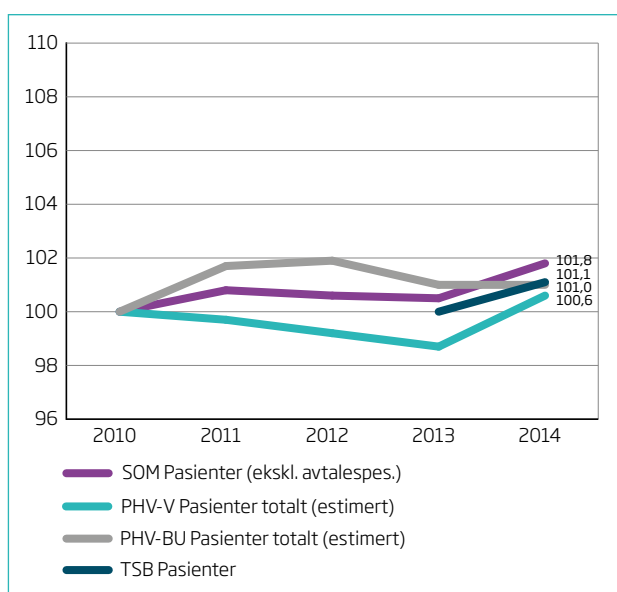


Ser vi sektorene hver for seg, vist i figur 2.2, har prosent vekst i antall pasienter per 1000 innbyggere vært størst innen somatisk sektor og i psykisk helsevern for voksne (PHV-V). I begge sektorer var veksten på cirka 7 prosent. Veksten var størst fra 2013-2014 etter lite endring eller svak nedgang i årene før. Innen psykisk helsevern for barn og unge (PHV-BU) har veksten vært svært moderat (2 prosent i perioden), og var uendret fra 2013-2014.

Figur 2.2 Prosent endring i antall pasienter 2010-2014 (2010=100).

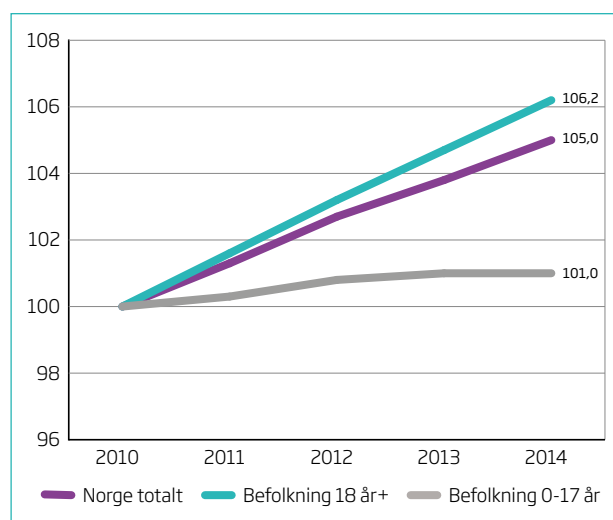


Figur 2.3 Prosent endring i antall pasienter per 1000 innbyggere 2010-2014 (2010=100).



Korrigeres det for befolkningsvekst (pasienter per 1000 innbyggere) blir veksten mindre for alle sektorer (se figur 2.3). For somatisk sektor blir den korrigerte veksten for femårsperioden på 2 prosent, for PHV-V 1 prosent og det samme for PHV-BU. For å holde tritt med befolkningsutviklingen måtte veksten i den faktiske aktiviteten innen PHV-V være større enn veksten i aktiviteten tilknyttet barn og unge under 18 år. Dette skyldes at antall barn og unge i befolkningen har endret seg langt mindre (se figur 2.4). Vi har ikke tallgrunnlag for å beskrive utviklingen i antall unike pasienter som har vært i kontakt med TSB for hele perioden. Fra 2013-2014 var det vekst i antall pasienter per innbygger på 1 prosent.

Figur 2.4 Prosent endring befolkning 2010-2014. (2010=100).

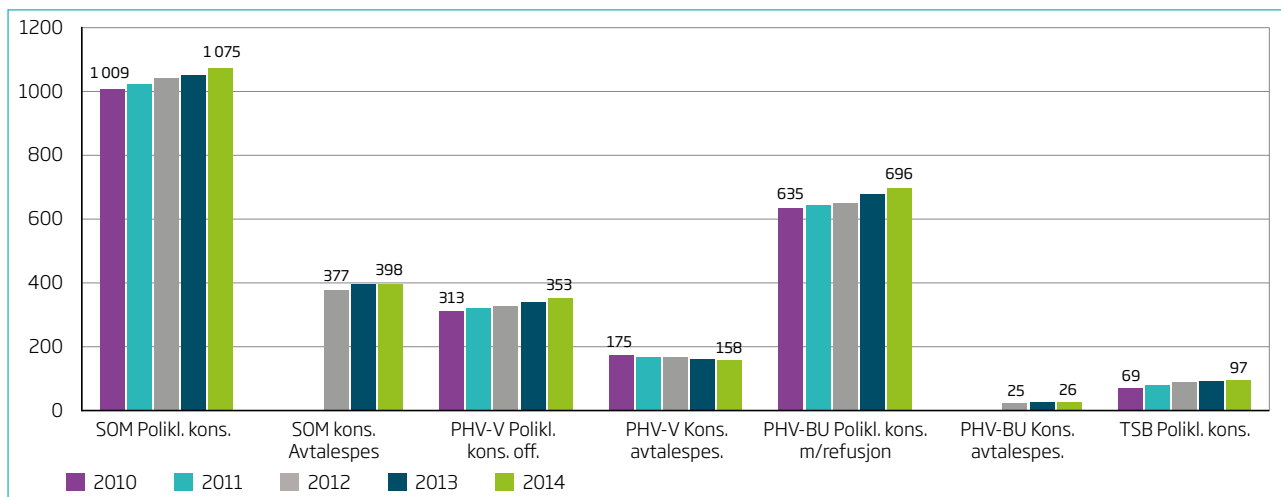


Trenden med mer bruk av poliklinikk og mindre døgnavtjenester fortsetter i 2014

Figur 2.5 gir en oversikt over utviklingen i raten for all poliklinisk aktivitet i årene 2010 til 2014. Også estimerte nasjonale tall for private avtalespesialister innen somatisk sektor² og psykisk helse barn og unge (PHV-BU) er inkludert, men bare for de tre siste årene. Det er estimert nasjonale tall for alle årene knyttet til bruk av private avtalespesialister innen psykisk helsevern for voksne (PHV-V). For PHV-BU utgjør konsultasjoner hos private avtalespesialister bare 3,6 prosent av aktiviteten, mens det utgjør henholdsvis 31 og 27 prosent innen psykisk helsevern voksne og somatiske fagområder i 2014.

² Estimerte tall for somatisk sektor er hentet fra rapport fra Helsedirektoratet (2015). Aktivitetsdata for avtalespesialister 2014. Norsk pasientregister.

Figur 2.5 Utvikling i polikliniske konsultasjoner per 1000 innbygger etter sektor.



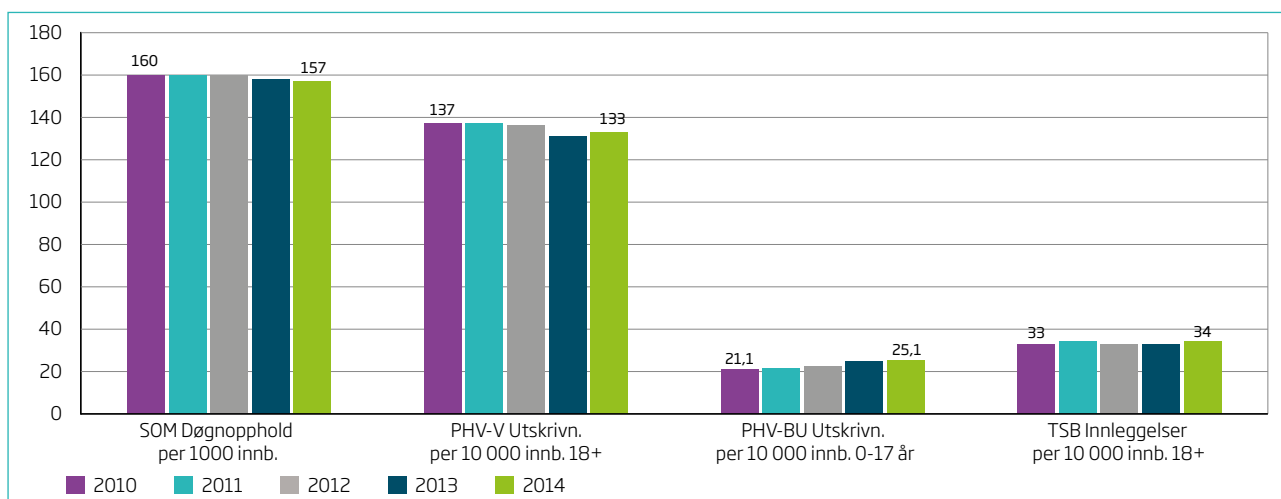
Figuren gir et visuelt inntrykk av utviklingen innenfor hver sektor samtidig som forskjellene i volum blir tydelige. Vi ser også at den polikliniske virksomheten generelt sett preges av vekst.

Fordi sektorene varierer mye i størrelse kan den relative utviklingen gi et bedre grunnlag for å sammenligne utvikling. Når vi ser på prosent endring fra 2010-2014 finner vi at antall polikliniske konsultasjoner per innbygger har økt klart i alle sektorer (se tabell 2.1), og mest innen rusbehandling (40 prosent). I psykisk helsevern for voksne har raten for konsultasjoner i de offentlige poliklinikkene økt hvert år, til sammen 12 prosent i perioden. Inkluderes aktivitet hos private avtalespesialister innen psykisk helsevern blir den samlede veksten likevel bare på 5 prosent fordi sistnevnte aktivitet har blitt redusert. Den prosentvise veksten for PHV-V blir da litt lavere

enn innen somatiske fagområder, hvor de offentlige poliklinikkene har en vekst på 6,5 prosent (2,5 prosent siste år). Vi har ikke tall fra private avtalespesialister innen somatikk tilbake til 2010. Estimerte nasjonale tall for de siste tre årene i perioden indikerer en vekst på 6,1 prosent (1,9 prosent siste år).

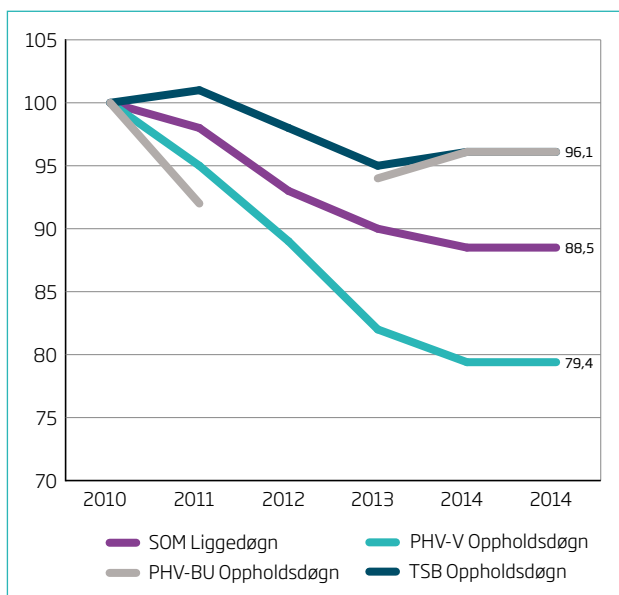
Figur 2.6 gir et bilde av utviklingen i døgnbehandling per innbygger etter sektor. Den viser en nedgang i raten for antall døgnopphold i femårsperioden på 2,1 prosent for somatikk, og 3,3 prosent for PHV-V. For TSB er det en svak økning på 1,1 prosent korrigert for befolkningsveksten. Legg merke til at raten innen somatikk er beregnet per 1000 innbyggere, mens tall for psykisk helse og rus er beregnet per 10 000 innbyggere.

Figur 2.6 Utvikling i døgnopphold per 1 000/10 000 innbyggere etter sektor



Av figur 2.7 ser vi at antall oppholdsdøgn per innbygger fortsetter å gå ned fra 2013-2014, både for somatisk sektor og PHV-V. For perioden sett under ett var det 11 prosent reduksjon innen somatikk og 21 prosent reduksjon innen PHV-V. Innen TSB ser man en vekst i oppholdsdøgn totalt på grunn av veksten i antall innleggelser. Selv om utskrivningene innen psykisk helsevern for barn og unge har økt, er raten for oppholdsdøgn totalt lavere i 2014 enn i 2010. Samtidig var det en liten økning fra 2013-2014.

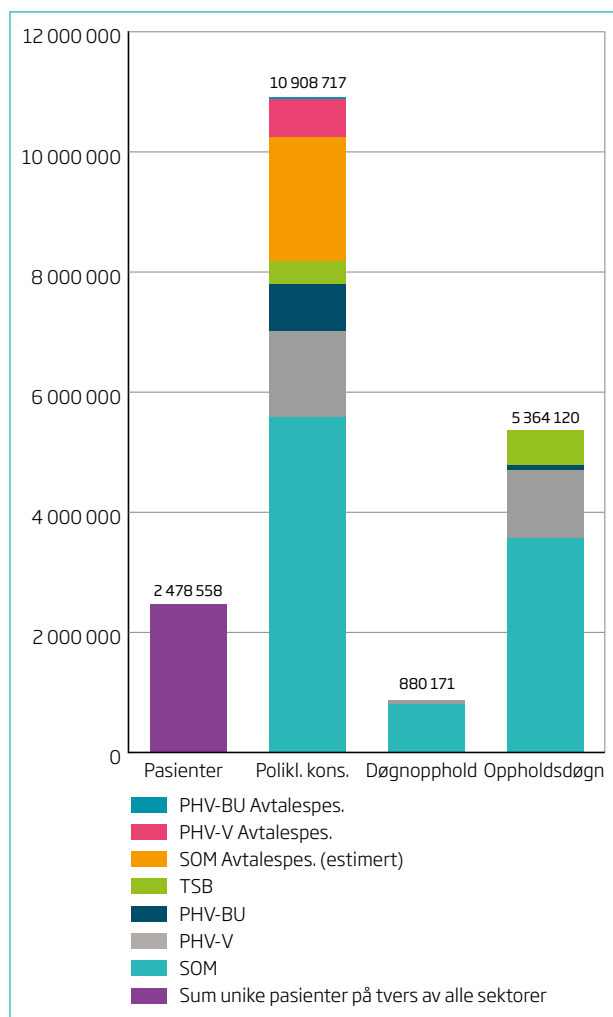
Figur 2.7: Prosent endring i antall oppholdsdøgn per innbygger 2010-2014. 2010=100 prosent.



Den samlede aktiviteten i spesialisthelsetjenesten i 2014

Som tidligere vist antar vi at nesten 2,5 millioner mennesker, eller nesten halvparten av befolkningen, var i kontakt med spesialisthelsetjenesten i 2014. Godt over 2 millioner personer hadde minst én kontakt med den somatiske spesialisthelsetjenesten, mens 4,4 prosent av den voksne befolkningen og 5,1 prosent av alle barn og unge hadde kontakt med det psykiske helsevernet. Godt under 1 prosent av den voksne befolkning fikk oppfølging fra TSB (Tverrfaglig spesialisert rusbehandling) for sin avhengighet av rusmidler eller spill. Det er viktig å merke seg at forekomsten av kontakt med tjenestene sier lite om omfanget av oppfølging og ressursbruk knyttet til kontaktene. Figur 2.8 viser det beregnede antall unike pasienter 2014 (uavhengig av sektor) og aktiviteten knyttet til oppfølging pasientene fordelt etter type aktivitet og sektor.

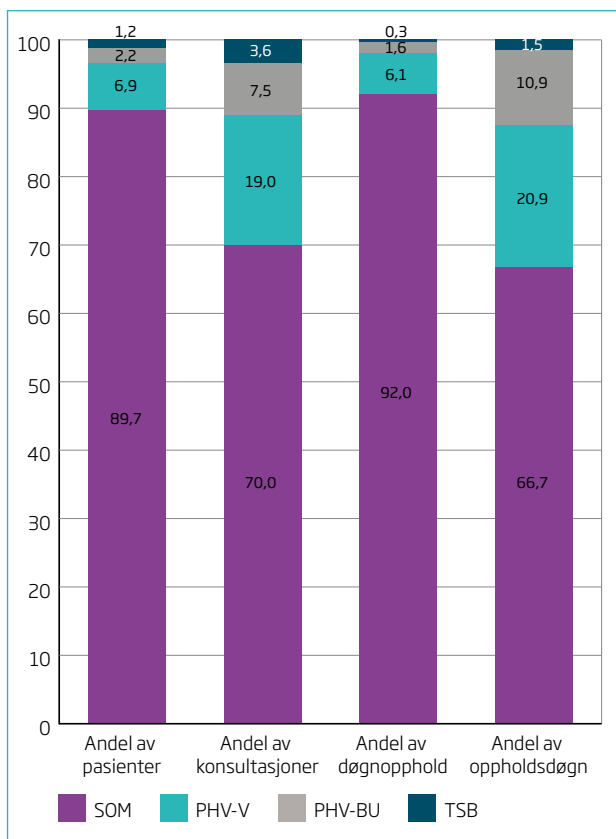
Figur 2.8 Sum pasienter og aktivitet i spesialisthelsetjenesten i 2014.



Det ble gjennomført nesten 900 000 innleggelser hvor pasientene tilsammen hadde nesten 5,4 millioner oppholdsdøgn/liggedøgn. I tillegg ble det utført nesten 11 millioner polikliniske konsultasjoner og dagbehandlinger, inkludert nesten 2,7 millioner offentlig finansierte konsultasjoner utført av private avtalespesialister (25 prosent av totalen). Av figuren ser vi både nivået av hver aktivitet, samtidig som vi får et inntrykk av forholdet mellom sektorene. Det er lett å se at de somatiske fagområdene, betegnet «SOM», utgjøre en svært stor andel av aktiviteten relativt til psykisk helsevern og TSB. I figur 2.9 nedenfor framstilles andelen hver sektor/fagområde utgjør av pasienter³ og ulike typer aktivitet.

3 En person (unik pasient) kan her være representert en gang hver kategori. Summen av pasienter er dermed noe høyere enn når vi refererer til antall unike pasienter på tvers av sektorer.

Figur 2.9 Andel av aktivitet fordelt på sektor i 2014.



Somatisk sektor står for 90 prosent av pasientene og 92 prosent av døgnoppholdene. Figuren viser at kontakten med tjenestene innen psykisk helsevern i hovedsak består av konsultasjonsbaserte tjenester. Relativt til somatikken er det færre innleggelser, men at de som legges inn har i gjennomsnitt lengre opphold enn i somatikken fordi PHV-V utgjør en større andel av oppholdsdøgn enn av antall døgnopphold. Det samme gjelder for TSB hvor de har 3,6 prosent av konsultasjonene, 0,3 prosent av døgnopphold og 1,5 prosent av totalt antall oppholdsdøgn. Andelen i hver sektor har holdt seg ganske stabilt fra 2010, men andelen av oppholdsdøgn som kan tilskrives psykisk helsevern for voksne var redusert et par prosentpoeng og en litt større andel (+ 1,1 prosent) var tilknyttet PHV-BU i 2014.

2.3 REGIONALE UTVIKLINGSTREKK I SPESIALISTHELSETJENESTEN 2010-2014

Beskrivelsen av utviklingen i hver av regionene tar utgangspunkt i både ukorrigerterater (per innbygger) for aktiviteten i spesialisthelsetjenesten (tabell 2.1-2.5), og i aktivitetsrater korrigert for behov for spesialisthelsetjenester (tabell 2.6). Endring beskrives med utgangspunkt i de ukorrigerter utviklingstallene, mens det relative nivået av tjenester (høyt eller lavt) også vurderes med utgangspunkt i de behovskorrigerteratene. Indeksen for behov er hentet fra Magnussen-utvalgets analyser (NOU 2008:2) og er basert på informasjon på kommunenivå om alderssammensetningen i befolkningen, sykkelighet, utdanningsnivået i befolkningen samt andre levekårsfaktorer og en klimaindeks. Siden 2008 har rammetilskuddet til de regionale helseforetakene vært fordelt gjennom behovsindekser fra dette utvalget. I dette kapitlet har vi benyttet disse indeksene for å vurdere hvordan forskjellene mellom regionene i aktivitetsnivå påvirkes av forskjeller i beregnet behov.

Helse Sør-Øst

Utvikling i antall pasienter

Faktisk antall pasienter (personer) bosatt Helse Sør-Øst sitt område og som var i kontakt med somatisk spesialisthelsetjeneste økte med nesten 7 prosent i perioden fra 2010 til 2014, men målt per innbygger var økningen 2 prosent. Andel voksne innbyggere i Helse Sør-Øst som har vært i kontakt med psykisk helsevern har vært relativt stabilt i femårsperioden. Antall pasienter per 1000 innbyggere gikk litt ned i perioden 2010-2013, men økte igjen fra 2013 til 2014 (1,9 prosent). For barn og unge (PHV-BU) har pasientraten vært stabil, men gikk litt ned siste år. Det er usikkerhet knyttet til små endringer på grunn av overgang fra BUP-data til DIPS som pasientadministrativt system ved flere helseforetak i denne femårsperioden. Det er relativt små forskjeller mellom regionene i pasientrate innen PHV-BU.

Utviklingen i aktivitet

Den polikliniske aktiviteten er i vekst for alle sektorer i Helse Sør-Øst, og aller mest innen rusbehandling (TSB) og psykisk helsevern for voksne (PHV-V) når vi ser på hele femårsperioden fra 2010 til 2014.

Veksten innen PHV-V skyldes en sterk økning i aktiviteten ved de offentlige poliklinikkene. Omfanget av konsultasjoner hos private avtalespesialister har blitt redusert. Den polikliniske veksten innen psykisk helsevern barn og unge (PHV-BU) og somatiske fagområder har vært lik i femårsperioden (rundt 4-5 prosent per 1000 innbyggere). For barn og unge var det likevel en svak reduksjon i raten fra 2013-2014.

Bruken av døgntilleggsbehandling går totalt sett ned over tid. Unntaket er PHV-BU hvor det har vært en klar økning i registrerte døgnopphold (46 prosent). Likevel har Sør-Øst den laveste raten, og omfanget av døgntilleggsbehandling innen psykisk helsevern for barn og unge er generelt sett svært lavt (relativt sett). Vi finner også at det var noe økning i døgnraten for TSB for 2013-2014 (hvor også summen av oppholdsdøgn økte). Ellers har det gjennom perioden vært en sterk prosentvis reduksjon i summen av oppholdsdøgn for somatiske fagområder (-13 prosent), og spesielt for psykisk helsevern for voksne (-25 prosent). Det var noe mindre reduksjon fra 2013-2014 enn tidligere år.

Nivået av dagkirurgiske behandlinger har vært stabilt de siste årene, men på grunn av befolkningsvekst er raten redusert med 5,5 prosent fra 2010 til 2014.

DRG-poengene uttrykker relativ ressursbruk og gir et samlet uttrykk for bruken av somatiske spesialisthelsetjenester. Antall DRG-poeng⁴ per 1000 innbyggere for befolkningen i Helse Sør-Øst har vært relativt stabilt de siste fem årene, og øker med 0,6 prosent i fra 2013-2014.

Forbruksnivå sammenlignet med andre regioner

Sammenlignet med andre regioner er pasientraten innen somatiske fagområder i 2014 noe lavere i Helse Sør-Øst enn i andre regioner hvis vi ikke inkluderer pasientene som er henvist til private avtalespesialister. Helse Sør-Øst har den høyeste bruken av disse⁵. Forskjellene i pasientrater mellom regionene reduseres når private avtalespesialister inkluderes.

Helse Sør-Øst har et høyere antall polikliniske konsultasjoner per innbygger innen psykisk helsevern for voksne enn de andre regionene, også etter en korrigering for behovsforskjeller. Da er bruken av private avtalespesialister inkludert. Samtidig har Sør-Øst en lavere rate for døgnopphold (utskrivninger) og oppholdsdøgn enn de andre regionene. Regionen har videre, sammen med Helse Vest, en klart høyere rate for bruk av poliklinisk rusbehandling enn de to andre regionene.

Helse Vest

Utvikling i antall pasienter

Antall pasienter per 1000 innbyggere bosatt i Helse Vest har økt innen alle sektorer⁶, og veksten har vært sterkest i siste del av femårsperioden (2013-2014). Økningen i pasienter har vært mest markant innen tjenestene til barn og unge med psykiske plager og lidelser, med en vekst på nesten 10 prosent totalt i perioden og 5 prosent fra 2013-2014.

Utvikling i aktivitet

Også i Helse Vest har det vært en klar årlig vekst i polikliniske konsultasjoner i hele femårsperioden, og for alle sektorer. Innen psykisk helsevern for barn og unge var økningen på 14 prosent, og hele 9 prosent fra 2013-2014. Innen rusbehandling (TSB) har veksten vært svært sterk når det sammenlignes med 2010 (over 100 prosent), mens det var en økning på nesten 5 prosent siste år i perioden. Som i to andre regioner har bruken av konsultasjoner hos private avtalespesialister innen PHV-V blitt redusert, mens det er en klar vekst i de offentlige poliklinikkene. Innen somatiske fagområder viser tall for de siste tre år en vekst i antall konsultasjoner hos private avtalespesialister samtidig med en klar aktivitetsvekst på poliklinikkene, både siste år og i femårsperioden.

For rusbehandling (TSB) har det vært en årlig vekst i døgntilleggsbehandlingen de siste fem år i Helse Vest, både når vi ser på antall døgnopphold og sum oppholdsdøgn per 1000 innbyggere. Innleggelsesraten økte med 39 prosent og oppholdsdøgnene med 12 prosent på fem år. I de andre regionene har raten for oppholdsdøgn falt, til tross for en vekst i innleggelsesraten i to av regionene. Også innen

4 Korrigert for systemendringer i DRG-systemet

5 Helsedirektoratet (2015). Aktivitetsdata for avtalespesialister 2014. Norsk pasientregister.

6 For TSB har vi ikke tall for antall unike pasienter for hele perioden.

psykisk helsevern for voksne registreres en viss vekst i raten for døgnopphold (utskrivinger) siste år (3 prosent), og siste fem år (4 prosent). Antall oppholdsdøgn har likevel blitt redusert med 14 prosent, og hele 6 prosent fra 2013-2014. Som eneste region har Helse Vest en svak vekst i raten for døgnopphold innen somatiske fagområder i et femårsperspektiv (1,3 prosent). Til tross for dette har antall liggedøgn per innbygger gått ned med 9 prosent (-2,4 prosent siste år).

Antall DRG-poeng innen somatisk virksomhet har økt med nesten 4 prosent per 1000 innbygger på fem år, kun Helse Midt-Norge har hatt en større vekst. Fra 2013-2014 var veksten i Helse Vest på 0,8 prosent.

Den dagkirurgiske aktiviteten har vært ganske stabil i hele femårsperioden.

Forbruksnivå sammenlignet med andre regioner

Korrigert for behovsindeksen har Helse Vest den høyeste pasientraten, døgnoppholdsraten og liggedøgnraten for somatiske fagområder. Forskjeller i egenskaper ved befolkningen bidrar til å redusere det relative behovet for Helse Vest, mens Helse Nord sin befolkning har en behovsprofil for som gir et klart høyere behov for somatiske spesialisthelsetjenester. Korrigeres ratene for behovsindeksen framstår dermed Helse Vest med et høyere forbruk enn når vi kun ser på de ukorrigerte ratene. Innen rusbehandling har Helse Sør-Øst og Helse Vest klart høyere rater for poliklinisk aktivitet enn de andre to regionene i 2014, og sammen med Helse Nord har Vest høyere rater for oppholdsdøgn innen PHV-V enn Midt-Norge og Sør-Øst. Helse Vest skiller seg imidlertid ut i motsatt retning når det gjelder polikliniske konsultasjoner innen psykisk helsevern for barn og unge, med en klart lavere rate enn de andre regionene, uavhengig av behovskorrigerings.

Helse Midt-Norge

Utvikling i antall pasienter

Midt-Norge har hatt en sterkere vekst enn andre regioner i antall barn og unge (per 1000 innbygger) som har hatt kontakt med psykisk helsevern den siste femårsperioden. Veksten var på hele 19 prosent. Det har også vært pasientvekst på 4 prosent siste fem år innen psykisk helsevern for voksne, men siste års vekst var beskjeden (0,5

prosent). Antall pasienter (per innbygger) i kontakt med somatisk spesialisthelsetjeneste har vært ganske stabilt i Midt-Norge den siste femårsperioden. Fra 2013-2014 økte imidlertid pasientraten tydelig.

Utvikling i aktivitet

Også Helse Midt-Norge kjennetegnes av en betydelig vekst i poliklinisk aktivitet de siste fem år, og dette gjelder i alle sektorene. Veksten har vært større innen psykisk helsevern og rus enn innen somatiske fagområder samlet, både siste år og siste fem år. Regionen har den klart største økningen i poliklinikkrate for barn og unge med hele 11 prosent vekst fra 2013-2014 og 32 prosent fra 2010-2014. I samme periode var veksten innen TBS enda større (112 prosent) og med 10 prosent vekst også siste år.

Både raten for antall døgnopphold og liggedøgn innen somatiske fagområder fortsetter å gå ned som i tidligere år. I Midt-Norge ser vi videre, som i Helse Vest, en økning i raten for døgnopphold innen psykisk helsevern, kombinert med en sterk reduksjon i antall oppholdsdøgn totalt sett. Samme mønster er det innen TSB, men her var økningen i innleggelsesrater større enn nedgangen i oppholdsdøgn for Helse Midt-Norge.

Innen somatikken har raten for dagkirurgi for befolkningen i Helse Midt-Norge vært relativt stabil, med små endringer opp eller ned de siste fem år. Fra 2013-2014 økte dagkirurgiraten med 3,6 prosent.

Sum DRG-poeng per innbygger (korrigert for systemendringer) har økt mer enn i de andre regionene i femårsperioden (4,6 prosent) og veksten var på 2 prosent fra 2013-2014.

Forbruksnivå sammenlignet med andre regioner

Pasientraten innen somatiske fagområder ligger i 2014 litt over befolkningen tilhørende Helse Sør-Øst og Vest og litt under Helse Nord. Da er pasienter hos private avtalespesialister ikke inkludert. Hvis vi legger til disse pasientene blir de regionale forskjellene små. Sammenlignet med andre regioner finner vi at befolkningen i Midt-Norge har den høyeste raten for polikliniske konsultasjoner og dagkirurgiske behandlinger innen somatiske fagområder. Dette gjelder også når ratene behovskorrigeres.

Helse Midt-Norge sin voksne befolkning har i 2014 omtrent samme antall pasienter per 1000 innbygger innen psykisk helsevern for voksne som de andre regionene. Konsultasjonsraten innen PHV-V er imidlertid klart høyere enn i de andre regionene når vi kun ser på offentlig poliklinikker. Inkluderes private avtalespesialister blir forskjellene mellom regionene mindre og Helse Sør-Øst framstår med en høyere totalrate enn Midt-Norge og de andre regionene. Befolkningen i Midt-Norge har imidlertid den høyeste poliklinikkrate for barn og unge innen psykisk helsevern, uavhengig av behovskorreksjon.

Innleggelsesraten i TSB for befolkningen i Midt-Norge var i 2014 noe høyere enn Vest og Nord, og noe lavere enn i Sør-Øst. En behovskorrigerer bidrar til at raten for Midt-Norge blir høyere relativt til Sør-Øst, men forskjellene er ikke store.

Helse Nord

Utvikling i antall pasienter

Antall pasienter i kontakt med somatisk spesialisthelsetjenesten har blitt litt redusert i Helse Nord hvis vi sammenligner de fire siste årene, selv om det var noe økning siste år. Pasientraten innen PHV-V økte med over 5 prosent i femårsperioden, men var nesten uendret fra 2013-2014. For barn og unge (PHV-BU) er pasientraten høyere enn i de andre regionene i 2014 (14-24 prosent over). Forskjellen mellom regionene er likevel redusert etter en klar nedgang i pasientraten i Helse Nord fra 2010-2013. Den registrerte nedgangen kan antakelig knyttes til skifte av pasientadministrativt system i femårsperioden.

Utvikling i aktivitet

De siste fem årene var det en vekst på 6-7 prosent i den polikliniske aktiviteten knyttet til befolkningen i området til Helse Nord, både innen somatiske fagområder og psykisk helsevern for voksne. For barn og unge innen psykisk helsevern var veksten noe lavere totalt sett (1,2 prosent), men veldig tydelig fra 2013-2014 (3,5 prosent). Den absolutt største økningen skjedde likevel innen rusbehandling (TSB), hvor raten for polikliniske konsultasjoner økte med 9,2 prosent fra 2013-2014, og med 28 prosent i femårsperioden.

Døgnoppholdsratene og ratene for liggedøgn totalt i befolkningen ble redusert både innen PHV-V og somatisk virksomhet i perioden. Den prosentvise reduksjonen er større for liggedøgn enn for antall døgnopphold/utskrivinger. For TSB ser vi også for Helse Nord at antall innleggelser har økt markert, både siste år i perioden og de siste fem år, samtidig som sum oppholdsdøgn reduseres. Gjennomsnittlig oppholdstid er dermed klart redusert. Også for PHV-BU er det en sterk registrert økning i innleggelsesraten i femårsperioden, men her er det relativt små tall i utgangspunktet.

Den somatiske aktiviteten omregnet til sum DRG-poeng per 1000 innbyggere har hatt en litt annen utvikling i Helse Nord enn i de andre regionene ved at raten er redusert de to siste år. I de andre regionene var det en vekst i DRG-poeng fra 2013-2014.

Det kan også nevnes at dagkirurgiraten for Helse Nord er redusert med 7 prosent i femårsperioden, men er øker svakt igjen siste år (0,5 prosent).

Forbruksnivå sammenlignet med andre regioner

Befolkningen tilhørende Helse Nord har gjennom hele femårsperioden hatt det høyeste antallet pasienter i somatisk spesialisthelsetjeneste målt per 1000 innbyggere, med 12-14 prosent høyere rate enn landsgjennomsnittet. Noe av forskjellen til de andre regionene skyldes at bruken av private avtalespesialister er lavere i Nord-Norge enn i andre regioner. I tillegg er behovene for helsetjenester beregnet å være noe høyere for befolkningen i Helse Nord. Når vi behovskorrigerer pasientraten for somatisk spesialisthelsetjeneste i Helse Nord blir forbruksnivået lavere enn i Helse Vest og Helse Midt-Norge.

I forhold til andre regioner har Helse Nord den høyeste pasientraten for psykisk helsevern barn og unge PHV-BU, den laveste konsultasjonsraten innen psykisk helsevern for voksne og de desidert laveste konsultasjonsratene innen rusbehandling (TSB), dette til tross for en klar vekst i femårsperioden.

Samtidig har regionen flest utskrivinger innen PHV-V, og det nest høyeste nivået på oppholdsdøgn totalt for befolkningen (PHV-V).

Har forskjellene mellom regionene økt eller blitt redusert?

I figur 2.10 framstilles variasjonsbredden mellom regionene for ulike aktivitetsmål i 2010 og 2014 med utgangspunkt i de behovskorrigererte ratene. Figuren viser prosentvis avvik fra landsgjennomsnittet for den regionen som har det høyeste nivået (pluss-verdier) og den regionen som har det laveste nivået (negative verdier). Samlet sett uttrykker dermed lengden på søylene variasjonen mellom regionene i 2010 og 2014.

Som i tidligere år er det størst variasjon mellom regionene i behovsjusterte ratene for polikliniske konsultasjoner innen TSB og dernest utskrivingsraten for voksne innen psykisk helsevern. Forskjellene har blitt svakt redusert, men er fortsatt betydelige. Forskjellene i innleggesrater innen TSB synes å være sterkt redusert i femårsperioden. Det er klart mindre forskjeller mellom regionene for tjenestebruken innen somatisk sektor når vi ser på rater for døgnopphold og polikliniske konsultasjoner.

Datagrunnlag

Somatiske sykehus

Tallmaterialet i dette kapitlet bygger på pasientdata innrapportert til NPR.

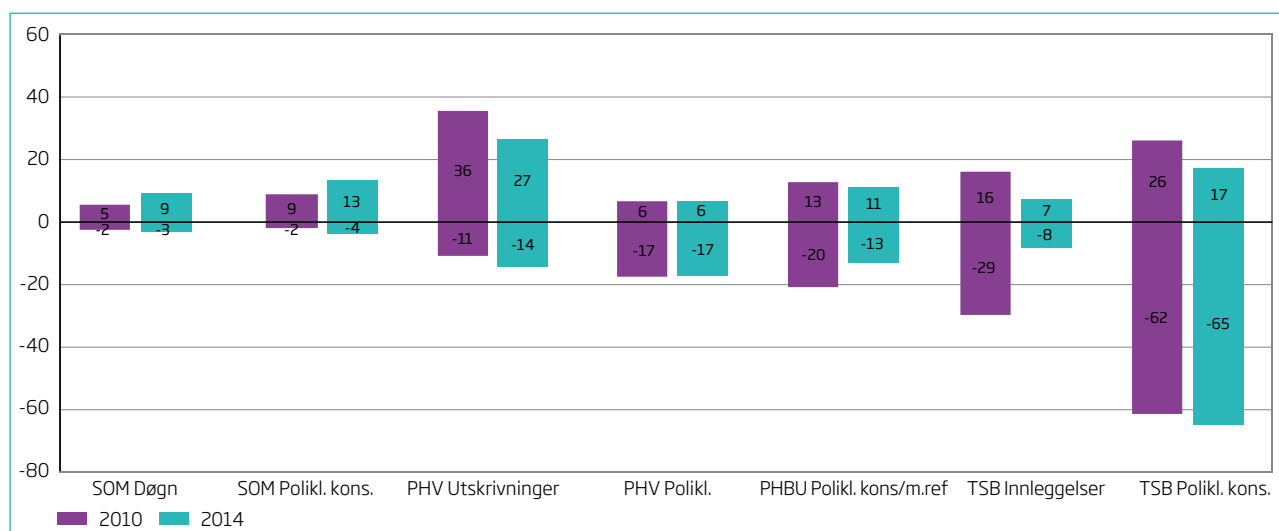
For data fra somatiske sykehus har det blitt utviklet en ny definisjon av behandlingsnivå/omsorgsnivå fra 2014. De viktigste endringene er knyttet til at:

- Dialysebehandling, kjemoterapi og stråleterapi med 0 liggedøgn defineres som poliklinisk kontakt
- All behandling som er klassifisert i en kirurgisk DRG med 0 liggedøgn inngår i dagkirurgi, uavhengig av om pasienten er registrert på poliklinikk eller som innlagt. Dette gjelder også private sykehus.
- Andre innleggelser med 0 liggedøgn inngår i kategorien «Innlagt med 0 liggedøgn».
- Alle døgnopphold har minst 1 liggedøgn. Døgnopphold med 0 liggedøgn inngår i overnevnte kategori «Innlagt med 0 liggedøgn».

Utfordringene i klassifiseringen av behandlingsnivå/omsorgsnivå har særlig vært knyttet til opphold med 0 liggedøgn. I 2014 ble DD-DRG-ene fjernet og det ble opprettet 10 nye DRG-er for kortvarige innleggelser uten overnatting. I den nye kategorien «Innlagte med 0 liggedøgn» inngår opphold for innlagte pasienter som skrives ut samme dag og som ikke grupperes som polikliniske konsultasjoner. Nesten halvparten er pasientene i denne gruppen var innlagt ved døgnavdeling som ø-hjelp og skrevet ut samme dag. Resten er elektive pasienter som legges inn og utskrives samme dag.

Den nye definisjonen gir en bedre oversikt over utviklingen i dag,- og døgnbehandling og brukes gjennomgående for data fra somatiske sykehus – også på data fra tidligere år. Den nye klassifiseringen

Figur 2.10 Prosentvis avvik fra landsgjennomsnittet for regioner med høyeste og laveste rater i 2010 og 2014.



betegnes som *aktivitetskategorier*. Definisjonen tas i bruk av NPR fra 2015.

I SAMDATA legges det stor vekt på å tilby sammenlignbar og standardisert informasjon, og det er også justert for systemendringer som påvirker sammenligninger av DRG-poengene på tvers av år. Ved hjelp av en årlig regrupping av data i ISF er det beregnet en prosentvis effekt av systemendring på DRG-poengene. For dette kapitlet er det beregnet regruppingeffekter for pasientregionene. Dette inkluderer alle produksjonseenheter – også private sykehus. I kapittel 4 om produktivitetsutviklingen og kapittel 7 om effektivitet og aktivitet⁷ er det beregnet regruppingeffekter for helseforetak, regioner og nasjonalt nivå eksklusive Bergen legevakt, Betanien Bergen, Oslo legevakt og private sykehus.

I 2014 var det relativt store endringer i regelverket (DRG-logikken). Det ble bl.a. innført en fellesnordisk definisjon av komplikasjonsegenskapene, d.v.s hvilke tilstander som regnes som kompliserende eller ei ved DRG-gruppering. Det ble også innført nye DRG-er for medikamentell kreftbehandling og for kortvarige innleggelser uten overnatting. Flere DRG-er fikk også ny kode med sikte på mer hensiktsmessig plassering i systemet. For ISF medførte regelverksendringene en nedskrivning av vektene fra året før på -0,2 prosent, men dette inkluderer uttak av poeng knyttet til pasientadministrative legemidler. For aktiviteten i sykehus har effekten motsatt fortegn og innebærer at vektene fra 2013 må oppjusteres med 0,29 prosent for Norge totalt. For pasienter bosatt i Helse Sør-Øst var effekten av regelverksendringer 0,23 prosent, mens tilsvarende tall for Helse Vest, Helse Midt-Norge og Helse Nord var henholdsvis 0,41, 0,26 og 0,39 prosent. Vektene for kirurgisk behandling økte mens de relative vektene for annen behandling ble noe redusert. Dette innebærer at aktiviteten som var tilknyttet kommunal medfinansiering øker mindre enn kirurgisk behandling.

I alle analyser i denne rapporten og beskrivelser av utviklingen i DRG-poeng er det tatt høyde for effekten av systemendring på DRG-poengene, men det er også klart at estimeringen tilbake til 2010

medfører betydelig usikkerhet. Tallene bør derfor tolkes med forsiktighet.

I 2014 økte ISF-refusjonen fra 40 til 50 prosent. Andelen kommunal medfinansiering var 20 prosent.

Avvik fra NPR sine publisering av tall for 2014 skyldes endret aktivitetskategorisering i SAMDATA.

Psykisk helsevern

Aktivitetsstatistikken for psykisk helsevern for voksne er i all hovedsak basert på pasientdata fra NPR. For et fåtall mindre institusjoner foreligger ikke pasientdata på individnivå for enkelte år. Vi har her benyttet manuelle oppgaver fra institusjonene.

Det er noen avvik mellom tall i denne rapporten og tall publisert av Norsk pasientregister for PHV. I SAMDATA brukes kun *refusjonsberettigede* konsultasjoner, dvs. konsultasjoner som utløser en eller flere takster fra HELFO, mens NPR rapporterer (alle) polikliniske kontakter. Differansen her utgjør ca 220 000 konsultasjoner i 2014 som ikke inkluderes i SAMDATA ettersom de ikke har utløst noen takstrefusjon fra HELFO. Det er også ulik avgrensing av psykisk helsevern kontra TSB. I SAMDATA gjennomgås datagrunnlaget sammenhold med regnskapsoppgavene. Virksomhet regnskapsført under TSB føres under TSB.

Enheter/helseforetak som har endret pasientadministrativt system fra BUP-data til DIPS rapporterer en markant lavere aktivitet (konsultasjoner/tiltak) etter konvertering til nytt system. Nedgangen gjelder spesielt aktivitetstypen utredning, men også i noen grad kontakter knyttet til behandling. For 2014-data gjelder dette Oslo Universitetssykehus og Sørlandet sykehus. Tidligere har andre enheter tatt i bruk DIPS som pasientadministrativt system, Helse Stavanger i 2010 og Vestre Viken HF, Helse Fonna og Helse Førde og to private institusjoner i Helse Sør-Øst i 2011, Helse Nord samt Helse Bergen i 2012 og Sykehuset Østfold HF og Telemark HF i 2013. Dette medfører at antall polikliniske tiltak for disse enhetene ikke er korrekte.

På bakgrunn av dette presenteres polikliniske konsultasjoner med takstrefusjon i stedet for tiltak, da dette i mindre grad er påvirket av overgangen til nytt datasystem enn polikliniske tiltak. Vi kan

7 Beregninger av kostnad per DRG-poeng, DRG-poeng 2010-14 og indeks for pasientsammensetning.

imidlertid ikke utelukke at også disse tallene er noe underrepresentert, da vurderingssamtaler, ettervern og telefonsamtaler i noen grad ikke fanges opp i nytt pasientdatasystem.

I beregning av døgnopphold, vil døgnopphold som starter samme dag som et eksisterende døgnopphold avsluttes, betraktes som ett sammenhengende opphold.

Data for avtalespesialistene er ikke komplette. NPR har estimert at data omfatter omlag 94 prosent av virksomheten. I enkelte tabeller har vi estimert pasienttall, korrigert for underrapportering. I andre tabeller benyttes de rapporterte tallene direkte.

For å beregne antall behandlede pasienter benyttes et felles kryptert personnummer på tvers av tjenester og institusjoner. For de data som foreligger, er registreringen av kryptert nummer nær komplett, over 99 prosent for alle datasettene.

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Aktiviteten for 2014 er basert på både pasientdata som er innrapportert til Norsk pasientregister (NPR) på NPR-meldingsformat og på institusjonsstatistikk som rapporteres til SSB på skjema 38. Dette er to ulike innrapporteringsveier som har felles utgangspunkt i institusjonenes pasientadministrative system. Fra 2004-2009 var aktivitetsstatistikken for sektoren TSB basert på samleoppgaver fra SSB (skjema 38). Fra og med 2009 ble pasientdata innrapportert til NPR og for 2010-2014 har vi benyttet begge datakilder for å anslå det totale aktivitetsnivået innen TSB.

Pasientdata fra NPR i 2011 dekker over 80 prosent av oppholdsdøgnene og innleggelsene og om lag tre fjerdedeler av den polikliniske aktiviteten. I 2012 dekker pasientdata 89 prosent av oppholdsdøgnene og innleggelsene og 78 prosent av den polikliniske aktiviteten. I 2013 er pasientdata lagt til grunn for 84 og 92 prosent av hhv døgnvirksomheten og den polikliniske virksomheten. For 2014 er 91 prosent av oppholdsdøgnene og 94 prosent av de polikliniske konsultasjonene dekket ved pasientdata innrapportert til NPR. For poliklinikkene som representerer den øvrige virksomheten er pasientdata kun delvis mangelfulle og vil kunne mangle noen pasienter. Avviket mellom Samdata og NPRs aktivitetsstatistikk som ble publisert medio april, utgjør for TSB sin del 614 avdelingsoppholdsdøgn og 2155 polikliniske konsultasjoner. Avviket beror på flere identifiserte TSB-enheter i pasientdata som legges til grunn for nasjonal statistikk i Samdata 2014. Enhetene som ikke er identifisert i NPR-sin publisering er ruspoliklinikkene ved Odda og Stord ved Helse Fonna, og akuttposten ved Skien ved Sykehuset i Telemark.

Bruk av pasientdata vil trolig underestimere antall døgnpasienter ved Sykehuset i Telemark og Nordlandssykehuset, men dersom pasientene har hatt en poliklinisk kontakt i løpet av året vil pasientene inngå via den polikliniske kontakten og dermed bidra til totaltallet for antall pasienter i TSB. I alt 230 pasienter er yngre enn 18 år. Ved beregning av pasientrater ekskluderes pasienter yngre enn 18 år.

Se forøvrig kapittel 10 for nærmere informasjon om datagrunnlaget.

Tabell 2.1 Bruk av spesialisthelsetjenester i Norge 2010-2014 (nasjonale tall).⁸

Norge totalt	2010	2011	2012	2013	2014	Pst endr. 2013-14	Pst endr. 2010-14
Somatisk spesialisthelsetjeneste per 1000 innbyggere							
Innlagt døgn ¹	160	160	160	158	157	-0,7	-2,1
Innleggelser O lgd (ikke-kir.) ²	32	30	29	28	27	-1,3	-15,2
Dagbehandling kirurgi ³	43	42	42	41	41	0,6	-4,1
Polikliniske konsultasjoner ⁴	1 009	1 023	1 042	1 050	1 075	2,4	6,5
Sum liggedøgn ⁵	783	765	728	706	693	-1,9	-11,5
Pasienter ⁶	353	356	356	355	360	1,3	1,8
Kons. private avtalespesialister ⁷			377	395	398	1,9	6,1*
Psykisk helsevern per 1000 innbyggere							
PHV-V Utskrivn. per 10 000 innb.	137	137	136	131	133	1,1	-3,3
PHV-V Oppholdsdøgn	349	333	311	287	277	-3,6	-20,7
PHV-V Polikliniske kons.	313	321	326	341	353	3,6	12,7
PHV-V kons. private avtalespes. ⁷	175	169	167	161	158	-1,5	-9,4
PHV-V Pasienter totalt ⁸	44	44	43	43	44	1,9	0,6
PHV-BU Pasienter totalt ⁸	50	51	51	51	51	-0,1	1,0
PHV-BU Polikl. kons. m/ref. ⁹	635	644	649	677	696	2,8	8,0
PHV-BU Kons. private avtalespes. ⁷			25,4	24,9	24,3	-2,5	-4,4*
PHV-BU Utskrivin. per 10 000 innb.	21	22	23	25	25	0,5	19
PHV-BU Oppholdsdøgn	75	69		70	72	2,6	-3,9
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling per 1000 innbyggere 18 år og over							
Innleggelser per 10 000 innb.	33	34	33	33	34	3,7	1,1
Oppholdsdøgn	151	153	148	143	145	1,3	-3,9
Polikliniske konsultasjoner	69	80	89	91	97	5,8	40,2
Pasienter				7,4	7,5	1,4	-

Tabellnoter for tabellene 2.1-2.5 er plassert etter tabell 2.5

*Endring fra 2012-2014

8 Se forklaring på avvik fra aktivitetsdata publisert av Norsk pasientregister i avsnittet om datagrunnlag

Tabell 2.2 Bruk av spesialisthelsetjenester for befolkningen i Helse Sør-Øst 2010-2014.⁹

Helse Sør-Øst	2010	2011	2012	2013	2014	Pst endr. 2013-14	Pst endr. 2010-14
Somatisk spesialisthelsetjeneste per 1000 innbyggere							
Innlagt døgn ¹	158	156	156	153	153	-0,5	-3,2
Innleggelser 0 lgd (ikke kir.) ²	37	33	32	31	31	-0,1	-14,6
Dagbehandling kirurgi ³	41	40	39	38	39	0,1	-5,5
Polikliniske konsultasjoner ⁴	996	1004	1017	1019	1040	2,1	4,4
Sum liggedøgn ⁵	759	735	694	673	662	-1,6	-12,8
Pasienter ⁶	342	346	344	343	347	1,1	1,6
Kons. private avtalespesialister ⁷			445	465	471	1,3	5,8*
Psykisk helsevern per 1000 innbyggere							
PHV-V Utskrivn. per 10 000 innb.	126	124	123	117	117	0,1	-7,6
PHV-V Oppholdsdøgn	347	331	300	267	260	-2,4	-25,0
PHV-V Polikliniske kons.	316	324	327	347	359	3,6	13,6
PHV-V kons. private avtalespes. ⁷	219	211	212	200	196	-2,3	-10,4
PHV-V Pasienter totalt ⁸	45	45	44	44	45	1,8	-1,7
PHV-BU Pasienter totalt ⁸	52	52	52	52	50	-2,9	-2,7
PHV-BU Polikl. kons. m/ref. ⁹	681	685	694	721	714	-1,0	4,2
PHV-BU Kons. private avtalespes. ⁷			31,5	30,0	31,0	3,5	-1,4*
PHV-BU Utskrivn. per 10 000	14	13	13	18	20	11,9	46,3
PHV-BU Oppholdsdøgn	77	66		77	81	5,8	5,2
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling per 1000 innbyggere 18 år og over							
Innleggelser per 10 000 innb.	40,8	38,0	35,4	34,4	36,0	4,3	-11,9
Oppholdsdøgn	160	156	151	146	151	3,3	-6,0
Polikliniske konsultasjoner	91	95	106	105	111	5,3	20,9
Pasienter				8,7	8,7	0,0	-

Tabellnoter for tabellene 2.1-2.5 er plassert etter tabell 2.5

*Endring fra 2012-2014

Tabell 2.3 Bruk av spesialisthelsetjenester for befolkningen i Helse Vest 2010-2014.¹⁰

Helse Vest	2010	2011	2012	2013	2014	Pst endr. 2012-13	Pst endr. 2009-13
Somatisk spesialisthelsetjeneste per 1000 innbyggere							
Innlagt døgn ¹	157	159	161	160	159	-0,5	1,3
Innleggelser 0 lgd (ikke-kir.) ²	25	28	26	25	23	-5,0	-7,1
Dagbehandling kirurgi ³	40	39	39	39	39	-0,7	-3,0
Polikliniske konsultasjoner ⁴	926	930	964	982	1 015	3,3	9,6
Sum liggedøgn ⁵	799	794	767	743	726	-2,4	-9,1
Pasienter ⁶	341	344	347	347	353	1,7	3,4
Kons. private avtalespesialister ⁷			308	337	335	-0,6	8,0*
Psykisk helsevern per 1000 innbyggere							
PHV-V Utskrivn. per 10 000 innb.	145	145	145	147	151	2,8	4,1
PHV-V Oppholdsdøgn	374	356	346	340	320	-5,9	-14,4
PHV-V Polikliniske kons.	273	282	291	295	304	3,3	11,5
PHV-V Kons. private avtalespes. ⁷	169	159	161	156	156	-0,2	-7,9
PHV-V Pasienter totalt ⁸	41	41	41	41	42	3,2	3,0
PHV-BU Pasienter totalt ⁸	44	45	45	45	48	5,6	9,5
PHV-BU Polikl. kons. m/ref. ⁹	505	505	492	530	577	8,9	14,4
PHV-BU Kons. private avtalespes. ⁷			25,9	29,4	25,7	-12,4	-0,6*
PHV-BU Utskrivn. per 10 000 innb.	24	28	31	30	26	-14,6	5,1
PHV-BU Oppholdsdøgn	61	62	58	54	49	-10,9	-20,3
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling per 1000 innbyggere 18 år og over							
Innleggelser per 10 000 innb.	22	26	28	29	30	3,9	39,2
Oppholdsdøgn	135	146	145	144	151	4,4	11,6
Polikliniske konsultasjoner	50	81	97	99	103	4,6	106,0
Pasienter				6,8	7,1	4,4	--

Tabellnoter for tabellene 2.1-2.5 er plassert etter tabell 2.5

*Endring fra 2012-2014

10 Se forklaring på avvik fra aktivitetsdata publisert av Norsk pasientregister i avsnittet om datagrunnlag.

Tabell 2.4 Bruk av spesialisthelsetjenester for befolkningen i Helse Midt-Norge 2010-2014.¹¹

Helse Midt-Norge	2010	2011	2012	2013	2014	Pst endr. 2013-14	Pst endr. 2010-14
Somatisk spesialisthelsetjeneste per 1000 innbyggere							
Innlagt døgn ¹	161	160	159	158	156	-1,8	-3,2
Innleggelser 0 lgd (ikke-kir.) ²	23	19	19	18	18	-0,9	-21,7
Dagbehandling kirurgi ³	51	50	52	50	52	3,6	1,3
Polikliniske konsultasjoner ⁴	1 115	1 157	1 180	1 205	1 239	2,8	11,1
Sum liggedøgn ⁵	776	761	728	709	689	-2,8	-11,1
Pasienter ⁶	368	369	369	370	378	2,0	2,5
Kons. private avtalespesialister. ⁷			277	298	319	7,0	15,2*
Psykisk helsevern per 1000 innbyggere							
PHV-V Utskrivn. per 10 000 innb.	137	138	142	138	142	2,7	4,1
PHV-V Oppholdsdøgn	307	291	276	265	253	-4,5	-17,5
PHV-V Polikliniske kons.	349	364	369	381	400	5,0	14,5
PHV-V Kons. private avtalespes. ⁷	75	73	66	68	64	-6,6	-15,6
PHV-Pasienter totalt ⁸	41	43	43	43	43	0,5	3,8
PHV-BU Pasienter totalt ⁸	44	47	49	51	53	3,5	18,9
PHV-BU Polikl. kons. m/ref. ⁹	600	637	695	718	793	10,5	32,1
PHV-BU Kons. private avtalespes. ⁷			11,1	11,2	8,9	-21,0	-20,3*
PHV-BU Utskrivin. per 10 000 innb.	36	34	36	34	33	-2,1	-7,3
PHV-BU Oppholdsdøgn	66	63	54	48	449	1,1	-26,3
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling per 1000 innbyggere 18 år og over							
Innleggelser per 10 000 innb.	26	34	32	33	33	-0,2	27,3
Oppholdsdøgn	143	147	136	136	132	-2,9	-8,0
Polikliniske konsultasjoner	35	44	49	68	74	9,5	112,2
Pasienter				5,5	5,7	3,6	-

Tabellnoter for tabellene 2.1-2.5 er plassert etter tabell 2.5

*Endring fra 2012-2014

11 Se forklaring på avvik fra aktivitetsdata publisert av Norsk pasientregister i avsnittet om datagrunnlag.

Tabell 2.5 Bruk av spesialisthelsetjenester for befolkningen i Helse Nord 2010-2014.

Helse Nord	2010	2011	2012	2013	2014	Pst endr. 2013-14	Pst endr. 2010-14
Somatisk spesialisthelsetjeneste per 1000 innbyggere							
Innlagt døgn ¹	173	172	172	170	170	-0,3	-2,0
Innleggelser 0 lgd (ikke-kir.) ²	32	31	27	23	23	-3,4	-28,6
Dagbehandling kirurgi ³	46	45	45	43	43	0,5	-6,8
Polikliniske konsultasjoner ⁴	1 092	1 126	1 145	1 135	1 158	2,1	6,1
Sum liggedøgn ⁵	868	858	804	780	773	-2,9	-12,3
Pasienter ⁶	403	406	404	401	402	0,2	-0,4
Kons. private avtalespesialister. ⁷			205	229	241	5,2	17,6*
Psykisk helsevern per 1000 innbyggere							
PHV-V Utskrivn. per 10 000 innb.	185	190	187	174	170	-2,6	-8,5
PHV-V Oppholdsdøgn	367	358	353	324	309	-4,7	-15,8
PHV-V Polikliniske kons.	329	322	334	348	352	1,2	6,8
PHV-V Kons. private avtalespes. ⁷	73	78	65	70	74	6,0	2,4
PHV-V Pasienter totalt ⁸	42	44	43	44	44	0,1	5,4
PHV-BU Pasienter totalt ⁸	69	68	67	61	60	-0,5	-12,7
PHV-BU Polikl. kons. m/ref. ⁹	718	743	696	701	726	3,5	1,2
PHV-BU Kons. private avtalespes. ⁷			3,6	3,7	2,8	-24,1	-22,0*
PHV-BU Utskrivn. per 10 000 innb.	33	40	39	40	42	4,1	27,0
PHV-BU Oppholdsdøgn	100	105	111	96	104	8,4	3,9
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling per 1000 innbyggere 18 år og over							
Innleggelser per 10 000 innb.	26	26	32	30	31	4,5	19,2
Oppholdsdøgn	146	162	158	140	123	-12,2	-15,9
Polikliniske konsultasjoner	27	37	28	31	34	9,2	26,7
Pasienter				4,0	4,0	0,0	-

Tabellnoter for tabellene 2.1-2.5 er plassert etter tabell 2.5

*Endring fra 2012-2014

Tabellnoter tabell 2.1-2.5:

- 1 Innleggelser hvor pasienten har minst 1 overnatting
- 2 Består av planlagte dagpasienter og pasienter innlagt som øyeblikkelig hjelp uten overnatting.
- 3 Dagbehandling kirurgi inkluderer all dagkirurgi, også pasienter som er innlagt for dagkirurgi.
- 4 Polikliniske konsultasjoner inklusive dialyse, stråleterapi, kjemoterapi og rehabilitering uten overnatting.
- 5 Liggedagsratene er beregnet med utgangspunkt i døgnoppholdene og inkluderer ikke dagbehandling. Kun pasienter med overnatting inngår.
- 6 Inkluderer ikke pasienter behandlet hos avtalespesialister eller avtalespesialister som inngår i ISF.
- 7 Tall for totalt antall konsultasjoner hos private avtalespesialister er estimert.
- 8 Inkluderer pasienter behandlet hos avtalespesialister og offentlige institusjoner. Totalt antall pasienter hos avtalespesialister er estimert.
- 9 Enheter/helseforetak som har endret pasientadministrativt system fra BUP-data til DIPS rapporterer en markant lavere aktivitet (konsultasjoner/tiltak) etter konvertering til nytt system. Se nærmere beskrivelse av enheter under datagrunnlag.
- 9 Inkluderer kun refusjonsberettigede konsultasjoner. Tallene avviker derfor fra tidligere publiserte tall for polikliniske konsultasjoner (tiltak) i psykisk helsevern for barn og unge.

12 Se forklaring på avvik fra aktivitetsdata publisert av Norsk pasientregister i avsnittet om datagrunnlag.

Tabell 2.6 Rater for bruk av spesialisthelsetjenester i 2010 og 2014 korrigert for behov (NOU 2008:2).

	År	Helse Sør-Øst	Helse Vest	Helse Midt-Norge	Helse Nord	Totalt
Somatisk spesialisthelsetjeneste per 1000 innb.						
Innlagt døgn	2010	157	169	158	159	160
	2014	152	171	153	153	157
Innleggelser 0 lgd (ikke-kir.)	2010	37	27	22	29	32
	2014	31	25	17	20	27
Dagbehandling (kir.)	2010	41	43	51	42	43
	2014	38	42	51	39	41
Polikliniske kons.	2010	991	993	1 097	1 001	1 009
	2014	1 037	1 089	1 218	1 045	1 075
DRG-poeng korr. systemendr.	2010	263	264	269	253	264
	2014	267	279	280	254	271
Pasienter	2010	340	366	362	370	353
	2014	346	379	371	363	360
Psykisk helsevern per 1000 innbyggere						
PHV-V Utskrivn. per 10 000 innb.	2010	123	152	143	186	137
	2014	114	158	148	168	133
PHV-V Oppholdsdøgn	2010	337	391	322	369	349
	2014	254	335	264	306	277
PHV-V Polikliniske kons. (inkl. avtalespes.)	2010	520	463	446	404	488
	2014	541	482	482	422	511
PHV-V Pasienter totalt (inkl. avtalespes.)	2010	44	43	43	42	44
	2014	43	44	45	44	44
PHV-BU Pasienter totalt (inkl. avtalespes.)	2010	50	46	47	69	50
	2014	49	50	55	60	51
PHV-BU Polikliniske kons. (tiltak)	2010	681	505	600	718	635
	2014	697	604	774	719	696
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling per 1000 innb. 18 år og over						
Oppholdsdøgn	2010	152	148	156	146	151
	2014	143	165	144	123	145
Innleggelser	2010	39	24	28	26	33
	2014	34	33	36	31	34
Polikliniske kons.	2010	87	55	38	27	69
	2014	105	113	81	34	97

Tabell 2.7 Estimerte rater per 1000 innbygger for DRG-poeng (somatikk) 2010-2014 etter pasientregion, korrigert for systemendringer i ISF fra 2010-2014.

		2010	2011	2012	2013	2014	Pst endr. 2013-14	Pst endr. 2010-14
Norge totalt	DRG-poeng ukorrigert	264	266	268	267	271	1,2	2,5
	DRG-poeng korr systemendr	265	267	270	268	271	0,9	2,0
	DRG-poeng korr systemendr og behov	265	267	270	268	271	0,9	2,0
Helse Sør-Øst	DRG-poeng ukorrigert	265	265	267	263	267	1,8	1,0
	DRG-poeng korr systemendr	266	265	267	265	267	0,9	0,6
	DRG-poeng korr systemendr og behov	264	264	266	264	267	0,8	0,8
Helse Vest	DRG-poeng ukorrigert	246	250	255	257	260	1,2	5,5
	DRG-poeng korr systemendr	250	252	258	258	260	0,8	3,9
	DRG-poeng korr systemendr og behov	268	271	276	276	279	1,1	4,0
Helse Midt-Norge	DRG-poeng ukorrigert	273	278	279	278	285	2,3	4,2
	DRG-poeng korr systemendr	272	279	281	279	285	2,0	4,6
	DRG-poeng korr systemendr og behov	266	273	274	273	280	2,5	5,1
Helse Nord	DRG-poeng ukorrigert	276	282	282	280	281	0,6	2,1
	DRG-poeng korr systemendr	277	284	285	281	279	-0,5	0,9
	DRG-poeng korr systemendr og behov	251	257	257	253	254	0,4	1,2

3. Kostnader i spesialisthelsetjenesten

Totale driftskostnader til spesialisthelsetjenesten var på 128 mrd kroner i 2014. Fra 2010 til 2014 var den samlede realveksten på 5,3 prosent, hvorav 3,4 prosent var vekst siste år. Det var større vekst i spesialisthelsetjenesten i 2014 enn øvrige år i femårsperioden. Dette henger sammen med større bevilgning i statsbudsjettet for 2014 enn tidligere år.

Befolkningsveksten fra 2010 til 2014 var på 5 prosent, og kostnadsnivået per innbygger var dermed stabilt i perioden. Somatiske spesialisthelsetjenester, tverrfaglig spesialisert rusbehandling og psykisk helsevern for barn og unge hadde vekst i kostnad per innbygger i femårsperioden, mens kostnader til psykisk helsevern for voksne gikk ned.

Kostnad per innbygger i tiårsperioden 2004 til 2014 hadde realvekst på omtrent 3 prosent. Kostnader til somatisk spesialisthelsetjeneste per innbygger gikk ned i perioden, mens kostnader til tverrfaglig spesialisert rusbehandling og psykisk helsevern økte. Dette er i tråd med opptrappingsplanen som gjaldt for deler av perioden. Etter opptrappingsplanens slutt har veksten avtatt og gått tilbake for psykisk helsevern for voksne.

3.1 INNLEDNING

I 2014 var totale driftskostnader til spesialisthelsetjenesten på 128 mrd kroner, korrigert for prisvekst tilsvarer dette en økning på 5,3 prosent fra 2010 til 2014. Mye av veksten kom siste år med 3,4 prosent. Befolkningsveksten i femårsperioden var på 5 prosent, og korrigert for dette økte kostnad per innbygger marginalt med 0,3 prosent. Det var variasjoner mellom regionene i utviklingen i kostnad per innbygger i femårsperioden. Helse Sør-Øst hadde en nedgang på 1,3 prosent for spesialisthelsetjenesten totalt, mens de øvrige regionene hadde kostnadsvekst fra 1,5 til 2,7 prosent. Helse Vest hadde den største veksten i perioden.

Fra 2004 til 2014 økte de totale driftskostnadene til spesialisthelsetjenesten med 15,4 prosent¹³. Korrigert for befolkningsøkningen i samme periode var det en netto vekst på 2,9 prosent. Veksten var størst for ambulansetjenester og pasienttransport

(56,6 prosent). I tiårsperioden var det også en betydelig vekst for psykisk helsevern og TSB på 10,7 prosent per innbygger.

Kostnadsvekst i somatisk spesialisthelsetjeneste i 2014

Somatisk spesialisthelsetjeneste hadde totale driftskostnader på 91,1 mrd kroner i 2014, en realvekst på 6 prosent fra 2010 til 2014. Korrigert for befolkningsveksten på 5 prosent i femårsperioden så økte kostnad per innbygger med omtrent en prosent. Realvekst per innbygger i femårsperioden kommer av økning siste år, hvor kostnadsveksten var 3 prosent større enn befolkningsveksten. Figur 3.2 viser hvordan kostnad per innbygger til somatisk spesialisthelsetjeneste gikk ned hvert år fra 2010 til 2013, og opp igjen i 2014. Selv om kostnad per innbygger var høyere i 2014 enn i 2010, så er nivået fortsatt 0,7 prosent lavere enn i 2004.

Pensjonskostnadene økte mye i femårsperioden, og utgjorde 15 mrd kroner i 2014. Veksten i pensjons-

13 Korrigert for prisvekst og nye oppgaver i spesialisthelsetjenesten.

kostnader bidrar til kostnadsvekst i spesialisthelsetjenesten, og avsetninger til pensjon utgjorde nesten 12 prosent av kostnadene i 2014. Tabell 3.3 og 3.4 viser totale driftskostnader og realendring med og uten pensjon. Fra 2010 til 2014 økte pensjonskostnadene med 9,4 prosent. Dersom pensjonskostnadene ekskluderes går veksten i femårsperioden ned fra 5,3 til 3,3 prosent.

Nedgang i kostnader til psykisk helsevern

Psykisk helsevern hadde 22,3 mrd kroner i kostnader i 2014, en nedgang på 0,4 prosent fra 2010. Samtidig vokste befolkningen med 5 prosent, og korrigert for dette gikk kostnadene til psykisk helsevern ned med 5,2 prosent fra 2010. Som følge av dette reduseres kostnadsandelen til psykisk helsevern fra 21,7 til 21,0 prosent fra 2010 til 2014. Endringstall til psykisk helsevern blir i større grad enn andre sektorer påvirket av at pensjonskostnadene elimineres. Dette henger sammen med stor andel pensjonskostnader til denne sektoren.

Det er omfordelinger innad i psykisk helsevern, og nedgangen gjelder psykiatriske sykehus for voksne. Både kostnader til DPS-ene og psykisk helsevern for barn og unge økte. Innen psykisk helsevern for voksne økte kostnadsandelen til DPS-ene i perioden, og var siste år på 42 prosent. Det er variasjoner mellom regioner, og Helse Sør-Øst hadde 38 prosent av kostnadene knytte til DPS-ene mens andelen var på 54 prosent i Helse Nord.

Kostnadsvekst i TSB

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling hadde totale driftskostnader i 2014 på 4,6 mrd kroner, en realvekst på 15,2 prosent fra 2010. Justert for befolkningsveksten på 6,2 prosent for innbyggere 18 år og eldre, ga dette en økning på 8,5 prosent. Rusbehandling hadde den største veksten blant alle tjenesteområdene i både femårsperioden og siste år. Fra 2010 til 2012 var det vekst i kostnad per innbygger til rusbehandling, men denne gikk litt tilbake i 2013, og økte igjen med 3,7 prosent siste år. Veksten gjelder alle regioner med unntak av Helse Nord.

3.2 DATAGRUNNLAG OG DEFINISJONER

Datagrunnlaget for kostnadsutviklingen som presenteres i dette kapitlet er driftsregnskap som helseforetakene og avtaleinstitusjoner innenfor spesialisthelsetjenesten rapporterer til Statistisk Sentralbyrå (SSB) for perioden 2004 til 2014. Alle kostnader som inngår i resultatregnskapet er inkludert i grunnlaget, og kostnadene er fordelt mellom de ulike tjenesteområdene i henhold til gjeldende funksjonskontoplan. Også felleskostnader er fordelt før innrapportering til SSB¹⁴. «Håndbok for rapportering av regnskapsdata for helseforetak og regionale helseforetak 2014»¹⁵ gir en nærmere beskrivelse av retningslinjer for rapportering til SSB. Helsedirektoratet har stått for tilrettelegging av datagrunnlaget og har samarbeidet med SSB om kvalitetssikring av rapporterte regnskapstall for perioden 2009 til 2014. Data for perioden 2004 til 2008 er kvalitetssikret i samarbeid mellom SSB og Sintef, og er utlevert til Helsedirektoratet fra Sintef.

SSB publiserer årlig kostnadstall for spesialisthelsetjenesten i Statistikkbanken. Her legges imidlertid en annen definisjon av totale driftskostnader til grunn enn den som benyttes i Samdatas analyser. Dette gir avvik mellom Samdata og SSB i beregnede kostnader til spesialisthelsetjenesten selv om grunnlaget for beregninger er det samme. Avviket i totale kostnader er knyttet til følgende forhold:

- SSB inkluderer totale driftskostnader for private institusjoner med kjøpsavtale som rapporterer egne regnskap til SSB, mens Samdata bare inkluderer den delen av aktiviteten som er finansiert gjennom de offentlige helseforetakene samt polikliniske refusjoner. Dette genererer en differanse på 1,2 mrd. kroner for 2014 med høyere tall for SSB. Avviket gjelder aktivitet som finansieres av kommuner, fylkeskommuner, helseforsikringer eller privat betaling.
- SSB ekskluderer lønnsrefusjoner på kontokodegruppe 5 fra sine driftskostnader mens dette vil inngå som et fradrag i driftskostnadene hos Samdata.

14 Fordelingsnøklerne vil variere noe mellom de ulike foretakene og har også endret seg i perioden uten at det har vært mulig å korrigere for dette fullt ut. Dette kan påvirke det relative kostnadsnivået mellom ulike tjenesteområder.

15 <http://www.ssb.no>

- SSB gjør ikke korreksjoner i rapportert regnskap som følge av endringer i regelverket for beregning av pensjonskostnader. For 2014 var det negative pensjonskostnader grunnet planendringseffekten, noe Samdata har valgt å justere for ved å legge til regnskapsført planendringseffekt. Dette utgjør et avvik på 17,5 mrd kroner, hvor Samdata har høyere kostnader enn SSB.

Av- og nedskrivninger

Av- og nedskrivninger på kontokode 60 og tap på kontokode 78 omtales i fremstillingene som av- og nedskrivninger. Disse kostnadene inngår i driftskostnadene med mindre annet er spesifisert spesielt og utgjorde til sammen 5 mrd kroner i 2014.

Pensjonskostnader

Selv om avsetning til pensjon er en kostnad som vil være påvirket av forhold foretakene i liten grad kan styre, er denne kostnadskomponenten en del av foretakenes lønnskostnader og pensjon inngår i kostnadstall presentert i Samdata¹⁶. Totale pensjonskostnader for 2014 var på 15 mrd kroner, se tabell 3.1. Kostnader til pensjon kan variere betydelige fra år til år, og endringen er langt på vei uavhengig av aktivitet, prioriteringer eller økonomisk styring. Foretakenes kostnader til pensjon har også økt mer enn andre kostnadskomponenter siste tiårsperiode. I noen grad vil derfor rapporten presentere kostnader eksklusive pensjon. Dette er spesifisert spesielt der det er aktuelt.

Pensjonskostnader i regnskapsåret 2014 var sterkt påvirket av endringer i pensjonsforutsetningene, hvor innføring av levealderjustering førte til en samlet regnskapsført pensjonskostnad på -2,7 mrd kroner dette året. Levealderjusteringen fører til at ansatte vil få utbetalt lavere pensjon en tidligere antatt, noe som igjen fører til lavere pensjonsforpliktelse for helseforetakene. Dette gjelder også private avtaleinstitusjoner som har offentlig

tjenestepensjonsordning. Nivå på resultatført planendring fremkommer i foretakenes årsregnskap, og Samdata har valgt å legge til denne størrelsen ved beregning av pensjonskostnader i 2014. Pensjonskostnader beregnes dermed til å være summen av regnskapsført pensjonskostnad (konto 541 og konto 542) og resultatført planendringseffekt for 2014. Endringen i pensjonskostnader fra 2013 til 2014 var på 9,4 prosent for landet samlet når planendringen er hensyntatt. Helse Sør-Øst hadde lavest vekst i pensjonskostnader med 4,9 prosent, mens de øvrige regionene hadde en vekst på mellom 13,9 og 18,5 prosent.

Tabell 3.1 Pensjonskostnader fordelt på region, med og uten planendringseffekt, for sektorene samlet i 2014. Millioner kroner og realendring.

Region	2014			Prosent realendring pensjonskostnad 2013-2014
	Pensjonskostnad ¹	Herav: Regnskapsført pensjonskostnad	Herav: Planendringseffekt	
Helse Sør-Øst	8 062	-1 304	9 366	4,9
Helse Vest	2 968	-519	3 487	14,8
Helse Midt-Norge	2 194	-517	2 711	13,9
Helse Nord	1 562	-399	1 961	18,5
Totalt	14 787	-2 739	17 525	9,4

1) Pensjonskostnad er summen av regnskapsført pensjonskostnad (konto 541 og 542) og resultatført planendringseffekt for helseforetak og avtaleinstitusjoner.

Regionale kostnader

Regionale kostnader til spesialisthelsetjenester inkluderer kjøp samt driftstilskudd til private aktører, og er korrigert for gjestepasienttoppgjør. De vil dermed omfatte alle kostnader knyttet til behandling av innbyggere i regionens eget opptaksområde, uavhengig av behandlingssted. De kostnadene som foretakene spesifiserer for kjøp av helsetjenester balanserer ikke nøyaktig på nasjonalt nivå med spesifiserte inntekter knyttet til salg av helsetjenester hos helseforetak og private tilbydere. Summen av gjestepasientkorrigerte driftskostnader i regionene (jf. tabell 3.21) vil derfor avvike noe i forhold til summen av driftskostnader nasjonalt. Vi ser at deler av denne ubalansen skyldes at gjestepasientkostnader og gjestepasientinntekter har ulik funksjonsfordeling hos betaler og mottaker.

¹⁶ Pensjonsreformen som ble vedtatt i 2010 reduserte helseforetakenes pensjonsforpliktelser. Av årsmeldingene fra de regionale helseforetakene fremgår det at besparelsen som følge av planendringen ble regnskapsført i samme regnskapsperiode som planendringen ble vedtatt. Dette innebærer at regnskapsførte pensjonskostnader ble redusert fra ca. 9 mrd i 2009 til 0 i 2010. Regnskapstall for spesialisthelsetjenesten viser derfor betydelig nedgang i driftskostnader fra 2009 til 2010. Av hensyn til sammenlignbart nivå på kostnader over tid har Samdata valgt å estimere pensjonskostnader for 2010 og legge dette til kostnadsgrunnlaget for dette året. Pensjonskostnadene er estimert ved gjennomsnittet av rapporterte pensjonskostnader for 2009 og 2011.

Dette gjelder spesielt innenfor psykisk helsevern og mellom psykisk helsevern og TSB.

I analyser av regionale forskjeller beregnes kostnad per innbygger. For tverrfaglig spesialisert rusbehandling og psykisk helsevern for voksne beregnes kostnad per innbygger 18 år og eldre. For psykisk helsevern for barn og unge beregnes kostnad per innbygger 0 – 18 år. For øvrige tjenestoområder og psykisk helsevern samlet beregnes kostnad per innbygger uten alderskutt. Befolkningsveksten i perioden 2010 til 2014 var på 5,0 prosent, 6,2 prosent for innbyggere 18 år og eldre og 1 prosent for innbyggere 0 – 18 år.

Priskorrigerings og valg av deflator

Alle endringstall som presenteres i kapitlet er korrigert for prisvekst. Korreksjonen er gjort i henhold til vektet prisindeks for arbeid- og produktinnsats i statlige helsetjenester som er en sammenvektning av vekst i lønnskostnad per timeverk og beregnet vekst i varekostnader. Pensjonskostnadene er inkludert i kostnader til lønn i beregnet lønnsvekst, og faste priser presentert i rapporten vil dermed korrigere for mervekst i pensjon de siste årene.

Prisindeksen er gjengitt i tabell 3.2 og viser årlig og akkumulert prisvekst for perioden 2004 til 2014. Indeksen er levert av SSB. Akkumulert prisvekst fra 2010 til 2014 er beregnet til 17,9 prosent, mens beregnet prisvekst fra 2013 til 2014 er på 3,5 prosent.

3.3 NASJONALE UTVIKLINGSTREKK I PERIODEN 2010 - 2014

Totale driftskostnader til spesialisthelsetjenesten var på 128 mrd kroner i 2014. Av- og nedskrivningskostnader og pensjonskostnader inngår i beløpet, og utgjorde henholdsvis 5 og 15 mrd kroner. 71,2 prosent av kostnadene var knyttet til somatisk spesialisthelsetjeneste, mens 21 prosent av kostnadene gikk til psykisk helsevern og rus. Ambulanse, pasienttransport, personalpolitiske tiltak samt administrative oppgaver var knyttet til de resterende 7,8 prosentene. Andelen kostnader til somatisk spesialisthelsetjeneste, ambulanse og pasienttransport økte noe fra 2010 til 2014, mens det var tilsvarende nedgang for de øvrige tjenestoområdene.

Korrigert for prisvekst økte kostnadene til spesialisthelsetjenesten med 5,3 prosent fra 2010 til 2014, hvorav 3,4 prosent var kostnadsvekst siste år (tabell 3.3). Det var stor vekst i pensjonskostnader fra 2013 til 2014 på 9,4 prosent. Veksten i pensjonskostnader påvirker endringene i kostnader, og totale driftskostnader eksklusive pensjonskostnader økte med 3,3 prosent fra 2010 til 2014 og 2,7 prosent siste år (tabell 3.4). Når pensjonskostnader ekskluderes fra kostnadsgrunnlaget blir veksten lavere for alle tjenestoområdene, men påvirkes i ulik grad. Spesielt kostnader til psykisk helsevern endres siste år, og veksten går fra å være 0,7 prosent (med pensjonskostnader) til -0,6 prosent (eksklusive pensjonskostnader).

Tabellene 3.3 til 3.6 gir oversikt over kostnadsfordelingen mellom tjenestoområder samt kostnadsutviklingen fra 2010 til 2014. I femårsperioden var kostnadsveksten i prosent størst for TSB (15,2 prosent) og ambulansetjenester (13,7 prosent). Kostnader til somatisk spesialisthelsetjeneste økte med 6 prosent, og målt i kroner var dette den største endringen fra 2010. Veksten i somatisk spesialisthelsetjeneste gjelder spesielt

Tabell 3.2 Vektet prisindeks for arbeids- og produktinnsats i statlige helsetjenester for perioden 2004 - 2014.

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Årlig deflator	1,029	1,042	1,080	1,060	1,027	1,025	1,055	1,040	1,039	1,035	1,000
Akkumulert prisvekst	1,522	1,479	1,420	1,315	1,240	1,208	1,179	1,117	1,075	1,035	1,000

økning siste år med 4,2 prosent. I 2014 ble denne sektoren tilført 300 mill kroner for nye oppgaver knyttet til H-resept på kreftlegemidler. Denne budsjettstyrkingen utgjorde 0,4 prosent av veksten samme år.

Kostnader til psykisk helsevern hadde en vekst fra 2013 til 2014 på 0,7 prosent, men for femårsperioden samlet var det en nedgang i kostnader på 0,4 prosent. Nedgangen fra 2010 til 2014 kom fra psykiatriske sykehus, som gikk ned med 6 prosent. DPS-ene og psykisk helsevern for barn og unge gikk opp i samme periode, men den samlede endringen viser likevel en nedgang for psykisk helsevern totalt. I 2014 utgjorde DPS-ene 42 prosent av kostnadene til psykisk helsevern for voksne, mot en kostnadsandel på 39 prosent i 2010.

Kostnader til pasienttransport økte med 5,5 prosent fra 2010 til 2014. Kostnader til personalpolitiske tiltak¹⁷ hadde en nedgang på 23,3 prosent, men endringen utgjør ikke mye i kroner da personalpolitiske tiltak utgjør 0,2 prosent av kostnadene i spesialisthelsetjenesten. Kostnader til RHF-administrasjon økte med 5,5 prosent i femårsperioden samlet, men hadde en nedgang siste år.

Tabell 3.7 og figur 3.2 viser kostnadsnivå og utvikling for ulike tjenesteområder, hvor det i tillegg til prisjustering (17,9 prosent fra 2010-2014) også

17 Personalpolitiske tiltak gjelder personalboliger, barnehager og finans- og årsresultat.

korrigeres for befolkningsvekst (5 prosent fra 2010-2014). Effekten av korreksjonene er illustrert i figur 3.1. Effekten av å trekke ut pensjonskostnader og av- og nedskrivninger er også med i figur 3.1. For tjenesteområdene totalt var kostnad per innbygger 24 774 kroner i 2014, en marginal økning på 0,3 prosent i femårsperioden. Veksten kommer siste år, da det var nedgang for mange tjenesteområder fra 2010 til 2013. Figur 3.2 viser at det har vært ulik kostnadsutvikling for sektorene fra 2010 til 2014. Psykisk helsevern for voksne (18 år og eldre) hadde størst prosentvis nedgang i perioden med 7,1 prosent, nedgangen var størst siste to år. Kostnad per innbygger 0-18 år for psykisk helsevern til barn og unge hadde en jevn vekst i femårsperioden. Somatisk spesialisthelsetjeneste hadde en vekst på 0,9 prosent per innbygger i femårsperioden, hvor det har var nedgang fra 2010 til 2013, og vekst fra 2013 til 2014. Kostnad per innbygger 18 år og eldre til TSB hadde den største veksten i femårsperioden med 8,5 prosent, og mye av økningen kom siste år.

Fordeling av felleskostnader og pensjonskostnader mellom ulike tjenesteområder knytter noe usikkerhet til endringstallene. Foretak fordeler felleskostnader etter egne nøkler, og det kan være betydelige beløp som fordeles. Det har vært endringer i fordelingsnøkler mellom sektorer i perioden, spesielt i omfordeling mellom somatiske tjenester og psykisk helsevern. Dette har gått i retning av at fordelingen av felleskostnader til psykisk helsevern har økt og blitt redusert for somatiske tjenester.

Tabell 3.3 Totale driftskostnader til spesialisthelsetjenesten i 2014, angitt i millioner kroner og fordelt etter formål.

Formål	Mill kr 2014	Prosent realendring 2010 - 2014 ¹	Prosent realendring 2013 - 2014 ¹
Somatiske spesialisthelsetjenester	91 135	6,0	4,2
Psykisk helsevern	22 300	-0,4	0,7
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	4 581	15,2	5,2
Ambulansetjenester	5 378	13,7	3,2
Pasienttransport	3 135	5,5	2,4
Personalpolitiske tiltak	289	-23,3	2,8
RHF-administrasjon	1 162	4,3	-2,5
Totale driftskostnader²	127 979	5,3	3,4
- Herav av- og nedskrivninger	5 058	-17,3	-0,7
- Herav pensjonskostnader	14 787	23,0	9,4

1) Endringstall er priskorrigert i henhold til vektet prisindeks for arbeids- og produktinnsats i statlige helsetjenester, se tabell 3.2.

Endringer i nøkler for fordeling av felleskostnader vil kunne påvirke vekst for det enkelte tjenesteområdet.

2) SSB publiserer totale driftskostnader til spesialisthelsetjenesten i statistikkbanken. For 2014 er denne kostnaden beregnet til 111,7 mrd kroner. Forskjellen skyldes hovedsakelig at Samdata har valgt å justere for regnskapsført planendringseffekt (17,5 mrd kroner) for pensjonskostnader i 2014, noe SSB ikke har gjort. Se datagrunnlag og definisjoner for mer informasjon.

Tabell 3.4 Totale driftskostnader eksklusive pensjonskostnader til spesialisthelsetjenesten i 2014, angitt i millioner kroner og fordelt etter formål.

Formål	Mill kr 2014	Prosent realendring 2010 - 2014 ¹	Prosent realendring 2013 - 2014 ¹
Somatiske spesialisthelsetjenester	80 702	4,2	3,5
Psykisk helsevern	19 074	-2,9	-0,6
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	4 123	12,5	4,4
Ambulansetjenester	4 856	10,1	2,4
Pasienttransport	3 073	4,7	2,3
Personalpolitiske tiltak	265	-23,7	0,4
RHF-administrasjon	1 100	3,1	-3,1
Totale driftskostnader	113 192	3,3	2,7
Herav av- og nedskrivninger	5 058	-17,3	-0,7

1) Endringstall er priskorrigert i henhold til vektet prisindeks for arbeids- og produktinnsats i statlige helsetjenester, se tabell 3.2.
Endringer i nøkler for fordeling av felleskostnader vil kunne påvirke vekst for det enkelte tjenesteområdet.

Tabell 3.5 Totale driftskostnader til psykisk helsevern i 2014, angitt i millioner kroner og fordelt etter formål.

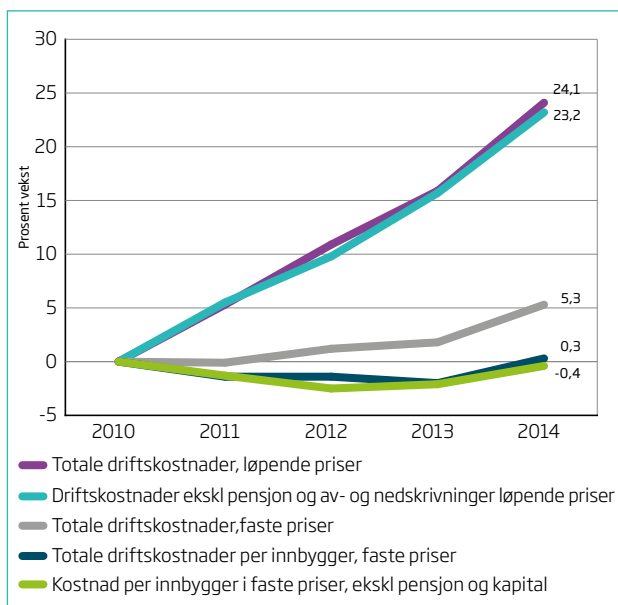
Formål	Mill kr 2014	Prosent realendring 2010 - 2014 ¹	Prosent realendring 2013 - 2014 ¹
Psykisk helsevern for voksne	18 151	-1,4	0,5
- Herav psykiatriske sykehus	10 608	-6,0	-0,2
- Herav DPS	7 543	6,0	1,4
Psykisk helsevern for barn og unge	4 149	4,1	1,8
Psykisk helsevern totalt	22 300	-0,4	0,7

1) Endringstall er priskorrigert i henhold til vektet prisindeks for arbeids- og produktinnsats i statlige helsetjenester, se tabell 3.2.
Endringer i nøkler for fordeling av felleskostnader vil kunne påvirke vekst for det enkelte tjenesteområdet.

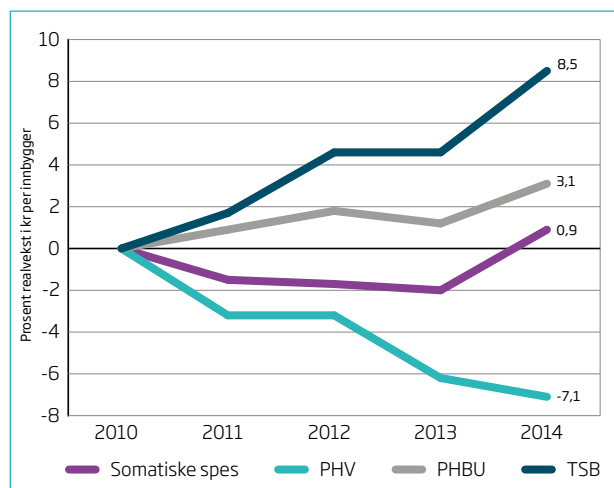
Tabell 3.6 Kostnadsandeler til ulike tjenesteområder i 2010 og 2014.

Formål	Kostnadsandel 2010	Kostnadsandel 2014	Prosentpoeng endring 2010 - 2014
Somatiske spesialisthelsetjenester	70,7	71,2	0,5
Psykisk helsevern og TSB	21,7	21,0	-0,7
Ambulanse og pasienttransport	6,3	6,7	0,3
Personalpolitiske tiltak	0,3	0,2	-0,1
RHF-administrasjon	0,9	0,9	-0,0
Totalt	100	100	

Figur 3.1 Akkumulert kostnadsvekst i spesialisthelsetjenesten fra 2010 - 2014, nominelt og korrigert for pris- og befolkningsvekst.



Figur 3.2 Akkumulert kostnadsvekst i spesialisthelsetjenesten fra 2010 til 2014, målt i faste kroner per innbygger og fordelt etter behandlingsformål.



Tabell 3.7 Driftskostnader til spesialisthelsetjenesten i 2014, angitt ved kroner per innbygger og fordelt etter formål.

Formål	Kroner per innbygger 2014	Prosent realendring 2010 - 2014 ¹	Prosent realendring 2013 - 2014 ¹
Somatiske spesialisthelsetjenester	17 642	0,9	3,0
Psykisk helsevern ²	4 317	-5,2	-0,4
- Herav psykisk helsevern for voksne	4 493	-7,1	-0,9
- Herav psykisk helsevern for barn og unge	3 686	3,1	1,8
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling ²	1 134	8,5	3,7
Ambulansetjenester	1 041	8,3	2,1
Pasienttransport	607	0,5	1,3
Personalpolitiske tiltak	56	-26,9	1,7
RHF-administrasjon	225	-0,7	-3,6
Totalt driftskostnader per innbygger	24 774	0,3	2,3
- Herav av- og nedskrivninger	979	-21,3	-1,8
- Herav pensjonskostnader	2 862	17,2	8,2

- 1) Befolkningsveksten fra 2010 - 2014 var på 5 prosent (6,2 prosent for innbyggere 18 år og eldre, 1 prosent for innbyggere 0-18 år). Endringstall er priskorrigert i henhold til vektet prisindeks for arbeids- og produktinnsats i statlige helsetjenester, se tabell 3.2.
- 2) For psykisk helsevern totalt beregnes kostnad per innbygger uten alderskutt. For TSB og psykisk helsevern for voksne beregnes kostnad per innbygger 18 år og eldre. For psykisk helsevern for barn og unge beregnes kostnader per innbygger 0 - 18 år.

3.4 FINANSIERING AV SPESIALIST-HELSETJENESTEN

Tabell 3.8 gir en oversikt over ulike finansieringskomponenter for spesialisthelsetjenesten i 2014. Finansieringskildene er gruppert til innsatsstyrt finansiering (inklusive kommunal medfinansiering), utskrivningsklare pasienter, polikliniske refusjoner fra HELFO, tilskudd til forskning og nasjonale kompetansesentra, pasientbetaling, andre inntekter og egenfinansiering. Andre inntekter inkluderer gaver samt ulike refusjoner som ikke er med i punkt A-E (eksempelvis Raskere tilbake). Egenfinansieringen er residualbestemt, og består hovedsakelig av basisrammen.

Det var økning på 27 prosent i inntekter fra innsatsstyrt finansiering siste år. Hovedårsaken til dette er endringer i ISF-regelverket, hvor en større andel av kostnadene i helseforetakene skal finansieres gjennom denne ordningen. Det har også vært en økning i inntekter fra utskrivningsklare pasienter,

polikliniske refusjoner og pasientbetaling. For polikliniske refusjoner er det variasjon i utvikling mellom ulike sektorer, hvor TSB og somatikk har hatt størst vekst mens psykisk helsevern for voksne har hatt nedgang.

3.5 REGIONALE UTVIKLINGSTREKK I PERIODEN 2010 - 2014

Helse Sør-Øst

Helse Sør-Øst hadde totale driftskostnader på 69,5 mrd kroner i 2014, en vekst på 3,9 prosent fra 2010. Helse Sør-Øst hadde samlet sett lavest kostnadsvekst blant regionene både i femårsperioden og siste år. Av tjenestoområder med kostnadsvekst gjelder dette hovedsakelig somatiske tjenester, TSB og ambulansetjenester.

Tabell 3.8 Finansieringskomponenter i finansiering av spesialisthelsetjenesten i 2014.

	Mill kr 2014	Prosent realendring 2010 - 2014 ¹	Prosent realendring 2013 - 2014 ¹	Finansierings- andel
Totale driftskostnader	127 979	5,3	3,4	100
Finansiert av:				
A. Innsatsstyrt finansiering (ISF)	28 685	27,3	26,7	22
- Herav kommunal medfinansiering	5 548	-	0,9	
B. Utskrivningsklare pasienter	215	798,2	22,9	0
C. Polikliniske refusjoner utenfor ISF	4 566	17,1	5,3	4
- Herav somatikk	2 845	22,3	5,8	
- Herav PHV	674	-5,2	-0,5	
- Herav PHBU	509	-4,4	1,2	
- Herav TSB	143	29,2	8,3	
D. Tilskudd til forskning og nasjonale kompetansesenter	962	-4,9	-1,8	1
E. Pasientbetaling	1 579	12,1	3,7	1
F. Andre refusjoner/ tilskudd, salgsinntekter mv.	3 092	-10,6	-0,4	2
G. Egenfinansiering (residualberegnet)	88 880	-0,4	-2,3	69

1) Endringstall er priskorrigert i henhold til vektet prisindeks for arbeids- og produktinnsats i statlige helsetjenester, se tabell 3.2.

Kostnader til psykisk helsevern har vært tilnærmet uendret siste år, men viser en kostnadsnedgang i femårsperioden. Kostnadsnedgangen i femårsperioden på 3,2 prosent omhandlet nedgang i psykiatriske sykehus (-8,4 prosent), mens det var vekst i DPS-ene (2,1 prosent) og for barn og unge (3,8 prosent).

Kostnader målt per innbygger til spesialisthelsetjenesten var i Helse Sør-Øst på 24 073 kroner, tre prosent lavere enn landsgjennomsnittet i 2014. Helse Sør-Øst var eneste region med nedgang i kostnad per innbygger i femårsperioden. Dette skyldes at økningen i kostnader til somatiske spesialisthelsetjenester var noe lavere enn befolkningsveksten i denne regionen, samt en nedgang i kostnader til psykisk helsevern.

Tabell 3.9 Gjestepasientkorrigerte driftskostnader til spesialisthelsetjenesten i Helse Sør-Øst i 2014, angitt i millioner kroner og fordelt etter formål.

Formål	Mill kr 2014	Prosent realendring 2010 - 2014 ¹	Prosent realendring 2013 - 2014 ¹
Somatiske spesialisthelsetjenester	50 141	4,7	4,0
Psykisk helsevern	12 404	-3,2	0,4
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	2 742	12,0	6,3
Ambulansetjenester	2 316	22,8	4,6
Pasienttransport	1 250	8,0	-0,6
Personalpolitiske tiltak	131	-27,1	-12,3
RHF-administrasjon	557	-5,9	-18,2
Totale driftskostnader, Helse Sør-Øst	69 539	3,9	3,1
- Herav av- og nedskrivninger	2 723	-20,2	1,6
- Herav pensjonskostnader	8 062	17,7	4,9

1) Endringstall er priskorrigert i henhold til vektet prisindeks for arbeids- og produktinnsats i statlige helsetjenester, se tabell 3.2. Endringer i nøkler for fordeling av felleskostnader vil kunne påvirke vekst for det enkelte tjenesteområdet.

Tabell 3.10 Gjestepasientkorrigerte driftskostnader til psykisk helsevern i Helse Sør-Øst i 2014, angitt i millioner kroner og fordelt etter formål.

Formål	Mill kr 2014	Prosent realendring 2010 - 2014 ¹	Prosent realendring 2013 - 2014 ¹
Psykisk helsevern for voksne	10 060	-4,7	-0,0
- Herav psykiatriske sykehus	6 248	-8,4	-0,9
- Herav DPS	3 813	2,1	1,5
Psykisk helsevern for barn og unge	2 343	3,8	2,0
Psykisk helsevern totalt, Helse Sør-Øst	12 404	-3,2	0,4

1) Endringstall er priskorrigert i henhold til vektet prisindeks for arbeids- og produktinnsats i statlige helsetjenester, se tabell 3.2. Endringer i nøkler for fordeling av felleskostnader vil kunne påvirke vekst for det enkelte tjenesteområdet.

Tabell 3.11 Gjestepasientkorrigerte driftskostnader til spesialisthelsetjenesten i Helse Sør-Øst i 2014, angitt ved kroner per innbygger i helseregionen og fordelt etter formål.

Formål	Kroner per innbygger 2014	Prosent realendring 2010 - 2014 ¹	Prosent realendring 2013 - 2014 ¹	Prosent av landsgjennomsnittet
Somatiske spesialisthelsetjenester	17 357	-0,5	2,7	98
Psykisk helsevern ²	4 294	-8,1	-0,8	99
- Psykisk helsevern for voksne	4 431	-10,3	-1,4	99
- Psykisk helsevern for barn og unge	3 790	1,8	1,6	103
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling ²	1 208	5,4	4,8	106
Annet	1 472	5,9	-2,3	76
Totalt per innbygger, Helse Sør-Øst	24 073	-1,3	1,8	97

1) Endringstall er priskorrigert i henhold til vektet prisindeks for arbeids- og produktinnsats i statlige helsetjenester, se tabell 3.2. Endringer i nøkler for fordeling av felleskostnader vil kunne påvirke vekst for det enkelte tjenesteområdet.

2) For TSB og psykisk helsevern for voksne beregnes kostnad per innbygger 18 år og eldre. For psykisk helsevern for barn og unge beregnes kostnader per innbygger 0 - 18 år. For somatiske spesialisthelsetjenester beregnes kostnad per innbygger uten alderskutt. Befolkningsveksten fra 2010-2014 var på 5,3 prosent (6,2 prosent for innbyggere 18 år og eldre og 1,9 prosent for innbyggere 0-18 år).

Helse Vest

Totalt driftskostnader i Helse Vest til spesialisthelsetjenesten var på 24,5 mrd kroner i 2014, en økning på 8,6 prosent fra 2010. Regionen hadde størst kostnadsvekst både i femårsperioden og siste år. Det var spesielt kostnader til somatiske tjenester, TSB og ambulansetjenester som førte til vekst.

Kostnader til psykisk helsevern økte med 4,7 prosent fra 2010 til 2014, hvorav 1,6 prosent siste år.

I femårsperioden var det vekst innen alle tjenesteområdene for psykisk helsevern, med størst vekst for barn og unge.

Helse Vest hadde en kostnad per innbygger for tjenesteområdene samlet på 22 566 kroner i 2014. Dette var 9 prosent under landsgjennomsnittet. Kostnadsveksten per innbygger for tjenesteområdene samlet var på 2,7 prosent fra 2010 til 2014.

Tabell 3.12 Gjestepasientkorrigerte driftskostnader til spesialisthelsetjenesten i Helse Vest i 2014, angitt i millioner kroner og fordelt etter formål.

Formål	Mill kr 2014	Prosent realendring 2010 - 2014 ¹	Prosent realendring 2013 - 2014 ¹
Somatiske spesialisthelsetjenester	17 170	8,6	4,7
Psykisk helsevern	4 660	4,7	1,6
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	963	25,1	8,0
Ambulansetjenester	884	19,2	3,5
Pasienttransport	587	8,3	4,1
Personalpolitiske tiltak	86	2,4	15,7
RHF-administrasjon	175	-4,4	14,9
Totalt driftskostnader, Helse Vest	24 526	8,6	4,3
- Herav av- og nedskrivninger	954	-17,2	-7,1
- Herav pensjonskostnader	2 968	27,9	14,8

1) Endringstall er priskorrigert i henhold til vektet prisindeks for arbeids- og produktinnsats i statlige helsetjenester, se tabell 3.2. Endringer i nøkler for fordeling av felleskostnader vil kunne påvirke vekst for det enkelte tjenesteområdet.

Tabell 3.13 Gjestepasientkorrigerte driftskostnader til psykisk helsevern i Helse Vest i 2014, angitt i millioner kroner og fordelt etter formål.

Formål	Mill kr 2014	Prosent realendring 2010 - 2014 ¹	Prosent realendring 2013 - 2014 ¹
Psykisk helsevern for voksne	3 845	4,3	1,8
- Herav psykiatriske sykehus	2 197	4,7	3,2
- Herav DPS	1 647	3,8	-0,0
Psykisk helsevern for barn og unge	816	6,3	0,8
Psykisk helsevern totalt, Helse Vest	4 660	4,7	1,6

1) Endringstall er priskorrigert i henhold til vektet prisindeks for arbeids- og produktinnsats i statlige helsetjenester, se tabell 3.2. Endringer i nøkler for fordeling av felleskostnader vil kunne påvirke vekst for det enkelte tjenesteområdet.

Tabell 3.14 Gjestepasientkorrigerte driftskostnader til spesialisthelsetjenesten i Helse Vest i 2014, angitt ved kroner per innbygger i helseregionen og fordelt etter formål.

Formål	Kroner per innbygger 2014	Prosent realendring 2010 - 2014 ¹	Prosent realendring 2013 - 2014 ¹	Prosent av landsgjennomsnittet
Somatiske spesialisthelsetjenester	15 798	2,7	3,5	90
Psykisk helsevern ²	4 288	-1,0	0,4	99
- Psykisk helsevern for voksne	4 604	-2,5	0,2	102
- Psykisk helsevern for barn og unge	3 239	4,6	0,7	88
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling ²	1 153	16,9	6,3	102
Annet	1 594	5,7	4,0	83
Totalt per innbygger, Helse Vest	22 566	2,7	3,0	91

1) Endringstall er priskorrigert i henhold til vektet prisindeks for arbeids- og produktinnsats i statlige helsetjenester, se tabell 3.2. Endringer i nøkler for fordeling av felleskostnader vil kunne påvirke vekst for det enkelte tjenesteområdet.

2) For TSB og psykisk helsevern for voksne beregnes kostnad per innbygger 18 år og eldre. For psykisk helsevern for barn og unge beregnes kostnader per innbygger 0 - 18 år. For somatiske spesialisthelsetjenester beregnes kostnad per innbygger uten alderskutt. Befolkningsveksten fra 2010-2014 var på 5,7 prosent (7,0 prosent for innbyggere 18 år og eldre og 1,6 prosent for innbyggere 0-18 år).

Helse Midt-Norge

Helse Midt-Norge hadde totale driftskostnader til spesialisthelsetjenesten på 18,5 mrd kroner i 2014, en vekst på 7,6 prosent fra 2010. Dette var en vekst omtrent to prosentpoeng over landsgjennomsnittet. Alle tjenesteområder, med unntak av personalpolitiske tiltak, hadde vekst i perioden. Somatiske tjenester, TSB og ambulansetjenester hadde tydelig vekst i kostnader.

Kostnader til psykisk helsevern økte med 2 prosent fra 2010 til 2014, og det var tilnærmet nullvekst siste år. Kostnader til psykiatriske sykehus gikk ned

(-11,5 prosent), mens kostnader til DPS (24,3 prosent) og barn og unge (3,2 prosent) økte.

Helse Midt-Norge hadde en kostnad per innbygger på 26 114 kroner i 2014 for tjenesteområdene samlet. Dette var 5 prosent over landsgjennomsnittet. Regionen har kostnader over landsgjennomsnittet til somatiske tjenester, mens kostnader til både psykisk helsevern og rusbehandling er lavere enn landet forøvrig.

Tabell 3.15 Gjestepasientkorrigerte driftskostnader til spesialisthelsetjenesten i Helse Midt-Norge i 2014, angitt i millioner kroner og fordelt etter formål.

Formål	Mill kr 2014	Prosent realendring 2010 - 2014 ¹	Prosent realendring 2013 - 2014 ¹
Somatiske spesialisthelsetjenester	13 456	7,8	4,3
Psykisk helsevern	2 860	2,0	0,3
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	539	25,1	4,0
Ambulansetjenester	911	14,7	1,8
Pasienttransport	471	1,4	5,8
Personalpolitiske tiltak	9	-73,6	15,1
RHF-administrasjon	283	32,1	19,2
Totale driftskostnader, Helse Midt-Norge	18 528	7,6	3,7
- Herav av- og nedskrivninger	796	-6,6	-3,3
- Herav pensjonskostnader	2 194	32,7	13,9

1) Endringstall er priskorrigert i henhold til vektet prisindeks for arbeids- og produktinnsats i statlige helsetjenester, se tabell 3.2.
Endringer i nøkler for fordeling av felleskostnader vil kunne påvirke vekst for det enkelte tjenesteområdet.

Tabell 3.16 Gjestepasientkorrigerte driftskostnader til psykisk helsevern i Helse Midt-Norge i 2014, angitt i millioner kroner og fordelt etter formål.

Formål	Mill kr 2014	Prosent realendring 2010 - 2014 ¹	Prosent realendring 2013 - 2014 ¹
Psykisk helsevern for voksne	2 354	1,8	0,0
- Herav psykiatriske sykehus	1 285	-11,5	-3,1
- Herav DPS	1 069	24,3	4,1
Psykisk helsevern for barn og unge	506	3,2	1,3
Psykisk helsevern totalt, Helse Midt-Norge	2 860	2,0	0,3

1) Endringstall er priskorrigert i henhold til vektet prisindeks for arbeids- og produktinnsats i statlige helsetjenester, se tabell 3.2.
Endringer i nøkler for fordeling av felleskostnader vil kunne påvirke vekst for det enkelte tjenesteområdet.

Tabell 3.17 Gjestepasientkorrigerte driftskostnader til spesialisthelsetjenesten i Helse Midt-Norge i 2014, angitt ved kroner per innbygger i helseregionen og fordelt etter formål.

Formål	Kroner per innbygger 2014	Prosent realendring 2010 - 2014 ¹	Prosent realendring 2013 - 2014 ¹	Prosent av landsgjennomsnittet
Somatiske spesialisthelsetjenester	18 965	3,3	3,3	107
Psykisk helsevern ²	4 031	-2,2	-0,7	93
- Psykisk helsevern for voksne	4 241	-3,7	-1,3	94
- Psykisk helsevern for barn og unge	3 274	3,5	1,6	89
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling ²	970	18,4	2,7	86
Annet	2 360	6,4	4,6	122
Totalt per innbygger, Helse Midt-Norge	26 114	3,1	2,8	105

1) Endringstall er priskorrigert i henhold til vektet prisindeks for arbeids- og produktinnsats i statlige helsetjenester, se tabell 3.2.
Endringer i nøkler for fordeling av felleskostnader vil kunne påvirke vekst for det enkelte tjenesteområdet.

2) For TSB og psykisk helsevern for voksne beregnes kostnad per innbygger 18 år og eldre. For psykisk helsevern for barn og unge beregnes kostnader per innbygger 0 - 18 år. For somatiske spesialisthelsetjenester beregnes kostnad per innbygger uten aldersskutt. Befolkningsveksten fra 2010-2014 var på 4,3 prosent (5,7 prosent for innbyggere 18 år og eldre og -0,3 prosent for innbyggere 0-18 år).

Helse Nord

Helse Nord hadde totale driftskostnader til spesialisthelsetjenesten på 15,3 mrd kroner i 2014, en økning på 4,2 prosent fra 2010. Kostnadsveksten i regionen var lavere enn landsgjennomsnittet både siste fem år og siste år. Det er hovedsakelig kostnader til TSB, ambulansetjenester og pasienttransport som har økt mindre i Helse Nord enn landet samlet.

Kostnader til psykisk helsevern har økt mer i Helse Nord enn for landet samlet, og veksten siste femårsperioden var på 2,1 prosent. Som for de tre andre regionene var det nedgang i kostnader til

psykiatriske sykehus, og kostnadsvekst for DPS-ene og psykisk helsevern for barn og unge.

Helse Nord hadde en samlet kostnad per innbygger på 31 894 kroner, 29 prosent over landsgjennomsnittet. Det er spesielt kostnader til ambulanse og pasienttransport som er høyere enn i andre regioner, men også kostnader til somatiske tjenester og psykisk helsevern per innbygger er høyere enn landsgjennomsnittet. Det høye kostnadsnivået per innbygger gjelder allikevel ikke TSB, som er 19 prosent under landsgjennomsnittet, dette er laveste nivå i landet.

Tabell 3.18 Gjestepasientkorrigerte driftskostnader til spesialisthelsetjenesten i Helse Nord i 2014, angitt i millioner kroner og fordelt etter formål.

Formål	Mill kr 2014	Prosent realendring 2010 - 2014 ¹	Prosent realendring 2013 - 2014 ¹
Somatiske spesialisthelsetjenester	10 328	6,0	3,6
Psykisk helsevern	2 353	2,1	1,0
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	348	-0,8	-2,4
Ambulansetjenester	1 268	-3,3	1,6
Pasienttransport	828	2,2	4,2
Personalpolitiske tiltak	62	-19,2	27,6
RHF-administrasjon	146	17,5	21,4
Totale driftskostnader, Helse Nord	15 333	4,2	3,1
- Herav av- og nedskrivninger	585	-16,8	3,9
- Herav pensjonskostnader	1 562	30,8	18,5

1) Endringstall er priskorrigert i henhold til vektet prisindeks for arbeids- og produktinnsats i statlige helsetjenester, se tabell 3.2. Endringer i nøkler for fordeling av felleskostnader vil kunne påvirke vekst for det enkelte tjenesteområdet.

Tabell 3.19 Gjestepasientkorrigerte driftskostnader til psykisk helsevern i Helse Nord i 2014, angitt i millioner kroner og fordelt etter formål.

Formål	Mill kr 2014	Prosent realendring 2010 - 2014 ¹	Prosent realendring 2013 - 2014 ¹
Psykisk helsevern for voksne	1 865	2,0	0,2
-Herav psykiatriske sykehus	850	-4,2	-0,8
-Herav DPS	1 015	7,9	1,1
Psykisk helsevern for barn og unge	488	2,5	4,1
Psykisk helsevern totalt, Helse Nord	2 353	2,1	1,0

1) Endringstall er priskorrigert i henhold til vektet prisindeks for arbeids- og produktinnsats i statlige helsetjenester, se tabell 3.2. Endringer i nøkler for fordeling av felleskostnader vil kunne påvirke vekst for det enkelte tjenesteområdet.

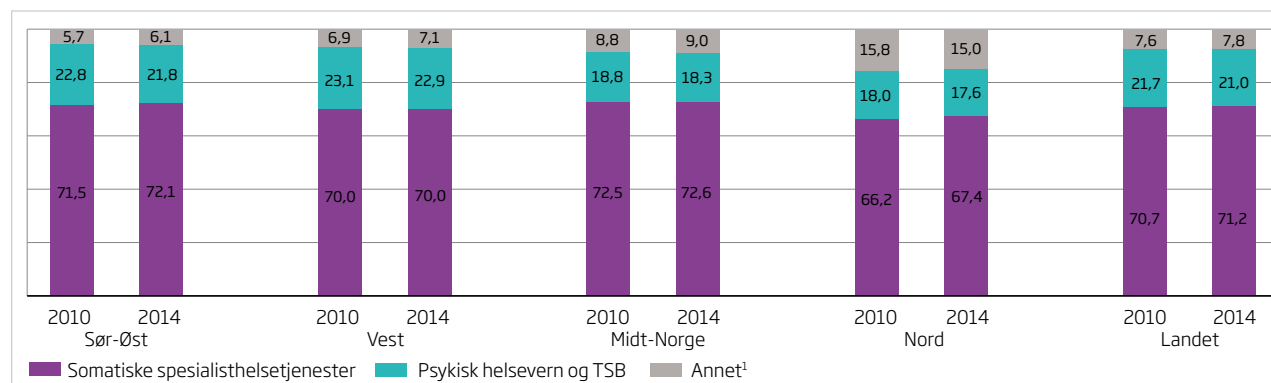
Tabell 3.20 Gjestepasientkorrigerte driftskostnader til spesialisthelsetjenesten i Helse Nord i 2014, angitt ved kroner per innbygger i helseregionen og fordelt etter formål.

Formål	Kroner per innbygger 2014	Prosent realendring 2010 - 2014 ¹	Prosent realendring 2013 - 2014 ¹	Prosent av landsgjennomsnittet
Somatiske spesialisthelsetjenester	21 484	3,3	3,0	122
Psykisk helsevern ²	4 895	-0,5	0,5	113
- Psykisk helsevern for voksne	4 912	-2,5	-0,8	109
- Psykisk helsevern for barn og unge	4 830	6,7	5,3	131
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling ²	916	-5,1	-3,4	81
Annet	4 792	-3,4	3,6	248
Totalt per innbygger, Helse Nord	31 894	1,5	2,6	129

1) Endringstall er priskorrigert i henhold til vektet prisindeks for arbeids- og produktinnsats i statlige helsetjenester, se tabell 3.2. Endringer i nøkler for fordeling av felleskostnader vil kunne påvirke vekst for det enkelte tjenesteområdet.

2) For TSB og psykisk helsevern for voksne beregnes kostnad per innbygger 18 år og eldre. For psykisk helsevern for barn og unge beregnes kostnader per innbygger 0 - 18 år. For somatiske spesialisthelsetjenester beregnes kostnad per innbygger uten alderskutt. Befolkningsveksten i perioden var på 2,7 prosent (4,6 prosent for innbyggere 18 år og eldre og -3,9 prosent for innbyggere 0-18 år).

3.6 REGIONALE FORSKJELLER OG UTVIKLING I BEHANDLINGS-KOSTNADER

Figur 3.3 Relativ kostnadsfordeling mellom somatiske spesialisthelsetjenester, psykisk helsevern og TSB og andre spesialisthelsetjenesteoppgaver i 2010 og 2014, gjestepasientkorrigert og angitt per region.

1) Annet består av kostnader til ambulansetjenester, pasienttransport, personalpolitiske tiltak og RHF-administrasjon.

Tabell 3.21 Gjestepasientkorrigerte driftskostnader til spesialisthelsetjenesten 2010 - 2014, angitt per region.

Bosted	Nivå		Per innbygger		
	Mill kroner 2014	Prosent realendring 2010 - 2014 ¹	Kroner per innbygger 2014	Prosent realendring 2010 - 2014 ¹	Prosent av landsgjennomsnittet 2014
Sør-Øst	69 539	3,9	24 073	-1,3	97
Vest	24 526	8,6	22 566	2,7	91
Midt-Norge	18 528	7,6	26 114	3,1	105
Nord	15 333	4,2	31 894	1,5	129
Totalt ²	127 979	5,3	24 774	0,3	100

1) Endringstall er priskorrigert i henhold til vektet prisindeks for arbeids- og produktinnsats i statlige helsetjenester, se tabell 3.2.

2) Summen av regionale kostnader er 53 millioner lavere enn totale driftskostnader totalt. Dette skyldes at de kostnadene foretakene spesifiserer for kjøp av helsetjenester ikke balanserer nøyaktig med inntekter knyttet til salg av helsetjenester hos helseforetak og private tilbydere.

Figur 3.3 viser kostnadsfordelingen mellom ulike tjenesteområder for helseregionene i 2010 og 2014, og viser at det er stabile forskjeller mellom regionene. Helse Nord skiller seg ut med en lavere kostnadsandel til somatisk tjenester og høyere kostnadsandel til pasienttransport, ambulanse og administrasjon. Kostnadsandelene mellom sektorene har hatt en liten endring fra 2010 til 2014, hvor andelen til somatiske tjenester økte. Endringen gjaldt spesielt Helse Sør-Øst og Helse Nord. Kostnadsandelen til ambulanse, pasienttransport og administrative kostnader økte også i femårsperioden. Denne vridningen i kostnadsandeler gikk på bekostning av kostnader til psykisk helsevern og rus. Nedgangen i kostnadsandel til psykisk helsevern og rus gjaldt alle regioner, og var størst for Helse Sør-Øst.

Det er relativt stabile forskjeller mellom regionene i kostnadsnivå per innbygger til spesialisthelsetjenesten i femårsperioden. Helse Nord har det høyeste kostnadsnivået, og i 2014 lå regionen 29 prosent over landsgjennomsnittet. Helse Vest har et lavt kostnadsnivå, og lå 9 prosent under landsgjennomsnittet. Også Helse Sør-Øst er litt under landsgjennomsnittet (3 prosent), mens Helse Midt-Norge ligger litt over snittet (5 prosent). I kroner utgjør forskjellen mellom regionene 9 328 kroner per innbygger. Mye av forskjellene gjelder kostnader til ambulanse og pasienttransport, men det gjelder også kostnader til pasientbehandling. Helse Nord, med høyest kostnad per innbygger, hadde lavere kostnadsvekst i femårsperioden enn Helse Vest, og forskjellene mellom regionene reduseres marginalt. I analyser med korreksjoner for behov (NOU 2008:2) ser man at forskjellene mellom helseregioner reduseres. Tallene er gjengitt i tabell 3.21.

Figurene 3.4 til 3.6 viser regionvis utvikling i kostnad per innbygger til somatisk spesialisthelsetjeneste, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling fra 2010 til 2014. Alle tall er pris-korrigert og justert for befolkningsvekst.

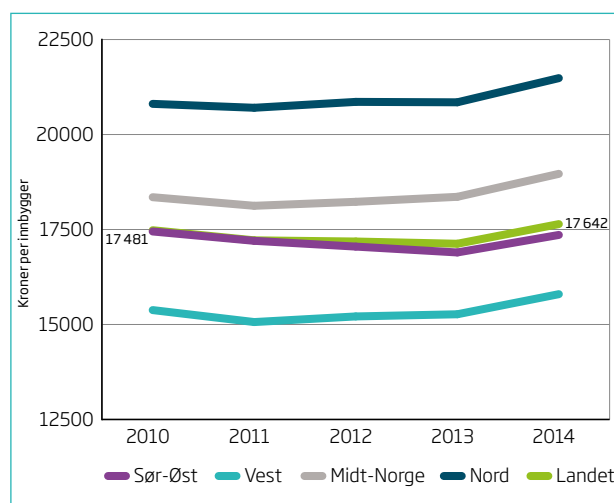
Kostnad per innbygger til somatisk spesialisthelsetjeneste var på 17 642 kroner for landet samlet i 2014. Alle regioner, med unntak av Helse Sør-Øst, hadde kostnadsvekst fra 2010 til 2014. Helse Nord og Helse Midt-Norge hadde størst vekst i femårsperioden, det blir derfor en marginalt større forskjell i

kostnad per innbygger mellom regionene. Avstanden mellom regionene utgjorde 5 685 kroner i 2014.

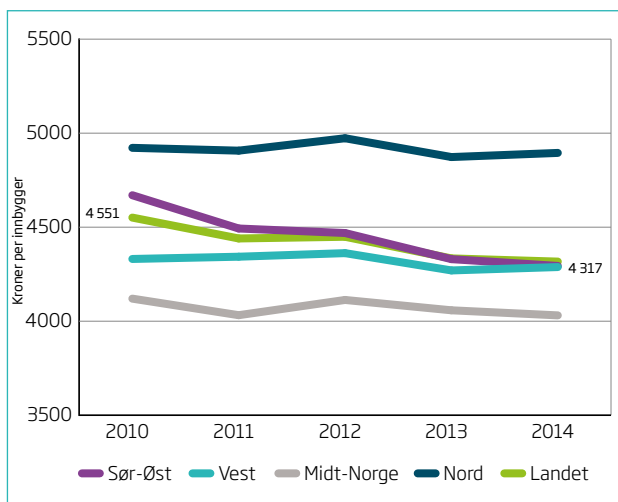
Kostnad per innbygger til psykisk helsevern var for landet samlet på 4 317 kroner i 2014. Det var en nedgang i kostnad per innbygger for alle regioner i femårsperioden, hvor nedgangen var størst for Helse Sør-Øst med 8,1 prosent. Helse Nord hadde lavest kostnadsreduksjon i perioden, og avstanden mellom regionene økte dermed siden Helse Nord hadde høyest kostnad per innbygger i 2010. Avstanden mellom regionene utgjorde 865 kroner per innbygger i 2014.

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling hadde totale driftskostnader på 1 134 kroner per innbygger 18 år og eldre i 2014. Alle regioner hadde en kostnadsvekst i perioden 2010 til 2014, med unntak av Helse Nord som hadde en nedgang på 5,4 prosent. Størrelsen på endring varierte mye mellom regioner, hvor Helse Midt-Norge hadde størst vekst med 18,4 prosent. I 2010 hadde Helse Midt-Norge lavest kostnad per innbygger til rusbehandling, mens det i 2014 var Helse Nord som hadde lavest kostnad. Avstanden mellom regionene var på 292 kroner per innbygger i 2014.

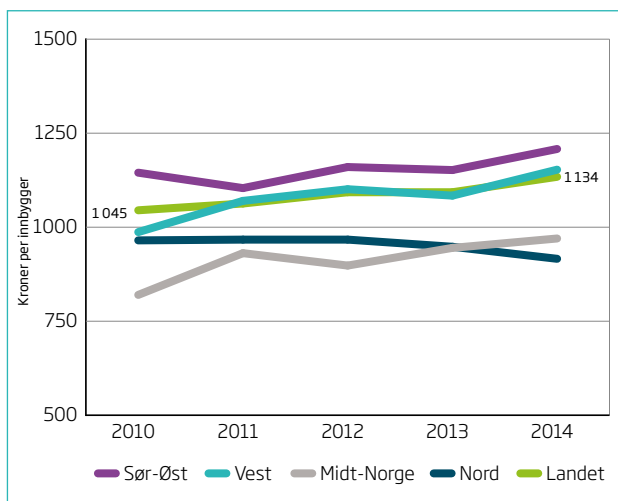
Figur 3.4 Utvikling i gjestepasientkorrigerte driftskostnader til somatiske spesialisthelsetjenester i perioden 2010 - 2014. Angitt i faste kroner per innbygger og fordelt etter region.



Figur 3.5 Utvikling i gjestepasientkorrigerte kostnader til psykisk helsevern i perioden 2010 - 2014. Angitt i faste kroner per innbygger og fordelt etter region.



Figur 3.6 Utvikling i gjestepasientkorrigerte kostnader til tverrfaglig spesialisert rusbehandling i perioden 2010- 2014. Angitt i faste kroner per innbygger og fordelt etter region.



Finansiering

Tabell 3.22 gir en oversikt over nivå og utvikling i utvalgte finansieringskomponenter fra 2010 til 2014. Tallene er gjengitt per innbygger for å kunne sammenligne regionene.

Innsatsstyrt finansiering finansierte 31,5 prosent av kostnadene til somatisk spesialisthelsetjeneste i 2014. Finansieringsandelen var størst i Helse Midt-Norge og Helse Nord, men økte mest i Helse Vest i femårsperioden. Samlet for landet var det en økning på 25,3 prosent siste år målt per innbygger. Dette kan hovedsakelig forklares av endringer i regelverket for ISF i 2014, hvor en større andel av kostnadene i somatisk spesialisthelsetjeneste skal finansieres av denne ordningen. Kommunal medfinansiering er en del av innsatsstyrt finansiering, og finansierte 6,1 prosent av kostnadene i somatisk spesialisthelsetjeneste i 2014.

Inntekter fra utskrivningsklare pasienter økte mye både i femårsperioden og siste år. Dette kommer av innføringen av samhandlingsreformen i 2012. Inntekter for utskrivningsklare pasienter utgjorde kun 0,2 prosent av kostnadene til somatisk spesialisthelsetjeneste i 2014. Polikliniske refusjoner utenfor ISF gjelder i stor grad lab/røntgen, og denne finansieringskomponenten utgjorde 3,1 prosent av kostnadene i 2014. Dette var en vekst på 16,5 prosent per innbygger fra 2010, som i stor grad gjelder Helse Midt-Norge.

Polikliniske refusjoner for psykisk helsevern og TSB finansierte 4,9 prosent av kostnadene i 2014. Målt per innbygger var dette en nedgang på 6,7 prosent fra 2010 som i stor grad skyldes nedgang i denne finansieringskomponenten i Helse Sør-Øst. Også Helse Nord hadde en nedgang i inntekter fra polikliniske refusjoner, mens Helse Vest og Helse Midt-Norge hadde vekst.

Tabell 3.22 Finansieringskomponenter i finansiering av spesialisthelsetjenesten 2010 - 2014, angitt i kroner per innbygger og per region.

		Kroner per innbygger 2014	Prosent av landsgjennomsnittet 2014	Prosent realendring 2010 - 2014 ¹	Prosent realendring 2013 - 2014 ¹	Finansieringsandel 2014
Somatisk spesialisthelsetjeneste	Innsatsstyrt finansiering inkl. KMF totalt	5 553	100	21,3	25,3	31,5
	- Helse Sør-Øst	5 500	99	19,6	25,1	31,2
	- Helse Vest	5 369	97	25,3	25,3	30,4
	- Helse Midt-Norge	5 839	105	23,3	26,3	33,1
	- Helse Nord	5 864	106	20,1	24,5	33,2
	Herav KMF totalt	1 074	100		-0,2	6,1
	- Helse Sør-Øst	1 077	100		0,1	6,1
	- Helse Vest	1 020	95		-1,0	5,8
	- Helse Midt-Norge	1 100	102		-0,2	6,2
	- Helse Nord	1 139	106		0,0	6,5
	Utskrivningsklare pasienter	42	100	753,9	21,6	0,2
	- Helse Sør-Øst	31	75	1 222,1	26,9	0,2
	- Helse Vest	32	78	358,5	27,3	0,2
	- Helse Midt-Norge	80	192	1 124,2	3,4	0,5
	- Helse Nord	67	161	441,8	50,0	0,4
	Polikliniske refusjoner utenfor ISF totalt	551	100	16,5	4,7	3,1
	- Helse Sør-Øst	540	98	12,9	3,7	3,1
	- Helse Vest	517	94	16,7	2,3	2,9
	- Helse Midt-Norge	604	110	31,0	13,3	3,4
	- Helse Nord	615	112	17,1	3,1	3,5
PHV og TSB	Polikliniske refusjoner totalt	257	100	-6,7	-0,1	4,9
	- Helse Sør-Øst	259	101	-15,4	-5,0	5,0
	- Helse Vest	236	92	10,8	11,0	4,5
	- Helse Midt-Norge	278	108	11,1	5,7	5,3
	- Helse Nord	260	101	-3,3	1,9	5,0

1) Endringstall er priskorrigert i henhold til vektet prisindeks for arbeids- og produktinnsats i statlige helsetjenester, se tabell 3.2.

3.7 NASJONAL UTVIKLING I PERIODEN 2004 - 2014

Tidligere i dette kapitlet har kostnader og endringstall vært presentert på nasjonalt og regionalt nivå for årene 2010 til 2014. Tabell 3.23 gir oversikt over alle nasjonale kostnadstall fra 2004 til 2014. Tall er oppgitt i faste priser og inkluderer kostnader til nye oppgaver og finansieringsansvar som er tillagt spesialisthelsetjenesten i perioden. Tabell 3.24 gir en oversikt over kostnader som kan knyttes til nye oppgaver og finansieringsansvar, og som er nevnt i

budsjettproposisjonen fra Helse- og omsorgsdepartementet. Nye oppgaver utgjør anslagsvis 4,8 mrd kroner i 2014 (tabell 3.24) og omhandler i all hovedsak somatiske tjenesteområder. Nye oppgaver fører til kostnadsvekst som ikke kan forklares ved økt prioritering av tjenesteområdet, men er et resultat av overføring av oppgaver og ansvar som tidligere har vært ivaretatt av instanser utenfor spesialisthelsetjenesten. Veksten reflekterer derfor ikke et økt tilbud til befolkningen. Ved beregning av realvekst i perioden holdes derfor disse kostnadene utenfor grunnlaget.

Tabell 3.25 og figur 3.7 viser kostnadsutviklingen fra 2004 til 2014. Vektet prisindeks for arbeids- og produktinnsats i statlige helsetjenester var på 52,2 prosent i perioden, og ved justering for dette blir kostnadsveksten for spesialisthelsetjenesten samlet på 15,4 prosent i perioden. Befolkningsveksten var på 12,1 prosent samme periode, og vekst i kostnad per innbygger var på 2,9 prosent fra 2004 til 2014. Det har vært betydelige forskjeller i utvikling i kostnad per innbygger mellom ulike tjenestemråder i perioden. Kostnader til somatisk spesialisthelsetjeneste hadde en liten nedgang

på 0,7 prosent. Psykisk helsevern og TSB hadde kostnadsvekst på 10,7 prosent per innbygger, og dette henger sammen med en uttalt opptrappingsplan for disse tjenestemrådene i deler av perioden. Også kostnader til ambulansetjenester og pasienttransport har økt, mens det har vært en nedgang for personalpolitiske tiltak og RHF-administrasjon. Kostnad per innbygger til av- og nedskrivninger har gått ned i perioden med 46,4 prosent, mens det var en vekst i pensjonskostnader på 120,7 prosent.

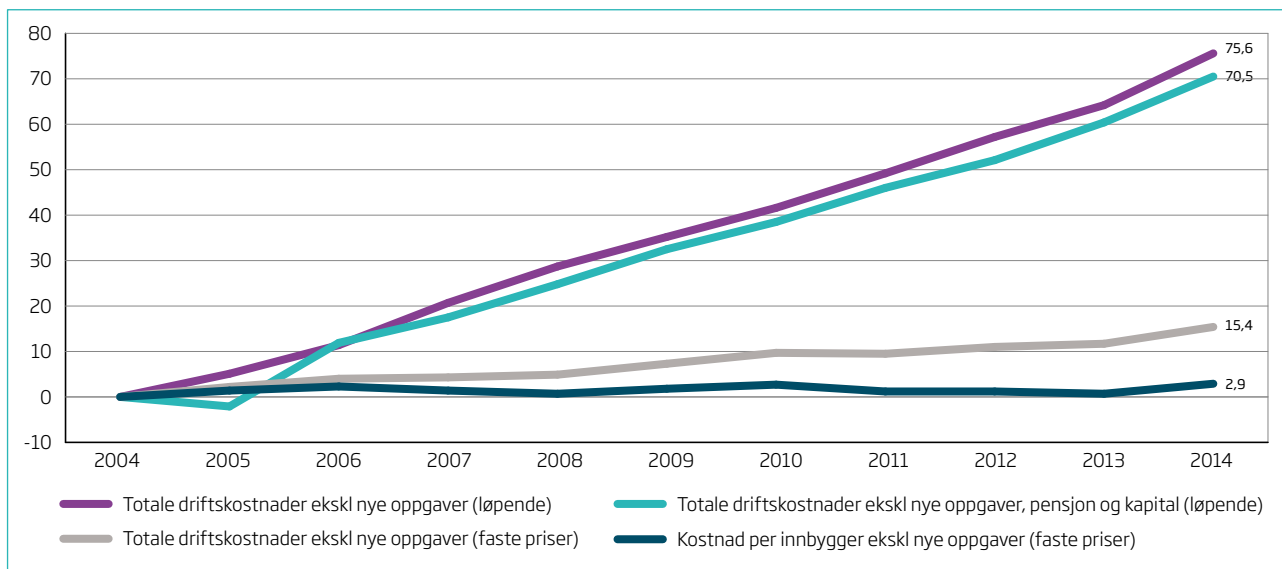
Tabell 3.23 Totale driftskostnader i spesialisthelsetjenesten i perioden 2004 - 2014. Angitt i millioner kroner (faste priser) og fordelt etter formål.

Formål	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Somatiske spesialisthelsetjenester	78 312	79 016	82 211	82 788	83 351	84 671	86 012	85 833	86 803	87 495	91 135
Psykisk helsevern og TSB	21 645	22 737	23 548	24 094	24 646	25 408	26 372	26 247	26 768	26 495	26 881
Ambulansetjenester og pasienttransport	4 328	5 657	6 605	6 520	6 684	7 262	7 704	7 928	8 143	8 271	8 513
Personalpolitiske tiltak	965	938	948	867	700	465	377	311	271	281	289
RHF-administrasjon	1 486	838	948	865	950	1 105	1 114	1 129	1 048	1 191	1 162
Totale driftskostnader	106 737	109 185	114 260	115 135	116 331	118 911	121 578	121 448	123 033	123 733	127 979
- Herav av- og nedskrivninger	8 129	15 135	7 871	7 227	6 678	6 299	6 120	5 642	5 378	5 094	5 058
- Herav pensjonskostnader	5 769	5 637	6 545	10 411	11 597	11 278	12 020	12 366	14 090	13 513	14 787

Tabell 3.24 Nye oppgaver og finansieringsansvar i spesialisthelsetjenesten etter 2004, angitt i millioner kroner og løpende priser.

Oppgave	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Ansvar for rehabilitering og opptrening	0	0	590	699	744	764	783	826	858	892	923
Pasientskadeerstatning	0	0	415	448	475	488	500	527	548	569	589
Ansvar for finansiering av private laboratorie- og røntgeninstitutt	0	93	375	400	584	600	615	648	674	700	724
Legemidler (TNF-hemmere, H-resept, MS-behandling og biologiske legemidler)	0	0	434	817	1 110	1 140	1 168	1 232	1 281	1 330	1 677
Økt finansieringsansvar pasienttransport	0	0	514	555	588	604	773	815	847	880	911
Totalt	0	93	2 328	2 919	3 501	3 596	3 839	4 048	4 208	4 372	4 824

Figur 3.7 Akkumulert kostnadsvekst i spesialisthelsetjenesten fra 2004 til 2014, målt i faste kroner og korrigert for nye oppgaver.



Tabell 3.25 Endring i totale driftskostnader til spesialisthelsetjenesten 2004 - 2014, fordelt etter formål og korrigert for nye oppgaver og finansieringsansvar i perioden.

Formål	Nivå		Korrigert for befolkningsvekst	
	Mill kroner 2014	Prosent realendring 2004 - 2014 ¹	Kroner per innbygger 2014	Prosent realendring 2004 - 2014 ¹
Somatiske spesialisthelsetjenester	87 222	11,4	16 884	-0,7
Psykisk helsevern og TSB	26 881	24,2	5 204	10,7
Ambulansetjenester og pasienttransport	7 602	75,6	1 472	56,6
Personalpolitiske tiltak	289	-70,1	56	-73,3
RHF-administrasjon	1 162	-21,9	225	-30,3
Total driftskostnader, ekskl. nye oppgaver	123 155	15,4	23 840	2,9
- Herav av- og nedskrivninger ²	4 885	-39,9	946	-46,4
- Herav pensjonskostnader ²	14 281	147,5	2 765	120,7

1) Endringstall er priskorrigert i henhold til vektet prisindeks for arbeids- og produktinnsats i statlige helsetjenester, se tabell 3.2. Befolkningsveksten i perioden utgjør 12,1 prosent. Endringer i nøkler for fordeling av felleskostnader vil kunne påvirke vekst for det enkelte tjenesteområdet.

2) Pensjonskostnader og av- og nedskrivningskostnader er forholdsmessig korrigert for nye oppgaver.

4. Produktivitsutviklingen 2010 – 2014

Produktiviteten i somatisk spesialisthelsetjeneste økte med 2,3 prosent fra 2010 til 2014. Aktivitetsveksten på 6,5 prosent oversteg kostnadsveksten på 4,1 prosent. Når pensjonskostnadene holdes ute, så økte produktiviteten med 3,9 prosent gjennom perioden. Fra 2013 til 2014 var det derimot en produktivtetsnedgang på 1,2 prosent.

Produktivitsforbedringen i somatisk sektor kom sammen med en dreining mot poliklinisk aktivitet og en intensivering av døgnbehandlingen. Antall liggedøgn gikk ned med 7,3 prosent fra 2010 til 2014. Kostnadene til innlagt pasientbehandling økte med 1,2 prosent i samme periode, mot en kostnadsvekst på 4,1 prosent når poliklinikkene inkluderes. Det var regionale variasjoner i produktivitsutviklingen.

Kostnader til pasientbehandling i psykisk helsevern for voksne reduseres i perioden 2010 til 2014 samtidig som det har vært en økning i antall behandlede pasienter på nærmere 10 prosent. Denne veksten skjedde først og fremst i poliklinikkene, både gjennom omfordeling av ressurser fra døgnavdelingene og på grunn av en økning i personellproduktiviteten. Kostnad per opphold ble redusert 8,9 prosent i perioden, mens kostnad per polikliniske pasient økte 3,8 prosent. Samtidig økte antall konsultasjoner per pasient i poliklinikkene, mens oppholdstiden ble redusert. Også i poliklinikker for barn og unge har personellproduktiviteten økt. For dette tjenesteområdet er effekten av produktivitsforbedringen benyttet til å øke antall konsultasjoner per pasient. Kostnadsveksten har vært større enn økningen i antall behandlede pasienter i perioden 2010 til 2014, og fra 2013 til 2014 økte kostnad per polikliniske pasient 4,9 prosent.

Kostnader til TSB har økt betydelig i perioden 2010 til 2014. Økningen har delvis blitt benyttet til økt kompetanse, styrket beredskap og økt personelltetthet i tjenestene, men det har også vært nyetableringer og aktivitsvekst i både poliklinikkene og døgnavdelingene i perioden. Som for psykisk helsevern er personellproduktiviteten i poliklinikkene økende. Gjennomsnittlig døgnkostnad i TSB i 2014 tilsvarer om lag 90 prosent av kostnaden som er beregnet for DPS-ene i det psykiske helsevernet for voksne dette året.

Kostnads- og produktivitsindikatorer for helseforetakene er tilgjengelig på <https://helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/samdata>.

4.1 INNLEDNING

Dette kapitlet gir en beskrivelse av produktivitsutviklingen for spesialisthelsetjenesten i perioden 2010 – 2014. Utviklingen presenteres separat for tjenesteområdene somatiske spesialisthelsetjenester, psykisk helsevern for barn og unge,

psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Med produktivitet forstås her indikatorer som viser forholdet mellom ressursinnsats, målt ved kostnader eller årsverk, og aktivitet. Kostnadsgrunnlaget som legges til grunn er avgrenset til å gjelde kostnader som kan relateres til pasientbehandling, men inkluderer både pensjon,

arbeidsgiveravgift og av- og nedskrivningskostnader. Pensjonskostnadene har økt mer enn øvrige driftskostnader i perioden, og for alle tjenesteområder tilsvarer de økte pensjonskostnadene 1-2 prosentpoeng av veksten i kostnader til pasientbehandling. Betydningen av dette er nærmere beskrevet under avsnittet om kostnadsindikatorer for somatiske spesialisthelsetjenester, men behandles ikke for øvrige tjenesteområder.

Definisjoner og datagrunnlag presenteres til slutt i kapitlet.

Somatisk spesialisthelsetjeneste

For den somatiske delen av spesialisthelsetjenesten presenteres utviklingen i kostnad per DRG-poeng på nasjonalt og regionalt nivå. Formålet er å studere hvordan kostnaden per DRG-poeng, eller produktiviteten, har utviklet seg, og om det er regionale variasjoner i utviklingen. Herunder dekomponeres produktivitetsutviklingen i en kostnads- og en aktivitetseffekt. Kostnadene presenteres med og uten pensjonskostnader¹⁸.

Videre vil utviklingen i kostnad per liggedøgn, herunder utviklingen i liggedøgn og kostnader til behandling av innlagte pasienter diskuteres sammen med utviklingen i kostnad per DRG-poeng. I perioden som betraktes har det vært en nedgang i antall liggedøgn, en nedgang i gjennomsnittlig liggetid for døgnopphold, og en vekst i poliklinisk aktivitet (se kapittel 7). Dette kan forstås som et uttrykk for endring i behandlingsprofilen, mot kortere og mer intensiv døgnbehandling og dreining mot mer poliklinisk virksomhet. Regional utvikling i behandlingsprofil diskuteres sammen med regional utvikling i kostnad per DRG-poeng.

Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

For psykisk helsevern og TSB finnes ikke et standardisert aktivitetsmål som korrigerer for pasientsammensetning og forventet ressursbehov i tjenestene, og indikatorer for kostnadsnivå og

personellproduktivitet må derfor lages med utgangspunkt i uvektede aktivitetsmål som pasienter, opphold, oppholdsdøgn og konsultasjoner. Slike indikatorer vil ikke være egnet til å sammenligne enheter med svært ulikt tjenesteinnhold da foretakenes oppgavefordeling og pasientgrunnlag vil ha betydning for nivået på produktivitetsindikatorene. Ved sammenstilling av flere indikatorer, kan man likevel si noe om utvikling over tid og om produktivitets- og kostnadsforskjeller i foretak med tilnærmet lik pasientsammensetning og behandlingsprofil.

Kostnadsnivået i tjenestene måles ved fire kostnadsindikatorer: Kostnad per opphold, kostnad per oppholdsdøgn, kostnad per polikliniske pasient og kostnad per polikliniske konsultasjon. I tillegg presenterer kapitlet indikatorer der årsverk benyttes for å måle ressursinnsatsen og produktivitetsutviklingen i tjenestene. Dette gjelder pasienter og konsultasjoner per årsverk i poliklinikkene, mens årsverksinnsatsen i døgnavdelingene måles ved personell- og behandlerfaktoren. Dette er indikatorer som sier noe om antall årsverk per belagte døgnplass, og høyere verdier betyr høyere personelltetthet. Indikatorene er nærmere beskrevet i siste del av kapitlet.

For psykisk helsevern for voksne er både kostnads- og personellindikatorer beregnet for alle år i perioden 2010 - 2014. Fremstillingen for dette tjenesteområdet fokuserer derfor både på utvikling og på regionale forskjeller i produktivitet. For TSB og psykisk helsevern for barn og unge begrenser datagrunnlaget muligheten til å lage indikatorer for første del av femårsperioden. For disse tjenesteområdene vil utviklingstall derfor være mindre vektlagt i fremstillingen.

70 - 80 prosent av driftskostnadene i psykisk helsevern og TSB er knyttet til lønn, og kostnadsnivået i foretakene vil være nært forbundet med personellinnsats og personellproduktivitet. Forenklet kan man derfor si at de beregnede kostnadsindikatorene for døgnavdelingene og poliklinikkene vil avhenge av personellproduktiviteten og personelltettheten i behandlingen og av hvor mye behandling pasienten tilbys. I analysene sammenstilles derfor kostnadsindikatorer med indikatorer som måler personellinnsats og behandlingsomfang. Kostnad per

18 Regnskapsførte pensjonskostnader i helseforetak er kunstig lave i årene 2010 og 2014. Årsaken er omfattende endring i plan for avsetning av pensjonskostnader. Samdata har estimert pensjonskostnader for 2010 og 2014, se kapittel 3 for nærmere beskrivelse.

polikliniske pasient forventes å være høyere for foretak med lav personellproduktivitet og/ eller mange konsultasjoner per pasient, mens kostnad per utskrivning forventes å være høyere for foretak med lange døgnopphold og/ eller høy personelltetthet i døgnavdelingene. Foretakenes generelle kostnadsnivå, herunder kompetanse og andre forhold som påvirker lønnsnivået, vil også påvirke nivået på kostnadsindikatorene. Slike forskjeller belyses ikke i analysene.

4.2 SOMATISKE SPESIALIST-HELSETJENESTER

Nasjonal utvikling

Kostnad per DRG-poeng gikk ned med 2,3 prosent fra 2010 til 2014. Redusert kostnadsnivå i perioden, eller økt produktivitet, kom av en aktivitetsvekst på 6,5 prosent sammen med en kostnadsvekst på 4,1 prosent (se tabell 4.1). Det meste av kostnadsveksten kom i 2014, etter en periode med stabile kostnader fra 2010 til 2013. Aktivitetsveksten var jevn i fireårsperioden. Kostnad per DRG-poeng økte med 1,2 prosent i 2014. Det vil si at produktivetsforbedringen i fireårsperioden skyldes utviklingen fra 2010 til 2013.

Pensjonskostnadene har økt mer enn de øvrige driftskostnadene. Hvis pensjonskostnadene holdes ute, så var kostnadsveksten 2,3 prosent mot 4,1 prosent når de er med. Reduksjonen i kostnad per DRG-poeng fra 2010 til 2014 blir 3,9 prosent hvis pensjonskostnadene ekskluderes. Også når pensjonskostnadene holdes utenfor, ser vi stabile kostnader i perioden 2010-2013, og at kostnadsveksten hovedsakelig kom i siste år. Fra 2013 til 2014 gikk kostnad per DRG-poeng, ekskludert pensjon, svakt opp med 0,5 prosent.

Produktivetsforbedringen på 2,3 prosent i perioden kom samtidig som at kostnad per liggedøgn gikk opp med 9,4 prosent. Økningen i kostnad per liggedøgn knyttes til en reduksjon i liggedøgnene på 7,3 prosent. Nedgangen i liggedøgn tilsvarte 290 000 færre liggedøgn i helseforetakene i 2014 sammenlignet med 2010. Produktivetsforbedringen fra 2010 til 2014 kom dermed sammen med en intensivering av døgnbehandlingen.

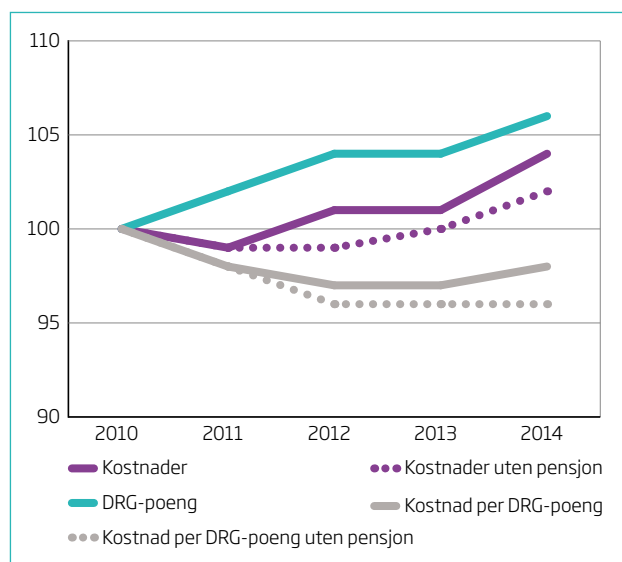
Fra 2010 til 2014 økte kostnadene til pasientbehandling med 4,1 prosent. Men kostnadene til døgnbehandling (kostnader uten poliklinikk) økte med 1,4 prosent. Dette illustrerer relativt sett mer poliklinisk aktivitet i perioden. Produktivetsforbedringen i perioden kom dermed også sammen med en dreining mot mer poliklinisk aktivitet.

Siste år i perioden økte derimot kostnadene og kostnad per DRG-poeng.

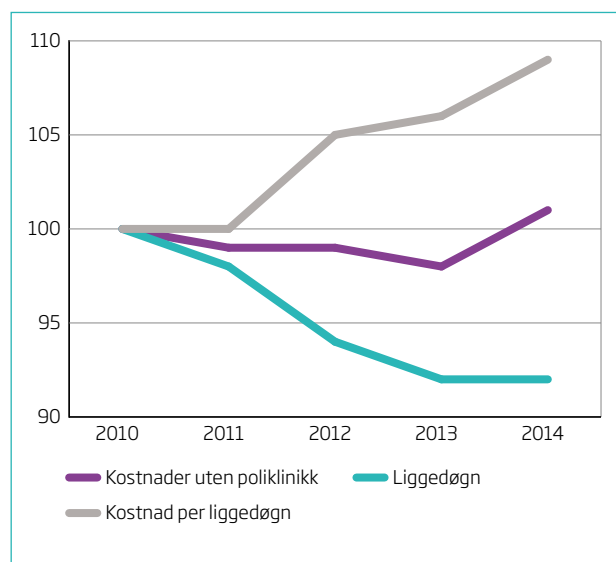
Tabell 4.1 Nasjonal utvikling og prosentvis endring i kostnader, DRG-poeng og liggedøgn.

	2010	2013	2014	Prosent endring 2010-2014	Prosent endring 2013-2014
Kostnader (mill. kr, faste priser)	67 705	68 111	70 472	4,1	3,5
Kostnader uten pensjon (mill. kr, faste priser)	60 916	60 663	62 329	2,3	2,7
Kostnader uten poliklinikk (mill. kr, faste priser)	56 762	56 102	57 549	1,4	2,6
DRG-poeng	1 285 633	1 339 513	1 369 041	6,5	2,2
Liggedøgn	3 961 631	3 704 171	3 672 647	-7,3	-0,9
Kostnad per DRG-poeng (kroner, faste priser)	52 663	50 848	51 475	-2,3	1,2
Kostnad uten pensjon per DRG-poeng (kroner, faste priser)	47 382	45 287	45 528	-3,9	0,5
Kostnad per liggedøgn (kroner, faste priser)	14 328	15 146	15 670	9,4	3,5

Figur 4.1 Relativ utvikling i kostnader, DRG-poeng og i kostnad per DRG-poeng.



Figur 4.2 Relativ utvikling i kostnader uten poliklinikk, liggedøgn og kostnad per liggedøgn.



Regional utvikling

Helse Sør-Øst

Fra 2010 til 2014 gikk kostnad per DRG-poeng ned med 1,9 prosent i Helse Sør-Øst. Produktivetsforbedringen var dermed i tråd med utviklingen for landet samlet (2,3 prosent). Bak produktivetsforbedringen i Helse Sør-Øst var det en vekst i DRG-poengene på 5,6 prosent og en kostnadsvekst på 3,6 prosent. Både kostnadene og aktiviteten økte svakere i Sør-Øst sammenlignet med landet samlet. Kostnadsveksten var 0,5 prosentpoeng under den nasjonale veksten på 4,1 prosent. Aktivitetsveksten på 5,6 prosent var 0,9 prosentpoeng lavere enn den nasjonale veksten. Se figur 4.5.

I Helse Sør-Øst gikk antall liggedøgn ned med 8,3 prosent i fireårsperioden, litt mer enn den nasjonale reduksjonen på 7,3 prosent. Kostnad per liggedøgn økte tilsvarende mer i Sør-Øst, med en økning på 10 prosent i kostnad per liggedøgn mot 9,4 prosent for landet samlet. En sterkere nedgang i tallet på liggedøgn i Sør-Øst falt sammen med en noe svakere kostnadsvekst, når det sammenlignes med utviklingen for landet samlet. Se figur 4.6.

Tabell 4.2 Utvikling og prosentvis endring i kostnader, DRG-poeng og liggedøgn for Helse Sør-Øst.

	2010	2013	2014	Prosent endring 2010-2014	Prosent endring 2013-2014
Kostnader (mill. kr, faste priser))	37 546	37 686	38 894	3,6	3,2
Kostnader uten pensjon (mill. kr, faste priser)	33 718	33 473	34 427	2,1	2,9
Kostnader uten poliklinikk (mill. kr, faste priser)	31 551	31 063	31 810	0,8	2,4
DRG-poeng	733 904	756 864	774 827	5,6	2,4
Liggedøgn	2 190 040	2 019 215	2 007 341	-8,3	-0,6
Kostnad per DRG-poeng (kroner, faste priser)	51 160	49 793	50 197	-1,9	0,8
Kostnad uten pensjon per DRG-poeng (kroner, faste priser)	45 943	44 225	44 431	-3,3	0,5
Kostnad per liggedøgn (kroner, faste priser)	14 407	15 384	15 847	10,0	3,0

Helse Vest

Kostnad per DRG-poeng i Helse Vest gikk ned med 2,4 prosent fra 2010 til 2014. Produktivitetsforbedringen var i tråd med utviklingen for landet samlet. Både kostnadene og DRG-poengene økte mer i Helse Vest sammenlignet med landsgjennomsnittet. I Helse Vest økte kostnadene med 6,4 prosent mot 4,1 prosent for gjennomsnittet, og DRG-poengene økte med 9 prosent mot 6,5 prosent på nasjonalt nivå. Se figur 4.5. Helse Vest hadde den sterkeste regionale kostnadsveksten i fireårsperioden.

Helse Vest hadde den svakeste nedgangen i liggedøgn i fireårsperioden, med en reduksjon på 3,9 prosent mot 7,3 prosent for landsgjennomsnittet. Kostnaden per liggedøgn økte allikevel med 9 prosent i tråd med landet samlet, fordi kostnadsveksten var sterkere. Se figur 4.6.

Kostnadene til innlagt pasientbehandling økte med 4,8 prosent i Helse Vest (se tabell 4.3, kostnader uten poliklinikk), mot 1,4 prosent for landet samlet. Dette, sammen med en svakere reduksjon i antall liggedøgn, kan indikere at dreiningen mot mer poliklinisk behandling og mer intensiv døgnbehandling som observeres for landet samlet, ikke

har vært like sterk i Helse Vest. Men utviklingen i kostnad per DRG-poeng var på linje med landsgjennomsnittet.

Figur 4.4 viser at Helse Vest hadde lavest kostnad per liggedøgn gjennom perioden, med et nivå som var 10 – 12 prosent under gjennomsnittet for landet samlet. Samtidig var nivået på kostnad per DRG-poeng 4-5 prosent under landsgjennomsnittet. Dette tilsier at antall liggedøgn per DRG-poeng er høyere i Helse Vest sammenlignet med landet for øvrig. Kapittel 7 viser at Helse Vest har lengst gjennomsnittlig liggetid for døgnopphold når regionene sammenlignes.

Helse Midt-Norge

Helse Midt-Norge hadde den sterkeste regionale produktivitetsforbedringen i perioden, med en nedgang på 5,6 prosent i kostnad per DRG-poeng. Produktivitetsforbedringen kom sammen med at regionen hadde den svakeste kostnadsveksten og den sterkeste aktivitetsveksten. Fra 2010 til 2014 økte DRG-poengene med 9,2 prosent mot 6,5 prosent for landet samlet. Kostnadsveksten i samme periode var på 3,1 prosent, ett prosentpoeng svakere enn den nasjonale veksten på 4,1 prosent. Se figur 4.5.

Tabell 4.3 Utvikling og prosentvis endring i kostnader, DRG-poeng og liggedøgn for Helse Vest.

	2010	2013	2014	Prosent endring 2010-2014	Prosent endring 2013-2014
Kostnader (mill. kr, faste priser)	12 758	13 037	13 578	6,4	4,2
Kostnader uten pensjon (mill. kr, faste priser)	11 442	11 605	11 970	4,6	3,2
Kostnader uten poliklinikk (mill. kr, faste priser)	10 728	10 895	11 241	4,8	3,2
DRG-poeng	250 817	267 144	273 405	9,0	2,3
Liggedøgn	833 006	807 299	800 573	-3,9	-0,8
Kostnad per DRG-poeng (kroner, faste priser)	50 866	48 801	49 664	-2,4	1,8
Kostnad uten pensjon per DRG-poeng (kroner, faste priser)	45 618	43 440	43 783	-4,0	0,8
Kostnad per liggedøgn (kroner, faste priser)	12 879	13 495	14 041	9,0	4,0

Tabell 4.4 Utvikling og prosentvis endring i kostnader, DRG-poeng og liggedøgn for Helse Midt-Norge.

	2010	2013	2014	Prosent endring 2010-2014	Prosent endring 2013-2014
Kostnader (mill. kr, faste priser))	9 893	9 872	10 199	3,1	3,3
Kostnader uten pensjon (mill. kr, faste priser)	8 905	8 781	8 974	0,8	2,2
Kostnader uten poliklinikk (mill. kr, faste priser)	8 197	7 965	8 161	-0,4	2,5
DRG-poeng	179 876	190 686	196 402	9,2	3,0
Liggedøgn	540 708	515 209	505 595	-6,5	-1,9
Kostnad per DRG-poeng (kroner, faste priser)	55 001	51 772	51 928	-5,6	0,3
Kostnad uten pensjon per DRG-poeng (kroner, faste priser)	49 506	46 047	45 692	-7,7	-0,8
Kostnad per liggedøgn (kroner, faste priser)	15 160	15 459	16 141	6,5	4,4

Reduksjonen i kostnad per DRG-poeng har ført til at kostnadsnivået for Helse Midt-Norge har nærmet seg landsgjennomsnittet. I 2014 var det relative kostnadsnivået 1 prosent over gjennomsnittet, mot 4 prosent over i 2010. Se figur 4.3.

Kostnad per liggedøgn gikk opp med 6,5 prosent i fireårsperioden, noe som var en svakere økning enn 9,4 prosent for landet samlet. Svakere vekst i kostnad per liggedøgn skyldtes i hovedsak mindre kostnadsvekst, men også en mindre reduksjon i antall liggedøgn. Se figur 4.6.

Helse Midt-Norge var den eneste regionen som hadde en nedgang i kostnader til innlagt pasientbehandling i fireårsperioden (se tabell 4.4, kostnader uten poliklinikk). Kostnadene til innlagt og poliklinisk pasientbehandling samlet økte med 3,1 prosent, hvorav kostnadene til innlagt behandling gikk svakt ned med 0,4 prosent. Dette indikerer en relativt sett sterkere dreining mot poliklinisk aktivitet. Kapittel 7 viser at Helse Midt-Norge hadde sterkest regional vekst i DRG-poeng knyttet til polikliniske konsultasjoner.

Produktivitetsforbedringen målt som nedgang i kostnad per DRG-poeng var sterkest i Helse Midt-Norge. Dette resultatet kom samtidig som at regionen hadde svakest vekst i totale kostnader til pasientbehandling, sterk dreining mot poliklinisk aktivitet, nedgang i kostnader til innlagte pasienter og sterkest vekst DRG-poeng.

Helse Nord

Helse Nord hadde en avvikende utvikling i kostnad per DRG-poeng i perioden fra 2010 til 2014. Kostnadsnivået i Helse Nord økte med 1,1 prosent, mot en reduksjon på 2,3 prosent for landet samlet. Hvis pensjonskostnadene holdes utenfor, så var den en produktivitetsforbedring på 1,2 prosent i Helse Nord, men de regionale variasjonene var stabile også når pensjonskostnadene ekskluderes.

Bakgrunnen for en svakere produktivitetsutvikling i Nord var en svakere aktivitetsvekst. DRG-poengene økte med 2,8 prosent mot 6,5 prosent for landet samlet. Kostnadsveksten på 3,9 prosent i Nord var på linje med landsgjennomsnittet. Siste år gikk tallet på DRG-poeng ned med 0,3 prosent i Helse Nord, mot en vekst på 2,2 prosent for landet samlet, se figur 4.5. Kapittel 7 viser at indeks for pasientsammensetning (DRG-poeng per døgnopphold) gikk ned i Helse Nord i løpet av 2014, i motsetning til økning i de andre regionene. Det vil si at redusert indeks for pasientsammensetning var en faktor bak svakere aktivitetsutvikling og dermed svakere produktivitetsutvikling i Helse Nord.

Tabell 4.5 Utvikling og prosentvis endring i kostnader, DRG-poeng og liggedøgn for Helse Nord.

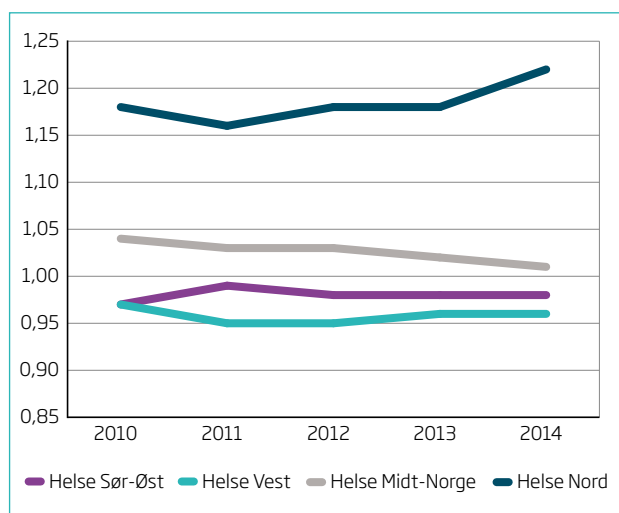
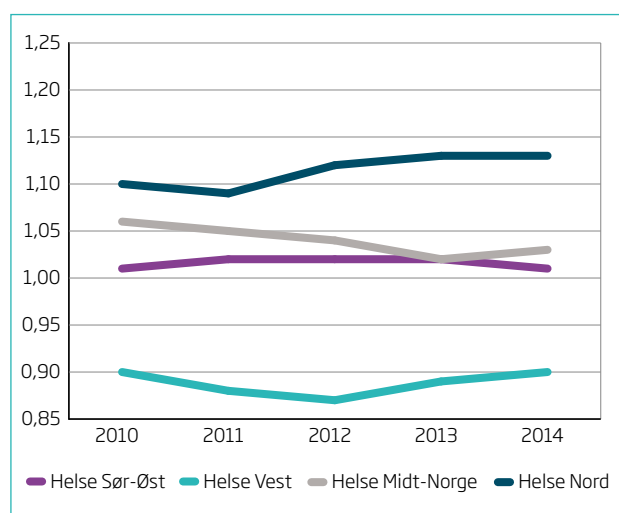
	2010	2013	2014	Prosent endring 2010-2014	Prosent endring 2013-2014
Kostnader (mill. kr, faste priser))	7 508	7 516	7 801	3,9	3,8
Kostnader uten pensjon (mill. kr, faste priser)	6 851	6 805	6 958	1,6	2,2
Kostnader uten poliklinikk (mill. kr, faste priser)	6 286	6 179	6 337	0,8	2,6
DRG-poeng	121 036	124 819	124 407	2,8	-0,3
Liggedøgn	397 877	362 448	359 138	-9,7	-0,9
Kostnad per DRG-poeng (kroner, faste priser)	62 028	60 214	62 704	1,1	4,1
Kostnad uten pensjon per DRG-poeng (kroner, faste priser)	56 607	54 523	55 931	-1,2	2,6
Kostnad per liggedøgn (kroner, faste priser)	15 798	17 049	17 645	11,7	3,5

En svakere produktivitetsutvikling i Helse Nord har ført til at det relative kostnadsnivået har beveget seg bort fra landsgjennomsnittet. I 2010 hadde Helse Nord et kostnadsnivå som var 18 prosent over gjennomsnittet, og i 2014 var det 22 prosent over.

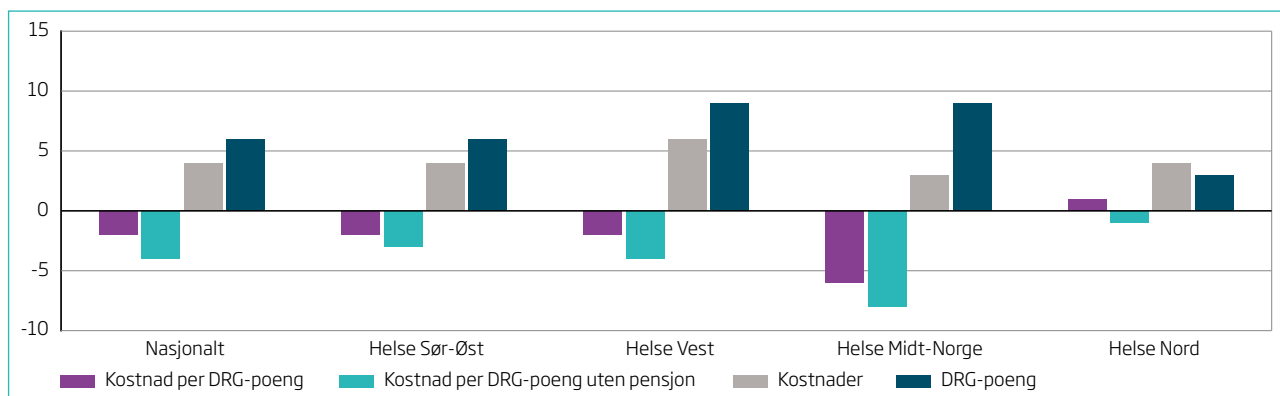
Helse Nord hadde den sterkeste reduksjonen i antall liggedøgn i fireårsperioden, med en nedgang på 9,7 prosent mot 7,3 prosent for landsgjennomsnittet. Regionen fikk dermed også den sterkeste veksten i kostnad per liggedøgn, med en økning på 11,7 prosent sammenlignet med 9,4 prosent for landet. Se figur 4.6. Men Helse Nord hadde også den

svakeste veksten i DRG-poeng. Kapittel 7 viser at reduksjonen i liggetid for døgnopphold har vært den samme i Helse Nord som for andre regioner.

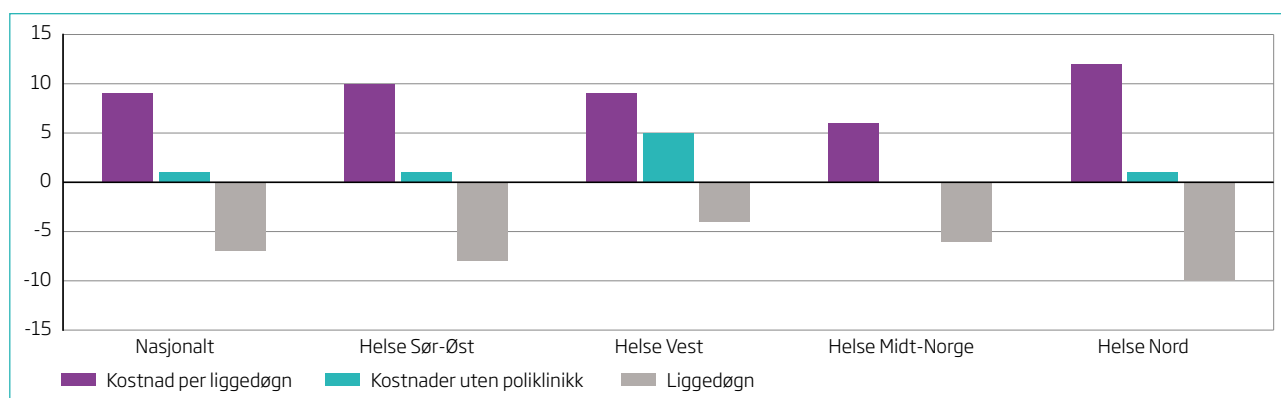
Figur 4.3 og 4.4 viser at Helse Nord hadde et nivå på kostnad per DRG-poeng som var 22 prosent over landsgjennomsnittet i 2014, mens kostnad per liggedøgn var 13 prosent over. Dette betyr at Helse Nord har flere liggedøgn per DRG-poeng i pasientbehandlingen. Kapittel 7 viser også at gjennomsnittlig liggetid for døgnopphold er litt høyere i Helse Nord sammenlignet med landsgjennomsnittet.

Figur 4.3 Regional utvikling i relativt nivå på kostnad per DRG-poeng.**Figur 4.4 Regional utvikling i relativt nivå på kostnad per liggedøgn.**

Figur 4.5 Prosentvis endring fra 2010 til 2014 i kostnad per DRG-poeng, herav kostnadsendring og aktivitetsendring.



Figur 4.6 Prosentvis endring fra 2010 til 2014 i kostnad per liggedøgn, herav kostnadsendring og aktivitetsendring.



4.3 PSYKISK HELSEVERN FOR BARN OG UNGE

Nasjonal utvikling

I det psykiske helsevernet for barn og unge har det vært en økning i totale driftskostnader på 4,1 prosent i perioden 2010 – 2014 og en vekst i antall årsverk på 5,6 prosent¹⁹. I samme periode har antall behandlede pasienter økt med 2,3 prosent. Det psykiske helsevernet for barn og unge har en sterk poliklinisk profil, og bare 3,7 prosent av pasientene mottok døgnbehandling i 2014. Denne profilen forsterkes i siste femårsperiode: Døgnplasskapasiteten reduseres, mens andel polikliniske årsverk øker. Samtidig styrkes kompetansen i tjenestene, og det skjer en gradvis utbygging av det ambulante tjenestetilbudet til barn og unge. Det vil si at pasientene enten mottar behandling hjemme

eller andre steder utenfor institusjonene. Antall årsverk knyttet til denne typen virksomhet har siden 2010 økt med 75 prosent og utgjorde i 2014 15 prosent av årsverkene i poliklinikkene. Andel årsverk med universitets- eller høyskoleutdanning har økt fra 72 til 75 prosent.

I gjennomsnitt kostet hver polikliniske pasient i det psykiske helsevernet for barn og unge om lag 47 000 kroner i 2014. Dette er en økning på nærmere 5 prosent fra 2013. Konsultasjoner per fagårsverk har økt med 8 prosent fra 2011 – 2014, og økte også marginalt siste år. Antall konsultasjoner per pasient øker mer enn personellproduktiviteten i perioden. Det kan altså se ut til at økt ressursinnsats og økt personellproduktivitet i poliklinikkene tas ut i form av mer innsats per pasient. Kostnadsveksten må også forstås i lys av kompetanseoppbygging og økt innslag av ressurskrevende ambulant virksomhet. I 2014 hadde en poliklinisk pasient i det psykiske helsevernet for barn og unge

¹⁹ Personelltall for 2010 er sannsynligvis noe undervurdert, og reell vekst i perioden antas å være noe lavere.

i gjennomsnitt 14 refusjonsberettigede polikliniske konsultasjoner. Om lag 10 prosent av konsultasjonene var ambulante.

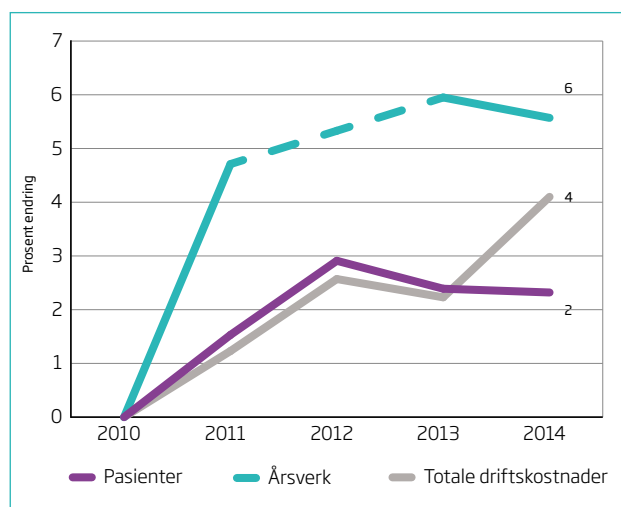
Tabell 4.6 og figurene 4.7 og 4.8 viser utvikling for aktivitet, kostnader og personell i perioden 2010-2014²⁰.

Tabell 4.6: Kostnader, personell og aktivitet i psykisk helsevern for barn og unge i perioden 2010 - 2014.

	2010	2013	2014	Prosent endring 2010 - 2014	Prosent endring 2013 - 2014
Driftskostnader (mill. kr, faste priser)	3 985	4 074	4 149	4,1	1,8
- Uten pensjon	3 468	3 502	3 529	1,7	0,8
Årsverk	3 520	3 729	3 716	5,6	-0,3
- Herav høyskole- eller universitetsutdanning	2 542	2 751	2 774	9,1	0,8
- Herav polikliniske årsverk	2 209	2 393	2 459	11,3	2,8
Pasienter	54 012	55 304	55 263	2,3	-0,1
Utskrivninger	2 353	2 792	2 828	20,2	1,3
Polikliniske konsultasjoner (m refusjon)	707 118	761 435	783 015	10,7	2,8
Ambulante konsultasjoner (m/u refusjon)			76 607		
Indikatorer poliklinikk¹					
- Kostnad per pasient (kroner, faste priser)		44 950	47 134		4,9
- Kostnad per konsultasjon (kroner, faste priser)		3 328	3 393		2,0
- Pasienter per fagårsverk		27	26		-2,2
- Konsultasjoner per fagårsverk		367	369		0,5
- Konsultasjoner per pasient		14	14		2,8
- Ambulante konsultasjoner per pasient			1,4		

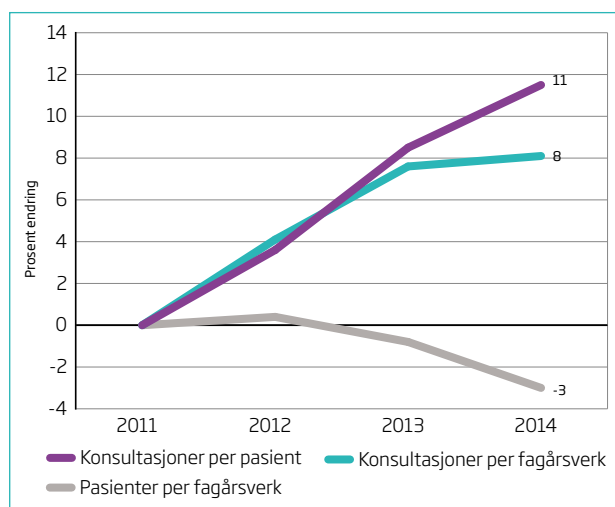
1) Beregningene er basert på data fra utvalgte institusjoner. Kostnadsgrunnlaget i kostnadsindikatorerne er avgrenset til å gjelde kostnader til pasientbehandling ved HF og private med områdeansvar.

Figur 4.7 Kostnader, personell¹ og behandlede pasienter i psykisk helsevern for barn og unge i perioden 2010 - 2014



1) Årsverkstall for 2012 er usikre og satt til gjennomsnittet av 2011 og 2013. Antall årsverk for 2010 kan være undervurdert og reell vekst i antall årsverk mindre enn det som fremgår av figuren.

Figur 4.8 Personellindikatorer¹ for poliklinikk i det psykiske helsevernet for barn og unge i perioden 2011 - 2014.



1) Beregningene er basert på data fra utvalgte poliklinikker

²⁰ Grunnet konvertering til nytt pasientdatasystem, har vi ikke sammenlignbare tall for hele femårs-perioden. Personellindikatorer er derfor bare beregnet for perioden 2011 - 2014. Kostnadsindikatorer beregnes bare for 2013 og 2014. For perioden før 2013 er ikke kostnadsgrunnlaget tilrettelagt for indikatorformål.

Regionale forskjeller

Beregningene viser at alle regionene hadde en økning i konsultasjoner per pasient fra 2013 til 2014. Med unntak for Helse Midt-Norge, ser vi også at denne veksten har vært sterkere enn økningen i konsultasjoner per fagårsverk, og at kostnad per polikliniske pasient har økt. Kostnadsveksten var spesielt sterk i Helse Sør-Øst som hadde nedgang i konsultasjoner per fagårsverk siste år.

På regionalt nivå i 2014 varierer kostnad per polikliniske pasient fra 36 200 kr i Helse Midt-Norge til 49 900 kr i Helse Sør-Øst. Figur 4.9 illustrerer

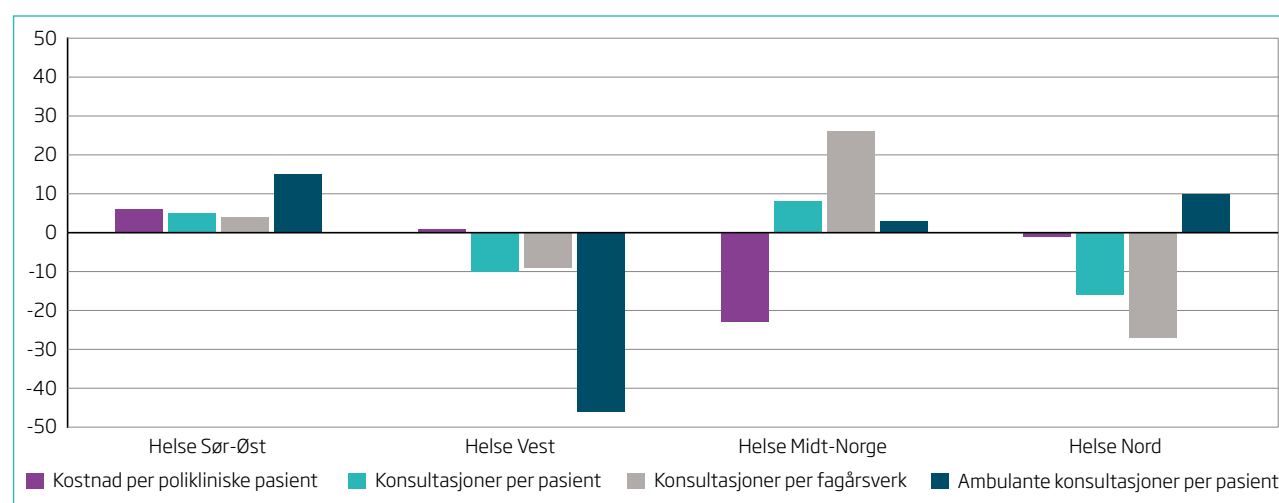
forholdet mellom den enkelte regions kostnadsnivå, personellproduktiviteten og behandlingsomfang per pasient ved å se på relativt nivå for kostnad per pasient, konsultasjoner per fagårsverk og konsultasjoner per pasient. Kostnad per pasient forventes å være høyere for regioner med færre konsultasjoner per fagårsverk, flere konsultasjoner per pasient og større innslag av ambulant behandling. Figuren indikerer at de regionale forskjellene i kostnad per polikliniske pasient både skyldes forskjeller i personellproduktiviteten og forskjeller i behandlingsomfang.

Tabell 4.7: Aktivitet og ressursinnsats i poliklinikker i det psykiske helsevernet for barn og unge i 2013 - 2014, angitt per region.

Region	Kostnad per polikliniske pasient		Konsultasjoner per fagårsverk		Konsultasjoner per pasient	
	Kroner 2014	Prosent realendring 2013-2014	Antall	Prosent endring 2013-2014	Antall	Prosent endring 2013-2014
Helse Sør-Øst	49 902	8,5	382	-2,7	15	2,3
Helse Vest	47 759	0,8	337	0,9	13	2,2
Helse Midt-Norge ¹	36 194	-4,7	463	13,0	15	6,3
Helse Nord	46 826	5,8	269	1,4	12	2,9
Totalt	47 134	4,9	369	0,5	14	2,8

1) Aktivitetsvekst i antall polikliniske konsultasjoner for Helse Midt-Norge kan delvis være knyttet til endret registreringspraksis. Se også kapittel 9.

Figur 4.9 Kostnad- og personellindikatorer i poliklinikker i det psykiske helsevernet for barn og unge i 2014, angitt som avvik fra landsgjennomsnittet og per region.



4.4 PSYKISK HELSEVERN FOR VOKSNE

Nasjonal utvikling

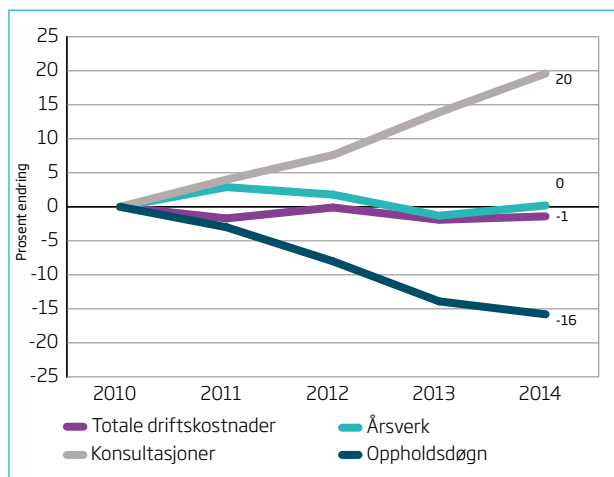
I det psykiske helsevernet for voksne reduseres totale driftskostnader med 1,4 prosent i perioden 2010 - 2014. Nedgangen i avgrensede kostnader til pasientbehandling var noe mindre, men fortsatt tydelig, spesielt dersom kostnader til pensjon holdes utenfor. I samme periode, var det totale antallet årsverk tilnærmet uendret. Til tross for marginal vekst i antall årsverk og realnedgang i kostnader til pasientbehandling, ble det behandlet 10 prosent flere pasienter i 2014 enn i 2010. Aktivitetsveksten har først og fremst skjedd i poliklinikkene og ved omfordeling av personellressurser fra døgnavdelinger til poliklinisk virksomhet. Døgnplasskapasiteten er redusert i perioden, men grunnet omlegging til mer korttids døgnbehandling har også antall utskrivninger økt med nærmere 3 prosent i femårsperioden.

For 2014 beregnes gjennomsnittlig kostnad per opphold i det psykiske helsevernet for voksne til 239 000 kroner, mens kostnad per oppholdsdøgn utgjorde i underkant av 12 000 kroner. Oppholdskostnaden reduseres med nærmere 9 prosent fra 2010, mens gjennomsnittlig døgnkostnad har økt, både i sykehusavdelingene og i DPS-ene. Denne utviklingen må forstås i lys av økt personelltetthet i døgnavdelingene og reduksjon i døgnoppholdenes varighet.

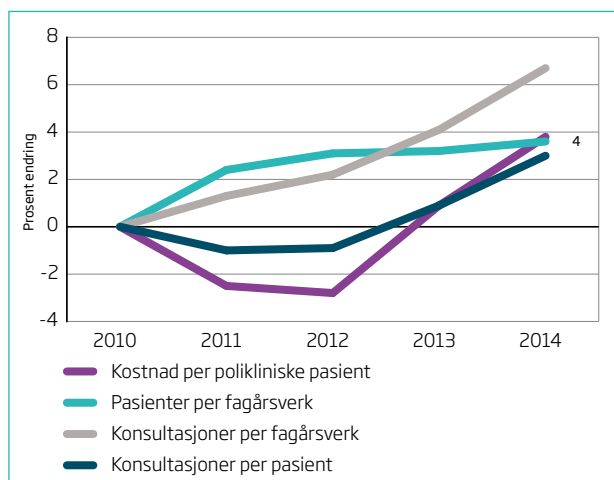
Personellproduktiviteten i poliklinikkene, målt ved konsultasjoner per fagårsverk, økte både i perioden 2010 - 2014 og siste år. Effekten benyttes både til å øke antall konsultasjoner per pasient og til å behandle flere pasienter. Gjennomsnittlig kostnad per polikliniske pasient økte i samme periode med 4 prosent, og i takt med økningen i antall konsultasjoner per pasient. For 2014 beregnes gjennomsnittlig kostnad per polikliniske pasient i det psykiske helsevernet for voksne til 30 100 kroner. Hver pasient mottok i snitt 11 refusjonsberettigede konsultasjoner. I underkant av 10 prosent av konsultasjonene rapporteres som ambulante konsultasjoner.

Tabell 4.8 og figurene 4.10 - 4.12 viser utvikling for aktivitet, kostnader og personell i perioden 2010 til 2014.

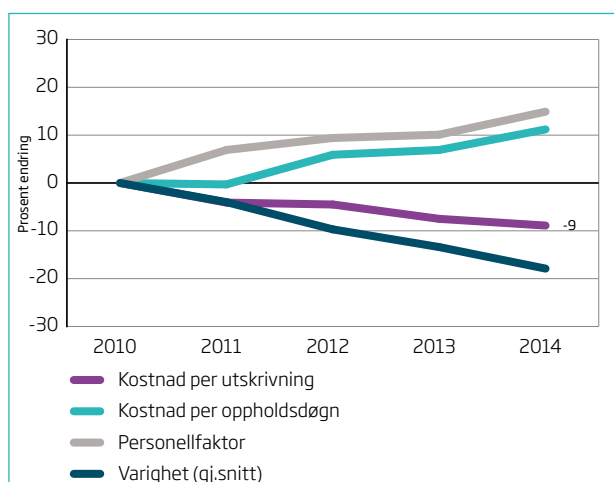
Figur 4.10 Kostnader, personell og aktivitet i psykisk helsevern for voksne i perioden 2010 - 2014



Figur 4.11 Produktivitetsutvikling for poliklinikk i det psykiske helsevernet for voksne i perioden 2010 - 2014



Figur 4.12 Produktivitetsutvikling for døgnavdelinger i det psykiske helsevernet for voksne i perioden 2010 - 2014



Tabell 4.8: Kostnader, personell og aktivitet i psykisk helsevern for voksne i perioden 2010-2014.

	2010	2013	2014	Prosent endring 2010 - 2014	Prosent endring 2013 - 2014
Totale driftskostnader (mill. kr, faste priser)	18 410	18 067	18 151	-1,4	0,5
- Uten pensjon	16 185	15 683	15 545	-3,9	-0,9
Kostnader til pasientbehandling (mill. kr, faste priser)	16 199	15 672	16 075	-0,8	2,6
Årsverk	16 283	16 075	16 317	0,2	1,5
- Herav høyskole- og universitetsutdanning	10 601	10 770	10 990	3,7	2,0
- Herav polikliniske årsverk	3 418	3 790	3 851	12,7	1,6
Pasienter	120 296	128 001	132 226	9,9	3,3
Utskrivninger	52 201	52 292	53 613	2,7	2,5
Polikliniske konsultasjoner (m ref)	1 191 848	1 357 317	1 425 917	19,6	5,1
- Herav ambulante konsultasjoner (m/u ref)			137 215		
Indikatorer poliklinikk¹					
- Kostnad per pasient (kroner, faste priser)	29 007	29 282	30 107	3,8	2,8
- Kostnad per konsultasjon (kroner, faste priser)	2 738	2 731	2 786	1,8	2,0
- Pasienter per fagårsverk	37	39	39	3,6	0,4
- Konsultasjoner per fagårsverk	394	411	421	6,7	2,5
- Konsultasjoner per pasient	11	11	11	3,0	2,1
- Ambulante konsultasjoner per pasient			1,0		
Indikatorer døgnavdelinger¹					
- Kostnad per utskrivning (kroner, faste priser)	262 202	242 454	238 939	-8,9	-1,4
- Kostnad per oppholdsdøgn (kroner, faste priser)	10 745	11 486	11 945	11,2	4,0
- Sykehus	12 988	13 828	14 448	11,2	4,5
- DPS	7 506	8 368	8 586	14,4	2,6
- Utskrivninger per årsverk	4,0	4,2	4,3	6,0	1,1
- Personellfaktor	3,7	4,1	4,2	14,9	4,3
- Behandlerfaktor	2,6	2,5	2,6	0,1	5,1
- Beleggsprosent	83	81	81	-2,7	-0,2
- Varighet (gjennomsnitt)	24	21	20	-17,9	-5,2

1) Beregningene er basert på data fra utvalgte institusjoner. Kostnadsgrunnlaget i kostnadsindikatorerne er avgrenset til å gjelde kostnader til pasientbehandling ved HF og private med områdeansvar.

Regional utvikling

Poliklinikk

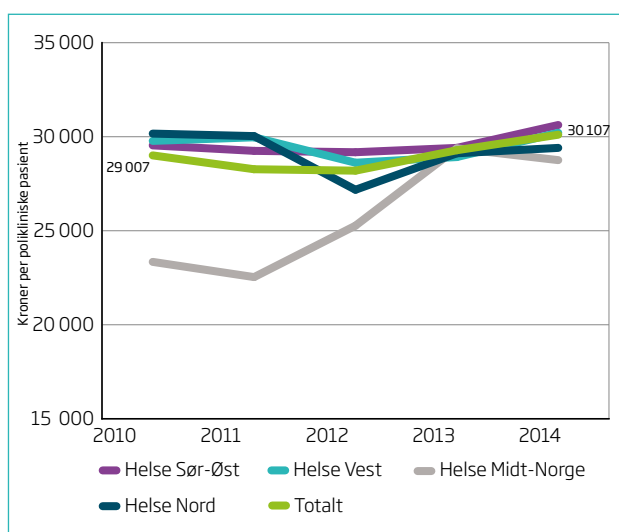
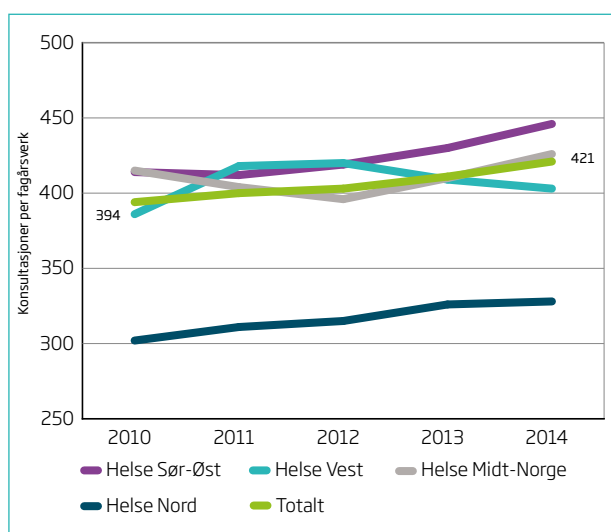
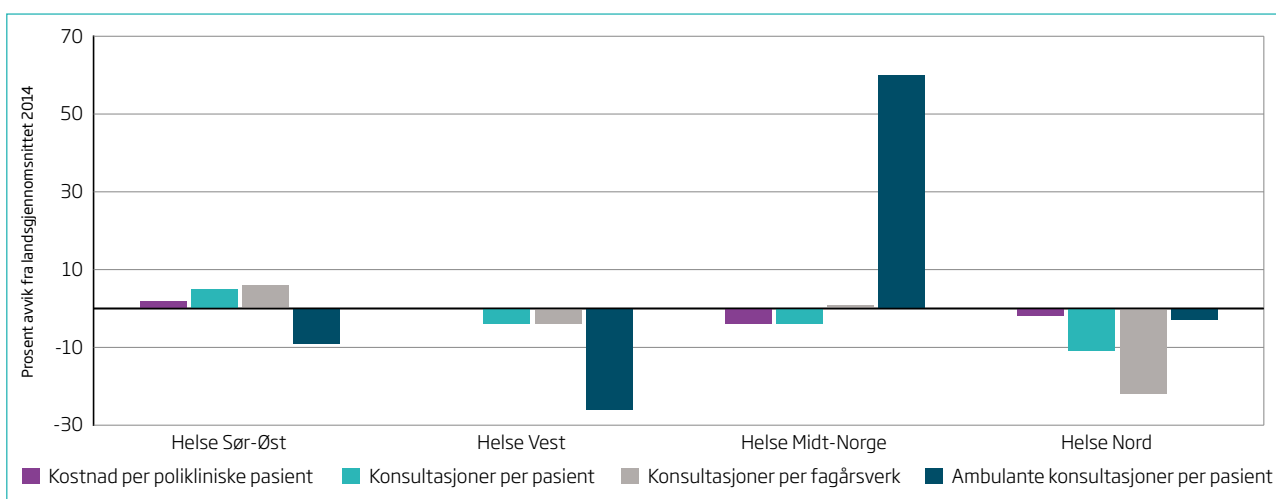
Tabell 4.9 viser tall for kostnads- og produktivitetsutviklingen for poliklinikkene i regionene i det psykiske helsevernet for voksne over perioden 2010-2014. Figur 4.13 og figur 4.14 illustrerer utviklingen, målt ved kostnad per pasient og konsultasjoner per fagårsverk. I figur 4.15 er de ulike indikatorene sammenstilt for 2014.

På landsbasis økte kostnadene per polikliniske pasient med 3,8 prosent, og økningen i kostnadsnivået gjelder tre av fire regioner. Kraftigst har

økningen vært i Helse Midt-Norge, mens Helse Nord har hatt en svak nedgang. I 2014 hadde regionene kostnader per pasient på om lag samme nivå. Det har i alle regioner vært en økning i tallet på konsultasjoner per fagårsverk. I prosent var økningen størst i Helse Nord og minst i Helse Midt-Norge. Tre av fire regioner hadde en økning i antall konsultasjoner per pasient, men i Helse Nord har det vært en svak nedgang. I tre av fire regioner er det imidlertid kraftigere økning i antall konsultasjoner per årsverk enn i antall konsultasjoner per pasient. Dette gir en økning i antall pasienter per årsverk på 3,6 prosent.

Tabell 4.9: Aktivitet og ressursinnsats i poliklinikker i det psykiske helsevernet for voksne i perioden 2010 - 2014 etter region.

Region	Kostnad per polikliniske pasient		Konsultasjoner per fagårsverk		Konsultasjoner per pasient	
	Kroner 2014	Prosent realendring 2010-2014	Antall	Prosent endring 2010-2014	Antall	Prosent endring 2010-2014
Helse Sør-Øst	30 623	3,7	446	7,7	11	2,8
Helse Vest	30 209	1,4	403	4,5	10	1,1
Helse Midt-Norge	28 755	23,2	426	2,6	10	7,9
Helse Nord	29 406	-2,5	328	8,7	10	-1,5
Totalt	30 107	3,8	421	6,7	11	3,0

Figur 4.13 Kostnad per pasient i poliklinikker i det psykiske helsevernet for voksne i perioden 2010 - 2014, angitt per region.**Figur 4.14 Konsultasjoner per fagårsverk i poliklinikker i det psykiske helsevernet for voksne i perioden 2010 - 2014, angitt per region.****Figur 4.15 Kostnad- og personellindikatorer i poliklinikker i det psykiske helsevernet for barn og unge i 2014, angitt som avvik fra landsgjennomsnittet og per region.**

Helse Midt-Norge, som i utgangspunktet hadde lavere kostnad per polikliniske pasient enn de øvrige regionene, skiller seg ut ved en langt kraftigere økning enn de andre regionene. Dette gjenspeiler delvis en lavere vekst i antall konsultasjoner per årsverk enn de øvrige regionene, og dels en høyere vekst i antall konsultasjoner per pasient enn de øvrige. Regionen får på denne måten en nedgang i antall pasienter per fagårsverk på fem prosent. Regionen hadde for 2014 likevel fortsatt lavere kostnad per pasient, flere konsultasjoner per fagårsverk, færre konsultasjoner per pasient og mer ambulant behandling enn gjennomsnittet for landet.

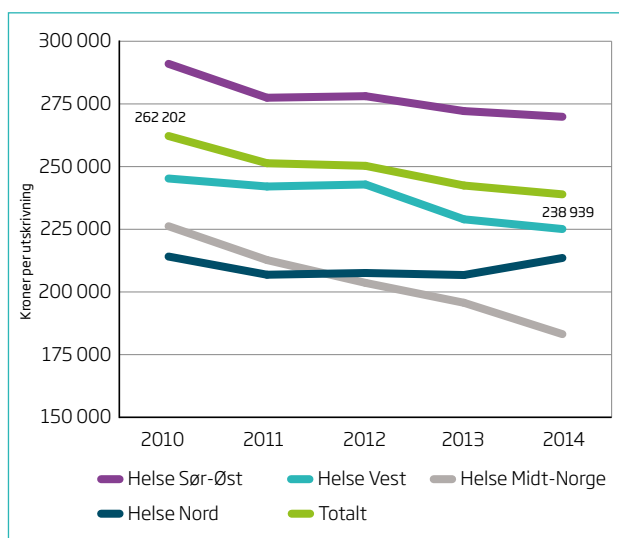
Døgnavdelinger

Tabell 4.10 viser den regionale produktivitetsutviklingen ved døgnavdelingene over perioden 2010 til 2014. Utviklingen er illustrert i figur 4.16 og figur 4.17, mens figur 4.18 sammenstiller indikatorer for 2014 og ser på forholdet mellom kostnad per opphold, personelltetthet og oppholdenes varighet.

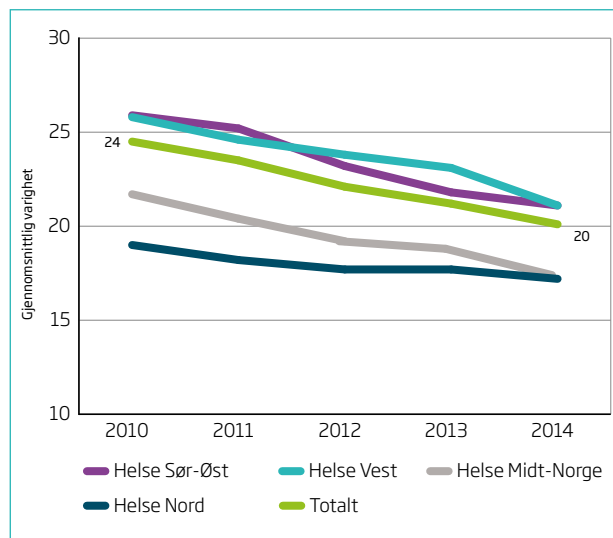
Tabell 4.10: Aktivitet og ressursinnsats i døgnavdelinger i det psykiske helsevernet for voksne i perioden 2010 - 2014 etter region.

Region	Kostnad per utskrivning		Personellfaktor		Varighet	
	Kroner 2014	Prosent realendring 2010-2014	Årsverk	Prosent endring 2010-2014	2010	2014
Helse Sør-Øst	269 872	-7,3	4,5	15,4	26	21
Helse Vest	225 098	-8,2	3,6	20,8	26	21
Helse Midt-Norge	183 176	-19,0	4,4	9,5	22	17
Helse Nord	213 556	-0,3	4,6	13,6	19	17
Totalt	238 939	-8,9	4,2	14,9	24	20

Figur 4.16 Kostnad per utskrivning i psykisk helsevern for voksne i perioden 2010 - 2014, angitt per region.



Figur 4.17 Gjennomsnittlig varighet av døgnopphold i psykisk helsevern for voksne i perioden 2010 - 2014, angitt per region.

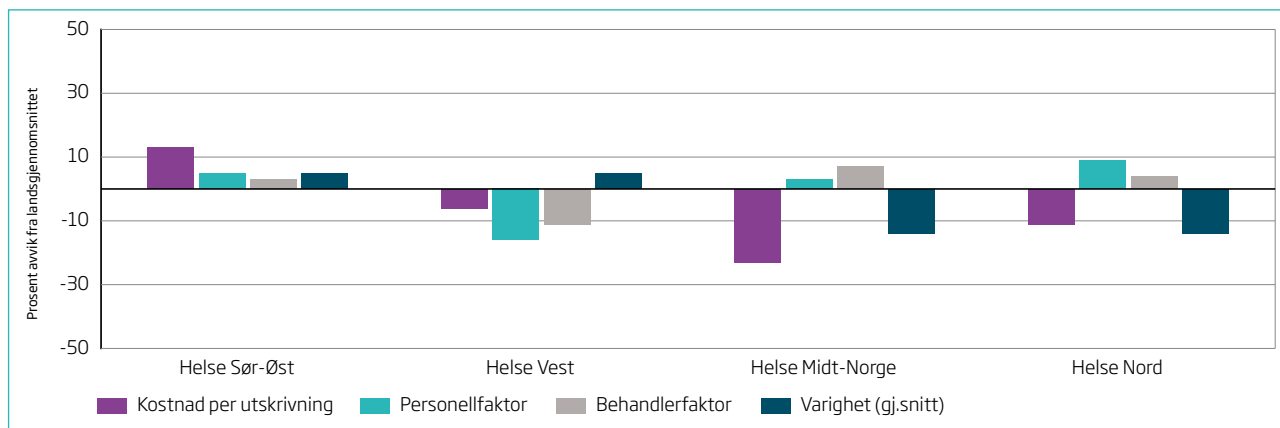


Alle regioner har hatt en økning i personellfaktoren i perioden, men likevel en nedgang i kostnad per utskrivning. Dette gjenspeiler at varigheten av oppholdene fortsatt går ned i alle regioner.

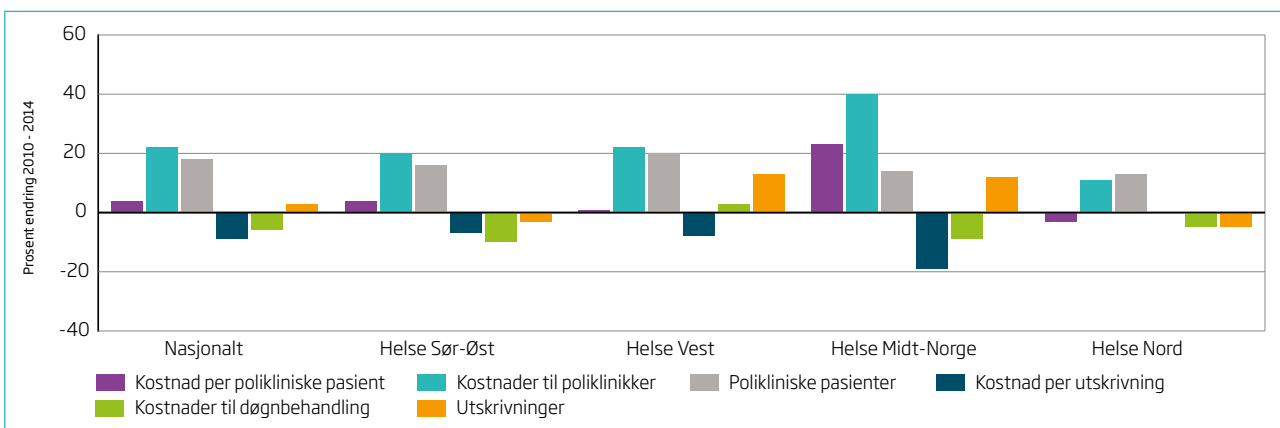
Kraftigst nedgang i kostnad per utskrivning ser vi i Helse Midt-Norge, og Helse Midt-Norge hadde i 2014 et betydelig lavere kostnadsnivå enn de øvrige regionene. Dette gjenspeiler at regionen, sammen med Helse Nord, også har de korteste oppholdene. Høyest kostnad per utskrivning finner vi i Helse Sør-Øst, fulgt av Helse Vest. Disse regionene har hatt en nedgang i varigheten på 5 døgn i perioden, men hadde i 2014 fortsatt lengre opphold enn øvrige regioner. Helse Vest har også den laveste personellfaktoren i døgntillegget.

I figur 4.19 dekomponeres endringer i kostnadsindikatorer for psykisk helsevern for voksne i aktivitets- og kostnadsendring. Det generelle bildet er at kostnader til pasientbehandling reduseres marginalt i perioden 2010 - 2014. Nedgangen gjelder døgnavdelingene som både hadde reduksjon i antall årsverk og i antall oppholdsdøgn i perioden, men likevel en økning i antall opphold. For poliklinikkene økte kostnadene mer enn 20 prosent fra 2010 til 2014, og denne kostnadsveksten var sterkere enn veksten i antall behandlede pasienter. Med dette reduseres kostnad per utskrivning, mens kostnad per polikliniske pasient har økt. Veksten i poliklinikkene og nedgangen i kostnad per utskrivning er spesielt tydelig for Helse Midt-Norge. Endringene i Helse Nord er mindre enn i de øvrige regionene, og denne regionen hadde tilnærmet ingen endring i kostnad per utskrivning og nedgang i kostnad per polikliniske pasient.

Figur 4.18 Kostnad- og personellindikatorer i døgnavdelinger i det psykiske helsevernet for voksne i 2014, angitt som avvik fra landsgjennomsnittet og per region.



Figur 4.19 Prosentvis endring i aktivitet, kostnader og kostnadsindikatorer for poliklinikker og døgnavdelinger i det psykiske helsevernet for voksne i perioden 2010 - 2014, angitt per region.



4.5 TVERRFAGLIG SPESIALISERT RUSBEHANDLING

Nasjonal utvikling

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) er fortsatt et tjenesteområde under oppbygging i de offentlige helseforetakene, og den prosentvise kostnadsveksten i perioden 2010-2014 var større for dette tjenesteområdet enn for både psykisk helsevern og somatiske spesialisthelsetjenester. Fra 2010 til 2014 økte totale driftskostnader i HF-ene med 24 prosent, og veksten i antall årsverk har vært tilsvarende²¹. Aktiviteten har også økt betydelig i både døgnavdelingene og i poliklinikkene,

og utviklingen viser videre en økende andel ansatte med helsefaglig utdanning. Økte ressurser er benyttet både til å øke kapasiteten og til å øke kompetansen i tjenestene.

Samtidig viser produktivitetsutviklingen for poliklinikkene at konsultasjoner per årsverk har økt 11 prosent i femårsperioden. Konsultasjoner per fagårsverk viser en noe svakere produktivitetsforbedring, men dette må ses i sammenheng med den kraftigere veksten vi ser for denne personellgruppen. Døgnkapasiteten i helseforetakene har økt med 114 plasser siden 2010. Også ressursinnsatsen ved døgnavdelingene har økt i perioden med mer kompetanse og flere årsverk per døgnplass

Tabell 4.11: Kostnader, personell og aktivitet i tverrfaglig spesialisert rusbehandling¹ i perioden 2010-2014

	2010	2013	2014	Prosent endring 2010 - 2014	Prosent endring 2013 - 2014
Driftskostnader (mill. kr, faste priser)	2 483	2 984	3 080	24,0	3,2
- Uten pensjon	2 215	2 623	2 673	20,7	1,9
Årsverk	1 947	2 393	2 514	29,2	5,1
- Herav høyskole- og universitetsutdanning	1 405	1 770	1 885	37,7	6,5
- Herav helsefaglig utdanning	896	1 233	1 332	48,6	8,0
- Herav polikliniske årsverk	596	817	870	46,0	6,4
Innleggelser	8 247	8 025	8 506	3,1	6,0
Polikliniske konsultasjoner (m/u refusjon)	198 178	293 115	317 035	60,0	8,2
Ambulante konsultasjoner (m/u refusjon)			20 876		
Indikatorer poliklinikk²					
- Kostnad per pasient (kroner, faste priser)			36 386		
- Kostnad per konsultasjon (kroner, faste priser)			2 839		
- Konsultasjoner per årsverk	332	359	369	10,7	2,3
- Konsultasjoner per fagårsverk	397	400	405	1,9	1,2
- Konsultasjoner per pasient			13		
- Ambulante konsultasjoner per pasient			0,8		
Indikatorer døgnavdelinge³					
- Kostnad per utskrivning (kroner, faste priser)			214 508		
- Kostnad per oppholdsdøgn (kroner, faste priser)			7 680		
- Personellfaktor	2,4	2,6	2,6	11,2	1,5
- Behandlerfaktor	1,5	1,8	1,8	20,4	2,3
- Beleggsprosent		83	85		2,4
- Varighet (median)	12	12	12	0,0	0,0

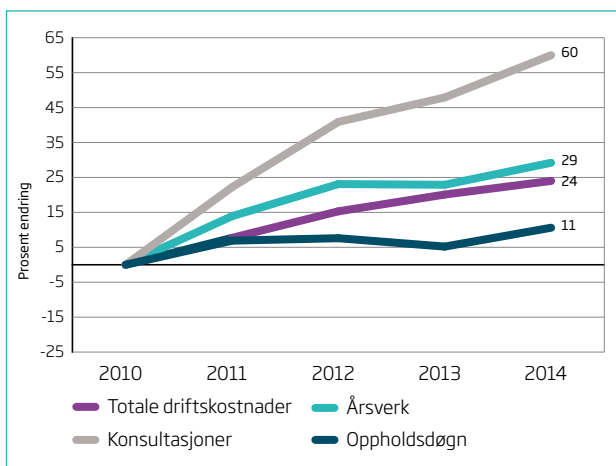
1) Utviklingstall og indikatorer gjelder HF og private med områdeansvar. Nordlandssykehuset inngår ikke i grunnlaget for indikatorene grunnet usikkert datagrunnlag.

²¹ Datagrunnlaget viser at veksten i antall årsverk er sterkere enn veksten i kostnader i perioden 2010 til 2014, dette til tross for at innslaget av høyskole- og universitetsutdannet personell øker. Dette antas å ha sammenheng med endringer og forskjeller i nøkler for fordeling av felleskostnader, fellespersonell og delte stillinger mellom de ulike tjenesteområdene i helseforetakene.

behandling. Den økte personelltettheten synliggjøres ved økt personellfaktor. Sterkere vekst i behandlerfaktoren enn i personellfaktoren viser også at kompetansen i tjenestene øker. Utviklingen i døgntilbudet har imidlertid ikke påvirket hovedtendensen i behandlingsvarighet.

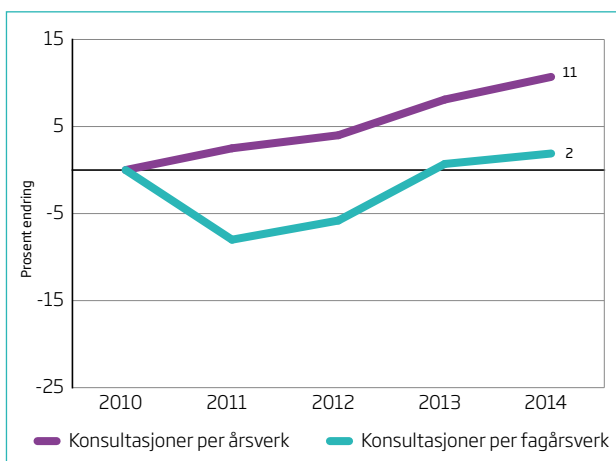
I gjennomsnitt kostet et opphold ved en offentlig døgnavdeling i TSB 215 000 kroner i 2014. Gjennomsnittlig døgnekostnad beregnes til 7 700 kroner, som er omtrent 90 prosent av kostnaden som beregnes for DPS-ene i det psykiske helsevernet for voksne samme år. For polikliniske pasienter beregnes en gjennomsnittskostnad på om lag 36 000 kroner. Dette er 20 prosent høyere enn for polikliniske pasienter i psykisk helsevern.

Figur 4.20 Kostnader, personell og aktivitet i tverrfaglig spesialisert rusbehandling¹ i perioden 2010 - 2014

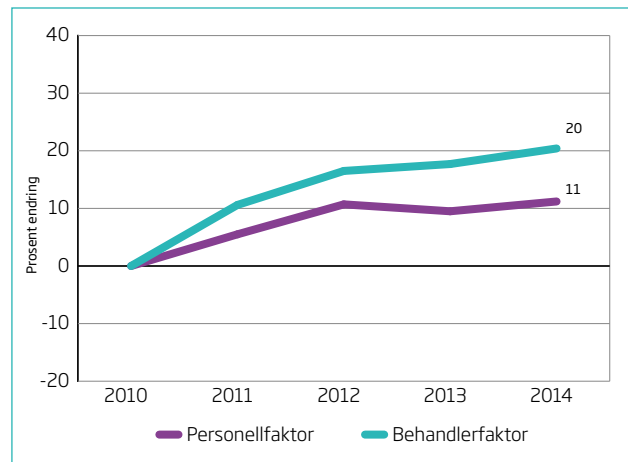


¹ Gjelder HF og private med områdeansvar

Figur 4.21 Produktivitetsutvikling for poliklinikker i TSB i perioden 2010 - 2014.



Figur 4.22 Personelltetthet i døgnavdelinger TSB i perioden 2010 - 2014.



Regionale forskjeller

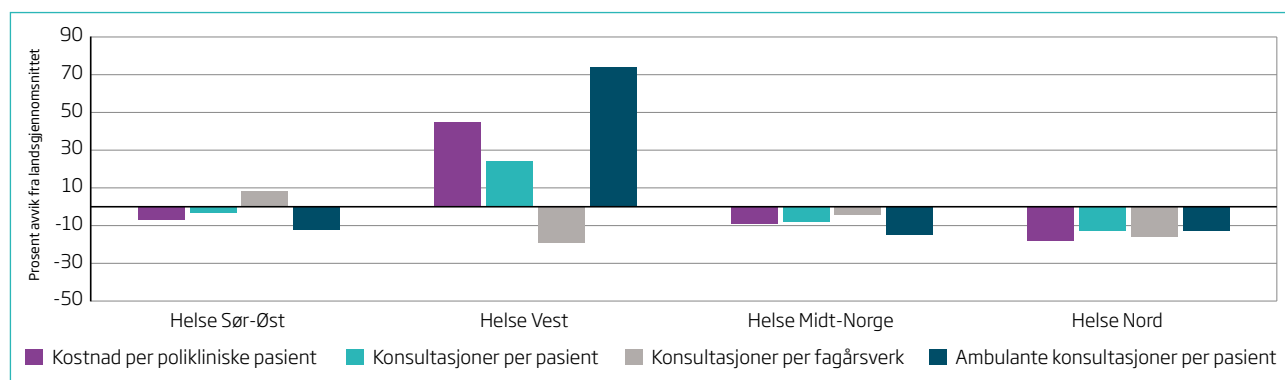
Poliklinikker

Profilen i den polikliniske virksomheten er ulikt i regionene. Mens over halvparten av den polikliniske virksomheten i Helse Sør-Øst er knyttet til individuelle pasientkonsultasjoner ved poliklinikken, er Helse Vest og Helse Midt-Norge sitt tilbud i tillegg også innrettet mot førstelinjetjenesten. For 2014 utgjorde omfanget av telefonkonsultasjoner en betydelig andel av virksomheten i Midt-Norge og Nord, hhv 30 og 60 prosent, mot en fjerdedel av virksomheten i Sør-Øst. Ambulant virksomhet utgjorde i underkant av 10 prosent av virksomheten i alle regioner med unntak for Helse Sør-Øst hvor omfanget var noe lavere.

Tabell 4.12: Kostnadsindikatorer for TSB i 2014 etter region.

Region	Kostnadsindikatorer 2014		
	Kostnad per utskrivning	Kostnad per oppholdsdøgn	Kostnad per polikliniske pasient
Sør-Øst	180 061	8 466	33 912
Vest	487 331	7 411	52 588
Midt-Norge	241 909	6 381	33 150
Nord	207 737	6 279	29 962
Totalt	214 508	7 680	36 386

Figur 4.23 Kostnad- og personellindikatorer i poliklinikker i tverrfaglig spesialisert rusbehandling i 2014, angitt som avvik fra landsgjennomsnittet og per region.



Helse Sør-Øst påvirker landsgjennomsnittet i stor grad. Konsultasjoner per fagårsverk lå høyere enn de øvrige regionene i 2014, men den høye andelen av virksomheten knyttet til tradisjonell poliklinisk virksomhet muliggjør likevel et relativt lavere kostnadsnivå.

Helse Vest, som både har betydelig ambulant virksomhet og avtaler med førstelinjetjenesten, vil involvere flere årsverk per møte og færre konsultasjoner per årsverk. I tillegg ser det ut som hver av pasientene mottar flere konsultasjoner og følgelig kommer ut med høyere pasientkostnad.

I Helse Midt-Norge utgjorde samarbeid med førstelinjetjenesten og bruk av telefonkonsultasjoner over halvparten av den polikliniske virksomheten i 2014. Utredning synes også å utgjøre en større andel av virksomheten sammenlignet med de øvrige regionene. Hver pasient mottok færre konsultasjoner sammenlignet med Sør-Øst og Vest, og bruk av telefon vil også kunne redusere kostnadsnivået i regionen. Helse Midt-Norge hadde samlet sett en kostnad per pasient på nivå med Sør-Øst, og altså lavere enn gjennomsnittet for landet.

I Helse Nord er dekningsraten for poliklinisk virksomhet lavere enn i de øvrige regionene. Tilbudet har stort innslag av telefonkonsultasjoner, noe som vil kunne holde kostnadsnivået lavt. En stor andel av poliklinikkvirksomheten er knyttet til LAR-pasienter.

Døgnavdelinger

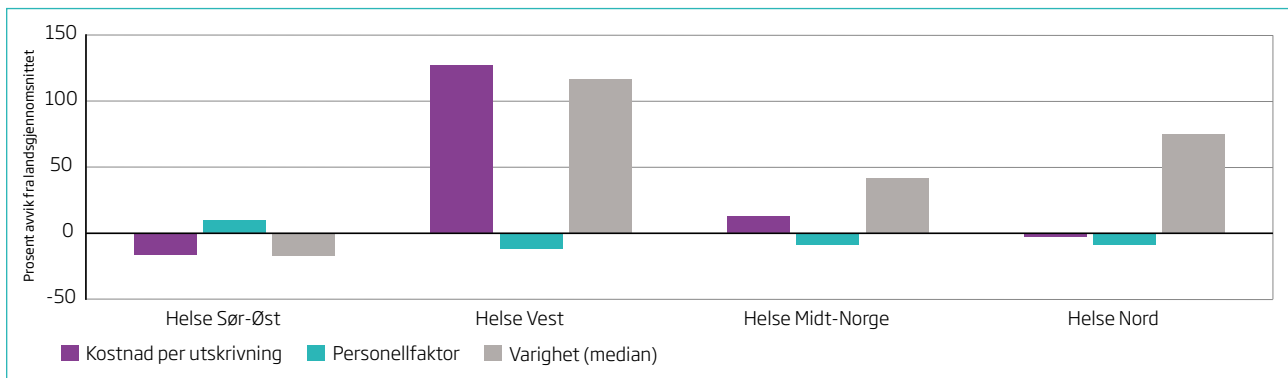
Døgntilbudet i den offentlige delen av TSB er ulikt i regionene. I Helse Sør-Øst har HF-ene ansvar for

avrusning, akutt- og korttidsbehandling og dette bidrar til at regionen har median varighet på 10 dager i sitt døgntilbud og kommer ut med en høy døgnpriis. I tillegg til egen virksomhet suppleres tilbudet til egen befolkning med kjøp av lengre døgntilbud ved private institusjoner og ofte dreier det seg om overføring av pasienter til videre behandling. Dette vil imidlertid ikke inngå i grunnlaget for indikatorene.

Døgntilbudet i HF-ene i Helse Vest har vært i vekst de siste årene. Regionen tilbyr både akutttilbud og langtidstilbud og når regionens offentlige tilbud ses under ett er median varighet av døgntilbudet på 26 dager. Regionen bruker private i like stort omfang som Helse Sør-Øst, men i større grad til kortere behandlinger, noe som tyder på en litt annen arbeidsdeling i Helse Vest sammenlignet med Helse Sør-Øst. Det offentlige tilbudet har en høyere andel personell med høyskole- eller universitetsutdanning enn de øvrige regionene og ligger på linje med Helse Sør-Øst når det gjelder andel helsefaglige årsverk. I Helse Vest, i likhet med Helse Sør-Øst, overføres mange pasienter til videre døgntilbud utenfor HF-et. Selv med høy kompetanse og oppbygging av spesialisert akutttilbud bidrar det varierte behandlingstilbudet i regionen til lav relativt lavere personelltetthet i døgntilbudet og gjennomsnittlig døgntilbud under landsgjennomsnittet for 2014.

I Helse Midt-Norge har døgntilbudet en median varighet på 17 dager og det er liten grad av overføring til videre døgntilbud utenfor HF-ene. Regioner har høyere andel årsverk med sosialfaglig kompetanse sammenlignet med de øvrige regionene.

Figur 4.24 Kostnad- og personellindikatorer i poliklinikker i tverrfaglig spesialisert rusbehandling i 2014, angitt som avvik fra landsgjennomsnittet og per region.



Regionen kjøper både korte og lange døgntilbud utenfor HF-ene og dette tilbudet utgjør et nesten like stort volum som virksomheten i HF-ene. Personellfaktoren og døgnekostnaden var lavere enn landsgjennomsnittet i 2014.

Helse Nord har høyest andel døgntilbud dekket av egne HF. Likevel hadde regionen en liten andel øyeblikkelig hjelpinnleggelser i TSB i 2014. Dette tyder på at akutttilbudet i Nord ivaretas av andre sektorer. Median behandlingstid i offentlig døgntilbud er på 3 uker og pasientene blir i mindre grad overført til videre døgntilbud utenfor HF-et. Personelldekningen er lav i regionen men bemanningsfaktoren i døgntilbudet er på linje med Helse Vest og Midt-Norge. Mindre beredskaps-tilbud og relativt lav personelltetthet i døgnavdelingene bidrar til å holde kostnadsnivået under landsgjennomsnittet.

4.6 DATAGRUNNLAG OG DEFINISJONER

Utvalg

Beregninger av kostnad per DRG-poeng og kostnad per liggedøgn i somatiske sykehus er eksklusive private sykehus, Oslo legevakt, Bergen legevakt og Betanien Bergen. Offentlige helseforetak og de private avtaleinstitusjonene Lovisenberg Diakonale sykehus, Diakonhjemmet sykehus, Haraldsplass diakonale sykehus, Martina Hansens hospital, Revmatismesykehuset Lillehammer og Betanien hospital danner grunnlaget for beregningene.

For psykisk helsevern og TSB avgrenses grunnlaget for indikatorene til å gjelde offentlige helseforetak og private avtaleinstitusjoner med områdeansvar; Lovisenberg diakonale sykehus, Diakonhjemmet sykehus og private DPS i Helse Vest. Ved beregning av personellindikatorer for poliklinikkene er også et mindre antall poliklinikker utelatt med begrunnelse i mangelfull rapportering.

Kostnader

Informasjon om kostnader er hentet fra driftsregnskapene som offentlige helseforetak og private institusjoner har rapportert til Statistisk Sentralbyrå for perioden 2010 – 2014. Se også kapittel 3 for en nærmere beskrivelse.

Pensjonskostnader

Dette er kostnader som er ført på konto 541 i helseforetakenes kontoplan. Grunnet regnskapsført effekt av reduserte fremtidige pensjonsforpliktelser er regnskapsførte pensjonskostnader kunstig lave i årene 2010 og 2014. Samdata har derfor estimert pensjonskostnader for 2010 og 2014.

Deflator

I henhold til indeks for arbeids- og produktinnsats i statlige helsetjenester, er kostnader for 2010 korrigert for prisvekst på 17,9 prosent fra 2010 – 2014. Alle kostnader er spesifisert i faste priser, og alle endringstall er realendringer. Se kapittel 3 for en nærmere beskrivelse og oversikt over årlig prisvekst.

Avgrensning av kostnader til pasientbehandling

Ved beregning av kostnadsindikatorer avgrenses kostnadsgrunnlaget til kostnader som kan relateres

til foretakets pasientbehandling, og hvor det rapporteres pasientdata i form av DRG-poeng, opphold eller polikliniske kontakter.

Kostnader som gjelder aktivitet utover pasientbehandling er tatt ut av kostnadsgrunnlaget for indikatorberegningene og innrapporterte regnskapstall er tilrettelagt spesielt for å ivareta dette hensynet. Tilretteleggingen er gjort med bakgrunn i spesifiseringer fra det enkelte foretak og består i å korrigere for kostnader knyttet til følgende:

- For somatisk sektor ekskluderes polikliniske episoder som ikke genererer ISF-refusjoner (radiologi- laboratorievirksomhet). Kostnadene estimeres på grunnlag av regnskapsførte refusjoner fra Helfo og egenandeler.
- For psykisk helsevern og TSB deles kostnadene til pasientbehandling mellom poliklinisk og innlagt aktivitet. Kostnader til poliklinisk og ambulant virksomhet er estimert med utgangspunkt i andel årsverk knyttet opp mot disse tjenestoområdene²².
- Forskning, utvikling og øvrige prosjekter. Kostnader til forskning estimeres i utgangspunktet ved hjelp av forskningskostnader rapportert til NIFU, men andre metoder kan også benyttes i samråd med helseforetakene.
- Kostnader knyttet til hjemmeadministrerte medikamenter (H-resept), som ikke registreres som aktivitet i pasientdata.
- Medikamentkostnader til legemiddelassistert rehabilitering (LAR)
- Kostnader for administrasjon av behandlingshjelpemidler.
- Kostnadsførte fakturaer for pasienter i opptaksområdet behandlet ved andre helseforetak, avtaleinstitusjoner eller private institusjoner.
- Driftstilskudd til enheter/virksomheter som ikke inngår i institusjonenes eller helseforetakets pasientdata som rapporteres til NPR. Herunder inngår tilskudd til kommunalt samarbeid og kommunale øyeblikkelighjelpsplasser og drift av nasjonale og regionale kompetansesenter.
- Pasientskadeerstatning

- Salg av varer og tjenester²³
- Utleie av bygningsmasse.

Ved beregning av kostnad per liggedøgn i somatisk sektor korrigeres kostnadsgrunnlaget ytterligere for kostnader knyttet til polikliniske episoder. Kostnader for poliklinisk aktivitet estimeres ved å benytte andel av samlede DRG-poeng som er fra poliklinikk og trekke denne andelen ut av samlede driftskostnader for DRG-aktiviteten.

Kostnadene det korrigeres for antas å være inklusive pensjonskostnader. Når det beregnes kostnader til pasientbehandling eksklusive pensjonskostnader så justeres også korreksjonsstørrelsene for pensjon.

Aktivitet

Somatiske sykehus

DRG-poeng benyttes som et aktivitetsmål justert for forventet ressurskrav i pasientbehandlingen. Ved beregning av kostnad per DRG-poeng benyttes sum av DRG-poeng fra pasientdata fra både døgn- dag og polikliniske episoder. DRG-poeng fra døgn- og dag- virksomheten tar utgangspunkt i korrigerte DRG-vekter for alle opphold, inkludert opphold knyttet til ordningen "Raskere tilbake" og opphold for utenlandske pasienter. DRG-poengene for 2010 – 2013 er korrigerte for å være sammenlignbare med DRG-poengene i 2014. Se kapittel 7 for nærmere beskrivelse.

Liggedøgn beregnes som et aktivitetsmål knyttet til dag- og døgnepisoder. Episoder hvor pasienten er skrevet ut og inn samme dag er gitt liggetid lik 0,5 døgn.

Psykisk helsevern og TSB

For psykisk helsevern og TSB benyttes opphold, oppholdsdøgn, polikliniske pasienter og konsultasjoner som aktivitetsmål. Opphold er definert ved avsluttede døgnopphold og er aggregert per institusjon i psykisk helsevern for voksne og per HF for TSB. Polikliniske pasienter omfatter alle pasienter i behandling ved poliklinikkene, også pasienter der aktiviteten ikke har utløst refusjon. For psykisk helsevern avgrenses konsultasjoner til å omfatte refusjonsberettigede polikliniske konsultasjoner,

²² Kostnadsgrunnlaget viser at lønn og sosiale utgifter utgjør 70-80 prosent av driftskostnadene i psykisk helsevern, og det antas derfor at årsverk kan være en god nøkkel for å fordele kostnader mellom ulike tjenestoområder. Kostnadsandel for poliklinikkene er derfor satt lik andel ambulanse og polikliniske årsverk i virksomheten. Estimeringen er foretatt per rapporteringsenhet og for sykehus og DPS separat.

²³ Kostnadene er estimert ved salgsinntekter og andre inntekter som ikke gjelder pasientbehandling

mens for TSB inkluderes også konsultasjoner uten registrert P-takst da enkeltpoliklinikker innenfor dette tjenesteområdet ikke er godkjent for refusjon. Aktivitetstall for psykisk helsevern for barn og unge påvirkes delvis av omlegging til nytt pasient-administrativt system i perioden. Dette er nærmere beskrevet i kapittel 9.

Personell og personellindikatorer

Informasjon om antall årsverk er hentet fra registerbasert personellstatistikk levert av SSB og personelloppgaver for poliklinisk og ambulant virksomhet innhentet og tilrettelagt av Helsedirektoratet. Antall årsverk er definert ved antall heltidstilsatte pluss antall deltidsansatte etter stillingsbrøk registrert på registreringstidspunktet i november. Langtidsfravær er trukket ut. Avdelingsårsverk residualvestemmes ved totalårsverk fratrasket personell i poliklinisk og ambulant virksomhet.

Behandlerårsverk i døgnavdelingene og fagårsverk i poliklinikkene er definert ved universitets- og høyskoleutdannet personell.

Personelfaktor og behandlerfaktor

Indikatorene er definert ved avdelingsårsverk (henholdsvis totalt og avgrenset til behandlerårsverk) delt på gjennomsnittlig belegg i avdelingen i løpet av året. Dette gir en indikasjon på personellressursinnsatsen knyttet til den daglige pasientbehandlingen i døgnavdelingene. Personelfaktoren er høyere for foretak med mange årsverk per døgnplass og/ eller lavt belegg. Behandlerfaktoren er høyere for foretak med mer høyskole- og universitetsutdannet personell.

5. Helseforetakenes økonomiske situasjon

De regionale helseforetakene fortsetter å oppnå positive økonomiske resultat. I 2014 hadde de et samlet overskudd på nær 2,8 mrd kroner korrigert for eiers styringskrav. Dette er sjette år på rad hvor de regionale helseforetakene samlet har et positivt økonomisk resultat. Og det er tredje år på rad at de regionale helseforetakene hver for seg oppnår positivt økonomisk resultat.

Det har de siste tre årene vært et økende investeringsnivå i spesialisthelsetjenesten, fra om lag 5,2 mrd kroner i 2011 til nær 11 mrd kroner i 2014. Dette skyldes blant annet større byggeprosjekter i Helse Sør-Øst og Helse Nord, og har medført en vekst i balanseførte verdier for varige driftsmidler. Investeringsveksten er i hovedsak finansiert med regionenes egne midler. Det er de siste årene en svak indikasjon på sterkere investeringsvekst i medisinsk-teknisk utstyr.

Levealderjustering ble innført for offentlige tjenstepensjonsordninger i 2014, med det resultat at pensjonskostnadene, i tråd med etablerte regnskapsregler, ble kraftig redusert. På bakgrunn av denne endringen ble eiers styringskrav endret fra balanse til et positivt økonomisk resultat på 10,1 mrd kroner, for å bidra til å styrke de regionale helseforetakenes regnskapsførte egenkapital. Denne endringen har medført en markert nedgang i gjeldsgraden (gjeld/egenkapital) siste år. Helse Midt-Norge har de seneste årene hatt den høyeste gjeldsgraden, men denne ble i 2014 redusert til samme nivå som i 2004. I de andre regionene er gjeldsgraden svakt økende (Helse Sør-Øst og Helse Nord) eller fallende (Helse Vest) i siste femårsperiode.

5.1 REGNSKAPSMESSIG RESULTAT

Foretaksgruppen²⁴ i de regionale helseforetakene hadde i 2014 et positivt økonomisk resultat på nær 2,8 mrd kroner målt mot eiers styringskrav. Dette er det beste resultatet etter foretaksreformen i 2002 og utgjør 2,2 prosent av inntektene. På grunn av endringer i regler for beregning av pensjonskostnader²⁵ ble disse kostnadene kraftig redusert i 2014, noe som igjen bidro til at det regnskapsførte resultatet for de regionale helseforetakene ble på 12,9 mrd kroner. Endringen i beregnede pensjonskostnader medførte også at styringskravet fra eier

ble satt til 10,1 mrd kroner. Dette sammen med et positivt korrigert resultat på 2,8 mrd kroner har bidratt til å øke den regnskapsførte egenkapitalen i de regionale helseforetakene.

De regionale helseforetakene samlet sett har i flere år på rad og i hele siste femårs periode oppnådd positive økonomiske resultat. Det akkumulerte resultatet korrigert for eiers styringskrav er nær 8,5 mrd kroner for perioden 2010-2014. For perioden etter foretaksreformen er akkumulert underskudd kun om lag -1,35 mrd kroner som en følge av den positive utviklingen de seneste årene.

²⁴ Foretaksgruppen omfatter alle helseforetak i de regionale helseforetakene, inkludert morselskapet (RHF-et).

²⁵ Se Prop 235 (2014-2015) Endringer i statsbudsjettet 2014.

Tabell 5.1 Regnskapsmessig resultat og eiers styringskrav for foretaksgruppen samlet i perioden 2010-2014, samt samlet for 2002-2014. Millioner kroner.

	2010	2011	2012	2013	2014	Samlet 2010-2014	Samlet 2002-2014
Eiers styringskrav	4 800	0	0	0	10 100	14 900	-298
Regnskapsført resultat	6 067	767	1 737	1 906	12 877	23 354	-1 652
Avvik ift eiers styringskrav	1 267	767	1 737	1 906	2 777	8 454	-1 354
Avvik i pst av inntekt	1,2 pst	0,7 pst	1,5 pst	1,5 pst	2,2 pst		

Alle de fire regionale helseforetakene er nå i en situasjon med vedvarende positive økonomiske resultat for tredje år på rad. Helse Midt-Norge var først ut med å oppnå positivt resultat i 2008, og 2011 var siste år hvor ett av de regionale helseforetakene erfarte et underskudd. De regionale helseforetakene fremhever behovet for fremtidige investeringer som den viktigste årsaken for å gå med overskudd. Alle regioner har omfattende planer/ønsker for investeringer.

De fleste helseforetakene i regionene oppnådde et positivt økonomisk resultat i 2014, også etter korreksjon for endringen i pensjonskostnader. En samlet oversikt for dette kan finnes på Helse-direktoratet sin nettside for Samdata.

I 2014 har Helse Midt-Norge best økonomisk resultat når det sammenholdes med inntektsgrunnlaget, med 4,3 prosent. Sammen med Helse Vest har Helse Midt-Norge hatt et overskudd relativt til inntektsgrunnlaget på 2-4 prosent de siste fem årene. For Helse Nord er tilsvarende tall 2-3 prosent de siste 4 årene.

5.2 INVESTERINGER I VARIGE DRIFTSMIDLER

Investeringsnivået i helseforetak og for RHF samlet varierer ofte mellom år i takt med nivået på større byggeprosjekter. Slike prosjekter gir et vesentlig høyere investeringsnivå i en periode. Tabell 5.3 viser utviklingen i investeringer (tilgang) og endring i balanseførte verdier («netto investeringer») siste 5 år. Investeringsnivået har økt fra et nivå på drøyt 5 mrd kroner i 2010-2011 til nær 11 mrd kroner i 2014. Årsaken til økning i investeringsnivået er større byggeprosjekter i Helse Sør-Øst (Sykehuset Østfold, og til dels Oslo universitetssykehus) og Helse Nord (primært Nordlandssykehuset). Det har ikke vært vesentlige endringer i av- og nedskrivninger av eiendeler siste fire år, og dette medfører at den årlige endringen i balanseførte verdier har gått fra -1,2 mrd kroner til drøyt 4,5 mrd kroner i 2014. Akkumulert for siste 5 år har balanseførte verdier for varige driftsmidler og immaterielle eiendeler økt med nær 7 mrd kroner.

Tabell 5.4 viser brutto og netto investeringer regionalt gjennom størrelsene investeringer (tilgang) og endring i balanseførte verdier for varige

Tabell 5.2 Regnskapsmessig resultat korrigert for eiers styringskrav for foretaksgruppen i de regionale helseforetakene i perioden 2010-2014, samt samlet for 2002-2014. Millioner kroner.

	2010	2011	2012	2013	2014	Samlet 2010-2014	Samlet 2002-2014
Helse Sør-Øst	172	-478	211	483	816	1 204	-3 107
Helse Vest	436	455	565	648	796	2 899	870
Helse Midt-Norge	548	417	524	286	802	2 577	648
Helse Nord	112	373	437	488	363	1 774	235
Totalt	1 267	767	1 737	1 906	2 777	8 454	-1 354

driftsmidler (som bygninger, MTU, transportmidler osv) og immaterielle eiendeler (IT programvare o.l.).

Det har de siste årene vært et økende investeringsnivå i Helse Sør-Øst og Helse Nord, mens Helse Midt-Norge i de siste 5 årene har hatt et lavere nivå. For Helse Midt-Norge kommer dette etter mange år med høyt investeringsnivå gjennom bygging av St Olavs Hospital. Helse Vest har i flere år hatt en årlig endring i balanseførte verdier på om lag 300 millioner kroner, men hadde i 2014 et nivå på drøyt 800 millioner kroner, en økning blant annet knyttet til bygging av nytt barn- og ungdomssykehus ved Helse Bergen.

I tabell 5.5 vises årlig endring i balanseførte verdier for medisinsk-teknisk utstyr (MTU). Både de regionale helseforetakene selv og analyser gjennomført av McKinsey (2013)²⁶ på oppdrag fra Legeforeningen påpeker behovet for økte investeringer i medisinsk-teknisk utstyr (MTU). Tabell 5.5 viser at det ikke har vært store økninger i balanseførte verdier for MTU siste 5 år, men at alle de regionale helseforetakene har hatt en viss økning perioden sett under ett. Helse Midt-Norge har den laveste økningen siste fem år, men det kan til dels skyldes at de allerede har foretatt større investeringer i MTU gjennom oppgraderingen ved St Olavs Hospital, som ble utført før 2010.

Tabell 5.3 Årlige investeringer og årlig endring i balanseførte verdier for immaterielle eiendeler og varige driftsmidler nasjonalt 2010-2014. Millioner kroner.

	2010	2011	2012	2013	2014	Samlet 2010-2014
Investeringer (tilgang)	5 241	5 272	7 115	9 598	10 836	38 062
Av- og nedskrivninger	5 475	5 754	5 803	5 717	5 747	28 496
Korr for salg av anleggsmidler	514	139	169	172	176	1 171
Andre korreksjoner (for eksempel overføring av anleggsmidler)	426	-22	-39	639	390	1 394
Årlig endring i balanseførte verdier	-1 174	-599	1 181	3 069	4 523	7 000

Tabell 5.4 Investeringer (tilgang) og endring i balanseførte verdier for immaterielle eiendeler og varige driftsmidler regionalt i 2014 og samlet for 2010-2014. Millioner kroner.

	2014		2010-2014	
	Investering (tilgang)	Endring balanseførte verdier	Investering (tilgang)	Endring balanseførte verdier
Helse Sør-Øst	6 302	2 701	20 601	3 639
Helse Vest	1 953	830	7 038	1 637
Helse Midt-Norge	832	-96	4 558	-891
Helse Nord	1 749	1 089	5 866	2 615
Totalt	10 836	4 523	38 062	7 000

Tabell 5.5 Årlig endring i balanseførte verdier for medisinsk-teknisk utstyr (MTU) for foretaksgruppen i regionene i perioden 2010-2014. Millioner kroner.

	2010	2011	2012	2013	2014	Samlet 2010-2014
Helse Sør-Øst	-183	49	-43	149	232	204
Helse Vest	-8	102	26	64	42	226
Helse Midt-Norge	230	-61	-99	-40	34	64
Helse Nord	-43	15	91	87	5	155
Totalt	-4	105	-25	261	313	649

26 «Investeringer i spesialisthelsetjenesten i Norge. Bygg, Medisinskteknisk utstyr, Kompetanse», McKinsey juni 2013.

Finansiering av investeringer

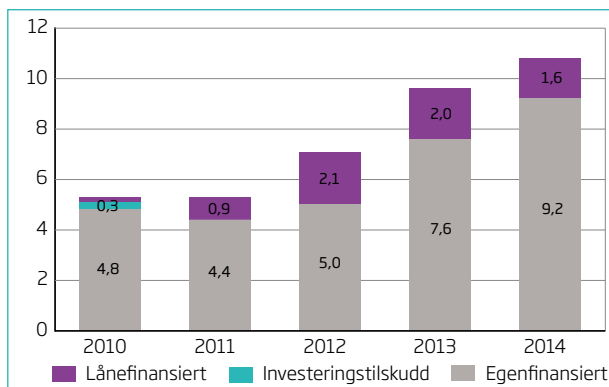
Investeringer stiller krav til at foretaket har tilgang på likviditet (dvs økonomiske midler). Dette kan hentes fra primært to kilder²⁷:

- **Basisbevilgning**
Foretakenes basisbevilgning skal blant annet dekke årlige avskrivningskostnader. Dette er «ikke betalbare kostnader» og midler tilsvarende dette beløpet kan brukes til investeringer eller drift, eventuelt holdes tilbake for å bli benyttet senere. Avskrivningskostnader for foretaksgruppen i regionene utgjorde i 2014 om lag 5,8 mrd kroner.
- **Investeringslån fra staten**
Helseforetakene kan få investeringslån fra staten, en ordning som administreres av HOD. Lånebehov i oppstartsår og samlet lånebehov for prosjektet prioriteres opp mot andre formål ved utarbeidelse av statsbudsjettet. Investeringslån i 2014 utgjorde nær 1,6 mrd kroner.

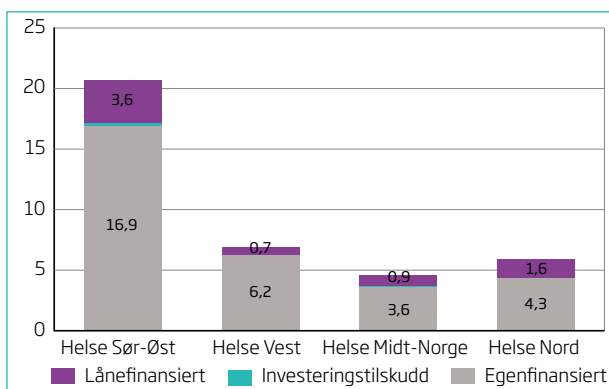
Investeringsnivået i de regionale helseforetakene samlet har økt vesentlig de siste tre årene. Økningen ble i hovedsak finansiert med egne midler, som vist i figur 5.1. Det var en økning i investeringslån fra 2011 til 2012, men i påfølgende år har regionene benyttet egne midler ved økte investeringer, inkludert eventuelle oppsparte midler fra tidligere år. Investeringslånene de siste årene har vært knyttet til prosjekter i Helse Sør-Øst (i hovedsak Sykehuset Østfold og Oslo universitetssykehus), Helse Vest (Helse Bergen) og Helse Nord (Nordlandssykehuset, Universitetssykehuset i Nord-Norge og Finnmarks-sykehuset).

I alle de regionale helseforetakene er det egne midler som utgjør hovedgrunnlaget for investeringene. Andelen varierer fra 73 prosent i Helse Nord til 89 prosent i Helse Vest. Figur 5.2 viser fordelingen i investeringsgrunnlag for de regionale helseforetakene summert for de siste fem årene.

Figur 5.1 Finansiering av investeringer (kontantstrøm) 2010-2014. Milliarder kroner.



Figur 5.2 Finansiering av investeringer per region for akkumulerte tall 2010-2014. Milliarder kroner



5.3 EIENDELER OG GJELD

Balansen i årsregnskapet synliggjør hvilke økonomiske ressurser foretakene eier (eiendeler) og hvordan de er finansiert gjennom egenkapital og gjeld. I dette avsnittet vises det noen sentrale nøkkeltall for eiendeler, gjeld og egenkapital for foretaksgruppen i regionene. Målet med dette er å gi et overordnet bilde på helseforetakenes finansielle stilling. Balanseførte verdier mellom ulike år er ikke korrigert for endringer i prisnivå.

Figur 5.3 viser verdien av eiendelene samlet og fordelingen på de ulike eiendelskategoriene. Eiendelene økte med drøyt 16 mrd kroner, en økning som i hovedsak skyldes vekst i balanseførte pensjonsmidler, som er en del av de finansielle anleggsmidlene. Denne veksten knyttes videre til innføring av levealderjustering for offentlige tjenestepensjonsordninger, som nevnt tidligere i kapitlet.

²⁷ Investeringstilskudd er en ordning som ikke har vært benyttet de seneste årene.

De pågående byggeprosjektene i særlig Helse Sør-Øst og Helse Nord ligger bak mye av veksten i anlegg under utførelse, som økte fra 9,5 mrd kroner i 2013 til 12,7 mrd kroner i 2014. Balanseførte verdier knyttet til medisinsk-teknisk utstyr og IKT øker svakt fra 9,1 mrd kroner til 9,3 mrd kroner siste år.

Bygninger og fast eiendom utgjør den største eiendelsposten og var uendret på 58,2 mrd kroner i 2013 og 2014.

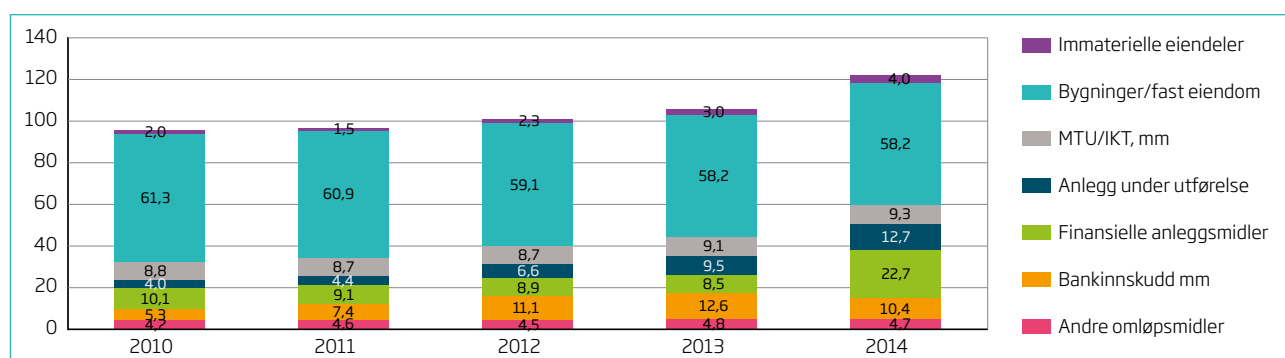
Helse Nord har siste år den største prosentvise veksten i verdier knyttet til bygninger, andre varige driftsmidler og immaterielle eiendeler med drøyt 11 prosent, som vist i tabell 5.6. For Helse Sør-Øst og Helse Vest er tilsvarende vekst om lag 6 prosent, mens Helse Midt-Norge hadde et tilnærmet uendret nivå. Etter foretaksreformen i 2002 er det likevel fortsatt Helse Midt-Norge som har den største prosentvise økningen i nevnte eiendeler med 56,6 prosent, mens de andre regionene ligger på 20-24 prosent. Veksten i Helse Midt-Norge skyldes som kjent i all hovedsak bygging av nytt sykehus i Trondheim.

Eiendelene er finansiert gjennom egenkapital og gjeld, og veksten i eiendeler siste år skjedde i hovedsak gjennom økt egenkapital, som vist i figur 5.4. Det var også en markert økning i bruk av driftskreditt.

Endringer i egenkapitalen er nært knyttet til regnskapsmessig resultat, og som vist i avsnitt 5.1 hadde de regionale helseforetakene et positivt regnskapsmessig resultat på hele 12,8 mrd kroner. Vi har tidligere påpekt at dette i hovedsak er knyttet til endringer i beregnet pensjonskostnad. Deler av reduksjonen i disse kostnadene i 2014, nærmere bestemt 10,1 mrd kroner, ble besluttet disponert til å styrke egenkapitalen i de regionale helseforetakene, som omtalt i Prop 23S (2014-2015).

I samme dokument ble det også gitt økte drifts-kredittrammer på drøyt 5 mrd kroner slik at de regionale helseforetakene likviditetsmessig kunne håndtere betaling av pensjonspremien. Dette er dermed planlagt og i tråd med etablert praksis ved store endringer i pensjonsberegninger.

Figur 5.3 Balanseførte eiendeler i 2010-2014 for foretakene samlet. Milliarder kroner.



Tabell 5.6 Balanseførte verdier for immaterielle og varige driftsmidler 2003, 2013 og 2014. Foretaksgruppen. Millioner kroner.

	2003	2013	2014	Endr 2013-14	Pst endr 2013-14	Endr 2003-14	Pst endr 2003-14
Helse Sør-Øst	36 913	42 396	45 097	2 701	6,4 pst	8 183	22,2 pst
Helse Vest	12 095	13 615	14 445	830	6,1 pst	2 349	19,4 pst
Helse Midt-Norge	9 001	14 190	14 094	-96	-0,7 pst	5 093	56,6 pst
Helse Nord	8 578	9 583	10 671	1 089	11,4 pst	2 094	24,4 pst
Totalt	66 587	79 783	84 306	4 523	5,7 pst	17 719	26,6 pst

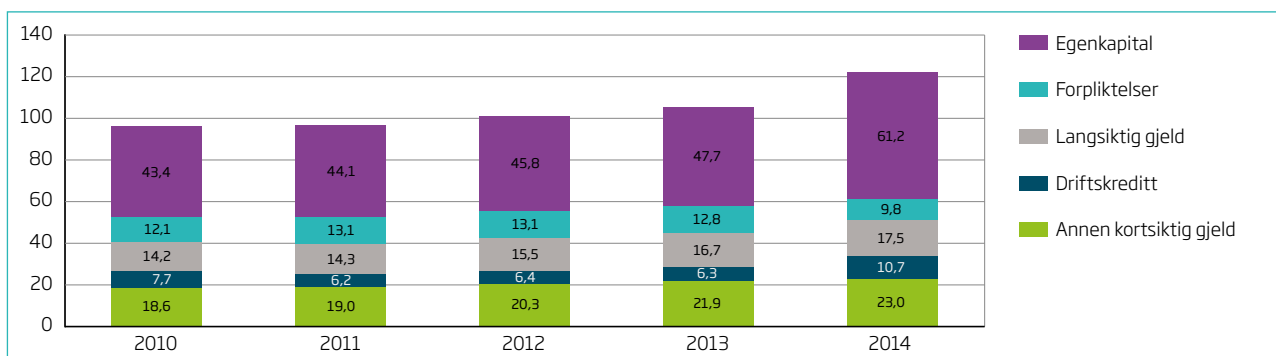
Figur 5.5 viser prosentandel egenkapital og gjeld fra 2010 til 2014 for de regionale helseforetakene. Med unntak av Helse Nord har andelen egenkapital økt i alle regioner. Helse Nord har også hatt økning i egenkapitalen i denne perioden, men veksten i gjeldskategoriene har vært sterkere gjennom opptak av langsiktige lån til byggeprosjekter. Helse Midt-Norge har lavest andel egenkapital begge år, men andelen har økt en god del, fra 26 prosent i 2010 til 40 prosent i 2014. Andelen egenkapital i 2014 er størst i Helse Vest og Helse Nord.

Tabell 5.7 viser utviklingen i langsiktig gjeld til HOD siste fem år. Dette er som tidligere nevnt lån knyttet til større byggeprosjekter og de siste årene gjelder

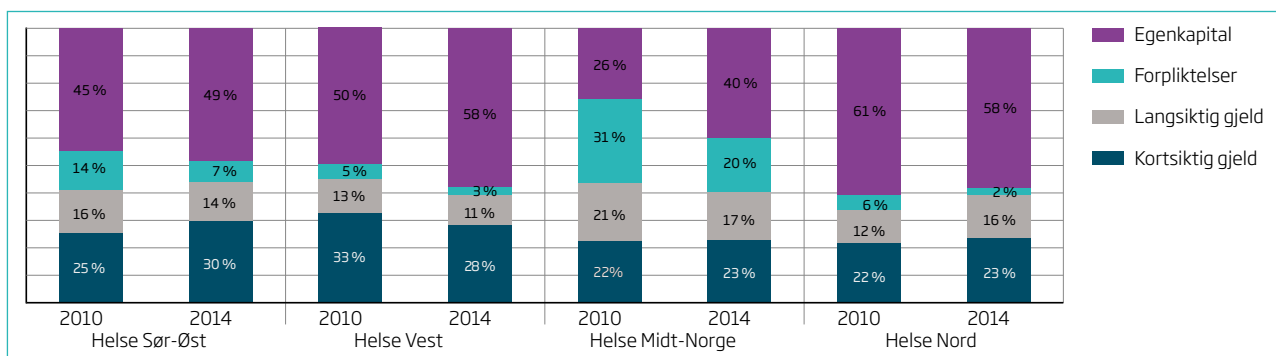
dette i hovedsak Helse Sør-Øst og Helse Nord, samt til dels Helse Vest.

Gjeldsgrad er definert som forholdstallet mellom gjeld og egenkapital, og skal gi et bilde på gjeldsbelastningen i de regionale helseforetakene. Figur 5.6 viser utviklingen i gjeldsgrad for de regionale helseforetakene siste fem år. Det mest i øyenfallende er den sterke reduksjonen i Helse Midt-Norge, med særlig reduksjon de årene egenkapitalen ble styrket på grunn av endringer i beregning av pensjonskostnader, dvs 2010-2011 og 2013-2014. Helse Sør-Øst og Helse Nord har en stabil eller svakt økende gjeldsgrad, mens Helse Vest i hele perioden har hatt en gradvis redusert gjeldsgrad.

Figur 5.4 Balanseført egenkapital og gjeld i 2010-2014 for foretakene samlet. Milliarder kroner.



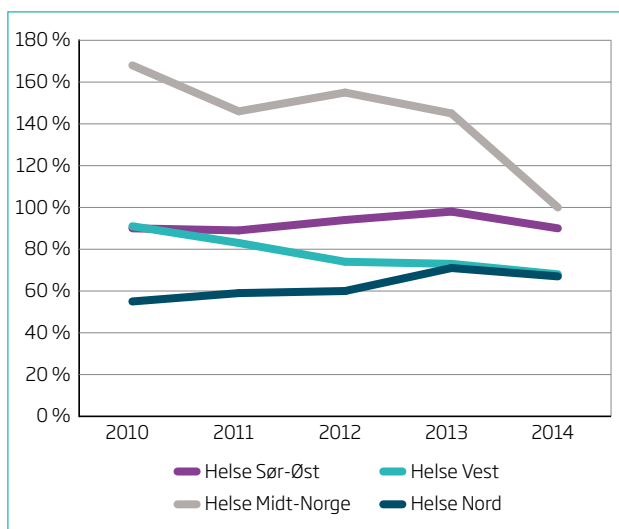
Figur 5.5 De regionale helseforetakenes balanseførte egenkapital og gjeld i 2010 og 2014. Prosentandel.



Tabell 5.7 Foretaksgruppens langsiktige gjeld til HOD 2010-2014. Millioner kroner.

	2010	2011	2012	2013	2014	Endring 2013-2014
Helse Sør-Øst	6 876	6 688	7 576	8 328	8 857	529
Helse Vest	2 096	2 196	2 227	2 288	2 371	83
Helse Midt-Norge	3 706	3 695	3 714	3 763	3 519	-244
Helse Nord	1 168	1 372	1 656	2 003	2 429	426
Totalt	13 847	13 951	15 174	16 381	17 175	794

Figur 5.6 Utvikling i gjeldsgrad (gjeld/egenkapital) regionalt 2010-2014. Prosent.



5.4 DATAGRUNNLAG OG DEFINISJONER

Datagrunnlaget for kapitlet er årsregnskap for helseforetakene og for foretaksgruppen i de regionale helseforetakene i perioden 2010-2014. I noen beregninger brukes det data tilbake til starten av foretaksreformen i 2002.

Regnskapsmessig resultat viser de totale inntekter fratrukket de kostnader som er påløpt i perioden. I siste femårsperiode har eier i to av årene (2010 og 2014) stilt et annet styringskrav enn økonomisk balanse. Det vises derfor både tall for regnskapsmessig resultat og resultat korrigert for styringskrav.

Investeringer vises gjennom to størrelser; investeringer og årlig endring i balanseførte verdier. Investeringer defineres som tilgang i immaterielle eiendeler og varige driftsmidler. Kilden til dette er relevante noter i årsregnskapet. Årlig endring i balanseførte verdier for immaterielle eiendeler og varige driftsmidler defineres som en form for «netto investeringer», ved at denne størrelsen tar hensyn til av- og nedskrivninger av nevnte eiendeler, samt korreksjoner ved salg av eiendeler og andre relevante forhold. Investeringer i finansielle anleggsmidler er ikke inkludert.

Ved beskrivelse av finansiering av investeringer er det tatt utgangspunkt i opplysninger fra kontantstrømoppstillingen. Investeringer defineres da som utbetalinger vedrørende kjøp av driftsmidler.

Eiendelene kategoriseres grovt sett i anleggsmidler og omløpsmidler. Anleggsmidlene inndeles videre i immaterielle driftsmidler, varige driftsmidler (bygninger, medisinsk-teknisk utstyr (MTU) mm, anlegg under utførelse) og finansielle anleggsmidler. Omløpsmidlene inndeles i varer, fordringer og bankinnskudd o.l. Pågående byggeprosjekter føres som anlegg under utførelse, og denne størrelsen vil inkludere både bygninger, MTU, IKT og annet. Det er først ved ferdigstilling av (deler av) bygg at en verdimeslig dekomponering i nevnte kategorier blir synlig i årsregnskapet.

Gjeldsgrad er en indikator for gjeldsbelastningen til de regionale helseforetakene. Gjeldsgrad er definert som summen av kortsiktig og langsiktig gjeld sett i forhold til samlet egenkapital. Avsetning for forpliktelser er ikke inkludert i sum gjeld i denne indikatoren.

Det benyttes nominelle og ikke priskorrigerede størrelser i dette kapitlet.

Grunnlagstall for figurer og noen ytterligere data finnes på nettsiden

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

6. Legemiddelkostnader i RHF

Fra 2007 til 2014 økte kostnadene til legemidler med 1,9 mrd kr (54 prosent) til totalt 5,4 mrd kr i 2014. Justert for nye ansvar i H-reseptløsningen var realveksten 1,3 mrd kr (37 prosent), fordelt på 0,6 mrd kr (68 prosent) i økning for H-reseptene og 0,7 mrd kr (27 prosent) i økning for legemidler i sykehus. Til sammenligning økte de samlede kostnadene i helseforetakene med 11 prosent i samme periode.

Kostnadene per døgndose for legemidler brukt i sykehus gikk opp fra 2007 til 2014, mens kostnad per døgndose for legemidler i H-reseptløsningen gikk ned.

Legemiddelkostnadene økte sterkere i 2014 sammenlignet med tidligere år i perioden. Justert for nye kreftlegemidler i H-reseptløsningen var kostnadsveksten på 10 prosent siste år, herav 20 prosent for H-reseptene og 6 prosent i sykehusene.

Bak den nasjonale kostnadsveksten på 54 prosent fra 2010 til 2014 var det regionale variasjoner, fra 30 prosent kostnadsøkning i Helse Nord til drøyt 60 prosent i Helse Vest og Helse Midt-Norge. Helse Sør-Øst hadde en kostnadsvekst i tråd med landsgjennomsnittet.

Det var også regionale variasjoner i kostnad per døgndose til legemidler. I 2014 var kostnad per døgndose 8 prosent under landsgjennomsnittet i Helse Vest, hvor kostnader per døgndose i sykehus var 10 prosent lavere. Kostnad per døgndose i Helse Midt-Norge var derimot 16 prosent over landsgjennomsnittet, og kostnadsnivået var høyere både for sykehus og H-reseptene.

Helse Nord hadde en svakere vekst på 20 prosent i kostnader til H-resepter fra 2010 til 2014, sammenlignet med 41-48 prosent for de øvrige regionene. I 2014 varierte kostnad per innbygger til H-resepter fra 5 prosent under gjennomsnittet i Sør-Øst til 20 prosent over i Nord. Høyere kostnad per innbygger i Helse Nord skyldtes mer kostnader til legemidler for revmatiske lidelser. Lavere kostnad per innbygger i Helse Sør-Øst skyldtes mindre kostnader til legemidler for revmatiske lidelser og MS.

Fra 2010 til 2014 gikk kostnadene til LAR ned med ni prosent, og utgjorde 153 mill kr i 2014. Antall døgndoser økte med 4,5 prosent. Ressursinnsatsen til LAR varierte mellom regionene. I 2014 var kostnad per innbygger i Helse Midt-Norge, og antall døgndoser, omtrent 50 prosent under landsgjennomsnittet. I Helse Vest var kostnad per innbygger 11 prosent over gjennomsnittet, og antall døgndoser var 22 prosent over.

6.1 INNLEDNING

Legemiddelkostnadene i de regionale helseforetakene har økt mer enn driftskostnadene for øvrig i de siste årene. Fra 2007 til 2014 har kostnadene til legemidler i RHF økt med 54 prosent, mens driftskostnadene samlet har økt med drøyt 11 prosent (se

kapittel 3). Det er interessant å se nærmere på hva som kan ligge bak en sterkere vekst i legemiddelkostnader. Denne analysen vil fokusere på følgende temaer:

- Har kostnadene til H-resepter økt mer enn kostnadene til legemidlene brukt i sykehus?

- Skyldes kostnadsveksten for legemidler en volum-vekst eller en vekst i enhetskostnader? Sterkere vekst i kostnader enn i døgndoser (volum) kan indikere en dreining mot bruk av nyere og dyrere legemidler for samme lidelse. En nedgang i kostnad per døgndoser kan indikere både bedre rabattordninger, men også overgang til bruk av substituttlegemidler etter at en patentperiode har gått ut.
- Regionale sammenligninger av utviklingen i legemiddelkostnader og døgndoser. Har den regionale veksten vært lik eller ulik? Hadde regionene i 2014 et relativt likt eller ulikt nivå på ressursinnsatsen per innbygger? Var nivået på kostnad per døgndose relativt likt eller ulikt?

kr. Parallelt har H-reseptordningen blitt utvidet, innenfor de aktuelle områdene, med nye legemidler som kom på markedet. Det er lagt til grunn at RHF-ene skal ta i bruk de nye legemidlene innenfor eksisterende budsjetttrammer.

Effekten av budsjettøkninger kan være utfordrende å følge over tid. I løpet av perioden har de regionale innkjøpssamarbeidene blitt styrket, noe som har ført til bedre rabattavtaler. Økt bruk av biosimilars²⁹ har ført til sterkt reduserte priser på en del legemidler i H-reseptløsningen. Det justeres det for effekt av budsjettøkningene i 2008 og 2014, når kostnadsveksten analyseres. Det må understrekes at justeringen for effekt av budsjettstyrkingen i 2008 må betraktes som et anslag.

6.2 DATA, DEFINISJONER OG FORTOLKNINGER

Data for kostnader og døgndoser for legemidler under RHF-enes ansvar er hentet fra Sykehusapotekenes database for leveranser til foretak og avtaleinstitusjoner knyttet til RHF-ene. Alle kostnader i denne analysen er deflatert med SSB sin prisindeks for legemidler²⁸. Størrelsen på denne prisindeksen og tilhørende deflateringsnivå angis i oversikten nedenfor.

Om H-reseptløsningen

Finansieringsansvaret for pasientadministrerte legemidler, H-reseptløsningen, ble overført til de regionale helseforetakene 1. juli 2006, med tilhørende 400 mill kr overført fra Folketrygden. Ordningen bestod i utgangspunktet av legemidler for revmatiske lidelser, men ble utvidet med MS-legemidler fra 2008. RHF-ene fikk styrket budsjettene med 258 mill kr i 2008. I 2014 ble en gruppe kreftlegemidler løftet inn i H-reseptløsningen, med en tilhørende overføring på 300 mill

Definisjoner

Legemidler i RHF-ene: De regionale helseforetakene (RHF-ene) har budsjettansvar for legemidler som gis i sykehus og under H-reseptløsningen. Med sykehus forstås helseforetak og avtaleinstitusjoner.

Totale legemiddelkostnader i RHF-ene: Totale kostnader er summen av kostnader til legemidler i sykehus og legemidler under H-reseptene. RHF-enes kostnader innhentes fra sykehusapotekene sin database. Kostnadene viser hva apotekene har fakturert helseforetak og avtaleinstitusjoner. Dette tilsvarer hva helseforetak og avtaleinstitusjoner faktisk har betalt for legemidlene.

Kostnader til legemidler i sykehus: Totale legemiddelkostnader i RHF-ene minus kostnader til H-reseptene, og tilsvarende for døgndosene.

Kostnader til H-reseptlegemidler: Kostnader for legemidler tatt ut fra apotekene under H-reseptløsningen, og fakturert helseforetak og avtaleinstitusjoner under RHF. Fakturaene sendes til helseforetaket hvor pasienten er hjemmehørende.

Oversikt: Prisindeks for legemidler 2007-2014.

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Prosent prisvekst fra året før		1,8	3,1	4,3	1,4	2,2	1,1	1,9
Akkumulert deflator	1,169	1,148	1,114	1,068	1,053	1,030	1,019	1

28 Se <https://www.ssb.no/statistikkbanken>. Velg konsumprisindeks tabell 03014, undergruppe legemidler.

29 Biosimilars er biologiske legemidler som kan tas i bruk etter at patentperioden for H-reseptlegemidler går ut.

Kostnader legemiddelassistert rehabilitering (LAR): Kostnader for legemidler tatt ut fra apotekene som LAR, og fakturert helseforetak og avtaleinstitusjoner under RHF. Kostnadene inngår i begrepet kostnader til legemidler i sykehus.

Volum: Antall definerte døgndoser (DDD) brukt til legemidler. DDD presenteres parallelt med kostnader i sykehusapotekenes database.

6.3 NASJONAL UTVIKLING I LEGEMIDDELKOSTNADER

Tabell 6.1, 6.2 og figur 6.1 viser tallene som diskuteres i dette avsnittet.

Fra 2007 til 2014 økte kostnadene til legemidler i RHF-ene med nær 1,9 mrd kr og utgjorde 5,4 mrd kr i 2014. Dette tilsvarte en realvekst på 54 prosent. I 2014 utgjorde kostnadene til H-reseptene 2 mrd kr og kostnadene til legemidler i sykehus var på 3,4 mrd kr. Kostnadsveksten på 1,9 mrd kr i sjuårsperioden var fordelt på en vekst på 1,2 mrd kr for legemidlene i H-reseptløsningen, og på 0,7 mrd kr for legemidlene i sykehus. Veksten i kostnader til H-reseptløsningen utgjorde nær 2/3 av den totale veksten i legemiddelkostnader fra 2007 til 2014.

Etter 2007 har RHF-enes budsjett økt to ganger fordi flere behandlingsområder har blitt tatt inn i H-reseptløsningen. I 2008 ble budsjettet økt med 258 mill kr fordi MS-legemidler ble inkludert. Kreftlegemidler kom inn i ordningen i 2014, og budsjettet økte med 300 mill kr. Budsjettøkningene tilsvarte midler overført fra folketrygden. Justert for tilleggsoverføringerne, så økte de totale legemiddelkostnadene med 1,3 mrd kr (37 prosent) i sjuårsperioden. Den justerte veksten i kostnader til H-resept var på 0,6 mrd kr (68 prosent). Veksten på 0,7 mrd kr i kostnader til legemidler i sykehus tilsvarte 27 prosent. Relativt sett var veksten i kostnader til H-resept sterkere enn veksten i kostnader til legemidler i sykehus.

Realøkningen i kostnader til legemidler i sykehus på 27 prosent i sjuårsperioden oversteg veksten i de samlede kostnadene i spesialisthelsetjenesten, som var på om lag 11 prosent. Kostnadene til legemidler brukt i sykehus hadde dermed også en sterkere veksttakt enn de øvrige kostnadene i spesialisthelsetjenesten.

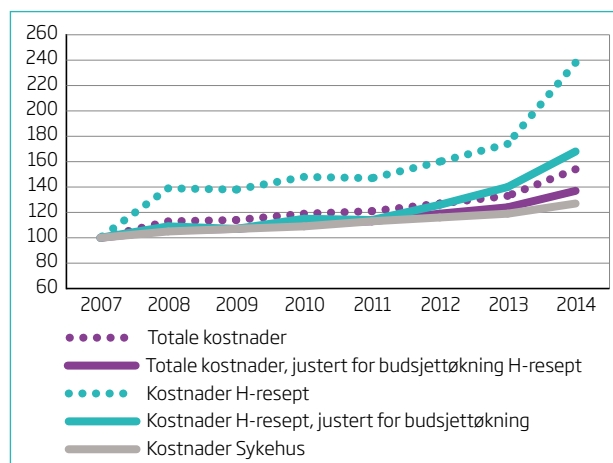
Fra 2013 til 2014 økte de totale kostnadene til legemidler med 444 mill kr (10,1 prosent), justert for nye legemidler i H-reseptløsningen. Den relativt sterke realveksten i kostnader til legemidler siste år fordeles på en vekst i sykehusene på 204 mill kr og en vekst i H-reseptene på 240 mill kr. Den relative kostnadsveksten for sykehuslegemidlene var på 6,4 prosent, og på 20 prosent for H-reseptene.

I sjuårsperioden økte antall døgndoser for legemidler i RHF-ene med 17 prosent. Dette kan betraktes som en volumvekst. Den tilsvarende kostnadsveksten var på 54 prosent. Når kostnadsveksten overstiger veksten i antall døgndoser, betyr det at kostnaden per døgndose har økt i perioden.

Utviklingen i kostnad per døgndose var ulik for legemidlene i sykehus og legemidlene under H-reseptløsningen. Fra 2007 til 2014 økte kostnadene til legemidler brukt i sykehus med 27 prosent, mens antall døgndoser økte med 6 prosent. For sykehuslegemidlene økte kostnaden per døgndose. For H-reseptene økte kostnadene med 138 prosent, mens den tilsvarende veksten i tallet på døgndoser var på 348 prosent. Det betyr at for H-reseptlegemidlene så har kostnaden per døgndose gått ned i sjuårsperioden.

Høyere kostnad per døgndose i sykehusene kan bety en dreining mot bruk av nyere og dyrere legemidler i sykehusene, som overgår effekten av innkjøps-samarbeid og bedre rabattordninger. Lavere kostnad per døgndose for H-reseptene kan skyldes mer generisk konkurranse og innføring av biosimilars.

Figur 6.1 Realvekst i kostnader til legemidler finansiert via RHF-ene 2007-2014. 100 = 2007.



Tabell 6.1 Kostnader til legemidler i RHF-ene (mill kr) målt i faste priser, og antall døgndoser (DDD).

	2007	2010	2012	2013	2014	Pst endr 2007-14	Pst endr 2010-14	Pst endr 2013-14
Kostnader Totalt	3 533	4 189	4 475	4 683	5 433	53,8	29,7	16,0
Herav:								
H-resept	858	1 265	1 369	1 491	2 037	137,5	61,0	36,6
Sykehus	2 675	2 923	3 106	3 193	3 397	26,9	16,2	6,4
DDD totalt	56 634 971	59 778 668	61 428 232	62 704 443	66 310 209	17,1	10,9	5,8
Herav:								
H-resept	2 000 248	4 131 829	4 844 578	5 307 559	8 951 608	347,5	116,7	68,7
Sykehus	54 634 724	55 646 839	56 583 653	57 396 884	57 358 601	5,0	3,1	-0,1

Tabell 6.2 Kostnader til legemidler i RHF-ene, justert for budsjettøkning i H-resept løsningen, (mill kr målt i faste priser).

Kostnader mill kr	2007	2010	2012	2013	2014	Pst endr 2007-14	Pst endr 2010-14	Pst endr 2013-14
Totalt, justert	3 533	3 911	4 188	4 393	4 837	36,9	23,7	10,1
Herav:								
H-resept, justert	858	988	1 081	1 200	1 441	68,0	45,9	20,1
Sykehus	2 675	2 923	3 106	3 193	3 396	26,9	16,2	6,4

6.4 REGIONAL UTVIKLING

De regionale kostnadene blir ikke justert for budsjettøkninger knyttet til H-reseptløsningen. Kostnadsveksten sammenholdes med volumveksten, målt i antall døgndoser. Tallene som ligger til grunn for denne presentasjonen finnes i tabellene 6.3, 6.4 og 6.5, samt i figur 6.2 til slutt i avsnittet.

Det kan være flere faktorer bak regional variasjon i kostnadsvekst og i nivået på kostnad per døgndose. Variasjon i hvilke legemidler som benyttes og ulik lojalitet til LIS anbefalingene vil ha betydning når man ser på utvikling over tid.

Kostnad per døgndose beregnes for legemidler totalt, og fordelt på legemidler brukt i sykehus og under H-reseptløsningen. Variasjon mellom regionene i kostnad per døgndose i sykehus og for H-reseptene kan skyldes ulik fordeling av legemidler under disse to gruppene. Hvis nye kostbare legemidler for noen regioner i større grad (mindre) gis i sykehus enn under H-resepten, så vil dette medføre et høyere (lavere) kostnad per døgndose i sykehusene.

Helse Sør-Øst

Fra 2007 til 2014 økte totale kostnader til legemidler med 54 prosent, og var på 3 mrd kr i 2014. Kostnadsveksten på 54 prosent tilsvarte en realvekst på 1,05 mrd kr, fordelt på 650 mill kr for H-reseptene og 405 mill kr for legemidlene i sykehus. Den prosentvise kostnadsveksten var omtrent i tråd med utviklingen for landet samlet se tabell 6.1 og 6.3.

Antall døgndoser til legemidler i Helse Sør-Øst økte med 10,6 prosent i sjuårsperioden, noe som var svakere enn veksten på 17,1 prosent for landet samlet (se tabell 6.4 og 6.1). Når Helse Sør-Øst hadde en kostnadsvekst på linje med landet samlet i perioden, mens volumveksten var lavere, så betyr det at kostnad per døgndoser har økt noe mer i Helse Sør-Øst enn i de øvrige regionene.

Svakere vekst i antall døgndoser i Sør-Øst sammenlignet med landet samlet fra 2007 til 2014 kom av en nedgang i døgndosene brukt i sykehus. I Sør-Øst gikk tallet på døgndoser i sykehus ned med 1,6 prosent, mot en økning på 5 prosent for landet samlet. Antall døgndoser til H-reseptter gikk opp med 390 prosent, som var litt sterkere enn den nasjonale volumveksten på 350 prosent. Dette kan indikere at Helse Sør-Øst i

sterkere grad enn de andre regionene har hatt en dreining mot mer bruk av legemidler over H-resept.

I 2014 var kostnad per døgndose til legemidler på landsgjennomsnittet, når kostnadene til legemidler betraktes samlet. Kostnaden per døgndose til H-resept var 6 prosent under landsgjennomsnittet, mens kostnadene per døgndose til legemidler i sykehus var 2 prosent over (se figur 6.2). Helse Sør-Øst har mange nasjonale funksjoner, og det kan medføre at legemidlene som brukes i sykehusene er dyrere enn i andre regioner.

Helse Vest

I løpet av perioden fra 2007 til 2014 økte totale kostnader til legemidler med 62 prosent og utgjorde 1,1 mrd kr i 2014. Kostnadsveksten var dermed noe sterkere enn den nasjonale økningen på 54 prosent. Realveksten på 62 prosent tilsvarte en økning på 425 mill kr, fordelt på 230 mill kr (120 prosent) for H-reseptene, og 195 mill kr (40 prosent) i sykehusene. Sammenlignet med landsgjennomsnittet hadde Helse Vest en sterkere kostnadsvekst til legemidler i sykehus, mens kostnadene til H-reseptene økte mindre (se tabell 6.1 og 6.3).

Tallet på døgndoser økte med 39 prosent i sjuårsperioden. Det vil si at volumveksten var sterkere enn den nasjonale økningen i antall døgndoser på 17 prosent, se tabell 6.1 og 6.4. I Helse Vest økte antall døgndoser i sykehus med nær 28 prosent, mot en vekst på 5 prosent for landet samlet. Antall døgndoser til H-resept økte med 316 prosent, som var svakere enn den nasjonale veksten på 350 prosent. Helse Vest hadde den sterkeste regionale veksten både i volum og i kostnader for legemidler brukt i sykehus.

I 2014 lå den totale kostnaden per døgndose i Helse Vest 8 prosent under landsgjennomsnittet. Kostnad per døgndose til H-reseptene var derimot 3 prosent over gjennomsnittet, mens kostnad per døgndose i sykehusene var 10 prosent under (se figur 6.2).

Helse Midt-Norge

Fra 2007 til 2014 økte totale kostnader til legemidler med 62 prosent, og var på 779 mill kr i 2014. Dette tilsvarte en økning på 297 mill kr, fordelt på 187 mill kr (160 prosent) for H-reseptene og 107 mill kr

(30 prosent) for legemidlene i sykehus. Helse Midt-Norge hadde den sterkeste prosentvise veksten i kostnader til H-resept. Kostnadene til legemidler i sykehus økte litt sterkere enn realveksten på 27 prosent for landet samlet. Se tabellene 6.1 og 6.3.

Antall døgndoser økte med 12 prosent for Helse Midt-Norge i sjuårsperioden, mot 17 prosent for landet samlet. Svakere volumvekst kombinert med sterkere kostnadsvekst betyr en sterkere økning i kostnad per døgndose i Helse Midt-Norge.

I 2014 lå kostnad per døgndose i Helse Midt-Norge 16 prosent over landsgjennomsnittet. Både kostnadsnivået for H-reseptene og for legemidlene i sykehus var over gjennomsnittet, med henholdsvis 28 og 12 prosent. Helse Midt-Norge hadde i 2014 høyest kostnad per døgndose.

Helse Nord

Totale kostnadene til legemidler økte med 30 prosent fra 2007 til 2014, mot 54 prosent for landet samlet. Legemiddelkostnadene utgjorde 536 mill kr i 2014. Helse Nord hadde den svakeste regionale kostnadsveksten. Økningen på 30 prosent var fordelt på en realvekst i H-reseptene på 97 prosent, og 3,4 prosent for sykehuslegemidlene. Den prosentvise kostnadsveksten, både for H-reseptene og sykehuslegemidlene, var svakere i Helse Nord sammenlignet med landet for øvrig i perioden. Se tabellene 6.1 og 6.3.

Antall døgndoser økte med 19,5 prosent mot 17,1 prosent for landet samlet. Svakere kostnadsvekst, kombinert med høyere volumvekst, betyr at veksten i kostnad per døgndose har vært svakere i Helse Nord enn i landet for øvrig i perioden.

I 2014 var kostnad per døgndose til legemidler i Helse Nord på nivå med landsgjennomsnittet. Kostnad per døgndose for H-resept og sykehuslegemidler var henholdsvis 3 og 6 prosent under gjennomsnittet. Helse Nord har en høyere andel av sine legemidler i H-reseptløsningen, og en tilsvarende lavere andel i sykehusene.

Tabell 6.3 Utvikling i kostnader (mill kr målt i faste priser) til legemidler i RHF-ene 2007-2014.

Kostnader, mill kr	2007	2010	2013	2014	Pst endr 2007-14	Pst endr 2010-14	Pst endr 2013-14
Helse Sør-Øst							
Totalt	1 951	2 304	2 580	3 007	54,1	30,5	16,6
- H-resept	435	659	779	1 085	149,6	64,6	39,3
- Sykehus	1 517	1 645	1 801	1 923	26,7	16,8	6,8
Helse Vest							
Totalt	686	828	946	1 112	62,0	34,3	17,5
- H-resept	191	257	307	421	120,2	64,2	37,2
- Sykehus	495	571	639	690	39,4	20,9	8,0
Helse Midt-Norge							
Totalt	482	592	668	779	61,6	31,6	16,5
- H-resept	116	177	224	303	161,5	70,8	35,0
- Sykehus	366	415	444	476	30,0	14,8	7,2
Helse Nord							
Totalt	413	465	489	536	29,6	15,3	9,5
- H-resept	116	173	181	228	96,7	32,1	26,2
- Sykehus	297	292	308	307	3,4	5,3	-0,2

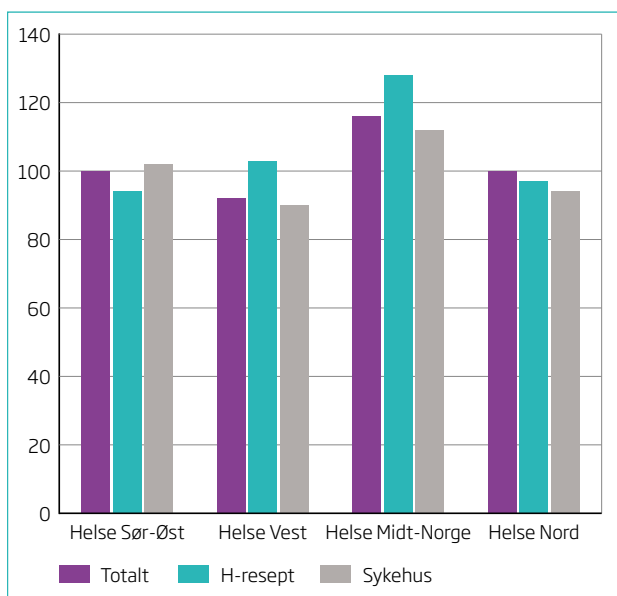
Tabell 6.4 Utvikling i døgndoser (DDD) for legemidler i regionale helseforetak 2007-2014.

Døgndoser (DDD)	2007	2010	2013	2014	Pst endr 2007-14	Pst endr 2010-14	Pst endr 2013-14
Helse Sør-Øst							
Totalt	33 242 559	34 005 502	34 641 748	36 774 574	10,6	8,1	6,2
- H-resept	1 035 612	2 175 464	2 778 844	5 086 047	391,1	133,8	83,0
- Sykehus	32 206 947	31 830 038	31 862 904	31 688 527	-1,6	-0,4	-0,5
Helse Vest							
Totalt	10 622 827	11 927 921	13 867 498	14 793 632	39,3	24,0	6,7
- H-resept	430 506	829 748	1 087 263	1 791 776	316,2	115,9	64,8
- Sykehus	10 192 321	11 098 173	12 780 235	13 001 855	27,6	17,2	1,7
Helse Midt-Norge							
Totalt	7 302 357	7 840 867	7 999 225	8 209 435	12,4	4,7	2,6
- H-resept	273 199	595 614	799 271	1 037 323	279,7	74,2	29,8
- Sykehus	7 029 157	7 245 253	7 199 953	7 172 111	2,0	-1,0	-0,4
Helse Nord							
Totalt	5 467 229	6 004 377	6 195 972	6 532 568	19,5	8,8	5,4
- H-resept	260 930	531 002	642 181	1 036 462	297,2	95,2	61,4
- Sykehus	5 206 299	5 473 375	5 553 791	5 496 107	5,6	0,4	-1,0

Tabell 6.5: Kostnad per døgndose (kr) til legemidler i RHF 2014.

	Totalt	H-resept	Sykehus
Helse Sør-Øst	82	213	61
Helse Vest	75	235	53
Helse Midt-Norge	95	292	66
Helse Nord	82	220	56
Nasjonalt	82	228	59

Figur 6.2 Regionalt nivå på kostnader per døgn dose til legemidler i 2014. Landsgjennomsnitt = 100.



6.5 H-RESEPTLØSNINGEN

I dette avsnittet presenteres regionale kostnader, og kostnadsvekst fra 2010 til 2014, for ulike grupper H-reseptlegemidler. Nivået på kostnad per innbygger for H-reseptene sammenlignes mellom regionene. Det kan være flere faktorer bak ulikt nivå på kostnad per innbygger. Regionale variasjoner i hvilke typer legemidler som brukes kan være en faktor, men innenfor rammen av denne analysen blir ikke dette sett nærmere på. Ulik rate for pasienter som mottar H-reseptlegemidler kan være en annen mulig faktor. Dataene som benyttes i denne analysen gir ikke informasjon om antall pasienter.

Helse Sør-Øst

I 2014 utgjorde kostnadene til H-reseptmedikamenter 1,1 mrd kr. Ekskludert de nye kreftlegemidlene i 2014, økte kostnadene med 41 prosent fra 2010 til 2014.

Kostnad per innbygger til H-reseptlegemidlene var 5 prosent lavere enn gjennomsnittet for landet samlet. Kostnadene til legemidler for revmatiske lidelser og MS var henholdsvis 5 og 9 prosent under, mens kostnadene til kreftlegemidler lå 3 prosent over.

Helse Vest

Kostnadene til H-reseptlegemidler økte med 43 prosent fra 2010 til 2014 i Helse Vest, korrigert for nye kreftlegemidler. I 2014 utgjorde totale kostnader til H-reseptene 421 mill kr. Helse Vest hadde den sterkeste regionale veksten i kostnader til MS-legemidler under H-reseptene i perioden, med en økning på 103 prosent.

Kostnader per innbygger til H-reseptene var i 2014 2 prosent under landsgjennomsnittet. Kostnadene til MS-legemidler var 10 prosent over landsgjennomsnittet, mens kostnadene til revma- og kreftlegemidler lå henholdsvis 5 og 8 prosent under.

Helse Midt-Norge

Fra 2010 til 2014 økte kostnadene til H-reseptlegemidler med 48 prosent i Helse-Midt-Norge. Kostnadsveksten var litt sterkere enn i Helse Vest og Helse Sør-Øst. De totale kostnadene til H-reseptene var på 303 mill kr i 2014. Helse Midt-Norge hadde den sterkeste regionale veksten i kostnader til legemidler for revmatiske lidelser, med en vekst på 42 prosent i femårsperioden.

I 2014 var kostnad per innbygger til H-resepter i Helse Midt-Norge 8 prosent over landsgjennomsnittet. Kostnadene til legemidler for revmatiske lidelser, MS og kreft var henholdsvis 3, 21 og 10 prosent over.

Helse Nord

Helse Nord hadde den svakeste regionale veksten i kostnader til H-reseptlegemidler gjennom perioden fra 2010 til 2014. Kostnadene i Nord økte med 20 prosent, mot 41-48 prosent for de øvrige regionene. Svakere kostnadsvekst i Nord relateres til en svakere vekst i kostnader til legemidler for revmatiske lidelser, hvor veksten var på 11 prosent mot 28-42 prosent for de øvrige regionene.

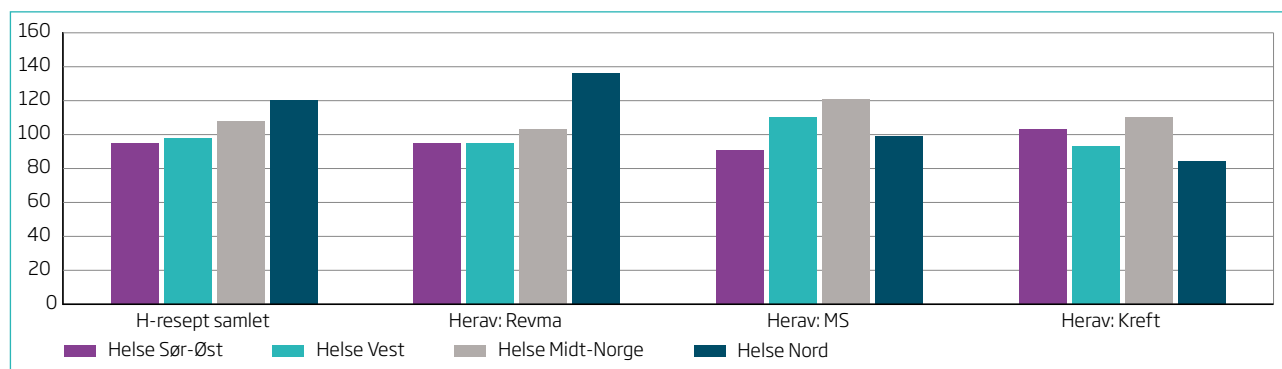
Kostnad per innbygger til H-reseptene var i 2014 20 prosent over landsgjennomsnittet. Høyere nivå på kostnadene relateres til legemidler for revmatiske lidelser, med kostnader som var 35 prosent over landsgjennomsnittet. Kostnad per innbygger til MS-medikamenter var på landsgjennomsnittet, og kostnadene til kreftlegemidler var 16 prosent under.

Tabell 6.6: Kostnader til H-reseptlegemidler 2010-2014, mill kr målt i faste priser.

	2010	2011	2012	2013	2014 ¹	Pst. endr. 2010-14 ²	Pst. endr. 2013-14 ²
Helse Sør-Øst	659	662	722	779	1 085	40,7	19,1
- Revma	515	535	576	614	694	34,6	12,9
- MS	144	127	146	165	233	62,6	41,9
- Kreft					157		
Helse Vest	257	251	277	307	421	43,4	19,8
- Revma	204	203	211	228	261	28,0	14,8
- MS	52	48	66	79	107	103,3	34,2
- Kreft					53		
Helse Midt-Norge	177	174	198	224	303	47,6	16,6
- Revma	130	133	146	165	185	42,0	11,9
- MS	47	41	52	59	77	63,2	29,8
- Kreft					41		
Helse Nord	173	171	172	181	228	19,8	14,5
- Revma	149	149	148	150	165	10,6	9,8
- MS	24	22	24	31	42	77,3	37,0
- Kreft					21		

1 Kostnader for H-reseptmedikamenter i 2014 er inkludert kostnader til kreftlegemidler.

2 Endring i kostnader er beregnet eksklusive kostnader til nye kreftlegemidler i 2014.

Figur 6.3 Regionale kostnader per innbygger til H-reseptlegemidler i 2014. Landsgjennomsnitt = 100.

6.6 LEGEMIDDELASSISTERT REHABILITERING (LAR)

Utvikling i kostnader og døgndoser

Kostnadene til LAR-legemidler utgjorde 153 mill kr i 2014. I perioden fra 2007 til 2010 økte kostnadene til LAR, men fra 2010 til 2014 gikk kostnadene ned. Gjennom sjuårsperioden økte kostnadene med 16 prosent. Nedgangen de siste fire årene tilsvarte 9 prosent, eller om lag 15 mill kr. Fra 2013 til 2014 gikk kostnadene til LAR ned med 10 mill kr.

Den regionale kostnadsutviklingen fra 2010 til 2014 var ulik. Det var en reduksjon i kostnader til LAR-legemidler på 14 prosent i Helse Sør-Øst og på 22 prosent i Helse Nord. Helse Midt-Norge hadde en vekst på 39 prosent, mens kostnadene i Helse Vest var omtrent uendret.

Antall døgndoser til LAR økte med 40 prosent i fra 2007 til 2014, og med 4,5 prosent fra 2010 til 2014. Det var imidlertid en nedgang i antall døgndoser til LAR fra 2013 til 2014.

Utviklingen i antall døgndoser varierte mellom regionene i siste fireårsperiode. Helse Sør-Øst og Helse Nord hadde en nedgang på henholdsvis -1,5 og -13 prosent. Antallet døgndoser økte med 30 prosent i Helse Vest og med 7 prosent i Helse Midt-Norge fra 2010 til 2014. Fra 2013 til 2014 var det kun Helse Vest som hadde en vekst i antall døgndoser til LAR.

Fra 2007 til 2014 var det en sterkere vekst i antall døgndoser til LAR enn i kostnadene. Dette indikerer at kostnadene per døgndose har gått ned. Fra 2013 til 2014 var det en reduksjon både i kostnader og antall døgndoser til LAR.

Regional sammenligning av kostnader og døgndoser i 2014

I Helse Sør-Øst var kostnad per innbygger og antall døgndoser til LAR henholdsvis 10 og 8 prosent over landsgjennomsnittet. Kostnad per døgndose var 2 prosent over landsgjennomsnittet.

I Helse Vest var kostnaden per innbygger 11 prosent over landsgjennomsnittet, mens antall døgndoser var 22 prosent over. Helse Vest hadde dermed den høyeste ressursinnsatsen per innbygger blant de fire regionene, både målt i kostnader og døgndoser. Kostnaden per døgndose var 9 prosent under landsgjennomsnittet i 2014, og Helse Vest hadde dermed lavest kostnad per døgndose blant regionene.

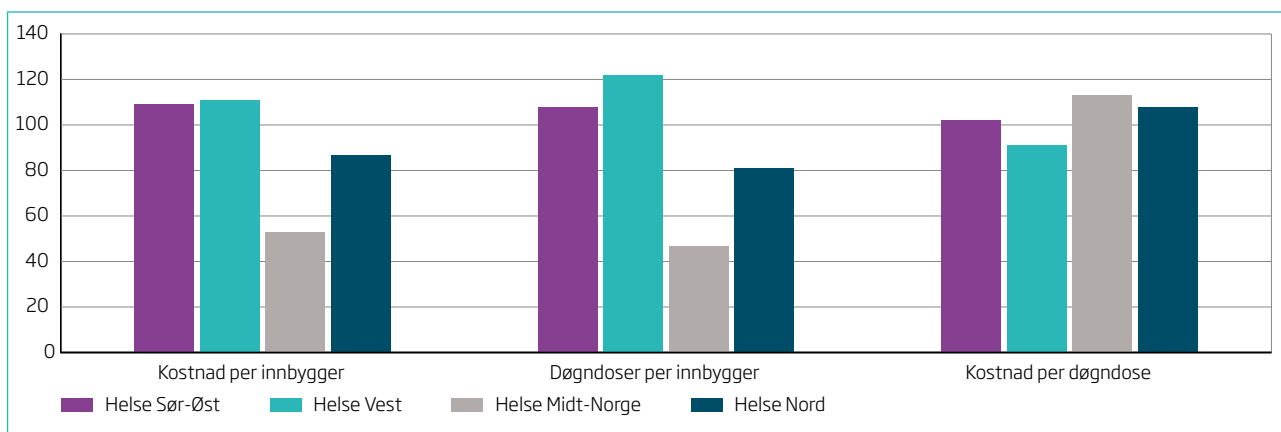
Både kostnad per innbygger til LAR, og antall døgndoser, var langt under landsgjennomsnittet i Helse Midt-Norge i 2014. Kostnad per innbygger var 47 prosent under, antall døgndoser var 53 prosent under. Dette kan indikere en lavere pasientrate innfor LAR i Helse Midt-Norge sammenlignet med de andre regionene. Kostnaden per døgndose var 13 prosent over gjennomsnittet. Helse Midt-Norge hadde dermed det høyeste nivået på kostnad per døgndose.

Kostnad per innbygger, og antall døgndoser, til LAR i Helse Nord var henholdsvis 13 og 19 prosent under landsgjennomsnittet i 2014. Kostnad per døgndose var 8 prosent over landsgjennomsnittet.

Tabell 6.7 Regional utvikling i kostnader og døgndoser til LAR-medikamenter 2007-2014.

	2007	2010	2013	2014	Pst. endr. 2007-14	Pst. endr. 2010-14
Kostnader, mill kr faste priser						
Helse Sør-Øst	95	109	103	94	-1,6	-13,8
Helse Vest	27	36	35	36	33,1	-0,5
Helse Midt-Norge	6	8	12	11	103,0	39,4
Helse Nord	5	16	13	12	157,6	-21,6
Landet samlet	132	168	163	153	15,5	-9,2
Døgndoser						
Helse Sør-Øst	3 351 568	3 702 519	3 964 443	3 647 569	8,8	-1,5
Helse Vest	753 589	1 199 788	1 472 530	1 555 979	106,5	29,7
Helse Midt-Norge	300 051	367 911	427 447	392 161	30,7	6,6
Helse Nord	207 585	520 665	464 297	453 359	118,4	-12,9
Landet samlet	4 612 793	5 790 883	6 328 716	6 049 068	31,1	4,5

Figur 6.4 Regionalt nivå på kostnader per innbygger og døgndoser per innbygger til LAR, samt kostnad per døgndose i 2014.
Landsgjennomsnitt = 100.



DEL II

SEKTORVIS STATISTIKK FOR SOMATIKK, PSYKISK HELSEVERN, TSB OG REHABILITERING



7. Aktivitet og ressursutnyttelse i somatiske sykehus

Det ble utført over 5,45 millioner polikliniske konsultasjoner i 2014, en økning på 3,5 prosent fra 2013. Siste år økte antallet DRG-poeng med 6,2 prosent for polikliniske konsultasjoner og 2,3 prosent for dagbehandlinger, og 1,3 prosent for døgnbehandling. De samlede DRG-poengene økte med 2,2 prosent fra 2013 til 2014 og med 6,5 prosent fra 2010 til 2014.

Noe av økningen i polikliniske konsultasjoner var knyttet til økt antall kontakter per pasient. På nasjonalt nivå var det 3,21 polikliniske kontakter per pasient i 2010 og 3,33 kontakter per pasient i 2014. Andelen nye polikliniske pasienter på foretakene, d.v.s. pasienter som ikke var pasient ved samme helseforetak foregående år, falt fra 43,2 prosent i 2010 til 41,8 prosent i 2014.

Fra 2010 til 2014 falt gjennomsnittlig liggetid for døgnopphold fra 4,7 til 4,3 dager³⁰. Siste år var det en nedgang på 0,1 døgn og endringen gjaldt både kirurgiske og ikke-kirurgiske opphold. Pasienter som ikke overføres til annet sykehus før og/eller etter sykehusoppholdet har i gjennomsnitt noe kortere liggetid enn pasienter som blir overført. Gjennomsnittlig liggetid korrigert for overføringer mellom sykehus viste tilsvarende nedgang i femårs-perioden, men var stabilt siste år.

Antall opphold med langtidsliggere økte noe siste år (2,2 prosent). Dette avviker fra tidligere trend med nedgang på nær 13 prosent fra 2010 til 2013. Antall langtidsliggedøgn utgjorde 10,9 prosent av alle liggedøgn i 2014.

Fra 2013 til 2014 var det et stabilt nivå av dagkirurgi målt som andel av all kirurgi. Antallet dagkirurgiske behandlinger økte noe mer enn antallet kirurgiske behandlinger med 1 liggedøgn. Våre analyser gir ikke empirisk støtte til påstanden om at økningen i kirurgi med en overnatting har kommet på bekostning av dagkirurgi.

På nasjonalt nivå, var nivået av reinnleggelser stabilt fra 2012 til 2014. Knappe 9 prosent av alle dag- og døgnopphold - om lag 100 000 sykehusopphold - var en reinnleggelse for øyeblikkelig hjelp av en pasient som hadde vært utskrevet fra sykehus inntil 30 dager tidligere. 54 prosent av reinnleggelserne gjaldt pasienter under 67 år. I slutten av dette kapitlet beskrives reinnleggelser med hensyn til kjønn, alder og pasientens hoveddiagnose ved reinnleggelsen.

Alle tall i dette kapitlet er tilgjengelig for alle helseforetak for årene 2010-2014 på <https://helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/samdata>.

³⁰ Definisjonen av døgnopphold er endret fra 2014 (se beskrivelse under datagrunnlag i kapittel 2) og medfører avvik fra tidligere publiserte tall på liggetid. I den nye definisjonen inngår ikke innleggelser med 0 liggedøgn i kategorien «døgn», og dette medfører at gjennomsnittlig liggetid blir noe høyere enn tidligere publiserte tall har vist. Den nye definisjonen er også anvendt på data fra 2010-13.

7.1 INNLEDNING

Kapittel 4 viste at aktivitetsveksten fra 2010 til 2014 var høyere enn kostnadsveksten. Som følge av dette falt driftskostnaden per DRG-poeng med 2,3 prosent i perioden. Siste år var det derimot en produktivtetsnedgang på 1,2 prosent knyttet til en sterkere økning i kostnader enn i aktivitet. I kapittel 3 ble kostnadsutviklingen nærmere belyst. I dette kapitlet beskrives utviklingen i aktivitet i somatiske sykehus nærmere. Tallene gir grunnlagsinformasjon for ressursutnyttelsen i de enkelte helseregionene og helseforetakene. Kapitlet beskriver aktivitetsutviklingen i form av DRG-poeng, indeks for pasientsammensetning, antall opphold og konsultasjoner per pasient, andel nye pasienter på poliklinikkene, forskjeller i liggetid, andel dagkirurgi og reinnleggelser.

Aktivitetsutviklingen i dette kapitlet beskrives uavhengig av befolkningsvekst og pasientens bosted - dette vil bli belyst i kapittel 8 Befolkningens bruk av tjenester. Datagrunnlaget for ressursbruk er eksklusive private sykehus, Oslo legevakt, Bergen legevakt og Rusakutten ved Bergen legevakt. Totaltallene avviker derfor fra nasjonal statistikk i kapittel 2 og 8.

Kostnadsvektene (DRG-poengene) uttrykker hva et opphold i en DRG (diagnoserelatert gruppe) koster i gjennomsnitt, relativt til andre opphold i andre DRG-er. DRG-poengene kan benyttes som et grovt mål på case-mix og gjør det mulig å sammenligne ressursbruk ved behandling av ulike pasientgrupper. Alle opphold og konsultasjoner kan klassifiseres i DRG-systemet.

Årets rapport presenterer DRG-poeng som er korrigert for systemendringer i ISF tilbake til 2010. DRG-poengene i 2010-13 er korrigert for å være sammenlignbare med DRG-poengene i 2014. Korreksjonen er basert på årlige regupperinger av ISF-data og er gjort separat per helseforetak for døgn- og dagopphold, samt polikliniske konsultasjoner.

Datagrunnlaget er nærmere beskrevet til slutt i kapitlet.

7.2 ØKT AKTIVITET OG FLERE PASIENTER PÅ POLIKLINIKKENE

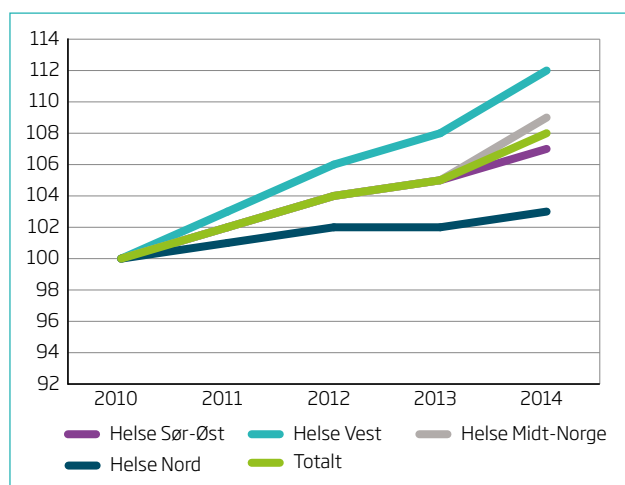
Det ble utført over 5,45 millioner polikliniske konsultasjoner på offentlig finansierte sykehus i 2014, en økning på 3,5 prosent fra 2013 og 12,4 prosent fra 2010. DRG-poengene for polikliniske konsultasjoner økte med 6,2 prosent siste år og 20,4 prosent fra 2010 til 2014. Helse Vest og Helse Midt-Norge hadde den største veksten i konsultasjoner med mer enn 15 prosent, mens Helse Nord hadde den laveste veksten i femårsperioden (8,4 prosent).

I Helse Vest var det også tydelig økning i døgnopphold fra 2010 til 2014 (6,5 prosent vekst i opphold og 7,8 prosent vekst i DRG-poeng). Helse Midt-Norge hadde også noe økning i døgnoppholdene (2,6 prosent for opphold og 5,6 prosent i DRG-poeng).

Veksten i polikliniske konsultasjoner avspeiler seg også i en vekst i antall pasienter på poliklinikk. Antallet pasienter med en eller flere polikliniske konsultasjoner har økt betydelig de siste fem årene (8,1 prosent). Siste år var veksten 2,9 prosent.

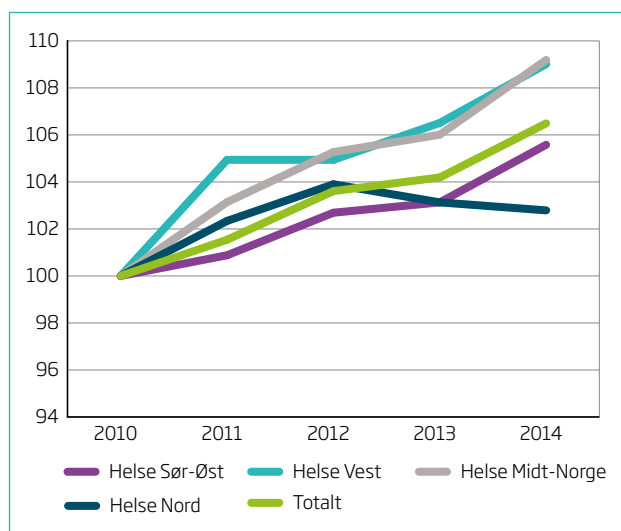
Det er visse regionale forskjeller i utviklingen i antall pasienter med polikliniske konsultasjoner. Alle regionene har en vekst i antall pasienter på poliklinikk. Den største veksten var i Helse Vest med 12,5 prosent fra 2010 til 2014, siste år var veksten på 4,1 prosent. Helse Nord hadde en vekst på kun 3,1 prosent i samme periode. Helse Midt-Norge og Helse Sør-Øst fulgte den nasjonale utviklingen.

Figur 7.1 Prosent endring i antall pasienter på poliklinikkene 2010-2014 (2010=100).



På nasjonalt nivå økte antall DRG-poeng totalt med 2,2 prosent siste år, og med 6,5 prosent fra 2010 til 2014. For alle regionene med unntak av Helse Nord var det en vekst gjennom hele perioden. Helse Sør-Øst fulgte den nasjonale utviklingen mens Helse Vest og Helse Midt-Norge hadde realveksten på mer enn 9 prosent. Helse Nord fulgte den nasjonale utviklingen frem til 2012, men hadde en negativ realvekst de siste to årene. Nedgangen i Nord var knyttet til nedgangen i DRG-poeng for døgnopphold og dagbehandling.

Figur 7.2 Realutviklingen i DRG-poeng¹ etter region, 2010-2014.

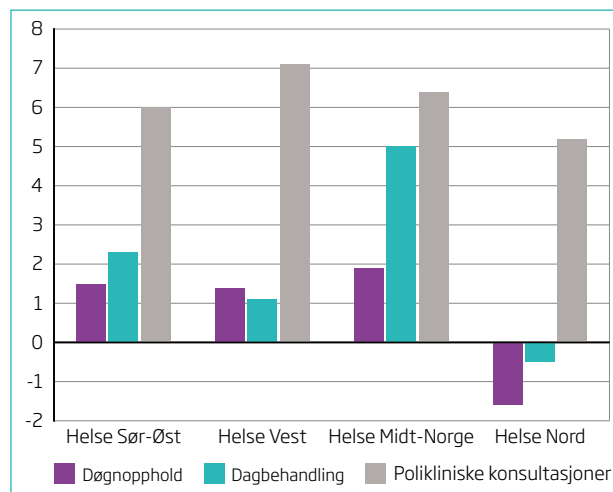


1 DRG-poeng er korrigert for systemendringer i ISF.

Alle regionene, med unntak av Helse Nord hadde en vekst i DRG-poeng for *døgnopphold* fra 2013-2014. Helse Nord hadde en nedgang i antall DRG-poeng for døgnopphold på 1,6 prosent.

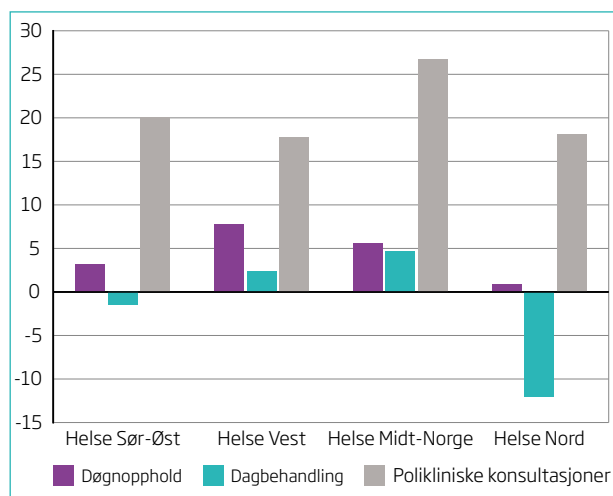
For dagbehandling var det størst vekst i DRG-poeng i Helse Midt-Norge (5 prosent). Helse Sør-Øst hadde vekst på linje med landsgjennomsnittet, mens Helse Nord hadde negativ vekst i DRG-poeng for dagbehandling (-0,5 prosent).

Figur 7.3 Prosentvis endring i DRG-poeng¹ etter behandlingsnivå og region 2013-2014.



1 DRG-poeng korrigert for systemendringer i ISF.

Figur 7.4 Prosentvis endring i DRG-poeng¹ etter behandlingsnivå og region 2010-2014.



1 DRG-poeng korrigert for systemendringer i ISF.

7.3 INDEKS FOR PASIENT-SAMMENSETNING

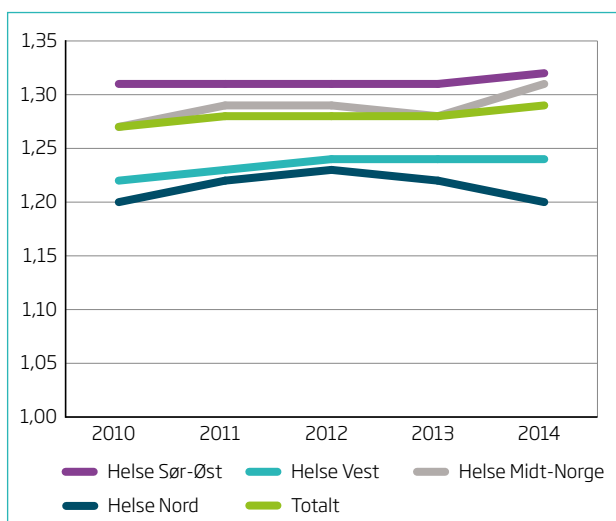
Indeks for pasientsammensetning viser gjennomsnittlig antall DRG-poeng per behandlingsepisode. Indeksen gir en indikasjon på hvor ressurskrevende oppholdene eller konsultasjonene er i gjennomsnitt. Indeksen er egnet til sammenligning mellom foretak og kan forklare noe av forskjellene knyttet til kostnader per DRG-poeng. I 2014 hadde for eksempel Oslo universitetssykehus, med nasjonalt ansvar for mange pasientgrupper, en indeks for

pasientsammensetning for døgnopphold på 1,76, mens landsgjennomsnittet var 1,29. Forskjellene mellom helseforetakene og regionene gjelder særlig døgnoppholdene som varierer fra 0,92 (Helse Finnmark HF) til 2,07 (Martina Hansens hospital). For dagbehandling var forskjellene mellom helseforetakene i indeks for pasientsammensetning fra 0,09 til 0,42. For polikliniske konsultasjoner varierer indeksen mellom 0,03 og 0,06.

Helse Sør-Øst har et noe høyere nivå på indeksen for pasientsammensetning enn de andre regionene. Helse Midt-Norge var på nivå med landsgjennomsnittet gjennom hele perioden. Helse Nord hadde en vekst i omfanget av ressurskrevende opphold frem mot 2012, men har som eneste region en nedgang i indeksen fra 2012 til 2014. Reduksjonen er knyttet spesielt til Nordlandssykehuset og Universitetssykehuset i Nord-Norge, men også i de andre foretakene er det en nedgang i nivået på indeksen. Endringene i Helse Nord gjør at forskjellene mellom regionene i indeks for pasientsammensetning var noe større i 2014 enn i 2012.

Det bør også bemerkes at Helse Midt-Norge har et høyere nivå på indeksen for pasientsammensetning enn de andre regionene når det gjelder dagbehandling. Ved dagbehandling har Helse Sør-Øst et noe lavere nivå enn de andre regionene.

Figur 7.5 Indeks for pasientsammensetning for døgnopphold etter region, 2010-2014.



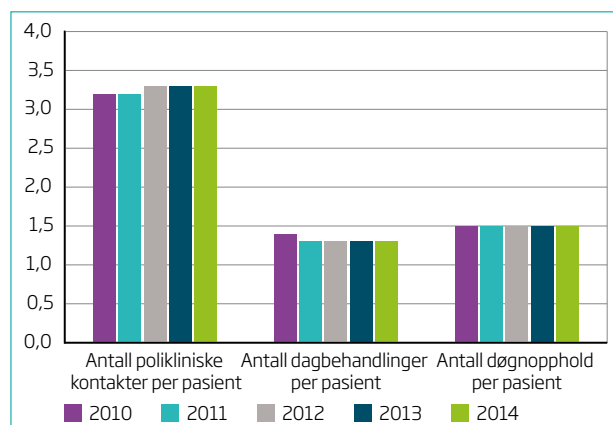
7.4 GJENNOMSTRØMNING AV PASIENTER I SPESIALISTHELSETJENESTEN

Antall opphold og kontakter per pasient

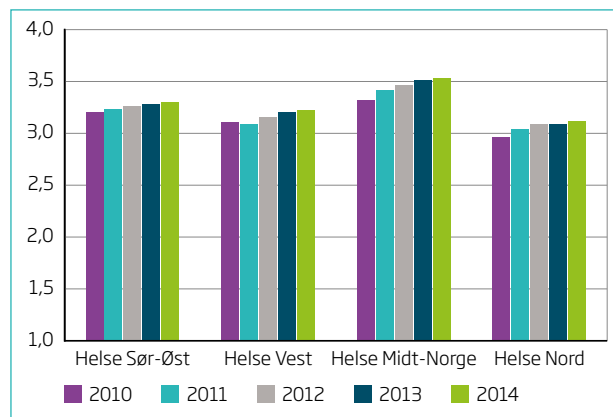
Noe av økningen i polikliniske konsultasjoner var knyttet til økt antall kontakter per pasient. På nasjonalt nivå var det 3,21 polikliniske kontakter per pasient i 2010 og 3,33 kontakter per pasient i 2014.

Mens antallet polikliniske kontakter per pasient har økt, har antallet dagbehandling per pasient blitt noe redusert. Gjennomsnittlig antall døgnopphold per pasient var stabilt fra 2010 til 2013, men økte noe siste år.

Figur 7.6 Gjennomsnittlig antall opphold og konsultasjoner per pasient, 2010-2014.



Figur 7.7 Gjennomsnittlig antall polikliniske konsultasjoner per pasient etter region, 2010-2014.



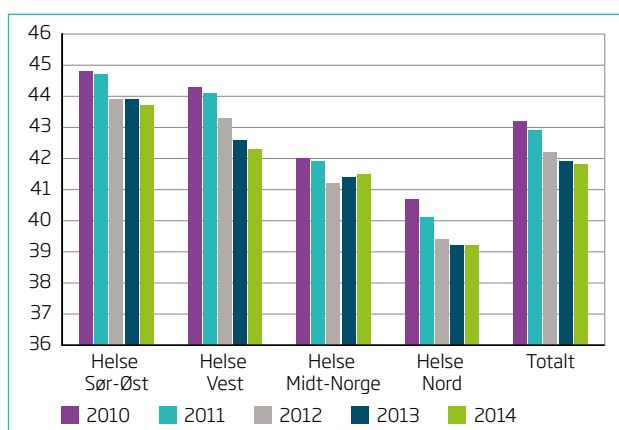
Andel nye pasienter på poliklinikkene

Andelen nye pasienter på poliklinikkene kan gi oss en pekepinn på omfanget av kontroller. Dersom omfanget av kontroller av tidligere pasienter blir for stort, kan poliklinikkene bli en flaskehals i forhold til mulighetene til å ta imot og behandle nye pasienter som står på venteliste. Det kan også tenkes at det generelt er mer ressurskrevende å ta inn nye pasienter enn å kontrollere tilstanden til pasienter som er tidligere behandlet.

Det er variasjoner mellom helseforetakene og regionene i andel nye pasienter. Helse Sør-Øst har en høyere andel nye pasienter på poliklinikkene enn de andre regionene. Dette følger trolig også av at regionen har mange nasjonale funksjoner og tar imot pasienter som ellers bruker andre sykehus som lokalsykehus. Helse Nord har et lavere nivå av nye pasienter på poliklinikkene enn de andre regionene.

Alle regioner har hatt en nedgang i andelen nye pasienter på poliklinikkene i femårsperioden. For Norge totalt var det en nedgang i andel nye pasienter fra 43,2 til 41,8 prosent i perioden 2010 til 2014. Siste år var nivået stabilt.

Figur 7.8 Andel nye pasienter på poliklinikkene 2010-2014 etter region.



7.5 REDUSERTE LIGGETIDER

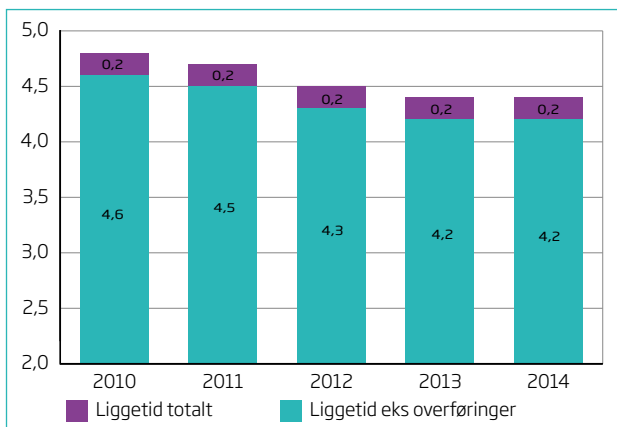
Nedgang i liggetid har vært en langvarig trend i norske sykehus. Medisinsk teknologisk utvikling har gitt nye behandlingsmetoder som er mindre belastende for pasientene og bidrar til både effektiv pasientbehandling og økt pasientsikkerhet.

I rapporten «Effektivitet i sykehus» påpeker Riksrevisjonen at behandlingsforløp med kortere liggetider ikke har negativ effekt på behandlingskvaliteten i form av reoperasjoner, reinnleggelser og overlevelse.

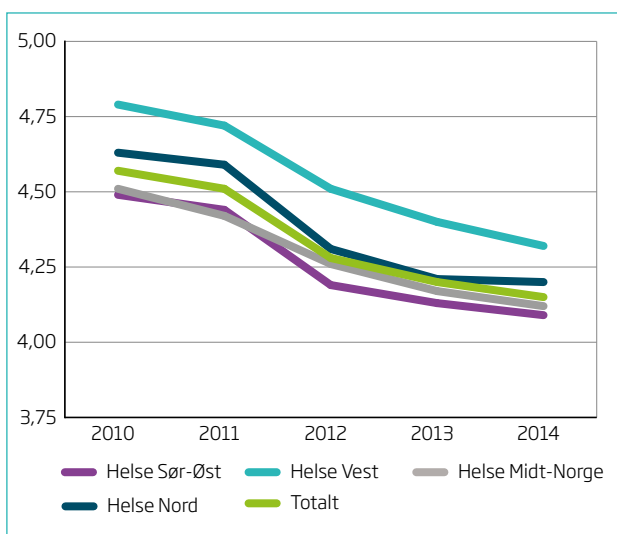
I perioden fra 2010 til 2014 har gjennomsnittlig liggetid på norske sykehus falt fra 4,7 til 4,3 døgn. Den største endringen kom med samhandlingsreformen i 2012 og ny forskrift for kommunal betaling av utskrivningsklare pasienter. Det var imidlertid også noe nedgang i gjennomsnittlig liggetid fra 2010 til 2012 og fra 2012 til 2014. Det er visse variasjoner mellom regionene i nivået av gjennomsnittlig liggetid, men alle regioner har hatt en betydelig nedgang i gjennomsnittlig liggetid.

Pasienter som overføres mellom sykehus har i gjennomsnitt noe lengre liggetid enn andre pasienter. Dette skyldes trolig at disse pasientene ofte har alvorlig og livstruende sykdom. Effekten av pasienter som overføres mellom sykehus kan også variere mellom lokalsykehus og større sykehus, og kan bidra til forskjeller mellom helseforetakene i gjennomsnittlig liggetid. I SAMDATA har vi derfor beregnet gjennomsnittlig liggetid korrigert for overføringer mellom sykehus, d.v.s. døgnopphold hvor pasientene ikke er skrevet inn eller ut på sykehus samme dag som de er innlagt eller skrevet ut av det aktuelle sykehuset. Gjennomsnittlig liggetid korrigert for overføringer mellom sykehus viser imidlertid samme nedgang som gjennomsnittlig liggetid totalt. Begge indikatorer er tilgjengelige per tertial og per helseforetak på <https://helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/samdata>.

Figur 7.9 Gjennomsnittlig liggetid totalt og liggetid korrigert for overføringer 2010-2014.



Figur 7.10 Utvikling i gjennomsnittlig liggetid korrigert for overføringer etter region 2010-2014.



Figur 7.10 viser regionale forskjeller i gjennomsnittlig liggetid korrigert for overføringer mellom sykehus. Helse Sør-Øst har et lavere nivå enn andre regioner og Helse Vest har det høyeste nivået. Variasjonen mellom helseforetakene er imidlertid betydelig og Helse Bergen har for eksempel kortere gjennomsnittlig korrigert liggetid enn St. Olavs hospital og Universitetssykehuset i Nord-Norge.

Fra 2010 til 2014 har sum liggedøgn på sykehus blitt redusert med nær 180 000 dager. Dette tilsvarer nesten alle liggedøgn i Helse Stavanger HF i 2014 (ca 200 000 liggedøgn). Denne besparelsen kommer på tross av at antallet døgnopphold har økt i perioden.

Siste år var det en nedgang i liggedøgn på i overkant av 6 000 døgn. Helse Sør-Øst hadde imidlertid en økning på ca. 4 000 liggedøgn dette året.

Utviklingen i liggetid for eldre pasienter

Nedgangen i liggetid for årene 2010 til 2014 er nært knyttet til nedgangen i liggetid for eldre pasienter i forbindelse med ny forskrift kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter som kom i 2012.

Gjennomsnittlig liggetid for pasienter mellom 67 og 79 år (yngre eldre) ble redusert fra 5,7 til 5,0 dager og for de eldste pasientene (80 år og eldre) falt gjennomsnittlig liggetid fra 6,4 til 5,3 dager. For de yngre eldre økte likevel summen av liggedøgn noe (3,8 prosent). Dette skyldes vekst i befolkningstall, pasienter og døgnopphold for denne aldersgruppa. I perioden 2010-2014 økte antallet personer i aldersgruppen 67-79 år med 21 prosent, mens antallet pasienter i denne aldersgruppen og døgnopphold for disse pasientene økte med henholdsvis 17 og 16 prosent.

De eldste pasientene (80 år og over) hadde imidlertid en nedgang på omtrent 107 000 liggedøgn i perioden 2010-2014. En vesentlig del (61 prosent) av den samlede nedgangen i liggedøgn for perioden er dermed knyttet til pasienter over 80 år. Vel halvparten av nedgangen i liggedøgn for disse pasientene kom fra 2011 til 2012.

De eldres andel av liggedøgnene reduseres frem mot 2012, men er stabilt fra 2012 til 2014. Eldres andel av liggedøgnene på sykehus er gjennomgående høyere i Helse Nord enn de andre regionene.

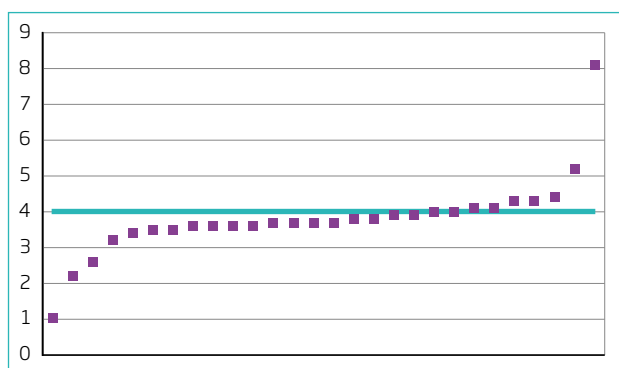
Liggetid ved medisinsk og kirurgisk behandling

Gjennomsnittlig liggetid for døgnopphold i medisinske DRG var stabilt fra 2013 til 2014 på 3,9 dager. I perioden fra 2010 har liggetid for disse oppholdene blitt redusert med 0,4 dager. Helse Vest hadde høyere gjennomsnittlig liggetid ved slike opphold enn andre regioner, men hadde også nedgang i liggetid i femårsperioden. Helse Nord har noe økning i liggetid for slike opphold fra 2013 til 2014. Andel liggedøgn ved opphold for medisinsk behandling er stabilt gjennom perioden og utgjør om lag 70 prosent av alle liggedøgn.

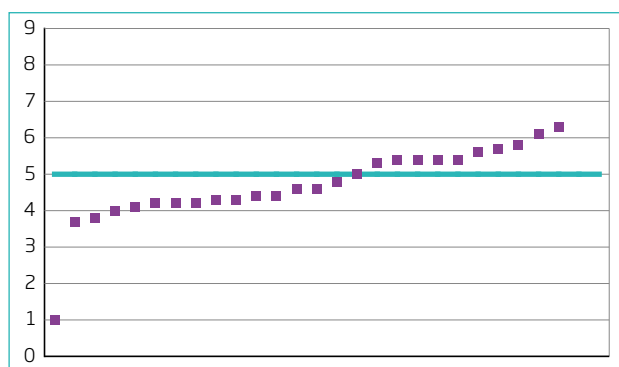
Gjennomsnittlig liggetid for døgnopphold med kirurgisk behandling ble redusert med 0,6 dager i perioden fra 2010 til 2014. Nivået av liggetid for kirurgiske opphold er noe høyere enn for medisinske opphold, og reduksjonen er noe større.

Kirurgiske liggedøgn reduseres med 6,1 prosent (63 810), mens de medisinske liggedagene reduseres med 5,1 prosent (113 772) i perioden fra 2010 til 2014.

Figur 7.11 Variasjoner mellom helseforetak i gjennomsnittlig liggetid (korr. for overf.) ved medisinske opphold 2014.



Figur 7.12 Variasjoner mellom helseforetak i gjennomsnittlig liggetid (korr. for overf.) ved kirurgisk behandling 2014.



Liggetid for utvalgte pasientgrupper

I årets Samdata har vi også analysert forskjeller i liggetid for noen utvalgte pasientgrupper. Data per helseforetak og år er tilgjengelig på <https://helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/samdata>. Analysene gjelder følgende pasientgrupper:

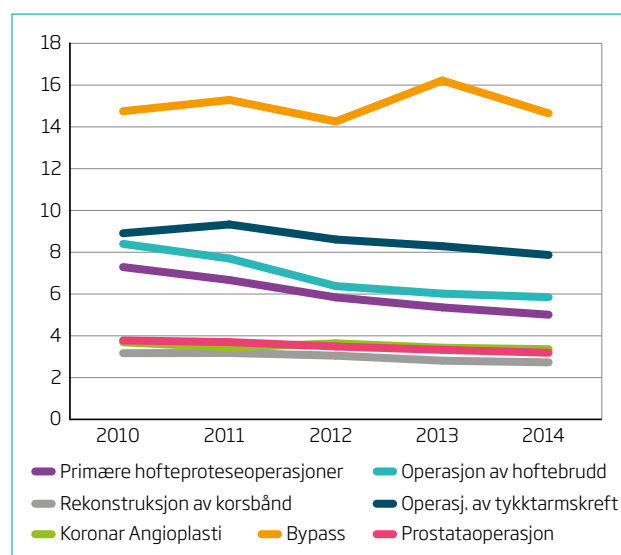
- Primære hofteprotese-operasjoner
- Operasjoner av hoftebrudd
- Rekonstruksjon av korsbånd

- Operasjon av tykktarmskreft
- Koronar angioplasti (PTCA, PCI) og Bypass
- Prostataoperasjoner

De fire første gruppene er de samme som ble benyttet i Riksrevisjonens undersøkelse av effektivitet i sykehus³¹. De tre siste er hentet fra NOMESKO-rapportene og har et visst volum. For de to første pasientgruppene vil opphold for samme pasient kunne inngå i begge grupper da enkelte av prosedyrekodene inngår i begge gruppene.

Figur 7.13 viser utviklingen fra 2010 til 2014 for disse pasientgruppene. Gjennomsnittlig liggetid for prostataoperasjoner, rekonstruksjon av korsbånd og PCI inngrep har vært stabilt i perioden, mens liggetid ved operasjoner for hoftebrudd og primære hofteproteser har hatt en nedgang på mer enn 2 liggedøgn i perioden. For pasienter som har fått utført bypass-operasjoner har liggetiden variert noe i perioden. Dette skyldes trolig at antallet bypass-operasjoner er ganske lavt (500-600 operasjoner årlig).

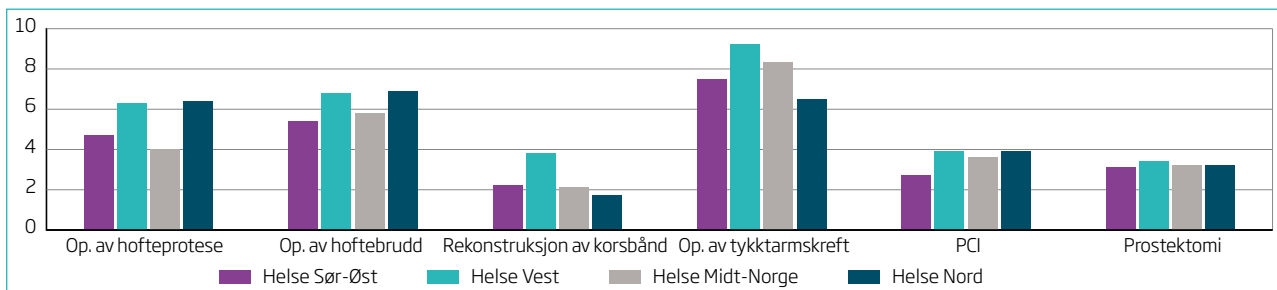
Figur 7.13 Utvikling i liggetid korrigert for overføringer etter pasientgrupper 2010-2014.



For disse pasientgruppene var det til dels betydelig variasjon mellom regionene og foretakene i gjennomsnittlig liggetid (se figur 7.14). For *primære hofteproteseoperasjoner* var liggetiden i Helse Midt-Norge 4 dager, mens pasienter i Helse Nord hadde 6,4

31 Riksrevisjonens undersøkelse av effektivitet i sykehus. Dokument 3:4 (2013-2014).

Figur 7.14 Regionale forskjeller i gjennomsnittlig liggetid (korrigert for overføringer) 2014 etter behandling.



dager. Forskjellen mellom regionene er stabil i hele perioden, men begge regionene hadde betydelig nedgangen i liggetid i perioden, med nær 3 dager.

Ved *operasjoner av hoftebrudd* var det en tilsvarende nedgang i liggetid fra 2010 til 2014. Variasjonene mellom regionen tilsvarte også forskjellene mellom regionene i liggetid ved primære hofteprotese-operasjoner; Helse Midt-Norge og Helse Sør-Øst hadde i gjennomsnitt 1,5 dager kortere liggetid enn Helse Nord og Helse Vest i 2014.

Ved *rekonstruksjon av leddbånd* var liggetiden i Helse Vest høyere enn i de andre regionene (3,8 liggedøgn i 2014). Variasjonene i liggetid ved disse operasjonene kan ha sammenheng med at dette er operasjoner som utføres dagkirurgisk ved noen helseforetak for noen av pasientene.

PCI og *bypass-operasjoner* utføres bare på de mest spesialiserte foretakene, og variasjoner mellom regionene vil i stor grad være variasjoner mellom disse enhetene. Ved *koronar angioplasti (PCI)* er det kun små variasjoner mellom regionene med unntak av Helse Sør-Øst som har en dag kortere liggetid enn de andre regionene. Forskjellen har vedvart gjennom hele perioden.

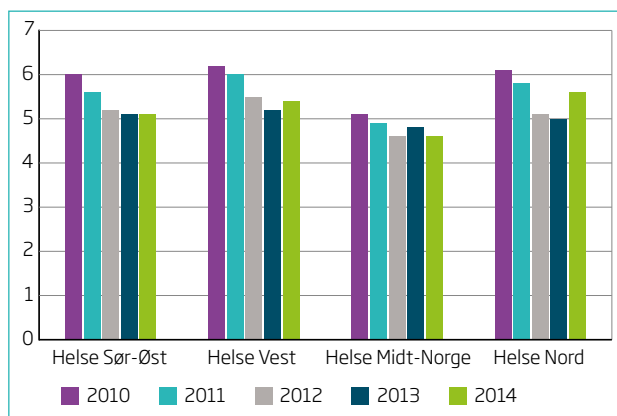
7.6 ØKT ANTALL OPPHOLD OG LIGGEDAGER FOR LANGTIDSLIGGERE I 2014

En «langtidsligger» er definert som opphold med varighet ut over trimpunkt for den enkelte DRG. Antall langtidsliggedøgn er summen av alle liggedøgn over trimpunktet (liggetid minus trimpunkt).

På nasjonalt nivå økte antall opphold med langtidsliggere det siste året (2,2 prosent). Dette avviker fra trenden tidligere i perioden. Fra 2010-2013 var det en nedgang i antall opphold med langtidsliggere på nær 13 prosent. Veksten i antall langtidsopphold i 2014 medførte at andel langtidsliggedøgn økte marginalt (0,1 prosentpoeng) siste år.

For perioden 2010-2014 samlet sett, har *andel* opphold med langtidsliggere blitt redusert med 0,8 prosentpoeng. Helse Sør-Øst og Helse Vest hadde noe sterkere nedgang med nær 1 prosentpoeng i perioden. Helse Vest og Helse Nord hadde en økning i andelen opphold med langtidsliggere siste år.

7.15 Andel døgnoophold for langtidsliggere av alle døgnoophold etter region 2010-2014



Antallet liggedøgn for langtidsliggere falt med nesten 80 000 døgn og vel 17 prosent fra 2010 til 2014. Omtrent halvparten av nedgangen kom fra 2011 til 2012. Siste år var det nedgang i antallet liggedøgn for langtidsliggere i tre av fire regioner. Helse Nord hadde en økning i liggedøgn for langtidsliggere på 8,5 prosent.

Antallet langtidsliggedøgn utgjorde 10,9 prosent av alle liggedøgn i 2014. Dette var noe lavere enn i 2010 (12,2 prosent). I Helse Nord øker både antallet og andelen langtidsliggedøgn siste år, men i de andre regionene var det nedgang i andel langtidsliggedøgn. Utviklingsmønsteret for andel langtidsliggedøgn følger i stor grad utviklingen for andel langtidsliggeropphold.

Det er store variasjoner i helseforetakene mellom andelen langtidsliggedøgn og tall på dette vil være tilgjengelig på <https://helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/samdata>.

Langtidsliggere blant eldre pasienter

For eldre pasienter (80 år og eldre) har andel opphold med langtidsliggere blitt betydelig redusert i perioden fra 2010 til 2014. Siste år ser vi imidlertid en økning i andelen langtidsliggere i alle regioner. På nasjonalt nivå ble andelen redusert med 2 prosentpoeng, men også for de eldre er det en økning i andelen fra 2013 til 2014. Antallet langtidsliggere over 80 år blir redusert med om lag 25 prosent i perioden.

På regionnivå fant man samme trend som nasjonalt, der alle regioner med unntak av Helse Midt-Norge hadde en nedgang i andel langtidsliggere på nær 2 prosentpoeng for hele perioden.

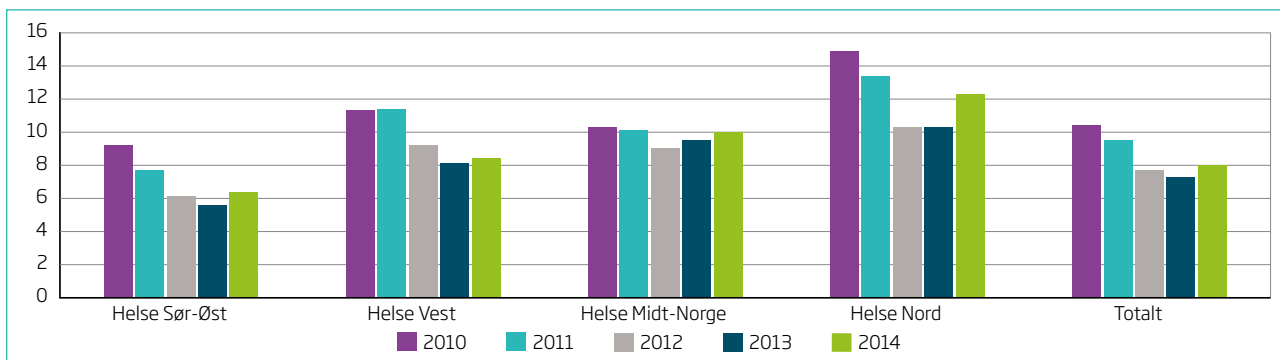
For *andel* langtidsliggedøgn for eldre pasienter var det en nedgang på 2,4 prosentpoeng i perioden fra 2010 til 2014. Utviklingen følger i hovedsak samme mønster som andel opphold med langtidsliggere. Siste år økte andelen langtidsliggedøgn noe i Helse Nord, og avvek fra tidligere års trender der man så en nedgang i andel langtidsliggedøgn.

7.7 STABILT NIVÅ AV DAGKIRURGI

Det har vært hevdet at endringen i finansiering av dagkirurgi i 2010 har medført at sykehus med ledig sengekapasitet lar dagkirurgiske pasienter overnatte av økonomiske årsaker. Våre analyser gir ikke empirisk grunnlag for å hevde at økningen i kirurgi med en overnatting har kommet på bekostning av dagkirurgi.

Fra 2013 til 2014 var det et stabilt nivå av dagkirurgi, og antallet dagkirurgiske behandlinger økte mer (omtrent 4 000 opphold) enn antallet kirurgiske behandlinger med 1 liggedøgn (rundt 2 300 opphold). De hoveddiagnosegruppene som har hatt vekst i kirurgisk behandling med 1 liggedøgn, har i all hovedsak også hatt vekst i dagkirurgisk behandling, og de områder som har hatt lav vekst i dagkirurgisk behandling har ikke hatt vekst i kirurgiske behandlinger med 1 liggedøgn. De pasientgruppene som er unntak fra dette – hvor det har vært vekst i kirurgisk behandling med 1 liggedøgn uten at vi finner tilsvarende vekst i dagkirurgisk behandling – gjelder pasientgrupper som vanligvis har mer enn 1 liggedøgn på sykehus (fedmekirurgi (DRG 288A-B), transurethrale operasjoner på prostata (DRG 310-311).

Figur 7.16 Andel langtidsliggedøgn av alle liggedøgn for pasienter 80 år og eldre etter region 2010-2014.

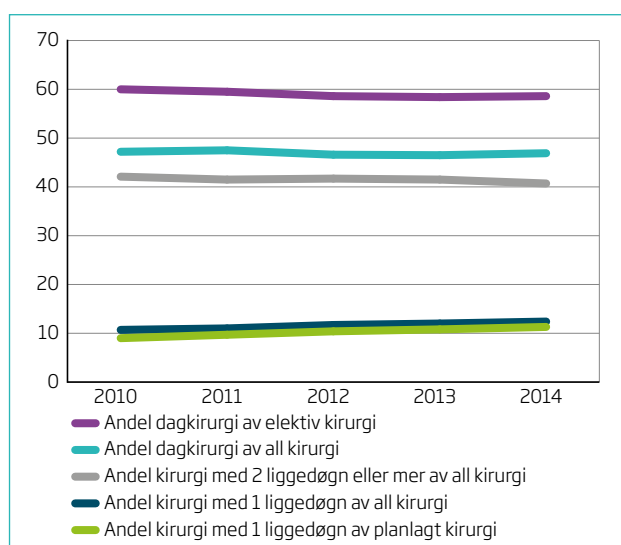


Fra 2010 til 2014 har andelen dagkirurgi av all kirurgi variert mellom 46,5 prosent og 47,5 prosent. Andelen kirurgiske behandlinger med 1 liggedøgn har økt i samme periode fra 10,7 til 12,4 prosent av all kirurgi, mens andelen kirurgisk behandling med 2 eller flere liggedøgn har falt fra 42,1 til 40,7 prosent. For planlagt kirurgisk behandling var det noe større endringer fra 2010 til 2012, men nivået har vært stabilt fra 2012 til 2014.

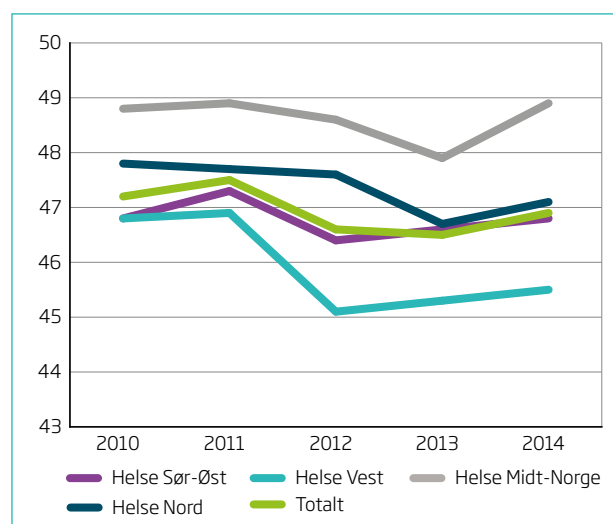
Dagkirurgisk behandling vil ofte gi god ressursutnyttelse, og Samdata har derfor tilrettelagt oversikter over andel dagkirurgisk behandling per helseforetak og tertial i årene fra 2010 til 2014. Disse tallene er tilgjengelig på Helsedirektoratet.no.

Fra 2010 til 2014 har økningen i opphold med 1 liggedøgn ved planlagt kirurgi vært særlig sterk for sykdommer i muskel og skjelett (omtrent 2 100 opphold), sykdommer i kvinnelige kjønnsorganer (omtrent 1 500 opphold), indresekretoriske, ernæringsmessige- og stoffskiftesykdommer (omtrent 1 100 opphold) og sykdommer i sirkulasjonsorganer (omtrent 1 000 opphold). For tre av disse gruppene (muskel og skjelett, kvinnelige kjønnsorganer og sykdommer i sirkulasjonsorganer) har veksten i dagkirurgi vært sterkere enn veksten i kirurgisk behandling med 1 liggedøgn.

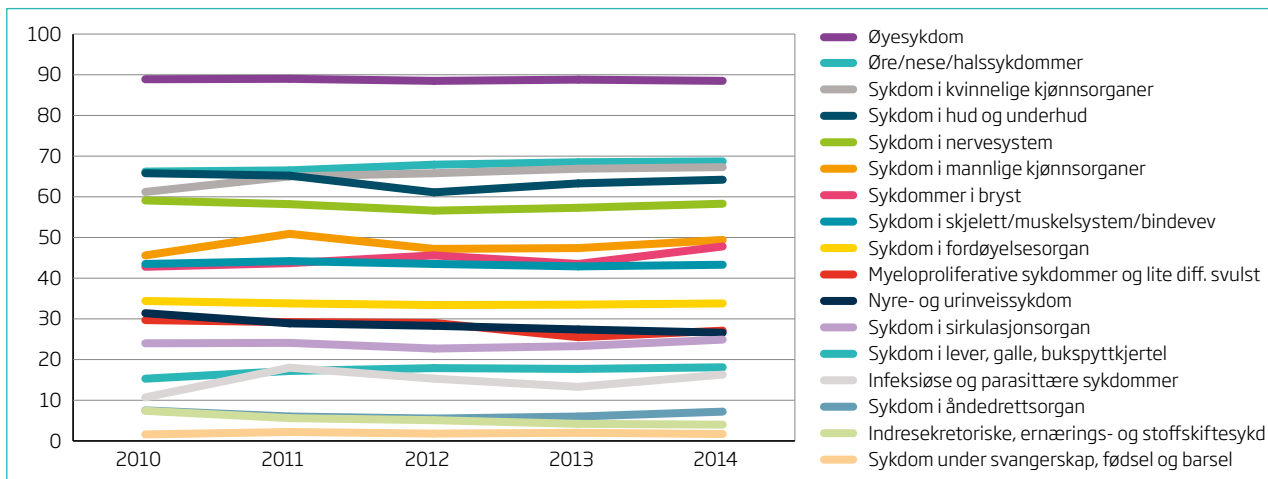
Figur 7.17 Andel dagkirurgi 2010-2014.



Figur 7.18 Andel dagkirurgi av all kirurgi etter region 2010-2014



Figur 7.19 Andel dagkirurgi av all kirurgi etter hoveddiagnosegruppe 2010-2014.



Finansiering av dagkirurgi

Fra 1999 ble poliklinisk dagbehandling (hovedsakelig kirurgisk behandling) inkludert i ISF. Omleggingen innebar at takstene ble nullstilt og at takstfinansiering av disse behandlingene opphørte. Etter dette har dagvirksomheten blitt finansiert gjennom samme ordning som døgnvirksomheten.

I 1999 kunne ikke DRG-systemet skille mellom dag- og døgnbehandling, og ressursberegningene ble gjort for den samlede døgn- og dagvirksomheten. Dette gjorde at vektene, hvor også kostnader for innlagte pasienter var inkludert, fungerte som et finansielt insentiv for å øke andelen dagbehandling.

Fra og med 2008 ble også den resterende polikliniske virksomheten inkludert i ISF til en felles aktivitetsbasert finansieringsordning for hele den somatiske spesialisthelsetjenesten. Videre ble det i 2009 etablert separate DRG-er for dagkirurgi. Fra 2010 ble omtrent all aktivitet kostnadsberegnet, og alle DRG-er fikk en kostnadsvekt basert på beregnet ressursbruk. Inntil 2010 hadde døgn- og dagvirksomheten felles kostnadsvekter, men fra 2010 fikk dagkirurgi og døgnkirurgi ulike vekter basert på relativ ressursbruk. For dagkirurgi resulterte endringen at prisvridningen opphørte og finansielle insentiver ble borte.

Fra 2015 ønsker Helse- og omsorgsdepartementet at ISF i større grad skal stimulere til bruk av dagkirurgi der dette er hensiktsmessig og ba Helse- og omsorgsdepartementet om å endre ISF-regelverket for 2015 for kirurgi. Endringen innebærer at vektene for dagkirurgi ble økt med 10 prosent i 2015. Løsningen skal samtidig være budsjettneutral. Dette medfører at vekter for døgnkirurgi reduseres med tilsvarende antall DRG poeng.

7.8 OMLAG 100 000 REINNLEGGELSER FOR ØYEBLIKKELIG HJELP INNEN 30 DAGER

En reinnleggelse kort tid etter en utskrivning vurderes generelt som lite ønskelig både fra pasientens side og for sykehuset. Reinnleggelser kan være særlig belastende for pasienter med alvorlig sykdom eller svært svekket helsetilstand. Opphold for øyeblikkelig hjelp gjør det vanskelig å planlegge for effektiv ressursbruk og styring av sykehusene. I både et pasientperspektiv og ressursperspektiv vil det likevel noen ganger være ønskelig å avslutte sykehusoppholdet tidlig – med mulighet for retur og reinnleggelse dersom det oppstår medisinsk behov for dette.

På nasjonalt nivå var nivået av reinnleggelser stabilt fra 2012 til 2014. Knappe 9 prosent av alle dag- og døgnopphold var en reinnleggelse for øyeblikkelig hjelp av en pasient som hadde vært behandlet på sykehus opptil 30 dager tidligere. De fleste reinnleggelser (69 prosent) kommer i løpet av de første 14 dagene etter en behandling, og 45 prosent kommer innen den første uken. De fleste reinnleggelser (87 prosent) gjøres på samme sykehus som pasienten tidligere var innlagt på, og kommer etter en ikke-kirurgisk behandling (behandling klassifisert i medisinske DRG).

47 prosent av reinnleggelserne gjelder pasienter over 67 år, og 22 prosent pasienter over 80 år. 52 prosent av reinnleggelserne gjaldt kvinner.

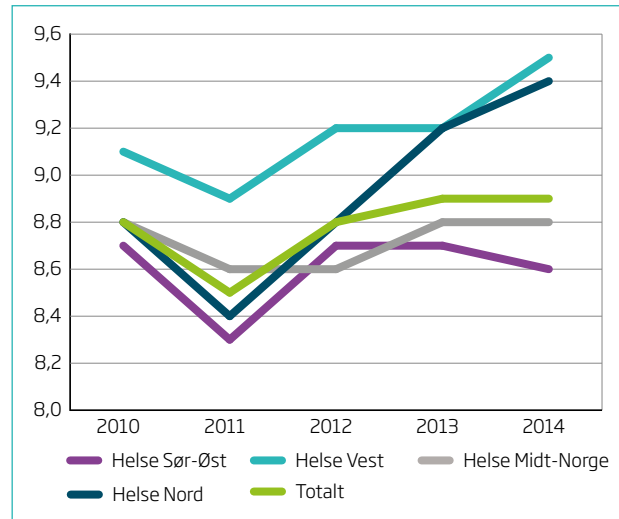
I 11 prosent av reinnleggelserne fikk pasientene kirurgisk behandling. For reinnleggelser som kom etter en kirurgisk behandling var 20 prosent av reinnleggelserne klassifisert som kirurgisk behandling.

Til sammen 40 prosent av reinnleggelserne gjaldt sykdommer i åndedrett-, sirkulasjon- eller fordøyelsesorganer. 7 prosent gjaldt sykdommer i muskel- og skjelett og ytterligere 7 prosent gjaldt sykdommer i nervesystemet.

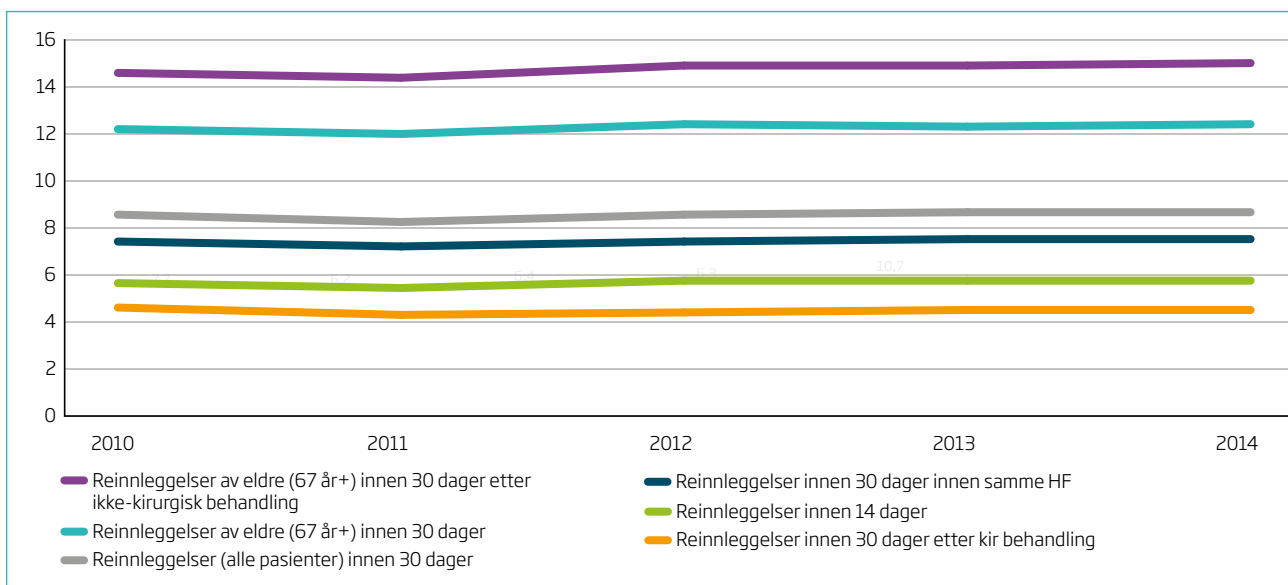
Fra 2010 til 2014 har Helse Vest hatt et noe høyere nivå av reinnleggelser enn andre regionale helseforetak, men Helse Nord hadde omtrent tilsvarende nivå som Helse Vest i 2014. I både Helse Vest og Helse Nord har andelen reinnleggelser økt fra 2011 til 2014. I Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge var nivået av reinnleggelser på samme nivå i 2010 og 2014.

Blant helseforetakene varierte andelen reinnleggelser mellom 4,9 prosent (OUS) og 13,6 prosent (Diakonhjemmet) i 2014. Det særskilt lave nivået av reinnleggelser ved OUS skyldes at sykehuset har mye spesialisert behandling av pasienter fra hele landet. Disse pasientene vil vanligvis reinnlegges ved eget sykehus. Tall på reinnleggelser for bostedsområdene viser at personer bosatt i OUS sitt bostedsområde har et like høyt nivå av reinnleggelser som pasienter bosatt i Møre og Romsdal. Oppdaterte tall for hvert av helseforetakene og bostedsområdene etter år og tertial finner du på web <https://helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/samdata>.

Figur 7.21 Utviklingen i andel reinnleggelser innen 30 dager etter region 2010-2014.



Figur 7.20 Utviklingen i andel reinnleggelser 2010-2014.



Tabell 7.1 Andel av reinnleggelser (innen 30 dager etter utskrivning) etter kjønn, alder og hoveddiagnosegruppe 2010 og 2014.

		2010	2014		
		Andel totalt	Andel totalt	Andel etter ikke-kirurgisk behandling	Andel etter kirurgisk behandling
Kjønn	Mann	48	48	48	49
	Kvinne	52	52	52	51
Alder	0-15 år	8	7	7	4
	16-49 år	25	26	25	27
	50-66 år	23	21	21	23
	67-79 år	22	25	25	26
	Over 80 år	22	22	22	20
Type DRG	Kirurgisk DRG	12	11	8	20
Hoveddiagnosegruppe	Sykdommer i åndedretsorganene	14	14	15	7
	Sykdommer i sirkulasjonsorganene	14	14	14	13
	Sykdommer i fordøyelsesorganene	12	12	12	14
	Sykdommer i nervesystemet	7	7	7	5
	Sykdommer i muskel-, skjelettsystemet og bindevev	7	7	6	11
	Nyre- og urinveissykdommer	6	6	6	7
	Sykdommer under svangerskap, fødsel og barseltid	6	6	7	2
	Infeksiøse og parasittære sykdommer	5	4	3	10
	Skade, forgiftninger og toksiske effekter av medikamenter/andre stoffer, medikamentmisbruk og organiske sinnslidelser fr	4	4	2	11
	Sykdommer i lever, galleveier og bukspyttkjertel	4	4	4	3
	Psykiske lidelser og rusproblemer	2	3	3	1
	Kategorier på tvers av flere hoveddiagnosegrupper	0	3	3	3
	Faktorer som påvirker helsetjenesten - andre kontakter med helsetjenesten	2	2	2	2
	Andre hoveddiagnosegrupper	17	15	15	12

7.9 DATAGRUNNLAG OG METODE

Datagrunnlaget for dette kapitlet er rapporterte pasientdata fra Norsk pasientregister (NPR), som omfatter offentlig finansierte behandlingsepisoder ved helseforetak i Norge. Datagrunnlaget benyttes til beregninger av kostnader per DRG-poeng og private sykehus, Oslo legevakt, Bergen legevakt og Rusakutten ved Bergen legevakt er ikke inkludert i tallene i dette kapitlet. Totaltallene avviker derfor fra nasjonal statistikk i kapittel 2 og 8.

Vi gjør oppmerksom på at antall sykehusopphold som benyttes i SAMDATA-rapportene ikke er identisk med antall opphold som danner grunnlag for ISF-refusjon.

For data fra somatiske sykehus har det blitt utviklet en ny definisjon av behandlingsnivå/omsorgsnivå fra 2014. Den nye definisjonen gir en bedre oversikt over utviklingen i dag og døgnbehandling og brukes gjennomgående for data fra somatiske sykehus – også på data fra tidligere år. Den nye klassifiseringen betegnes som *aktivitetskategorier*. Definisjonen tas i bruk av NPR fra 2015. For nærmere beskrivelse av definisjoner og datagrunnlag se kapittel 2 og Helsedirektoratets nettsider <https://helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/samdata>

Indeks for pasientsammensetning:

Indeks for pasientsammensetning er gjennomsnittlig antall DRG-poeng per behandlingsepisode, og gir et bilde på hvor ressurskrevende gjennomsnittsopp-

holdet/konsultasjonen er. Indeksen er beregnet separat for døgnopphold, dagbehandlinger og polikliniske konsultasjoner. DRG-poengene for årene 2010-2013 er korrigert for systemendringer i ISF for å være sammenlignbare med DRG-poengene i 2014. På nasjonalt nivå³² var systemendringen fra 2013 til 2014 -0,30 prosent for døgnopphold, -0,71 prosent for dagbehandling og 3,53 prosent for poliklinikk. Dette betyr at DRG-poengene i 2013 nedjusteres noe for døgn og dagopphold og oppjusteres for polikliniske konsultasjoner. Det var imidlertid store forskjeller mellom de enkelte region og helseforetakene. Ved beregning av totalt antall korrigerte DRG-poeng, benyttes summen av de korrigerte behandlingsnivåene.

Liggetid:

Definisjonen av liggetid avviker fra tidligere SAMDATA-rapporter og representerer gjennomsnittlig liggetid for døgnopphold eksklusive rehabilitering. For nærmere informasjon om rehabilitering – se kapittel 11. Innlagte pasienter som skrives inn og ut samme dag (0 liggedøgn) inngår ikke i dette tallgrunnlaget. Gjennomsnittlig liggetid er definert som sum liggedøgn (utskrivningsdato minus innleggelsesdato) dividert på sum opphold. Vi har også beregnet liggetid kontrollert for overføringer mellom sykehus. En overføring er definert som at pasienten skrives ut og inn samme dag. Både oppholdet før og etter er fjernet fra analysen av liggetid.

For å måle aktiviteten i inneværende år er oppholdstid på 366 eller flere dager satt lik 366. Opphold med 0 liggedøgn telles som 0 liggedøgn og dette avviker fra kapittel 4 Produktivitetutviklingen hvor 0 liggedøgn telles som 0,5 liggedøgn for å få inkludert ressursene til dagbehandling.

Langtidsliggere er definert som opphold med varighet ut over trimpunkt for den enkelte DRG. Antall langtidsliggedøgn er summen av alle liggedøgn over trimpunktet (liggetid minus trimpunkt). Også her har vi valgt å sette maks oppholdstid til 366 dager, og 0 liggedøgn telles som 0 liggedøgn. Dette avviker fra tidligere utgivelser av Samdata.

Gjennomsnittlig antall opphold og konsultasjoner per pasient er sum opphold eller konsultasjoner dividert på sum pasienter. Ettersom samme pasient kan ha hatt opphold ved flere helseforetak, tilsvarer tallene for helseforetakene sum opphold ved helseforetaket dividert med sum pasienter ved samme helseforetak. Regionale tall er beregnet på samme vis. Andel nye pasienter er andel pasienter i det aktuelle år som ikke hadde noen kontakter med spesialisthelsetjenesten i foregående år.

Dagkirurgi:

Dagkirurgi er definert som behandling klassifisert i en kirurgisk DRG med liggetid lik 0. Alle opphold i en kirurgisk DRG med 0 liggedøgn er inkludert, uavhengig av om dette er registrert som et avdelingsopphold eller som en poliklinisk kontakt.

Data er eksklusive alle svangerskapsavbrytelser samt DRG 36 (kirurgisk behandling på øyet), DRG 1690 (dagkirurgisk behandling for prosedyrer i munnhulen) og 2660 (dagkirurgi ved hudtransplantasjon og/eller revisjon). Dette skyldes endringer i medisinsk praksis, endring i definisjoner av hva som er en kirurgisk behandling og spørsmål behandlet i Avregningsutvalget.

Beregningene av dagkirurgi er eksklusive Sunnaas sykehus, Martina Hansens hospital, Revmatisme-sykehuset Lillehammer, Oslo legevakt, Bergen legevakt og Rusakutten ved Bergen legevakt.

Reinnleggelser:

En reinnleggelse er definert som et dag- eller døgnopphold for øyeblikkelig hjelp 7, 14 eller 30 dager etter en forutgående behandling. Pasienten har ikke nødvendigvis samme diagnose som ved forrige behandling. Rehabilitering, dagbehandling for dialyse-, samt kjemoterapi og stråleterapi inngår ikke i datagrunnlaget.

Data for reinnleggelser er eksklusive Sunnaas sykehus, Martina Hansens hospital, Revmatisme-sykehuset Lillehammer, Betanien hospital, Haugesund sanitetsforenings revmatismesykehus, Stiftelsen Betanien Bergen, Bergen legevakt, Rusakutten ved Bergen legevakt og private sykehus.

32 Eksklusive private sykehus, Oslo legevakt, Bergen legevakt, Rusakutten ved Bergen legevakt og Stiftelsen Betanien Bergen.

8. Behandling i somatiske sykehus

Antall pasienter per innbygger som ble behandlet i spesialhelsetjenesten var relativt stabilt fra 2010 og fram mot 2013, men økte markant fra 2013 til 2014. Veksten siste år skyldes i hovedsak en vekst i polikliniske pasienter. Antall døgnpasienter per innbygger går ned i alle helseregionene.

Tilsvarende endringen i pasientratene var det en økning i raten for polikliniske konsultasjoner og en nedgang i raten for døgnopphold. Trenden med økt bruk av polikliniske tjenester var lik i alle helseregionene. Helse Vest avviker noe fra de andre regionene med hensyn til utviklingen i antall døgnopphold per innbygger. I Helse Vest økte døgnoppholdene fra 2010 til 2012 og har deretter hatt et ganske stabilt nivå.

Endringen i døgnbehandling per innbygger var knyttet til en nedgang i øyeblikkelig hjelp (medisin og kirurgi). Raten for planlagt medisinsk døgnbehandling per innbygger holdt seg stabil i perioden, mens det var en økning i raten for planlagt kirurgisk døgnbehandling.

Ikke-smittsomme sykdommer som kreft, hjerte/kar-lidelser, KOLS og diabetes er en økende utfordring for den globale folkehelsen. Utviklingen i sykehusbruk for disse pasientgruppene har vært noe ulik de siste fem årene. Antall kreftpasienter i sykehus har økt mer enn befolkningen, mens for de andre ikke-smittsomme sykdommene økte antall sykehuspasienter i takt med befolkningsutviklingen.

Brystkreftpasienter følger utviklingen for kreftpasienter samlet med en vekst i pasienter per innbygger siste fem år, mens for prostatakreft har det vært en svak reduksjon. For hjerte/kar-pasienter var det i samme periode en vekst i raten for pasienter med hjerterytme-forstyrrelse, mens raten ble redusert for pasienter med iskemisk hjertesykdom (lokal blodmangel) og blodtrykkslidelse.

Aktivitetsveksten for kreftpasienter kan særlig knyttes til kjemoterapi og andre polikliniske konsultasjoner. Bruken av døgnopphold ble først redusert, men har så steget noe de siste par årene. Stråleterapi-konsultasjoner per innbygger har vært rimelig stabil de siste fem årene.

Det er et økende nivå av pasienter hvor hovedårsak til sykehuskontakt er fedme og overvekt. Antall fedme-pasienter per innbygger er fortsatt relativt lavt sammenlignet med mange andre grupper, men det har vært en jevn vekst de siste 5 årene. I hovedsak gis disse pasientene et poliklinisk tilbud, men det har også vært en vekst i døgnopphold per innbygger.

Pasienter med ikke-smittsomme sykdommer vil også være i kontakt med sykehus for andre tilstander enn den spesifikke ikke-smittsomme sykdommen, f.eks ved følgetilstander og komplikasjoner. Kreftpasientenes andel av all aktivitet øker fra 13 prosent for kreftepisodene til 20 prosent dersom alle episoder til kreftpasientene inkluderes. Også for de andre pasientgruppene finner vi en slik økning i andel.

Omfanget av reinnleggelser har de siste fem årene vært rimelig stabilt for kreft-, hjerte/kar- og KOLS-pasienter. Av disse tre pasientgruppene er det KOLS som har høyest andel reinnleggelser med nær 25 prosent og hjerte/kar-pasienter lavest med drøyt 10 prosent. For kreftpasienter er andelen om lag 17 prosent.

8.1 INNLEDNING

I dette kapitlet gis det en beskrivelse av utvalgte aspekter ved befolkningens bruk av somatiske sykehus de siste fem årene. Det tas utgangspunkt i pasientens bostedsområde og er uavhengig av ved hvilket sykehus pasienten har vært på. Sentralt i beskrivelsen er utviklingstrekk nasjonalt og regionalt, samt om det er klare regionale nivå-forskjeller. Data på bostedsområde-nivå er tilgjengelig på Helsedirektoratets nettside.

Vi vet at bruken av somatiske sykehustjenester er forskjellig for ulike aldersgrupper. Målt per innbygger er det et økende nivå på sykehusbruk jo eldre man er, samt at det er forskjeller mellom kjønnene for enkelte aldersgrupper. Utviklingen i antall innbyggere og befolknings sammensetningen har derfor betydning for bruk av sykehus. I perioden 2010-2014 økte antall innbyggere samlet med nær 250 000 personer, hvilket var en vekst på 5 prosent. Blant de eldre er utviklingen for tiden noe ulik. De yngre eldre (67-79 år) hadde en vekst på drøyt 20 prosent i samme periode, som tilsvarte en økning på nær 90 000 innbyggere. I gruppen 80 år og eldre var antall innbyggere omtrent uendret siste fem år. I kapitlet vil det derfor særlig fokuseres på utviklingen i de eldres sykehusbruk.

8.2 PASIENTER, DØGNBEHANDLING OG POLIKLINIKK

Pasienter

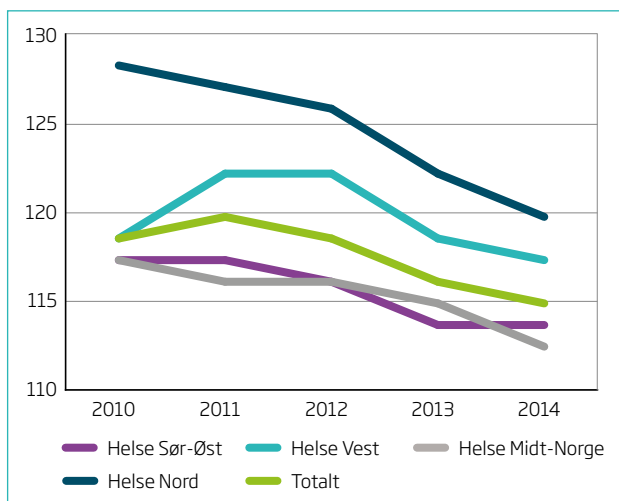
Tabell 8.1 viser utviklingen i raten for alle pasienter og for døgn- og polikliniske pasienter, totalt og for aldersgruppene 67-79 år og 80 år og eldre. Fra 2010 til 2014 var det en vekst i antall pasienter per innbygger. Veksten var i hovedsak et resultat av en økning i polikliniske pasienter. Fra 2011 til 2013 var raten for alle pasienter og polikliniske pasienter relativt stabil, mens vi ser en markant vekst fra 2013 til 2014.

Figurene 8.1 og 8.2 viser at Helse Nord har den høyeste pasientraten, både for døgnpasienter og polikliniske pasienter. Helse Nord var imidlertid den eneste regionen som hadde en nedgang (svak) i raten for alle pasienter. Den sterkeste veksten i pasientraten, både for alle pasienter og for polikliniske pasienter, ser vi i Helse Vest. Alle helseregionene har en nedgang i pasienter med døgnopphold per innbygger i perioden fra 2010 til 2014. I Helse Vest var det en økning i døgnpasienter fram mot 2011 og en nedgang igjen fram mot 2014. Helse Nord var den regionen med størst nedgang i antall døgnpasienter per innbygger og reduserer dermed avstanden til de andre regionene, hvor nivåforskjellen for døgnpasienter var noe større i 2014 enn hva den var i 2010.

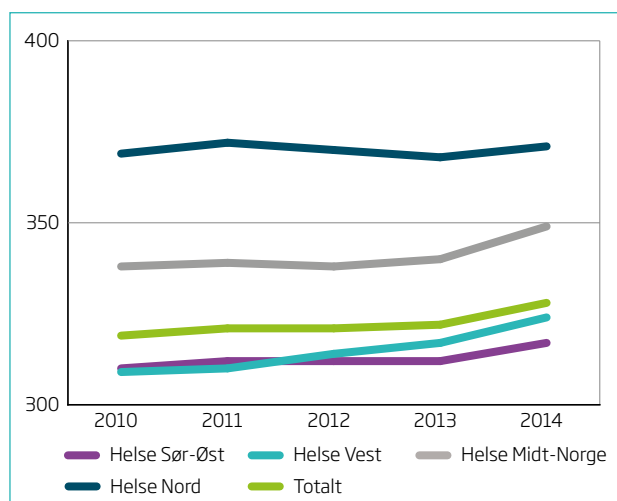
Tabell 8.1 Antall pasienter per 1 000 innbyggere etter behandlingsnivå og fordelt på alder 2010-2014.

		2010	2011	2012	2013	2014	Prosent endr. 2010-14
Alle pasienter	Totalt	351	354	353	353	358	1,8
	67-79 år	530	536	537	537	541	2,0
	80 år og eldre	634	644	648	649	657	3,6
Døgnpasienter	Totalt	117	118	117	115	114	-2,8
	67-79 år	204	204	203	200	198	-3,2
	80 år og eldre	344	346	349	346	346	0,5
Polikliniske pasienter	Totalt	319	321	321	322	328	2,7
	67-79 år	493	498	500	503	508	3,1
	80 år og eldre	515	520	528	532	544	5,8

Figur 8.1 Antall pasienter med døgnopphold per 1000 innbyggere etter region 2010-2014.



Figur 8.2 Antall polikliniske pasienter per 1000 innbyggere etter region 2010-2014.



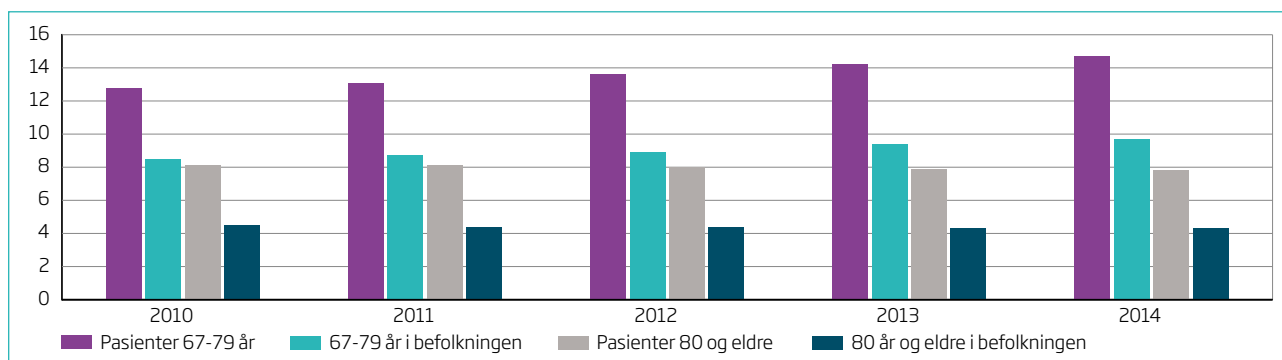
Utviklingen i eldres andel av sykehusbruk må sees i sammenheng med befolkningsutviklingen. Figur 8.3 viser utviklingen i andelen eldre pasienter og utviklingen av eldres andel i befolkningen. Andelen pasienter i gruppen 67-79 år økte fra 2010 til 2014. Dette skyldes at denne aldersgruppen økte fra 8,5 til 9,7 prosent som andel av befolkningen. Andelen pasienter i gruppen 80 år og eldre gikk svakt ned i den samme perioden. Hovedtendensen for pasientutviklingen for begge aldersgruppene er at den omtrent tilsvarer befolkningsutviklingen.

For aldersgruppen 67-79 år var det en nedgang i antall døgnpasienter per innbygger i alle helse-regioner. Helse Nord lå i 2010 på et høyere nivå enn de andre regionene. Helse Nord har størst reduksjon i døgnpasienter per innbygger, og har i 2013 og 2014 en lavere rate enn Helse Vest. Det var et økende

antall polikliniske pasienter per innbygger (67- 79 år) i alle regioner unntatt i Helse Nord. Helse Nord har det høyeste nivået av polikliniske pasienter i hele perioden. Helse Midt-Norge var den regionen med sterkest vekst av polikliniske pasienter per innbygger og nærmet seg nivået til Helse Nord.

For aldersgruppen 80 år og eldre var det for Norge totalt en liten økning i døgnpasienter per innbygger i perioden 2010-2014. Vi ser imidlertid noen regionale forskjeller, med en nedgang i Helse Sør-Øst og Helse Nord og en økning i Helse Vest og Helse Midt-Norge. Utviklingen i raten for polikliniske pasienter var omtrent lik i alle regioner. Helse Nord har det høyeste nivået i hele perioden.

Figur 8.3 Andel eldre pasienter og andel eldre i befolkningen 2010-2014.



Tabell 8.2 Opphold og konsultasjoner per 1 000 innbyggere 2010-2014.

	2010	2011	2012	2013	2014	Prosent endr. 2010-14
Døgnopphold rehabilitering	3	3	3	3	2	-29,1
Døgnopphold 2 liggedager eller mer	113	112	112	110	109	-4,1
Døgnopphold 1 liggedag	43	43	44	44	45	5,0
Opphold 0 liggedager	32	30	29	27	27	-15,3
Dagkirurgi	43	42	41	41	41	-4,1
Polikliniske konsultasjoner	903	914	925	937	959	6,2
Poliklinisk rehabilitering	17	20	24	19	20	19,2
Poliklinisk kjemoterapi	21	20	23	24	25	19,2
Poliklinisk stråleterapi	37	38	38	38	37	0,1
Dialyse	29	29	30	30	31	9,0

Tabell 8.3 Opphold og konsultasjoner per 1 000 innbyggere etter alder 2010-2014.

		2010	2011	2012	2013	2014	Prosent endr. 2010-14
Døgnopphold	Totalt	156	155	156	154	154	-1,6
	67-79 år	338	334	335	329	327	-3,1
	80 år og eldre	568	570	580	576	581	2,2
Polikliniske konsultasjoner	Totalt	903	914	925	937	959	6,2
	67-79 år	1 661	1 711	1 740	1 757	1 787	7,6
	80 år og eldre	1 554	1 602	1 660	1 705	1 777	14,3

Opphold og konsultasjoner

I tabell 8.2 presenteres nasjonale tall for utviklingen i all aktivitet³³. Tabell 8.3 viser utviklingen i raten for døgnopphold³⁴ og polikliniske konsultasjoner³⁵ totalt, og for aldersgruppene 67-79 år og 80 år og eldre. Samlet sett var det en nedgang i døgnopphold og en betydelig økning i polikliniske konsultasjoner per innbygger.

Figur 8.4 viser utviklingen for antall døgnopphold per innbygger for de ulike regionene. Alle regionene unntatt Helse Vest har en nedgang i bruken av døgnopphold. I Helse Vest var det en økning i raten fram mot 2012, og selv om raten falt igjen fram mot

2014 har Helse Vest samlet sett en økning i døgnopphold per innbygger i perioden fra 2010 til 2014. Helse Nord har det høyeste nivået for døgnopphold i hele perioden, men ligger tilnærmet likt med Helse Vest i 2013-2014.

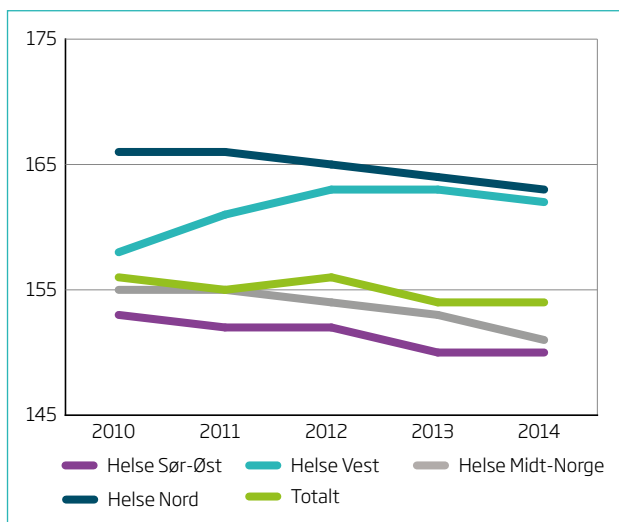
Det var en økning i polikliniske konsultasjoner per innbygger for alle helseregionene, som vist i figur 8.5. I likhet med veksten i raten for polikliniske pasienter var økningen størst fra 2013 til 2014 (2,4 prosent). Det var også en jevn vekst i antall polikliniske konsultasjoner i hele perioden fra 2010 til 2013, i motsetning til pasientraten som var stabil fra 2011 til 2013. Dette viser at en økning i polikliniske konsultasjoner blant annet er et resultat av en økning i antall konsultasjoner per pasient. Helse Midt-Norge var den regionen med størst vekst i polikliniske konsultasjoner, og den regionen som i 2014 hadde det høyeste nivået (korrigert for kjønn og alder).

33 Det har blitt utviklet en ny definisjon av behandlingsnivå/ omsorgsnivå fra 2014. Den nye definisjonen er benyttet for alle år fra 2010 til 2014. Se avsnitt 8.6 om datagrunnlag for nærmere informasjon. Definisjonen av dagkirurgi er ikke korrigert for endringer i medisinsk praksis (bl.a. svangerskapsavbrytelser) og avviker fra analyser av utviklingen i dagkirurgi i kapittel 7.

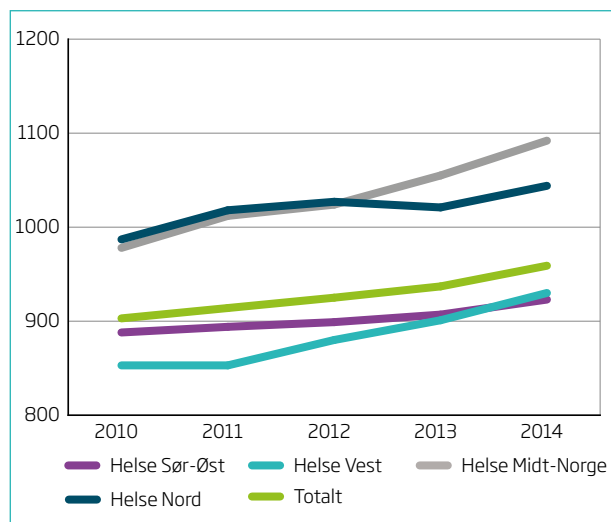
34 Døgnopphold omfatter opphold med 1 eller flere liggedager (eksklusive døgn-rehabilitering).

35 Eksklusive poliklinisk rehabilitering, dialyse, kjemo- og stråleterapi.

Figur 8.4 Døgnopphold per 1000 innbyggere 2010-2014. Kjønnns- og aldersstandariserte rater.



Figur 8.5 Polikliniske konsultasjoner per 1000 innbyggere 2010-2014. Kjønnns- og aldersstandariserte rater.

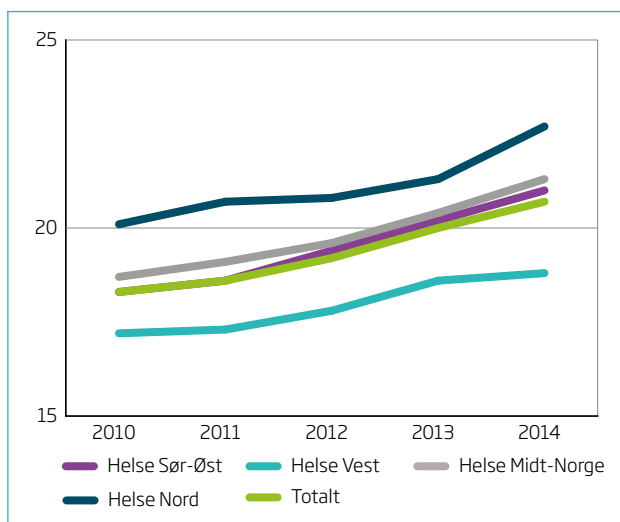


Figur 8.6 og 8.7 viser utviklingen i de eldstes *andel* av alle døgnopphold i perioden fra 2010 til 2014. For Norge totalt økte andelen for aldersgruppen 67-79 år, mens den ble svakt redusert for gruppen 80 år og eldre (utviklingen samsvarer med befolkningsutviklingen). Helse Nord har høyest andel døgnopphold for gruppen 67-79 år, mens Helse Midt-Norge har høyeste andelen døgnopphold for 80 år og eldre. Dette tilsvarer befolknings-sammensetningen i de respektive regionene, hvor

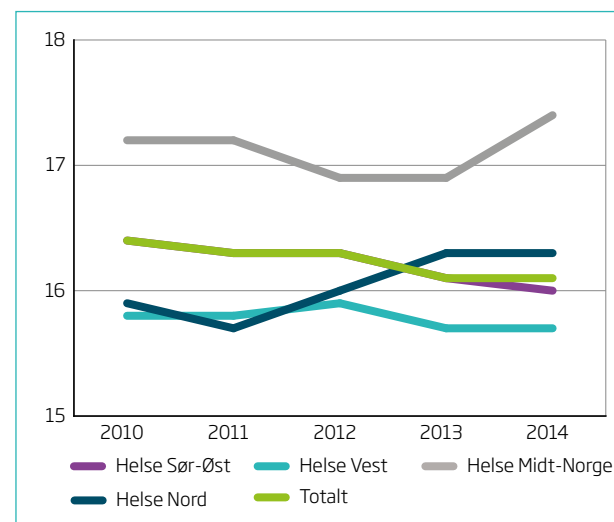
Helse Nord er den regionen med størst andel yngre eldre og Helse Midt-Norge er den regionen med størst andel 80 år og eldre.

For aldersgruppen 67-79 år gikk antall døgnopphold per innbygger ned fra 2010 til 2014 i alle helse-regioner, mens det for aldersgruppen 80 år og eldre var en økning i døgnopphold per innbygger i alle helseregioner.

Figur 8.6 Andel døgnopphold for yngre eldre 67-79 år etter region 2010-2014.



Figur 8.7 Andel døgnopphold for eldre 80 år og over etter region 2010-2014.



Det var en tydelig økning i raten for polikliniske konsultasjoner i alle helseregionene for de eldste aldersgruppene. For gruppen 67-79 år var det størst økning i Helse Midt-Norge (fra 1 816 til 2 046 per 1 000 innbyggere), og Helse Midt-Norge holdt seg stabilt på en høyere rate sammenlignet med de andre helseregionene. En særlig sterk prosentvis økning i raten ser vi i Nord-Trøndelag. For aldersgruppen 80 år og eldre var det en tydelig økning i raten i alle regionene, med sterkest vekst i Helse Sør-Øst. Det var imidlertid Helse Midt-Norge som i 2014 hadde flest polikliniske konsultasjoner per innbygger også for de eldste pasientene.

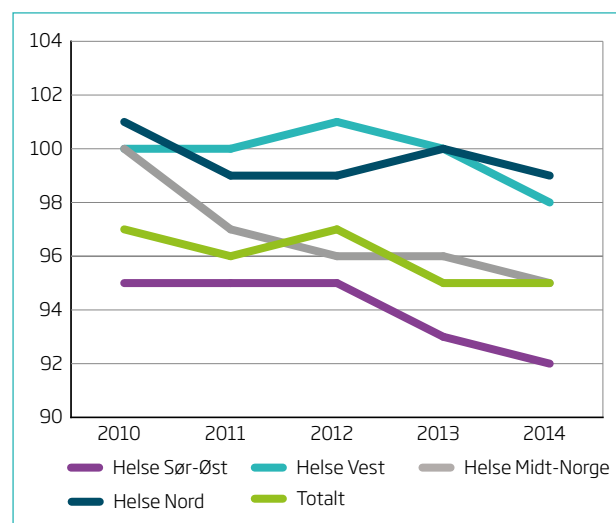
8.3 PLANLAGT BEHANDLING OG ØYEBLIKKELIG HJELP INNEN KIRURGI OG MEDISIN

Døgnvirksomhet er normalt den mest ressurskrevende delen av sykehusaktiviteten. Innleggelser for øyeblikkelig hjelp gjør det vanskelig å planlegge ressurser, kan være ressurskrevende med hensyn til vaktordninger og gir ofte dårlig ressursutnyttelse. I dette avsnittet vil det derfor bli sett nærmere på utviklingen i døgnopphold for ulike behandlingstyper (kirurgi versus medisin) og hastegrad (ø-hjelp versus planlagt).

Tabell 8.4 gir en overordnet oversikt over utviklingen for type behandling og hastegrad fra 2010 til 2014. Avsnitt 8.2 viste at det samlet sett var en nedgang i døgnopphold per innbygger i perioden. Tabell 8.4 viser at denne nedgangen er et resultat av en

reduksjon i øyeblikkelig hjelp innleggelser (både medisin og kirurgi) per innbygger. Helse Midt-Norge var den regionen med størst nedgang i raten for medisinske ø-hjelps-innleggelser. Per innbygger har Helse Vest og Helse Midt-Norge samme nivå for medisinske ø-hjelps-innleggelser i 2010. Helse Vest har imidlertid en ujevn utvikling per innbygger og har i deler av perioden (2010-2014) det høyeste nivået. Helse Nord har sammen med Helse Vest et høyere nivå sammenlignet med de to andre regionene. Dette fremgår av figur 8.8. Helse Midt-Norge har i hele perioden 2010-2014 et høyere nivå av kirurgiske ø-hjelps-innleggelser per innbygger. Helse Midt-Norge var imidlertid den regionen med størst nedgang og nærmet seg de andre regionene fram mot 2014.

Figur 8.8 Medisinske ø-hjelps-innleggelser per 1000 innbyggere etter region 2010-2014.



Tabell 8.4 Døgnopphold etter hastegrad og type behandling per 1 000 innbyggere i perioden 2010-2014.

		2010	2011	2012	2013	2014	Prosent endr. 2010-14
Per 1 000 innb.	Planlagt med. behandling	19	19	19	19	19	-0,4
	Planlagt kir. behandling	24	24	24	24	25	3,1
	Ø-hjelp med. behandling	97	96	97	95	95	-2,6
	Ø-hjelp kir. behandling	16	16	16	16	15	-4,0
Prosent av døgnopphold	Planlagt med. behandling	12,2	12,2	11,9	12,1	12,3	-
	Planlagt kir. behandling	15,3	15,4	15,5	15,7	16,0	-
	Ø-hjelp med. behandling	62,2	62,0	62,2	61,9	61,6	-
	Ø-hjelp kir. behandling	10,3	10,5	10,4	10,3	10,1	-

For Norge totalt var antallet planlagte medisinske døgnopphold per innbygger stabilt i hele perioden, mens det var en svak vekst i døgnopphold for planlagt kirurgi. Det var imidlertid regionale forskjeller i utviklingen av raten for planlagt døgnbehandling. For planlagt medisinsk behandling har Helse Sør-Øst en reduksjon i raten fra 2010 til 2014, mens Helse Vest og Helse Nord har en vekst i samme periode. For døgnopphold i forbindelse med planlagt kirurgisk behandling var nivået i Helse Sør-Øst og Helse Nord stabilt perioden sett under ett, mens det var en økning per innbygger i Helse Vest og i Helse Midt-Norge. Helse Nord har i hele perioden det høyeste nivået for planlagt døgnbehandling (medisin og kirurgi).

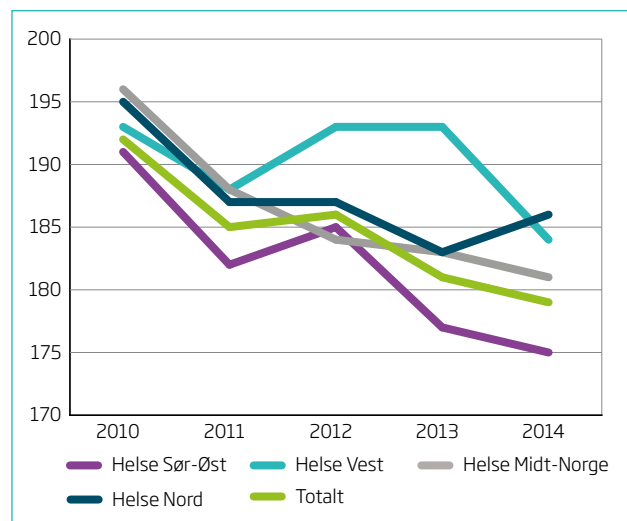
Det framgikk av tabell 8.3 at det var en nedgang i døgnopphold *per innbygger* for pasienter i alderen 67 til 79 år, og en svak vekst i døgnopphold *per innbygger* for pasienter 80 år og eldre. For begge aldersgruppene var det en vekst i planlagt døgnbehandling (medisin og kirurgi) og en nedgang i ø-hjelps-innleggelser (medisin og kirurgi).

Tabell 8.5 viser at raten for medisinske ø-hjelps-innleggelser går ned for aldersgruppen 67-79 år fra 2010 til 2014. Nedgangen var tydelig i alle regionene og størst i Helse Sør-Øst. Utviklingen (per innbygger) for medisinsk ø-hjelp har imidlertid vært noe ulik for regionene (se figur 8.9). Det var også en nedgang i raten for døgnopphold i forbindelse med kirurgisk ø-hjelp. Dette var tilfelle i alle helseregionene. Helse Midt-Norge har det høyeste nivået for kirurgiske ø-hjelps-innleggelser per innbygger i hele perioden 2010-2014.

Det var en vekst i raten for planlagt medisinsk døgnbehandling for gruppen 67-79 år i alle helse-regionene. Helse Nord har det høyeste nivået i hele

perioden. Videre ser vi en økning i planlagt kirurgisk døgnbehandling per innbygger i alle regionene unntatt i Helse Nord. Sterkest vekst ser vi i Helse Midt-Norge, som likevel har en lavere rate i hele perioden sammenlignet med de andre regionene.

Figur 8.9 Medisinske ø-hjelps-innleggelser 67-79 år per 1000 etter region 2010-2014.



For pasienter 80 år og eldre var ikke nedgangen i raten for ø-hjelps-innleggelser like tydelig som for aldersgruppen 67-79 år, som vist i tabell 8.6. Når det gjelder medisinske ø-hjelps-innleggelser var det kun Helse Sør-Øst som bidro til en samlet nedgang (Norge totalt) for 80 år og eldre, i de andre helse-regionene var det totalt sett en vekst i perioden fra 2010 til 2014. Regionale forskjeller var også fremtredende i raten for kirurgiske ø-hjelps-innleggelser. Helse Nord hadde en tydelig nedgang i raten og gikk fra å være den regionen med flest ø-hjelps-innleggelser per innbygger i 2010 til å ha færrest innleggelser per innbygger i 2014.

Tabell 8.5 Døgnopphold etter hastegrad og type behandling per 1 000 innbygger for aldersgruppen 67-79 år 2010-2014.

	2010	2011	2012	2013	2014	Prosent endr. 2010-14
Planlagt med. behandling	43	46	45	46	47	8,6
Planlagt kir. behandling	69	71	72	71	72	4,0
Ø-hjelp med. behandling	192	185	186	181	179	-7,0
Ø-hjelp kir. behandling	33	32	32	31	30	-10,5

Tabell 8.6 Døgnopphold etter hastegrad og type behandling per 1 000 innbygger for aldersgruppen 80 år og eldre 2010-2014.

	2010	2011	2012	2013	2014	Prosent endr. 2010-14
Planlagt med. behandling	36	41	40	44	47	30,4
Planlagt kir. behandling	54	55	57	57	58	9,2
Ø-hjelp med. behandling	412	407	417	411	410	-0,5
Ø-hjelp kir. behandling	67	67	66	64	65	-2,2

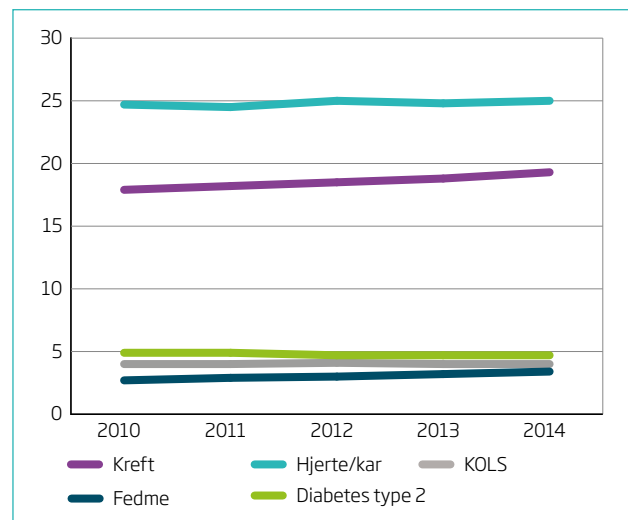
Tabell 8.6 viser en vekst i planlagt døgnbehandling per innbygger for pasienter 80 år og eldre, og en særlig vekst ser vi for planlagt medisinsk behandling. Økningen i raten for planlagt medisinsk døgnbehandling var tydelig i alle helseregionene, og størst i Helse Sør-Øst. Helse Nord har den høyeste raten for planlagt døgnbehandling (medisin og kirurgi) i hele perioden.

8.4 IKKE-SMITTSOMME SYKDOMMER

Sykdomsbildet i Norge og i store deler av verden preges av økt forekomst av ikke-smittsomme sykdommer (NCD)³⁶, som hjerte- og karsykdommer, diabetes type 2, KOLS og kreft. I 2012 utgjorde de ikke-smittsomme sykdommene om lag 87 prosent av dødsfallene her i landet. WHO har påpekt at de ikke-smittsomme sykdommene er en økende trussel mot den globale folkehelsen og Norge har forpliktet seg til å slutte opp om WHO sitt mål om 25 prosent reduksjon i for tidlig død forårsaket av disse sykdommene innen 2025. Det er utarbeidet en strategi for å nå dette målet og Helsedirektoratet er satt til å følge opp denne strategien. Ett av mange element i dette arbeidet er å fremskaffe data om bruk av helsetjenester for pasienter med ikke-smittsomme sykdommer, som dette avsnittet gir noen bilder på med utgangspunkt i sykehusdata. I tillegg til pasientgrupper omtalt i strategien har vi også utarbeidet tall for pasienter der kontakten med sykehuset er knyttet til fedme. Definisjon av pasientgrupper er gitt i avsnitt 8.6.

Pasienter, døgnopphold og poliklinikk

Utviklingen i sykehuspasienter per innbygger de siste fem årene har vært noe ulik for de ikke-smittsomme sykdomsgruppene. Pasienter med utvalgte hjerte/kar lidelser, KOLS og diabetes type 2 har hatt et stabilt nivå per innbygger i hele perioden, mens omfanget av kreftpasienter har økt. Dette fremgår av figur 8.10.³⁷ Pasientgruppen fedme har et relativt lavt nivå sammenlignet med hjerte/kar og kreft, men utviklingen siste fem år viser et økende nivå av pasienter i sykehus hvor fedme er hovedårsaken til kontakten eller innleggelsen.

Figur 8.10 Antall pasienter i sykehus per 1000 innbyggere for utvalgte ikke-smittsomme sykdomsgrupper 2010-2014.

For noen av de ikke-smittsomme sykdomsgruppene gis pasientene som gruppe både et døgntilbud og en poliklinisk oppfølging, mens det for andre i hovedsak

³⁶ NCD står for Noncommunicable Chronic Diseases (Ikke-smittsomme sykdommer).

³⁷ Antall pasienter per innbygger er også beregnet per region og bostedsområde, og tilgjengelig på Helsedirektoratets nettside. Det er til dels store forskjeller i nivå mellom bostedsområder for samme pasientgruppe. Rammen for denne rapporten har ikke muliggjort en nærmere analyse av årsakene til disse forskjellene, men dette er noe som bør følges opp i andre sammenhenger.

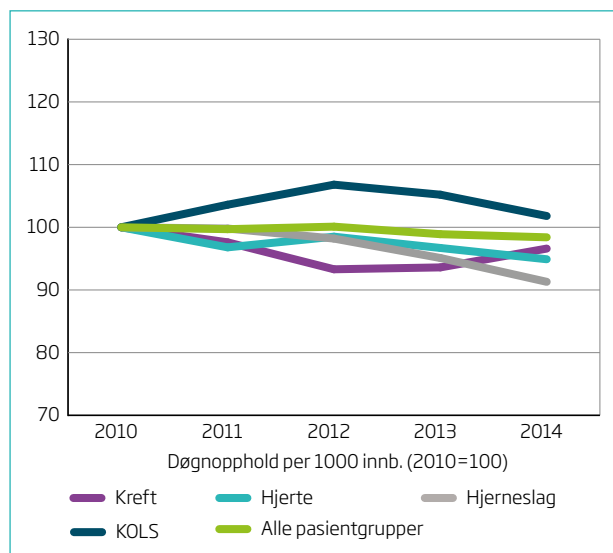
er enten et døgntilbud eller et poliklinisk tilbud. Figur 8.11 og 8.12 viser utviklingen siste fem år for døgnoophold og polikliniske konsultasjoner per innbygger for de ikke-smittsomme sykdomsgruppene, samt for alle pasienter samlet.

Kreftpasienter som gruppe har et relativt høyt nivå både når det gjelder døgnoophold og polikliniske konsultasjoner, på hhv. 12-14 døgnoophold og 40-70 polikliniske konsultasjoner per 1 000 innbyggere. De siste 5 årene har utviklingen vært rimelig lik i de fire regionene. Døgnraten ble først redusert noe, men øker igjen etter 2012. For polikliniske konsultasjoner øker raten hele perioden, en utvikling vi også ser for kjemoterapi. Helse Nord har en del lavere rate enn de andre regionene for slike polikliniske aktiviteter. Strålebehandling målt per innbygger har på den annen side vært rimelig stabil siste 5 år, og det var kun mindre nivåforskjeller mellom regionene.

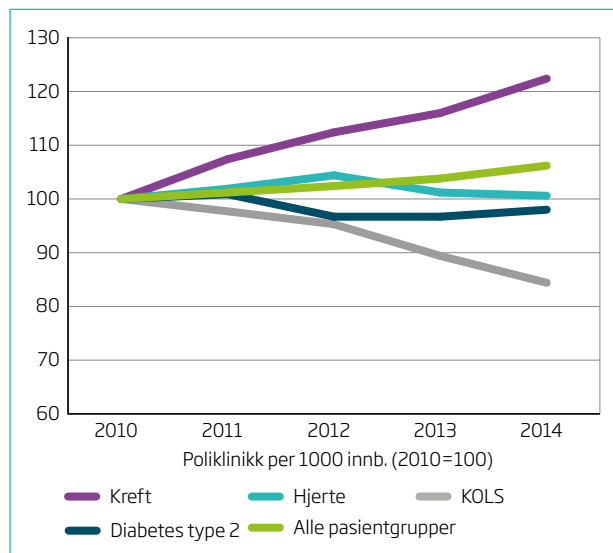
Utviklingstrekkene for spesifikke krefttyper (som bryst-, prostata-, tykktarm-, lunge- og føflekk-kreft) vil kunne avvike noe fra kreftgruppen samlet. De siste fem årene har pasienter per innbygger økt noe for brystkreft, mens det har vært en svak nedgang for prostatakreft. For de andre krefttypene har pasienter per innbygger³⁸ vært tilnærmet uendret. Prostatakreft-pasienter har en reduksjon i døgnoophold per innbygger og en utflating av gjennomsnittlig liggetid på om lag 4 døgn. Pasienter med brystkreft har en økning i polikliniske konsultasjoner (herunder kjemoterapi) per innbygger, mens raten for strålebehandlingskontakter er tilnærmet uendret.

Hjerte/kar-pasienter har et relativt høyt nivå av både døgnoophold og polikliniske konsultasjoner per innbygger. Hovedbildet for denne gruppen er at det lå på et rimelig stabilt nivå siste 5 år når det gjelder begge aktivitetstyper. Dette var også gjeldende for de fleste regioner når vi ser perioden under ett. For oppholdende (døgn og dag) har det vært en økende andel kirurgiske opphold i hele perioden, mot et nivå på om lag 30 prosent i 2014. Dermed fortsetter trenden fra 2003 vist i fjorårets Samdata-rapport.

Figur 8.11 Døgnoophold for pasienter med ikke-smittsomme sykdommer 2010-2014 (2010=100).



Figur 8.12 Polikliniske konsultasjoner for pasienter med ikke-smittsomme sykdommer 2010-2014 (2010=100).



I løpet av de siste fem årene har det vært en økning i pasienter per innbygger for atrieflimmer/-flutter (hjerterytmeforstyrrelser), mens det har vært en reduksjon for koronar iskemisk hjertesykdom (lokal blodmangel) og hypertensive (blodtrykks-) lidelser. For hjertesvikt var antallet pasienter per innbygger tilnærmet uendret i perioden. Bruken av døgnoophold reduseres for de med iskemisk hjertesykdom, mens den øker svakt for atrieflimmer/-flutter. For polikliniske konsultasjoner var det reduksjon for iskemisk hjertesykdom og hypertensive lidelser,

³⁸ Befolkningstallene det forholdes til er forskjellig for de ulike pasientgruppene, f.eks benyttes kvinner 16 år og over for brystkreft.

Tabell 8.7 NCD-episodenes andel av ressursbruk på sykehus og NCD-pasientenes samlede sykehusbruk for årene 2010, 2013 og 2014.

	NCD-episodenes andel av all aktivitet (DRG-poeng)			NCD-pasientenes samlede andel av all aktivitet (DRG-poeng)		
	2010	2013	2014	2010	2013	2014
Kreft	12,0	13,3	13,0	20,5	20,4	20,1
Hjerte	8,6	9,0	8,9	17,2	17,7	17,7
Hjerneslag	1,9	1,7	1,6	3,4	3,1	3,0
KOLS	1,7	1,9	1,8	3,9	4,1	3,9
Diabetes type 2	0,2	0,2	0,3	2,1	2,1	2,2

mens det for atrieflimmer/-flutter og hjertesvikt var en svak økning per innbygger siste fem år.

Pasienter med KOLS har behov for både døgn-behandling og poliklinisk oppfølging, men har som gruppe en noe lavere rate enn pasienter med kreft og hjerte/kar-lidelser. KOLS-pasienters bruk av døgnopphold viste en økning først i perioden 2010-2014, men ble deretter svakt redusert de siste par årene. For døgnoppholdene er det kun mindre regionale forskjeller. Det er større forskjeller regionalt for polikliniske konsultasjoner, og her har også utviklingen vært litt ulik. Nivået i Helse Vest har vært ganske stabilt, mens det har vært en reduksjon i de andre regionene.

Diabetes type 2 pasienter sin bruk av sykehus er i hovedsak rettet mot det polikliniske tilbudet, og denne bruken har vært om lag uendret siste 5 år. Regionale forskjeller korrigert for befolknings-sammensetning har også holdt seg uendret, med et lavere nivå i Helse Vest og høyere nivå i Helse Nord.

Aktiviteten i sykehus knyttet til pasienter med fedme er fortsatt lav sammenlignet med mange andre pasientgrupper, men økende. Dette gjelder både poliklinisk aktivitet (hvor de fleste er), men også for døgnopphold per innbygger. For denne gruppen er det videre til dels store forskjeller mellom bostedsområder, noe som kan tyde på at bruken av slike tjenester kan være påvirket av tilgjengeligheten til tjenestene og tilbudet.

Samlet sykehusbruk for pasienter med ikke-smittsomme sykdommer

Pasienter med kreft, hjerte/kar lidelser, KOLS og diabetes har ofte flere opphold eller kontakter med sykehuset enn de som er registrert med de foran-nevnte tilstander. Det kan være snakk om behandling for følgetilstander og komplikasjoner, eller kontakter registrert som kontroller. For å få et bilde på hvor omfattende den totale bruken av sykehus er for disse pasientene har vi beregnet all sykehusbruk (i DRG-poeng³⁹) for hver enkelt NCD-gruppe. Vi vil da fange opp også de mer tilfeldige oppholdene som ikke er knyttet til den ikke-smittsomme sykdommen. Det er imidlertid grunn til å tro at en god del av pasientens aktivitet det aktuelle året vil være knyttet til den aktuelle NCD-sykdommen eller følgetilstander av denne.

Tabell 8.7 viser hvor stor andel NCD-episodene (innleggelser og konsultasjoner) utgjør av all aktivitet i sykehusene, samt hvor stor andel all aktivitet for NCD-pasienter utgjør⁴⁰. Kreftepisodene utgjør 12-13 prosent av all aktivitet, men dersom vi ser på alle episodene til kreftpasientene øker andelen til drøyt 20 prosent. For hjerte/kar-pasienter utgjør all aktivitet drøyt 17,5 prosent, mens de mer spesifikke hjerte/kar episodene utgjør nær 9 prosent. Tilsvarende tall for hjerneslag er om lag 3 prosent og drøyt 1,5 prosent. Pasienter med KOLS kan ofte ha andre innleggelser og kontakter med andre akutte luftveissykdommer. Dette er

39 Ved bruk av DRG-poeng vektet de ressursmessig lette oppholdene lavt og de ressursmessig tunge oppholdene høyt.

40 Jf tabell 8.7. Tallene for NCD-pasientenes samlede andel av all aktivitet vil ikke være gjensidig utelukkende. Pasienter med kreft kan samme år f.eks ha episoder hvor hjerte/kar-lidelse er hovedtilstand.

inkludert i det vi har definert som KOLS, og utgjør om lag 1,8 prosent av all aktivitet. KOLS-pasientene har imidlertid ytterligere kontakter med sykehus, og når dette inkluderes utgjør aktiviteten for KOLS-pasienter om lag 4 prosent. Pasienter med diabetes type 2 har relativt få episoder i sykehus med diabetes som hovedtilstand, men når vi inkluderer all sykehus-aktivitet for diabetes-pasientene øker andelen til om lag 2 prosent.

Reinnleggelser for kreft-, hjerte/kar- og KOLS-pasienter

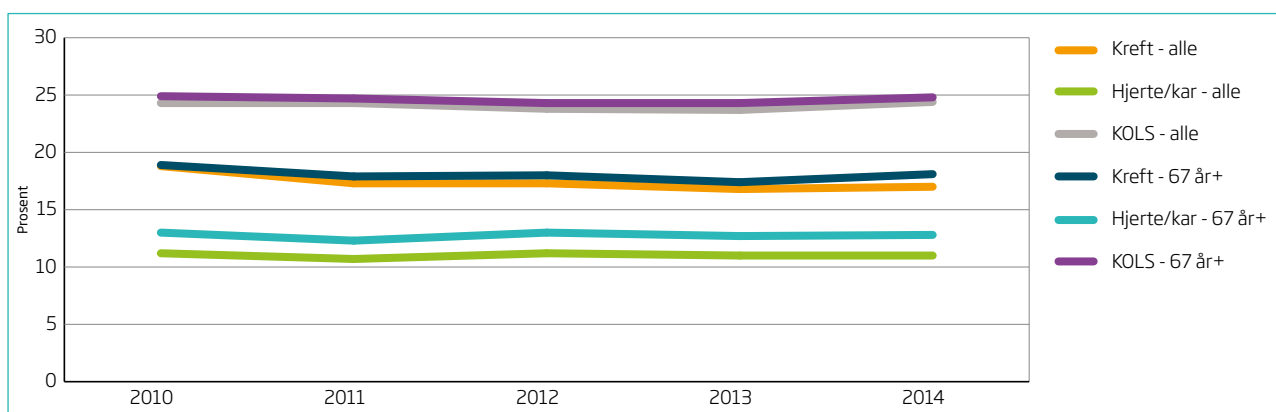
Reinnleggelser defineres normalt som akutte gjeninnleggelser innen 30 dager etter forutgående opphold, og benyttes ofte som en kvalitetsindikator. Det er imidlertid en rekke problemstillinger knyttet til både datagrunnlag for beregning av reinnleggelser og tolkningene av størrelsene. Dette vil ikke omtales i sin bredde her.⁴¹ Akutte gjeninnleggelser innen kort tid kan i en del tilfeller både være hensiktsmessig og ønskelig sett fra pasientens side. Imidlertid vil dette kunne være pasienter med behov for mye pleie og hjelp hvor forflytning mellom behandlingssteder eller til/fra hjemmet kan bidra til forlenget opphold eller ytterligere pleiebehov. Tendens til økende andel reinnleggelser vil derfor generelt vurderes som en uønsket utvikling. Vi har foretatt beregninger av andelen reinnleggelser for NCD-gruppene kreft, hjerte/kar og KOLS, hvor det er sett på både reinnleggelser uavhengig av alder og reinnleggelse for pasienter 67 år og eldre. Dette er vist i figur 8.13.

For kreftpasienter samlet har andelen reinnleggelser vist en svak tendens til redusert nivå perioden sett under ett. Dette er i hovedsak også gjeldende dersom vi ser på pasienter 67 år og eldre, men for denne gruppen er det en antydning til litt høyere nivå siste år. Det er imidlertid for tidlig å konkludere om dette er en vedvarende tendens. Andelen reinnleggelser for kreftpasienter og KOLS er rimelig lik uavhengig om vi ser på alle pasienter eller kun de som er 67 år og eldre. For hjerte/kar viser figuren at det er noe forskjell i nivå om man kun ser på de eldre, men utviklingstrekkene i perioden er rimelig lik. Hjerte/kar pasienter har et tilnærmet stabilt nivå på andel reinnleggelser siste femårs-periode, med 11 prosent for alle aldre samlet og 13 prosent for de 67 år og eldre. KOLS-pasienter har en høyere andel reinnleggelser (om lag 25 prosent), men også for KOLS-pasienter har nivået vært rimelig stabilt de siste fem årene.

8.5 PASIENTSTRØMMER

I hvor stor grad får befolkningen i ulike deler av landet spesialisert helsehjelp ved det foretaket de sokner til? I hvilken grad har dette endret seg i siste femårsperiode? Er utviklingen lik for ulike aldersgrupper og for ulike type aktivitet? Pasientstrømmer er i denne sammenheng knyttet til om pasienten gis tilbud ved 1) eget helseforetak, 2) annet helse-

Figur 8.13 Andelen reinnleggelser for kreft, hjerte/kar og KOLS for alle pasienter og de over 66 år 2010-2014. Døgnoophold.



41 Det finnes en rekke (inter)nasjonale rapporter og artikler som diskuterer reinnleggelse som indikator. I rapporten "Reinnleggelser av eldre i Norge", Kunnskapssenteret, april 2012, gis det en kort diskusjon av temaet.

foretak i egen region, 3) avtaleinstitusjon i egen region, 4) helseforetak i annen region eller 5) privat sykehus. Det gis ikke en utdypende beskrivelse av dette tema her, men vi vil påpeke noen hovedtrekk i perioden 2010-2014.

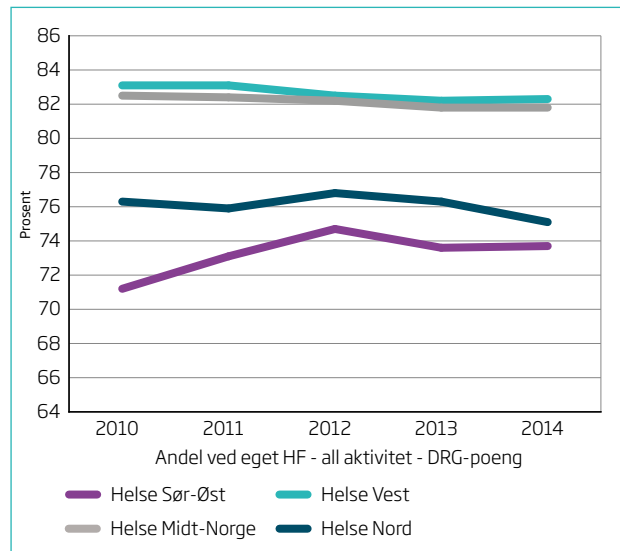
Alle pasientgrupper

Dersom man ser på all aktivitet, dvs både innlagte og polikliniske episoder, viser figur 8.14 en økende egendekning for Helse Sør-Øst (stabilt etter 2012), mens nivået i de andre regionene har vært tilnærmet stabilt siste fem år. Den økte egen-dekningen i Helse Sør-Øst skyldes i hovedsak et økt nivå ved Ahus-området, og til dels Vestre-Viken området. Det generelle bildet utover dette er en tilnærmet uendret egendekning ved helseforetak med universitetsfunksjon, og en svak nedgang ved de andre helseforetakene.

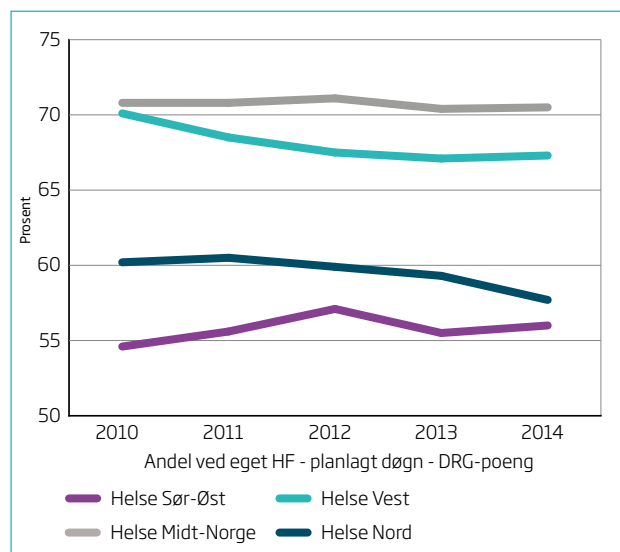
Planlagt aktivitet i sykehus påvirkes både av hvilke helseforetak et tilbud gis ved, samt at pasienten gjennom fritt sykehusvalg selv kan bestemme hvor de ønsker å motta helsehjelpen. Figur 8.15 viser at utviklingen regionalt, i andelen planlagt døgn-aktivitet som gis ved eget helseforetak, har vært noe forskjellig. I Helse Vest og Helse Nord har andelen blitt noe redusert, om enn i ulike faser i siste femårsperiode, mens det er en liten økning i Helse Sør-Øst for perioden sett under ett. Tilsvarende tall for de to eldste aldersgruppene (67-79 år og 80 år over) viser en tilnærmet uendret egendekning for Helse Vest, Helse Midt-Norge og Helse Nord, mens det i Helse Sør-Øst er en økning først i perioden, igjen hovedsakelig på grunn av endringer ved Ahus-området.

Nedgangen i egendekningen i Helse Nord skyldes både en økende pasientstrøm mot andre helseforetak innad i regionen (hovedsakelig mot UNN) og en økende andel behandlet ved helseforetak utenfor Helse Nord. Det er ikke de store endringene, men tendensen for Helse Nord er klar, og den årlige endringen i andel er noe sterkere sist i perioden. Bruk av andre regioner endres også andre steder. I Helse Vest var det siste 5 år en nedgang i andel planlagte døgnopphold utenfor egen region for Stavanger-området og en økning i andel i Sogn og Fjordane.

Figur 8.14 Egendekning (eget HF) for all aktivitet 2010-2014.



Figur 8.15 Egendekning (eget HF) for planlagte døgnopphold 2010-2014.



Pasientstrømmer for hjerte/kar-pasienter

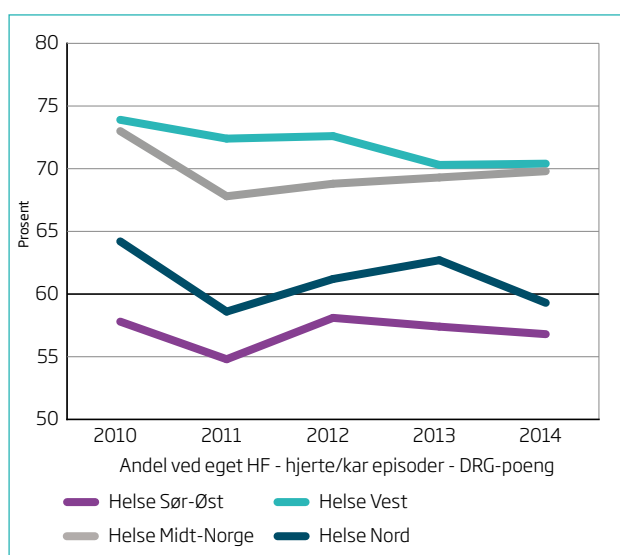
Det er tidligere i kapitlet vist aktivitetstall for blant annet utvalgte hjerte/kar-pasienter. Figurene 8.16 og 8.17 viser hvor stor andel av hjerte/kar-aktiviteten som håndteres ved pasientens tilhørende helseforetak, når vi ser på all hjerte/kar-aktiviteten og når det kun ses på planlagte døgnopphold. Helse Vest og Helse Midt-Norge har høyest egendekning når all aktivitet inkluderes, med om lag 70 prosent. Lavest andel er det i Helse Sør-Øst, og for hjerte/kar-pasienter skyldes dette at en del pasienter

bosatt i Sør-Øst gis tilbud ved Feiringklinikken. Bruken av Feiringklinikken blir enda tydeligere når det kun inkluderes planlagte døgnopphold, som vist i figur 8.17, hvor Helse Sør-Øst har en andel på under 30 prosent, mens de tre andre regionene har en andel på 40-50 prosent. Høyest andel ved eget HF finner vi i Helse Midt-Norge, med 54 prosent i 2014.

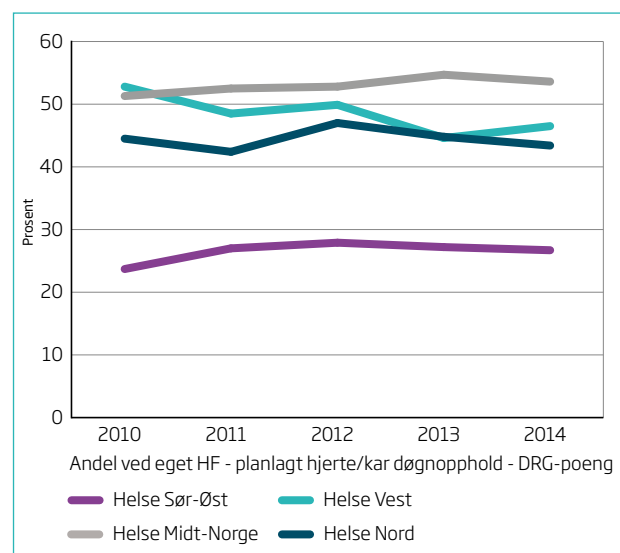
Bostedsområder som sokner til de store universitetssykehusene har det meste av hjerte/kar-aktiviteten ved eget helseforetak, med en andel

godt over 90 prosent. For de andre bostedsområdene varierer andelen noe mellom områdene og for hvilken del av hjerte/kar-aktiviteten det ses på. Når all aktivitet inkluderes ligger andelen på om lag 40 prosent, med unntak av Sørlandet og Stavanger, som har en andel på nær 70 prosent. Når det kun ses på planlagte døgnopphold er andelen under 20 prosent for mange bostedsområder, mens Sørlandet har nær 50 prosent og Stavanger nær 30 prosent.

Figur 8.16 Egendekning (eget HF) for alle hjerte/kar episoder 2010-2014.



Figur 8.17 Egendekning (eget HF) for planlagte hjerte/kar døgnopphold 2010-2014.



8.6 DATAGRUNNLAG OG METODE

Datagrunnlaget for dette kapitlet er pasientdata fra Norsk pasientregister (NPR), som inneholder informasjon om alle typer opphold og konsultasjoner ved samtlige somatiske helseforetak og sykehus. Offentlig finansierte opphold og konsultasjoner ved private sykehus inngår også i NPR, mens privat finansiert aktivitet er ekskludert.

Private somatiske avtalespesialister inngår ikke som en del av datagrunnlaget for analysene p.g.a mangelfulle data. Dette vil påvirke spesielt tolkningen av ulikheter i bruk av polikliniske tjenester. Det er større bruk av private somatiske avtalespesialister i Helse Sør-Øst og Helse Vest enn i Helse Midt-Norge og Helse Nord. For de to førstnevnte regionene må derfor data om poliklinisk aktivitet tolkes med noe varsomhet.

Befolkningstall brukt i beregning av rater (per innbygger) er hentet fra SSB og er fra 1. januar påfølgende år.

I dette kapitlet fokuseres det på behandlingsnivåene døgnopphold og polikliniske konsultasjoner. Døgnopphold defineres som opphold med minst en overnatting og denne definisjonen avviker fra tidligere års Samdata-rapporter. De viktigste endringene er knyttet til at:

- Dialysebehandling, kjemoterapi og stråleterapi med 0 liggedøgn defineres som poliklinisk kontakt (dialyse var tidligere definert som innleggelser for dagbehandling).

- All behandling som er klassifisert i en kirurgisk DRG med 0 liggedøgn inngår i dagkirurgi, uavhengig av om pasienten er registrert på poliklinikk eller som innlagt.
- Andre innleggelser med 0 liggedøgn inngår i kategorien «Innlagt med 0 liggedøgn».
- Alle døgnopphold har minst 1 liggedøgn. Døgnopphold med 0 liggedøgn inngår i overnevnte kategori «Innlagt med 0 liggedøgn».

Utfordringene i klassifiseringen av behandlingsnivå/omsorgsnivå har særlig vært knyttet til opphold med 0 liggedøgn. I 2014 ble DD-DRGene fjernet og det ble opprettet 10 nye DRG-er for kortvarige innleggelser uten overnatting. I den nye kategorien «Innlagte med 0 liggedøgn» inngår opphold for innlagte pasienter som skrives ut samme dag og som ikke grupperes som polikliniske konsultasjoner. Nesten halvparten av pasientene i denne gruppen var innlagt ved døgnavdeling som øyeblikkelig hjelp og skrevet ut samme dag. Resten var elektive pasienter som legges inn og utskrives samme dag.

Den nye definisjonen gir en bedre oversikt over utviklingen i dag- og døgnbehandling og brukes gjennomgående for data fra somatiske sykehus – også på data fra tidligere år. Den nye klassifiseringen betegnes som *aktivitetskategorier*. Definisjonen tas i bruk av NPR fra 2015.

Alle fødsler (DRG 370-375, 382) og friske nyfødte (DRG 390-391) er definert som øyeblikkelig hjelp. Det er ulik registreringspraksis vedrørende hastegrad ved sykehusene som er årsaken til behovet for denne definisjonen. Utover dette foretas kategorisering i øyeblikkelig hjelp versus planlagt ut fra registrert hastegrad.

Kategorisering i kirurgi og medisin bestemmes av om døgnoppholdet grupperes i en kirurgisk DRG eller ikke. Medisinske døgnopphold er gruppert i en ikke-kirurgisk DRG. For å bli gruppert i en kirurgisk DRG må det være registrert minst en operasjonsstuekrevende prosedyre.

Reinnleggelse er generelt definert som et dag- eller døgnopphold for øyeblikkelig hjelp innen 30 dager etter forutgående behandling. I figur 8.13 inngår kun døgnopphold i datagrunnlaget. Det er ikke stilt krav til at det skal være samme tilstandskoder ved reinnleggesoppholdet. Det er tilstandskoden ved det forutgående oppholdet som definerer hvilken pasientgruppe (kreft, hjerte/kar, KOLS) reinnleggelsen tilhører.

For de ikke-smittsomme sykdomsgruppene benyttes følgende definisjoner:

Pasientgruppe	Definisjon koder	Kommentar
Kreftsykdommer	Hovedtilstandskode C0x.x-C9x.x, samt kjemoterapi (DRG 410x, 492x og 856x) og strålebehandling (DRG 409x og 851x)	Etterundersøkelser (Z08.x) og etterbehandling (Z42.x-Z48.x) inngår ikke i datagrunnlaget. Ovennevnte gjelder også for de spesifikke undergruppene.
Kjemoterapi	Episode gruppert i DRG 410A-D, DRG 492, 4920 eller 856x (fra 2014).	
Strålebehandling	Episode gruppert i DRG 409x eller 851x (fra 2014).	
Brystkreft	Hovedtilstandskode C50.x, samt kjemoterapi hvor C50.x er tilleggskode	
Prostatatkreft	Hovedtilstandskode C61.x, samt kjemoterapi hvor C61.x er tilleggskode	
Lungekreft	Hovedtilstandskode C34.x, samt kjemoterapi hvor C34.x er tilleggskode	
Tyktarmskreft	Hovedtilstandskode C18.x, samt kjemoterapi hvor C18.x er tilleggskode	
Malign melanom	Hovedtilstandskode C43.x, samt kjemoterapi hvor C43.x er tilleggskode	
Hjerte/hjernekar sykdommer	Hovedtilstandskode I0x.x-I5x.x, I60.x-I64.x	Sykdommer hos gravide, fødende og kvinner i barseltid, samt medfødte lidelser og hjerte-karforstyrrelser som oppstår i perinatalperioden er ikke inkludert i datagrunnlaget.

Pasientgruppe	Definisjon koder	Kommentar
Koronar iskemisk hjertesykdom	Hovedtilstandskode I20.x-I22.x, I24.x-I25.x	
Hypertensive lidelser	Hovedtilstandskode I10.x-I13.x, I15.x	Svangerskaphypertensjon er ikke inkludert i datagrunnlaget.
Hjertesvikt	Hovedtilstandskode I50.x, I42.0	
Atrieflimmer/-flutter	Hovedtilstandskode I48.x	
Hjerneslag	Hovedtilstandskode I60.x-I64.x	Det kan diskuteres om subaraknoidalblødning (I60.x), subduralblødning (I62.0) og epiduralblødning (I62.1) skal klassifiseres som hjerneslag, men er inkludert i datagrunnlaget.
KOLS	Hovedtilstandskode J00.x-J22.x, J43.x og J44.x, samt J44.x som tilleggstilstandskode ved J00.x-J22.x, J43.x.	
Diabetes samlet	Hovedtilstandskode E10.x-E14.x og O24.x	
Diabetes type 2	Hovedtilstandskode E11.x og O24.1	
Fedme	Hovedtilstandskode E66.x, samt hovedtilstandskode Z509 og tilleggstilstandskode E66.x	

9. Psykisk helsevern

Under opptrappingsplanen for psykisk helse var det en betydelig vekst i personellinnsatsen i det psykiske helsevernet. Veksten var særlig sterk i det psykiske helsevernet for barn og unge. Innen det psykiske helsevernet for voksne stoppet veksten opp fra 2006, mens for barn og unge fortsatte veksten fram til 2008. Etter dette har personellraten for tjenester til barn og unge flatet ut, mens raten for årsverk i det psykiske helsevernet for voksne har gått ned. Siste år har det vært et stabilt nivå av årsverk per 10 000 innbyggere for barn og unge samt voksne.

Siden 1998 har det vært en markert dreining av personellinnsatsen fra døgnavdelinger til poliklinisk og ambulant behandling. Det har også vært en kompetanseøkning i sektoren med større innslag av leger, psykologer og høyskoleutdannet personell.

Over lengre tid har det, både i tjenestene for unge og i tjenestene for voksne, vært en markert nedgang i ratene for oppholdsdøgn og døgnplasser. Siden 1998 er plassraten for voksne blitt nær halvert, og i tjenesten for barn og unge er nedgangen ni prosent. 63 institusjoner har ved utgangen av 2014 etablert et tilbud med brukerstyrte plasser.

Innen det psykiske helsevernet for barn og unge har det siden 1998 vært en betydelig økning i pasientraten (nær 150 prosent). De siste årene har imidlertid veksten i pasienter stoppet opp mens konsultasjonsraten vokser fremdeles.

Siden 1998 har det også vært en betydelig vekst i den polikliniske aktiviteten for voksne. Konsultasjonsraten har økt med 152 prosent. Etter avslutningen av opptrappingsplanen har imidlertid veksten i konsultasjonsraten avtatt. Gjennom hele perioden har det vært en markert nedgang i antall oppholdsdøgn i det psykiske helsevernet for voksne. Døgnraten har blitt halvert. Med nedkorting av oppholdenes varighet var det fram til 2006 likevel en økning i utskrivningsraten. Veksten har senere avtatt, og fra 2012 til 2013 gikk utskrivningsraten ned. Siste år var det imidlertid igjen en svak økning. Utskrivningsraten i 2014 ligger på samme nivå som ved opptrappingsplanens avslutning.

I 2014 ble drøyt 57 000 pasienter behandlet i det psykiske helsevernet for barn og unge, eller 5,1 prosent av barne- og ungdomsbefolkningen. Tjenestene til voksne behandlet totalt ca. 178 000 pasienter, eller 4,4 prosent av befolkningen som var 18 år og eldre. For begge grupper ligger pasientraten på om lag samme nivå som i 2010.

I tjenestene til barn og unge utgjorde hyperkinetiske forstyrrelser (28 prosent), nevrotiske lidelser (24 prosent) og atferdsforstyrrelser (19 prosent) de største gruppene. I tjenestene til voksne har hovedtyngden av pasientene en affektiv eller nevrotisk lidelse. Blant døgnpasientene er det i tillegg mange pasienter som er diagnostisert med en psykoselidelse.

I kapitlet beskrives også utviklingen i helseregionene. Tall for helseforetakene finnes på <https://helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/samdata>.

9.1 PERSONELLINNSATS - PSYKISK HELSEVERN

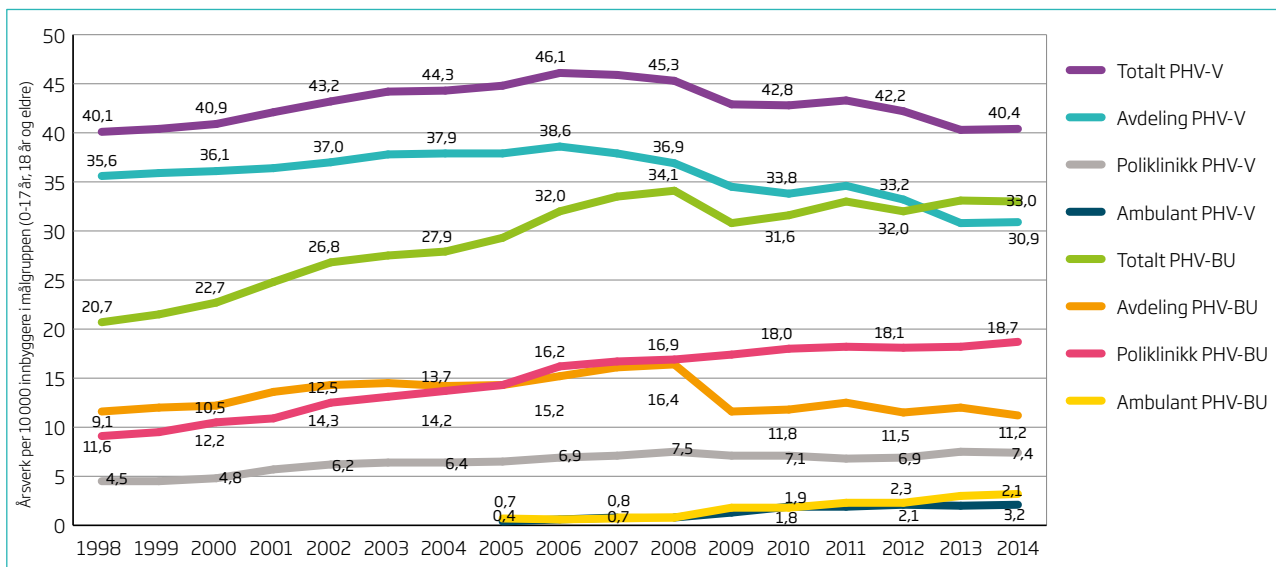
Nasjonale utviklingstrekk

Figur 9.1 viser utviklingen i personellinnsats totalt, og personellinnsats etter driftsform innenfor hhv. psykisk helsevern for voksne og for barn og unge for perioden 1998-2014. Tallene er framstilt som rater

i forhold til antall innbyggere i målgruppen for tjenesten. Grunnlagstallene som ligger til grunn for figuren er gjengitt i tabell 9.1.

Under opptrappingsplanen for psykisk helse var det en betydelig vekst i personellinnsatsen i det psykiske helsevernet. Veksten var særlig sterk i det psykiske helsevernet for barn og unge. Innen det psykiske helsevernet for voksne stoppet veksten opp fra

Figur 9.1 Årsverk i det psykiske helsevernet etter målgruppe og driftsform 1998-2014. Rater per 10 000 innbyggere, 0-17 år og 18 år og eldre.



Tabell 9.1 Antall årsverk i det psykiske helsevernet etter målgruppe og driftsform 1998-2014.

År	Tjenester for barn og unge				Tjenester for voksne			
	Avdeling	Poliklinikk	Ambulant	Totalt	Avdeling	Poliklinikk	Ambulant	Totalt
1998	1 204	951		2 155	12 120	1 535		13 654
1999	1 263	1 001		2 264	12 286	1 558		13 844
2000	1 291	1 117		2 408	12 441	1 647		14 092
2001	1 449	1 162		2 649	12 567	1 987		14 558
2002	1 536	1 347		2 882	12 871	2 142		15 013
2003	1 565	1 417		2 982	13 215	2 220		15 435
2004	1 546	1 487		3 033	13 342	2 243		15 585
2005	1 565	1 568	71	3 203	13 451	2 318	138	15 907
2006	1 671	1 773	63	3 507	13 840	2 475	218	16 533
2007	1 768	1 837	78	3 682	13 798	2 598	304	16 700
2008	1 809	1 861	92	3 763	13 653	2 786	287	16 726
2009	1 282	1 935	198	3 415	12 916	2 668	500	16 084
2010	1 310	2 004	205	3 520	12 865	2 697	721	16 283
2011	1 340	2 034	312	3 686	13 385	2 638	727	16 749
2012	1 294	2 036	263	3 593	13 031	2 706	841	16 577
2013	1 354	2 052	341	3 729	12 286	2 993	796	16 075
2014	1 256	2 102	358	3 716	12 468	3 009	840	16 317

Regionale utviklingstrekk

Figur 9.3 viser utviklingen i personellraten for regionene i tjenestene for barn og unge over perioden 2010 til 2014. Figur 9.4 viser den tilsvarende utviklingen innen tjenestene for voksne. Årsverkene er fordelt ut fra pasientenes bosted. Tilsvarende tall for foretaksområdene finnes på Helsedirektoratets hjemmesider.

Veksten i ratene fra 2010 til 2011 for Helse Vest skyldes hovedsakelig opprettinger i personellregistre i Helse Bergen. I tjenestene for barn og unge har det i femårsperioden vært en samlet vekst på ca. 4,5 prosent. Siste år har raten flatet ut. Helse Nord har gjennomgående hatt høyere personellrater enn de øvrige regionene, mens Helse Vest har hatt lavere rater enn de øvrige. Helse Nord har samtidig vært regionen med den største prosentvise veksten (11 prosent). Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge har hatt nedgang i personellratene på hhv. 10 og 5 prosent. Samtidig har Helse Vest siden 2011 hatt en vekst i raten på seks prosent, og har nå om lag samme personellrate som Helse Midt-Norge.

Innen tjenestene til voksne har det over femårsperioden fra 2010 til 2014 samlet sett vært en nedgang i personellraten på 5,6 prosent. Det siste

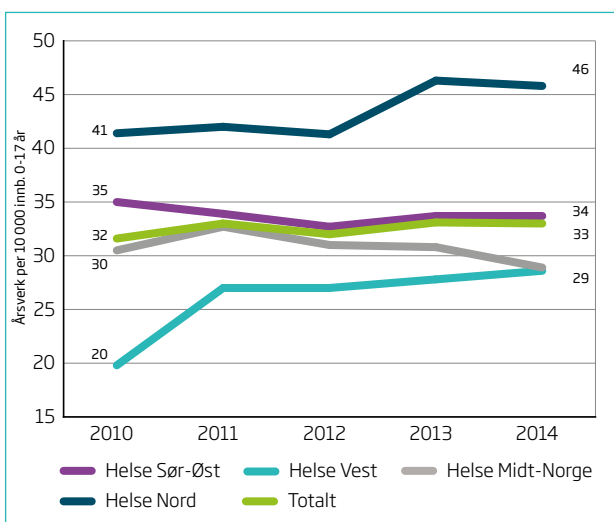
året har nedgangen stoppet opp. Tre av fire regioner har i femårsperioden hatt en nedgang i raten (Helse Sør-Øst 10 prosent, Helse Midt-Norge 4 prosent, Helse Nord 3 prosent), mens Helse Vest har hatt en økning på 4 prosent siden 2011. Helse Nord har også høyere personellrater enn de øvrige regionene når det gjelder tjenester til voksne. De øvrige tre regionene har rater på om lag samme nivå.

Personellfordeling etter utdanningsbakgrunn i 2014

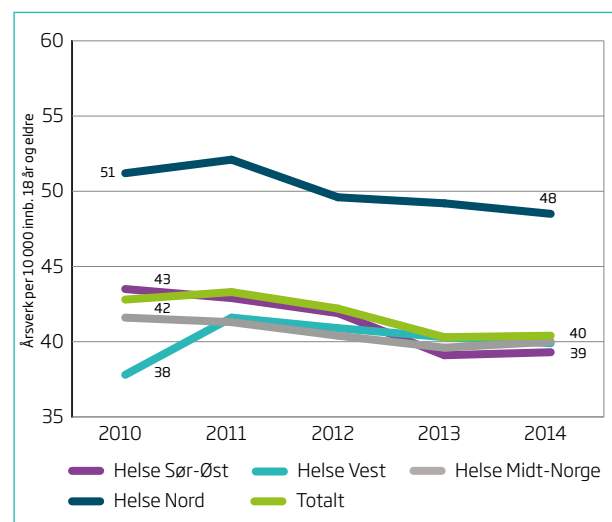
Tabell 9.2 viser årsverk etter utdanning innen det psykiske helsevernet for barn og unge, for voksne og totalt for psykisk helsevern i 2014. Figur 9.5 viser ratene, mens figur 9.6 viser den prosentvise fordelingen. Årsverkene er fordelt etter hvilken region personellet er ansatt i.

Årsverksoppgavene som er benyttet hittil omfatter ikke avtalespesialister i psykiatri og psykologi. I figur 9.7 har vi beregnet årsverksrater for leger i offentlig praksis, lege i avtalepraksis i psykiatri, psykologer i offentlig praksis, avtalespesialister i psykologi, samt totalrater for begge grupper fordelt på helseregion.

Figur 9.3 Personell i det psykiske helsevernet for barn og unge. Årsverk per 10 000 innbyggere 0-17 år i regionene.



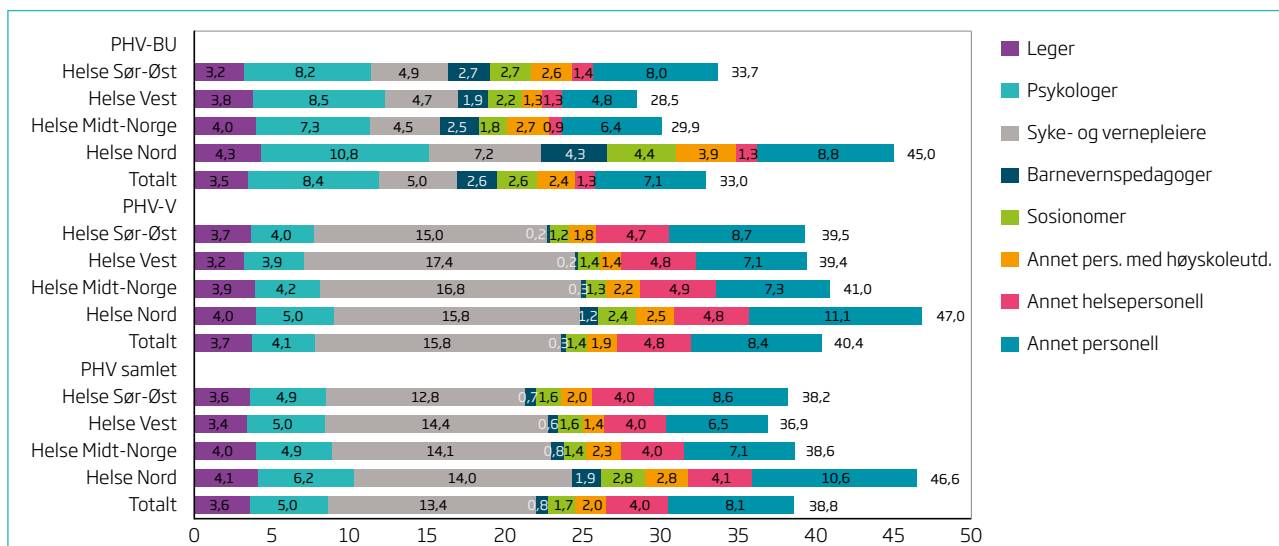
Figur 9.4 Personell i det psykiske helsevernet for voksne 2010-2014. Årsverk per 10 000 innbyggere 18 år og eldre.



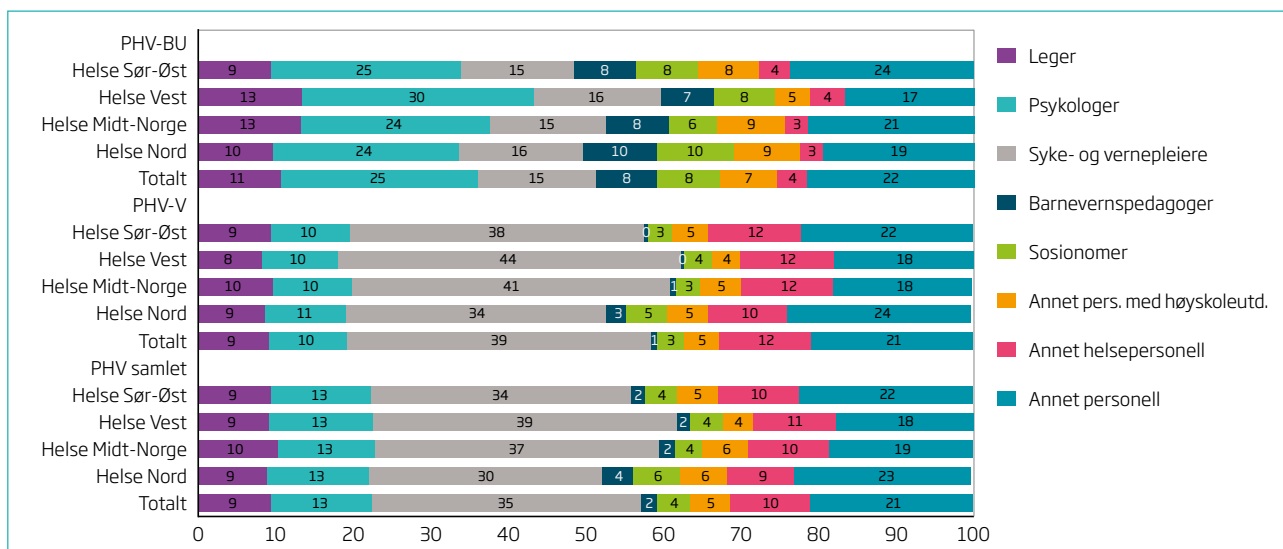
Tabell 9.2 Årsverk i det psykiske helsevernet etter utdanning 2014.

Sektor	Helse Sør-Øst	Helse Vest	Helse Midt-Norge	Helse Nord	Totalt
PHV-BU					
Leger	195	97	62	44	397
Psykologer	510	214	112	109	946
Syke- og vernepleiere	304	118	69	73	564
Barnevernspedagoger	164	49	38	44	295
Sosionomer	169	56	28	45	298
Annet pers. med høyskoleutd.	162	33	41	39	274
Annet helsepersonell	84	32	13	13	143
Annet personell	493	120	99	89	801
Personell totalt	2 081	718	462	455	3 716
PHV-V					
Leger	845	269	219	154	1 487
Psykologer	911	326	233	188	1 658
Syke- og vernepleiere	3 399	1 451	932	599	6 380
Barnevernspedagoger	43	16	18	46	123
Sosionomer	284	119	69	92	564
Annet pers. med høyskoleutd.	417	117	122	95	751
Annet helsepersonell	1 072	400	270	182	1 924
Annet personell	1 984	590	408	421	3 403
Personell totalt	8 968	3 289	2 276	1 785	16 317
PHV Samlet					
Leger	1 040	366	281	197	1 884
Psykologer	1 421	540	345	297	2 604
Syke- og vernepleiere	3 703	1 568	1 001	672	6 944
Barnevernspedagoger	207	65	56	90	418
Sosionomer	452	175	98	137	862
Annet pers. med høyskoleutd.	579	150	163	134	1 025
Annet helsepersonell	1 156	433	283	195	2 067
Annet personell	2 477	710	507	510	4 204
Personell totalt	11 049	4 007	2 738	2 240	20 033

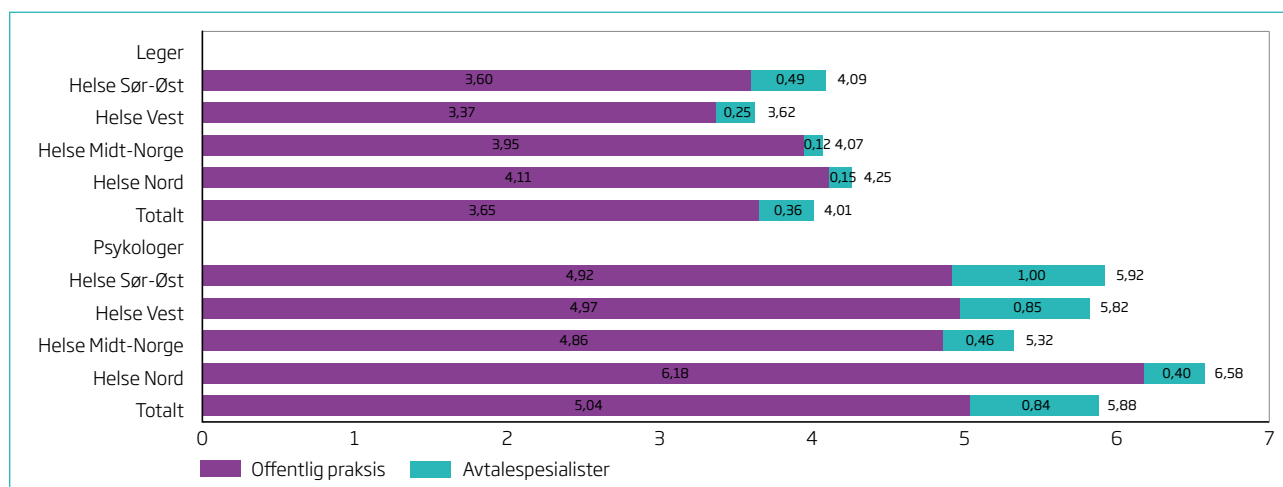
Figur 9.5 Årsverk i det psykiske helsevernet etter utdanningsbakgrunn, sektor og regionalt foretak 2014. Rater per 10 000 innbyggere i målgruppen (0,17 år, 18 år og eldre, samt totalt).



Figur 9.6 Årsverk i det psykiske helsevernet etter utdanningsbakgrunn, sektor og regionalt foretak 2014. Prosentvis fordeling.



Figur 9.7 Legeårsverk og psykologårsverk i offentlig praksis og hos avtalespesialister. Rater per 10 000 innbyggere. Helseregioner 2014.



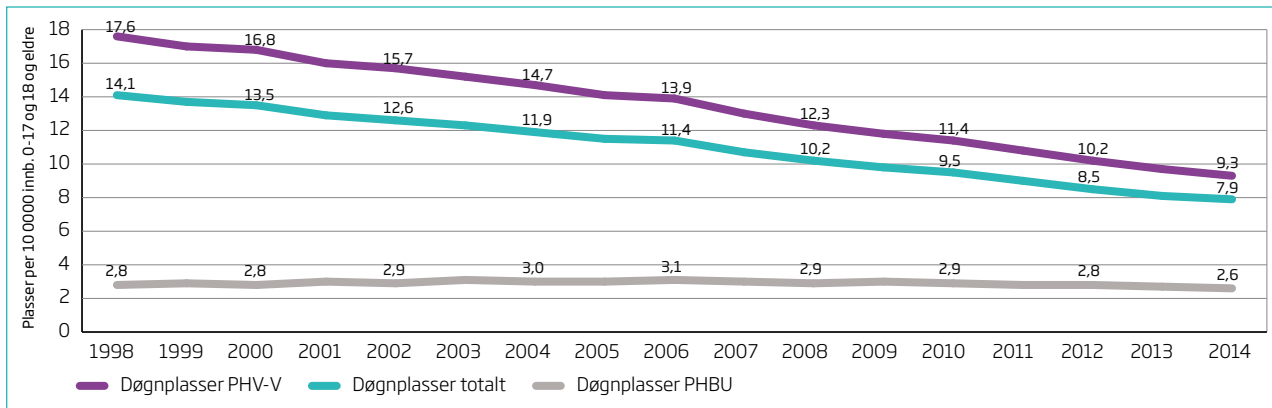
9.2 DØGNPLASSER I DET PSYKISKE HELSEVERNET

Nasjonal utvikling

Figur 9.8 og tabell 9.3 viser utviklingen i døgnkapasiteten i det psykiske helsevernet for perioden 1998-2014. Figur 9.8 viser utviklingen i raten, dvs. døgnplasser per 10 000 innbyggere i målgruppen for tjenesten (0-17 år, 18 år og eldre og totalt). Tabell 9.3 viser antallet døgnplasser som ligger til grunn for beregningen.

I perioden har det vært en betydelig nedgang i antall døgnplasser i det psykiske helsevernet for voksne (-37 prosent). Ettersom voksenbefolkningen i samme periode har økt, har raten per voksne innbygger blitt redusert med 47 prosent. Plasstallet i tjenestene til barn og unge er betydelig lavere enn for voksne, men har holdt seg relativt stabilt (en prosent nedgang). Korrigeret for økning i antall barn og unge har det likevel vært en nedgang på ni prosent.

Figur 9.8 Døgnplasser per 10 000 innbyggere (0-17, 18 år og eldre og totalt) i det psykiske helsevernet for barn og unge, for voksne og totalt 1998-2013.



Tabell 9.3 Døgnplasser i det psykiske helsevernet 1998-2014

År	Døgnplasser PH-BU	Døgnplasser PHV-V	Døgnplasser totalt
1998	296	5 980	6 276
1999	301	5 828	6 129
2000	297	5 769	6 066
2001	315	5 517	5 832
2002	312	5 445	5 757
2003	333	5 296	5 629
2004	326	5 169	5 495
2005	331	5 005	5 336
2006	335	4 980	5 315
2007	334	4 746	5 080
2008	323	4 557	4 880
2009	329	4 433	4 762
2010	326	4 334	4 660
2011	313	4 194	4 507
2012	301	4 004	4 305
2013	305	3 857	4 162
2014	293	3 769	4 062

Av de totalt 3 769 døgnplassene i det psykiske helsevernet for voksne rapporteres 1 002 plasser (27 prosent) å være akutt plasser, 248 plasser (7 prosent) i sikkerhetsposter og 269 plasser (7 prosent) ved alderspsykiatriske poster. 63 institusjoner hadde etablert et tilbud med brukerstyrte plasser, dette var 12 flere enn året før.

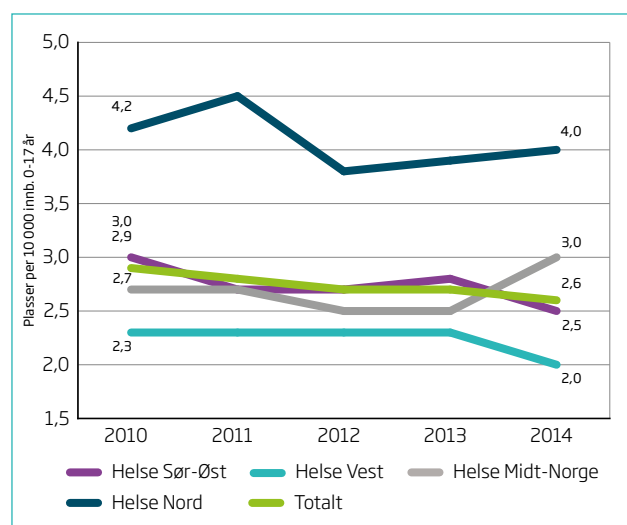
Tallene som er referert over viser kapasiteten ved utgangen av året. Institusjonene har i varierende grad feriestengt og/eller redusert kapasitet i

helgene. Justerer vi for dette, reduseres kapasiteten til 3 641 døgnplasser for voksne, 264 plasser for barn og unge, totalt 3 905 plasser.

Regionale utviklingstrekk

Figur 9.9 viser utviklingen i døgnplassraten for barn og unge på regionalt nivå, fordelt etter pasientenes bosted. Figur 9.10 viser den tilsvarende utviklingen i døgnplassraten for voksne.

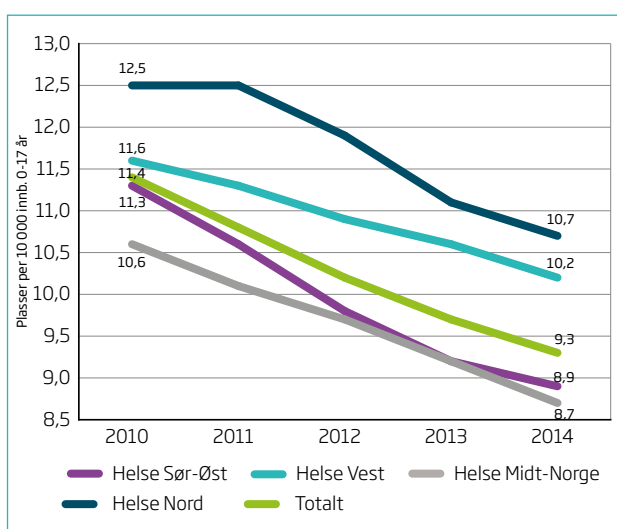
Figur 9.9 Døgnplasser i det psykiske helsevernet for barn og unge 2010-2014. Rate per 10 000 innbygger 0-17 år.



Fra 2010 til 2014 ble raten for barn og unge redusert med 11 prosent, siste år med fire prosent. Helse Midt-Norge har over femårsperioden hatt en økning i raten på 11 prosent. Økningen kom særlig sist år (21 prosent økning). De øvrige regioner har hatt en

nedgang, størst i Helse Sør-Øst med 16 prosent (siste år 9 prosent), fulgt av Helse Vest med 13 prosent (siste år 11 prosent), mens Helse Nord har hatt en nedgang på 5 prosent (siste år 3 prosent økning). Helse Nord har gjennom hele perioden hatt en høyere rate enn de øvrige, mens Helse Vest har hatt en lavere rate.

Figur 9.10 Døgnplasser i det psykiske helsevernet for voksne 2010-2014. Rate per 10 000 innbygger 18 år og eldre.



Innen det psykiske helsevernet for voksne ble døgnplassraten for voksne redusert med 18 prosent over perioden 2010-2014. Størst nedgang finner vi også her i Helse Sør-Øst, med 21 prosents reduksjon (siste år 3 prosent), fulgt av Helse Midt-Norge med 18 prosents nedgang (siste år 6 prosent), Helse Nord med 15 prosent (siste år 4 prosent), Helse Vest med 13 prosent (siste år 4 prosent). Helse Nord, men også Helse Vest har gjennom hele perioden hatt en høyere døgnplassrate enn de øvrige.

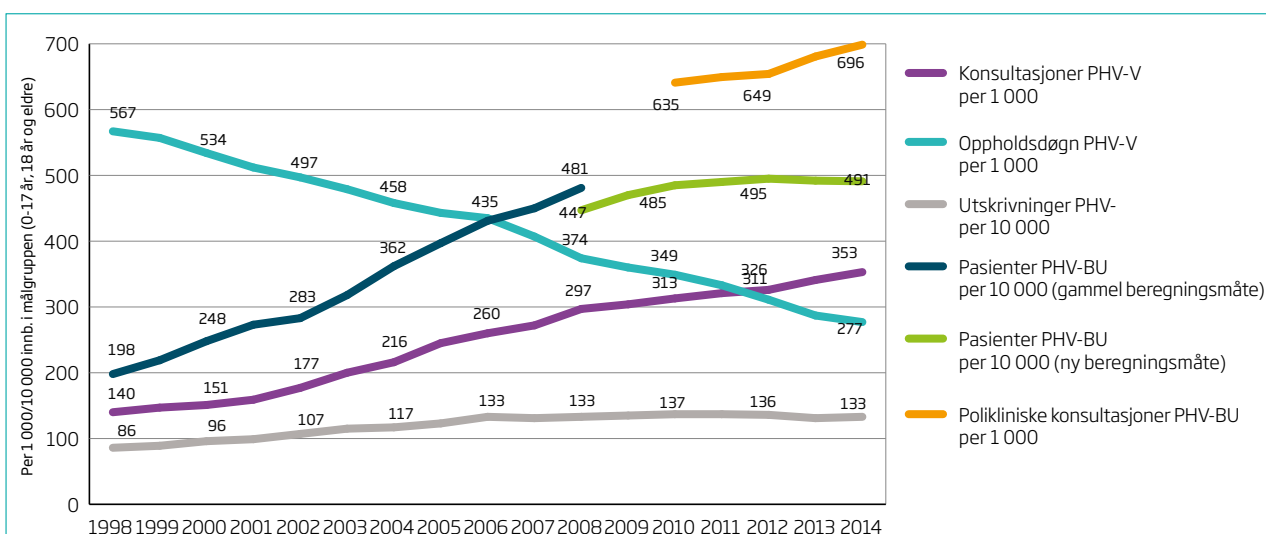
9.3 PASIENTER OG BRUK AV TJENESTER

Nasjonale utviklingstrekk

Figur 9.11 viser utviklingen for noen sentrale behandlingsindikatorer i perioden 1998-2014.

Innen det psykiske helsevernet for barn og unge har det vært en betydelig økning i pasientraten (nær 150 prosent) etter opptrappingsplanens start. De siste årene har imidlertid veksten stoppet opp⁴². Antallet polikliniske konsultasjoner per innbygger under 18 år har fortsatt å øke.

Figur 9.11 Oppholdsdøgn, utskrivinger og polikliniske konsultasjoner i det psykiske helsevernet for voksne per 1 000/10 000 innbyggere 18 år og eldre, samt polikliniske konsultasjoner og antall pasienter i det psykiske helsevernet for barn og unge per 10 000/1 000 innbyggere 0-17 år, 1998-2014.



⁴² Frem til 2008 kunne en ikke følge pasientene på tvers av institusjoner. Fra 2008 er dette mulig. Som følge av dette sank den registrerte pasientraten fra 481 til 447 pasienter per 10 000 innbyggere 0-17 år.

I perioden har det også vært en betydelig vekst i den polikliniske aktiviteten for voksne. Konsultasjonsraten har økt med 152 prosent. Etter avslutningen av opptrappingsplanen har imidlertid veksten i konsultasjonsraten avtatt. Gjennom hele perioden har det vært en markert nedgang i antall oppholds-døgn i det psykiske helsevernet for voksne. Døgn-raten har blitt halvert. Med nedkorting av oppholdenes varighet var det fram til 2006 likevel en økning i utskrivningsraten⁴³. Veksten har senere avtatt, og fra 2012 til 2013 gikk utskrivningsraten ned. Utskrivningsraten ligger i 2014 på samme nivå som ved Opptrappingsplanens avslutning.

Pasienter i psykisk helsevern for barn og unge

I tabell 9.4 og 9.5 gjengis de absolutte tallene og befolkningsbaserte ratene for pasienter i offentlig PHV-BU og for avtalespesialister for siste femårsperiode, fordelt på ulike behandlingsformer. Tallene for avtalespesialistene er ikke komplette. I tabell 9.5 er de estimerte tallene og ratene for pasienter hos avtalespesialister tatt med.

I det psykiske helsevernet for barn og unge ble det i 2014 behandlet 57 355 pasienter samlet i offentlige institusjoner og hos avtalespesialistene. Veksten de siste årene har stoppet opp, og fra 2012 ser vi en svak nedgang i antall pasienter både i offentlige institusjoner⁴⁴ og hos avtalespesialister. I løpet av siste femårsperiode har det vært en økning i

pasientraten i offentlig virksomhet totalt (1,2 prosent) og innenfor samtlige behandlingsformer. For pasienter behandlet hos avtalespesialister har det vært en svak nedgang i pasientraten siste fem år (-1 prosent)⁴⁵.

Pasienter i psykisk helsevern for voksne

I tabell 9.6 og 9.7 gjengis de absolutte tallene og rater for pasienter i offentlig virksomhet og for avtalespesialister for siste femårsperiode, fordelt på ulike behandlingsformer. Tallene for avtalespesialistene er ikke komplette. I tabell 9.7 er de estimerte tallene og ratene for pasienter hos avtalespesialister tatt med.

Innen det psykiske helsevernet for voksne ble det i 2014 behandlet om lag 178 000 pasienter, en økning fra ca. 166 000 i 2010. Dette gir en økning på ca. syv prosent. Justert for befolkningsveksten blir økningen imidlertid bare knapt en prosent. I 2014 ble 27 251 pasienter behandlet i døgnavdelinger, omlag samme antall som året før. Siden 2010 har det vært en nedgang i pasientraten for døgnavdelingene på om lag seks prosent. Totalt ble 132 000 pasienter behandlet ved offentlige institusjoner og poliklinikker og 52 000 ble behandlet hos avtalespesialister (pasienter 18 år og eldre). Det har siden 2010 vært en økning i pasientraten ved poliklinikkene på ca. seks prosent, og en økning hos avtalespesialistene på ca. tre prosent.

Tabell 9.4 Registrert antall pasienter i det psykiske helsevernet for barn og unge etter behandlingsform 2010-2014.

	Pasienter i off. virksomhet				Pas. 0-17 år hos avtalespes.			Pasienter totalt
	Døgn	Dag	Poliklinikk	Totalt	Psykiatere	Psykologer	Totalt	
(N=)								
2010	1 776	480	53 840	54 012	621	2 053	2 637	55 928
2011	1 734	447	54 675	54 838	670	1 947	2 576	57 184
2012	1 806	513	55 480	55 582	722	2 227	2 907	57 615
2013	2 071	707	55 169	55 304	686	2 164	2 809	57 286
2014	2 022	733	55 146	55 263	700	2 041	2 704	57 181
Per 10 000 innb. 0-17 år								
2010	16	4	483	485	6	18	24	502
2011	16	4	489	490	6	17	23	511
2012	16	5	494	495	6	20	26	513
2013	18	6	490	492	6	19	25	509
2014	18	7	490	491	6	18	24	508

43 Gjennomsnittlig varighet av oppholdene ble redusert fra 66 døgn i 1998 til 21 døgn i 2014.

44 Denne utviklingen kan delvis være knyttet til at sektoren er i ferd med å skifte pasientdatasystem, se nærmere omtale under Data og definisjoner.

45 Estimerte tall for pasienter hos avtalespesialister.

Tabell 9.5 Registrerte og estimert antall pasienter i det psykiske helsevernet for barn og unge etter behandlingsform 2010-2014.

	Offentlig virksomhet totalt	Pas. 0-17 år hos avtalespes.		Pasienter 0-17 år totalt		Prosent av avtalepas. som inngår
		Registrert	Estimert	Registrert	Estimert	
(N=)						
2010	54 012	2 637	3 066	55 928	56 240	86
2011	54 838	2 576	2 831	57 184	57 416	91
2012	55 582	2 907	3 093	57 615	57 745	94
2013	55 304	2 809	2 942	57 286	57 380	95
2014	55 263	2 704	2 878	57 181	57 355	94
Per 10 000 innb. 0-17 år						
2010	485	24	28	502	505	
2011	490	23	25	511	513	
2012	495	26	28	513	514	
2013	492	25	26	509	510	
2014	491	24	26	508	510	

Tabell 9.6 Registrert antall pasienter i det psykiske helsevernet for voksne etter behandlingsform 2010-2014.

	Offentlig virksomhet				Avtalespesialister (18 år og eldre)			Pasienter totalt
	Døgn	Dag	Poliklinikk	Totalt	Psykiatere	Psykologer	Totalt	
(N=)								
2010	26 833	3 359	111 230	120 296	14 850	30 660	44 805	159 931
2011	27 534	3 183	114 216	123 118	15 534	32 264	47 044	164 500
2012	27 807	2 847	116 692	125 184	16 189	33 147	48 499	167 625
2013	27 240	2 380	120 328	128 001	16 154	32 907	48 173	169 907
2014	27 251	2 173	124 794	132 226	17 057	32 895	49 130	174 936
Per 10 000 innb. 18 år og eldre								
2010	71	9	292	316	39	81	118	420
2011	71	8	295	318	40	83	122	425
2012	71	7	297	319	41	84	123	427
2013	68	6	302	321	41	83	121	426
2014	67	5	309	327	42	81	122	433

Tabell 9.7 Registrerte og estimert antall pasienter i det psykiske helsevernet for voksne 2010-2014.

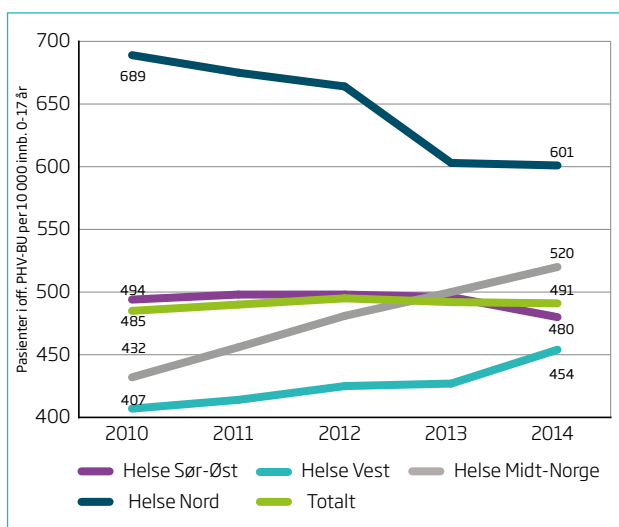
	Offentlig virksomhet totalt	Avtalespesialister		Pasienter totalt		Prosent av avtalepasientene som inngår
		Registrert	Estimert	Registrert	Estimert	
(N=)						
2010	120 296	44 805	52 099	159 931	166 383	86
2011	123 118	47 044	51 697	164 500	168 593	91
2012	125 184	48 499	51 595	168 189	170 334	94
2013	128 001	48 173	50 453	169 907	171 890	95
2014	132 226	49 130	52 288	174 936	177 682	94
Per 10 000 innb. 18 år og eldre						
2010	316	118	137	420	437	
2011	318	122	134	425	436	
2012	320	123	131	428	435	
2013	321	121	127	426	431	
2014	327	122	129	433	440	

Regionale utviklingstrekk

Psykisk helsevern for barn og unge

Figur 9.12 viser utviklingen i pasientratene for regionene i det offentlige psykiske helsevernet for barn og unge over perioden 2010 til 2014. Det var i siste femårsperiode en svak vekst i antall behandlede pasienter og i pasientraten fram til 2012, deretter har veksten stoppet opp de siste to år. Dette var knyttet til en nedgang i pasienttallet i Helse Nord de to siste årene, og i Helse Sør-Øst fra 2013 til 2014⁴⁶. De øvrige to regionene hadde en økning i pasientraten i nesten hele femårsperioden, og størst var veksten i Helse Midt-Norge med om lag 20 prosent. Pasientraten i Helse Vest økte med nær 12 prosent i perioden, med størst vekst siste år.

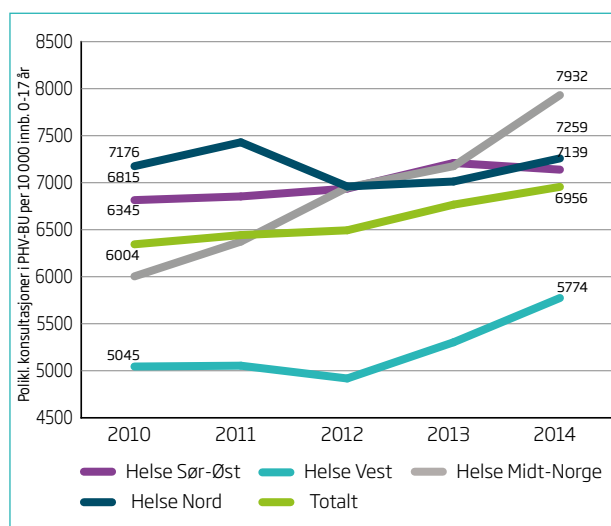
Figur 9.12 Pasienter 0-17 år i offentlig virksomhet per 10 000 innbyggere etter bostedsområde 2010-2014.



Pasienter bosatt i Helse Nord hadde i hele perioden høyere pasientrater enn de øvrige regionene, mens Helse Vest hadde de laveste ratene. Forskjellene mellom regionene har blitt mindre i løpet av perioden, noe som primært skyldes vekst i Helse Vest og avtagende rate i Helse Nord de to siste år.

Figur 9.13 viser utviklingen i konsultasjonsraten i offentlige institusjoner fra 2010 til 2014.

Figur 9.13 Polikliniske konsultasjoner ved offentlige poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge per 10 000 innbyggere 0-17 år etter bostedsområde 2010-2014.



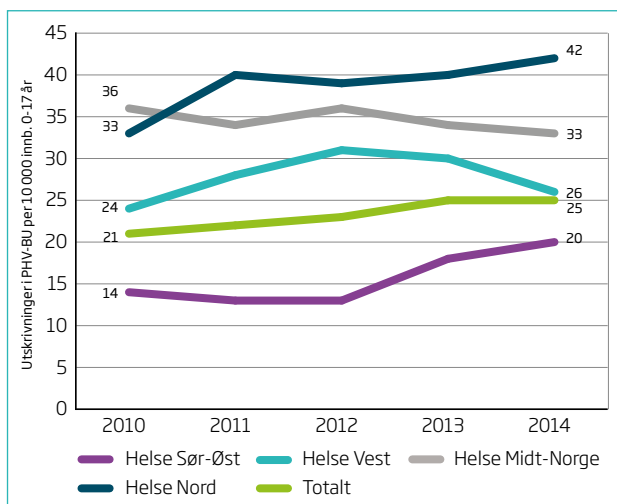
Raten for polikliniske konsultasjoner (med takst-refusjon) i offentlig PHV-BU økte med nær 10 prosent fra 2010 til 2014 på nasjonalt nivå. Konsultasjonsraten var i 2013 omtrent på samme nivå for tre av regionene, mens Helse Vest hadde en betydelig lavere rate. Fra 2013 til 2014 økte raten kraftig i Helse Midt-Norge⁴⁷ og i 2014 hadde regionen en høyere konsultasjonsrate enn de øvrige regionene. I Helse Vest har det også vært en klar vekst i konsultasjonsraten de siste to år, og regionen har dermed nærmet seg de øvrige regionene. For perioden sett under ett var det en økning i raten i alle regioner, størst var veksten i Helse Midt-Norge (32 prosent) og Helse Vest (14 prosent). Mangel på vekst i konsultasjonsraten mellom enkelte år kan henge sammen med overgang til nytt pasientdatasystem både i Helse Vest, Helse Nord og Helse Sør-Øst.

I figurene 9.14 og 9.15 gjengis utviklingen i utskrivningsrater og døgnrater i regionene i PHV-BU i perioden 2010-2014.

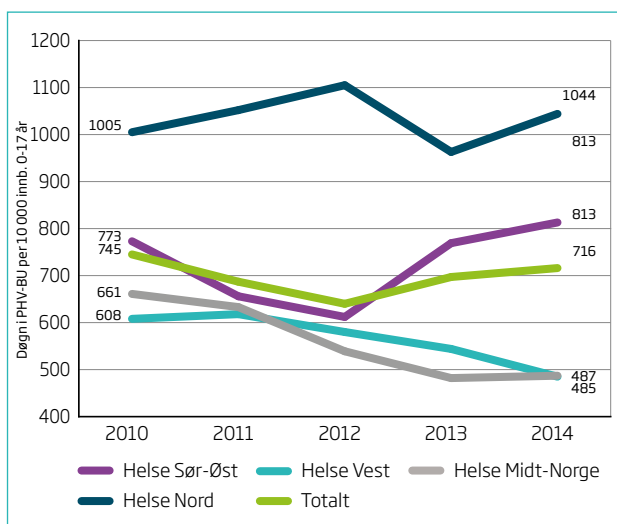
⁴⁶ Denne utviklingen kan delvis være knyttet til at sektoren er i ferd med å skifte pasientdatasystem, se nærmere omtale under Data og definisjoner. Helse Nord hadde overgang til DIPS i 2013 og Oslo Universitetssykehus og Sørlandet Sykehus i 2014.

⁴⁷ Norsk pasientregister oppgir at analyser av datamaterialet og tilbakemeldinger fra sektoren tyder på at endringer i registreringsrutiner er årsak til økningen i rapporterte kontakter fra enheter i Helse Midt-Norge. Rapport IS-2289: Aktivitetsdata for psykisk helsevern for barn og unge 2014.

Figur 9.14 Utskrivninger fra døgntilrettelagt psykiatri helsevern for barn og unge per 10 000 innbyggere 0-17 år etter bostedsområde 2010-2014.



Figur 9.15 Oppholdsdøgn i psykiatri helsevern for barn og unge per 10 000 innbyggere 0-17 år etter bostedsområde 2010-2014.



I det psykiske helsevernet for barn og unge blir flest pasienter behandlet poliklinisk. Pasienter i døgntilrettelagt psykiatri utgjør en svært liten andel av pasientene, i 2014 var det 222 døgnpasienter av totalt 57 304 pasienter. Disse pasientene stod for omlag 2800 utskrivinger/opphold og 80 600 døgntilrettelagt psykiatri fordelt på 293 døgnplasser.

I løpet av siste femårsperiode har døgntilrettelagt psykiatri og døgntilrettelagt psykiatri blitt redusert med hhv. 18 prosent og fire prosent, mens utskrivingssraten har økt med 19 prosent. Dette kan indikere flere og kortere opphold i døgntilrettelagt psykiatri i løpet av denne perioden.

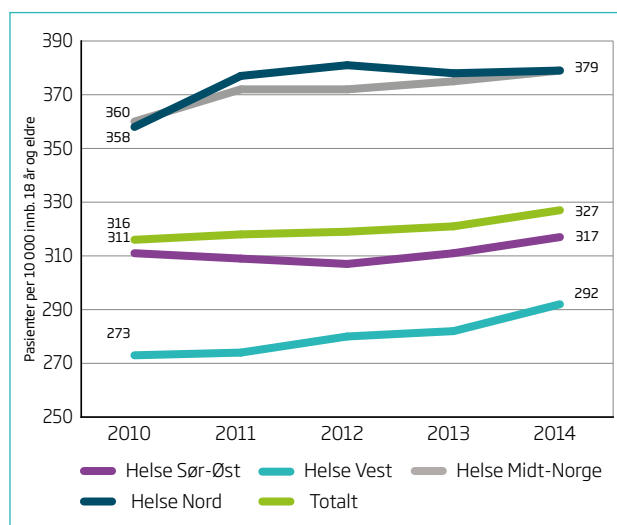
Veksten i raten for utskrivinger skyldes primært vekst i Helse Sør-Øst og Helse Nord. Helse Vest hadde nedgang i døgntilrettelagt psykiatri og noe vekst i utskrivingssraten i perioden, mens Helse Midt-Norge hadde reduksjon i både utskrivingss- og døgntilrettelagt psykiatri i femårsperioden.

Helse Nord har i nesten hele perioden hatt høyeste døgntilrettelagt psykiatri- og utskrivingssrater, mens Helse Sør-Øst har hatt de laveste utskrivingssratene og gjennomsnittlige døgntilrettelagte psykiatri. Dette betyr at Helse Nord har hatt høyeste tilgjengelighet til døgntilrettelagt psykiatri per innbygger siste fem år både i form av relativt mange og lange opphold, mens Helse Sør-Øst har hatt relativt lange opphold, men færre utskrivinger per innbygger. Helse Vest og Helse Midt-Norge har i hele perioden hatt de laveste døgntilrettelagte psykiatri av regionene, og utskrivingssrater over gjennomsnittet for landet, noe som kan indikere relativt mange og korte opphold i døgntilrettelagt psykiatri i disse regionene.

Psykisk helsevern for voksne

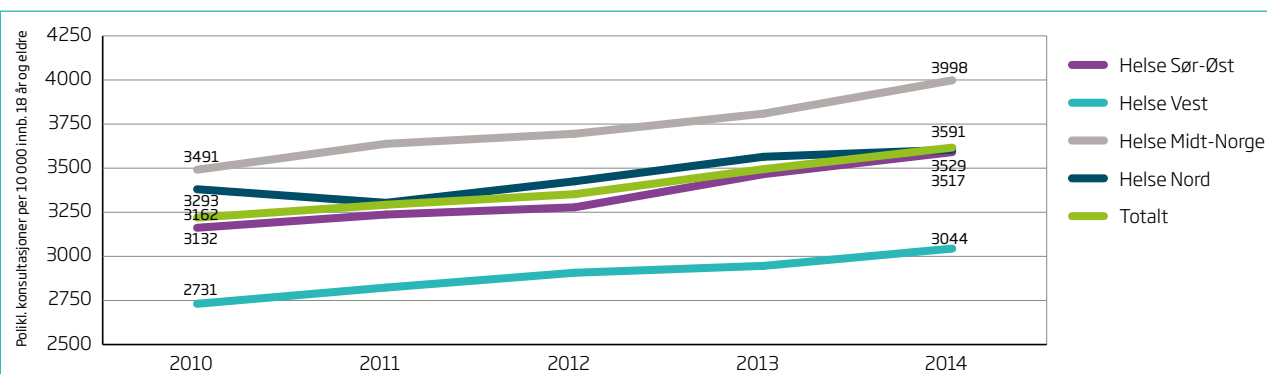
Figur 9.16 viser pasientrater for regionene for offentlige institusjoner og poliklinikk over perioden 2010 til 2014.

Figur 9.16 Pasienter totalt i offentlige institusjoner i det psykiske helsevernet for voksne 2010-2014. Pasienter per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. Regioner 2014.



På landsbasis økte pasientraten med 4 prosent over perioden 2010 til 2014. Størst var veksten i Helse Vest (7 prosent), fulgt av Helse Nord (6 prosent) og Helse Midt-Norge (5 prosent). Veksten var lavest i Helse Sør-Øst (2 prosent). Helse Nord og Helse

Figur 9.17 Polikliniske konsultasjoner ved offentlige poliklinikker i psykisk helsevern for voksne. Per 10 000 innbyggere 18 år og eldre etter bostedsområde 2010-2014.



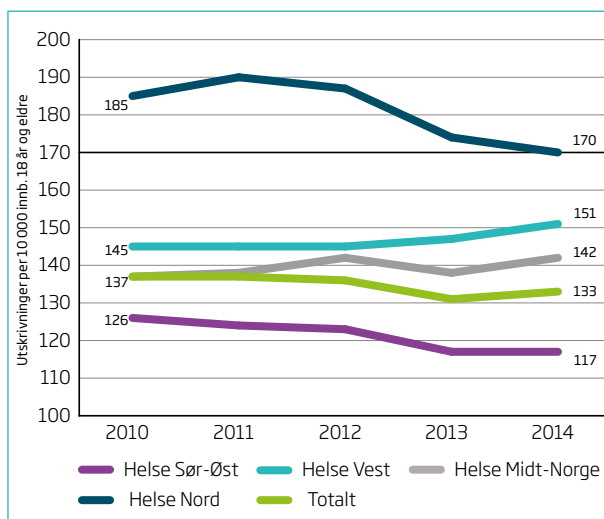
Midt-Norge har høyere pasientrate enn de øvrige regionene, mens Helse Vest har de laveste ratene.

Figur 9.17 viser utviklingen i den polikliniske aktiviteten i regionene.

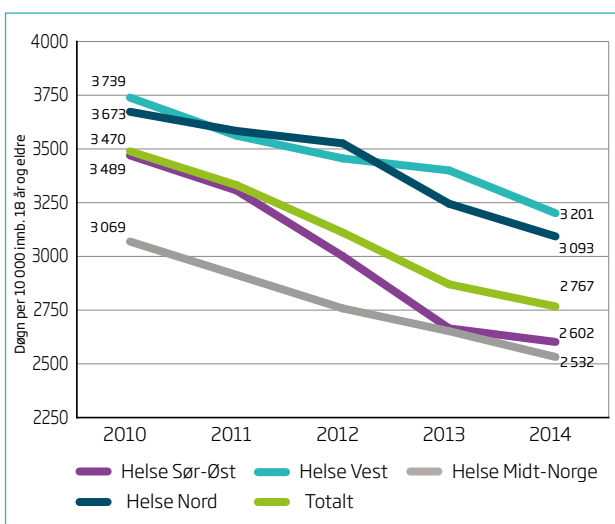
Over perioden 2010 til 2014 har det vært en vekst i konsultasjonsratene på 13 prosent. Det har vært vekst i alle regioner, men veksten har vært kraftigere i Helse Midt-Norge (15 prosent) og i Helse Sør-Øst (14 prosent) enn i Helse Vest (11 prosent) og i Helse Nord (7 prosent). Helse Midt-Norge har gjennom hele perioden hatt en konsultasjonsrate høyere enn de øvrige, mens Helse Vest har hatt en lavere rate.

Figur 9.18 og 9.19 viser utviklingen for døgn-aktiviteten i regionene.

Figur 9.19 Utskrivninger i det psykiske helsevernet for voksne. Regioner 2010-2014.



Figur 9.18 Oppholdsdøgn i det psykiske helsevernet for voksne. Døgn per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. Regioner 2010-2014.



På landsbasis ble oppholdsdøgnsraten redusert med 21 prosent fra 2010 til 2014. Størst var nedgangen i Helse Sør-Øst (25 prosent), mot hhv. 14 prosent i Helse Vest, 17 prosent i Helse Midt-Norge og 16 prosent i Helse Nord. Helse Nord og Helse Vest har gjennomgående høyere rater enn Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge.

På landsbasis har det også vært en nedgang i utskrivningsraten (3 prosent). Nedgangen har kommet i Helse Nord (9 prosent) og i Helse Sør-Øst (8 prosent). Helse Vest og Helse Midt-Norge har begge hatt en økning på 4 prosent. Helse Nord har gjennomgående høyere utskrivningsrater, mens Helse Sør-Øst har gjennomgående lavere rater.

Pasientsammensetning i 2014

Kjønnsfordeling

I figur 9.20 presenteres fordeling av pasienter i PHV-BU og PHV-V i 2014 etter kjønn. Figuren viser prosentandel kvinner for ulike behandlingsformer i offentlig virksomhet og hos avtalespesialister, samt for virksomhetene samlet.

Gutter utgjorde en større andel av pasientene i PHV-BU både i offentlige institusjoner og hos avtalespesialister. Unntaket var pasienter i døgnbehandling, der det var en større andel jenter enn gutter i 2014. I det psykiske helsevernet for voksne er det for alle behandlingsformer et flertall av kvinner, lavest blant døgnpasientene (53 prosent), høyest hos avtalepsykologene (67 prosent).

Psykisk helsevern for barn og unge

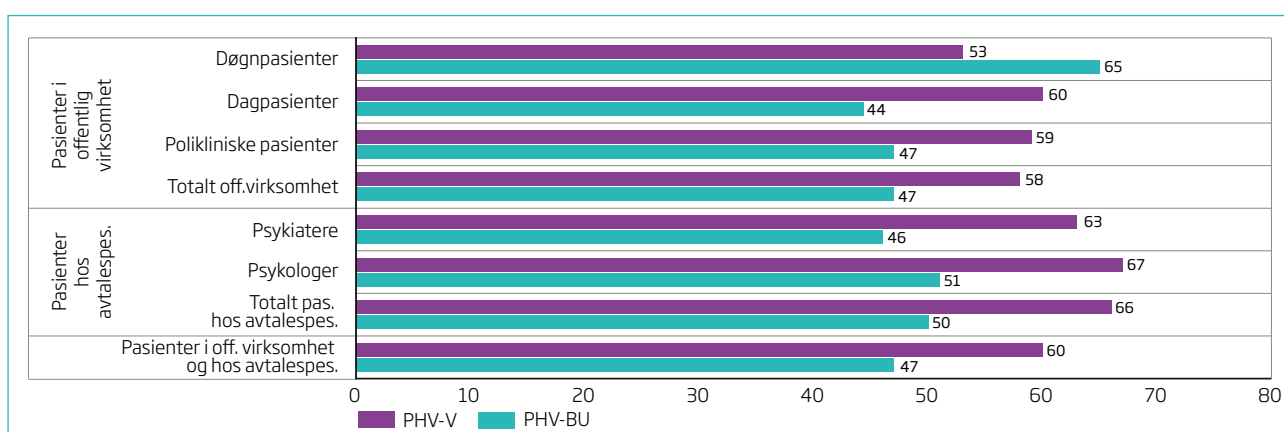
Figur 9.21 viser pasientraten etter alder i tjenestene for barn og unge. Pasienter i aldersgruppen 13-17 år

hadde den klart høyeste pasientraten i 2014, mens barn i alderen 0 til 5 år hadde laveste rate. Dette gjaldt både i offentlige institusjoner og hos avtalespesialister, og for poliklinisk pasienter og døgnpasienter. Poliklinisk behandling utgjør det store volumet og overlapper raten for pasienter i offentlige institusjoner. I det offentlige psykiske helsevernet mottok 1,6 prosent av 18-22 åringene behandling i tjenestene for barn og unge, men dette er ikke tatt med i figuren. Dette henger blant annet sammen med at pasientene kan beholde sin behandler opp til de er 23 år.

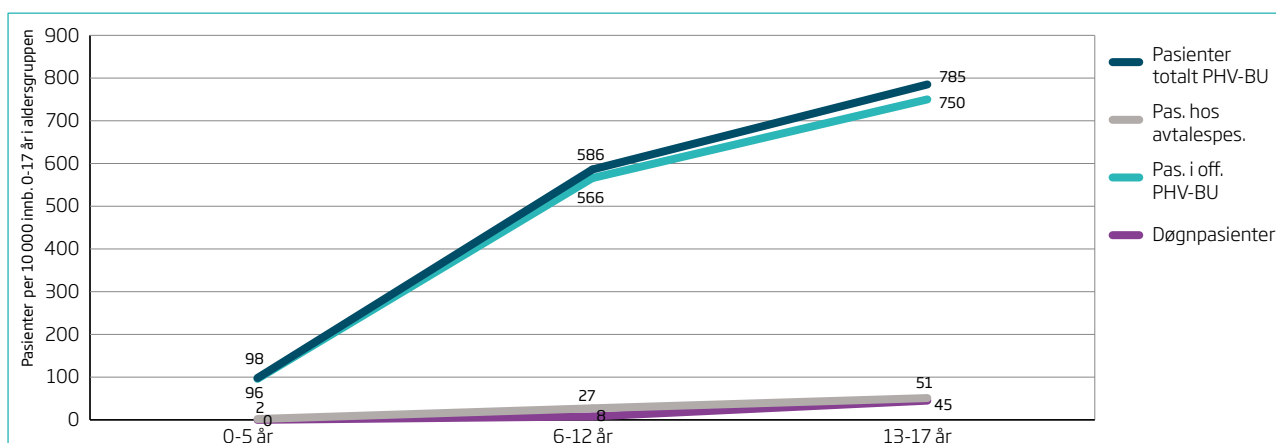
I tabell 9.8 presenteres diagnosefordelingen for barn og unge i 2014.

Blant pasientene som hadde en fastsatt diagnose i PHBU, utgjorde hyperkinetiske forstyrrelser (28 prosent), nevrotiske lidelser (24 prosent) og atferdsforstyrrelser (19 prosent) de største

Figur 9.20 Prosentandel kvinner i PHV-BU og PHV-V etter behandlingsform og kjønn i 2014. Prosent kvinner.



Figur 9.21 Pasienter i det psykiske helsevernet for barn og unge etter alder og behandlingsform 2014.



gruppene. Mens hyperkinetiske forstyrrelser var den største diagnosegruppen i offentlig virksomhet (29 prosent), var det flest med nevrotiske lidelser (28 prosent) og atferdsforstyrrelser (23 prosent) blant pasientene behandlet hos avtalespesialistene. Avtalepsykiatere behandlet i størst grad hyperkinetiske forstyrrelser (33 prosent) og atferds-

forstyrrelser (22 prosent), mens avtalepsykologer behandlet i større grad nevrotiske lidelser (32 prosent).

Psyisk helsevern for voksne

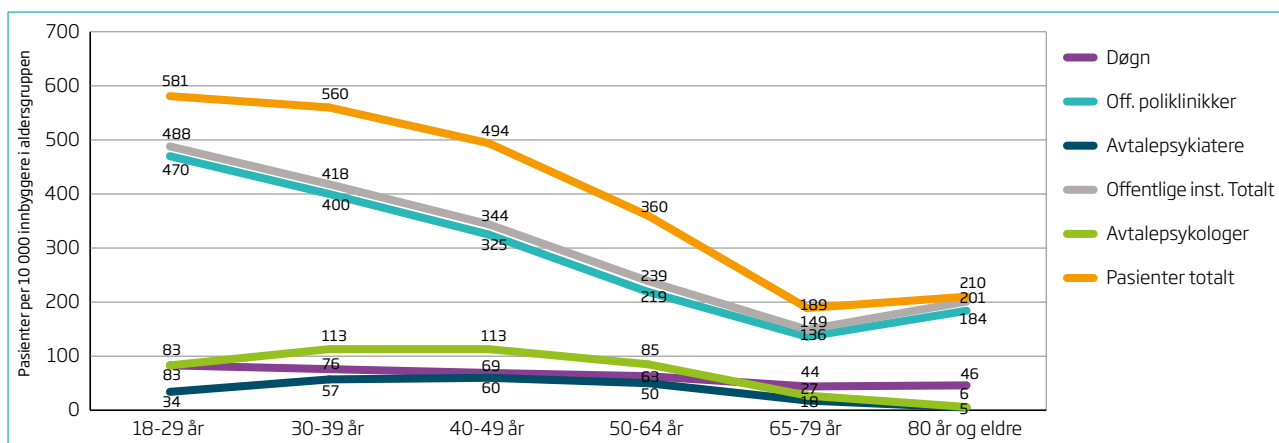
Figur 9.22 viser pasientrater etter alder og behandlingsform for utvalgte pasientgrupper.

Tabell 9.8 Pasienter i det psykiske helsevernet for barn og unge etter behandlingsform og diagnose i 2014. Prosent.

Diagnosegruppe	Pas i off. virksomhet				Pas. 0-17 år hos avtalespes.			Pasienter totalt ¹
	Døgn-pasienter	Dag-pasienter	Polikl. pasienter	Totalt	Psykiatere	Psykologer	Totalt	
Organiske lidelser (F0)	0,1	0,6	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,1
Ruslidelser (F1)	1,5	0,4	0,2	0,2	0,0	0,1	0,1	0,2
Schizofrenier (F2)	5,1	2,2	0,7	0,7	0,0	0,1	0,0	0,7
Affektive lidelser (F3)	26,4	9,9	12,0	12,1	13,3	9,9	10,9	12,0
Nevrotiske lidelser (F4)	24,5	16,7	23,8	23,8	17,8	31,8	28,2	24,1
Personlighetsforstyrrelser (F6)	1,3	0,7	0,6	0,6	0,5	1,2	1,0	0,6
Utviklingsforstyrrelser (F8)	5,3	13,5	8,8	8,8	3,4	10,3	8,5	8,7
Hyperkinetiske forstyrrelser (F90)	11,7	31,3	29,0	29,0	32,5	13,2	18,0	28,4
Atferdsforstyrrelser barn og ungdom (F91-98)	13,0	21,0	19,2	19,2	22,4	22,9	22,8	19,3
Andre psykiske lidelser (F5, F7, F99)	8,7	3,6	3,4	3,4	6,1	8,0	7,5	3,6
Sykd. i nervesystemet (G)	0,1	0,0	0,0	0,0	2,4	0,9	1,3	0,1
Andre diagnoser ekskl Z	2,4	0,2	2,2	2,2	1,5	1,4	1,4	2,1
Totalt	100	100	100	100	100	100	100	100
N=	2 022	733	55 146	55 263	700	2 041	2 704	57 181
Herav:								
ICD10 mangler, ingen påvist tilstand akse 1, mangelfull informasjon for å kode på akse 1	96	58	11 699	11 723	21	158	179	11 885
Andre faktorer og kontakter (Z)	137	141	13 033	13 069	85	296	380	13 381

1 Data fra avtalespesialistene omfatter om lag 94 prosent av virksomheten.

Figur 9.22 Pasienter per 10 000 innbyggere etter alder og behandlingsform. Psyisk helsevern for voksne 2014.



Både for døgnpasienter og polikliniske pasienter i offentlig virksomhet synker pasientraten med stigende alder. Unntaket er den eldste aldersgruppen (80 år og eldre). Denne aldersgruppen omfatter mange pasienter som er til utredning for organiske lidelser. Avtalespesialistene har tyngdepunktet av pasientene i aldersgruppen 30-49 år.

Tabell 9.9 viser fordelingen av pasientene etter diagnose og behandlingsform.

Hovedtyngden av pasientene har en affektiv eller nevrotisk lidelse. Dette er spesielt uttalt hos avtalespesialistene. I offentlige tjenester er det også et betydelig innslag av pasienter med schizofreni og stofflidelser, spesielt blant døgnpasientene. Avtalespesialistene behandler i liten grad disse pasientgruppene.

Behovet for tjenester vil variere mellom pasienter med ulike diagnoser. I tabell 9.10 har vi derfor beregnet den prosentvise fordelingen av aktiviteten for pasientene i de ulike diagnosegruppene.

Blant pasienter i offentlig virksomhet står pasienter med en psykoselidelse (F2) for en langt høyere andel

av aktiviteten enn av pasientene. Dette gjelder både for døgn og poliklinikk. Blant døgnpasientene står pasienter med stofflidelser og nevrotiske lidelser for en lavere andel av oppholdsdøgnene enn av pasientene.

9.4 DATA OG DEFINISJONER

Personelldata

Data om samlet personellinnsats er samlet inn av Statistisk sentralbyrå.

Fra 2008 gikk Statistisk sentralbyrå over fra å publisere personellstatistikk basert på skjemaopplysninger innhentet fra helseforetak og private institusjoner til data basert på uttrekk fra blant annet helseforetakenes personellregistre og andre offentlige registre. Fra 2009 benytter også SAMDATA registerdata. I forbindelse med overgangen ble det avdekket betydelige avvik mellom de to datakildene. I registrene var det gjennomgående registrert færre årsverk innenfor det psykiske helsevernet enn ved bruk av skjema. Avvikene skyldtes sannsynligvis

Tabell 9.9 Pasienter etter hoveddiagnose og behandlingsform i det psykiske helsevernet for voksne 2014. Prosent.

Diagnosegruppe	Pasienter i off. virksomhet				Pasienter 18 år og eldre hos avtalespesialister			Pasienter total ¹
	Døgn	Dag	Polikl.	Totalt	Psykiatere	Psykologer	Totalt	
Organiske lidelser (F0)	3	1	3	3	0	2	1	2
Stofflidelser (F1)	14	5	5	6	1	1	1	5
Schizofrenier (F2)	21	22	9	10	2	1	1	7
Affektive lidelser (F3)	28	33	31	31	40	31	35	32
Nevrotiske lidelser (F4)	19	22	29	29	39	47	44	33
Personlighetsforstyrrelser (F6)	6	7	6	6	4	4	4	5
Hyperkinetiske forstyrrelser (F90)	1	2	5	5	6	4	4	5
Atferdsforstyr. barne- og ungdom (F91-98)	0	0	0	0	0	1	0	0
Andre psykiske lidelser (F5, F7, F8, F99)	5	7	8	8	4	6	5	7
Sykdommer i nervesystemet (G)	2	1	2	2	1	1	1	2
Andre diagnoser ekskl. Z-diagnoser	1	1	1	1	1	2	1	1
Total	27 251	2 173	124 794	132 226	17 057	32 895	49 130	174 936
Z-diagnose	1 302	156	22 312	23 304	709	2 475	3 176	26 292
ICD10 mangler	344	71	1 510	1 881	359	1 158	1 514	3 385

først og fremst at personell ikke er ført på riktig sektor i personellregistrene. I løpet av de siste årene har dette blitt rettet opp. Det knytter seg dermed usikkerhet til utviklingstallene, særlig for perioden 2009-2011.

For å kunne bruke informasjon fra registeret på sektornivå, må personellet være registrert på riktig sektor. Det er ikke alltid tilfelle. Det vil også være usikkerhet knyttet til registrering og fordeling av fellespersonell. Helsedirektoratet har valgt å fordele fellespersonellet. Dette er gjort skjematisk ut fra hvor stor andel av personellet i helseforetaket som befinner seg i den enkelte sektor.

Det har vist seg vanskelig å skille ut tall for personellinnsats knyttet til poliklinisk og ambulant virksomhet basert på register. Helsedirektoratet har derfor i egen regi foretatt innsamling av dette. Endret registreringsmetode påvirker derfor ikke personelltallene for poliklinisk virksomhet, eller produktivitetstall basert på disse. Personell knyttet til rusrelatert behandling blir imidlertid i stigende grad skilt ut fra det psykiske helsevernet for voksne

og i stedet registrert under TSB. Dette dreier seg hovedsak om arbeid rundt henvisninger til TSB og LAR (Legemiddelassistert rehabilitering).

I registerdata er den enkelte ansattes avtalte arbeidstid omregnet til årsverk. Dette omfatter ikke mertid eller overtid. I SAMDATA benyttes avtalte årsverk eksklusive lange fravær, dvs. fratrasket legemeldt sykefravær og foreldrepermisjoner. Registerdata inkluderer ikke innleid personell i helseforetakene.

Uttrekket av registerdata gjøres en fast uke i november hvert år. Registrering av poliklinisk og ambulant personell skjer i samme periode.

Døgnplasser

Data om døgnplasser er samlet inn av Statistisk sentralbyrå. Oppgavene i kapitlet tar utgangspunkt i antall døgnplasser ved utgangen av året. SSB samler nå også inn data der det korrigeres for feriestengninger mv. Siden vekten i dette kapitlet ligger på utviklingstall, har vi ikke benyttet disse i fremstillingen.

Tabell 9.10 Behandlingsaktivitet etter hoveddiagnose i det psykiske helsevernet for voksne 2014. Prosent.

Diagnosegruppe	Offentlig virksomhet			Avtalespesialister		
	Oppholdsdøgn	Oppholdsdager	Polikliniske konsultasjoner	Konsultasjoner psykiater	Konsultasjoner psykologer	Konsultasjoner totalt
Organiske lidelser (F0)	3	0	1	0	1	0
Ruslidelser (F1)	6	3	4	1	1	1
Schizofrenier (F2)	38	33	18	2	1	1
Affektive lidelser (F3)	26	28	30	41	33	36
Nevrotiske lidelser (F4)	12	18	26	40	50	47
Personlighetsforstyrrelser (F6)	6	9	9	5	6	6
Hyperkinetiske forstyrrelser (F90)	1	2	4	4	2	2
Atferdsforstyr. barne- og ungdom (F91-98)	0	0	0	0	0	0
Andre psykiske lidelser (F5, F7, F8, F99)	5	7	7	4	5	4
Sykdommer i nervesystemet (G)	1	0	1	1	1	1
Andre diagnoser ekskl. Z-diagnoser	1	1	1	1	1	1
Total	1 120 031	17 003	1 425 917	200 089	400 913	601 002
Z-diagnose	23 778	571	110 642	4 509	15 268	19 777
ICD10 mangler	35 359	76	8 062	2 208	8 320	10 528

Pasientdata

Tallene som presenteres i dette kapitlet bygger på pasientdata innsamlet av NPR.

Enheter/helseforetak som har endret pasientadministrativt system fra BUP-data til DIPS rapporterer en markant lavere aktivitet (konsultasjoner/tiltak) etter konvertering til nytt system. Nedgangen gjelder spesielt aktivitetstypen utredning, men også i noen grad kontakter knyttet til behandling. For 2014-data gjelder dette Oslo Universitetssykehus og Sørlandet sykehus. Tidligere har andre enheter tatt i bruk DIPS som pasientadministrativt system, Helse Stavanger i 2010 og Vestre Viken HF, Helse Fonna og Helse Førde og to private institusjoner i Helse Sør-Øst i 2011, Helse Nord samt Helse Bergen i 2012 og Sykehuset Østfold HF og Telemark HF i 2013. Dette medfører at antall polikliniske tiltak for disse enhetene ikke er korrekte.

På bakgrunn av dette presenteres polikliniske konsultasjoner med takstrefusjon i stedet for tiltak, da dette i mindre grad er påvirket av overgangen til nytt datasystem enn polikliniske tiltak. Vi kan imidlertid ikke utelukke at også disse tallene er noe underrepresentert, da vurderingssamtaler, ettervern og telefonsamtaler i noen grad ikke fanges opp i nytt pasientdatasystem.

I beregning av døgnopphold, vil døgnopphold som starter samme dag som et eksisterende døgnopphold avsluttes, betraktes som ett sammenhengende opphold.

For et fåtall mindre institusjoner foreligger ikke pasientdata på individnivå for enkelte år. Vi har her benyttet manuelle oppgaver fra institusjonen.

Data for avtalespesialistene er ikke komplette. NPR har estimert at data omfatter omlag 94 prosent av virksomheten. I enkelte tabeller har vi estimert pasienttall, korrigert for underrapportering. I andre tabeller benyttes de rapporterte tallene direkte.

For å beregne antall behandlede pasienter benyttes et felles kryptert personnummer på tvers av tjenester og institusjoner. For de data som foreligger er registreringen av kryptert nummer nær komplett, over 99 prosent for alle datasettene.

For definisjoner, omtale av datagrunnlag og grunnlagsdata henvises det til Helsedirektoratets nettsider: <https://helsedirektoratet.no/statistikk-og-tall/samdata>.

10. Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Om lag 30 500 pasienter har mottatt behandling i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i 2014. Dette utgjør tre prosent økning i antall pasienter fra 2013. Dekningsraten for pasienter i TSB er 75 per 100 000 voksne innbyggere. Døgnpasientene utgjør i underkant av 30 prosent av pasientene i behandling i TSB i 2014. Om lag 60 prosent av døgnpasientene har alkohol eller opiatproblematikk. Dersom alle pasienter i TSB ses under ett, utgjør alkohol- eller opiatproblematikk behandlingsgrunnlaget for halvparten av pasientene. Pasienter med psykiatriske diagnoser og pasienter under utredning utgjør hhv 13 og 16 prosent av pasientene i 2014.

Ved utgangen av 2014 er døgnkapasiteten i TSB på 1906 døgnplasser. Dette er en økning på 194 døgnplasser fra 2013 hvorav 156 døgnplasser er knyttet til private institusjoner.

I alt 18 prosent av innleggelsene er øyeblikkelig hjelp-innleggelser ved HF eller private institusjoner og belegget ved døgnenhetene er på 87 prosent. I alt 54 prosent av utskrivningene fra TSB i HF-ene gjelder pasienter som gjeninnlegges innen et år. For private institusjoner med helhetlig TSB gjelder dette 48 prosent av utskrivningene.

Døgnpasienter som skrives ut etter døgnbehandling ved HF-ene har hatt en median behandlingsvarighet på 12 dager, mens pasienter som skrives ut fra private institusjoner med TSB, har hatt en median behandlingstid på 14 dager. Ved de øvrige døgninstitusjonene er median behandlingstid på 58 dager i 2014.

Personelldekningen er på 100 årsverk per 100 000 voksne innbyggere. Dette tilsvarer fire prosent økning i personelldekningen og økningen er knyttet til både helsefaglig og sosialfaglig personell. En fjerdedel av personellressursene arbeider innen poliklinisk virksomhet. Polikliniske årsverk har økt med 10 prosent mens antall konsultasjoner har økt 7 prosent fra 2013.

10.1 DØGNPLASSER

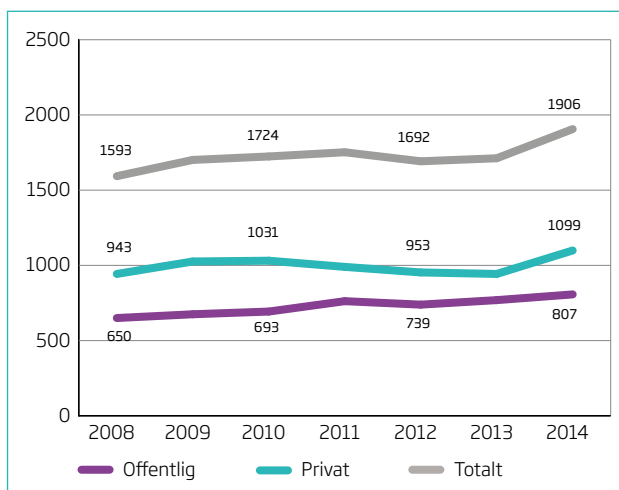
Nasjonale tall

En indikator på *volumet* i døgntilbudet i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) er antall døgnplasser ved helseforetakene, og volumet av den avtalte døgnplasskapasiteten ved private institusjoner. I figur 10.1 er antallet døgnplasser i perioden fra 2008 til 2014 presentert.

Utviklingen i døgnplasser i perioden fra 2008 til 2013 viser at volumet av private døgnplasser i 2013 er på samme nivå som i 2008, mens den offentlige kapasiteten har hatt en gradvis økning i perioden. Samlet sett har antallet døgnplasser i perioden fra 2013 til 2014 økt med 194 plasser. Av disse er 156 plasser knyttet til økt volum i avtaler som er inngått med private institusjoner, og 38 plasser er knyttet til utvidelse av behandlingstilbud ved HF-ene. I tabell 10.1 er endringen i døgnplasser presentert for hver av regionene. I oppdragsdokumentene fra Helse -

og omsorgsdepartementet er måltallene for døgnplassøkningen på i alt 200 plasser fordelt på 110 plasser i Helse Sør-Øst, 40 plasser i Helse Vest og 25 plasser i Helse Midt-Norge og 25 plasser i Helse Nord. Oppdragsdokumentene angir at målet med kapasitetsøkningen er å bidra til flere langtids-plasser og til økt behandlingsskapasitet for pasienter med samtidig rus- og psykiske lidelser, akutt- og abstinensbehandling, gravide/familier med rusproblemer og unge med mer omfattende hjelpebehov.

Figur 10.1 Antall døgnplasser i TSB ved offentlige behandlingssteder og private avtaleinstitusjoner.



Regionale tall

Antallet døgnplasser i 2014 og endringen fra 2013 ved offentlige enheter og private avtaleinstitusjoner for hver av regionene er presentert i tabell 10.1.

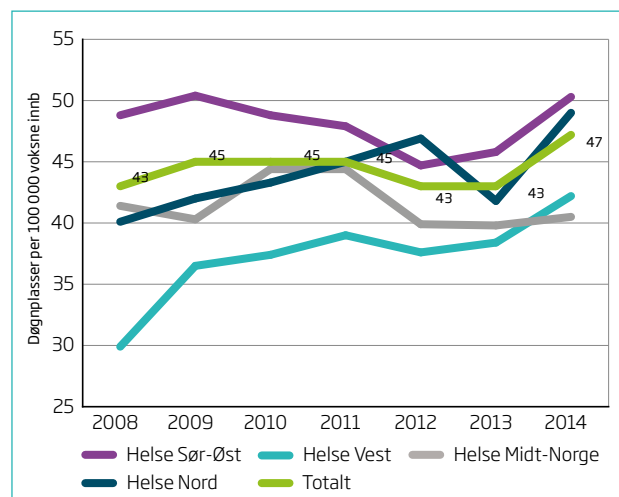
Tabell 10.1 Antall døgnplasser i TSB i 2014 og endringen i antall døgnplasser fra 2013.

Region	2014			Endring fra 2013		
	Offentlig	Privat	Totalt	Offentlig	Privat	Totalt
Helse Sør-Øst	445	698	1 143	12	107	119
Helse Vest	159	193	352	15	21	36
Helse Midt-Norge	108	117	225	4	3	7
Helse Nord	95	91	186	7	25	32
Totalt	807	1 099	1 906	38	156	194

Den samlede økningen i antall døgnplasser i Helse Sør-Øst er på 119 plasser og regionen har nesten

innfridd måltallet på 110 nye plasser ved private institusjoner. I Helse Vest er det opprettet 21 flere private avtaleplasser, men selv med den økte offentlige kapasiteten var ikke målet om 40 nye plasser innfridd ved utgangen av 2014. I Helse Midt-Norge er det ikke utført endringer i døgnplasskapasitet i tråd med målene for regionen. Helse Nord har gjort avtaler om 25 nye døgnplasser i tråd med måltallet for regionen, men her er avtalene med de private basert på en intensjon om bruk i motsetning til de øvrige regionene hvor avtalene med de private i all hovedsak utgjør en reell kapasitet som øremerkes døgnbehandling for regionens pasienter. I figur 10.2 er dekningsrater for regionene i perioden fra 2008 til 2014 presentert.

Figur 10.2 Dekningsrate for døgnplasser i TSB i regionene.



De regionale forskjellene med hensyn på dekningsrate for døgnplasser i TSB, er blitt mindre i løpet av perioden 2008-2014. Helse Vest har økt sin dekningsrate gjennom perioden, mens Helse Sør-Øst har samme nivå som ved inngangen av perioden. Mye har endret seg siden den gangen både med hensyn på begrepet langtidsbehandling og interregional handel med avtaleplasser. I 2008 hadde Helse Sør-Øst en mye høyere dekningsrate sammenlignet med de øvrige regionene. De øvrige regionene kompenserte til en viss grad for sine relativt sett lavere dekningsrater ved kjøp av avtaleplasser og offentlige døgnplasser fra Helse Sør-Øst. I 2014 dekker regionene i stor grad eget behov for døgnplasskapasitet gjennom egen virksomhet og egne avtaler.

Dekningsraten av døgnplasser viser en økning nasjonalt og i Helse Sør-Øst, Helse Vest og Helse

Nord fra 2013 til 2014. Den avtalte kapasiteten i 2014 øker mer enn befolkningsveksten og den nasjonale raten ligger på 47 døgnplasser per 100 000 voksne innbygger. Den ønskede økningen i døgntilbud fra sentralt hold er langt på vei innfridd gjennom disse avtalene og gir grunnlag for et økt behandlingstilbud. Innfrielsen av måltallene omfatter også at den økte kapasiteten plasseres der behandlingstilbud for de aktuelle pasientgruppene kan tilbys. I hvilken grad denne kapasitetsøkningen har medført endringer i pasienttilbudet i TSB, vil vi først kunne se i statistikken over bruken av tjenestene kommende år.

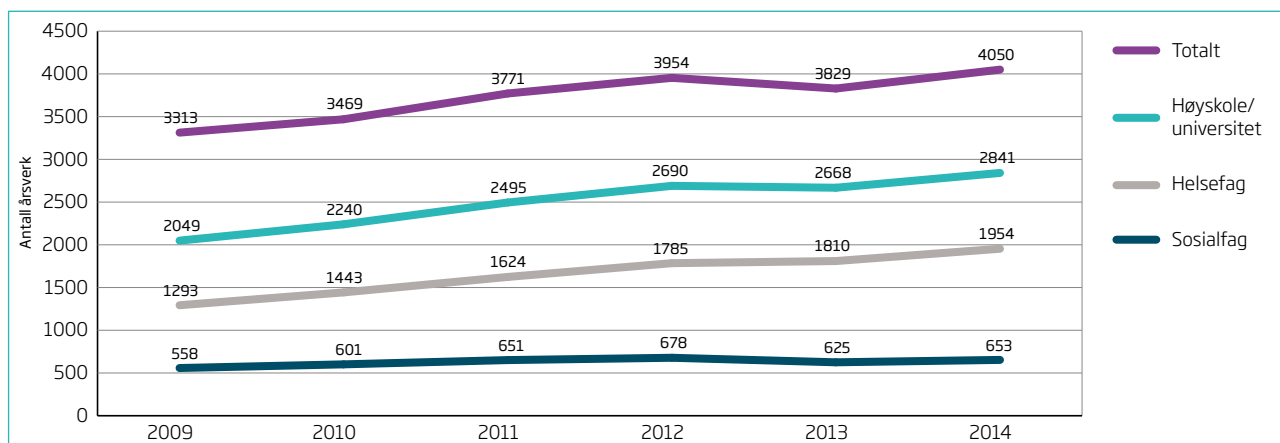
10.2 PERSONELL

Nasjonale tall

Personellstatistikken er basert på virksomhetenes innregistrerte avtalte arbeidsforhold per november i A/A – registeret. Nasjonale utviklingstall for antall årsverk knyttet til sektoren TSB er presentert i figur 10.3.

Antall årsverk i TSB har økt fra 2013 til 2014 i takt med økningen i døgnplasskapasiteten. Det er helsefagene som har hatt den største økningen. Årsverk med høyskole eller universitetsutdanning har også økt i perioden og viser en økende kompetanseheving blant personellet. I tabell 10.2 er nøkkeltall for personellsammensetningen i offentlig og privat del av TSB presentert for perioden 2010 til 2014.

Figur 10.3 Antall årsverk i TSB fordelt på utdanningskategorier.



Tabell 10.2 Nøkkeltall målt ved andel (prosent) årsverk i TSB i perioden 2010-2014.

Personellkategori	Offentlig/ privat	2010	2011	2012	2013	2014
Helsefaglig ¹	Offentlig	46	48	50	51	53
	Privat	36	36	39	41	41
	Totalt	42	43	45	47	48
Sosialfaglig ²	Offentlig	17	18	18	16	16
	Privat	17	16	16	17	16
	Totalt	17	17	17	16	16
Spesialisering/videreutdanning ³	Offentlig	34	34	37	38	37
	Privat	22	21	24	27	25
	Totalt	28	29	32	34	33
Høyskole/universitetsutdanning	Offentlig	70	73	74	74	75
	Privat	58	57	60	63	63
	Totalt	65	66	68	70	70

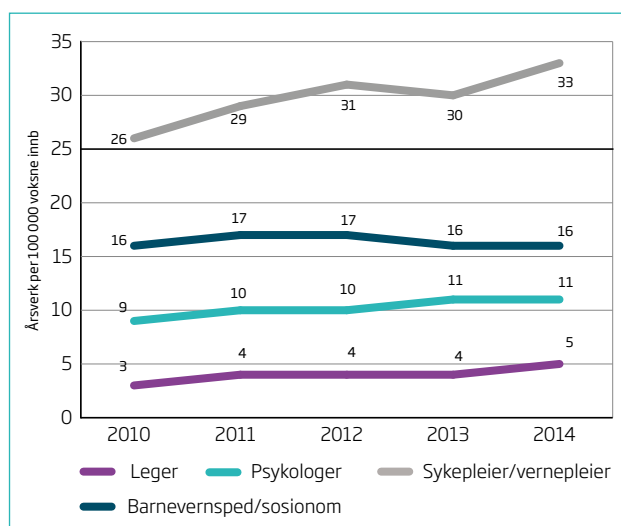
1 Helsefaglige årsverk inkluderer leger, psykologer, sykepleiere og vernepleiere.

2 Sosialfag inkluderer sosionomer og barnevernspedagoger.

3 Spesialisering i psykiatri eller videreutdanning i psykisk helsearbeid eller rusproblematikk.

Andel årsverk med høyskole eller universitetsutdanning har økt fra 65 til 70 prosent i perioden 2010-2014. Innen det offentlige tilbudet er tre fjerdedeler av årsverkene høyskole- eller universitetsutdannet, mens 63 prosent ved de private institusjonene har høyskole eller universitetsutdanning innen helse og sosialfag. Det er små endringer i personellsammensetningen fra 2013 til 2014. Dekningsrater for leger, psykologer, sykepleiere/vernepleiere og barnevernspedagoger og sosionomer er presentert i figur 10.4.

Figur 10.4 Dekningsrater for leger, psykologer, sykepleiere/vernepleiere og barnevernspedagoger og sosionomer i TSB.

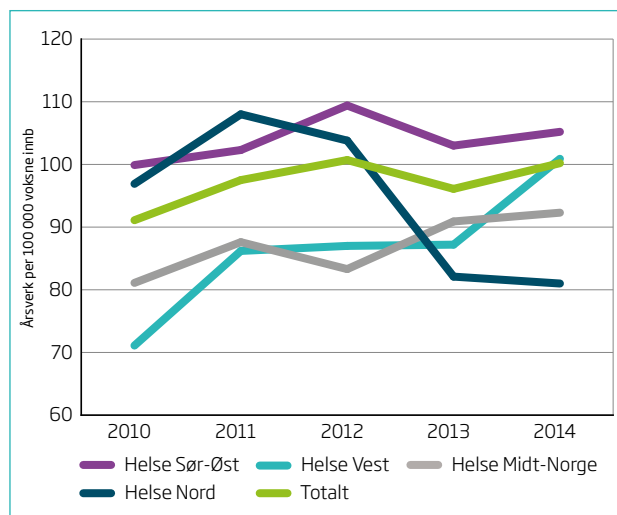


Blant personellet i TSB er det sykepleiere/vernepleiere som har hatt den største økningen i dekningsrate. Leger og psykologer har hatt en liten vekst i dekningsrate mens sosialfaglige utdanninger, som her er representert ved barnevernspedagoger og sosionomer, har opprettholdt samme nivå gjennom femårsperioden.

Regionale tall

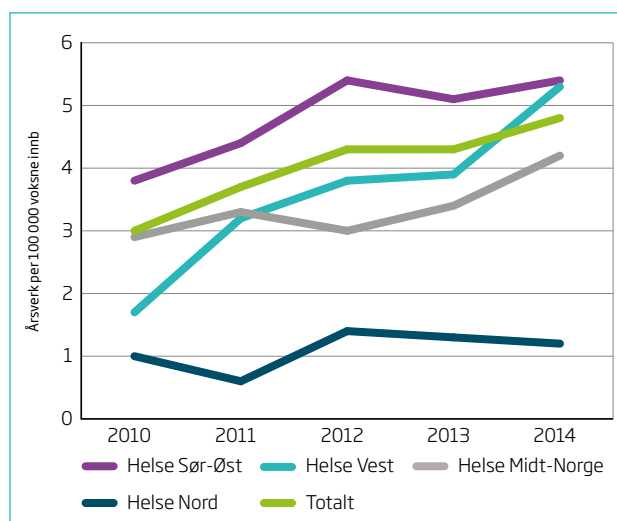
Utviklingen i regionene er presentert ved dekningsrater for årsverk totalt og for utvalgte utdanningsgrupper. I figur 10.5 er dekningsratene for årsverk totalt i TSB presentert.

Figur 10.5 Dekningsrater for årsverk totalt i TSB i regionene.



Figur 10.5 viser at det er blitt noe mindre ulikhet i perioden mellom regionene med hensyn på årsverk per innbygger. Dekningsraten for Helse Nord vil kunne variere mer enn dekningsratene for de øvrige regionene på grunn av regionenes størrelse. Det er små endringer i dekningsraten fra 2013 til 2014 og dekningsraten for årsverk i TSB ligger på 100 årsverk per 100 000 voksne innbyggere i 2014. Dekningsrater for legeårsverk i TSB er presentert i figur 10.6.

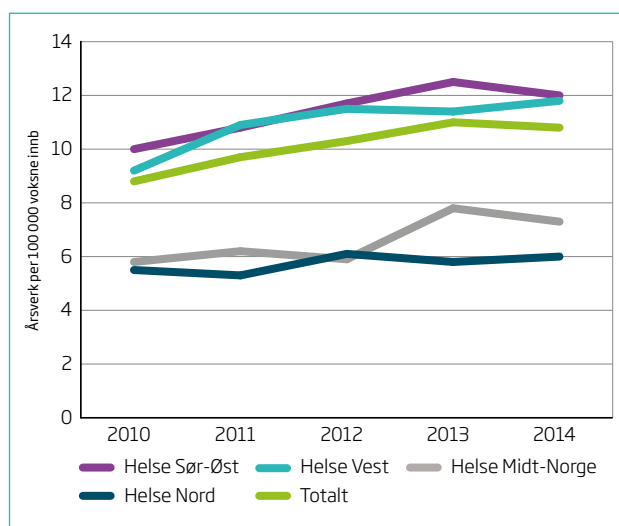
Figur 10.6 Dekningsrater for leger i TSB i regionene.



Legedekningen i regionene har økt i perioden og med den etablerte spesialistutdanningen innen rus og avhengighetsmedisin vil sektoren også få en formell spesialistkompetanse. Legedekningen er høyest i Helse Sør-Øst og Helse Vest, mens

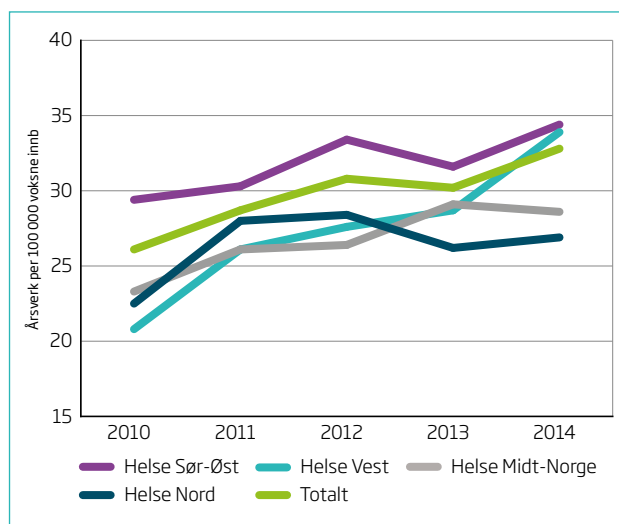
dekningsraten i Helse Nord er lite endret i løpet av femårsperioden. Psykologdekningen i TSB er presentert i figur 10.7.

Figur 10.7 Dekningsrater for psykologer i TSB i regionene.



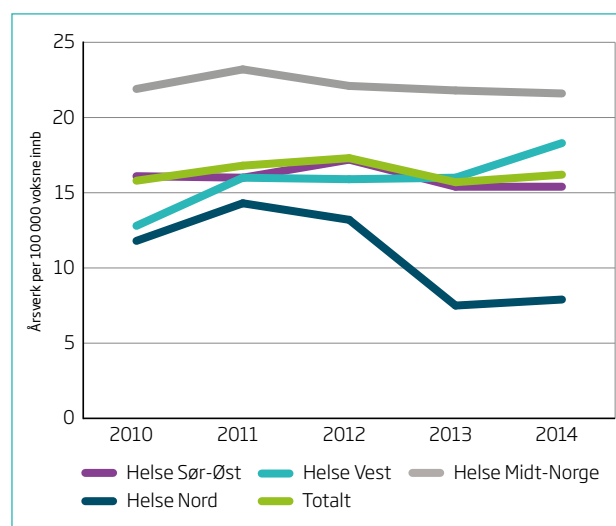
Ratene for psykologdekningen viser størst økning i regionene med det høyeste nivået; Helse Sør-Øst og Helse Vest. Det er mindre endringer i Helse Midt-Norge og små endringer i Helse Nord. Helse Sør-Øst har dobbelt så høy psykologdekning som Helse Nord i 2014 og forskjellen mellom regionene har økt i løpet av perioden. Dekningsrater for sykepleiere /vernepleiere er presentert i figur 10.8.

Figur 10.8 Dekningsrater for sykepleiere/vernepleiere i TSB i regionene.



Som de nasjonale dekningsratene for årsverk i TSB viser, er det blant sykepleiere/vernepleiere den største økningen har funnet sted i femårsperioden. Også her er det Helse Sør-Øst og Helse Vest som har den høyeste sykepleier/vernepleierdekningen. Det er Helse Vest som har hatt den største økningen i femårsperioden. I tillegg til helsepersonell er sosialfaglig personell sentrale personellgrupper i TSB og dekningsrater for barnevernspedagoger og sosionomer er presentert i figur 10.9.

Figur 10.9 Dekningsrater for barnevernspedagoger og sosionomer i TSB i regionene.



Dekningsratene for sosialfaglig personell viser en vekst i Helse Vest, mens det i Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge er liten endring i femårsperioden. I Helse Nord er dekningsraten redusert i 2013 og dette nivået er opprettholdt i 2014. Helse Midt-Norge har den høyeste dekningsraten og ligger stabilt på dette nivået gjennom hele perioden når det gjelder barnevernspedagoger og sosionomer i forhold til innbyggertallet.

Polikliniske årsverk innrapporteres gjennom en egen manuell innsamling i forbindelse med Samdata. Dekningsrater for polikliniske årsverk i regionene foreligger nå for perioden 2010-2014 og er presentert i tabell 10.3.

Tabell 10.3 Dekningsrater for årsverk innen poliklinisk/ambulant virksomhet i perioden 2010-2014.

Helseforetak	Årsverk per 100 000 voksne innbyggere				
	2010	2011	2012	2013	2014
Helse Sør-Øst	25	26	28	28	29
Helse Vest	16	22	25	24	30
Helse Midt-Norge	14	15	17	20	21
Helse Nord	9	8	9	11	12
Totalt	20	22	24	24	26

De regionale forskjellene er vedvarende gjennom hele perioden og må ses i sammenheng med endringene av sektortilknytning til psykiatriske ungdomsteam og ruspoliklinikker i perioden 2010-2013. Dette er omtalt i avsnittet om poliklinisk virksomhet. I løpet av siste år er endringen en ren kapasitetsøkning innen TSB i alle regioner. Veksten gir indikasjon på en økt ressursbruk innen poliklinisk virksomhet innen TSB og gjelder alle regioner. Helse Nord ligger imidlertid lavt med hensyn dekningsrate gjennom hele perioden og har under 50 prosent av landsgjennomsnittet også i 2014. I hvilken grad flere årsverk gir seg utslag i flere konsultasjoner er avhengig av hvordan ressursene benyttes i pasientbehandlingen og hvordan virksomheten rapporteres til NPR. Dersom ambulant virksomhet er prioritert vil dette ikke komme like godt til syne i aktivitetsstatistikken når pasientkontakter telles uavhengig av tidsbruken på hver pasientkontakt.

10.3 AKTIVITETEN VED VIRKSOMHETENE

Ved bruk av innrapporterte pasientdata til NPR kan aktiviteten ved hver enkelt institusjon beskrives. I dette avsnittet er nasjonale og regionale utviklingstrekk presentert gjennom utvalgte indikatorer for døgntilbudet og det polikliniske tilbudet de siste år. Pasientdata inkluderer ikke det totale nasjonale volumet av aktivitet, men er likevel benyttet for å beskrive utviklingen i virksomheten⁴⁸.

Varigheten av døgntilbudet har vært under debatt i løpet av de ti årene rusbehandling har vært en del av spesialisthelsetjenesten. Tilbudet har også endret seg, både med hensyn til innhold og hvor tilbudet utføres. De private institusjonene utgjør en betydelig del av døgntilbudet, nå som da rusreformen trådte i kraft i 2004. Samtidig er det offentlige tilbudet i helseforetakene videreutviklet, særlig innen akutttilbudet og avrusning og helseforetakene har nå det overordnede ansvaret for LAR⁴⁹.

Døgntilbudet ved HF-ene og døgntilbudet ved private

Døgntilbudet i TSB utføres både ved HF-ene og ved private avtaleinstitusjoner. Utviklingen i døgntilbudet ved HF-ene og ved private institusjoner som utfører behandlingstjenester for regionene, er vist i tabell 10.4. Her er HF-enes egen virksomhet sett i forhold til regionens samlede døgntilbud, inklusive kjøp fra private til egen befolkning.

Når det gjelder dekningsratene i regionene; i hvilken grad regionene besørger «sørge-for-ansvaret» for sin egen befolkning, er dette presentert i et eget avsnitt om befolkningens bruk av tjenestene etter bostedsområder sist i kapitlet.

I løpet av de siste fire årene har de aller fleste HF-ene etablert et eget døgntilbud innen TSB og samlet sett bidrar dette til en volumøkning på tre prosent når vi ser på antall oppholdsdøgn. Det er i Helse Vest og Helse Nord behandlingsvolumet ved HF-enes egne behandlingssenheter har økt. For den private virksomheten innen TSB er nedgangen på tre prosent i løpet av de siste fire år og det er i Helse Midt-Norge og Helse Nord behandlingsvolumet fra private behandlingssenheter er redusert.

I løpet av det siste året har volumet i døgntilbudet økt med tre prosent; fem prosent økning i HF-enes virksomhet og to prosent økning ved private institusjoner. I Helse Sør-Øst og Helse Vest er det en økning i oppholdsdøgnene både ved HF-ene og ved kjøp fra private i løpet av 2014. I Helse Midt-Norge og Helse Nord har det vært en reduksjon av oppholdsdøgn knyttet til kjøp av private i løpet av dette året. Volumet av oppholdsdøgn ved

⁴⁸ Pasientdatas kompletthet er beskrevet i grunnlagsdata de respektive år: <https://helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/samdata>

⁴⁹ <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-faglig-retningslinje-for-legemiddelassistert-rehabilitering-ved-opioidavhengighet>

Tabell 10.4 Antall oppholdsdøgn og endringer (prosent) i oppholdsdøgn ved døgnenheter i TSB ved HF-ene og i oppholdsdøgn kjøpt fra private institusjoner til regionens pasienter. 2011-2014.

Region		2011	2012	2013	2014	Prosent endring 2011-14	Prosent endring 2013-14
Helse Sør-Øst	HF	127 715	122 537	114 018	120 397	-6	6
	Privat	213 513	224 292	213 263	221 995	4	4
	Totalt	341 228	346 829	327 281	342 392	0	5
Helse Vest	HF	35 850	40 752	44 746	48 436	35	8
	Privat	72 072	71 347	70 456	74 333	3	6
	Totalt	107 922	112 099	115 202	122 769	14	7
Helse Midt-Norge	HF	36 404	34 124	33 544	33 987	-7	1
	Privat	45 498	41 437	41 183	39 835	-12	-3
	Totalt	81 902	75 561	74 727	73 822	-10	-1
Helse Nord	HF	25 413	29 227	29 585	29 263	15	-1
	Privat	33 788	16 381	23 343	17 489	-48	-25
	Totalt	59 201	45 608	52 928	46 752	-21	-12
Totalt	HF	225 382	226 640	221 893	232 083	3	5
	Privat	364 871	353 457	348 245	353 652	-3	2
	Totalt	590 253	580 097	570 138	585 735	-1	3

HF-ene i Helse Midt-Norge og Helse Nord er lite endret i løpet av siste år.

Andel oppholdsdøgn gjennom egen virksomhet i HF-ene er presentert i tabell 10.5.

Tabell 10.5 Andel oppholdsdøgn utført ved døgnenheter i TSB ved HF-ene. 2011-2014.

Region	2011	2012	2013	2014
Helse Sør-Øst	37	35	35	35
Helse Vest	33	36	39	39
Helse Midt-Norge	44	45	45	46
Helse Nord	43	64	56	63
Totalt	38	39	39	40

I 2011 omfatter døgnbehandlingen i HF-ene 38 prosent av alle oppholdsdøgn innen TSB, mens i 2014 er andelen økt til 40 prosent. Fra tabell 10.5 ser vi at Helse Vest, Helse Midt-Norge og Helse Nord øker HF-andelen av døgnvolumet, mens Helse Sør-Øst har redusert HF-andelen døgn i perioden 2011-2014.

Varigheten av oppholdene

For å få et inntrykk av varigheten i døgntilbudet som utføres ved HF-ene og i behandlingene som

regionene kjøper fra private, er nøkkeltall på varigheten presentert i tabell 10.6. Median dagers varighet, som viser sentraltendensen i oppholdstid, og trimpunktet, grenseverdien som angir maksimum varighet for 95 prosent av utskrivningene, er presentert som nøkkeltall for varigheten. De private institusjonene er gruppert i to kategorier: *Private med TSB* - dette er private foretak med helhetlig tilbud innen TSB (Borgestadklinikken, Lade behandlingssenter, Rogaland A-senter og Stiftelsen Bergensklinikkene) og *Øvrige private døgnenheter* - dette er private institusjoner med primært døgnbehandling og som har hatt avtale med minst en region gjennom hele perioden 2011-2014.

Døgnbehandlingens varighet ved HF-ene i Helse Sør-Øst er samlet sett kortere enn ved HF i de øvrige regionene, både i 2011 og i 2014. I Helse Vest er døgntilbudet ved HF-ene utvidet i løpet av disse fire årene og tilbyr både et større volum av oppholdsdøgn og opphold med kortere varighet sammenlignet med 2011. I Helse Midt-Norge er behandlingene blitt lengre når vi sammenligner aktiviteten i 2011 med aktiviteten i 2014. For de *private institusjonene med TSB* er det små endringer i perioden. Det er imidlertid regionale forskjeller som består i at behandlings-tilbudet til pasientene fra Helse Sør-Øst består av

Tabell 10.6 Varigheten av døgntilbud etter behandlingssted. Utskrivninger fra HF og private institusjoner i 2011 og 2014. Utskrivninger fra private institusjoner er gruppert i henhold til pasientens bostedsregion.

Behandlingssted	Region	Varighet ved utskrivning (LOS)			
		2011		2014	
		Median dager	Estimert trimpunkt (95 %)	Median dager	Estimert trimpunkt (95 %)
HF med TSB ¹	Helse Sør-Øst	10	40	10	44
	Helse Vest	85	335	26	206
	Helse Midt-Norge	14	133	17	152
	Helse Nord	21	123	21	107
	Totalt	12	51	12	55
Private med TSB ²	Helse Sør-Øst	21	207	21	249
	Helse Vest	14	43	15	52
	Helse Midt-Norge	7	52	7	49
	Helse Nord	*	*	*	*
	Totalt	14	69	14	67
Øvrige private rusinstitusjoner ³	Helse Sør-Øst	62	334	67	371
	Helse Vest	35	239	35	213
	Helse Midt-Norge	65	667	162	627
	Helse Nord	52	216	54	253
	Totalt	57	296	58	348
Totalt ⁴		14	109	14	104

1 I kategorien HF med TSB inngår HF med døgntilbud innen TSB, unntatt HF med døgntilbud som ikke er fullstendig identifisert i pasientdata: HF-ene Helse Finnmark, Helse Nordlandssykehuset og Sykehuset i Telemark.

2 I kategorien *Private med TSB* inngår Borgestadklinikken, Lade Behandlingssenter, Rogaland A-senter og Stiftelsen Bergensklinikkene.

3 I kategorien *Øvrige private rusinstitusjoner* inngår private institusjoner med avtale for 2011 og 2014.

4 Her inngår all aktivitet rapportert til NPR for de respektive år.

betydelig lengre døgntilbud sammenlignet med tilbudet til pasienter fra Helse Vest og Helse Nord. De øvrige private rusinstitusjonene har økt behandlingsslengden av sitt tilbud fra 2011 til 2014, med unntak av døgntilbudene som behandler pasienter fra Helse Vest og Helse Nord.

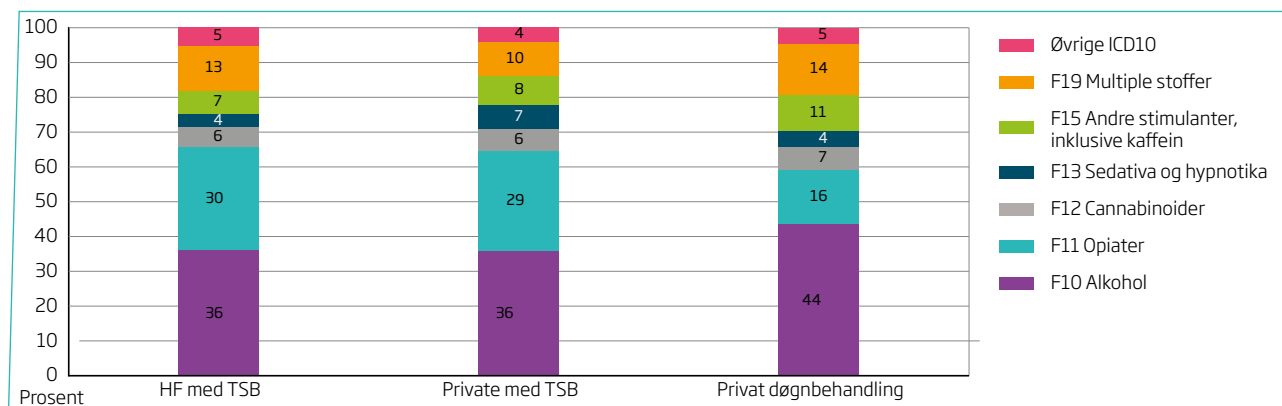
Når det gjelder det offentlige behandlingstilbudet i regi av HF-ene ser vi store forskjeller i behandlingsvarighet mellom regionene. Regionenes kjøp fra private er også ulik. Mens Helse Sør-Øst i stor grad har korte behandlinger ved egne HF, kjøper regionen opphold av lengre varighet hos private. I Helse Vest og Helse Midt-Norge er det private institusjoner med TSB som i større grad besørger kortere behandlinger i døgntilbudet til regionens befolkning. Både Helse Vest og Helse Midt-Norge har i tillegg private avtaler hos de øvrige døgntilbudene som leverer lengre døgntilbud.

Pasientsammensetning

I figur 10.10 er diagnosefordelingen presentert for de tre kategoriene av behandlingssteder; HF med TSB, private med TSB og øvrige private døgntilbud.

Diagnosefordelingen blant utskrivninger ved de tre hovedgruppene av behandlingssteder; HF med TSB, private med TSB og øvrige private døgntilbud viser at det samlet sett er små forskjeller i pasientsammensetning mellom HF-ene og private med TSB. De øvrige private døgntilbudene har et større innslag av behandlinger for alkoholproblematikk, mens opiatproblematikk utgjør en mindre andel av pasientbehandlingene ved disse institusjonene. Bruk av andre stimulanter (inkl amfetamin, GHB ol (ICD10 : F15)) og bruk av flere stoffer (ICD 10 : F19) er oftere bakgrunnen for døgntilbud ved disse institusjonene.

Figur 10.10 Diagnosefordelingen basert på aktuelle tilstandskoder fra ICD10 ved utskrivning fra hovedgrupper av behandlingssteder i 2014.



Tabell 10.7 Andel utskrivninger mhp etterfølgende døgntilrettelagt eller 365 dager etter utskrivninger i 2013.

Behandlingssted TSB		Overføring		Ny innleggelse		Ingen ny innleggelse
		PHV	TSB	PHV		
HF med TSB	Helse Sør-Øst	10	3	44	9	33
	Helse Vest	10	2	39	11	38
	Helse Midt-Norge	2	2	45	14	36
	Helse Nord	4	1	46	10	38
	Totalt	8	3	44	10	35
Private med TSB ¹		13	2	38	10	37
Øvrige private rusinstitusjoner ²		2	1	43	7	46

1 I kategorien *Private med TSB* inngår Borgestadklinikken, Lade Behandlingssenter, Rogaland A-senter og Stiftelsen Bergensklinikken.

2 I kategorien *Øvrige private rusinstitusjoner* inngår private institusjoner med avtale for 2011 og 2014.

Overføringer og gjeninnleggelser

I tabell 10.7 er forekomst av ny døgntilrettelagt etter utskrivning fra døgntilrettelagt beskrevet for kategorier av behandlingssteder.

For HF-ene sett under ett, videreføres 11 prosent av utskrivningene gjennom overføring til en annen behandlingssenhed. Dette dreier seg i all hovedsak om overføringer til en privat rusinstitusjon, mens 3 prosent av utskrivningene overføres til psykisk helsevern. I alt 15 prosent av utskrivningene fra *private med TSB* overføres til videre døgntilrettelagt og andel overføringer til psykisk helsevern er på samme nivå som ved HF-ene.

For 54 prosent av behandlingene som avsluttes ved HF-er blir pasienten gjeninnlagt innen ett år, mens 48 prosent av utskrivningene ved *private med TSB* resulterer i en ny innleggelse i løpet av ett år etter utskrivning. Ved institusjonene i kategorien *Øvrige private rusinstitusjoner* har halvparten av utskrivningene en ny innleggelse innen ett. For 35 prosent av

utskrivningene fra HF-ene er det ingen ny døgntilrettelagt som er påbegynt i løpet av det påfølgende året. For *private med TSB* er andelen på 37 prosent.

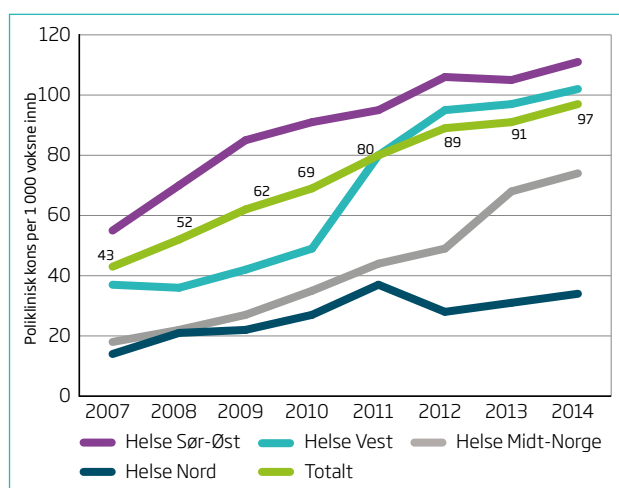
Poliklinisk virksomhet

Det har vært en betydelig vekst i den polikliniske virksomheten i TSB de siste årene. Enheter som har endret sektortilhørighet fra psykisk helsevern til TSB, utgjør en betydelig del av veksten i antall konsultasjoner. Fra 2010 ble LAR integrert i helseforetakene gjennom det formelle ansvaret for vurdering av opptak på LAR (legemiddelassisert rehabilitering) og dette medførte en bedre rapportering på denne virksomheten som har vært en del av TSB allerede fra starten i 2004

Status for 2014 viser at de regionale forskjellene i dekningsrate for poliklinisk tilbud er store, selv om bidraget fra psykisk helsevern tas med i betraktning (se avsnitt om befolkningens bruk av tjenestene). I dette avsnittet er imidlertid oppmerksomheten

rettet mot den polikliniske virksomheten som er utviklet innen TSB og dekningsratene for TSB i regionene i perioden 2007-2014 er presentert i figur 10.11.

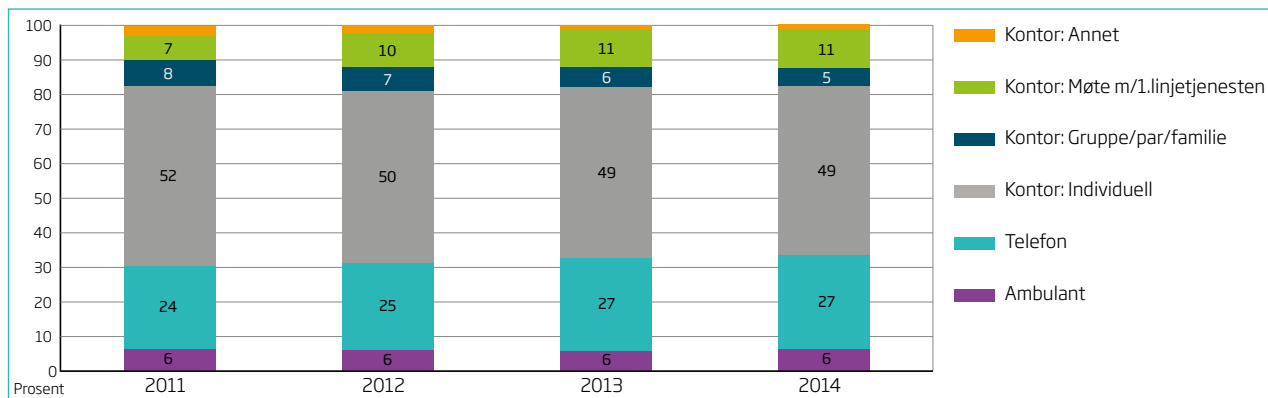
Figur 10.11 Dekningsrater for polikliniske konsultasjoner basert på aktiviteten ved behandlingsenhetene i regionene og ved regionens private avtaleinstitusjoner.



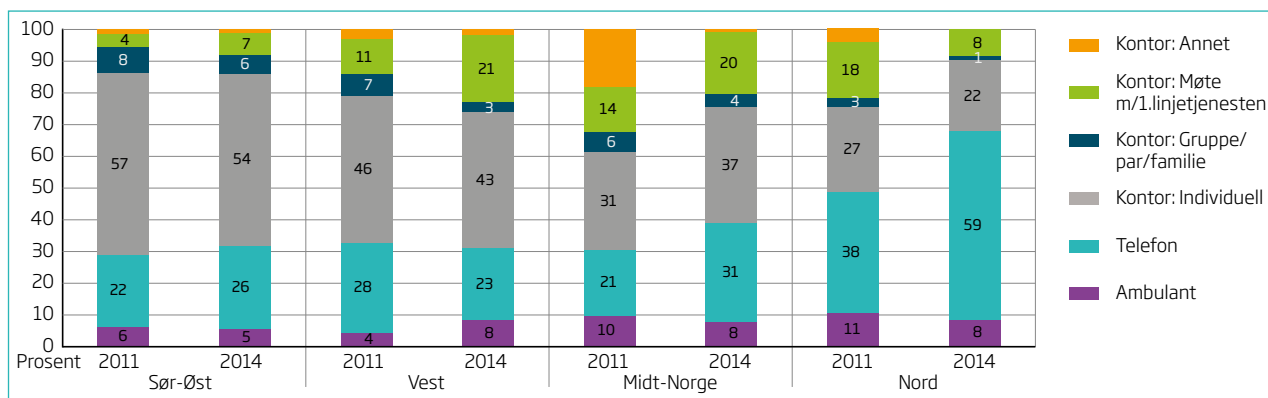
Dekningsratene viser at de regionale forskjellene er opprettholdt gjennom perioden fra 2007 til 2014. Veksten i dekningsrate gjenfinnes i alle regionene, men i Helse Nord har veksten vært mindre enn i de øvrige regionene.

I Helse Sør-Øst ble psykiatriske ungdomsteam og ruspoliklinisk virksomhet ved Alna DPS, Asker DPS og ved Helse Nordre og Søndre Vestfold DPS definert som TSB fra 2010. I 2011 ble ruspoliklinisk virksomhet ved Kongsberg og Ringerike definert som TSB. Veksten i Helse Vest fra 2010 til 2012 er i stor grad knyttet til PUT Sandnes, PUT Stavanger og PUT Haugesund som tidligere var en del av psykisk helsevern for voksne. PUT ved Kronstad DPS var inkludert i TSB i 2009. Veksten i Helse Midt-Norge fra 2012 til 2013 er knyttet til sektorskiftet for Nidaros DPS PUT. *Samlet sett kan 30 prosent av veksten i polikliniske kontakter fra 2008-2013 tilskrives endret sektortilknytning.* Dette utgjør omlag en tredjedel av veksten i polikliniske kontakter i TSB i denne perioden.

Figur 10.12 Profiler av polikliniske virksomhet innen TSB. Pasientdata 2011-2014.



Figur 10.13 Profiler av polikliniske virksomhet innen TSB i regionene. Pasientdata 2011-2014.



Basert på den polikliniske virksomheten som er innrapportert i pasientdata kan man beskrive kjennetegn ved virksomhetene. Profiler av det polikliniske tilbudet er presentert i figur 10.12 og 10.13, basert på de innrapporterte pasientdata⁵⁰.

Utviklingen innen det polikliniske tilbudet er kjennetegnet ved en høy andel individuelle konsultasjoner ved poliklinikkene. Det er også denne virksomheten som har best kompletthet i de rapporterte pasientdata. Det er imidlertid en økning i andel telefonkonsultasjoner og møter med 1. linjetjenesten gjennom fireårsperioden. Selv om ambulant virksomhet er mye vektlagt, har ikke denne delen av virksomheten vokst mer enn virksomheten for øvrig og utgjør 6 prosent av alle konsultasjonene gjennom hele perioden.

Regionene har, i tillegg til ulike dekningsrater, også forskjellige profiler i det polikliniske tilbudet. Bruken av kontorbaserte individuelle konsultasjoner med pasientene utgjør en større andel av virksomheten i Helse Sør-Øst enn i de øvrige regionene. Bruken av telefonkonsultasjoner utgjør over halvparten av virksomheten i Helse Nord. Samarbeidsmøter med 1.

linjetjenesten utgjør i 2014 om lag 20 prosent av virksomheten i Helse Vest og Midt-Norge og har økt som andel av virksomheten siden 2011.

10.4 RESSURSENTNYTTELSE

Døgntilbudet

Døgntilbudet har tradisjonelt vært den sentrale formen for rusbehandling. Døgntilbudet har gjennomgått endringer i løpet av de ti årene som har gått siden rusreformen. Varigheten av langtidsbehandling har endret seg, omfanget av langtidsopphold er blitt mindre og kontinuitet i form av poliklinisk kontakt og samarbeid med kommunene blitt mer vektlagt. Videre fikk RHF-ene ansvar for å stille til rådighet øyeblikkelig hjelp-beredskap innen TSB fra 2008⁵¹. Denne beredskapen ble tidligere ivaretatt av psykisk helsevern, somatisk sektor eller private rusinstitusjoner. Omfanget av akuttberedskap estimeres her gjennom øyeblikkelig hjelp-innleggelser i TSB i perioden 2011 til 2014 som

Tabell 10.8 Andel (prosent) innleggelser som øyeblikkelig hjelp ved HF-ene og ved private avtaleinstitusjoner i TSB i perioden 2011-2014.

2011		Andel øyeblikkelig hjelp				Innleggelser ³	
		2011	2012	2013	2014	2014	Endring (pst) fra 2011
HF med TSB	Helse Sør-Øst ¹	24	26	30	31	5565	4
	Helse Vest	22	16	12	9	630	237
	Helse Midt-Norge	29	32	31	28	892	28
	Helse Nord ²	3	4	2	2	831	46
	Totalt	23	24	26	26	7 918	17
Privat med TSB ⁶		5	7	8	11	2 695	1
Øvrige private rusinstitusjoner ⁴		0	0	0	0	2 366	48
Totalt ⁵		15	16	18	18	12 979	17

1 Rusposten ved Sykehuset Telemark inngår ikke.

2 Salten DPS ved Helse Nordlandssykehuset inngår ikke.

3 Innleggelser er her innleggelser ved HF og innleggelser ved private foretak. Det må bemerkes at i nasjonal statistikk for TSB er innleggelser totalt basert på institusjonsinnleggelser.

4 Her inngår øvrige private rusinstitusjoner med avtaler for hele perioden 2011-2014.

5 ØH-andel er beregnet på grunnlag av innrapporterte pasientdata og private med avtaler gjennom hele perioden.

6 I kategorien *Private med TSB* inngår Borgestadklinikken, Lade Behandlingssenter, Rogaland A-senter og Stiftelsen Bergensklinikkene.

⁵⁰ Pasientdatas kompletthet er beskrevet i grunnlagsdata de respektive år: <https://helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/samdata>

⁵¹ https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61/KAPITTEL_3#KAPITTEL_3

presenteres i tabell 10.8. Grunnlaget for beregningene er innrapporterte pasientdata og i denne sammenhengen er innleggelser ved HF lagt til grunn for beregning av ØH-andeler. Videre er private foretak med avtale for alle fire år lagt til grunn ved beregninger av innleggelser og Ø-hjelps-andeler i perioden.

Andel øyeblikkelig hjelp-innleggelser ved HF-ene har økt fra 23 til 26 prosent i perioden fra 2011-2014. Andelen øyeblikkelig hjelp-innleggelser vil være avhengig av hvilke elektive tilbud foretaket har etablert og hvor stor andel dette utgjør av den totale virksomheten. Dette forklarer nedgangen i Helse Vest som har en større andel langtidstilbud i sitt offentlige tilbud sammenlignet med de øvrige regionene. *Private institusjoner med TSB* har økt andelen øyeblikkelig hjelp-innleggelser fra fem til 11 prosent i fireårsperioden. Samlet sett har sektoren en øyeblikkelig hjelp-andel på 18 prosent av innleggelsene ved HF eller private institusjoner i 2014.

Øyeblikkelig hjelp-beredskap forutsetter en høyere bemanningsfaktor og lavere beleggsprosent sammenlignet med planlagt langtidsbehandling. Ressursbruken av døgntilbudet er også ofte beskrevet ved personellfaktorer og beleggsprosent. Disse to indikatorene må ses i sammenheng ettersom redusert belegg vil øke personellfaktoren.

I tabell 10.9 er beleggsprosent og personellfaktorer presentert for 2013 og 2014 ved HF-ene og ved private med TSB og øvrige private døgningstusjoner.

Tabell 10.9 viser at beleggsprosenten for 2014 er 85 ved HF-ene, og for TSB sett under ett er den 87 prosent. Ser vi beleggsprosenten i sammenheng med øyeblikkelig hjelp-andelen har Helse Midt-Norge et høyt belegg og samtidig en øyeblikkelig hjelpandel på 28 prosent samt personellfaktor på 2,4. Helse Sør-Øst har 82 prosent belegg, med øyeblikkelig hjelp-andel på 31 prosent og personellfaktor på 3,0.

10.5 BEFOLKNINGENS BRUK AV TJENESTENE

Nasjonale utviklingstrekk

Omlag 30 500 pasienter har mottatt behandling i TSB i 2014. Dette utgjør tre prosents økning fra 2013. Dekningsraten er 75 pasienter per 10 000 voksne innbyggere i 2014.

Utviklingstallene for befolkningens bruk av helse-tjenester innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling er basert på institusjonsvise innleggelser, oppholds-

Tabell 10.9 Beleggsprosent og personellfaktorer innen døgntilbudet i TSB.

2013		Beleggsprosent ¹		Personellfaktor ²		Behandlerfaktor ³	
		2013	2014	2013	2014	2013	2014
HF med TSB	Helse Sør-Øst	77	82	2,9	2,9	2	2
	Helse Vest	87	88	2,2	2,3	1,5	1,6
	Helse Midt-Norge	98	92	2,1	2,4	1,5	1,7
	Helse Nord	88	88	2,7	2,4	1,5	1,4
	Totalt	83	85	2,6	2,6	1,8	1,8
Private med TSB ⁴		97	92	1,8	1,9	1,2	1,2
Øvrige private rusinstitusjoner ⁵		98	86	1,1	1,2	0,6	0,7
Totalt TSB		91	87	1,9	1,9	1,2	1,2

1 Beleggsprosenten er gjennomsnittsbelegg på døgnplassene gjennom året. Basert på oppgitt kapasitet fra institusjonene og faktiske oppholdsdøgn ved institusjonene.

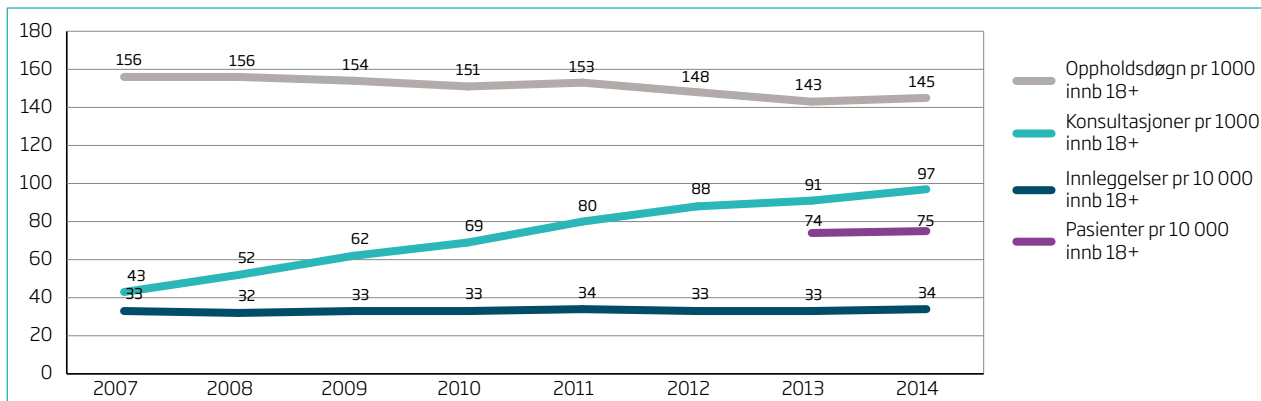
2 Antall årsverk per pasient per dag.

3 Antall årsverk med høyskole eller universitetsutdanning per pasient per dag.

4 I kategorien *Private med TSB* inngår Borgestadklinikken, Lade Behandlingssenter, Rogaland A-senter og Stiftelsen Bergensklinikken.

5 Her inngår private institusjoner med avtaler for hele perioden 2011-2014.

Figur 10.14 Dekningsrater for oppholdsdøgn, innleggelser, polikliniske konsultasjoner og pasienter i TSB.



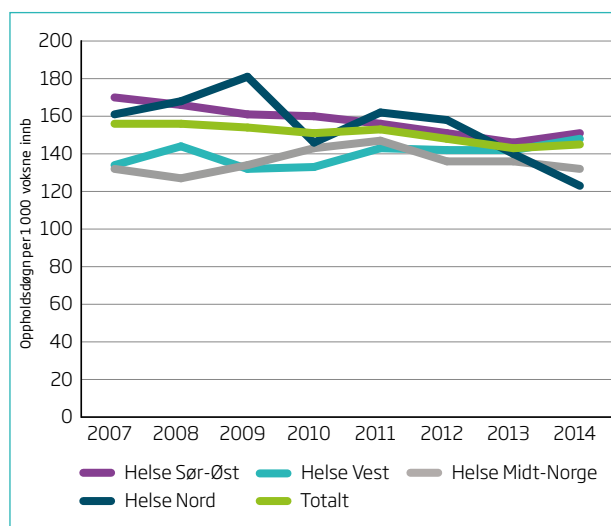
døgn og polikliniske konsultasjoner. Dette er muliggjort gjennom den institusjonsvise innrapporteringen til SSB (skjema 38). De nasjonale dekningsratene i perioden 2007 til 2014 er vist i figur 10.14.

Utviklingstrekkene på nasjonalt nivå viser dekningsrater som har økt fra 2013 til 2014. Det er særlig det polikliniske tilbudet som øker. Økningen i polikliniske konsultasjoner er knyttet til flere faktorer. Om lag 30 prosent av økningen i antall konsultasjoner i perioden 2008-2013 kan tilskrives sektorbytte for psykiatriske ungdomsteam og ruspoliklikker som per 2008 var regnskapsført som psykisk helsevern. I 2010 ble LAR integrert i HF-ene og dette har bidratt til tydeligere rapportering av denne virksomheten. I løpet av siste år gjenspeiler veksten en reell økning i polikliniske konsultasjoner innen TSB. Nasjonale tall er basert på rapportering av pasientdata til NPR, men det er fremdeles mangelfull rapportering av konsultasjoner som ikke gir refusjonsrett. Dette er poliklinisk oppfølging fra døgnavdelinger, poliklinisk kontakt ved enheter som ikke er en godkjent poliklinikk, poliklinisk virksomhet som er ramme-finansiert osv. For å etablere nasjonale tall benyttes institusjonsstatistikk som rapporteres inn på skjema 38 til SSB.

Regionale resultater

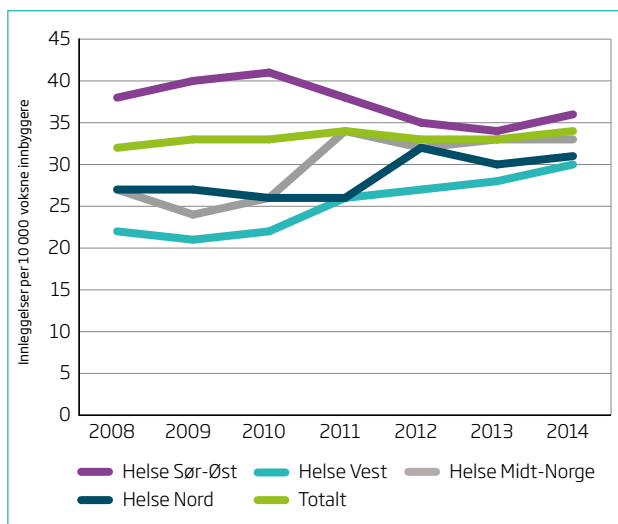
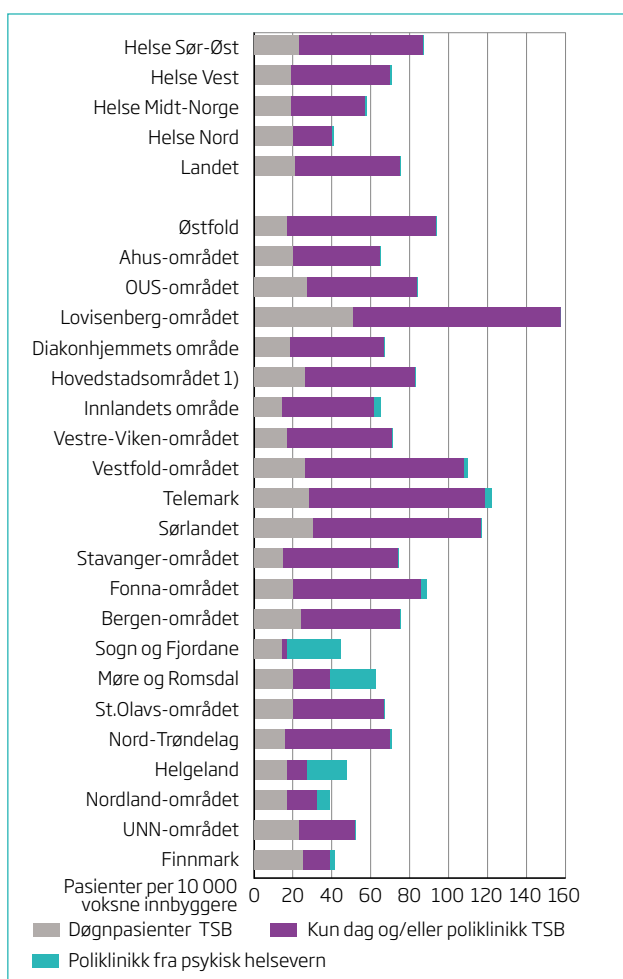
Utviklingen innen døgntilbudet i regionene er vist ved volumet av oppholdsdøgn etter bostedsregion i figur 10.15.

Figur 10.15 Regionale dekningsrater basert på oppholdsdøgn i TSB.



Figur 10.15 viser dekningsrater for oppholdsdøgn i TSB for perioden 2007 til 2014. De regionale forskjellene har vist en tendens til reduksjon, men i og med at Helse Midt-Norge og Helse Nord fremstår med en redusert dekningsrate for 2014 øker forskjellene noe. Når det gjelder dekningsraten for pasienter i døgnbehandling i regionene fremviser disse små forskjeller mellom regionene. Innleggelser i TSB er presentert i figur 10.16.

Utviklingen av innleggelser til rusbehandling viser en reduksjon i regionale forskjeller gjennom perioden 2008 til 2014. Institusjonsinnleggelser er det stadig vanskeligere å opprettholde gode utviklingstall på. På grunn av omorganisering i HF-ene og varierende bruk av «avdelingskoder» ved koding av virksomhetene i rapporteringen av

Figur 10.16 Regionale dekningsrater basert på innleggelser i TSB**Figur 10.17 Dekningsrater for pasienter i TSB i 2014. Pasienter som kun mottar poliklinisk rusbehandling i psykisk helsevern er lagt til.**

pasientdata til NPR kan institusjonene være vanskelig å identifisere. Mens oppholdsdøgn i TSB har synliggjort volumet av døgnbehandling de enkelte år har innleggelser i TSB synliggjort i hvilken grad tjenestene er fordelt på flere behandlinger. Gjennom individopplysninger i pasientdata får vi imidlertid informasjon om hvor mange unike personer som mottar behandling i TSB.

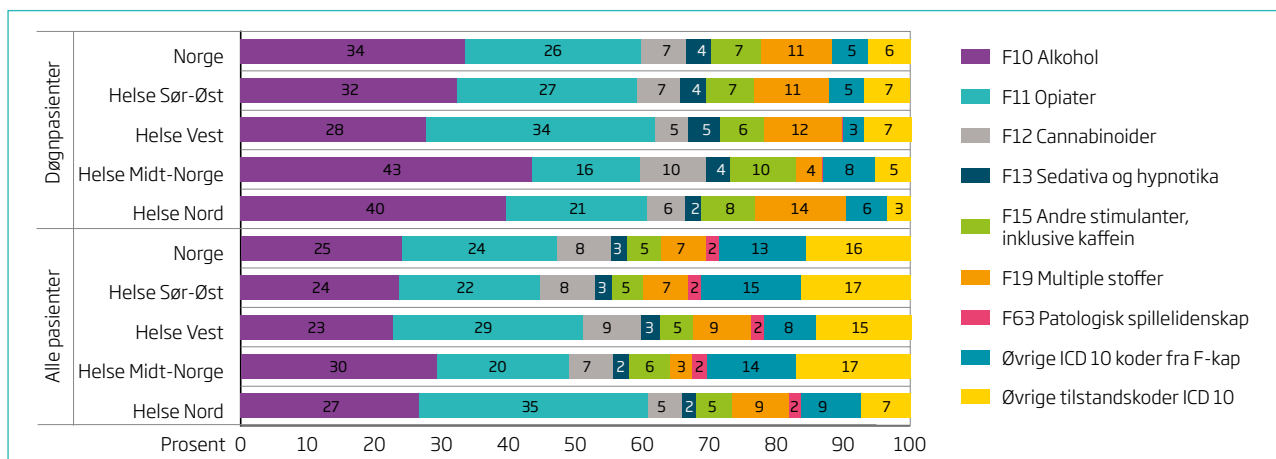
I figur 10.17 er pasientrater for 2014 presentert. Det er kun små endringer i pasientrater fra 2013, og endringstall er derfor ikke presentert.

Dekningsratene i figur 10.17 viser at det er små forskjeller mellom bostedsområdene når det gjelder pasienter i døgnbehandling i TSB. Det er imidlertid betydelige forskjeller mellom områdene med hensyn på andelen av befolkningen som mottar et poliklinisk behandlingstilbud. Pasientene i døgnbehandling utgjør samlet sett om lag 30 prosent av pasienter i behandling i TSB, men det er betydelige forskjeller mellom regionene. Mens Helse Sør-Øst og Helse Vest ligger under landsgjennomsnittet har Helse Midt-Norge en tredjedel av TSB-pasientene i døgnbehandling. I Helse Nord utgjør døgnpasientene halvparten av pasientene i behandling i TSB. Tradisjonelt har psykisk helsevern bidratt med poliklinisk rusbehandling i noen helseforetak. Dette dreier seg om henvisninger til tverrfaglig spesialisert rusbehandling som vurderes og eventuelt utredes og behandles i psykisk helsevern. I den grad pasientene ikke videresendes til TSB er dette anført som bidraget fra psykisk helsevern i figur 10.17. Dette bidraget er imidlertid redusert fra 2013 til 2014 og tyder på at pasientene i mindre grad kun behandles i psykisk helsevern.

I figur 10.18 presenteres diagnosefordelingen for døgnpasientene. I tillegg presenteres fordelingen for alle pasientene fra hver av regionene som har fått behandling i TSB i løpet av 2014.

Diagnosefordelingen blant døgnpasientene viser et større innslag av alkoholproblematikk blant pasientene i Helse Midt-Norge og Helse Nord sammenlignet med pasientene i Helse Sør-Øst og Helse Vest. Samlet sett utgjør imidlertid pasienter i behandling for bruk av alkohol og opiater om lag 60 prosent av døgnpasientene i alle regionene. Andel pasienter i døgnbehandling på grunn av bruk av flere rusmidler utgjør 14 prosent av pasientene i Helse

Figur 10.18 Diagnosefordelingen for alle pasienter i TSB og døgnpasienter spesielt, etter bostedsregion i 2014.



Nord, mens andelen i Helse Midt-Norge er på fire prosent av døgnpasientene.

Når det gjelder pasienter totalt i TSB er pasientpopulasjonen i Helse Nord kjennetegnet ved en større andel opiatmisbrukere sammenlignet med de øvrige regionene. Dette kan tyde på at den relativt sett beskjedne polikliniske virksomheten, sammenlignet med de andre regionene, i stor grad er knyttet opp mot LAR pasientene og oppfølging av denne pasientgruppen. I Helse Nord er andel pasienter uten F-diagnose av mindre omfang enn i de øvrige regionene. Dette tyder på at behandlerne raskt identifiserer problematikken pasienten søker behandling for. Det kan også bety at pasienter med uklar problematikk i mindre grad er representert i pasientpopulasjonen.

10.6 DATAGRUNNLAG OG DEFINISJONER

Døgnplasser

Døgnplasser rapporteres til SSB på skjema 38 og oversendes Helsedirektoratet for bruk i Samdata. I tillegg gjøres det kontroll mot andre opplysninger om institusjonen på nettsider og avklaringer gjennom forespørsler rettet mot enkeltinstitusjonene. En del «nye» avtaleinstitusjoner er kommet til i 2014: Karmsund ABR har avtale med Helse Vest, men leverer ikke pasientdata for 2014 og informasjon innrapportert på skjema 38 legges til

grunn i nasjonal statistikk. Phoenix Haga har avtale med Helse Sør-Øst. Helse Nord har avtale med Fossumkollektivet, avd Valnesfjord, Fauske. Finnmarkskollektivet har også avtale med Helse Nord, men har ingen behandlinger i 2014. Utvidelsene av avtaleplasser er ellers knyttet til eksisterende avtaleinstitusjoner.

Personell

Årsverk for perioden 2009-2014 er basert på registeruttrekk for hele spesialisthelsetjenesten som administreres av SSB. Samdata mottar årlig årsverksdata fra registre som er administrert av SSB. Utleveringen fra SSB kan først gjøres etter SSBs publiseringstidspunkt som i år var 12.juni 2014⁵². Tallene kontrolleres og justeres når vi avdekker uoverensstemmelser mellom registerdata og øvrig informasjon om polikliniske årsverk, døgncapacitet og aktivitet ved enhetene. Polikliniske årsverk innhentes gjennom en egen manuell innsamling. Polikliniske årsverk gjennomgår en egen kontroll hvor innrapporteringen sjekkes mot tidligere års rapportering og mot øvrige opplysninger i Samdata-kontrollen som pågår i april-juni. For årsverksstatistikken som presenteres i år, er det gjort endringer i de registerbaserte årsverkene for noen institusjoner:

Sykehuset Østfold har omorganisert sin døgnavirksomhet og i registertallene mangler årsverk for Avdeling for rusbehandling, seksjon utredning og

⁵² <http://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/statistikker/hesospers>

behandling. Dette er korrigert manuelt. Rusakutt-mottaket ved Oslo Universitetssykehus er kodet med sektor psykisk helsevern for barn og unge, men tilhører TSB. Helse Nordre Vestfold DPS og Søndre Vestfold DPS har ruspoliklinisk virksomhet som er inkludert i TSB. Tilsvarende situasjon har vi også ved Sykehuset i Telemark som gjennom desentraliseringen av LAR og annen virksomhet innen TSB har TSB-årsverk og konsultasjoner knyttet til DPS Notodden/Seljord, DPS Porsgrunn, DPS Skien og DPS Vestmar. Her blir de registerbaserte årsverkene splittet mellom psykisk helsevern og TSB i henhold til de opplysningene vi mottar fra helseforetaket vedrørende omfanget av TSB relatert virksomhet. Ved Manifestsenteret er årsverk knyttet til TSB innhentet spesielt. Diakonhjemmets ruspolikliniske virksomhet er ikke skilt ut som TSB. Ruspoliklinikken ved Vinderen DPS har imidlertid vært i virksomhet i mange år. Heller ikke Diakonhjemmet leverer regnskap på TSB, men ruspoliklinikken er nå definert som en del av TSB fra og med 2012. Årsverk ved ruspoliklinikken er innhentet manuelt. Ved Sykehuset Levanger, rusrelatert psykiatri (ARP) er det rapportert få årsverk og årsverk fra manuell innhenting er benyttet og registertall er korrigert. Alfa kurs og behandlingssenter inngår i registertallene, men har små bidrag til TSB i 2014 og ekskluderes fra årsverkstallene for TSB dette året.

Kvaliteten i de registerbaserte årsverkene er avhengig av at alle helseforetakene melder inn nye enheter til Enhetsregisteret, slik at et eget organisasjonsnummer opprettes for enheten samt at endringer i ansattes arbeidsforhold oppdateres i A/A registret (NAV).

Årsverkene ved de offentlige enhetene fordeles deretter ut på tilknytningsregion og de private enhetene fordeles til avtaleregion for å fremskaffe regiontall på årsverkskapasitet som er avsatt til TSB. I tilfeller hvor den private enheten har avtale med flere regioner, fordeles årsverkene i henhold til de regionale avtalenes omfang. Alle årsverk registrert ved enheten inngår og i tillegg er helseforetakets fellesfunksjoner fordelt i henhold til andel årsverk enheten bidrar med i helseforetaket.

Pasientdata og institusjonsstatistikk

Aktiviteten for 2014 er basert på både pasientdata som er innrapportert til Norsk pasientregister (NPR) på NPR-meldingsformat og på institusjonsstatistikk som rapporteres til SSB på skjema 38. Dette er to ulike innrapporteringsveier som har felles utgangspunkt i institusjonenes pasientadministrative system. Fra 2004-2009 var aktivitetsstatistikken for sektoren TSB basert på samleoppgaver fra SSB (skjema 38). Fra og med 2009 ble pasientdata innrapportert til NPR og for 2010-2014 har vi benyttet begge datakilder for å anslå det totale aktivitetsnivået innen TSB. En betydelig andel av behandlingstilbudet finner sted ved private rustiltak med driftsavtale eller rammeavtale med et eller flere RHF. Noen av rustiltakene har også andre oppdragsgivere enn spesialisthelsetjenesten. Det er grunn til å tro at rapportering av samleoppgaver er noe de har god erfaring med etter 10 år med slik rapportering til SSB. I overgangsfaser, slik som når avtaleperioder med private rustiltak ikke fornyes, er samleoppgaver nødvendig for å komplettere aktivitetsstatistikken med tall fra behandlingstilbudet som er under avvikling. Poliklinisk virksomhet som har full rammefinansiering, til forskjell fra polikliniske konsultasjoner med takstrefusjon, vil i større grad kunne ha mangler ved rapporteringen av pasientdata. Private rustiltak uten avtale rapporterer i liten grad pasientdata til NPR. I Samdata er begge datakilder vurdert og den datakilden som best dekker enhetens virksomhet er valgt som datakilde.

Pasientdata fra NPR i 2011 dekker over 80 prosent av oppholdsdøgnene og innleggelsene og om lag tre fjerdedeler av den polikliniske aktiviteten. I 2012 dekker pasientdata 89 prosent av oppholdsdøgnene og innleggelsene og 78 prosent av den polikliniske aktiviteten. I 2013 er pasientdata lagt til grunn for 84 og 92 prosent av hhv døgnvirksomheten og den polikliniske virksomheten. For 2014 er 91 prosent av oppholdsdøgnene og 94 prosent av de polikliniske konsultasjonene dekket ved pasientdata innrapportert til NPR. For poliklinikkene som representerer den øvrige virksomheten er pasientdata kun delvis mangelfulle og vil kunne mangle noen pasienter. Avviket mellom Samdata og NPRs aktivitetsstatistikk som ble publisert medio april, utgjør for TSB sin del 614 avdelingsoppholdsdøgn og 2155 polikliniske konsultasjoner. Avviket beror på flere identifiserte TSB-enheter i pasientdata som legges til grunn for nasjonal statistikk i Samdata

2014. Enhetene som ikke er identifisert i NPR-sin publisering er ruspoliklinikkene ved Odda og Stord ved Helse Fonna, og akuttposten ved Skien ved Sykehuset i Telemark.

Bruk av pasientdata vil trolig underestimere antall døgnpasienter ved Sykehuset i Telemark og Helse Nordlandssykehuset, men dersom pasientene har hatt en poliklinisk kontakt i løpet av året vil pasientene inngå via den polikliniske kontakten og dermed bidra til totaltallet for antall pasienter i TSB. I alt 230 pasienter er yngre enn 18 år. Ved beregning av pasientrater ekskluderes pasienter yngre enn 18 år.

Hovedmålet med den nasjonale statistikken er å presentere volumet av virksomheten gjennom utvalgte mål: *Antall oppholdsøgn* i 2014 synliggjør hvor mange døgner som er benyttet til døgnbasert rusbehandling i løpet av året. *Innleggelser* i løpet av 2014 forteller hvor mange opphold som er påbegynt ved institusjonene i løpet av året. Nytt fra 2013 er presentasjon av antall døgnpasienter og pasienter totalt beregnet direkte ut fra pasientdata. Ved enkelte institusjoner er det indikasjoner på mangelfull rapportering i pasientdata, og dette er kun anmerket ved tabellnoter og ikke forsøkt korrigert ved estimering av nytt pasientanslag. Aktiviteten er fordelt ut på bostedsområdene for å synliggjøre hvordan bruken av døgnbasert rusbehandling fordeler seg geografisk. For den polikliniske virksomheten presenteres *antall konsultasjoner* totalt som utføres ved enhetene som tilhører sektoren TSB. Pasienter som er henvist til rusbehandling (fagområde 360, 365 og 370) og behandlet i psykisk helsevern er synliggjort som bidrag fra psykisk helsevern i de dekningsratene etter bostedsområde.

10.7 REGIONALE HOVEDTREKK

Om lag 30 500 pasienter har mottatt behandling i TSB i 2014. Dette utgjør tre prosent økning fra 2013. Dekningsraten for pasienter i TSB er 75 per 100 000 voksne innbyggere. Døgnpasientene utgjør i underkant av 30 prosent av pasientene i behandling i TSB i 2014. Om lag 60 prosent av døgnpasientene alkohol eller opiatproblematikk.

Dersom alle pasienter i TSB ses under ett, utgjør alkohol- eller opiatproblematikk behandlingsgrunnlaget for halvparten av pasientene. Pasienter med psykiatriske diagnoser og pasienter under utredning utgjør hhv 13 og 16 prosent av pasientene i 2014.

Ved utgangen av 2014 er døgncapaciteten i TSB på 1906 døgnplasser. Dette er en økning på 194 døgnplasser fra 2013 hvorav 156 døgnplasser er knyttet til private institusjoner.

I alt 18 prosent av innleggelsene er øyeblikkelig hjelp og belegget ved døgnetenhetene er på 87 prosent. For 54 prosent utskrivningene fra HF-ene gjeninnlegges pasientene innen ett år. For private med TSB gjelder dette 48 prosent av utskrivningene. Utskrivninger fra HF-ene har hatt en behandlingsvarighet på 12 dager (median), mens utskrivninger fra private med TSB har hatt en median behandlingstid på 14 dager. Ved de øvrige døgnetenhetene er median behandlingstid på 60 dager i 2014, en økning på 3 dager fra 2011.

Personelldekningen er på 100 per 100 000 voksne innbyggere. Dette utgjør fire prosent økning i personelldekningen og økningen er knyttet til både helsefaglige og sosialfaglig personell. En fjerdedel av personellressursene arbeider innen poliklinisk virksomhet. Polikliniske årsverk har økt med 10 prosent mens antall konsultasjoner har økt 7 prosent.

Helse Sør Øst

Døgnpasientene utgjør om lag en fjerdedel av pasientene i behandling i TSB i 2014, mens døgntilbudet legger beslag på i overkant av 70 prosent av personellressursene.

HF-ene i Helse Sør-Øst utfører deler av døgnerbehandlingen i eget HF, men for ti prosent av utskrivningene fra HF-ene overføres pasienten til annet HF eller privat institusjon for videre døgnerbehandling innen TSB. For tre prosent av utskrivningene fra HF-ene i regionen dreier det seg om en overføring til psykisk helsevern. For en tredjedel av utskrivningene er det snakk om pasienter som *ikke* gjeninnlegges i løpet det første året etter utskrivning. Her ligger Helse Sør-Øst

lavere enn de øvrige regionene. Regionen har økt andel øyeblikkelig hjelp-innleggelser fra 24 til 31 prosent i løpet av perioden fra 2011 til 2014.

Beleggsprosenten ved døgnvirksomheten i HF-ene har økt fra 77 til 82 prosent i løpet av det siste året. Personellfaktoren ligger på 3,0 mens behandlerfaktoren er 2,0 i 2014. Regionen har tradisjonelt hatt god personelldekning, særlig for helsepersonell og ligger høyest når det gjelder dekningsrate for leger, psykologer, sykepleiere og vernepleiere, tett fulgt av Helse Vest.

Regionens kjøp av oppholdsdøgn fra private institusjoner er økt med 4 prosent i løpet av de siste fire år. Samtidig er oppholdsdøgn ved egne HF redusert med 6 prosent. Kjøpenes volum tilsvarer om lag 180 prosent av oppholdsdøgnene ved regionens HF og dette skyldes i stor grad at kjøpene i større grad omfatter langtidsbehandling, mens HF-ene i større grad tilbyr kortere behandlinger. Mens døgnbehandlingen ved egne HF har median varighet på 10 dager har regionens kjøp av døgnbehandling fra private med helhetlig TSB en median varighet på 21 dager i 2014. Regionens kjøp av døgnbehandlinger ved de øvrige private døgninstitusjonene hadde median varighet på 62 dager i 2011 og denne oppholdstiden er økt til 69 dager i 2014. Pasientpopulasjonen i døgnbehandling i Helse Sør-Øst er kjennetegnet ved at 32 prosent av pasientene har alkoholproblematikk mens 27 prosent har opiatproblematikk og 11 prosent av pasienter behandles for bruk av flere rusmidler.

Innen det polikliniske tilbudet har regionens aktivitetsvolum delvis økt gjennom endret sektortilknytning for utvalgte psykiatriske ungdomsteam i perioden 2010-2011. Siden 2011 er veksten knyttet til økt aktivitet i sektoren. Profilen i det polikliniske tilbudet i 2014 er lite endret siden 2011. Endringene er knyttet til små endringer med hensyn på økt andel telefonkonsultasjoner og flere møter med førstelinjetjenesten og redusert andel individualkonsultasjoner på poliklinikken. Pasienter med psykiske lidelser som hovedtilstand utgjør en betydelig pasientgruppe i Helse Sør-Øst, på samme måte som i Helse Midt-Norge. Når det gjelder pasienter under utredning uten spesifikke tilstandskoder, er omfanget av pasientgruppen på linje med andelen vi finner i Helse Vest og Helse Midt-Norge.

Helse Vest

Døgnpasientene utgjør om lag en fjerdedel av pasientene i behandling i TSB i 2014, mens døgntilbudet legger beslag på i overkant av 70 prosent av personellressursene. HF-ene i Helse Vest utfører deler av døgnbehandlingen i eget HF, men ved ti prosent av utskrivningene fra HF-ene overføres pasientene til annet HF eller privat institusjon for videre døgnbehandling innen TSB. Regionens pasienter blir i mindre grad innlagt på nytt i løpet av det første året etter utskrivning. Dette kan også bero på den langtidsbehandlingen regionen tilbyr. For 2014 er median varighet av avsluttede døgnbehandlinger ved HF-ene på 26 dager. Dette er lengre enn ved de øvrige regionene. Regionen har en lavere andel øyeblikkelig hjelp-innleggelser i 2014 sammenlignet med 2011. Dette har sin årsak i at tilbudet innen HF-ene den gangen var preget av langtidsbehandling med få innleggelser og et akutttilbud under oppbygging. Antall innleggelser ved HF-ene i Helse Vest har økt betydelig siden 2011.

Beleggsprosenten ved døgnvirksomheten i HF-ene ligger på 88 prosent i 2014 og personellfaktoren ligger på 2,2 mens behandlerfaktoren er 1,5. Regionen har som den eneste region en økt dekningsrate for sosialfaglig personell.

Regionens kjøp av oppholdsdøgn fra private institusjoner er økt med 3 prosent i løpet av de siste fire år. Samtidig er oppholdsdøgn ved egne HF økt med 35 prosent. Kjøpene utgjør om lag 150 prosent av oppholdsdøgnene ved regionens HF. Mens døgnbehandlingen ved egne HF har median varighet på 26 dager har regionens kjøp av døgnbehandling fra private med helhetlig TSB en median varighet på 15 dager i 2014. Regionens kjøp av døgnbehandlinger ved de øvrige private døgninstitusjonene har median varighet på 35 dager både i 2011 og i 2014. Pasientpopulasjonen i døgnbehandling i Helse Vest er kjennetegnet ved en høyere andel pasienter med opiatproblematikk og pasienter som bruker flere rusmidler sammenlignet med de øvrige regionene.

Innen det polikliniske tilbudet har regionens aktivitetsvolum delvis økt gjennom endret sektortilknytning for utvalgte psykiatriske ungdomsteam i perioden 2010-2012, men også gjennom økt aktivitet. Innholdet i det polikliniske tilbudet i 2014 er kjennetegnet ved mindre bruk av telefonkonsultasjoner og mer samarbeid med førstelinje-

tjenesten. De polikliniske pasientene i regionen er i større grad dominert av behandling av opiat-problematikk og mutippel rusmiddelbruk sammenlignet med de øvrige regionene i likhet med pasientene i Helse Nord. Pasienter under utredning uten spesifikk tilstandskoder utgjør en pasientgruppe på linje med andelene vi finner i Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge.

Helse Midt-Norge

Døgnpasientene utgjør om lag en tredjedel av pasientene i behandling i TSB i 2014, mens døgn-tilbudet legger beslag på om lag 77 prosent av personellressursene. Tall for HF-ene i Helse Midt-Norge viser at døgnbehandlingen fullføres innen eget HF med få overføringer til andre HF eller private institusjoner sammenlignet med de øvrige regionene. Mange av pasientene blir imidlertid innlagt i psykisk helsevern på et senere tidspunkt. Regionen har en høy andel øyeblikkelig hjelp-innleggelser ved egne TSB enheter; i alt 28 prosent av innleggelsene ved HF-ene i 2014 er øyeblikkelig hjelp-innleggelser. Beleggsprosenten ved døgn-virksomheten i HF-ene ligger på 92 prosent og personellfaktoren har økt fra 2,0 til 2,4 i løpet av siste år. Behandlerfaktoren i 2014 ligger på 1,7 i Helse Midt-Norge.

Regionens kjøp av oppholdsdøgn fra private institusjoner er redusert med 12 prosent i løpet av de siste fire årene. Samtidig er oppholdsdøgn ved egne HF også redusert i perioden. Kjøpene utgjør om lag 117 prosent av oppholdsdøgnene ved regionens HF. Døgnbehandlingen hadde en median varighet på 14 dager i 2011 mens den i 2014 er på 17 dager. Regionens kjøp av døgnbehandling fra private med helhetlig TSB har median varighet på 7 dager. Regionens kjøp av døgnbehandlinger ved de øvrige private døgninstitusjonene hadde median varighet på 65 dager i 2011, mens økte til 162 dager i 2014. De øvrige private døgninstitusjonene utfører i større grad behandlinger rettet mot alkoholproblematikk, mens kollektivene som også inngår her, i særlig grad har pasienter som har problematikk knyttet til bruk av flere rusmidler. Pasientpopulasjonen i døgnbehandling er kjennetegnet ved at en høy andel av pasientene mottar behandling for alkoholproblematikk, cannabisbruk og bruk av andre stimulanter (F15) sammenlignet med de øvrige regionene.

Innen det polikliniske tilbudet har regionens aktivitetsvolum økt jevnt hvert år. Innholdet i det polikliniske tilbudet i 2014 er kjennetegnet ved mer bruk av telefonkonsultasjoner, samarbeid med førstelinjetjenesten og individualkonsultasjoner. De polikliniske pasientene i regionen er i større grad dominert av alkoholproblematikk sammenlignet med de øvrige regionene. Pasienter med andre psykiske lidelser og pasienter under utredning uten spesifikk tilstandskoder utgjør pasientgrupper på linje med andelene vi finner i Helse Sør-Øst og Helse Vest.

Helse Nord

Døgnpasientene utgjør om lag halvparten av pasientene i behandling i TSB i 2014, mens døgn-tilbudet legger beslag på om lag 86 prosent av personellressursene. Døgnpasientene representerer dermed en pasientgruppe som prioriteres høyt med de ressursene som forvaltes innen TSB i Helse Nord sammenlignet med de øvrige regionene. Tall fra 2013 -2014 viser at tilbudet er preget av at døgnbehandling i HF-ene fullføres innen eget HF med få overføringer til andre HF, psykisk helsevern eller private institusjoner sammenlignet med de øvrige regionene. Regionen har få øyeblikkelig hjelp-innleggelser ved egne TSB enheter, hvilket betyr at psykisk helsevern eller somatisk sektor besørger dette tilbudet. Beleggsprosenten ved døgn-virksomheten i HF-ene ligger på 88 prosent og personellfaktoren er redusert fra 2,4 til 2,0 i løpet av siste år. Behandlerfaktoren i 2014 ligger på 1,2 i Helse Nord, lavere sammenlignet med de øvrige regionene.

Regionen har ingen egne private institusjoner med helhetlig TSB og kjøper i liten grad døgnbehandling fra institusjoner som er lokalisert i Helse Midt-Norge, Helse Vest og Helse Sør-Øst. Regionens kjøp av oppholdsdøgn fra private institusjoner er halvert i løpet av de siste fire år og kjøpene utgjør om lag 60 prosent av oppholdsdøgnene ved virksomheten i HF-ene. Samtidig er egen virksomhet styrket i første del av perioden. Dette har imidlertid medvirket til en nedgang i dekningsraten av oppholdsdøgn per innbygger de siste årene. Døgnbehandlingen har median varighet på 21 dager ved regionens HF-er mens regionens kjøp av private døgnbehandlinger har median varighet på 7-8 uker. I alt 40 prosent av døgnpasienten fra denne regionen mottar døgnbehandling

for alkoholproblematikk og 14 prosent for bruk av flere rusmidler.

Innen det polikliniske tilbudet ligger regionens aktivitetsnivå lavere enn ved de øvrige regionene. Innholdet i det polikliniske tilbudet er kjennetegnet ved mer bruk av telefonkonsultasjoner sammenlignet med de øvrige regionene og i 2014 er andel telefonkonsultasjoner på om lag 60 prosent av polikliniske virksomheten. I motsetning til utviklingen ved de øvrige regionene er samarbeidsmøter med 1. linjetjenesten redusert fra 2011 til 2014. Dette kan tyde på at fysiske møter av denne typen er erstattet med telefonmøter. I lys av de store geografiske avstandene denne regionen har, kan dette være en effektiv måte å opprettholde kontinuiteten i pasientforløpet på. De polikliniske pasientene i regionen er i større grad dominert av opiatproblematikk sammenlignet med de øvrige regionene. I lys av at regionen synes å vektlegge poliklinisk virksomhet i mindre grad, sett i forhold til de øvrige regionene, tyder det på at de polikliniske ressursene i regionen i større grad går til oppfølging av LAR-pasienter.

11. Habilitering og rehabilitering

I 2014 var det 18 674 pasienter ved habiliteringsavdelingene i spesialisthelsetjenesten. Dette er en økning på nesten to prosent fra året før. Veksten i pasienter var størst for voksenhabilitering med 3,4 prosent. For barn og unge var nivået av pasienter ganske stabilt, men det var noe nedgang i antallet dagbehandlinger og konsultasjoner. For barn og unge var det dermed noe færre konsultasjoner per pasient på habiliteringsavdelingene i 2014 enn i 2013. I 2014 var det i gjennomsnitt 4,5 konsultasjoner per pasient, en nedgang fra 4,8 året før.

I 2014 var det 32 498 pasienter som mottok rehabilitering ved sykehusene, en økning på 3,3 prosent fra året før. Veksten kom for alle typer rehabilitering, med unntak av primær vanlig døgnrehabilitering, der antall pasienter gikk ned med 13,6 prosent. Denne nedgangen følger en mangeårig trend. Antall pasienter som mottok rehabilitering i private rehabiliteringsinstitusjoner økte med 7,1 prosent fra 2013 til 2014.

Det er til dels store variasjoner mellom regionene i antallet pasienter som mottar både habiliterings- og rehabiliteringstjenester. Det er et gjennomgående lavere nivå av pasienter som mottar slik behandling i Helse Vest og Helse Nord. Dette gjelder både innen habilitering og rehabilitering, med unntak av sekundær døgnrehabilitering der disse regionene har flest pasienter i forhold til befolkningsgrunnet.

11.1 HABILITERING

Fra 2013 til 2014 var det en økning i antallet pasienter på habiliteringsavdelingene på 1,9 prosent. Økningen var størst for habilitering for voksne med en vekst på 3,4 prosent, mens veksten var noe mindre for barn og unge. Også hvis vi kontrollerer for befolkningsvekst i de to aldersgruppene, er det en vekst i antall habiliteringspasienter i perioden.

Tabell 11.1 Antall pasienter innen habilitering for barn og unge og voksne i 2013-14.

Type habilitering	2013	2014	Prosent endring 2013-14
Barn og unge	11 128	11 236	1,0
Voksne	7 195	7 438	3,4
Totalt	18 323	18 674	1,9

Innen fagområdet habilitering er det poliklinisk behandling som er den mest vanlige behandlingsformen. Dette gjelder både for barnehabilitering og voksenhabilitering. Tabell 11.2 viser imidlertid at det er antall døgnopphold og pasienter innlagt til døgnbehandling som har hatt den største veksten fra 2013 til 2014. Innen barnehabiliteringen har denne behandlingsformen hatt en økning på nesten 15 prosent, mens det for voksne er en vekst på i underkant av ti prosent. Antall dagbehandlinger og polikliniske konsultasjoner har gått ned for barn og unge, mens det er mindre endring for voksne.

Tabell 11.2 Antall opphold og konsultasjoner innen habilitering etter behandlingsnivå i 2013-14.

Habilitering	Opphold og kontakter			Pasienter		
	2013	2014	Pst. endr. 2013-14	2013	2014	Pst. endr. 2013-14
Barn og unge						
Døgn ¹	396	455	14,9	321	368	14,6
Dag	2 883	2 178	-24,5	1 008	779	-22,7
Poliklinikk	49 639	47 344	-4,6	10 621	10 739	1,1
Voksne						
Døgn ¹	121	133	9,9	82	89	8,5
Dag	269	280	4,1	66	56	-15,2
Poliklinikk	36 130	36 048	-0,2	7 134	7 360	3,2

1 Et døgnopphold kan ha ulik varighet som måles i antall dager.

Tabell 11.3 viser utviklingen i antall dagopphold og polikliniske konsultasjoner og pasienter etter aldersgrupper. For habiliteringsfeltet totalt har det vært en nedgang i antall dagopphold og konsultasjoner, mens antall pasienter har økt. Det vil si at hver pasient i gjennomsnitt fikk færre opphold og konsultasjoner i 2014 enn i 2013 (se figurene 11.3 og 11.4). Nedgangen i antall opphold og

konsultasjoner er størst for barn og unge, og mer marginal for voksne. Det er imidlertid større forskjeller hvis man ser på de ulike aldersgruppene. Innen habilitering for barn og unge er det en nedgang for alle aldersgrupper, men den er størst for pasienter mellom 15-18 år. For voksne er det en økning i den yngste og den eldste aldersgruppen, mens de andre går noe ned.

Tabell 11.3 Antall dagopphold og konsultasjoner og pasienter innen habilitering etter alder i 2013-14.

Habilitering	Dagopphold og konsultasjoner			Pasienter		
	2013	2014	Pst. endr. 2013-14	2013	2014	Pst. endr. 2013-14
Habilitering totalt	88 921	85 850	-3,5	18 141	18 434	1,6
Barn og unge						
0-5 år	18 488	17 579	-4,9	3 270	3 337	2,0
6-9 år	12 447	12 007	-3,5	2 669	2 703	1,3
10-14 år	11 629	11 074	-4,8	2 872	2 849	-0,8
15-18 år	9 958	8 862	-11,0	2 174	2 158	-0,7
Totalt barn og unge	52 522	49 522	-5,7	10 985	11 047	0,6
Voksne						
19-24 år	14 489	15 137	4,5	2 281	2 411	5,7
25-39 år	11 996	11 938	-0,5	2 350	2 393	1,8
40-59 år	8 138	7 604	-6,6	1 878	1 948	3,7
60-79 år	1 670	1 535	-8,1	597	583	-2,3
80 år og over	106	114	7,5	50	52	4,0
Totalt voksne	36 399	36 328	-0,2	7 156	7 387	3,2

Regionale forskjeller

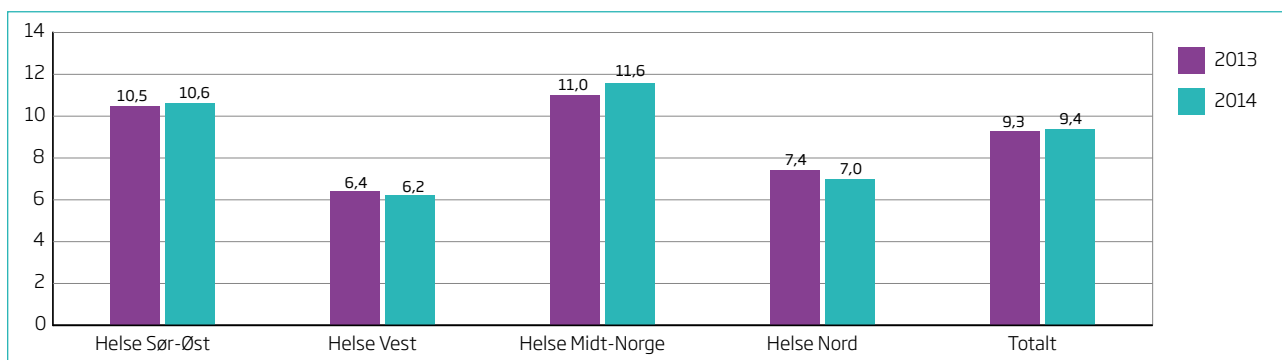
Analysene av habiliteringsavdelingene i 2013 og 2014 viser at det er til dels store variasjoner mellom regionene når det gjelder antall pasienter og tjenester. Disse forskjellene kan skyldes geografiske variasjoner i behov i befolkningen, ulik organisering av tjenestene, reelle forskjeller i tilbudet til befolkningen eller ulik registreringspraksis. Innenfor habiliteringsfeltet er usikkerheten rundt data-kvaliteten særlig stor. Dette skyldes at habilitering verken inngår som egen diagnose i ICD-10 eller som prosedyre i NCMP og aktiviteten kan kun identifiseres gjennom utvalget av avdelinger og enheter. Forskjellene kan derfor også skyldes at noen habiliteringspasienter mottar behandling på enheter som ikke inkluderes i vårt datagrunnlag. Det har også vært gjort få analyser innen dette fagområdet tidligere og helseforetakene har hatt få muligheter til å sammenlikne seg med hverandre. Det er derfor viktig å presisere at tallene må tolkes med forsiktighet.

Figur 11.1 viser utviklingen og variasjonen mellom regioner i antall pasienter som mottar barnehabilitering. På nasjonalt nivå var det 9,4 pasienter

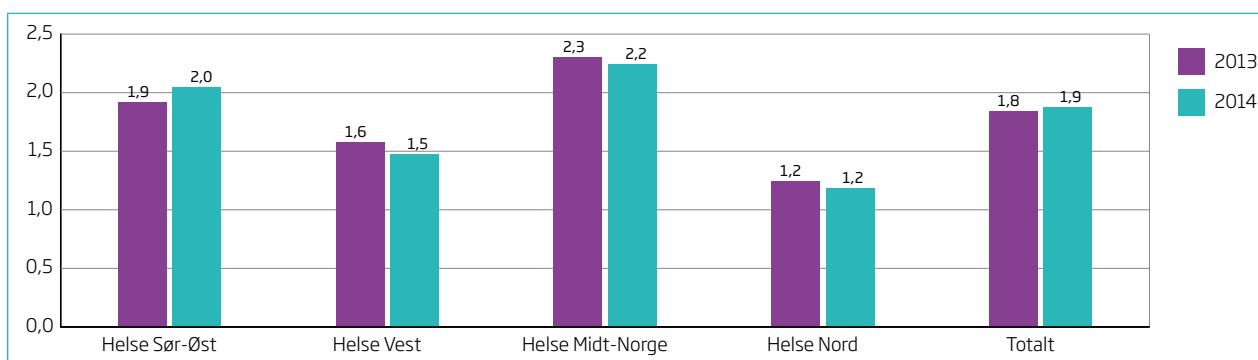
per 1 000 innbyggere 0-18 år som mottok habilitering i 2014. Dette er en liten vekst fra 2013. Helse Midt-Norge og Helse Sør-Øst er regionene som har flest pasienter innen habilitering for barn og unge kontrollert for innbyggertall. Begge disse regionene har en pasientrate på godt over ti pasienter. Det er også kun i disse regionene det er en vekst i antall pasienter fra 2013 til 2014. Helse Vest og Helse Nord har en nedgang i antall pasienter, samtidig som at disse regionene også har et lavere nivå i utgangspunktet.

Også innen voksenhabiliteringen er det noe vekst i antallet pasienter fra 2013 til 2014. I 2013 var det 1,8 pasienter per 1 000 innbyggere 19 år og over, mens det var økt til 1,9 i 2014. På regionnivå er det imidlertid kun Helse Sør-Øst som har hatt vekst i pasientraten for voksenhabilitering, de tre andre regionene har hatt en liten nedgang. Figur 11.2 viser at det også innen voksenhabilitering er Helse Midt-Norge og Helse Sør-Øst som har flest pasienter, begge med mer enn to pasienter per 1 000 innbyggere. Det er færrest pasienter som mottar habiliteringstjenester for voksne i Helse Nord.

Figur 11.1 Antall pasienter per 1 000 innbyggere 0-18 år innen habilitering for barn og unge etter region i 2013-14.



Figur 11.2 Antall pasienter per 1 000 innbyggere 19 år og over innen habilitering for voksne etter region i 2013-14.



Tabell 11.3 viste at antall pasienter som mottar dagbehandling og polikliniske konsultasjoner har økt mens antall dagopphold og konsultasjoner har gått ned. Dette betyr at hver pasient fikk færre opphold og konsultasjoner i 2014 enn i 2013. Figur 11.3 viser antall dagopphold og polikliniske konsultasjoner per pasient innen habilitering for barn og unge totalt og på regionalt nivå. På nasjonalt nivå var det i gjennomsnitt 4,5 konsultasjoner per pasient i 2014. Dette er en nedgang fra 4,8 i 2013. Nedgangen kommer for alle regioner, med unntak av Helse Midt-Norge der nivået er stabilt fra 2013 til 2014. Helse Sør-Øst er regionen med flest antall polikliniske konsultasjoner per pasient. I 2014 fikk hver pasient gjennomsnittlig 5,0 konsultasjoner, en nedgang fra 5,3 året før. Helse Vest er regionen som i gjennomsnitt har færrest antall konsultasjoner per pasient med et gjennomsnitt på 3,2.

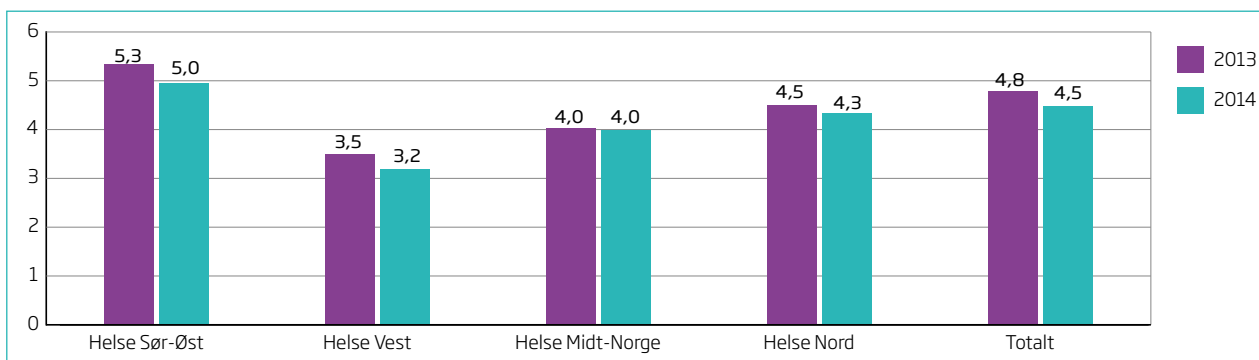
Antall dagopphold og polikliniske konsultasjoner per pasient er noe høyere innen voksenhabiliteringen enn for barnehabilitering. I 2014 fikk hver dag- og polikliniske pasient i gjennomsnitt 4,9 konsultasjoner, en nedgang fra 5,1 i 2013. Nedgangen er marginal for Helse Sør-Øst og Helse

Vest, mens Helse Nord har en vekst. Innen habilitering for voksne avviker Helse Midt-Norge fra de andre regionene når det gjelder antallet konsultasjoner per pasient. Denne regionen har også størst nedgang fra 2013 til 2014. I 2014 fikk hver dag- og polikliniske pasient i gjennomsnitt 8,9 konsultasjoner i denne regionen, noe som er nesten dobbelt så mange som i de andre regionene. Det er særlig bostedsområdet Nord-Trøndelag som skiller seg ut med hele 12 konsultasjoner per pasient. Dette er så store avvik at det er grunn til å spørre om forskjellene kan skyldes ulik registreringspraksis.

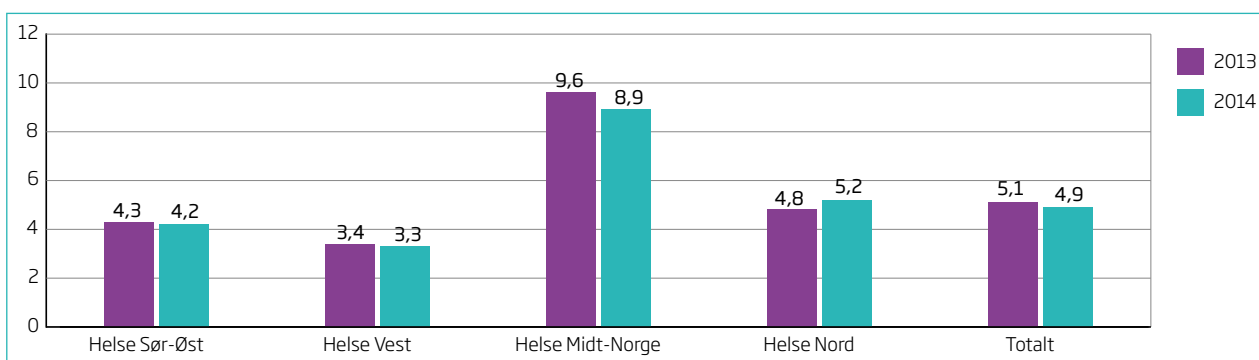
Diagnoser ved habilitering

Tabell 11.4 viser hvilke ICD-10-hovedkapitler som er de vanligste innen habiliteringstjenestene. For barn og unge blir over halvparten av alle opphold og konsultasjoner gruppert til hovedkapitlene «psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser» og «sykdom i nervesystemet», med en andel på 26 prosent hver. Til sammenlikning står «psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser» alene for nesten 58 prosent av alle opphold og konsultasjoner innen voksenhabiliteringen. De vanligste hoved-

Figur 11.3 Antall dagopphold og polikliniske konsultasjoner per pasient for habilitering barn og unge etter region i 2013-14.



Figur 11.4 Antall dagopphold og polikliniske konsultasjoner per pasient for habilitering voksne etter region i 2013-14.



diagnosekodene innen dette kapitlet er F84 gjennomgripende utviklingsforstyrrelser, F70/F71 lett/moderat psykisk utviklingshemming og F90 hyperkinetiske forstyrrelser. Dette illustrerer at habiliteringsfeltet i stor grad grenser mot fagområdet psykisk helsevern. Innen hovedkapitlet «sykdom i nervesystemet» er diagnosene G80 cerebral parese og G40 epilepsi de mest vanlige. Også hovedkapitlet «forhold med betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten» er relativt vanlig både innen barne- og voksenhabiliteringen. Kategoriene (Z00-Z99) i dette ICD-10-kapitlet omfatter kontaktårsaker og ikke diagnoser. Slike koder brukes ofte i tilfeller der det foreligger en omstendighet eller problem som påvirker helsetilstanden, men som i seg selv ikke utgjør en aktuell sykdom eller skade. De mest brukte diagnosekodene innen dette kapitlet er Z50 behandling som omfatter rehabiliteringstiltak, Z03 medisinsk observasjon og Z00 generell undersøkelse.

11.2 REHABILITERING

Tabell 11.5 viser at det var en vekst både i opphold for døgnrehabilitering og dag- og poliklinisk rehabilitering fra 2013 til 2014. Unntaket er primær vanlig døgnrehabilitering der antall opphold går ned. Denne nedgangen følger en mangeårig trend. For private rehabiliteringsinstitusjoner er det en nedgang på drøye 2 100 døgnopphold fra 2013 til 2014, samtidig som det er en veldig stor vekst i antall dagopphold og polikliniske konsultasjoner. Fra 2013 til 2014 øker denne behandlingsformen med hele 30 prosent. Den sterke veksten i dag- og poliklinisk behandling skyldes delvis at avtalene mellom de regionale helseforetakene og de private institusjonene er sterkere knyttet til dag- og poliklinisk rehabilitering enn tidligere. Samtidig er registreringspraksisen for dag- og poliklinisk behandling noe endret. Det er også en ny institusjon, Diabetikersenteret, som har rapportert aktivitetsdata i 2014.

Tabell 11.4 Antall og andel opphold og konsultasjoner innen habilitering etter hovedkapittel i ICD-10 i 2014.

Hovedkapittel ICD-10	Barn og unge		Voksne	
	Antall	Andel	Antall	Andel
Psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser	13 172	26,4	21 071	57,8
Sykdom i nervesystemet	13 001	26,0	4 714	12,9
Medfødte misdannelser, deformitet, kromosomavvik	6 488	13,0	2 269	6,2
Symptom, tegn, unormale kliniske funn og lab-funn	5 174	10,4	339	0,9
Forhold m/betydn for helsetilstand og kontakt med helsetj	10 483	21,0	6 495	17,8
Andre	1 612	3,2	690	1,9
Manglende hoveddiagnose	47	0,1	883	2,4
Totalt	49 977	100,0	36 461	100,0

Tabell 11.5 Antall opphold og konsultasjoner for rehabilitering i 2010-14.

Institusjon	Type rehabilitering	Antall opphold og kontakter				
		2010	2011	2012	2013	2014
Sykehus	Primær kompleks døgnrehabilitering	8 735	7 500	7 599	7 763	7 782
	Primær vanlig døgnrehabilitering	6 274	5 685	4 875	4 492	3 675
	Sekundær døgnrehabilitering	9 196	8 636	8 911	9 159	9 369
	Dag- og poliklinisk rehabilitering	88 132	110 214	129 551	104 633	109 880
Private rehab.inst.	Henvist fra sykehus døgn	15 735	12 746	12 072	13 806	11 418
	Henvist fra primlege ol døgn	14 135	11 231	11 288	11 612	13 014
	Henvisning ukjent døgn	830	3 098	4 211	1 402	284
	Dag- og poliklinisk rehabilitering	574	12 367	20 912	24 708	32 103

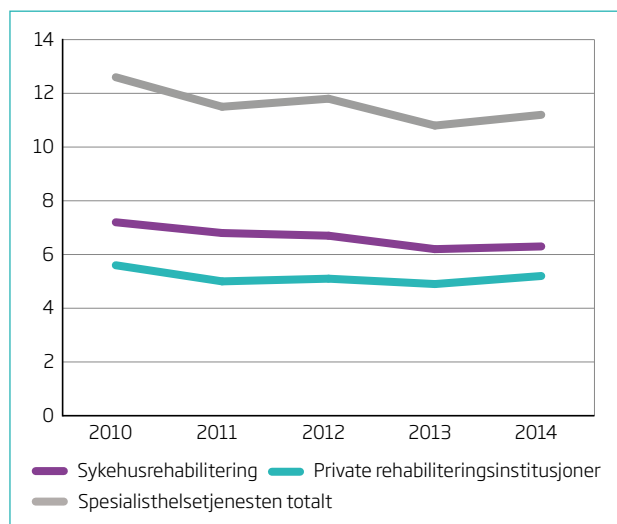
Tabell 11.6 viser at det var en vekst fra 2013 til 2014 på om lag 3 000 rehabiliteringspasienter i spesialisthelsetjenesten. I sykehusene var det en vekst på 3,3 prosent, mens antallet pasienter i de private rehabiliteringsinstitusjonene økte med 7,1 prosent. I sykehusene er det en vekst i antall pasienter for alle rehabiliteringsformer, med unntak av primær vanlig døgnrehabilitering. I de private institusjonene er det i all hovedsak en vekst i antall dag- og polikliniske pasienter. Sum rehabiliteringspasienter i sykehus og private rehabiliteringsinstitusjoner var likevel noe lavere i 2014 enn i 2012.

Figur 11.5 viser at det også har vært en vekst i rehabiliteringspasienter det siste året når man kontrollerer for befolkningsvekst. I 2013 var det 10,8 pasienter per 1 000 innbyggere, mens det var økt til 11,2 i 2014. I hele perioden har det imidlertid vært en reduksjon i antall pasienter hvis man kontrollerer for befolkningsvekst. I 2010 var det 12,6 pasienter per 1 000 innbyggere som mottok rehabilitering i spesialisthelsetjenesten totalt, mot 11,2 i 2014. Nedgangen er størst for rehabilitering i sykehus, men også antall pasienter i private rehabiliteringsinstitusjoner har gått ned i perioden når vi kontrollerer for befolkningsvekst.

Figur 11.6 viser utviklingen i antall pasienter etter ulike typer rehabilitering kontrollert for befolkningsvekst. Fra 2011 til 2014 har nivået av antall pasienter

per 1 000 innbyggere som har mottatt primær kompleks rehabilitering vært stabilt på 1,2. Fra 2010 til 2011 var det imidlertid en nedgang i antall pasienter som mottok denne formen for rehabilitering. Antall pasienter som har mottatt primær vanlig døgnrehabilitering har imidlertid gått mer ned i perioden. I 2010 var det 1,2 pasienter per 1 000 innbyggere som mottok denne rehabiliteringsformen, mens det tilsvarende tallet i 2014 var 0,7. Nedgangen i antall pasienter innen primær vanlig døgnrehabilitering har vært jevn i alle år i perioden.

Figur 11.5 Antall pasienter per 1 000 innbyggere for rehabilitering 2010-14.



Tabell 11.6 Antall rehabiliteringspasienter i spesialisthelsetjenesten i 2010-14.

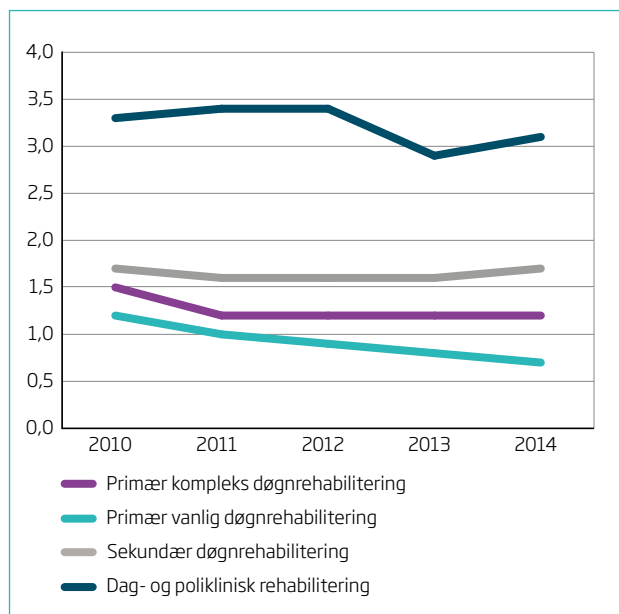
Institusjon	Type rehabilitering	Antall pasienter				
		2010	2011	2012	2013	2014
Sykehus	Primær kompleks døgnrehabilitering	7 327	6 177	6 175	6 279	6 418
	Primær vanlig døgnrehabilitering	5 674	5 213	4 419	3 943	3 405
	Sekundær døgnrehabilitering	8 600	8 005	8 225	8 354	8 662
	Dag- og poliklinisk rehabilitering	16 259	16 739	17 377	14 867	15 799
	Sykehusrehabilitering totalt	35 627	33 894	34 086	31 446	32 498
Private rehab.inst.	Henvist fra sykehus døgn	14 177	11 481	10 713	12 231	10 014
	Henvist fra primlege ol døgn	12 854	9 980	10 221	10 621	11 861
	Henvisning ukjent døgn	792	2 894	3 759	1 343	267
	Dag- og poliklinisk rehabilitering	416	940	2 285	1 970	5 854
	Private rehab.inst. totalt	27 633	24 705	25 953	25 273	27 066
Spesialisthelsetjenesten totalt ¹		61 837	57 504	59 712	55 083	58 105

1 Både sykehusrehabilitering og private rehabiliteringsinstitusjoner. Antall pasienter i sykehusrehabilitering og private rehabiliteringsinstitusjoner summeres ikke til antall pasienter som har mottatt rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. I underkant av 1 500 pasienter var i 2014 registrert med både sykehusrehabilitering og rehabilitering ved private rehabiliteringsinstitusjoner.

Antall pasienter innen sekundær døgnrehabilitering har holdt seg relativt stabilt i perioden 2010 til 2014.

Utviklingen i antall pasienter som har mottatt dag- og poliklinisk rehabilitering må tolkes med forsiktighet. Dette skyldes at både Avregningsutvalget og ISF-regelverket i 2013 kom med presiseringer i forhold til hvordan poliklinisk rehabilitering skal kodes. Dette førte til at en del opphold og konsultasjoner som tidligere ble kodet som rehabilitering nå fikk andre koder, noe som igjen resulterte i at antall polikliniske konsultasjoner for rehabilitering rapportert til NPR falt markant fra 2012 til 2013. Av figur 11.6 ser man at det i 2012 var 3,4 pasienter per 1 000 innbyggere som mottok dag- og poliklinisk rehabilitering, mens dette tallet var sunket til 2,9 i 2013. I 2014 er det igjen en økning til 3,1 pasienter per 1 000 innbyggere.

Figur 11.6 Antall pasienter per 1 000 innbyggere for ulike typer rehabilitering 2010-14.



På regionalt nivå er det til dels store variasjoner i antallet pasienter som mottar rehabilitering i sykehus når vi kontrollerer for innbyggertall. Tabell 11.7 viser at variasjonen er størst for dag- og poliklinisk rehabilitering. Helse Nord er regionen med lavest nivå av pasienter med 1,4 pasienter per 1 000 innbyggere, mot 4,1 pasienter per 1 000 innbyggere i Helse Midt-Norge. Også Helse Vest har et relativt sett lavt nivå innen dag- og poliklinisk rehabilitering. Også for primær døgnrehabilitering har Helse Vest et lavt nivå med 1,1 pasienter per 1 000 innbyggere. Helse Sør-Øst er regionen med flest pasienter som mottok denne rehabiliteringsformen i 2014. Tabellen viser også at alle regioner har hatt en nedgang i antall pasienter innen primær døgnrehabilitering i perioden 2010 til 2014.

Helse Vest har tradisjonelt hatt et lavt nivå av både primær døgnrehabilitering og dag- og poliklinisk rehabilitering. Relativt til de andre regionene, er imidlertid nivået av sekundær rehabilitering høyere, og i 2014 er det Helse Vest som har det høyeste nivået av denne rehabiliteringsformen. I 2014 var det 2,5 pasienter per 1 000 innbyggere som mottok sekundær rehabilitering, mens Helse Sør-Øst, som lå høyt både for primær døgnrehabilitering og dag- og poliklinisk rehabilitering, kun hadde 1,2 pasienter per 1 000 innbyggere. Dette tyder på at regionene organiserer rehabiliteringstilbudet sitt noe ulikt.

Bruk av private rehabiliteringsinstitusjoner

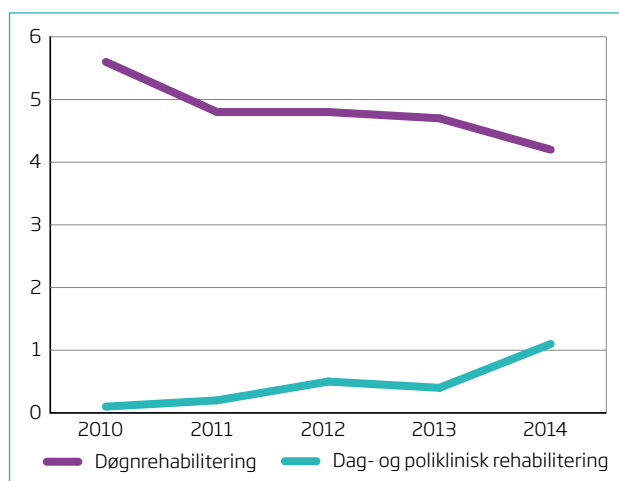
Figur 11.5 viste at det har vært en nedgang i antall pasienter som mottar rehabilitering i private rehabiliteringsinstitusjoner fra 2010 til 2013 og en vekst fra 2013 til 2014. Figur 11.7 viser at omfanget av døgnrehabilitering er større enn dag- og poliklinisk rehabilitering ved de private institusjonene. I 2010 var det 5,6 døgnpasienter per 1 000 innbyggere, mens det kun var 0,1 pasient per 1 000

Tabell 11.7 Antall pasienter per 1 000 innbyggere for ulike typer rehabilitering etter region i 2010-14.

Region	Primær døgnrehabilitering			Sekundær døgnrehabilitering			Dag- og poliklinisk rehabilitering		
	2010	2012	2014	2010	2012	2014	2010	2012	2014
Helse Sør-Øst	3,2	2,4	2,2	1,7	1,2	1,2	3,3	3,7	3,5
Helse Vest	1,5	1,3	1,1	1,8	2,1	2,5	2,3	2,2	2,0
Helse Midt-Norge	1,8	1,7	1,4	2,1	2,3	1,9	5,6	5,6	4,1
Helse Nord	2,2	1,9	1,9	1,6	1,9	2,3	2,3	1,7	1,4
Totalt	2,6	2,0	1,8	1,7	1,6	1,7	3,3	3,4	3,1

innbyggere som mottok dag- eller poliklinisk rehabilitering. Det er imidlertid en tydelig trend at antall døgnpasienter går ned i perioden, mens antall dag- og polikliniske pasienter øker. Denne trenden er særlig tydelig siste år. Den sterke veksten i dag- og poliklinisk behandling skyldes delvis at avtalene mellom de regionale helseforetakene og de private institusjonene er sterkere knyttet til dag- og poliklinisk rehabilitering enn tidligere. Samtidig er registreringspraksisen for dag- og poliklinisk behandling noe endret⁵³. Det er også en ny institusjon, Diabetikersenteret, som har rapportert aktivitetsdata i 2014.

Figur 11.7 Antall pasienter per 1 000 innbyggere for døgnrehabilitering og dag- og poliklinisk rehabilitering i private rehabiliteringsinstitusjoner i 2010-14.



For bruk av private rehabiliteringsinstitusjoner er det også til dels store variasjoner mellom regionene. Tabell 11.8 viser at Helse Nord har flest pasienter per 1 000 innbyggere, mens Helse Vest har færrest pasienter i private rehabiliteringsinstitusjoner. Helse Sør-Øst har samme nivå som landsgjennomsnittet, men har hatt størst vekst i antall pasienter i private rehabiliteringsinstitusjoner fra 2013 til 2014. Helse Midt-Norge var den eneste regionen med en nedgang i bruk av private institusjoner fra 2013 til 2014.

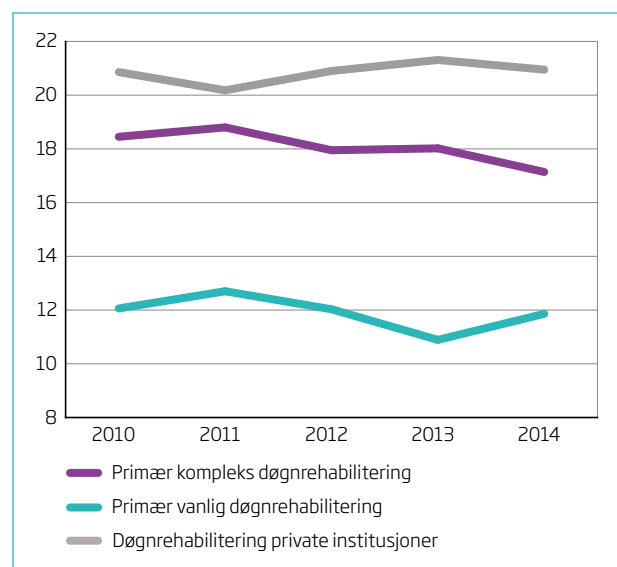
Tabell 11.8 Antall pasienter per 1 000 innbyggere for private rehabiliteringsinstitusjoner etter region i 2010-14.

Region	2010	2011	2012	2013	2014
Helse Sør-Øst	5,7	5,0	5,2	5,0	5,5
Helse Vest	4,1	2,9	3,6	3,5	3,6
Helse Midt-Norge	5,6	5,7	5,1	5,3	5,0
Helse Nord	8,4	7,7	8,1	7,7	7,7
Totalt	5,6	4,9	5,1	5,0	5,2

Oppholdstid

Figur 11.8 viser gjennomsnittlig liggetid for ulike typer døgnrehabilitering i spesialisthelsetjenesten. Analysene viser at det er pasientene som mottar døgnbehandling i de private institusjonene som har lengst gjennomsnittlig oppholdstid. I 2014 var den gjennomsnittlige liggetiden 21 dager, en marginal nedgang fra året før. Gjennomsnittlig liggetid for primær kompleks rehabilitering var i 2014 17,1 dager. Dette er en nedgang fra både 2010 og 2013, da gjennomsnittlig liggetid for denne rehabiliteringsformen var henholdsvis 18,5 og 18,0 dager. Gjennomsnittlig liggetid for primær vanlig døgnrehabilitering har gått litt opp og ned i perioden. I 2014 var den gjennomsnittlige liggetiden 11,9 dager, en økning fra 10,9 året før. I 2011 var imidlertid liggetiden 12,7 dager.

Figur 11.8 Gjennomsnittlig liggetid for ulike typer døgnrehabilitering 2010-14.



⁵³ Enkelte institusjoner har tidligere rapportert dag og polikliniske behandlinger i serie som ett dagopphold med liggetid (inndato fra dag 1 og utdato fra siste dag) i stedet for enkeltstående behandlinger.

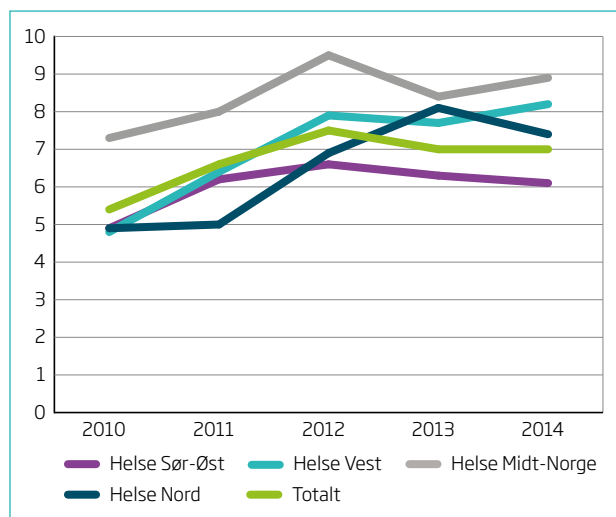
Tabell 11.9 Gjennomsnittlig liggetid for ulike typer døgnerhabilitering etter region i 2010-14.

Region	Primær kompleks døgnerhabilitering			Primær vanlig døgnerhabilitering			Døgnerhabilitering private institusjoner		
	2010	2012	2014	2010	2012	2014	2010	2012	2014
Helse Sør-Øst	17,6	17,7	16,6	10,8	9,5	10,0	20,9	21,8	21,9
Helse Vest	20,8	19,3	19,3	15,6	15,2	11,9	20,9	19,7	20,2
Helse Midt-Norge	22,4	20,6	21,2	13,3	16,2	15,9	20,1	21,3	19,2
Helse Nord	20,2	15,3	14,6	13,1	15,0	14,7	21,5	18,5	20,3
Totalt	18,5	18,0	17,1	12,1	12,0	11,9	20,9	20,9	21,0

Tabell 11.9 viser at det også er stor variasjon mellom regionene når det gjelder liggetid for pasienter som mottar ulike former for døgnerhabilitering. I 2014 varierte gjennomsnittlig liggetid for primær kompleks døgnerhabilitering fra 14,6 dager i Helse Nord til 21,2 dager i Helse Midt-Norge. Alle regionene har imidlertid hatt en reduksjon i liggetid for denne rehabiliteringsformen siden 2010. For primær vanlig døgnerhabilitering var det Helse Sør-Øst som lå lavest med et gjennomsnitt på 10 liggedager i 2014. Dette var nesten seks dager kortere enn i Helse Midt-Norge, som hadde en gjennomsnittlig liggetid for primær vanlig døgnerhabilitering på 15,9 dager. Liggetiden i private rehabiliteringsinstitusjoner varierer mindre mellom regionene. Her var det døgnerpasientene i Helse Midt-Norge som hadde de korteste oppholdene med en gjennomsnittlig liggetid på 19,2 dager, mens Helse Sør-Øst lå høyest med en gjennomsnittlig liggetid på 21,9 dager.

Antall konsultasjoner per pasient

Figur 11.9 viser variasjonen mellom regionene i antall dagopphold og polikliniske konsultasjoner per pasient i perioden 2010 til 2014. Figuren viser at alle regionene hadde en økning fram mot 2012, mens utviklingen har vært noe ulik de siste årene. Helse Midt-Norge har flest dagopphold og konsultasjoner per pasient, mens Helse Sør-Øst har et vesentlig lavere nivå. Landsgjennomsnittet var sju opphold og konsultasjoner per pasient.

Figur 11.9 Antall dagopphold og polikliniske konsultasjoner per pasient i helseforetakene etter region i 2010-14.

Diagnosegrupper

Tabell 11.10 viser at ICD-10-hovedkapitlet «sykdom i muskel- og skjelettsystemet» utgjorde den største diagnosegruppen for alle former for rehabilitering, med unntak av sekundær døgnerhabilitering. Nesten 40 prosent av all dag- og poliklinisk rehabilitering er knyttet til dette hovedkapitlet, mens det tilsvarende tallet for private rehabiliteringsinstitusjoner er 31 prosent. For primær døgnerhabilitering er også rehabilitering knyttet til hovedkapitlene sykdommer i sirkulasjonssystemet, nervesystemet og åndedrettssystemet også svært vanlig. For sekundær døgnerhabilitering er «sykdom i sirkulasjonssystemet» det desidert mest vanlige hovedkapitlet med en andel på over 41 prosent.

Tabell 11.10 Opphold og konsultasjoner i henhold til diagnoseklassifisering i ICD-10 etter type rehabilitering i 2014.

ICD-10 diagnosegruppe	Primær døgntrehab.		Sekundær døgntrehab.		Dag- og poliklinisk rehab.		Private rehab.inst.	
	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel
Manglende diagnose ¹	219	1,9	-	0	20 640	18,8	5 033	8,9
Svulster	367	3,2	364	3,9	4 083	3,7	1 847	3,3
Endokrine ernæringssyk.	442	3,9	112	1,2	11 258	10,2	9 194	16,2
Psykiske lidelser og adferdsforst.	254	2,2	281	3,0	3 608	3,3	2 186	3,8
Sykdommer i nervesystemet	1 713	15,0	934	10,0	3 062	2,8	4 657	8,2
Sykdommer i sirkulasjonssyst.	2 115	18,5	3 849	41,1	12 824	11,7	3 186	5,6
Sykdommer i åndedrettssyst.	1 601	14,0	593	6,3	5 030	4,6	842	1,5
Sykdommer i muskel-skjelettsyst.	2 562	22,4	1 050	11,2	42 631	38,8	17 611	31,0
Symp. tegn, unormale klin. funn	240	2,1	355	3,8	2 094	1,9	806	1,4
Skader, forgiftninger	993	8,7	1 006	10,7	971	0,9	2 184	3,8
Faktorer m/betydning for helsetilst.	123	1,1	171	1,8	1 919	1,7	4 497	7,9
Andre	828	7,2	654	7,0	1 760	1,6	4 776	8,4
Totalt	11 457	100	9 369	100	109 880	100	56 819	100

1 I tillegg til Z50-kode.

11.3 DATAGRUNNLAG OG METODE

Data i dette kapitlet kommer fra Norsk pasientregister (NPR). Kapitlet inneholder informasjon om habilitering og rehabilitering som skjer i regi av de regionale helseforetakene, enten ved helseforetakene eller ved de private rehabiliteringsinstitusjonene. Befolkningstall brukt til rateberegning er hentet fra SSB og er fra 1. januar påfølgende år.

Habilitering

For å identifisere habiliteringsaktiviteten ved pasientdataene fra NPR er det tatt utgangspunkt i en oversikt over alle habiliteringsavdelinger ved helseforetakene. Habiliteringsavdelingene er identifisert i NPR-data ved hjelp av fagenhetkoder, tjenesteenhetkoder, behandlingsstedkoder, RESH-id-koder og lignende. I underkant av halvparten av all voksenhabilitering inngår i data fra psykisk helsevern.

Innenfor habiliteringsfeltet blir det skilt mellom habilitering for barn og unge og habilitering for voksne. Alle pasienter mellom 0-18 år er definert som habilitering for barn og unge, pasienter fra 19 år og oppover tilhører habilitering for voksne.

Siden det har vært gjort svært få analyser innen habiliteringsfeltet tidligere, er usikkerheten rundt

datagrunnlaget stor⁵⁴. Man må derfor være forsiktig i tolkningen av tallene, med tanke på at utviklingen av et godt analysegrunnlag for dette fagområdet kun er i startgropa. Mangelen på god statistikk innen habiliteringsfeltet har også gjort det vanskelig for helseforetakene å sammenlikne seg med hverandre. Dette har gjort at det er større sannsynlighet for at det kan ha utviklet seg ulik registreringspraksis mellom helseforetakene, noe som igjen vil påvirke kvaliteten på dataene som rapporteres til NPR. Det er derfor grunn til å tro at en del av variasjonen mellom regionene og bostedsområdene skyldes forskjeller i hvordan dataene blir registrert og hva som blir registrert.

Rehabilitering

Sykehusrehabilitering er definert som alle opphold og konsultasjoner med hoveddiagnose Z50 i ICD-10, med unntak av Z50.1 Annen fysikalsk behandling. Vanlig rehabilitering (ICD-10-kode Z50.89) omfatter målrettet arbeid med bruk av individuell behandlingsplan, samarbeid med relevante etater utenfor institusjonen og minimum fire spesialiserte helsefaggrupper i tverrfaglig team. Kompleks

⁵⁴ Vi har ikke klart å identifisere Regionalt senter for utviklingshemmede med psykose og atferdsforstyrrelser ved Vestre Viken HF eller Psykiatrisk innsatsteam Vensmoen og Habiliteringsteamet for voksne, Salten DPS, ved Nordlandssykehuset HF i pasientdataene.

rehabilitering (ICD-10-kode Z50.80) omfatter målrettet arbeid med bruk av individuell behandlingsplan, samarbeid med relevante etater utenfor institusjonen og minimum seks spesialiserte helsefaggrupper i tverrfaglig team. I tillegg er det krav om at arbeidet foregår store deler av dagen/døgnet fram til utskriving eller minimum fem virkedager, at pasienten har minimum en overnatting og at pasienten i tillegg har funksjonstrening, trening i kompensierende teknikker og tilpasning av hjelpemidler/miljø. Opphold med kompleks og vanlig rehabilitering som bidiagnose er definert som sekundær rehabilitering.

Primær rehabilitering er opphold eller kontakter som har rehabilitering som hoveddiagnose, mens sekundær rehabilitering er definert som rehabilitering ved opphold som både omfatter akuttbehandling (for eksempel hjerneslag eller skader) og rehabilitering. Ved sekundær rehabilitering kodes den akutte sykdommen som hovedtilstand, mens rehabilitering kodes som bidiagnose.

Kontakter med null liggedager og over fem timers varighet er definert som dagrehabilitering. Kontakter med null liggedager og under fem timers varighet eller ICD-10-kode Z50.9 er definert som poliklinisk rehabilitering. I analysene i denne rapporten blir disse to kategoriene slått sammen.

Glittreklinikken og sengeavdelingen ved Granheim lungesykehus (del av sykehuset Innlandet HF) omfattes ikke av ISF og koder ikke rehabilitering som hoveddiagnose. Innleggelser ved disse sykehusene er imidlertid definert som kompleks døgnrehabilitering.

For sekundær døgnrehabilitering og opphold ved Glittreklinikken og Granheim lungesykehus er pasientens diagnosegruppe basert på første hoveddiagnose. Diagnoseklassifisering for primær døgnrehabilitering og dag og poliklinisk rehabilitering er hentet fra første bidiagnose.

Ved private rehabiliteringsinstitusjoner er alle opphold og kontakter definert som rehabilitering. Aktiviteten ved Betania Malvik er ekskludert fra analysene da denne aktiviteten tilhører psykisk helsevern.

Fra 2013 til 2014 viser analysene en vekst på 30 prosent i antall dag- og polikliniske opphold ved de private rehabiliteringsinstitusjonene. Denne sterke veksten skyldes delvis at avtalene mellom de regionale helseforetakene og de private institusjonene i større grad er basert på dag- og poliklinisk behandling enn tidligere. Samtidig kan en del av veksten forklares med at registreringspraksisen for dag- og poliklinisk behandling er noe endret. Det er også en ny institusjon, Diabetiker-senteret, som har rapportert aktivitetsdata i 2014.



Helsedirektoratet

Postadresse: Pb. 7000
St Olavs plass, 0130 Oslo
Tlf.: 810 20 050
Faks: 24 16 30 01
E-post: postmottak@helsedir.no
www.helsedirektoratet.no